Plaats en beleving van ‘shared decision making’ door alle betrokkenen bij chronische zorgtransities: een kwalitatieve analyse

Puystjens Charlotte, UGent

Promotor: Deveugele Myriam, UGent

Co-promotoren: Pype Peter, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Plaats en beleving van 'shared decision making' (SDM) door alle betrokkenen bij chronische zorgtransities: een kwalitatieve analyse

HAIO: Puystjens Charlotte
Instelling: UGent
Promotor: Deveugele Myriam
Co-promotor: Pype Peter
Praktijkopleider: Goethals Marc
ICPC: C01 Huisarts-geneeskundige theorie

Context
Dat de communicatieve vaardigheden van de arts van primordiaal belang zijn voor een goede zorgverlening is reeds lange tijd geweten. In de literatuur staat dan ook al heel wat beschreven over het communicatief gedrag van de artsen. Ook naar het concept SDM wordt vandaag veel onderzoek gedaan. Ondanks het groot belang van een kwalitatieve doorverwijzing wordt in de literatuur minder aandacht geschonken aan het communicatieve aspect van een zorgtransitie en meer bepaald aan de SDM tijdens een verwijzing.

Onderzoeksvraag
In welke mate en wanneer wordt SDM toegepast door de huisarts en door de specialist tegenover de patiënt en tegenover elkaar, meer bepaald tijdens de transfer van zorg van eerste naar tweede lijn? Hoe trachten de artsen tijdens een verwijzing aan SDM te doen, hoe wordt dit door de artsen zelf en door de patiënt ervaren en waardoor kan SDM beïnvloed worden? Deze masterproef beperkt zich tot de SDM bij *chronische* zorgtransities en maakt op die manier deel uit van een tweeledige kwalitatieve analyse. Het andere deel betreft de SDM rond *acute* zorgtransities en wordt door collega-HAIO Stephanie Vincke behandeld.

Methode
Na een grondige literatuurstudie werden drie gelijkaardige topiclijsten opgesteld met vragen omtrent de beleving rond SDM tijdens een zorgtransitie; een voor huisartsen, een voor patiënten en een voor specialisten. Deze vragenlijsten werden grotendeels gebaseerd op de 12 items van de option-schaal van Elwyn et al. In de kwalitatieve analyse worden de terugkomende thema's geïdentificeerd en vergeleken, nadien volgt een vergelijking met de deelstudie over acute zorgtransities.

Resultaten
Tijdens een chronische zorgtransitie worden de artsen zowel door zichzelf als door de patiënten gezien als leveranciers van relevante en objectieve informatie. De patiënten hebben veel vertrouwen in de expertise en besliskunde van de arts. Onder invloed van multimedia wordt de patiënt mondiger en gaat ze sneller eisen stellen. Bezorgdheden en verwachtingen worden te weinig bevraagd, de vraag of alles duidelijk is komt te weinig aan bod, desondanks benadrukken de artsen en de patiënten het belang hiervan. De thema's in de analyse van acute zorgtransities zijn gelijklopend, doch er wordt meer belang gehecht aan SDM in chronische setting dan in acute zowel door de patiënt als door de artsen.

Conclusie
Ondanks dat er tijdens een chronische zorgtransitie nog weinig plaats is voor een zuiver paternalistische aanpak, kan er hier stricto sensu nog niet van SDM gesproken worden. Bij een chronische zorgtransitie is de mate van SDM zeer variabel en afhankelijk van de patiënt en de context van de verwijzing.

Inhoudstabel

Abstract 1

Inhoudstabel 2

Inleiding 4

De verwijzing door de huisarts 4

Shared decision making 5

Vraagstelling 6

Literatuuronderzoek 6

SDM tijdens de verwijzing 6

SDM bij chronische patiënten 7

SDM tussen de huisarts en specialist 7

SDM objectiveren 8

Oriënterend literatuuronderzoek 10

Onderzoeksmethodiek 11

Interviews afnemen 11

Interviews opmaken 11

Analyse 12

Inclusiecriteria kandidaten 12

Huisartsen 12

Patiënten 12

Resultaten 14

Kenmerken kandidaten 14

Huisartsen 14

Specialisten 14

Patiënten 14

Itembespreking 14
Topic 1: gezamenlijke beslissing 14
Topic 3: geen actie ondernemen 18
Topic 4: informeren 18
Topic 5: verwachtingen patiënt 20
Topic 6: bezorgdheden patiënt 21
Topic 7: duidelijkheid 22
Waar loopt het goed en waar loopt het nog fout bij de SDM tijdens een verwijzing? 23
Discussie 25
Analyse 25
Chronische zorgtransities versus acute zorgtransities 28
Sterktes en zwaktes van de analyse 28
Besluit 30
Referenties 31
Bijlage 1: Samenvatting protocol 34
Bijlage 2: Goedkeuring ethisch comité 35
Bijlage 3: Informatieformulier voor de deelnemende persoon 36
Bijlage 2: Vragenlijst patiënt 40
Bijlage 3: Vragenlijst huisarts 41
Bijlage 4: Itemlijst specialist 42

Inleiding

De verwijzing door de huisarts

In België bestaat er geen formeel verwijzingssysteem tussen de eerste- en tweede/derdelijnsgezondheidszorg. In de praktijk is het echter meestal de huisarts of eventueel een specialist die beslist een patiënt door te verwijzen. Elke burger heeft vrije toegang tot medische specialisten en ziekenhuiszorg, zelfs al is dit het eerste contactpunt met het gezondheidssysteem. De huisarts heeft met andere woorden geen doorsluisfunctie in ons land. Patiënten hebben de vrije keuze wat betreft de eerste arts ze contacteren, ze kunnen veranderen van arts wanneer ze willen, krijgen een 'second opinion', of doen aan 'medical shopping'. Door deze grote hoeveelheid patiënten die onmiddellijke specialistische hulp zoeken, zijn slechts 18 % van consultaties bij specialisten een restultaat van doorverwijzing en resulteert slechts 10% van de consultaties bij de huisarts in een doorverwijzing. In 2008 registreerde het Kenniscentrum in België meer dan 46 miljoen (46 345 577) patiënt-huisarts contacten en waren er in totaal iets meer dan 26 miljoen (26 023 318) consultaties bij specialisten. [2] In België rapporteert 47% van de Belgische bevolking minstens één contact met de specialist in de afgelopen 12 maanden. In de gezondheidsenquête van 2013 rapporteert men gemiddeld 1,9 raadplegingen bij de specialist per persoon per jaar. Deze cijfers zijn een onderschatting ten opzichte van het werkelijk aantal gezien bij de ziekteverzekering. Er wordt berekend dat 22% van de raadplegingen bij de specialist te maken hebben met een nieuwe klacht of een nieuw gezondheidsprobleem en daarvan is volgends de gezondheidsenquête 24% doorverwezen door de huisarts. [1]

Patiënten worden doorverwezen naar specialisten voor verschillende redenen. Dit kan zijn om advies te bekomen over een bepaalde diagnose of behandeling, wanneer de onderzoeksmogelijkheden en therapeutische opties in eerste lijn ontoereikend zijn en meer specialistische zorg nodig is, om een second opinion te bekomen etc. [3] Tijdens de verwijzing is er een transfer van verantwoordelijkheid van bepaalde aspecten van de patiëntenzorg van eerste naar tweede lijn. We kunnen dus stellen dat een verwijzing noemenswaardige implicaties heeft voor de patiënt, de gezondheidszorg en de kosten. Het aantal doorverwijzingen zijn gedurende de laatste tien jaar alleen maar toegenomen met als gevolg meer gebruik van specialistische zorgen en hogere gezondheidsuitgaven. [3] Redenen voor de stijging van het aantal zorgtransities zijn een toegenomen beschikbaarheid van deze specialistische zorg, culturele veranderingen, vernieuwde wetgeving, meer onzekerheid bij voornamelijk jonge huisartsen en de stijgende vraag van de patiënt naar tweedelijnsgezondheidszorg [4]. Ondanks het groot aantal doorverwijzingen en het groot belang van een correct uitgevoerde doorverwijzing bestaan er geen internationaal erkende richtlijnen voor het doorverwijzen van

patiënten; de zorgtransitie wordt vaak beslist vanuit de praktijkkunde van de huisartsen [5]. Zo zijn er bewijzen dat het proces van verwijzen vaak suboptimaal is met als resultaat dat patiënten vaak onnodig bepaalde diagnostische of therapeutische procedures ondergaan (inclusief hospitalisatie) [6]. Ondanks het groeiend besef van deze problematiek is er relatief weinig onderzoek naar interventies die het verwijzingsgedrag verbeteren.

Shared decision making

In de laatste decennia onderging de patiëntenzorg een bepaalde evolutie. Daar waar vroeger veel meer paternalisme heerste, promoot men steeds meer een patiënt-gecentraliseerde zorg. Er wordt nu veel meer dan vroeger belang gehecht aan de waarden, voorkeuren en ervaringen van de patiënt. [7]

De term SDM zou voor het eerst in de literatuur verschenen zijn meer dan 30 jaar geleden [8] , maar het onderliggend model van wederzijdse participatie werd reeds voor het eerst beschreven in 1956 [9]. Het wederzijds participatiemodel vertegenwoordigt het afscheid van de medische praktijk als uitsluitend een clinicus-gedreven activiteit en introduceerde het als een geef-en-neem relatie op basis van gelijkwaardigheid en respect. Al van in het begin werd dit model vooral bij de behandeling van chronische aandoeningen als zeer zinvol beschouwd [9]. De erkenning dat gedrags-, psychosociale- en levensstijlveranderingen, in handen van de patiënt, een nog groter effect zouden kunnen hebben dan de biomedische interventies deed de interesse in het betrekken van de patiënten in het beleid nog meer groeien [10]. In het begin manifesteerde deze gedeelde besluitvorming zich primitief als informed consent en patiëntenvoorlichting [11]. Het was pas in de late jaren 90 dat Charles et al. een formeel kader voorzagen voor de toepassing van SDM in de klinische praktijk [12]. Ze benadrukten de nood aan bidirectionele informatie-uitwisseling en participatie van beide partijen in de onderhandeling naar het gepaste beleid [13]. Sindsdien is het begrijpen en toepassen van SDM gegroeid tot een overkoepelende benadering in de gezondheidszorg [14].

SDM wordt nu gezien als de hoeksteen van niet enkel individuele patiënt-clinicus consultaties, maar ook van de uitoefening en cultuur van de gezondheidszorg en van het nationaal gezondheidsbeleid. De Salzburgverklaring van SDM, het product van internationale samenwerking over het formuleren van de SDM-kerndoelen, werd gelanceerd in het begin van 2011. [13, 15, 16]

Patiënt-gecentraliseerde zorg zou geassocieerd worden met betere resultaten voor de patiënt, waaronder betere zelfmanagement, hogere patiënttevredenheid en compliance. Sommige studies vonden zelfs bewijs voor betere klinische resultaten. [17, 18]

Vraagstelling

Zoals reeds vermeld is de verwijzing een belangrijk aspect van de gezondheidszorg. Kwalitatieve zorg vloeit immers voort uit een kwalitatieve verwijzing en deze ontstaat niet uitsluitend door het verwijzen op correcte indicatie maar ook door goede communicatie tijdens de verwijzing. Er zijn meerdere artikels te vinden over de communicatie tussen huisartsen, patiënten en specialisten bij het doorverwijzen. [3,4,19,20] Hier wordt 'shared decision making' echter niet bij vermeld. Een zorgtransitie, acuut of chronisch, is nochtans een belangrijk event in het leven van een patiënt. Maar in hoeverre wordt de patiënt ook betrokken bij de beslissing om hem/haar door te verwijzen? Bij een chronische doorverwijzing gaat het daarbij vaak over levensveranderende beslissingen, langdurige behandelingen met zeer vaak veel verschillende opties met pro's en contra's. Daarbij komt dat patiënten vaak schrik hebben voor een bepaalde diagnose of behandeling. Of misschien willen ze een voorgesteld onderzoek helemaal niet ondergaan. Wordt dit voldoende bevraagd op zo'n moment? Ook de derde persoon in deze keten, namelijk de specialist, moet voldoende informatie verkrijgen. Niet alleen over de reden van doorverwijzing, maar ook over verwachtingen en wensen van de patiënt en van de huisarts. Gebeurt dit ook?

In deze masterproef trachten we het verwijzingsgedrag kwalitatief te onderzoeken door de betrokkenheid van de patiënt tijdens een verwijzing na te gaan. Het doel van deze kwalitatieve analyse is een exploratie van de 'shared decision making' (SDM) rond chronische zorgtransities vanuit drie invalshoeken; dit van de huisarts, patiënt en specialist. In welke mate en wanneer wordt SDM toegepast door de huisarts en door de specialist tegenover de patiënt en tegenover elkaar, meer bepaald tijdens de transfer van zorg van eerste naar tweede lijn? Hoe trachten de artsen tijdens een verwijzing aan SDM te doen, hoe wordt dit door de artsen zelf en door de patiënt ervaren en waardoor kan SDM beïnvloed worden? Deze masterproef beperkt zich tot de SDM bij *chronische* zorgtransities en maakt op die manier deel uit van een tweeledige kwalitatieve analyse. Het andere deel betreft de SDM rond *acute* zorgtransities en wordt door collega-HAIO Stephanie Vincke behandeld.

Literatuuronderzoek

SDM tijdens de verwijzing

Over de communicatieve relatie tussen arts en patiënt in het algemeen staat er in de literatuur al het een en ander beschreven. Ook de communicatie en overlegvormen tussen huisarts en specialist werden al meer dan eens bestudeerd en in de schijnwerpers geplaatst. De betrokkenheid van patiënten in SDM is reeds lange tijd het middelpunt van debat [21,22], waar sommigen beweren dat het obligaat zou moeten zijn en anderen de problemen ervan benadrukken [23]. Het blijft echter een onderwerp waarover weinig empirische studies gebeurd zijn [24]. Eerdere studies vermeldden dat

minder dan 50 procent van de patiënten wensen betrokken te zijn bij het maken van een klinische beslissing [21,25,26] ondanks de mogelijkheid dat zo'n betrokkenheid een positief effect kan hebben op gezondheidsresultaten [27,28,29]. Patiënten verwachten wel dat hun arts hen informeert omtrent behandelingsopties, maar tevens respect heeft voor de mate waarin ze zelf verantwoordelijk willen zijn in het nemen van een beslissing in een klinische context [30,31].
Shared decision making, op het moment van de verwijzing, tussen de artsen onderling en de patiënt is in de literatuur eerder een zwart gat.

SDM bij chronische patiënten

Klinische consultvoering in het algemeen is een kernvaardigheid voor alle hulpverleners, maar blijkt in het bijzonder belangrijk in de eerstelijnsgezondheidszorg. [32] Daarnaast zou het vooral belangrijk zijn bij de behandeling van chronische ziektes zoals diabetes, hypertensie, congestief hartfalen… [33] Wanneer patiënten goed geïnformeerd worden en betrokken worden in het maken van beslissingen zouden ze meer belang hechten aan de medische adviezen en zouden ze meer gezondheids-gerelateerde gedragsveranderingen uitvoeren. [34] Helaas werd de arts-patiënt communicatie in het verleden vaak inadequaat bevonden niettegenstaande dat patiënten communicatievaardigheden als één van de belangrijkste eigenschappen van een arts beschouwen. [35,36]

SDM tussen de huisarts en specialist

Studies over het verwijzingsproces van eerste naar tweede lijn hebben aangetoond dat er nog heel wat ruimte voor kwaliteitsverbetering is. Thorson et al. hebben via een kwalitatief onderzoek getracht reflecties van huisartsen over attitudes en gedragingen in kader van verwijzingen te identificeren en te beschrijven. [20]
Veel van de huisartsen hebben ten aanzien van het verwijzen naar specialisten een gevoel van asymmetrie. Ze hebben de indruk dat meer dan eens belangrijke beslissingen, met grote impact op de patiënt, niet met hen besproken worden. Ze zien een verwijsbrief vaak een hulpmiddel voor de specialist en niet als een start van een gelijkwaardig dialoog. Ze uitten ook hun frustratie ten aanzien van het niet lezen van de verwijsbrieven daar specialisten af en toe informatie navragen die reeds in de verwijsbrief staat. Het op de wachtlijst plaatsen van met spoed verwezen patiënten wordt ook aanzien als een professioneel onevenwicht. Er heerst duidelijk een groot verlangen naar een beter dialoog met de specialist. Een goede verwijzing is volgens vele huisartsen een wederzijds proces. Hierbij meer gebruiken maken van de telefoon en communicatie via mail staat bij vele huisartsen op de verlanglijst. Volgens hen zou dit heel wat misverstanden, verwarring, tijd en geld besparen. Het komt er op neer dat een verwijzing een gebalanceerd en wederzijds proces moet zijn met respect voor elkaars werksituatie. Dit wederzijds respect zou moeten groeien door betere relaties te creëren tussen de huisartsen en specialisten. Het opwaarderen van de rol van de huisarts zou hierbij van

primordiaal belang zijn. In deze studie werden enkel de reflecties van huisartsen beschreven. Het includeren van specialisten in dit kwalitatief onderzoek zou waarschijnlijk een meer gebalanceerd beeld geven van het verwijzingsproces! [20]

SDM objectiveren

Om de mate van patiëntbetrokkenheid in het klinisch beslissingsproces te meten werd door Elwyn et al. de OPTION-schaal ontwikkeld. [37] OPTION is een acroniem voor 'Observing Patient Involvement'. Het is een meetinstrument ontwikkeld op basis van audio- en video-opnames van consultaties. Het werd oorspronkelijk ontwikkeld om SDM te evalueren specifiek in de context van huisartsgeneeskunde maar het is algemeen genoeg om bij alle types van consultaties te hanteren. Kort samengevat onderzoekt de OPTION-schaal of problemen goed gedefinieerd worden, alle opties met pro's en contra's aangeboden worden, genoeg informatie gegeven wordt, of de patiënt alles begrijpt en of alle beslissingen geëvalueerd worden vanuit artsen- als patiënten perspectief.

Elwyn et al. ontwikkelden niet enkel deze OPTION-schaal maar hebben ze ook meteen uitgetest op 104 huisartsen. De huisartsen namen vrijwillig deel aan deze studie zonder exact te weten waarover het onderzoek ging. In hun eigen praktijk en met eigen echte patiënten filmden ze allemaal enkele routine consultaties. Dit leverde in totaal 186 consulten op die bruikbaar waren voor analyse. Deze consulten werden geëvalueerd aan de hand van deze OPTION-schaal.

Table 2 Option item response, missing value rates (%), and Cohen's kappa

OPTION scale item	Strongly agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly disagree	Missing values (%)	Kappa score*
(1) The clinician identifies a problem(s) needing a decision making process	49.5	33.1	11.0	4.3	1.3	0.8	0.61 (0.31)
(2) The clinician *states* that there is more than one way to deal with an identified problem ("equipoise")	6.2	3.2	5.4	13.4	71.0	0.8	0.82 (0.50)
(3) The clinician *lists* "options" including the choice of "no action" if feasible	6.7	4.0	7.0	9.7	71.8	0.8	0.75 (0.51)
(4) The clinician *explains* the pros and cons of options to the patient (taking "no action" is an option)	3.5	3.2	9.4	11.6	71.5	0.8	0.68 (0.43)
(5) The clinician checks the patient's preferred information format (words/numbers/visual display)	0	0	0.3	0.5	98.4	0.8	0.98 (0.98)
(6) The clinician explores the patient's expectations (or ideas) about how the problem(s) are to be managed	0.5	1.1	8.6	18.8	69.9	1.1	0.75 (0.34)
(7) The clinician explores the patient's concerns (fears) about how problem(s) are to be managed	1.3	4.6	12.1	22.0	59.1	0.8	0.53 (0.42)
(8) The clinician checks that the patient has understood the information	0.8	1.1	35.2	26.9	34.9	1.1	0.38 (0.10)
(9) The clinician provides opportunities for the patient to ask questions	1.9	3.2	40.1	17.2	36.0	1.6	0.20 (–0.08)
(10) The clinician asks for the patient's preferred level of involvement in decision making	0.8	1.3	4.0	8.1	84.9	0.8	0.86 (0.66)
(11) An opportunity for deferring a decision is provided	1.1	2.4	4.8	7.5	83.3	0.8	0.83 (0.66)
(12) Arrangements are made to review the decision (or the deferment)	19.4	7.8	35.2	5.4	30.9	0.8	0.58 (0.44)

*Kappa scores are for agreement across sum of "agree, neutral and disagree" scale points; scores in parentheses are kappa scores for 5-point scale agreement.

Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen in het algemeen behoorlijk laag scoren op deze schaal. Uit bovenstaande tabel kunnen we verschillende conclusies trekken. Ze geven zelden aan dat er verschillende manieren zijn om met een probleem om te gaan en gaan bijgevolg ook zelden andere opties opsommen met hun pro's en contra's. Ze bevragen niet vaak de ideeën, noch de bezorgdheden of de verwachtingen van de patiënt. De vraag of de patiënt alles begrijpt wordt zelden gesteld en vaak is er te weinig ruimte voor de patiënt om vragen te stellen. In welke mate een

patiënt wenst betrokken te zijn in het beslissingsproces wordt bijna nooit nagevraagd en als laatste wordt er te weinig de mogelijkheid gegeven om een behandeling te weigeren of bepaalde beslissingen te herzien. We kunnen uit de resultaten van deze OPTION-schaal concluderen dat de betrokkenheid van patiënten in de SDM eerder laag is en dat deze huisartsen eerder paternalistisch te werk gaan in routine consultaties. Deze huisartsen boden zich vrijwillig aan om deel te nemen aan dit onderzoek over communicatievaardigheden en vertegenwoordigen dus diegenen met eerder een hogere graad van zelfvertrouwen in hun kunnen. Men zou dus kunnen verwachten dat de resultaten van andere huisartsen gelijklopend of eerder nog lager zijn.

De mate waarin patiënten betrokken worden bij het nemen van een beslissing, was in deze studie verbonden met twee factoren. Hoe hoger de leeftijd van de patiënt, hoe lager het niveau van betrokkenheid. De graad van betrokkenheid nam wel toe in situaties waarbij medische onzekerheid bestaat over een voorkeursstap of behandeling. Het geslacht of de opleiding van de huisarts waren niet geassocieerd met het verschil in OPTION-score. Men zag ook dat de huisarts de graad van betrokkenheid aanpast naargelang de situatie of voorkeursrol van de patiënten.

Er bestaat op zich nog onenigheid over de situaties waarin SDM toepasbaar zijn. Suggesties worden gemaakt om een screening, onderzoek of behandeling te beoordelen als een standaard, een richtlijn of een optie. Op basis van deze beoordeling wordt de patiënt meer of minder betrokken bij een beslissing. Standaarden bevatten theoretisch sterk bewijs van doeltreffendheid en worden als beste behandeling/keuze aanzien. Richtlijnen zijn daarentegen minder gebiedend, terwijl bij opties een bewijs van doeltreffendheid of eender welk bewijs ontbreekt. Van hieruit wordt geopteerd om ‘shared decision making’ voor te behouden voor situaties waarin er duidelijke opties bestaan. De OPTION-schaal daarentegen werd ontwikkeld vanuit het standpunt dat patiënten in variabele mate betrokken kunnen worden bij keuzes over onderzoeken of behandelingen correlerend met alle graden van bewezen doeltreffendheid. [37] Elwyn G et al. stelt zelfs voor in een latere studie om ‘shared decision making’ niet alleen bij een eenmalige beslissing toe te passen zoals het al dan niet ondergaan van chirurgie. Het kan in alle situaties gebruikt worden waar zich concurrerende opties voordoen of waar prioriteiten gesteld moeten worden. [7]

Oriënterend literatuuronderzoek

Het zoeken naar relevante artikels gebeurde in de databank Medline via PubMed. In een eerste zoekopdracht werd op zoek gegaan naar artikels over de communicatie bij een doorverwijzing. Op deze manier kregen we een eerste idee over wat communicatief belangrijk is hierbij. Wat er reeds in de literatuur terug te vinden is, werd nagegaan met de meshtermen: 'physician-patient relationship', 'physician-patiënt communication', 'provider-patient communication', 'doctor-patient communication', 'general practitioner', 'general practice', 'primary care' in combinatie met 'referall communication', 'referring', 'care transition'.

Artikels werden geselecteerd op basis van hun abstract, hun bruikbaarheid, de taal en de datum (verschenen na 1990, met voorkeur na 2000). Tijdens het zoeken in PubMed werd ook zeer vaak gebruik gemaakt van de handige link 'related citations in PubMed'. In de literatuur werd er weinig onderscheid gemaakt in communicatie bij acute of chronische doorverwijzingen. Artikels die werden geselecteerd, betroffen dus arts-patiëntcommunicatie in het algemeen en communicatie bij het doorverwijzen van patiënten door de huisarts. Bij het lezen van een artikel, werden aan de hand van citaten in de tekst relevante artikels opgemerkt in de referenties. Deze werden dan apart opgezocht in PubMed. Enkele artikels over de manier van verwijzen (verwijsbrief e.d.) werden tevens gelezen op zoek naar interessante bijkomende informatie over het verwijzen zelf.

In een tweede zoekopdracht werd nagegaan hoe 'shared decision making' in een eerstelijnsconsult bestudeerd werd. Er werd gezocht naar tools om deze gezamenlijke beslissing tussen arts en patiënt na te gaan. Dit gebeurde via dezelfde databank met de volgende meshtermen: 'measuring patient involvement', 'shared decision making', 'informed decision making', 'questionnaire' in combinatie met de eerder vermeldde meshtermen.

Onderzoeksmethodiek

Interviews afnemen

Er werd met vijf huisartsen, vijf patiënten en vijf specialisten een lang gesprek gevoerd. Deze gesprekken waren niet streng gestructureerd maar werden uitgevoerd aan de hand van een lijst met onderwerpen. Deze onderwerpen werden besproken aan de hand van vragen en bijvragen. Er werd geopteerd om via een persoonlijk gesprek het interview uit te voeren om de kwaliteit van de data te optimaliseren. Een face-to-face gesprek verhoogt de respons en verzekert dat alle thema's voldoende aan bod komen. Er werd op die manier ook meer achtergrondinformatie bekomen betreffende de kandidaten wat belangrijk kan zijn in de analyse van de antwoorden.

De interviews duurden zo'n 40 minuten elk en werden afgenomen in de periode van juni 2014 tot en met februari 2015. Alle kandidaten kregen mondeling informatie over het doel van het onderzoek en ondertekenden daarna een informed consent.

De interviews werden met een audiorecorder opgenomen om zo geen enkel detail te verliezen en het gesprek zo natuurlijk mogelijk te laten verlopen zonder dat er genoteerd of getypt moest worden.

Alle kandidaten werden persoonlijk door mij gecontacteerd. Het doel van het onderzoek werd kort uitgelegd en een tijdstip voor het interview werd vastgelegd.

Interviews opmaken

Om de SDM bij chronische zorgtransities vanuit de drie invalshoeken te kunnen exploreren, werd eerst een topiclijst opgesteld; een voor huisartsen, een voor patiënten en een voor specialisten (zie bijlage). Bij elke doelgroep kwamen gelijkaardige topics aan bod maar bevraagd vanuit een verschillende invalshoek. Er werd beslist om topiclijsten op te stellen, die zowel bruikbaar waren bij de analyse van chronische als van acute doorverwijzingen. Hieromtrent werd een verkennende literatuurstudie uitgevoerd om factoren te onderkennen die van belang zijn in de arts-patiëntcommunicatie. Om het gesprek vlot op gang te laten komen en te kunnen onderhouden werd geopteerd om deze topics te bespreken aan de hand van vragen en bijvragen, die opgesteld werden naargelang de doelgroep.

Het eerste deel van de topiclijsten betreft de 'shared decision making' en werd grotendeels gebaseerd op de 12 items van de OPTION-schaal. Deze 12 items werden gestructureerd en opgedeeld in zeven belangrijke topics die geformuleerd werden aan de hand van vragen: Is de verwijzing een gezamenlijke beslissing? Werden alle opties met hun voor- en nadelen besproken? Wat met het weigeren van een bepaald beleid/verwijzing? Werden de bezorgdheden bevraagd? Werden de verwachtingen bevraagd? Werd bevraagd of alles duidelijk was?

Bij elk thema werd de vraag gesteld of de patiënten en artsen dit belangrijk vinden, waarom wel of niet? In welke mate denken ze dat dit een invloed heeft op het verdere verloop van de verwijzing?
Met het oog op het bekomen van nog extra relevante informatie werd op het einde van de topiclijst de sterke en zwakke punten van het communicatief aspect van de verwijzing aan de drie doelgroepen bevraagd.
Het tweede deel bevat vragen betreffende de manier van verwijzen en communicatie na het verwijzen. Deze hebben tot doel het eerste deel van het interview te nuanceren. Deze topics werden gekozen vanuit de verdere literatuurstudie over communicatie bij verwijzingen; met andere woorden andere zaken die belangrijk bleken bij een verwijzing.

Analyse

In eerste instantie werden al deze interviews topic per topic geanalyseerd. Elke betrokkene (huisarts/specialist/patiënt) werd daarbij afzonderlijk besproken. Er werd per topic gezocht naar gemeenschappelijke thema's en deze werden dan vergeleken. In een tweede instantie werden deze bevindingen getoetst aan bestaande ideeën en kennis over 'shared decision making' -tussen de arts en patiënt en tussen de artsen onderling- in het algemeen en specifiek tijdens een verwijzing. Er werd ook kort een vergelijkende studie gehouden tussen chronische en acute zorgtransities.

Inclusiecriteria kandidaten

Huisartsen

De huisartsen werden geselecteerd op basis van een praktijkervaring van minimum één jaar én een werkurenweek van minimum 36 uur. Huisartsen in opleiding zijn hierbij toegelaten mits ze dus één jaar praktijkervaring hebben.

Specialisten

De specialisten werden geselecteerd op basis van een praktijkervaring van minimum vijf jaar én een werkurenweek van minimum 36 uur. Hierbij zijn laatstejaars assistenten toegelaten mits ze dus vijf jaar praktijkervaring hebben.

Patiënten

Er werd gezocht naar patiënten die recent consulteerden bij de huisarts met een chronische pathologie waarvoor een doorverwijzing werd geacht en waarbij men 'shared-decision making' zou kunnen verwachten. Deze doorverwijzing dateert van maximum twee maanden voor het interview. Het moet gaan om een duidelijk afgebakend consult waarbij het om één probleem gaat dewelke een chronische doorverwijzing vraagt. Een chronische doorverwijzing wordt gedefinieerd als een doorverwijzing in niet acute setting, waarbij er dus geen hoogdringendheid is (directe doorverwijzing naar spoed in niet geïndiceerd) en de follow up van de specialist van chronische aard is.

Geïncludeerde patiënten zijn tussen de 20 en 65 jaar en hebben geen gekende intellectuele beperkingen. Het geslacht wordt niet in rekening gebracht. Om het gesprek in alle eerlijkheid te laten verlopen gebeurt het rekruteren van patiënten bewust niet in de eigen opleidingspraktijk.

Resultaten

Kenmerken kandidaten

Huisartsen
Ik heb beroep gedaan op drie collega's uit de groepspraktijk (waaronder mijn PO) en twee collega HAIO's. Het gaat over twee mannen en drie vrouwen tussen de 26 en 59 jaar. Er werd gepoogd op basis van geslacht en aantal jaren praktijkervaring een heterogene groep te vormen. Er werd bij deze voldaan aan alle inclusiecriteria.

Specialisten
Ik heb gezocht naar specialisten die vaak te maken hebben met chronische pathologieën die in niet-acute setting doorverwezen worden waar ook 'shared-decision making' zeer toepasbaar is. Ik heb mij hierbij beperkt tot specialisten waar mijn opleidingspraktijk vaak mee samenwerkt en waar we een goed contact mee onderhouden. Er werd beroep gedaan op een endocrinoloog, een oncoloog, een gastro-enteroloog, een geriater en een reumatoloog. Het gaat om twee vrouwen en drie mannen, allen tussen de 33 en 55 jaar. Er werd bij deze voldaan aan alle inclusiecriteria.

Patiënten
Zoals reeds vermeld werden de patiënten niet gerekruteerd uit de eigen opleidingspraktijk om de eerlijkheid te bewaren. Het gaat om 1 man en 4 vrouwen, allen tussen de 26 en 61 jaar. Er werd opnieuw getracht een heterogene groep te vormen. Het gaat in alle gevallen over een pathologie met chronische follow up bij de specialist; MS, chronische lymfatische leukemie, nefrotisch syndroom, gemetastaseerd coloncarcinoom en chronische lyme disease. Er werd bij deze voldaan aan alle inclusiecriteria.

Itembespreking

Topic 1: gezamenlijke beslissing
Houdt de arts er rekening mee dat bij een doorverwijzing gezamenlijke beslissingen kunnen genomen worden? Maakt hij dit de patiënt expliciet duidelijk? Ervaart de patiënt dit ook zo?

Huisartsen:
Met betrekking tot de patiënt:
De huisartsen geven aan dat ze tijdens een doorverwijzing in chronisch setting zoveel mogelijk in overleg gaan met de patiënt en eventueel de familie. Eerst en vooral omdat ze de betrokkenheid van de patiënt tijdens het verwijzingsproces zeer belangrijk vinden. *"Het gaat over hun lichaam en hun leven en er moet dan ook zeker rekening gehouden worden met hun kijk op de zaken."*

Daarnaast wordt ook aangegeven dat de patiënten heel vaak zelf voorstellen om naar een specialist te stappen voor een tweede mening. Verder worden de patiënten tijdens een doorverwijzing ook omwille van medicolegale redenen altijd goed geïnformeerd. *"Ik geef de patiënten voldoende informatie om mezelf wat in te dekken, zo valt mij niets te verwijten achteraf."*

Met betrekking tot de specialisten:

Aan SDM tijdens een verwijzing wordt er tussen de huisarts en specialist weinig gedaan. De huisartsen geven bij de doorverwijzing wel een verwijsbrief mee voor de specialist en gaan daarbij af en toe telefonisch contact maken om te overleggen. Bepaalde verwachtingen en bezorgdheden bij de verwijzing worden daarbij wel vermeld.

Specialisten:

Met betrekking tot de patiënt:

Ook de specialisten zijn grote voorstander van overleg. *"Elke stap in het beleid moet goed besproken worden en er moet uitgelegd worden waarom iets moet of kan gebeuren." "Het is zeer belangrijk dat de patiënt weet wat hem te wachten staat en zijn mening hierover kan uiten."*

Ook dementie mag hier geen belemmerende factor zijn. *"SDM eindigt niet daar waar dementie begint" "Een oplossing hiervoor is de familie zoveel mogelijk betrekken bij de beslissingen. (…) bij belangrijke onderzoeken en zware pathologie wordt de familie vaak opgebeld want bepaalde beslissingen tijdens een doorverwijzing kunnen levensbelangrijke implicaties hebben op de levenskwaliteit of –kwantiteit van de patiënt."*

De specialisten vinden dat ze na een doorverwijzing vooral de taak hebben om alle informatie die er is in hapklare brokken te presenteren voor de patiënt en dat hierbij eerlijk zijn van zeer groot belang is. *"Als je de waarheid vertelt, dan hoef je niets te onthouden."*

Er wordt ook beweerd dat het paternalisme zich steeds meer op een andere manier begint te manifesteren. Voor de patiënt naar de specialist komt raadpleegt deze vaak het internet, praat deze met kennissen met gelijkaardige problematiek waardoor ze vaak een vertekend beeld krijgen van de realiteit. Ze raadplegen bijgevolg met zeer specifieke verwachtingen die niet altijd stroken met het beleid van de specialist. *"Ik probeer nooit te snel gratuit in te gaan op de vraag van de patiënt want sommigen eisen snel veel." "Er moet ruimte zijn voor overleg, maar op het einde van de rit moet er wel evidence based gewerkt worden."* In theorie zouden enkel stappen moeten ondernomen worden indien daar medische redenen voor zijn, maar in de praktijk is dit medicolegaal niet altijd even gemakkelijk. *"Bij heel wat darmproblematiek is het niet altijd nodig om meteen een colonoscopie uit te voeren, doch op deze vraag ga ik altijd in, ook al zijn de klachten niet echt alarmerend. Ik doe dit vooral om mijzelf in te dekken want als specialist is het je niet gepermitteerd iets te missen."*

Met betrekking tot de huisarts:

Alle specialisten zijn er van overtuigd dat ze via een verslag of ontslagbrief de huisarts zo goed mogelijk op de hoogte trachten te houden. De specialisten nemen af en toe contact op met de huisarts meteen na het consult om de huisarts op de hoogte te houden of te overleggen, vooral in onzekere situaties. Dit gebeurt meestal telefonisch. De specialisten die dit nooit doen geven aan dat ze de huisarts niet willen storen en vooral dat deze ook zelden bereikbaar is. Sommige specialisten uiten hun ongenoegen over het feit dat ze ervaren dat heel wat huisartsen hun verslagen niet lezen. Ze vinden dat huisartsen te weinig betrokken blijven bij het proces eens de zorg overgedragen is en zouden dit zeer graag anders zien. *"Ik verlang naar een communicatievorm waar uitsluitend artsen en patiënten inkijk in hebben, om bijvoorbeeld de psychosociale toestand van de patiënt uitgebreid te kunnen bespreken (b.v. familiaal geweld)."* Dit zou wellicht veel tijd in beslag nemen gezien dit een dubbele boekhouding vraagt. Telefonisch kunnen dan wel weer bepaalde zaken snel besproken worden maar de specialisten vrezen dat ze de huisartsen storen. *"Ik verlang naar betere communicatie met de huisarts tijdens een verwijzing (…) in het verleden belde ik vaak de huisarts op voor overleg maar dit ben ik snel gestopt daar ik zeer vaak het gevoel had dat ik stoorde."*
Alle specialisten geven aan dat het contact met de huisarts en de mogelijkheid en wil tot overleg en 'shared decision making' zeer afhankelijk is van huisarts tot huisarts.

Patiënten:
Met betrekking tot de huisarts:
Enkele patiënten hadden het gevoel dat de doorverwijzing een gezamenlijke beslissing was. Bij deze patiënten gaven de huisartsen uitleg over de doorverwijzing en polsten ze of de patiënt hier mee akkoord ging. De patiënten vonden dit meer dan voldoende. *"Ik vertrouw mijn arts en geloof dat hij de beste keuzes maakt voor mij."*
Eén patiënte stapte zelf naar de huisarts met het vermoeden dat ze MS had en vroeg een doorverwijzing naar een neuroloog. De huisarts deed hier zeker niet moeilijk over en stuurde haar meteen door. *"Ik had zelfs het gevoel dat ik de meeste beslissingen genomen had (…) ik had al heel wat op het internet opgezocht en eigenlijk wist ik wel waarover ik praatte. De huisarts ging volledig mee in mijn verhaal."*
Eén patiënte had helemaal niet het gevoel dat dit een gezamenlijke beslissing was maar zij had hier geen problemen mee. *"Mijn huisarts kent mij goed en ik vertrouw erop dat hij de juiste beslissingen nam."*
Met betrekking tot de specialist:
Bij het interviewen van de patiënten werd niet expliciet nagevraagd of er gezamenlijke beslissingen genomen werden bij de specialist.

Topic 2: verschillende opties

Geeft de arts de patiënt andere mogelijkheden dan een verwijzing of het voorgesteld beleid, wordt dit opgesomd met pro's en contra's (inclusief de optie: geen actie ondernemen)?

Huisartsen:

Geen enkele geïnterviewde huisarts zal meteen alle opties met voor- en nadelen bespreken. Er wordt verteld dat dit veel tijd in beslag neemt en dat dit de patiënt in verwarring kan brengen. Ze geloven dat patiënten vooral verlangen van de huisarts dat ze duidelijk maken wat best is voor hen. In eerste instantie gaan de artsen voorstellen wat zij het best vinden en polsen of dit haalbaar is voor de patiënt. Bij twijfel zullen ze andere pistes openen en de voor- en nadelen bespreken. Het gebeurt ook wel eens dat de patiënt aandringt op een verwijzing terwijl de huisarts dit niet de beste oplossing vindt. De huisartsen zullen hierover niet in discussie gaan met de patiënt omdat ze deze tevreden willen houden en wederom om medicolegale redenen. Bij de keuze van specialist en ziekenhuis wordt vaak gevraagd of de patiënt een voorkeur heeft, zo niet dan beslist de huisarts. Ze doen dit om de compliance en de tevredenheid van de patiënt te verhogen.

Specialisten:

Zoals bij de vorige vraag beschouwen alle specialisten zich als leverancier van correcte en objectieve informatie, ze zien het dan ook als hun taak om alle mogelijke opties te overlopen met alle voordelen, nadelen, bijwerkingen en beperkingen. Doch geven ze toe dat dit niet altijd even grondig of zelfs helemaal niet gebeurt. Ze geven tijdsgebrek aan als grootste limiterende factor en gaan dan vooral de nadruk leggen op de opties die hun voorkeur dragen. Ondanks dat het hier om chronische doorverwijzingen gaat, staan specialisten vaak onder grote tijdsdruk door hun overvolle agenda. Ook het intellectueel vermogen van sommige patiënten en diens familie wordt af en toe als een beperking beschouwd om alle opties grondig te overlopen. Een arts gaf een grondige reden om dit wel te doen: *"Ik overloop altijd alle opties met alle voor- en nadelen daar ik het belangrijk vind dat de patiënt alles van mij hoort voor hij/zij het zelf opzoekt op het internet of het hoort van iemand anders en zo een vertekend beeld krijgt."*

Patiënten:

Met betrekking tot de huisarts

Bij de geïnterviewde patiënten werden geen andere opties besproken dan de doorverwijzing en het daarbij horend beleid. Zij hadden hier geen problemen mee. *"Ik had het volste vertrouwen in het beleid van de huisarts" "Ik ken mijn huisarts, en die kent mij genoeg om te weten wat ik wel en niet wil."*

Bij de keuze over welk ziekenhuis en welke specialist werd bij enkele patiënten wel overleg gepleegd. Deze patiënten gaven aan hier zeer blij mee te zijn daar ze al goede en slechte ervaringen hadden met bepaalde ziekenhuizen en specialisten en zeker verlangden dat hiermee rekening gehouden werd. Zij die geen inspraak hadden over welk ziekenhuis of welke specialist gaven als opmerking dat ze de beslissing van de arts wel vertrouwden maar dat de voorkeur van de arts niet zo praktisch was. *"Het ziekenhuis was ver" "Ik was niet gekend in dit ziekenhuis"*
Met betrekking tot de specialist werd dit niet expliciet bevraagd.

Topic 3: geen actie ondernemen
Geeft de arts de patiënt de mogelijkheid om een verwijzing of een bepaald beleid te weigeren?

Huisartsen en specialisten:
We zien dat specialisten en huisartsen hier op één lijn staan. Ze laten altijd de mogelijkheid open om een verwijzing of een bepaald beleid tijdens de verwijzing te weigeren. Ze zullen er wel alles aan doen om de patiënt te motiveren als ze er van overtuigd zijn dat die weigering nefaste gevolgen kan hebben voor de patiënt. *"De patiënt heeft het laatste woord over zijn lichaam en zijn leven maar dan wel liefst om de correcte redenen" "Wanneer het weigeren van een bepaald beleid meer nadelen dan voordelen heeft dan is het onze plicht om de patiënt hierover in te lichten" "Indien de patiënt een beleid weigert om de verkeerde redenen dan blijf ik motiveren en informeren, maar een patiënt kan je nooit dwingen, hij/zij heeft altijd het laatste woord"*

Patiënten:
Geen enkele huisarts noch specialist gaf expliciet de optie om een verwijzing te weigeren, maar ook geen enkele patiënt had het gevoel dat een verwijzing weigeren geen mogelijkheid was. Opnieuw werd meermaals aangegeven dat de huisarts hen goed genoeg kent om te weten dat bij de pakken blijven zitten voor hen geen optie was. Ze laten wel blijken dat het belangrijk blijft te weten dat een doorverwijzing weigeren altijd mogelijk is.

Topic 4: informeren
Geeft de arts de patiënt voldoende informatie over het waarom van de doorverwijzing of het voorgesteld beleid?

Huisartsen:
Ze gaan duidelijk maken wat ze precies verwachten van deze verwijzing en uitleggen waarom ze dit zelf niet meer kunnen afhandelen. Als er gevraagd wordt of ze hun bezorgdheden uiten ten opzichte van de patiënt dan zijn de meningen verdeeld en kan dit afhankelijk zijn van patiënt tot patiënt. *"Ik*

uit mijn bezorgdheden niet echt om de patiënt niet onnodig ongerust te maken. Ik vertel eerder welke onderzoeken ik verwacht en of ik hier enkel een diagnose of een behandeling vraag, maar ik ga er niet bij vertellen dat ik bijvoorbeeld maligniteiten wil uitsluiten." versus *"Ik wil liever eerlijk zijn met de patiënten opdat ze zich al een beetje kunnen voorbereiden indien er toch een slecht resultaat komt." "Ik laat dit afhangen van de patiënt zelf en zal bij overbezorgde patiënten mijn eigen bezorgdheden eerder verzwijgen."*

Specialisten:
De geïnterviewde specialisten vonden het vanzelfsprekend dat er voldoende informatie gegeven wordt over waarom een verwijzing noodzakelijk was, of deze verwijzing eigenlijk wel noodzakelijk was en wat ze zelf precies verwachten van de verwijzing. Er wordt verteld dat geïnformeerde patiënten veel aangenamer zijn om mee samen te werken en ook veel meer therapietrouw zijn. *"De eerste consultatie na een doorverwijzing kan doorslaggevend zijn voor de rest van de opvolging zeker dus in deze chronische setting is het belangrijk een vertrouwensband op te bouwen, (…) uitleggen 'hoe en waarom' hoort bij de fundamenten van dit wederzijds vertrouwen."*

Patiënten:
Met betrekking tot de huisarts:
De geïnterviewde patiënten vinden het zeer belangrijk dat ze goed geïnformeerd worden over de reden van de verwijzing en voelen zich tekort gedaan indien de huisarts hen niet maximaal inlicht over zijn verwachtingen en bezorgdheden met betrekking tot de verwijzing. *"De huisarts zag mijn probleem als een puzzel dat we samen moesten oplossen en waarvoor we af en toe hulp nodig hadden van een specialist."*
"Ik wil altijd graag maximaal ingelicht worden en geïnformeerd worden. Ik wist op het moment van de verwijzing niet goed wat er aan de hand was en voelde mij daar zeer ongerust bij. Misschien had de huisarts angst om me op de feiten te drukken omdat we elkaar net te goed kennen? Wat hij vertelde maakte me eigenlijk enkel nog meer ongerust."
Met betrekking tot de specialist:
Enkele patiënten halen aan dat er teveel verteld werd waardoor ze op een bepaald moment het bos door de bomen niet meer zagen. Deze patiënten waren doorgestuurd met slecht nieuws wat volgens hen ook een verklaring kan zijn waarom alles op dat moment onduidelijk en chaotisch leek. Een van deze patiënten kreeg op een bepaald moment zelfs informatie van twee specialisten met tegengestelde informatie wat enorm veel verwarring en frustratie teweeg bracht. Maar ook te weinig informatie krijgen werd als hinderlijk ervaren voor het verdere verloop van de verwijzing.

Topic 5: verwachtingen patiënt
Polst de arts naar de verwachtingen en wensen van de patiënt omtrent de verwijzing?

Huisartsen:

De huisartsen vinden het belangrijk dat de verwachtingen van de patiënt besproken worden omdat er zo belangrijk zaken aan het licht komen en dit de tevredenheid bij de patiënt ten goede komt. *"Ik vind het zeer belangrijk om naar de verwachtingen te polsen, zo is het gemakkelijker om na de verwijzing te reflecteren of aan deze verwachtingen voldaan is"* "*Ik overloop samen met de patiënt de verwijsbrief en vraag of er nog iets moet toegevoegd worden en ervaar dat er op deze manier frequent nog bepaalde verwachtingen boven water komen."* Wanneer huisartsen niet polsen naar de verwachtingen omtrent de verwijzing dan is dat in eerste instantie omdat ze dit simpelweg vergeten of er niet aan denken.

Specialisten:

Een specialist vertelt dat hij de eerste consultatie na een doorverwijzing altijd start met de vraag wat er van hem precies verwacht wordt; een diagnose, een behandeling of gewoon geruststelling? *"Niets zo lastig als aan iets beginnen met een verschillende visie (…) Polsen naar de verwachtingen bespaart mij veel tijd en verwarring."*

Een andere specialist heeft een zeer specifieke aanpak tijdens het eerste consult. De eerste gesprekken duren 1,5 tot 2u. *"Ik investeer een groot aandeel in het achterhalen van de verwachtingen, in mijn specialiteit is dit immers van zeer groot belang."* Ook via de verpleging tracht hij nog meer te weten te komen van de patiënten. Ze spreken namelijk op een andere manier met de verpleging dan met artsen; de patiënten voelen zich vaak wat meer op hun gemak bij het verplegend personeel waardoor ze ook vaak eerlijker zijn en nog meer hun verwachtingen durven te uiten. Nog een tweede arts tracht ook op deze manier meer te achterhalen over de verwachtingen van de patiënt.

Er wordt aangegeven dat de verwachtingen meer nagevraagd worden wanneer er zich een moeilijke situatie voordoet. *"Wanneer alle opties geweigerd worden dan vraag ik wel duidelijk waarom de patiënt dan komt en wat ze dan precies verwachten."* Het polsen naar de verwachtingen kan ook afhankelijk zijn van de patiënt en zijn situatie. *"In sommige gevallen kan het zeer vanzelfsprekend zijn wat er verwacht wordt maar andere keren dan weer niet, wanneer dit niet zo is dan wordt dit sneller bevraagd. Heel vaak komt er dan iets onverwachts en belangrijks uit de bus. Op dergelijke momenten besef ik dat ik dit eigenlijk beter systematisch navraag, ook al lijkt dit van het begin zeer duidelijk."*

Patiënten:

Met betrekking tot de huisarts:

De patiënten wiens huisarts wel naar de verwachtingen gepolst had lieten duidelijk blijken dat ze dit wel konden appreciëren. Bij enkele patiënten waar dit niet gebeurd was klonk er ontgoocheling. *"Mijn verwachting was zo snel mogelijk gezien te worden en duidelijkheid te krijgen over mijn prognose en hier werd niet zoveel rekening mee gehouden. Ik verwachtte ergens ook wat meer ondersteuning tijdens "het wachten" op de afspraak bij de specialist en dit vond ik nergens. Dit wachten was voor mij een helse perioden en zou misschien wat meer gefilterd geweest zijn moest de arts naar mijn verwachtingen gevraagd hebben. "*

Met betrekking tot de specialist:

Ook hier waren de antwoorden terug verdeeld. Sommige patiënten vonden het geen probleem dat de specialist hun bezorgdheden niet bevraagd had omdat de huisarts alles beschreven had in het dossier, ze gingen er van uit dat de specialist al op de hoogte was van deze zaken. Andere patiënten gaven aan dat ze wel met enkele bedenkingen zaten die niet aan bod gekomen zijn.

Topic 6: bezorgdheden patiënt
Vraagt de arts naar bezorgdheden omtrent de verwijzing?

Huisartsen:

Wanneer artsen bij een verwijzing vragen naar de bezorgdheden van de patiënt dan doen ze dit omdat ze uit ervaring ondervinden dat patiënten heel vaak terugkrabbelen als ze schrik hebben voor iets. *"Heel vaak zijn er ook logistieke problemen die een doorverwijzing of opname bemoeilijken en dan probeer ik samen met de patiënt naar oplossingen te zoeken."* Sommige artsen proberen te anticiperen op de bezorgdheden. *"Ik tracht de patiënt gerust te stellen waar de bezorgdheden vermoedelijk zijn, maar ik ga dit niet actief navragen."* Wanneer de artsen de bezorgdheden niet navragen dan doen ze dit vaak onbewust, omdat ze er op dat moment niet aan denken. De artsen gaven ook aan dat ze het navragen van de bezorgdheden vaak laten afhangen van de patiënt zelf. *"Bij minder goed omkaderde patiënten of nerveuze patiënten vraag ik bijvoorbeeld sneller of er bezorgdheden zijn".*

Specialisten:

Hier refereren de artsen naar hun antwoorden op vraag 5, ze zien de verwachtingen en bezorgdheden als een geheel. Doch ze benadrukken het belang van polsen naar de bezorgdheden nog eens extra. *"Elke patiënt en elke situatie is anders en moet op maat bekeken worden en daarbij horen zeker ook de bezorgdheden." "Patiënten voelen zich vaak veel beter als ze duidelijk gemaakt hebben waar ze bang van zijn, ook dit zorgt voor een goede vertrouwensband."*

Patiënten:

Met betrekking tot de huisarts:

De patiënten waarbij de bezorgdheden niet bevraagd werden namen dit hun huisarts wel kwalijk. Enkele patiënten zaten met enorme angsten en vragen over hun prognose en konden hiervoor bij niemand terecht. Zo was er ook een studente die bezorgd was over haar studies en daar werd in het begin weinig naar gevraagd en rekening mee gehouden. De patiënten bij wie dit wel bevraagd was konden dit wel appreciëren: *"Ook al zijn het soms banale zorgen, het kan handig zijn dat de huisarts er van op de hoogte is en indien van belang, kan de huisarts dit in de verwijsbrief vermelden."*

Met betrekking tot de specialist:

Zie vorige vraag.

Topic 7: duidelijkheid

Vraagt de arts of alles duidelijk is en of de patiënt nog vragen heeft?

Huisartsen:

De huisartsen zijn er van overtuigd dat ze dit bijna altijd navragen, als ze dit niet doen dan is het onbewust. *"Mensen zitten heel vaak nog met vragen en onduidelijkheden en durven dit uit zichzelf heel vaak niet te zeggen." "Je kunt dit vaak van hun gezicht aflezen, ik ga de vraag dan nog eens herhalen."* Opvallend bij de huisartsen is dat ze meegeven met de patiënt dat ze ook telefonisch bereikbaar zijn voor verdere vragen of onduidelijkheden.

Specialisten:

"Maar dokter, heb ik nu kanker?", deze vraag volgt volgens een van de artsen vaak na een eerste oncologisch consult dewelke meestal meer dan een uur in beslag neemt. *"Zelfs het meest voor de hand liggende is vaak nog onduidelijk voor de patiënt…"*

De artsen geven toe dat dit meer moet gebeuren. Het wordt eerder gedaan bij zaken waar het kritisch is. *"Bij oncologische problematiek is het zeker belangrijk dat alle nuances goed begrepen zijn. Bij banalere zaken wordt dit vaker vergeten, maar zou het in principe ook moeten gebeuren."*

Bij moeilijkere problematiek schakelen enkele specialisten de hulp in van het verplegend personeel, maatschappelijk werkers en educatoren. *"De relatie tussen deze en de patiënt is heel vaak intiemer waardoor er meer vragen gesteld worden en problemen sneller geklaard worden."* Daarnaast wordt er ook vaak gebruik gemaakt van checklists en infobrochures voor de patiënten.

Patiënten:

Enkele patiënten hadden de indruk dat de huisarts hen zo goed als mogelijk geïnformeerd had en dit stelden ze zeker op prijs. Daarnaast waren er ook patiënten die het kabinet buiten stapten met vragen. *"Ik weet niet of de huisarts had kunnen antwoorden op mijn vragen van toen maar toch vind*

ik dat de huisarts dit wel had mogen navragen." "Ik vond het hinderlijk dat ik achteraf nog met praktische vragen zat over het verdere verloop van de verwijzing". De patiënten vinden het belangrijk dat deze vraag gesteld wordt omdat er tijdens een doorverwijzing vaak veel bij komt kijken.
Deze vraag werd niet gesteld met betrekking tot de specialist.

Waar loopt het goed en waar loopt het nog fout bij de SDM tijdens een verwijzing?

Huisartsen:
De huisartsen vinden dat ze genoeg informatie geven tijdens een verwijzing en dat ze de patiënt in de mate van het mogelijke trachten te betrekken bij het beslissingsproces. De ICE bevragen zou meer moeten gebeuren en ook meer navragen of alles duidelijk is voor de patiënt. Ook willen ze meer polsen of er geen logistieke problemen zijn met betrekking tot de doorverwijzing vooral dan in geval van opname.

Specialisten:
De specialisten geven zelf aan dat ze beter de ICE moeten bevragen en meer moeten controleren of alles duidelijk is. Het verdwijnen van het paternalisme vinden ze een goede zaak. *"De patiënt is veel mondiger geworden en dit maakt je als arts veel kritischer en het verplicht je attenter te blijven op bepaalde zaken. Het zorgt er ook voor dat je de patiënt nog meer informeert en nog meer betrekt bij de beslissingen maar het blijft wel de arts die dirigeert."* Ze trachten zich niet teveel te laten leiden door de grillen van de patiënt en het internet.
Eén specialist betrapt zichzelf erop dat hij soms pas na een jaar behandelen bepaalde zeer belangrijke zaken te weten komt over de patiënt, vooral dan ik kader van de psychosociale toestand. *"De communicatie met verpleging helpt wel om dit zoveel mogelijk te beperken en ook een meer open vorm van communicatie met de huisarts zou hier bijdrage kunnen leveren."*

Patiënten:
Over het algemeen zijn de patiënten wel tevreden over de communicatie met de huisarts en voelen ze zich zeker betrokken in het beslissingsproces tijdens de verwijzing. Ze spreken vaak over een wederzijds vertrouwen tussen hen en de huisarts en vinden het vooral zeer belangrijk dat de huisarts zijn patiënt en diens dossier zeer goed kent. Vragen naar de bezorgdheden en verwachtingen tijdens een doorverwijzing appreciëren ze zeker en zou nog iets meer mogen gebeuren want dit kan de huisarts onmogelijk weten hoe goed hij/zij ze ook kent. Ze vinden het ook belangrijk dat de huisarts tijd neemt voor de verwijzing en goed informeert. *"Bij de huisarts mag je nooit als een nummer behandeld worden en moet je voor elk probleem terecht kunnen."* Eén patiënt legde nog eens de nadruk op de periode tussen de verwijzing zelf en de afspraak bij de specialist. *"Het is de taak van de*

huisarts om de patiënt in deze periode zo goed mogelijk te ondersteunen want in geval van 'slecht nieuws' kan dit een helse periode zijn. Mensen laten wachten in dergelijke situaties is onmenselijk. Het ongewisse is verschrikkelijk en dit moet meer opgevangen worden, meteen mensen kunnen doorverwijzen voor psychologische begeleiding of opvang, meer begeleiding tussen vaststelling van diagnose en eerste behandeling, bijvoorbeeld met behulp van de 'Vlaamse liga tegen kanker' in geval van kanker." Bij de specialist kregen sommige patiënten te weinig uitleg, anderen net teveel waardoor ze in verwarring gebracht werden. Een patiënte vermeld nog eens het feit dat er op een bepaald punt tegenstrijdige informatie gegeven werd door verschillende specialisten. Ze vroeg mij dit expliciet te vermelden daar dit voor haar zeer traumatiserend was. Het ging immers helemaal niet over banale zaken maar over een curatief of palliatief beleid. Emoties en verwachtingen mogen beter bevraagd worden.

Discussie

Analyse

De artsen, zowel huisartsen als specialisten, zijn het er unaniem over eens dat de kern van hun functie tijdens een doorverwijzing bestaat uit het leveren van correcte informatie en dat overleg met de patiënt en diens familie noodzakelijk is om een beleid uit te stippelen best passend bij de verwachtingen van de patiënt. De artsen passen 'shared decision making' (SDM) toe omdat ze het belangrijk vinden dat de patiënt de mogelijkheid krijgt mee te beslissen over eigen lichaam en leven. Dit verhoogt volgens sommige artsen de compliance, schept een vertrouwensband en houdt de patiënt tevreden. Er werd meermaals aangehaald dat dit grondig informeren ook vaak gebeurt omwille van medicolegale redenen. Zo kan de patiënt de arts niets verwijten op het einde van de verwijzing. Het belang van de arts als 'leverancier van correcte informatie' komt ook naar voor wanneer de artsen vertellen dat ze vaak het vertekend beeld dat sommige patiënten krijgen door het internet moeten corrigeren. De patiënten zijn de dag van vandaag veel mondiger geworden; vóór ze op consultatie komen hebben ze al meermaals het internet geraadpleegd en forums afgeschuimd waardoor ze al meteen met heel wat vragen en soms zelfs eisen zitten. Men zou hier kunnen stellen dat het paternalisme zich soms in de omgekeerde richting begint te manifesteren. Doch volgens Elwyn G et al. zouden huisartsen over het algemeen nog steeds vrij paternalistisch te werk gaan [37]. Er wordt getracht niet gratuit in te gaan op de eisen van de patiënt om in de mate van het mogelijke evidence based te blijven werken. Dit is echter medicolegaal niet altijd mogelijk.

Bij de vergelijking met de antwoorden van de patiënten wordt gezien dat alle doelgroepen op gelijke golflengte zitten. De patiënten verwachten tijdens de verwijzing ook vooral veel uitleg en laten blijken dat ze zeer veel vertrouwen hebben in de beslissingen en de expertise van hun arts, ook in het kader van een verwijzing is dit niet anders. Ze zijn daarentegen niet bang om ook zelf hun mening te uiten en af en toe zelf naar de huisarts te stappen met de vraag om doorverwezen te worden. Dat ze de huisarts reeds lange tijd kennen en hiermee een vertrouwensband opgebouwd hebben in de loop der jaren speelt hier een belangrijke rol. In het kader van SDM in het algemeen wordt gezien in de literatuur dat patiënten inderdaad vooral verwachten dat de arts hen goed informeert en dat de arts respecteert in welke mate de patiënt wenst te participeren in de medische besliskunde [30,31]. Dit laatste kan sterk variëren [21,25,26].

Zowel de huisartsen als de specialisten verlangen naar meer onderling overleg tijdens het verwijzingsproces maar erkennen dat dit voor beide partijen zeer moeilijk is. Vooral de specialisten ervaren dat de huisartsen moeilijk bereikbaar zijn en weinig tijd hebben voor overleg. De geïnterviewde huisartsen staan echter helemaal open voor meer overleg tijdens de transfer van zorg maar verwachten dit niet van de specialist omdat ze veronderstellen dat de tijdsdruk dit voor hen

onmogelijk maakt. Beide partijen verlangen naar een meer open vorm van communicatie waar er geen angst of schroom is om elkaar te contacteren. Zoals Thorson et al. beweren moet een verwijzing een gebalanceerd en wederzijds proces met zijn met respect voor elkaars werksituatie. Betere werkrelaties creëren tussen de huisartsen en specialisten zou dit moeten bevorderen [37].

De artsen erkennen het belang van binnen de verwijzing alle opties te overlopen en ook naast de verwijzing alle mogelijkheden te bespreken maar geven toe dat dit niet altijd even grondig gebeurt. Ze gaan eerst hun eigen voorkeur benadrukken en toelichten, ze geven hierbij veel uitleg en gaan de voor- en nadelen bespreken. Heel vaak hebben ze geen tijd om alle beleidsopties te overlopen, of zijn ze van mening dat dit een overdosis aan informatie wordt voor de patiënt. Indien dit wel gebeurt, dan vooral opdat de patiënt een correct beeld zou hebben van alle mogelijke opties vóór het internet en de sociale media terug verkeerde ideeën geven. Hier wordt er geen verschil opgemerkt tussen de huisartsen en de specialisten. Dit komt overeen met de bevindingen van Elwyn G et al. [37]. De patiënt wordt wel betrokken bij de context van de doorverwijzing (ziekenhuis, specialist). De artsen ervaren dat dit de tevredenheid en de compliance bij de patiënt bevordert.

De patiënten verwachten niet van de huisarts dat alle opties bij en naast de verwijzing overlopen worden omdat ze vertrouwen in de beslissingen van hun huisarts. Overleg over welk ziekenhuis en welke specialist vinden ze wel belangrijk om praktische redenen en omwille van goede en slechte ervaringen in het verleden.

Patiënten mogen altijd een verwijzing of een bepaald beleid tijdens de verwijzing weigeren maar bij elke arts dan liefst om de correcte redenen. Hier benadrukken ze opnieuw hun taak als leverancier van correcte informatie. Indien de artsen niet akkoord zijn met de beslissing van de patiënt gaan ze dit wel duidelijk maken en hun motivatietechnieken bovenhalen. De patiënten vinden het belangrijk dat de mogelijkheid tot het weigeren van een doorverwijzing open blijft. We zien echter dat dit in de praktijk (bij routine consultaties) niet van toepassing is [37].

De artsen zijn er van overtuigd dat ze de patiënt goed inlichten over waarom ze precies een doorverwijzing willen en waarom ze voorkeur hebben voor een bepaald beleid. We merken bij de huisartsen wel op dat ze af en toe hun echte bezorgdheden, vooral als het over ernstige zaken gaat zoals b.v. maligniteiten, achterwege laten om de patiënt niet onnodig ongerust te maken. Ze laten dit vaak afhangen van welk type patiënt ze voor zich zitten hebben. De specialisten lijken hier rechtlijniger in en zijn er van overtuigd dat elke stap in het beleid verantwoorden de compliance en het vertrouwen bij de patiënt bevordert. Dat artsen hun mate van SDM laten afhangen van de context en van welke patiënt ze voor zich zitten hebben wordt beaamd door de studie van Elwyn et al. [37]. De patiënten vinden het wel belangrijk dat ze goed geïnformeerd worden over de reden van de verwijzing. Ook de verwachtingen en bezorgdheden van de artsen moeten besproken worden. Bij

een doorverwijzing komt veel kijken, de patiënten kunnen zich beter voorbereiden als ze goed weten wat er hen te wachten staat. Deze informatie moet echter wel op maat van de patiënt aangeboden worden want een overdosis aan onbegrijpelijke informatie kan ook veel verwarring teweeg brengen.
De artsen uit deze studie erkennen het belang van polsen naar de bezorgdheden en de verwachtingen bij een verwijzing en zijn er van overtuigd dat dit een positieve bijdrage kan leveren aan het verloop van de verwijzing en de tevredenheid bij de patiënt. Ook logistieke problemen worden aangehaald als belemmerende factor bij een verwijzing/opname en moeten volgens hen besproken kunnen worden. Ze geven echter opnieuw toe dat niet altijd naar behoren uitgevoerd wordt met als grootste reden dat ze dit eenvoudigweg vergeten. Sommige artsen anticiperen eerder op de bezorgdheden en verwachtingen bij een doorverwijzing dan dat ze dit expliciet navragen. Dit zien we vooral bij de huisartsen omdat ze de patiënten reeds geruime tijd kennen. Bij de specialisten zien we het net andersom, daar voelen ze sneller een afstand met de patiënt. Een mogelijke manier om dit te overbruggen is samenwerking met gespecialiseerde verpleegkundigen en educatoren. Patiënten stellen zich naar eigen zeggen veel meer open voor deze personen. Naar de ervaring van sommige specialisten kan dit belangrijke informatie opleveren. Ook het overlopen van de verwijsbrief en vragen of er nog bepaalde zaken toegevoegd moeten worden werd aangehaald als nuttige tool om de ideeën, verwachtingen en bezorgdheden te bevragen. Bij patiënten die zelf om een verwijzing vragen, die een verwijzing of een bepaald beleid weigeren of waarbij het onderhandelen naar een gepast beleid moeilijk verloopt wordt er sneller expliciet gevraagd wat er nu precies verwacht wordt en waarover ze bezorgd zijn. Hier valt het wel op dat de patiënten graag hun verwachtingen en bezorgdheden ventileren aan de artsen. Dat de huisarts hen al goed kent en dat er een groot vertrouwen heerst in de artsen speelt hier een beduidend minder belangrijke rol. Het blijft voor elke arts belangrijk altijd de verwachtingen en bezorgdheden na te vragen ongeacht welke patiënt er voor zich zit en welke situatie zich voordoet.
Bij de laatste topic werden bij beide partijen verschillende manieren aangehaald om ervoor te zorgen dat de patiënt alles begrepen heeft. De huisartsen vragen ernaar en geven mee dat ze voor verdere vragen altijd telefonisch bereikbaar zijn. Bij de specialisten laat men de patiënt herhalen wat er gezegd geweest is, schakelt met opnieuw de hulp in van verplegend personeel, maatschappelijk werkers en educatoren en maakt men bij moeilijke materie gebruik van checklists en infobrochures voor de patiënten. De patiënten vinden het hinderlijk om tijdens een doorverwijzing nog met praktische vragen te zitten en benadrukken het belang van dit altijd goed na te vragen. Ondanks dat zowel artsen als patiënten hier het belang van 'het bevragen van de verwachtingen en bezorgdheden en het navragen of alles duidelijk is' beklemtonen, komt dit in de praktijk (bij routine consultaties) niet tot uiting [37].

Chronische zorgtransities versus acute zorgtransities

Bij de vergelijking met de gelijklopende deelstudie over SDM bij acute zorgtransities worden over het algemeen vooral gelijkenissen opgemerkt. Zowel in chronische als in acute setting worden de artsen, zowel door zichzelf als door de patiënten, beschouwd als hoofdleverancier van relevante informatie. Ook de beweegredenen hiervoor zijn gelijklopend; het bevorderen van de compliance, de tevredenheid en het vertrouwen bij de patiënt alsook medicolegaal. In de analyse wordt wel gezien dat een paternalistische aanpak van de huisarts grotendeels aanwezig blijft in een acute setting terwijl dit in een chronische setting aan verandering onderhevig is. Het betreft bij acute zorgtransities een ernstige mogelijks levensbedreigende pathologie die vlug aangepakt moet worden. Bij een chronische transitie is er meer tijd en ruimte. De patiënt kan - door zich te informeren en voor te bereiden op het consult - zich mondiger gaan opstellen, waardoor de patiënt zich opdringt als belangrijkste participant van de besliskunde; met andere woorden gaat de patiënt een doorverwijzing eisen. Alle artsen erkennen het belang van de bevraging van de verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt omtrent de verwijzing maar geven toe dat dit vaak wordt vergeten. Doch er wordt opgemerkt dat bij chronische transities iets meer aandacht geschonken wordt aan dit aspect van de SDM. Dit wordt ook beaamd door de patiënten die hier in chronische setting meer waarde aan hechten dan in acute setting. We kunnen uit deze studies voorzichtig stellen dat SDM beter toepast wordt bij chronische zorgtransities dan bij acute. Dit is een belangrijke bedenking daar SDM ook belangrijker zou zijn bij de behandeling van chronische ziektes [37]. Om deze hypothese rond SDM bij chronische versus acute zorgtransities te bewijzen is er echter wel grootschaliger kwantitatief onderzoek vereist. Ook in welke mate SDM tijdens de verwijzing echt een invloed heeft op de gezondheidsresultaten van de patiënt valt verder te onderzoeken.

Sterktes en zwaktes van de analyse

Deze kwalitatieve analyse is de eerste die de plaats van 'shared decision making' onderzoekt bij chronische zorgtransities. De steekproef werd zo gevarieerd mogelijk opgesteld; kandidaten van beide geslachten, variabele leeftijden, variabele praktijkervaring en geografische variabiliteit. De steekproef telt echter 15 kandidaten, wat eerder weinig is voor een complete kwalitatieve analyse.

Kwalitatief onderzoek wordt gekenmerkt door de voortdurende afwisseling van waarneming en analyse. Deze studie heeft hier niet aan kunnen voldoen. De interviews zijn een eenmalige waarneming geweest, omwille van de leercurve die wij zelf nog moesten doorlopen hiervoor en tijdsgebrek werden verder verklarende interviews niet uitgevoerd na een analysefase.

Bij kwalitatief onderzoek wordt informatie verkregen aan de hand van een diepte-interview. Een diepte-interview is een onderzoeksmethode waarbij een gesprek plaatsvindt tussen een getrainde interviewer en een respondent. Een diepte-interview is uitermate geschikt om ideeën en opvattingen

over een bepaald onderwerp te achterhalen, die informatie gaat 'dieper' dan informatie die door kwantitatief onderzoek wordt verzameld. Om deze ondervragingstechnieken voor het uitvoeren een efficiënt diepte-interview onder de knie te krijgen was onze studieperiode te kort. Hierdoor is vermoedelijk nog wat relevante informatie aan ons voorbij gegaan.

Tenslotte speelt de subjectiviteit hier een belangrijke rol; de patiënten beantwoordden vragen vanuit de herinnering van hoe een chronische zorgtransitie verliep een tijd geleden. Tevens moeten de artsen zichzelf gaan inschatten tijdens het interview; hoe ze het echt doen tijdens een chronische doorverwijzing werd niet vastgelegd.

Daarentegen is onze onderzoeksvraag wel uniek en zou deze studie kunnen opgevolgd worden door een kwantitatief onderzoek waarin de mate van SDM tijdens de doorverwijzing onderzocht wordt. Wederom zou dit een uniek onderzoek zijn waar reeds weinig gegevens over bekend zijn.

Besluit

Bij shared decision making (SDM) tijdens een chronische zorgtransitie vinden zowel de huisartsen, de specialisten als de patiënten het belangrijk dat er goed geïnformeerd wordt op maat van de patiënt en dat de gewenste participatiegraad van de patiënt in de medische besliskunde gerespecteerd wordt. Dit wordt gedaan om de compliance te verhogen, een vertrouwensband op te bouwen en de patiënt tevreden te houden. De artsen (in eerste én tweede lijn) gaan eerder hun voorkeur grondig toelichten dan dat ze alle opties met de voor- en nadelen bespreken. De patiënten achten dit ook niet noodzakelijk, ze hebben immers groot vertrouwen in de besliskunde en expertise van hun artsen. Toch hebben de patiënten het laatste woord; ze hebben altijd het recht een verwijzing te weigeren hoewel dit vaak niet expliciet vermeld wordt door de artsen. Bij chronische zorgtransities wordt wel gezien dat patiënten onder invloed van multimedia mondiger geworden zijn en steeds meer hun eisen durven te stellen. De huisartsen en specialisten erkennen het belang van het bevragen van de bezorgdheden en de verwachtingen van de patiënten bij een chronische doorverwijzing maar geven toe dat dit niet naar behoren uitgevoerd wordt. Ook de patiënten benadrukken het belang van dit aspect van de SDM. Hetzelfde geldt voor het navragen of alles duidelijk is. Zowel de huisartsen als de specialisten staan open voor meer onderling overleg tijdens een chronische doorverwijzing; betere werkrelaties creëren tussen de huisartsen en specialisten zou dit moeten bevorderen. Bij de vergelijking met de gelijklopende deelstudie over SDM bij acute zorgtransities worden vooral veel gelijkenissen opgemerkt. Doch bij chronische transities wordt er gezien dat de patiënten mondiger zijn en sneller hun eisen durven te stellen én dat er toch iets meer belang gehecht wordt, zowel door de artsen als door de patiënten, aan het bevragen van de bezorgdheden en verwachtingen en het navragen of alles duidelijk is. Om de hypothese ‘SDM wordt beter toegepast bij chronische zorgtransities dan bij acute zorgtransities’ te bewijzen is er echter wel grootschaliger kwantitatief onderzoek vereist. In hoeverre het toepassen SDM wenselijk is tijdens een verwijzing (chronisch of acuut) en of dit de gezondheidsresultaten van de patiënt kan beïnvloeden valt verder te onderzoeken.

Referenties

1. Gerkens S, Farfan-Portet M-I, Desomer A, Stordeur S, De Waroux M, Van de Voorde C et al. Het Belgische Gezondheidssysteem in 2010. België: KCE reports 138; 2010.
2. Gezondheidsenquête 2013
3. Thorsen O, Hartveit M en Baerheim A. The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators? A qualitative study. BMC Family Practice 2013; 14: 153. 2
4. Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S, Rohde C, Starfield B. Primary care physician specialty referral decision making: patient, physician, and health care system determinants. Med Decis Making. 2006; 26: 76–85.
5. Manca DP, Breault L, Wishart P. A tale of two cultures: specialists and generalists sharing the load. Can Fam Physician. 2011; 57: 576–584.
6. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians; Finding common ground. Archives of Internal Medicine 2011; 171(1): 56-65. 1
7. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein R.M., et al. Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems. Annals of Family Medicine 2014;12:3.
8. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research. Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient–Practitioner Relationship.
9. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. AMA Arch. Intern. Med. 1956; 97(5):585–592.
10. Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Ottawa, ON, Canada: Government of Canada; 1974.
11. Hoving C, Visser A, Mullen PD, van den Borne B. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: from authority to shared decision making education. Patient Educ. Couns. 2010; 78(3):275–281.
12. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc. Sci. Med. 1997; 44(5):681–692.
13. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ. Couns. 2006; 60(3):301–312.
14. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century. Washington, DC, USA: The National Academies Press; 2001.

15. Legare F, Stacey D, Pouliot S, et al. Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. J. Interprof. Care. 2011; 25(1):18–25.
16. Harter M, van der Weijden T, Elwyn G. Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundhwes. 2011; 105(4):229–233.
17. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. J Am Acad Nurse Pract. 2008;20(12):600-607.
18. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. Med Care Res Rev. 2012.
19. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians. Arch Intern Med 2011; 171(1): 56-65.
20. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. General practitioners' reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process? Scand J Prim Health Care 2012; 30: 241-246.
21. Schneider CE. The practice of autonomy: patients, doctors, and medicaldecisions. New York: Oxford University Press, 1998.
22. Gwyn R, Elwyn G. When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. Soc. Sci Med 1999;49:437–47.
23. Edwards A, Elwyn G, eds. Evidence based patient choice: inevitable or impossible. Oxford: Oxford University Press, 2001.
24. Bekker H, Thornton JG, Airey CM, et al. Informed decision making: an annotated bibliography and systematic review. Health Technology Assess 1999;3(1).
25. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision-making: a review of published surveys. Behav Med 1998;24:81–8.
26. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. Soc Sci Med 1998;47:329–39.
27. Stewart M, Brown JJ, Donner A, et al. The impact of patient-centred care on patient outcomes in family practice. Final report. London, Ontario: Centre for Studies in Family Medicine, 1995.
28. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. J Health Serv Res Policy 1997;2:112–21.
29. Stewart M. Studies of health outcomes and patient-centered communication. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al, eds. Patient-centered medicine. Sage, CA: Thousand Oaks, 1995.

30. Jenkins L, Britten N, Barber N, et al. Improving doctor-patient communication about drugs. Final Report to the Department of Health. London: GKT Concordance Unit, 2001.
31. Edwards A, Elwyn G, Smith C. Consumers' views of quality: identifying the consultation outcomes of importance to consumers, and their relevance to 'shared decision-making' approaches. Health Expect 2001;4:151–61.
32. Beck RS, Daughtridge R en Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. Journal of American Board of Family Practice 2002; 15: 25-38.
33. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J Gen Intern Med 1988;3:448–57.
34. DiMatteo R. Health behaviors and care decisions: an overview of professional-patient communication. In Gochman DS, editor. Handbook of health behavior research II: provider determinants. New York: Ple- num Press, 1997:5–22.
35. Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of physician behavior. Med Care 1992;30: 283–98.
36. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999;281:283–7.
37. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C en Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. Quality and Safety in Health Care 2003; 12: 93-99.

Bijlage 1: Samenvatting protocol

Eerst wordt een literatuuronderzoek verricht omtrent communicatie bij zorgtransities en de shared-decision making die hiermee te maken heeft. Met de informatie uit drie artikels worden Topiclijsten opgesteld. Deze artikels zijn:

Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement; Elwyn G et al.

The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators? A qualitative study; Thorsen O et al.

Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review; Beck RS et al.

Er worden drie verschillende Topiclijsten (Een voor de patiënt, een voor de huisarts en een voor de specialist) opgesteld die elk uit twee delen bestaat: een deel over shared decision making en een deel over de communicatie tijdens de verwijzing zelf om het eerste deel te nuanceren.

Uit de eigen praktijk worden een vijftal patiënten geselecteerd met eender welke chronische aandoening waarvoor een zorgtransitie nodig bleek. Na een schriftelijk informed-consent kan een interview gepland worden. Hierbij wordt gevraagd hoe zij deze zorgtransitie ervaren, hoe zij communicatief benaderd worden en wat hun verwachtingen zijn bij zo'n transitie.

Hiernaast worden een drietal huisartsen uit de streek (naargelang toegankelijkheid) van de praktijk geïnterviewd. Een drietal specialisten vanuit de streek worden ook geïnterviewd. Hiervoor wordt er beroep gedaan op specialisten die vaak geconfronteerd worden met chronische transities. Hierbij wordt gevraagd wat hun verwachtingen zijn bij doorverwijzingen, hoe zij rekening proberen te houden met de wensen van de patiënten en welke factoren volgens hen de communicatie fout kunnen doen lopen.

Hierna zal een kwalitatieve analyse gebeuren waarbij alle data verkregen uit deze interviews anoniem verwerkt zal worden. Er zal vanuit de resultaten van de interviews naar factoren gezocht worden die de communicatie tussen de huisarts, de patiënt en de specialist kunnen beïnvloeden, zowel positief als negatief.

In de scriptie zal beschreven worden welke factoren een nadelige of voordelige invloed kunnen hebben op de communicatie meer bepaald 'shared decision making' tijdens de verwijzing. Er zal een overzicht gemaakt worden van wat de patiënt, de huisarts en de specialist belangrijk vinden binnen de communicatie van een zorgtransitie.

Bijlage 2: Goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0398	16-apr-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Belang van goede communicatie bij zorgtransities: een kwalitatieve analyse van acute en chronische transities.
MAnaMA Puystjens Charlotte.

Belgisch Registratienummer: B670201420832

* Adviesaanvraagformulier dd. 1/04/2014 (volledig ontv. 3/04/2014)
* Vragenlijsten
  - Huisartsen
  - Patiënten
  - Specialisten
* Antwoord onderzoeker via mail dd. 16/04/2014 op opmerkingen EC dd. 10/04/2014
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie cfr. Mail onderzoeker dd. 16/04/2014)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 16/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 16/04/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 16/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 16/04/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/05/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/05/2014

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

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0398	16-apr-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0398

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
T.O.V **Prof. dr. D. MATTHYS**
Voorzitter / Chairman

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

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

Bijlage 3: Informatieformulier voor de deelnemende persoon

Project

Plaats en beleving van 'shared decision making' door alle betrokkenen bij chronische zorgtransities: een kwalitatieve analyse

Beschrijving en doel van het project

Via deze studie wil ik, Charlotte Puystjens (huisarts-in-opleiding) peilen naar de mate van 'shared decision making' tijdens chronische zorgtransities en dit bekeken vanuit de driehoek huisarts-patiënt-specialist.
Door het afnemen van interviews van patiënten, huisartsen en specialisten zal ik trachten te achterhalen welke factoren de 'shared decision making' tijdens een zorgtransitie kunnen beïnvloeden en hoe alle betrokkenen dit ervaren.

Ik voer dit onderzoek uit in samenwerking met de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijns gezondheidszorg van de Ugent.

Ik zou u vriendelijk willen vragen of u bereid zou zijn om via een interview uw ervaringen met mij te delen. Het interview zal ongeveer één uur duren en zal opgenomen worden op auditieve band om nadien door mij ANONIEM verwerkt te worden tot een wetenschappelijk onderzoeksrapport.
Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Ugent en het Ethisch Comité van het St. Rembertziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en volgens in de Verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. De studie wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Myriam Deveugele en Dr. Peter Pype.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.
U kunt weigeren om geïnterviewd te worden zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op onze professionele relatie.
Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot betere inzichten omtrent het communicatief verloop van een zorgtransitie wat op zijn beurt kan zorgen voor een optimalisatie van de zorg voor, tijdens en na een verwijzing.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens en uw antwoorden gegeven tijdens het interview na de verwerking van de resultaten worden geanonimiseerd. Bij het opstellen van het onderzoeksrapport zal er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering

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

Toestemmingsformulier

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: ……

Datum: …….. Handtekening onderzoeker:

Bijlage 2: Vragenlijst patiënt

Shared-decision making

1. Gaf de huisarts je het gevoel dat de doorverwijzing een gezamenlijke beslissing was?
2. Gaf de huisarts aan dat er andere mogelijkheden waren dan een doorverwijzing en somde hij deze op, met pro's en contra's (inclusief de optie: geen actie ondernemen)?
3. Werd je de mogelijkheid gegeven om een verwijzing te weigeren?
4. Gaf de huisarts voldoende informatie over het waarom van een verwijzing?
5. Polste de huisarts naar jouw verwachtingen omtrent de verwijzing?
6. Vroeg de huisarts naar jouw bezorgdheden omtrent de verwijzing?
7. Vroeg de huisarts of alles duidelijk was en of u nog vragen had?
8. Ben je tevreden over de manier de huisarts u doorverwees? Waarom wel of niet?

Verwijzing

1. Hoe gebeurde de verwijzing? (Telefonisch, verwijsbrief..)
2. Had je het gevoel dat de spoedarts/specialist voldoende informatie had verkregen via de huisarts?
3. Werd er voldoende uitleg gegeven omtrent wat er kon verwacht worden tijdens doorverwijzing?
4. Werd rekening gehouden met eventuele eigen verwachtingen en of wensen tijdens de opname?
5. Ben je tevreden over hoe de communicatie tijdens de verwijzing/opname verliep?

Bijlage 3: Vragenlijst huisarts

Shared-decision making

1. Houdt u er rekening mee dat een doorverwijzing een gezamenlijke beslissing kan zijn? Maak je dit de patiënt expliciet duidelijk?
2. Geef je de patiënt andere mogelijkheden dan een doorverwijzing en som je deze op, met pro's en contra's (inclusief de optie: geen actie ondernemen)?
3. Geef je de patiënt de mogelijkheid om een verwijzing te weigeren?
4. Geef je als huisarts voldoende informatie over het waarom van een verwijzing?
5. Pols je naar de verwachtingen van de patiënt omtrent de verwijzing?
6. Vraag je naar bezorgdheden omtrent de verwijzing?
7. Vraag je of alles duidelijk is en of de patiënt nog vragen heeft?
8. Ben je tevreden over hoe de communicatie met de patiënt verloopt omtrent doorverwijzing? Wat verloopt minder goed?

Verwijzing

1. Op welke manier verwijs je een patiënt door? (Telefonisch, verwijsbrief…)
2. Hoe zorg je ervoor dat de spoedarts/specialist voldoende informatie verkrijgt?
3. Hoe zorg je ervoor dat de patiënt weet waaraan hij zich mag verwachten bij doorverwijzing?
4. Hoe zorg je ervoor dat er rekening gehouden wordt met de verwachtingen en of wensen van de patiënt bij doorverwijzing?
5. Ben je tevreden over hoe de communicatie met de spoedarts/specialist verloopt omtrent doorverwijzing? Wat verloopt minder goed?

Bijlage 4: Itemlijst specialist

Shared-decision making

1. Houdt u er rekening mee dat er tijdens een doorverwijzing gezamenlijke beslissingen kunnen genomen worden? Maak je dit de patiënt expliciet duidelijk?
2. Geef je de patiënt andere mogelijkheden dan het door u voorgesteld beleid en som je deze op, met pro's en contra's (inclusief de optie: geen actie ondernemen)?
3. Geef je de patiënt altijd de mogelijkheid om een bepaald beleid te weigeren?
4. Geef je als specialist voldoende informatie over het waarom van de verwijzing en het gekozen beleid?
5. Pols je naar de verwachtingen en wensen van de patiënt omtrent de verwijzing?
6. Vraag je naar bezorgdheden omtrent de verwijzing?
7. Vraag je of alles duidelijk is en of de patiënt nog vragen heeft?
8. Ben je tevreden over hoe de communicatie met de patiënt verloopt omtrent doorverwijzing? Wat verloopt minder goed?

Verwijzing

1. Op welke manier wordt een patiënt het meest naar jou doorverwezen? (Telefonisch, verwijsbrief…)
2. Welk soort verwijzing lijkt je het meest doeltreffend? (Telefonisch, verwijsbrief…)
3. Heb je het gevoel dat je voldoende uitleg verkrijgt via de huisarts?
4. Geef je zelf voldoende uitleg omtrent wat er kan verwacht worden tijdens doorverwijzing?
5. Zijn uw verwachtingen, die van de huisarts en die van de patiënt meestal gelijklopend?
6. Communiceer je met de huisarts indien er een verschil in de verwachtingen en/of bezorgdheden optreedt?
7. Welke vorm van communicatie met de huisarts lijkt u het meest doeltreffend en wat past u zelf het meest toe? Waarom?
8. Wat houd je tegen om contact op te nemen met de huisarts?

9. Ben je tevreden over hoe de communicatie met de huisarts verloopt omtrent doorverwijzing? Wat verloopt minder goed?