Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten

Een kijk op drempels in het doorgeven van goal-oriented informatie van eerste naar tweede lijn.
Een kwalitatieve studie

Pauwels Jolien, Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent
Co-promotoren: Dr. Piet Vanden Bussche, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij de complexe geriatrische patiënt

Een kijk op drempels in het doorgeven van goal-oriented informatie van eerste naar tweede lijn. Een kwalitatieve studie.

Huisarts-in-opleiding: Jolien Pauwels, Universiteit Gent
Promotor: Prof dr Willems Sara, Universiteit Gent
Co-Promotor: dr Vanden Bussche Piet, Universiteit Gent
Praktijkopleider: dr Vulsteke Jef

Context: De weergave van kwalitatieve informatie in de verwijzing van de complexe geriatrische patiënt blijkt uit de literatuurgegevens bij te dragen tot een kwaliteitsvolle zorg zowel in de eerste- als in de tweedelijnsgezondheidszorg. Naast de weergave van contactpersonen en sociale omkadering, zou het doorgeven van individuele doelen van de patiënt de continuïteit in de zorg verbeteren.

Onderzoeksvraag: We peilen naar de mening van huisartsen over Goal-oriented Care in eerste lijn en de drempels in het doorgeven van doelgerichte informatie naar de tweede lijn.

Methode: We opteren voor kwalitatief onderzoek waarbij 12 huisartsen door middel van een diepte-interview worden beluisterd. De resultaten worden na codering door de onderzoeker geïnterpreteerd en geanalyseerd.

Resultaten: We ontdekken verschillende drempels die in de weg staan van een goede, doelgerichte verwijzing van de geriatrische patiënt. De huisarts heeft het gevoel dat er geen gevolg wordt gegeven aan de goal-oriented informatie weergegeven in de brief en stopt daarom met de vermelding ervan. Een tweede grote drempel is het nog niet standvastig aanwezig zijn van Goal-oriented Care in de eerste lijn. De beperkte tijd van een consultatie, de vooral probleem gerichte sfeer van een consult, het inzicht en het niveau van bewustzijn van de patiënt, de motivatie van zowel arts als patiënt en de attitude van de arts worden als drempel aangegeven waarom het navragen van doelen van de patiënt niet systematisch gebeurt.

Conclusie: Wanneer doelen in de eerstelijnsgezondheidszorg niet zijn besproken, kunnen deze ook niet worden doorgegeven. Het is dus van belang eerst de drempels in het doorvoeren van Goal-oriented Care in de eerste lijn aan te pakken eer kan verwacht worden dat doelgerichte informatie systematisch zijn weg kan vinden naar de tweede lijn.

Contact: Jolien.Pauwels@UGent.be

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij de complexe geriatrische patiënt

Een kijk op drempels in het doorgeven van goal-oriented informatie van eerste naar tweede lijn. Een kwalitatieve studie.

Artikel bestemd voor Huisarts Nu
Rubriek Huisarts & Onderzoek

artikel naar aanleiding van een onderzoeksproject voor het behalen van de graad Master na Master in de Huiartsgeneeskunde

Huisarts-in-opleiding: Jolien Pauwels, Universiteit Gent
Promotor: Prof dr Willems Sara, Universiteit Gent
Co-Promotor: dr Vanden Bussche Piet, Universiteit Gent

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij de complexe geriatrische patiënt

Een kijk op drempels in het doorgeven van goal-oriented informatie van eerste naar tweede lijn. Een kwalitatieve studie.

1 Inleiding

In 1991 verscheen het artikel “Goal-oriented medical care” van Mold en Blake over de nieuwe inzichten in de aanpak van de gezondheidszorg.[1] Goal-oriented Care (GOC) was de aanpak van de toekomst en zou de gebruikelijke Problem-oriented Gare (POC) stelselmatig verdringen. In de volgende jaren werden deze inzichten in tal van studies beschreven en kwam men tot het algemene besluit dat een doelgerichte aanpak in de gezondheidszorg, net zoals het zijn nut reeds had bewezen op andere domeinen, tal van voordelen zou bieden voor zowel de gezondheidswerker als voor de patiënt.[2,3] Ook na het uitspreken van doelen en de uitwerking van specifieke plannen, blijft communicatie belangrijk. Wanneer patiënten van eerste- naar tweedelijnsgezondheidszorg worden doorverwezen, is er een mogelijkheid de bekomen informatie omtrent de na te streven doelen mee te geven door middel van een verwijsbrief. Dit Manama project probeert op basis van diepte-interviews een inleidend beeld te geven van de visie van de huisarts op het doorgeven van goal-oriented informatie via een verwijsbrief van de eerste naar de tweede lijn voor de complexe geriatrische patiënt.

1.1 Goal-oriented Care

De gezondheidszorg is sinds vele jaren gebaseerd op het identificeren en corrigeren van gezondheidsproblemen naar gestandaardiseerde uitkomsten. Dit model heeft geleid tot een enorme vooruitgang in de diagnose en behandeling van verschillende ziekten, maar vindt zijn beperking in het omgaan met multimorbide, chronische patiënten.[4] Zo komt de vraag naar een nieuwe aanpak in de gezondheidszorg die zich richt op patiënten met een chronische, ongeneeslijke ziekte en onderwerpen als gezondheidspromotie, ziektepreventie en shared descision omvatten. De complexe keuzes in de zorg voor patiënten wordt gestuurd door doelstellingen op vlak van kwantiteit en kwaliteit van leven, zoals geformuleerd door de patiënt zelf.[5]
We evolueren van ‘chronic disease management’ naar ‘patient participatory management’.[6] De patiënt bepaalt mee het te volgen beleid op basis van zijn waarden en doelen.

1.2 Kwalitatieve verwijzing van eerste naar tweede lijn.

Een goede en doorzichtige communicatie tussen de huisarts en de tweede lijn is essentieel voor de continuïteit in de zorg voor de patiënt.[7] Vorige studies en manama-projecten gaven reeds de minimale kwaliteit van de verwijsbrief tussen zorgverleners onderling weer.[8,9,10] De erkenning van deze struikelblok heeft geleid tot het samenstellen van richtlijnen betreffende medische communicatie, doch dit zijn lokale initiatieven die nog niet systematische worden gebruikt in de dagelijkse praktijk.[7] Een Noorse studie uit 2007 deed onderzoek naar de communicatie tussen de eerste en tweede lijn bij de verwijzing van de oudere patiënt.[11] De kwaliteit en effectiviteit in de overdracht van zorg voor de geriatrische patiënt hangt in grote mate af van de kwaliteit en inhoud van de verwijsbrief. Een specifieke socio-psychologische topic die melding maakt van de ADL-status en

sociale thuisomkadering draagt bij tot deze kwaliteit.[11]

1.3 Probleemstelling

In de literatuur zijn gegevens terug te vinden over de overdracht van kwalitatieve informatie van de eerste naar de tweede lijn. Literatuur over het vermelden van doelen en verwachtingen van de patiënt in de verwijzing naar tweede lijn wordt in het opzoekingswerk niet terug gevonden. Er is weinig geweten over de redenen waarom huisartsen deze doelgeoriënteerde informatie niet doorgeven. Met deze studie willen we nagaan welke drempels er bestaan bij het overbrengen van goal oriented informatie van eerste naar tweede lijn.

Tabel 1: Interview huisartsen

1.	**Algemeen inleidend**
	1.1. Wat zegt de term 'goal-oriented care' u?
	1.2. Wat versta je onder gezondheidsdoelen?
	1.3. Zou u zeggen dat u een goal-oriented aanpak verkiest boven een problem-oriented aanpak? Waarom? Hoe staat u tegenover beide zorgplanningen?
2.	**Goal oriented care**
	2.1. Hebt u een standaardzin die het vragen van verwachtingen, doelen vergemakkelijkt?
	2.2. Wordt er bij een anamnese gebruik gemaakt van het ICE-model: Ideas, Concerns and Expectations, het bevragen van ideeën, bezorgdheden en verwachtingen?
	2.3. Vindt u dat het bevragen van verwachtingen overeenkomt met het bevragen van doelen van de patiënt?
	2.4. Is er voor u een verschil in moeilijkheid van bevragen naar specifieke versus algemene doelen?
	2.5. Wat ervaart u als een drempel in het bevragen van gezondheidsdoelen?
	2.6. Wat zou het bevragen van gezondheidsdoelen kunnen vergemakkelijken?
	2.7 Wordt dit in het dossier genoteerd? Zo ja, hoe en waar?
3.	**Verwijzing complexe geriatrische patiënt**
	3.1. Schrijft u een verwijsbrief bij een complexe geriatrische patiënt?
	3.2. Is deze uniek voor deze patiënt of gebruikt u een standaard model?
	3.3. Welke kwalitatieve informatie bevat deze brief?
	3.4. Is er plek voor een weerslag van persoonlijke gesprekken omtrent doelen uit het leven van de patiënt?
	3.5. Is dit iets dat binnen de privacy van de patiënt valt?
	3.6. Moet hij hiervoor toestemming geven?
	3.7. Bespreek je met de patiënt wat er op de verwijsbrief terecht komt?
	3.8. Zou het meegeven van doelen van de eerste naar de tweede lijn volgens u een meerwaarde kunnen zijn voor de continuïteit van de zorg? Lijkt het voor u relevant om dit mee te delen?
	3.9. Hebt u het gevoel dat dit het beleid van de tweede lijn zou beïnvloeden?
	3.10. Wat zijn de mogelijke drempels om dit niet te doen?
	3.11. Wat kan er volgens u gedaan worden om deze drempels te verwerpen?
4.	**Kent u een specifiek voorbeeld waar goal-oriented care uw handelen heeft gestuurd?**

2 Methoden

2.1 Studie ontwerp

Omwille van het verkennend karakter van de onderzoeksvraag werd geopteerd voor kwalitatief onderzoek. Er werd gebruik gemaakt van diepte-interviews. De sterkte van een diepte-interview bestaat erin dat er een intensief, persoonlijk gesprek plaatsvindt tussen de onderzoeker en de respondent waar kan doorgevraagd worden op achterliggende motivaties, gedachten en ideeën waardoor gedetailleerde informatie vrijkomt.

2.2 Steekproef

De steekproef werd laag drempelig opgesteld om zo een maximale variatie te bereiken. De huisartsen werden gerekruteerd op basis van de locatie van hun praktijk. 70 huisartsen uit de regio zuid West-Vlaanderen, België (de Westhoek) werden aangeschreven met een gestandaardiseerde brief (zie bijlage 1) en nadien telefonisch gecontacteerd met de vraag tot deelname aan de studie. De telefonische contacten werden zo gerangschikt dat er een variatie bestond inzake geslacht, praktijktype en jaren van ervaring.

2.3 Procedure

Alle diepte-interviews werden afgenomen door dezelfde onderzoeker. Om de sterkte van de analyse en de discussie te maximaliseren werd er gebruik gemaakt van een gestructureerde gesprekspuntenlijst. Elke huisarts kreeg hetzelfde gestructureerde interview (Tabel 1: Interview huisartsen). De interview guide werd opgesteld op basis van de literatuur en in overleg met de co-promotor. Deze werd overlopen op een vooraf afgesproken tijdstip op de praktijk van de arts om op die manier voor de geïnterviewde een veilige omgeving te creëren waar hij zich op zijn gemak voelt en eerlijker antwoordt. Aan de start van het interview werd duidelijk dat de meeste respondenten niet vertrouwd waren met de term “Goal Oriented Care”. Door middel van een algemene definitie werd de term uitgelegd waardoor verder verloop van het interview mogelijk werd. Alle participanten stemden in met het informed consent (zie bijlage 2). De interviews werden opgenomen en nadien getranscribeerd voor codering en analyse.

2.4 Codering en analyse

Het belangrijkste doel van deze studie was om drempels te identificeren die aanwezig zijn bij de overdracht van doelen bereikt onder Goal-oriented Care van de eerste naar de tweede lijn. De transcripten werden afzonderlijk van elkaar overlopen en open gecodeerd.[13,14] Het doel van deze codering was om zeker te zijn dat alle data makkelijk zouden terug te vinden zijn alsook dat de data overzichtelijk waren en belang hadden. Dit werd manueel voltrokken.
Na het coderen van alle transcripten, werden de gecodeerde data geanalyseerd. Op basis van axiale codering werden belangrijke begrippen gegroepeerd onder bredere thema’s. Hierbij werd een coderingsboom opgemaakt zodat de verkregen codes geordend stonden ten opzichte van elkaar (zie bijlage 3). Door middel van selectieve codering werden verbanden tussen de verschillende categorieën gelegd. De bekomen gegevens werden niet geverifieerd met nieuwe data.

3 Resultaten

3.1 Beschrijving participanten

12 huisartsen, afkomstig uit Poperinge en omliggende gemeenten, namen deel aan het onderzoek. 67% van hen waren mannen en 33% vrouwen. (In België dd 31/12/2010 zijn er in totaal 14.678 huisartsen waarvan 66.4% mannen en 33.6% vrouwen).[15] Er was een variatie in type van praktijk met respectievelijk 25% solo-, 25% duo- en 50% groepspraktijk. De praktijkervaring van de huisartsen varieerde tussen de 5 en 40 jaar. De samenstelling van participanten wordt weergegeven in Tabel 2: Beschrijving participanten.

Tabel 2: Karakteristieken studiepopulatie

Aantal geïnterviewde huisartsen, n	12	100%
Jaren praktijkervaring		
tussen de 5 en 40 jaar	12	100%
Geslacht		
Vrouw	4	33%
Man	8	67%
Praktijkopbouw		
Solo	3	25%
Duo	3	25%
Groep (>2 artsen)	6	50%

3.2 De kennis van de huisarts over de term Goal-oriented Care.

De huisarts is niet op de hoogte waar de term Goal-oriented Care (GOC) voor staat. De huisartsen die notie hebben van de term zijn zij die tijdens hun carrière een interesse hadden ontwikkeld op het gebied van vroegtijdige zorgplanning.

3.3 Goal-oriented Care in eerste lijn

3.3.1 Problem-oriented versus Goal-oriented, de huidige aanpak van de huisarts.

De huidige praktijksituatie deelt de huisartsen op in drie groepen. Zij die het nut van GOC niet inzien en niet toepassen.

"Waarom een goede manier van werken veranderen naar een manier die ik niet ken en die veel omslachtiger is?" (Man, groepspraktijk, >45 jaar).

Een tweede groep waar een attitude heerst van GOC maar er nog geen doordrukking is naar de praktijk. En als laatste de huisartsen die zich vertrouwd hebben gemaakt met GOC en deze aanpak als grondhouding aannemen.

3.3.2 Wanneer en bij wie past de huisarts Goal-oriented Care toe.

Wanneer GOC plaatsvindt, baseert de huisarts zich op specifieke kenmerken van de patiënt zoals leeftijd, morbiditeit en risicofactoren. GOC kan helpen in een discussie wanneer de arts en de patiënt op een andere golflengte zitten. Andere artsen hebben liever een houvast en gebruiken specifieke tools bij het toepassen van GOC. Dit kan onder de vorm van het GMD+, een aanbeveling of de structuur van het RVT.

"Soms vraag ik expliciet naar de reden van het bezoek, "Wat wil je nu", "Is er iets waar je mee inzit".
(Man, duopraktijk >45 jaar)

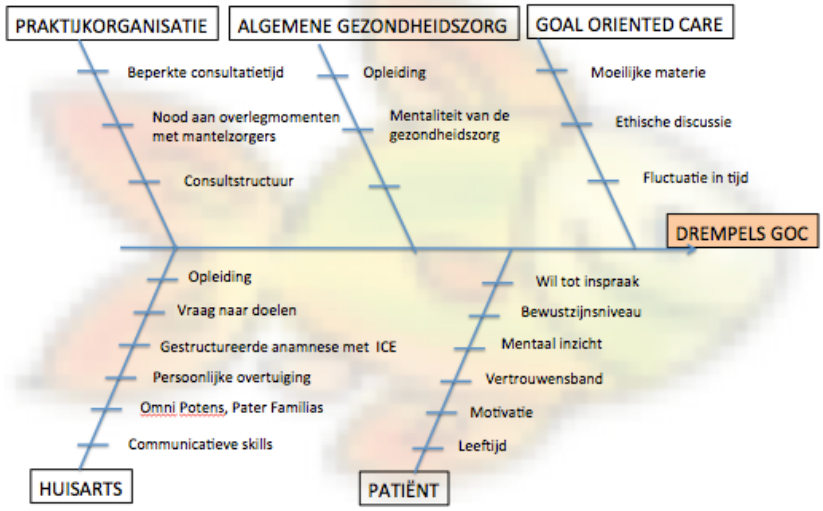
3.3.3 Voordelen van Goal-oriented Care uit de praktijk van de huisarts

Een doelgerichte aanpak heeft voordelen voor zowel huisarts als patiënt. Beiden worden actiever betrokken bij het onderhouden van de gezondheid van de patiënt door shared descision making en het nastreven van gemeenschappelijke doelen. Op die manier wordt de compliance en tevredenheid van de patiënt vergroot.

"Als je dit volhoudt om de patiënt hiermee de confronteren, is het prachtig te zien hoe er een selfmanagement groeit. Het is een prachtig eindresultaat van er tijd in te steken."
(Man, groepspraktijk, <45 jaar)

Bij goede integratie van een goal-oriented aanpak ziet de arts dat het initiële tijdrovende karakter van de aanpak verschuift naar tijdswinst en op die manier zorgt voor een efficiëntere vorm van gezondheidszorg. GOC is een aanpak die een antwoord kan bieden op het beleidsprobleem bij chronische aandoeningen waar de probleem gerichte aanpak niet toereikend blijkt. Daar waar probleemgerichte zorg tekortschiet, biedt doelgerichte zorg een bredere uitweg.

VISGRAATDIAGRAM 1:
Drempels in de toepassing van Goal Oriented Care in de eerste lijn.



3.3.4 Drempels in het implementeren van Goal-oriented Care in eerste lijn

Er bestaan verschillende drempels die Goal-oriented Care in de eerstelijnsgezondheidszorg bemoeilijken (zie visgraatdiagram 1).

<u>Praktijkorganisatie</u>
De consulten zijn bij de huisartsen ingedeeld in een strak tijdschema. Wanneer het aanmeldingsprobleem is besproken en behandeld, is er geen tijd meer om doelen bespreekbaar te maken. Bij patiënten met verminderd bewustzijn doet men beroep op de mantelzorg. Dit moet georganiseerd worden en na discussie moet men tot een consensus komen in het belang van de patiënt. Een derde drempel vinden we terug bij de geëduceerde manier van consultvoering. Huisartsen van een oudere generatie houden vast aan de probleem georiënteerde opleiding die ze jaren geleden hebben genoten. Momenteel wordt GOC geëduceerd in de huisartsenopleiding.

<u>Algemene gezondheidszorg</u>
De algemene gezondheidszorg en de patiënten stralen in de ogen van vele huisartsen nog steeds een probleem georiënteerde visie uit. GOC wordt aan hen gepresenteerd door de eerstelijns formateurs door middel van schemaatjes en grafieken waar de huisarts geen houvast aan heeft.

<u>Goal-oriented Care</u>
GOC is geen makkelijk te bespreken materie. Er moet steeds opnieuw bevraagd, bediscussieerd en onderhandeld worden over onderwerpen die niet vanzelfsprekend zijn. Het is materie die fluctueert in tijd en dus nauw moet worden opgevolgd.

<u>De huisarts</u>
Het navragen van verwachtingen en doelen zit niet systematisch in de anamnese van de huisarts, op die manier wordt dit vaak vergeten. De huisarts baseert zich op zijn eigen inzicht en ervaringen waardoor chronische patiënten nog te veel op een probleem gerichte manier worden benaderd. Ook gaat de huisarts er nog te snel vanuit dat hij de verwachtingen en doelen van de patiënt kent door terugkoppeling naar zijn eigen doelen en waarden, door intuïtie, door het reeds jaren kennen van zijn patiënt.

> *"Ik doe dit intuïtief, door fysiek contact te maken met de patiënt uit de patiënt zijn verwachtingen."*
> (Man, groepspraktijk, >45 jaar)

Soms is de huisarts vanuit persoonlijke overtuiging niet te vinden voor een goal-oriented aanpak. Hij is ervan overtuigd dat de patiënt het beste wordt behandeld wanneer de richtlijnen en aanbevelingen worden gevolgd. Referentiewaarden

worden, met oog op het beste voor de patiënt, strikt nagestreefd.

"Ik ben niet democratisch bij het bespreken van referentiewaarden." (Man, groepspraktijk, >45 jaar)

Sommige huisartsen hebben graag de touwtjes in handen. Ze hebben een beleid klaar en hebben geen behoefte aan inbreng van anderen. Deze huisartsen bouwen hun beleid op praktijkervaring en niet zozeer op gepubliceerde studies en Evicence Based Medicine (EBM).

"Als dokter zijn we gewoon om op te treden als pater familias, als Omni Potens." (Man, groepspraktijk, >45 jaar)

Voor een goal-oriented aanpak zijn heel wat communicatieve vaardigheden nodig. Deze kunnen van nature aanwezig zijn bij de arts of kunnen worden aangeleerd. Dit kan een drempel zijn bij het bespreken van delicate materie.

De patiënt

Sommige patiënten hebben een blindelings vertrouwen in hun huisarts en staan niet open om met hem in discussie te gaan. Het bespreken van doelen vraagt een bepaald niveau van bewustzijn opdat een gefundeerde discussie zou kunnen plaatsvinden. Ook het inzicht in eigen doelen en waarden is onontbeerlijk. De patiënt moet begrijpen wat er van hem verwacht wordt, hij moet mentaal capabel zijn. De patiënt moet open staan om over zijn doelen te spreken, er moet een vertrouwensband zijn met de huisarts. De patiënt moet gemotiveerd zijn de doelen na te streven. Eenzijdige motivatie van de arts uit heeft geen kans op slagen. Als laatste drempel kan de leeftijd van de patiënt aangehaald worden. De huisartsen passen meer Goal-oriented Care toe bij de oudere patiënt met een chronische ziekte en minder bij de jongere.

3.4 Registreren

Ondanks het steeds meer ingeburgerd geraken van het elektronisch medisch dossier (EMD) blijft er een drempel bestaan om goal-oriented informatie te noteren. Voornamelijk in groepspraktijken, maar ook in de solopraktijk is het van belang om te kunnen terugkoppelen naar besproken doelen. Wanneer hij dit wil noteren, vindt hij geen geschikte ruimte in het EMD. Een afwijking zien we bij een besproken DNR-code en vroegtijdige zorgplanning die geregistreerd worden voor zichzelf alsook voor de omringende zorgverstrekkers en de wachtdienst.

3.5 De verwijsbrief naar tweede lijn

3.5.1 De verwijzing

De huisarts schrijft in de meeste gevallen een verwijsbrief. Een uitzondering wordt gemaakt wanneer de verwijzing acuut gebeurt of wanneer de patiënt reeds uitgebreid gekend is in tweede lijn. Deze verwijsbrief gebeurt in de meeste gevallen schriftelijk volgens een standaard sjabloon, geïndividualiseerd aan de patiënt en de casus. In bepaalde gevallen volgt een telefonische oppuntstelling.

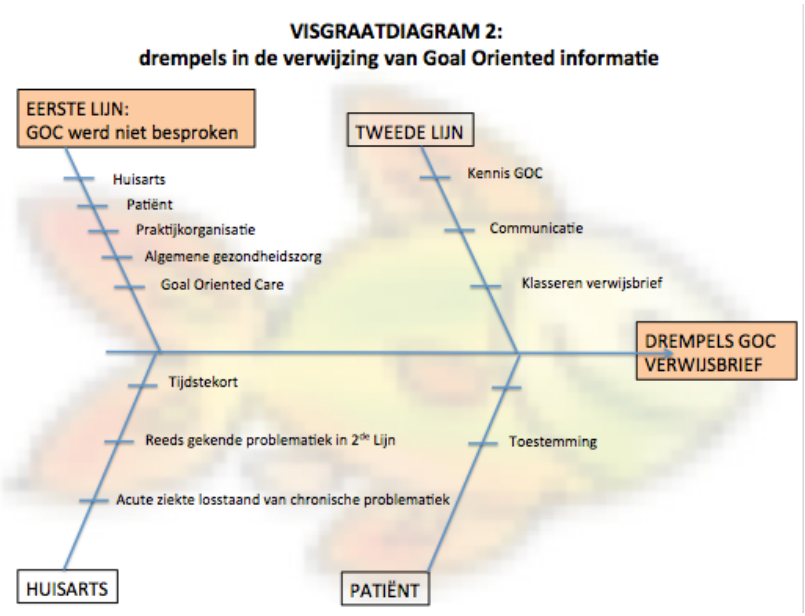
3.5.2 Kwalitatieve informatie in de verwijsbrief

Kwalitatieve informatie wordt vermeld in de verwijsbrief met vooral: de thuissituatie, de sociale problematiek, het gewenst aantal technische onderzoeken, DNR-code en het doel van de opname.

3.5.3 Goal-oriented Care in de verwijsbrief

3.5.3.1 De voordelen naar tweede lijn toe

In de meeste gevallen wordt geluisterd naar de meegegeven doelen vanuit de eerste lijn. Het geeft de patiënt een stem in de beleidsbepaling. Door het meegeven van kwalitatieve informatie kan er tijd worden bespaard in de organisatie van zorg en de sociale ondersteuning.



3.5.3.2 Drempels in de overdracht van goal-oriented informatie naar de tweede lijn

Er bestaan verschillende drempels die de overdracht van goal-oriented informatie naar de tweede lijn bemoeilijken (zie visgraatdiagram 2).

Eerste lijn
Het falen van GOC in eerste lijn heeft een rechtstreekse invloed op het doorgeven van goal-oriented informatie naar de tweede lijn.

Huisarts
In acute situaties is er sprake van tijdsgebrek. Ook wanneer het gaat om een chronische, geriatrische patiënt die opgenomen wordt omwille van een acute problematiek of een patiënt die reeds uitgebreid gekend is in tweede lijn, zal de huisarts het nalaten goal-oriented informatie door te geven.

Patiënt
De patiënt bespreekt zijn doelen onder een vertrouwensrelatie met zijn huisarts. De patiënt kan eventueel niet akkoord gaan wanneer de huisarts deze informatie wil doorgeven. Sommige huisartsen lossen dit op door zonder overleg deze informatie door te geven. Zij doen dit met het risico dat de vertrouwensband geraakt wordt.

Tweede lijn
Sommige artsen hebben het gevoel dat er geen gevolg wordt gegeven aan de meegegeven doelen van de patiënt, dit op zich demotiveert hen.

> *"In mijn ogen is dit niet relevant met het vermoeden dat dit toch diagonaal wordt gelezen en aan de kant geschoven. Ik denk niet dat de geriater zijn beleid daarop gaat afstemmen."*
> (Man, solopraktijk, >45 jaar)

De huisarts is ervan overtuigd dat de specialist nog minder op de hoogte is van GOC dan de huisarts. De meegegeven doelen gaan dus niet in de juiste context gebruikt worden en verloren gaan.

4 Bespreking en besluit

4.1 Bespreking

De huisartsen zijn niet vertrouwd met de term Goal-oriented Care maar herkennen deze aanpak na een korte uitleg vanuit de praktijk. Het bespreken van doelen tijdens een consultatie wordt bij alle artsen naar voren gebracht, zijnde bij de geriatrische populatie.
De huisarts, en dan vooral de oudere generatie, is voornamelijk vertrouwd met een probleem georiënteerde invalshoek. Het specifiek navragen van doelen voelt voor het merendeel van de huisartsen onwennig en men vermijdt liever de discussie die dit mogelijks met zich

meebrengt. Doelen vergen inzicht en bewustzijn van de patiënt en gaan gepaard met onderhandeling op verschillende niveaus. De beperkte tijd van een consultatie, de vooral probleem gerichte sfeer van een consult, het inzicht en het niveau van bewustzijn van de patiënt, de motivatie van zowel arts als patiënt en de attitude van de arts in de veronderstelling dat elke patiënt hetzelfde doel nastreeft en dit door de arts kan worden aangevoeld door mensenkennis en ervaring worden als drempel aangegeven waarom het navragen van doelen van de patiënt niet systematisch gebeurt. Dit zijn drempels die we ook in de literatuur terugvinden.[1,12,16] De huisarts moet nog meer leren communiceren en op basis van shared descision tot een beleid komen.[16] Hij moet afstappen van het idee dat de arts fungeert als een alleswetende pater familias. Het navragen van doelen blijft een abstract begrip ondanks de duidelijk aangetoonde doeltreffendheid in de literatuur.[16]
Doelen worden bespreekbaar wanneer de patiënt goed geëduceerd wordt over zijn chronische aandoening en geïnformeerd wordt over een aantal standaarddoelen. Een haalbaar plan voor de toekomst kan dan in samenspraak met zowel patiënt als arts worden opgesteld. Deze planning kan neergeschreven worden in het EMD onder de vorm van Ideas, Concerns and Expectations (ICE). Een geplande consultatie of gebruik maken van consulten die draaien rond het voorschrijven van chronische medicatie kunnen aangewend worden om doelen bespreekbaar te maken en zo de drempel van tijdstekort wegwerken.
Elke ondervraagde huisarts is er van overtuigd dat een goede verwijsbrief bijdraagt tot een efficiëntere opname van de geriatrische multi-morbide patiënt.[7] Bij het overgrote deel schrijft of typt de arts zijn verwijsbrief volgens een vooropgestelde structuur. Het weergeven van kwalitatieve informatie zoals de thuissituatie, de functionele status en de verwachtingen van de opname worden niet systematisch weergegeven. In een uitzonderlijk geval vermeldt de arts de persoonlijke doelen van de patiënt. Als deze binnen een persoonlijke sfeer zijn bekend gemaakt, hangt het af van de arts of die informatie, al dan niet in samenspraak met de patiënt, wordt doorgegeven aan de tweede lijn.
Het stellen van doelen bij de multi-morbide, geriatrische patiënt en het meedelen aan de tweede lijn lijkt in de ogen van sommige ondervraagde huisartsen klinisch relevant in kader van een goede organisatie van het beleid in het ziekenhuis, het versterken van de inspraak van minder mondige of minder bewuste patiënten en het vergroten van de doeltreffendheid van de gekozen therapie.[12] Het confronteert de tweede lijn met een goal-oriented aanpak en kan op die manier hun probleemgerichte ingesteldheid beïnvloeden. Deze huisartsen hebben het gevoel dat de tweede lijn baat heeft aan het delen van doelen besproken in de eerste lijn en er zijn beleid op afstemt. Andere huisartsen hebben het gevoel niet gehoord te worden op het niveau van tweede lijn. Ze zien de relevantie van het overbrengen van doelen niet in aangezien deze niet gerespecteerd worden.

4.2 Kanttekeningen bij het onderzoek

Tijdens de diepte-interviews kan de interviewer de respondenten hebben beïnvloed. De resultaten beperken zich dan ook tot de ondervraagde populatie en zijn dus niet te veralgemenen, hiervoor is verder kwantitatief onderzoek nodig. De Manama thesis werd niet opgesteld met het oog op het publiceren, maar als een verkennend kwalitatief gesprek en een kenbaar maken van de term Goal-oriented Care onder de collega huisartsen.

4.3 Besluit

Hoewel een doelgerichte aanpak zich in vele disciplines reeds positief heeft bewezen, krijgt het in de gezondheidszorg nog geen stevige voet aan wal. Het navragen van doelen in eerste lijn gebeurt niet systematisch. Doelen worden niet specifiek nagevraagd door de huisarts, hij gaat er vanuit de verwachtingen en doelen te kennen en werkt hierop verder zonder overleg met de patiënt. De arts voelt dit

volgens hem intuïtief aan, hij kent zijn patiënt. De huisartsen vinden Goal-oriented Care een nuttige aanpak in theorie, maar moeilijk haalbaar in de praktijk. Dit komt overeen met de conclusies uit de literatuur.[16] Het niet systematisch doorvoeren van GOC in eerste lijn is de grootste drempel in het niet doorgeven van doelen als kwalitatieve informatie naar tweede lijn.
Een doelgerichte aanpak wordt mogelijk wanneer de arts achter het concept van GOC staat en zichzelf eigen maakt met de aanpak. Nadien kan hij zijn patiënten laten kennismaken met GOC en een goal-oriented attitude van hen verwachten. Een goede educatie van de patiënt omtrent zijn chronische aandoening met het meegeven van de evidenced based standaarddoelen moet een basis houding worden. Een haalbaar plan voor de toekomst kan dan in samenspraak met zowel patiënt als arts in eerste lijn worden opgesteld. Wat op eerste lijn dan bekomen wordt, kan in tweede tijd zijn weg vinden naar de tweede lijn.
Met behulp van dit interview kon de onderzoeker huisartsen informeren, educeren en vooral bewust maken van Goal-oriented Care, wat op zich de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg in de studiegroep verbeterde.

5 Bronnen

1. Mold JW, Blake GH, Becker LA. Goal-oriented medical care. Family medicine 1991.
2. Locke EA, et al. The theory of goal-setting and task performance. Psychological bulletin 1981; 90:125-152.
3. Bassett SF, Petrie KJ. The effect of treatment goals on patient compliance with physiotherapy exercise programmes. Physiotherapy 1999; 85, no3:130-137.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380:37-43.
5. De Maeseneer J, Boeckxstaens P, De Sutter A. Multimorbiditeit: van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg. Minerva 2013; mei, vol12, no 4.
6. De Maeseneer J. Goal-oriented care: from chronic disease management to participatory patient management. Powerpoint presentatie Londen, 12 sept 2013.
7. Le Doare K, Banerjee D, Oldfield M. Written communication between general practitioners and hospitals, an analysis. The West London medical journal 2009; vol1, no3:67-75.
8. Bolton P, Mira M, Kennedy P, Lahra MM. The quality of communication between hospitals and general practitioners: an assessment. *J qual clin pract* 1998; 18:241-7.
9. Lybaert B. Optimalisatie van de verwijsbrief. Manama project huisartsgeneeskunde 2009.
10. Mariën B. Evaluatie van de verwijsbrief van de huisarts aan de dienst spoedgevallen. Manama project huisartsgeneeskunde 2013.
11. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners, a panel study assessment. BMC health services research 2007; 7:133.
12. Vanden Bussche P, et al. Geriatric day hospital: opportunity or threat? A qualitative exploratory study of the referral behaviour of belgian general practitioners. BMC health service research 2010; 10:202.
13. Pope C, Van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. Qual Saf Health Care 2002; 11:148–152.
14. Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen 2de druk. Den Haag: Boom Lemma, 2012.
15. Jaarstatistieken gezondheidsgroepen België 2010.
16. Schulman-Green DJ, Naik AD, Bradley EH, et al. Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. –Patient education and counseling 2006; 63:145-151.

6 Bedanking

Hierbij wil ik de respondenten van de studie bedanken voor hun tijd en inzet. Deze studie werd opgezet met beperkte betrokkenheid van promotor en co-promotor bij de analyse en rapportering van de resultaten. In kader hiervan neemt de student alle verantwoordelijkheid op zich betreffende de inhoud van dit artikel. Dank aan de praktijkopleider voor de logistieke ondersteuning en de kritische noot.

Bijlage 1: Informatieformulier medewerking aan manama-project – een korte bevraging

Kwalitatief exploratie van de verwijzing bij de complexe geriatrische patient
Dr. Pauwels Jolien
Huisarts in opleiding bij dr Vulsteke, Jef

Waarde collega

In de verwijzing van de complexe geriatrische patiënt van de huisarts naar de tweede lijn is er duidelijk nood aan een vermelding van niet alleen medische informatie maar ook van contextuele informatie zoals de functionele toestand, het zorgnetwerk en de individuele doelstellingen van de patiënt.

Om deze invalshoek verder uit te werken en te optimaliseren, hebben we uw hulp nodig

Na uitgebreid literatuuronderzoek naar de reeds bestaande bedenkingen, opvattingen en interventies in zake de aanwezigheid van goal-oriented informatie in de verwijsbrief krijgen we inzicht in de mogelijke drempels en voordelen. Aangezien we deze bekomen resultaten uit de literatuur willen ondersteunen door de bedenkingen uit het werkveld, hadden we graag **op basis van een persoonlijk interview** (20-tal minuten) met vastgelegde vragen **uw mening** gehoord.

Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Binnenkort zal ik u persoonlijk telefonisch contacteren omtrent de mogelijke medewerking aan deze masterproef en het maken van een afspraak voor afname van het interview. Deze deelname is volledig vrijblijvend, maar zou ten zeerste geappreciëerd worden.
Het persoonlijk interview kan u ook zien als een manier van kennismaking met een toekomstige collega.

Steeds bereid tot contactname:
0499/314569
pauwelsjolien@hotmail.com

Met vriendelijke groeten
Dr Pauwels Jolien
HAIO bij dr Vulsteke Jef
Universiteit Gent

Bijlage 2: Informed consent

In bijlage de informed consent van de twaalf participerende huisartsen

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jolien

Hierbij verklaar ik, dr. ...ASTRID... WAERENBURGH
kennis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Met vriendelijke groeten
Dr. Pauwels Jolien
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 21.2.14.

Naam: ...Waerenburgh Astrid

Handtekening:

Dr. WAERENBURGH Astrid
Diksmuidseweg 482
8904 BOEZINGE
1-36665-02-004

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

28-APR-14 02:43 DRS JAPH VOLSTEKE_BRAEM R. 0574217?4 PAGINA: 3

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jolien

Hierbij verklaar ik, dr. JOKE BARZEELE
kennis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Met vriendelijke groeten
Dr. Pauwels Jolien
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 17/2/14

Naam: Dr. Joke Barzeele

Handtekening:

Dr. Joke Barzeele
Douvieweg 61 9972B Watou
057/21.75.55
1-36785-82-004

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jolien

Hierbij verklaar ik, dr. ...TINE....BODE.....
kennis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Met vriendelijke groeten
Dr. Pauwels Jolien
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 21/2/14

Naam: .....Bode.....Tine

Handtekening:

Dr. Tine BODE
Diksmuidseweg 482
8904 Boesinge-Ieper
1/36643/30/004
G: 1/92485/17/004

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jolien

Hierbij verklaar ik, dr. ..SIEGFRIED.....PROVOOST
kennis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Met vriendelijke groeten
Dr. Pauwels Jolien
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 18/2/14..

Naam: .....

Handtekening:

Siegfried Provoost
1.36076.15.004
G 1.36464.15.004
G 1.36946.18.004
Hendrik Deberefstraat 37 B
8640 VLETEREN - TEL. 057/40 00 20

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jolien

Hierbij verklaar ik, dr. ...JOKE.....FOUVRY.....
kennis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Met vriendelijke groeten
Dr. Pauwels Jolien
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 18/2/14.

Naam: FOUVRY JOKE

Handtekening:

Joke Fouvry
1.36946.18.004
G 1.36076.15.004
G 1.36464.15.004
Hendrik Deberghstraat 37 B
9... VLETEREN TEL. 057/40 00 20

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jolien

Hierbij verklaar ik, dr. ...LANDER...VANHEE...
kennis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Met vriendelijke groeten
Dr. Pauwels Jolien
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 18.2.14.

Naam: ...17/02/14.....

Handtekening:

Lander Vanhee
1.36464.15.004
G 1.36076.15.004
G 1.36946.18.004
Hendrik Deberghstraat 37 B
9640 VLETEREN - TEL. 057/40 00 20

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jolien

Hierbij verklaar ik, dr. BERNARD TOUQUET
kennis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Met vriendelijke groeten
Dr. Pauwels Jolien
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 2012/2/14.

Naam: .....

Handtekening:

bvba Dr. Bernard TOUQUET
huisarts
Vlamertingsestraat 85
8906 Elverdinge - 057 / 42 60 91
1-32740-53-004

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jolien

Hierbij verklaar ik dr. JAN DE GROOTE ... kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de doeleinden gebruikt
Dr. Pauwels Jolien
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 13.2.14.

Naam: .....

Handtekening:

Dr DE GROOTE Jan
Huisarts
Prof. Dewulfstraat 121
8970 POPERINGE
Tel. 057 33 86 55
1.33334.41.003

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jolien

Hierbij verklaar ik, dr. ...FRIES....CLAERHOUT
kennis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Met vriendelijke groeten
Dr. Pauwels Jolien
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 12/2/14

Naam: ..... Dr. Fries Claerhout

Handtekening: 1/36183/75/004

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jolien

Hierbij verklaar ik, dr. ..BENE VAN BESIEN...
kennis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

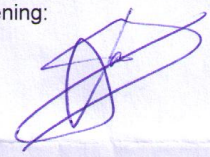
Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Met vriendelijke groeten
Dr. Pauwels Jolien
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 21/2/14.

Naam: .....Van Besien.....Bene

Handtekening:



Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

CHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

hriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:
walitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
. Pauwels Jolien

erbij verklaar ik, dr. ...PAUL....SANSEN.....
nnis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de rwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

et dit schrijven verbind ik mij ertoe hiersan mijn medewerking te verlenen.
lle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

let vriendelijke groeten
r. Pauwels Jolien
AIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 18.2.14.
Naam: Dr. Pol Sansen
Handtekening: 1/32201/10/004

Dr. Pol SANSEN
G 1/32201/10/004
Dr. Kristina BOUCQUEY
G 1/32214/94/003
Dr. Peter SANSEN
G 1/36813/94/004

Voorzitter

20-APR-14 07:55 DRS JAPH VULSTEKE-BRAEM R. 087421784 PAGINA: 2
ONTVANGEN 28/04/2014 08:43

SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING – INFORMED CONSENT

Schriftelijke toestemming medewerking aan de masterproef 2013-2014:

Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.
Dr. Pauwels Jollen

Hierbij verklaar ik, dr. ..JOHAN....MAERTEN..
kennis te hebben genomen van de omschrijving van het studieproject: Kwalitatieve exploratie van de verwijzing bij complexe geriatrische patiënten.

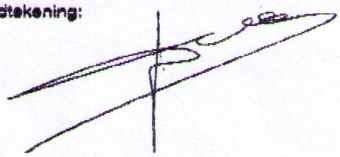
Met dit schrijven verbind ik mij ertoe hieraan mijn medewerking te verlenen.
Alle bekomen informatie wordt anoniem en uitsluitend voor de omschreven doeleinden gebruikt.

Met vriendelijke groeten
Dr. Pauwels Jollen
HAIO Universiteit Gent 2012-2014

Datum: 19/2/14..

Naam: ..... Dr. Johan Maerten 1/32773/20/004

Handtekening:



Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

Bijlage 3: Coderingsboom

- Kennis omtrent GOC
  - directe termkennis
  - vertaal term
  - gezondheidsdoelen
- GOC in eerste lijn
  - huidige praktijksituatie
  - wanneer navragen
  - voordeel GOC
  - drempel GOC
    - praktijkorganisatie
    - algemene gezondheidszorg
    - GOC op zich
    - arts
    - patiënt
  - drempels overwinnen
- Registreren
  - noteren dossier
  - onthouden
- Doel versus verwachting
- Verwijsbrief
  - frequentie
  - layout
  - kwalitatieve informatie
  - GOC
    - voordeel
    - drempel