# Plaats en beleving van ‘shared decision making’ door alle betrokkenen bij een acute zorgtransitie: een kwalitatieve analyse

Vincke Stephanie, UGent

Promotor: Deveugele Myriam, UGent

Co-promotor: Pype Peter, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

## Abstract

Plaats en beleving van ‘shared decision making’ door alle betrokken bij een acute zorgtransitie: een kwalitatieve analyse

HAIO: Stephanie Vincke
Instelling: Ugent
Promotor: Myriam Deveugele
Co-promotor: Peter Pype
Praktijkopleider: Arne De Bruycker
ICPC: C01 Huisarts-geneeskundige theorie

Context
Er is redelijk wat literatuur terug te vinden over de communicatie tussen huisartsen, patiënten en specialisten bij het doorverwijzen. Hier wordt ‘shared decision making’ echter niet bij besproken. Een zorgtransitie, acuut of chronisch, is nochtans een belangrijk event in het leven van een patiënt waarbij men toch op zijn minst een overlegmoment zou verwachten.

Onderzoeksvraag
In welke mate wordt ‘shared decision making’ toegepast door de huisarts en de spoedarts tijdens een acute doorverwijzing? En hoe wordt dit ervaren door de artsen en de patiënt? Deze masterproef maakt deel uit van een tweeledige kwalitatieve analyse. Het andere deel betreft de ‘shared decision making’ bij *chronische* zorgtransities en wordt door collega-HAIO Charlotte Puystjens behandeld.

Methode
Op geleide van de twaalf OPTION-items opgemaakt door Elwyn G et al om de mate van ‘shared decision making’ te evalueren, worden zeven topics geformuleerd: gezamenlijke beslissing, verschillende opties, geen actie ondernemen, informeren, verwachtingen patiënt, bezorgdheden patiënt en duidelijkheid. Op basis hiervan worden vijf patiënten, vijf huisartsen en vijf spoedartsen geïnterviewd betreffende acute zorgtransities. In de kwalitatieve analyse worden terugkomende thema’s geïdentificeerd, nadien volgt een vergelijking met het artikel van Elwyn G et al en de analyse van de chronische zorgtransities.

Resultaten
De artsen worden zowel door zichzelf als door de patiënten aanzien als leveranciers van correcte en objectieve informatie. Huisartsen proberen de patiënt hiermee te overtuigen van de noodzaak tot een acute zorgtransitie. Andere opties worden doorgaans niet gegeven. Het bevragen van verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt omtrent de verwijzing kan als extra aangrijpingspunt tot motivatie dienen, doch deze worden niet vaak bevraagd in acute setting omwille van tijdsgebrek. Patiënten verwachten geen ‘shared decision making’ bij een acute doorverwijzing; ze gaan akkoord met de beslissing van hun vertrouwde huisarts na geïnformeerd te zijn. Spoedartsen informeren de patiënten om de samenwerking te bevorderen en de tevredenheid te verhogen. Gelijkwaardige beleidsopties worden besproken indien deze bestaan, in andere gevallen beslissen spoedartsen in het belang van de patiënt. De thema’s in de analyse van chronische zorgtransitie zijn gelijklopend, ware het niet dat ‘shared decision making’ in deze setting beter toegepast wordt dan in acute setting.

Conclusie
Er overheerst een paternalistische aanpak van zowel de huisarts als de spoedarts tijdens acute zorgtransities. ‘Shared decision making’ wordt hierbij niet als zodanig toegepast. Verder kwantitatief onderzoek kan nuttig zijn om deze subjectieve bevindingen verder te objectiveren.

# Inhoudstabel


Abstract ..... 1

Inhoudstabel ..... 2

Inleiding ..... 4

De verwijzing door de huisarts ..... 4

Shared decision making ..... 4

Hoe betrokkenheid van patiënt objectiveren? ..... 5

Vraagstelling ..... 7

Oriënterend literatuuronderzoek ..... 9

Onderzoeksmethodiek ..... 10

Topiclijst opmaken ..... 10

Inclusiecriteria kandidaten ..... 10

Spoedartsen ..... 10

Huisartsen ..... 10

Patiënten ..... 10

Interviews afnemen ..... 11

Analyse ..... 11

Resultaten ..... 12

Kenmerken kandidaten ..... 12

Spoedartsen ..... 12

Huisartsen ..... 12

Patiënten ..... 12

Topicbespreking ..... 13

Topic 1: gezamenlijke beslissing ..... 13

Topic 2: verschillende opties ..... 14

Topic 3: geen actie ondernemen ..... 14

Topic 4: informeren ..... 15
Topic 5: verwachtingen patiënt ..... 16
Topic 6: bezorgdheden patiënt ..... 17
Topic 7: duidelijkheid ..... 18
Discussie ..... 20
Analyse ..... 20
Acute zorgtransities versus chronische zorgtransities ..... 22
Sterktes en zwaktes van de analyse ..... 22
Besluit ..... 24
Referenties ..... 25
Bijlage 1: Protocol masterproef ..... 28
Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité ..... 29
Bijlage 3: Informatieformulier voor de deelnemende persoon ..... 31
Bijlage 4: Topiclijst patiënt ..... 34
Bijlage 5: Topiclijst huisarts ..... 35
Bijlage 6: Topiclijst spoedarts ..... 36

# Inleiding

### *De verwijzing door de huisarts*

Patiënten worden om verschillende redenen doorverwezen naar de tweedelijnsgezondheidszorg. Dit kan zijn om advies te bekomen omtrent een bepaalde diagnose of behandeling, wanneer de onderzoeksmogelijkheden en/of therapeutische opties in de eerste lijn ontoereikend zijn. Het aantal doorverwijzingen zijn gedurende de laatste tien jaar toegenomen met als gevolg meer gebruik van specialistische zorgen en hogere gezondheidsuitgaven.[1] 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.[2]

Er bestaan geen internationaal erkende richtlijnen voor het doorverwijzen van patiënten; de zorgtransitie wordt voornamelijk beslist vanuit de praktijkkunde van de huisartsen.[3] Tevens bestaat er in België geen uniform verwijzingssysteem tussen huisartsen en specialisten; 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'.

In 2008 registreerde het Kenniscentrum in België meer dan 46 miljoen (46 345 577) patiënt-huisarts contacten. Hiervan waren 32 procent (of 15 017 280) huisbezoeken. Slechts tien procent (4 634 558) van de huisartsconsulten resulteerden in een doorverwijzing van de patiënt naar een specialist voor behandeling of bijkomende onderzoeken. Dit laag cijfer zou dus verklaard kunnen worden door de grote hoeveelheid patiënten die onmiddellijke specialistische hulp zoeken; er waren in totaal iets meer dan 26 miljoen (26 023 318) consultaties bij specialisten in 2008. Samenvattend bestaat er geen formeel verwijzingssysteem tussen de eerste- en tweede/derdelijnsgezondheidszorg, maar in praktijk is het toch meestal de huisarts of eventueel een specialist die beslist een patiënt door te sturen naar een ziekenhuis.[4]

### *Shared decision making*

Met een stijgende nadruk op individuele controle en vrijheid, wordt het medisch paternalisme niet langer onbetwist aanvaard door de maatschappij als het overheersende model voor besliskunde in de gezondheidszorg.[5] Een meer ethische en effectieve besliskundige benadering groeit uit het

verhogen van de autonomie van de patiënt. Zo'n patiënt-gecentraliseerde zorg wordt vermeld door het 'Committee on the Quality of Health Care in America' als één van de werkpunten om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.[6] Deze zorg zou geassocieerd zijn met betere resultaten voor de patiënt waaronder beter zelfmanagement, een hogere tevredenheid en betere compliance. Sommige studies vonden zelfs bewijs voor betere klinische resultaten.[7-8]

Menig bio-ethici beweren dat de verwante ethische opvattingen van respect voor autonomie en respect voor mensen een plicht omvatten van de arts om de nodige informatie te verschaffen. Hierdoor kunnen patiënten welingelichte deelnemers zijn bij de medische besliskunde.[9-15] Artsen zouden de geïnformeerde inspraak van patiënten moeten waarborgen door relevante informatie te bieden over de klinische toestand, alternatieven, risico's en voordelen; het inzicht van de patiënt te beoordelen; en de patiënt een duidelijke kans te bieden een voorkeur te uiten.[16] Dit besliskundig model in een patient-gecentraliseerde zorg wordt 'shared decision making' genoemd.[10-11, 17]

De mate waarin de patiënt betrokken wordt tijdens 'shared decision making' is reeds lange tijd een punt van discussie[18-19]; waarbij sommigen beweren dat het obligaat zou moeten zijn terwijl anderen juist de problemen ervan benadrukken.[20] Het blijft echter een onderwerp waarover weinig empirische studies gebeurd zijn.[21] Het is een complex gegeven wat tevens moeilijk meetbaar is. Toch vermelden eerdere studies dat minder dan 50 procent van de patiënten wensen betrokken te zijn bij het maken van een klinische beslissing[18,22-23] ondanks de mogelijkheid dat zo'n betrokkenheid een positief effect kan hebben op gezondheidsresultaten.[24-26] Patiënten zouden wel verwachten 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.[27] Hierbij komt dat data van enquêtes, kwalitatieve en observationele studies aangeven dat clinici vaak geen rekening houden met de perspectieven van de patiënt; ze gaan eerder een bepaalde optie aanraden in plaats van de voorkeur van de patiënt in overweging te brengen tijdens het beslissingsproces.[17,28-30]

### *Hoe betrokkenheid van patiënt objectiveren?*

Elwyn G et al. ontwikkelden in 2003 de OPTION-schaal om de patiëntbetrokkenheid te bepalen bij het nemen van een beslissing in een klinisch consult. OPTION (acroniem voor 'observing patient involvement') is een instrument, gebaseerd op het scoren van twaalf items, om het gezamenlijk beslissen in te schatten en dit voornamelijk in een eerstelijnsconsult. Samengevat evalueert het of klinische problemen goed gedefinieerd worden, alle medische 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 patiëntenperspectief. Elwyn G et al. gebruikten deze OPTION-schaal bij de analyse van eerstelijnsconsultaties. Eénentwintig huisartsen namen vrijwillig deel aan deze studie zonder exact te weten waarover het onderzoek ging. In hun eigen praktijk en met eigen patiënten werden enkele routineconsultaties gefilmd. Dit leverde in totaal 186 consulten op die bruikbaar waren voor analyse. Deze consulten werden geëvalueerd op de aanwezigheid van de twaalf OPTION-items.

**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 deze analyse blijkt dat de deelnemende huisartsen behoorlijk weinig van deze OPTION-items aan bod laten komen in routineconsultaties. Uit bovenstaande tabel kunnen we verschillende conclusies trekken. De huisartsen geven zelden aan dat er verschillende manieren zijn om een klinisch probleem aan te pakken en gaan bijgevolg ook zelden andere opties opsommen met hun pro's en contra's. Ze bevragen zeer weinig de ideeën, noch de emoties 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 ingevulde OPTION-schaal concluderen dat de betrokkenheid van patiënten bij de zogenaamde gezamenlijke beslissing eerder laag was en dat de huisartsen eerder paternalistisch te werk gingen tijdens routineconsultaties. 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. Elwyn G et al. verwachtten dat de resultaten van andere huisartsen gelijklopend of eerder nog lager zouden 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 betrokkenheidsgraad 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 een aanzienlijke 'intra-rater' variabiliteit; m.a.w. de huisarts past de graad van betrokkenheid aan naargelang de situatie of voorkeursrol van de patiënten.

Er bestaat op zich nog onenigheid over de situaties waarin 'shared decision making' toepasbaar zijn. Elwyn G et al. beschrijven de suggesties die eerder werden 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. Hierbinnen kunnen zelfs twee of meer gelijkwaardige opties gegeven worden. Richtlijnen zijn daarentegen minder gebiedend, terwijl bij opties een bewijs van doeltreffendheid of eender welk bewijs ontbreekt. Van hieruit wordt geopperd 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. In de desbetreffende studie werden urgenties echter niet geïncludeerd.[27] Elwyn G oppert zelfs 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.[31]

### *Vraagstelling*

Een 'shared decision making' vereist dat patiënten voldoende geïnformeerd worden over alle mogelijke onderzoeksmogelijkheden of therapeutische opties met de daarbij horende risico's, maar ook vertrouwen hebben in hun arts.[32] Men stelt zelfs dat wanneer patiënten goed geïnformeerd betrokken worden bij het maken van klinische beslissingen, ze meer belang zouden hechten aan de medische adviezen en meer gezondheidsgerelateerde gedragsveranderingen zouden uitvoeren (bvb. meer bewegen, rookstop en voedingsaanpassingen).[33]

Er zijn meerdere artikels te vinden over de communicatie tussen huisartsen, patiënten en specialisten bij het doorverwijzen.[1-2,34-35] 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. Enkele zaken die een acute zorgtransitie typeren zijn het dringende karakter met als doel een snelle aanpak van een urgent probleem maar ook voldoende uitleg van de huisarts naar de patiënt toe omtrent de reden hiervan. Maar in hoeverre wordt de patiënt ook betrokken bij de beslissing om hem/haar door te verwijzen? Het betreft meestal een ernstige of zelfs levensbedreigende pathologie die dringend moet onderzocht/aangepakt worden in de tweedelijn. 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 spoedarts, moet overleg plegen met de patiënt. Niet alleen over de nodige onderzoeken en het voorgesteld beleid, maar worden ook de verwachtingen en wensen hierbij bevraagd?

In deze masterproef wordt de betrokkenheid van de patiënt tijdens een *acute* zorgtransitie kwalitatief nagegaan. In welke mate wordt 'shared decision making' toegepast door de huisarts en de spoedarts tijdens een acute doorverwijzing? En hoe wordt dit ervaren door de artsen en de patiënt? Als onderzoeksvraag kun je stellen wat de plaats en beleving is van 'shared decision making' tijdens een acute zorgtransitie; en dit voor alle betrokkenen zijnde de huisarts, de spoedarts en de patiënt.

Deze masterproef onderzoekt de 'shared decision making' bij *acute* zorgtransities en maakt op die manier deel uit van een tweeledige kwalitatieve analyse. Het andere deel betreft de 'shared decision making' bij *chronische* zorgtransities en wordt door collega-HAIO Charlotte Puystjens behandeld. De onderzoeksresultaten worden na de initiële analyse onderling vergeleken.

## 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 mesh termen: '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 mesh termen: 'measuring patient involvement', 'shared decision making', 'informed decision making', 'questionnaire' in combinatie met de eerder vermeldde meshtermen.

## Onderzoeksmethodiek

### *Topiclijst opmaken*

Om de mate van 'shared decion making' bij zorgtransities te kunnen exploreren, wordt een topiclijst opgesteld. De gekozen topics baseren zich op de items uit de OPTION-schaal; deze twaalf OPTION-items worden gestructureerd en samengevat in zeven topics zijnde gezamenlijke beslissing, verschillende opties, geen actie ondernemen, informeren, verwachtingen patiënt, bezorgdheden patiënt en duidelijkheid. De topiclijsten zijn bruikbaar voor de analyse van zowel acute als chronisch doorverwijzingen, gezien dit onderzoek deel uitmaakt van een tweeledige kwalitatieve analyse.

De zeven topics worden vertaald in enkele vragen met als doel de interviews vlot te doen verlopen. Het spreekt voor zich dat per doelgroep (huisarts, spoedarts of patiënt) de vragen iets anders opgesteld worden. Globaal gezien komt het hierop neer: Is de verwijzing een gezamenlijke beslissing? Worden alle opties met hun voor- en nadelen besproken? Wat met het weigeren van de verwijzing of een bepaald beleid? Worden de bezorgdheden van de patiënt bevraagd? Worden de verwachtingen van de patiënt bevraagd? Wordt gevraagd of alles duidelijk was? Per topic wordt eveneens nagegaan of de patiënten en de artsen dit belangrijk vinden tijdens een acute verwijzing. Hierna worden nog enkele vragen geformuleerd betreffende de manier van verwijzen en het ervaren van de zorgtransitie met inbegrip van de tevredenheid. Dit vooral om het voorgaande deel verder te nuanceren.

### *Inclusiecriteria kandidaten*

**Spoedartsen**

Spoedartsen worden gerecruteerd uit het Sint-Rembertziekenhuis te Torhout; dit is het ziekenhuis waar ik mijn eerste jaar als HAIO werkte. Ze worden geselecteerd op basis van een praktijkervaring van minimum vijf jaar én een werkurenweek van minimum 36 uur.

**Huisartsen**

Huisartsen worden geselecteerd op basis van een praktijkervaring van minimum één jaar én een werkurenweek van minimum 36 uur. Laatstejaars huisartsen-in-opleiding zijn hierbij toegelaten.

**Patiënten**

Patiënten worden gerekruteerd op basis van een doorgemaakte acute doorverwijzing die dateert van maximum twee maand voor het interview. De acute doorverwijzing moet het gevolg zijn van een eenmalig consult bij een huisarts, waarbij slechts één probleem (zijnde de dringende pathologie

waarvoor doorverwijzing nodig wordt geacht) besproken wordt en waarbij 'shared decision making' mogelijk zou kunnen zijn. Geïncludeerde patiënten zijn tussen 20 en 65 jaar oud en hebben geen gekende intellectuele beperkingen. Het geslacht wordt niet in rekening gebracht.

### *Interviews afnemen*

Met de vooropgestelde vragen als leidraad wordt gekozen voor het afnemen van interviews en dit om de kwaliteit van de data te optimaliseren. Een face-to-face gesprek verhoogt de respons en verzekert dat alle topics voldoende aan bod komen. Er kan op die manier ook meer achtergrondinformatie bekomen worden betreffende de kandidaten die belangrijk kan zijn in de analyse van de antwoorden.

Alle onderzoekskandidaten worden persoonlijk door mij gecontacteerd. Het doel van het onderzoek wordt kort uitgelegd en een tijdstip voor het interview wordt vastgelegd. Net voor het interview krijgt de kandidaat de mogelijkheid het informatieformulier door te nemen. Daarna wordt een informed consent getekend. De interviews worden opgenomen met een audiorecorder om geen enkel detail te verliezen en tevens het gesprek zo natuurlijk mogelijk te laten verlopen, zonder dat er genoteerd of getypt moet worden. Het interview duurt zo'n halfuur en wordt afgenomen in de periode van juni 2014 tot en met oktober 2015.

### *Analyse*

Gezien de opbouw van het interview gebaseerd is op een topiclijst, kan gemakkelijk topic per topic besproken worden. Deze topics worden per doelgroep (huisartsen, spoedartsen en patiënten) geanalyseerd om thema's te identificeren gerelateerd aan de onderzoeksvragen. Tevens wordt een korte vergelijking gemaakt met de bevindingen uit het artikel 'Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement' van Elwyn G et al, waarop de topics uiteindelijk gebaseerd zijn. In de verdere analyse worden de thema's vergeleken met deze uit de analyse van de chronische zorgtransities.

## Resultaten

### *Kenmerken kandidaten*

**Spoedartsen**

Vijf van de zes spoedartsen uit het Sint-Rembertziekenhuis te Torhout werden geselecteerd op basis van de inclusiecriteria. Een zesde spoedarts werd geëxcludeerd gezien hij minder dan 36 uur per week werkt. De gerekruteerde spoedartsen hadden allen een leeftijd tussen 35 en 45 jaar, de groep bestond uit drie vrouwen en twee mannen. Eén spoedarts combineert het werken als spoedarts met het werk als huisarts, maar kwam in aanmerking tot rekrutatie voor zowel de spoedartsengroep als de huisartsengroep.

**Huisartsen**

Drie collega-HAIO's werden gevraagd mee te werken aan de studie, tegen de tijd dat het interview doorging hadden ze elk hun eerste opleidingsjaar reeds doorlopen. Ze werkten alle drie in een drukke groepspraktijk ergens in Vlaanderen en hadden hierbij een werkurenweek van meer dan 36 uur. Zoals eerder vermeld werd een huisarts geïncludeerd die tevens als spoedarts werd geïncludeerd, in die zin werd ze tweemaal geïnterviewd vanuit een andere invalshoek. Deze vier kandidaten waren allen vrouwen; één met een leeftijd tussen 35 en 45 jaar, de drie HAIO's met een leeftijd tussen 25 en 28 jaar. De vijfde kandidaat werd mijn praktijkopleider uit mijn tweede opleidingsjaar te Oostende; dit is een man met een leeftijd tussen de 45 en 50 jaar. Er werd bewust gekozen voor kandidaten met een verschillende leeftijd om bij gevolg een heterogene groep te vormen wat betreft het aantal jaren praktijkervaring.

**Patiënten**

Ik contacteerde de vijf collega-huisartsen waarmee mijn huidige praktijkopleider en ik in een samenwerkingverband werken te Oostende. Deze werden allen gevraagd patiënten op te geven die ze in de laatste twee maanden acuut doorverwezen en met welke reden. Uit deze reeks patiënten werd er per huisarts één uitgekozen volgens de inclusiecriteria; dit waren er vijf in totaal. Ze hebben een leeftijd tussen 35 en 60 jaar, en wonen allen in Oostende. De acute pathologieën waarom werd doorverwezen bestaan uit nierkoliek, acute prostatis, acuut longoedeem, atypische retrosternale pijn en voorkamerfibrillatie.

## *Topicbespreking*

**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:*

De huisartsen vermelden dat de patiënt kan meebeslissen om al dan niet doorverwezen te worden, maar deze gezamenlijke keuze is toch afhankelijk van de ernst van de reden tot doorverwijzing. "Sommige pathologieën moeten verwezen worden!"

De uiteindelijke beslissing ligt bij de patiënt, maar de artsen proberen zich medico-legaal wel in te dekken. "Ik deel uitdrukkelijk mijn voorkeur tot doorverwijzen mee, maar laat de patiënt uiteindelijk zelf beslissen." "Ik geef altijd een verwijsbrief mee, ook als ik voel dat de patiënt nog wat wil afwachten."

De context van de doorverwijzing wordt wel in acht te nemen. "Patiënten hebben vaak een voorkeur voor ziekenhuis of specialist, dit bevraag ik wel."

*Spoedartsen:*

Eenmaal op spoed blijken gezamenlijke beslissingen over het beleid niet altijd aan de orde. "De patiënt is reeds op spoed, wat bewijst dat hij toch wel een beleid verwacht. Dan ben ik diegene die dit beleid kiest." "Ik baseer mij vooral op de verwijsbrief en vraag van de huisarts."

Spoedartsen overleggen vooral in precaire situaties wanneer er twijfel is over de prognose. "Als de prognose slecht is en de patiënt mentaal nog goed, bespreek ik wel of het nog zinvol en/of wenselijk is om uitgebreide onderzoeken of een streng beleid te plannen."

*Patiënten:*

Patiënten hadden niet altijd het gevoel dat de doorverwijzing een gezamenlijke beslissing was met de huisarts. "Het was de keuze van mijn huisarts om mij door te verwijzen en hij overtuigde mij met zijn argumenten."

Sommigen ervaarden dit wel als een gezamenlijke beslissing, maar vermeldden erbij dat het vooral te maken had met het vertrouwen die ze hadden in hun huisarts die bekend is met hun voorgeschiedenis en zo weet wat het beste is voor hen. "Ik heb al eens een hartinfarct gehad en hij wist hoe ik hier vanaf gezien heb."

Niettegenstaande ze toch het gevoel hadden dat hun huisarts hun akkoord vroeg voor de doorverwijzing. "Hij stelde de doorverwijzing voor en ik ging akkoord."

De patiënten waren tevreden over hoe de huisarts het had aangepakt. "Hij heeft dat goed gedaan."

“Hij is de huisarts, hij weet wat er met mijn probleem moest gebeuren.”

Gezamenlijke beslissingen op de spoeddienst werden niet bevraagd in de patiënteninterviews.

**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:*

De huisartsen vermeldden dat ze vooral een informerende rol hebben zodat de patiënt een geïnformeerde keuze kan maken. “Het is zeker belangrijk om alle risico’s te vermelden bij het weigeren van een acute doorverwijzing zodat de patiënt beseft dat hij hierbij ook een zekere verantwoordelijkheid draagt.”

De mogelijkheid om andere opties te bieden zou volgens hen ook afhankelijk zijn van de therapeutische opties, en dit voornamelijk bij niet levensbedreigende zaken. “De mogelijkheid bestaat wel om de patiënt niet te verwijzen mits nauwlettende opvolging maar dan vooral in minder ernstige gevallen.”

*Spoedartsen:*

Er wordt gezegd dat verschillende opties worden aangeboden indien de patiënt hierom vraagt of indien er een keuze mogelijk is. “Afhankelijk van de beleidsopties, kan de keuze bij de patiënt gelegd worden.”

Terug wordt aangehaald dat de patiënt een deel van zijn verantwoordelijkheid draagt mits voldoende informatie te krijgen. “Als je uitlegt waarom iets niet haalbaar is, begrijpt de patiënt dit meestal wel en kan hij zo akkoord gaan met het beste beleid.”

*Patiënten:*

Patiënten meldden dat er geen andere optie werd voorgesteld door de huisarts. Ze zagen zelf de noodzaak tot zorgtransitie gezien de slechte medische toestand. “Ik drong zelf aan op een doorverwijzing, ik wist dat er iets niet klopte.”

Geen enkele patiënt had opmerkingen over de werkwijze van de huisarts. “Moest mijn huisarts mij nog een andere optie hebben gegeven, zou ik mij afvraagd hebben hoe noodzakelijk die doorverwijzing dan wel was.”

Het bespreken van andere beleidsopties op de spoedgevallen werd niet bevraagd bij de patiënten.

**Topic 3: geen actie ondernemen**

**Geeft de arts de patiënt de mogelijkheid om een verwijzing of een bepaald beleid te weigeren?**

*Huisartsen:*

De artsen vermelden nogmaals het belang van het geven van informatie, zo kunnen ze de patiënt in

de richting van de doorverwijzing sturen. “Een goed geïnformeerde patiënt is meestal gemotiveerd om uw advies tot doorverwijzen op te volgen.”
Indien de patiënt toch weigert, wordt dit zijn verantwoordelijkheid. “Voornamelijk de risico’s van het weigeren van een doorverwijzing worden meegegeven, zo kan de patiënt zich thuis alsnog gaan bedenken.”

*Spoedartsen:*
De spoedartsen beamen dat een patiënt steeds een beleid kan weigeren maar geven toe dit niet altijd expliciet te vragen. “Ik probeer de patiënt te overtuigen van een beleid indien ik vind dat het niet volgen ervan een risico inhoudt voor de patiënt. Ik zal dus zeker niet beweren dat het OK is om helemaal niets te doen.” “Bij weigering van verder onderzoek of beleid, vraag ik een verklaring van weigering van behandeling te ondertekenen.”
Terug wordt het belang aangehaald van het geven van informatie waarmee de patiënt voor zichzelf een juiste beslissing kan nemen. “De patiënt heeft de vrijheid om zelf te kiezen, behalve als het gaat over psychosen, zware intoxicatie, mentaal gehandicapten en dergelijke, dan beslis ik in het belang van de patiënt.” “Een patiënt heeft het volste recht om voor zichzelf te kiezen, wanneer hij echter wilsbekwaam natuurlijk.”

*Patiënten:*
De patiënten gingen allen akkoord met het advies van de huisarts, er werd niet aangeboden deze te weigeren. “Het was eerder een paniekerige reactie van mijn huisarts over de noodzaak van de verwijzing. Geen haar dat er toen aan dacht om niet in te gaan hierop.” “De huisarts adviseerde mij om via de spoedgevallen te gaan voor verder onderzoek.”
Allen waren tevreden over hoe de doorverwijzing werd voorgesteld. “Ik ben blij dat de huisarts het heft in eigen handen heeft genomen.”
De vraag naar mogelijkheid tot weigering van het beleid, eens doorverwezen, werd niet gesteld aan deze patiënten.

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

*Huisartsen:*
Zoals in de voorgaande vragen reeds aangehaald werd, vinden de huisartsen het geven van voldoende relevante informatie zeer belangrijk ter motivatie van de patiënt maar ook om de tevredenheid te verhogen. “Met het geven van relevante informatie kun je de patiënt overtuigen van de noodzaak van het doorverwijzen.” “Als je ook uitlegt waarom een doorverwijzing nodig is en wat

er zoal staat te gebeuren van onderzoeken, zijn patiënten op een zin wat gerustgesteld en gemotiveerd om effectief naar het ziekenhuis te gaan." "Je merkt dat de patiënten het appreciëren als je de moeite doet om iets uit te leggen."

*Spoedartsen:*

Met voldoende uitleg te geven, kun je volgens de spoedartsen de patiënten geruststellen, overtuigen van de nood aan verder onderzoek of bepaald beleid en op de manier de samenwerking en tevredenheid verbeteren. "Patiënten zijn rustiger als je op tijd en stond uitleg komt geven van gebeurde onderzoeken en onderzoeken die nog moeten komen. Ze zijn hierdoor ook flexibel en eerder geneigd om mee te werken. Ik merk dat ze me hierdoor ook dankbaar zijn."

*Patiënten:*

De patiënten vonden dat ze voldoende informatie kregen over het waarom van de doorverwijzing en wat er hen te wachten stond in het ziekenhuis. "Meer uitleg hoefde ik niet te krijgen, ik was zelf vragende partij om doorgestuurd te worden."

Een andere patiënt kreeg volgens hem niet voldoende uitleg, de oorzaak van zijn medische toestand was hem ook niet duidelijk. "Mijn huisarts drukte enkel op de dringendheid van het verwijzen, maar ik was wel blij dat hij het heft in handen genomen heeft."

Enkele patiënten vonden dat ze niet genoeg uitleg hebben gekregen op de spoedafdeling. "Ik lag daar maar te wachten, ik moest expliciet vragen voor een woordje uitleg." "Ik had graag wat meer informatie gekregen over de geplande onderzoeken."

Andere patiënten waren wel tevreden over de informatie die ze kregen betreft het beleid. "Als alles achter de rug was, kreeg ik duidelijke uitleg waarom ik deze medicatie nodig had."

**Topic 5: verwachtingen patiënt**

**Polst de arts naar de verwachtingen en wensen van de patiënt omtrent de verwijzing?**

*Huisartsen:*

De huisartsen verklaren dat ze te weinig naar de verwachtingen van de patiënt vragen omwille van tijdsgebrek, maar erkennen wel dat dit van belang kan zijn voor het verloop van de doorverwijzing of ter motivatie van de patiënt. "Meestal denk ik hier niet aan in de drukte van het consult." "Ik vraag daar te weinig naar, maar eigenlijk is het wel belangrijk te weten. Als de patiënt onrealistische verwachtingen heeft, is dit een goed aangrijpingspunt om daar komaf mee te maken. Misschien verwachten ze dat er een hele resum onderzoeken zal moeten gedaan worden en dat ze heel lang in het ziekenhuis zullen moeten blijven. Als dit niet zo is, kun je hen hiermee extra gaan motiveren om toch doorgestuurd te worden."

Indien toch bevraagd, vermelden huisartsen dit ook in de verwijsbrief. “Om de zorgtransitie vlot te doen verlopen, is het belangrijk dat spoedartsen hier geen tijd mee verliezen.”

*Spoedartsen:*

Bij onduidelijke doorverwijzingen wordt naar de verwachtingen gepolst. “Ik vraag de verwachtingen pas expliciet na indien niet duidelijk is waarom de patiënt op spoedgevallen komt, natuurlijk is dit in acute gevallen bijna nooit het geval.” “Ik vraag dit na in een situatie waarbij de symptomen en klinische bevindingen niet in overeenkomst zijn met de verwijzing. Als een jonge patiënt met banale hoofdpijnklachten een CT-scan vraagt omdat ze vreest voor een hersentumor bijvoorbeeld. Met de simpele vraag wat de patiënt zelf denkt of verwacht, kan je gemakkelijker gericht gaan onderzoeken en geruststellen.”

*Patiënten:*

De verwachtingen van de patiënten werden niet expliciet nagevraagd bij de doorverwijzing, maar volgens hen waren deze duidelijk voor hun huisarts gezien de reeds opgebouwde arts-patiëntrelatie. “Zij heeft hier niet om moeten vragen, ik heb direct gezegd dat ik wou behandeld worden in het ziekenhuis.” “Mijn huisarts kent mij en weet dat ik niet zomaar naar het ziekenhuis wil. Hij wist dan ook dat ik verdere onderzoeken wou tijdens de doorverwijzing.”

Patiënten vinden deze vraag niet echt noodzakelijk in het doorverwijsproces. “Het doet er ook niet toe wat ik verwachtte, uiteindelijk beslissen de artsen wat er verder moest gebeuren.” “Ik zou dit maar een rare vraag vinden.”

Er werd niet bevraagd of er op spoedgevallen naar de verwachtingen werd gepolst.

**Topic 6: bezorgdheden patiënt**

**Vraagt de arts naar bezorgdheden omtrent de verwijzing?**

*Huisartsen:*

De huisartsen vinden het jammer dat ze dit niet vaker bevragen, wegens tijdsgebrek of er gewoon niet aan denken in een acute situatie. Het kan terug belangrijk zijn bij de motivatie van de patiënt. “Als ik moet vragen over wat de patiënt bezorgd is, zou een consult mogelijks te lang duren.” “Het komt niet vaak in mij op om zoiets te vragen wanneer ik reeds beslist heb om iemand acuut door te sturen.” “Als iemand bezorgd is over de zorg van een invalide echtgenoot of huisdier, is dit handig te weten om maatregelen te kunnen nemen om de patiënt toch te kunnen verwijzen.”

*Spoedartsen:*

De spoedartsen blijven hierbij te weinig stilstaan, of hebben hier geen tijd voor. Het wordt soms wel bevraagd in onduidelijke doorverwijzingen. “Bij een acute doorverwijzing moet er al vanalles gebeuren van onderzoeken en dergelijke, echt bezorgdheden gaan bevragen, daar hebben wij

meestal geen tijd voor." "Patiënten kunnen soms zeer moeilijk hun bezorgdheden uitdrukken. In bepaalde situaties zijn deze wel duidelijk, maar worden ze dan nog niet echt bevraagd; zoals de vrees van een hartinfarct bij retrosternale pijn." "Het kan soms wel nuttig zijn te bevragen in bepaalde situaties, om terug te komen bij de patiënt met hoofdpijn die vreest voor een hersentumor."

*Patiënten:*

Bij enkele patiënten werden de bezorgheden niet bevraagd door de huisarts. "Ik heb zelf gezegd dat ik bang was voor een operatie."

Bij andere patiënten werd er wel naar de bezorgheden gevraagd. "Ik had vroeger al eens een hartinfarct meegemaakt, de huisarts wist dat ik bang was van de coronarografie die men hierbij doet."

Geen van alle patiënten waren meer of minder tevreden omdat de bezorgdheden al dan niet bevraagd werden. "Uiteindelijk maakt dit niet veel uit, de huisarts kon mij op dat moment toch niet geruststellen." "Je kunt de doorverwijzing maar ondergaan en stap per stap bekijken."

Of de spoedarts naar de bezorgdheden polste, werd niet bevraagd.

**Topic 7: duidelijkheid**

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

*Huisartsen:*

Vragen of alles duidelijk is, wordt als één van de belangrijkste punten van een goede communicatie benoemd; om de patiënt verder te kunnen motiveren en zo de compliance te verhogen. "Ik vraag altijd of alles duidelijk is, zo kun te weten komen waarom een patiënt bijvoorbeeld weigerachtig staat ten opzichte van de doorverwijzing en kun je hierop inspelen." "Uit gebrek aan kennis kun je soms niet alles even goed uitleggen waardoor de patiënt toch nog met vragen blijft zitten, ik merk dat het dan moeilijk wordt om patiënten te motiveren." "In een acute setting gaat alles wat vlugger dan anders, het valt dan in te calculeren dat patiënten niet alles verstaan hebben in één keer."

*Spoedartsen:*

De spoedartsen erkennen het belang hiervan om de tevredenheid van de patiënt te verhogen maar vermelden dat dit af en toe wel eens wordt vergeten in de drukte van het moment of tijdens een nachtdienst. "Dit is zo'n bijkomende vraag na het uitleg geven die ik vaak vergeet te stellen in een nachtshift." "Patiënten appreciëren het als je dit vraagt, ze zien zo een gaatje om toch nog de vragen te kunnen stellen waar jij zelf in al de drukte misschien niet bij stilgestaan hebt."

*Patiënten:*

Patiënten antwoorden dat de huisarts hen niet expliciet heeft gevraagd of alles duidelijk was, ze vermelden wel dat ze dit ook niet nodig vonden; alles was immers duidelijk. "Het was een beknopte

maar goede uitleg, meer had ik niet nodig." "Ik heb zelf alles kunnen vragen wat ik wou weten." Bij een andere patiënt werd deze vraag wel gesteld. "Ze vroeg of alles een beetje duidelijk was, ik wist wat ik moest weten."

De patiënten waren allen tevreden, ook al werd de vraag niet gesteld. "Ik zou het wel zelf gezegd hebben of ik nog vragen had." "Ik was tevreden over de goede aanpak en uitleg. Ik vond het niet nodig dat deze vraag nog werd gesteld."

Of de spoedarts deze vraag stelde, werd niet bevraagd.

## Discussie

### *Analyse*

Het doorverwijzen in een acute setting wordt door geen enkele doelgroep als een gezamenlijke beslissing gezien. Als huisartsen een acute zorgtransitie noodzakelijk vinden, zeggen ze dit ook aan de patiënt. Er worden geen andere opties gegeven in dit geval en zeker niet de mogelijkheid aangeboden tot weigeren van de doorverwijzing. Enkel in geval van minder dringende zaken kunnen er verschillende opties geboden worden, zoals de mogelijkheid tot ambulante opvolging, maar dan kan men de indicatie tot noodzaak van acute zorgtransitie in twijfel trekken. Het niet vermelden van verschillende opties is in overeenkomst met de resultaten uit de studie van Elwyn G et al, ook al includeerde deze geen acute situaties. In routine eerstelijnsconsulten bieden de huisartsen de patiënt niet frequent verschillende beleidsopties aan met hun pro's en contra's.[27] Over de context van de doorverwijzing (keuze ziekenhuis, specialist…) wordt meestal wel gezamenlijk beslist.

Veel patiënten vertrouwen op het kunnen van hun huisarts en gaan dan ook akkoord met de acute doorverwijzing. Een reden hiervoor kan zijn dat de patiënten uit deze studie al jaren dezelfde huisarts consulteren en hierdoor vermoedelijk een degelijke arts-patiëntrelatie opgebouwd hebben. Tevens werden de patiënten gerekruteerd uit de opgegeven lijst van enkele huisartsen die recent patiënten acuut verwezen hadden; vermoedelijk selecteerden zij diegenen waarbij de zorgtransitie ook goed verlopen was. Patiënten hebben vaak voldoende inzicht in hun ziektebeeld of zijn zelf vragende partij tot verder onderzoek. Doch beseffen artsen meer dan vroeger dat patiënten niet altijd hun raad opvolgen. Ze benadrukken hierbij de noodzaak tot het aanbieden van voldoende informatie en dan vooral over de mogelijke risico's wanneer een doorverwijzing geweigerd wordt. Op die manier wordt de verantwoordelijkheid deels bij de patiënt gelegd. Tevens is het medico-legale aspect belangrijk bij het weigeren van een doorverwijzing wat zich uit in toch een verwijsbrief meegeven, duidelijk noteren in het EMD dat patiënt weigert doorverwezen te worden, de patiënt een formulier laten ondertekenen...

Eenmaal op de spoedgevallendienst worden de voorgestelde onderzoeken en beleid vrij gemakkelijk aanvaard door de patiënt; meestal weet de patiënt al aan wat hij zich moet verwachten. Indien er verschillende gelijkwaardige beleidsopties zijn, kan in overleg beslist worden welke keuze te maken. In andere gevallen wordt enkel op vraag van de patiënt andere opties gegeven. Het belang van voldoende informatie te geven wordt hier erg benadrukt omdat de spoedartsen goed beseffen dat de patiënt, indien wilsbekwaam, een keuzevrijheid heeft. Enkel met relevante informatie kan de patiënt een goede keuze maken. Hierbij aansluitend kan in precaire situaties overlegd worden met de patiënt welke onderzoeken of beleidsopties nog zinvol worden geacht.

Een overheersend thema tijdens de interviews van de artsen was het belang van de patiënt voldoende informatie aan te bieden. Zowel huisartsen als spoedartsen haalden dit herhaaldelijk aan in hun antwoorden. Men kan dit als belangrijkste uiting stellen van hoe deze artsen praktisch een patiënt-gecentraliseerde aanpak proberen toe te passen tijdens een acute doorverwijzing. Zoals in de literatuur beschreven, zou het informeren van de patiënt in een eerstelijnsconsult de compliance verhogen, de arts-patiëntrelatie verbeteren en de tevredenheid van de patiënt verhogen.[7-8] Verschillende onderzoekers benadrukken het belang van 'shared decision making' en concluderen dat patiënten, die meer betrokken worden in het beslissingsproces, betere gezondheidsuitkomsten kennen. In dit opzicht verhogen het meedelen van medische gegevens en de bespreking van behandelingseffecten het begrip en de tevredenheid van de patiënt.[32] In dringende, mogelijks levensbedreigende situaties benadrukken de geïnterviewde huisartsen het voordeel van voldoende uitleg betreffende de aandoening en de reden van acute doorverwijzing; de patiënt kunnen overtuigen van de nodige zorgtransitie. Spoedartsen gebruiken het informeren vooral om de patiënt gerust te stellen, een goede samenwerking te bekomen en zo hopelijk de tevredenheid te verhogen. Een bijkomende aanzet is om zich medico-legaal in te dekken. De acuut doorverwezen patiënten ervaren dit ook zo. Ze zijn tevreden over de verkregen informatie en vinden dat dit zelfs niet té uitgebreid hoeft te zijn bij een acute zorgtransitie; ze hebben inzicht in hun eigen medische toestand en/of voldoende vertrouwen in hun huisarts om de beslissing tot doorverwijzen aan deze laatste over te laten.

Op het einde van het consult vragen of alles duidelijk is, hoort als afsluiter om na te gaan of de patiënt alle gegeven informatie ook voldoende begrijpt. Volgens de huisartsen een belangrijk punt om bij stil te staan in een acute setting waar alles nogal snel kan verlopen en de patiënt hierdoor weinig ruimte krijgt om even te bekomen. Tevens kan dit als extra aangrijpingspunt dienen om de patiënt te motiveren voor de acute zorgtransitie. In routine eerstelijnsconsulten zou dit nog te weinig worden nagevraagd.[27] Spoedartsen stellen deze vraag minder vaak; in de drukte van de spoeddienst of tijdens een nachtshift wordt dit wel eens over het hoofd gezien. Voor de doorverwezen patiënten was alles over het algemeen duidelijk; de vraagstelling was volgens hen minder essentieel.

Verwachtingen en bezorgdheden van de patiënten worden weinig nagevraagd door de huisartsen bij een acute zorgtransitie, dit vooral uit tijdsgebrek of er gewoon niet aan denken. Toch beamen ze dat dit belangrijk kan zijn om de patiënt extra te motiveren om akkoord te gaan met de doorverwijzing. Ook in routine eerstelijnsconsulten worden verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt eerder weinig nagevraagd.[27] Spoedartsen bevragen deze items enkel in onduidelijke situaties om op die manier gerichter te werk te kunnen gaan. Volgens de ervaring van de patiënten zijn hun

verwachtingen en bezorgdheden grotendeels duidelijk voor de huisarts gezien hun reeds opgebouwde arts-patiëntrelatie; een expliciete bevraging wordt niet nodig geacht.

### *Acute zorgtransities versus chronische zorgtransities*

Bij vergelijking met de deelstudie over 'shared decision making' bij chronische zorgtransities worden vooral gelijkenissen opgemerkt. Zowel in acute als chronische 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 van de patiënt verhogen alsook medico-legaal in orde zijn. In de analyse wordt gezien dat een paternalistische aanpak van de huisarts grotendeels aanwezig blijft in een acute setting. Het betreft hier een ernstige, mogelijks levensbedreigende pathologie die vlug aangepakt moet worden; dit is de voornaamste reden waarom de huisarts geen andere opties voorstelt. Bij een chronische zorgtransitie 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 hij zichzelf gaat opdringen als belangrijkste participant van de besliskunde; met andere woorden gaat de patiënt een doorverwijzing eisen. In die zin zijn de huisartsen of specialisten genoodzaakt om meer aan 'shared decision making' te doen. Alle artsen erkennen het belang van de bevraging van de verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt omtrent de zorgtransitie, maar geven toe dat dit vaak wordt vergeten. Er wordt opgemerkt dat er terug meer aandacht wordt besteed aan dit aspect van 'shared decision making' in chronische setting dan in acute setting. Dit wordt 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 'shared decision making' meer wordt toegepast bij chronische zorgtransities dan bij acute.

### *Sterktes en zwaktes van de analyse*

Deze kwalitatieve analyse is de eerste die de plaats van 'shared decision making' onderzoekt bij acute zorgtransities. De steekproef werd zo gevarieerd mogelijk opgesteld; kandidaten van beide geslachten, variabele leeftijden, variabele praktijkervaring en geografische variabiliteit. Doch telt de steekproef maar 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 volledig aan kunnen voldoen. De interviews zijn een eenmalige waarneming geweest, omwille van tijdsgebrek werden verder verklarende interviews niet uitgevoerd na een analysefase. Tevens wordt in kwalitatief onderzoek gebruik gemaakt van diepte-interviews uitgevoerd door een getrainde interviewer. Gezien de korte studieperiode werd onvoldoende tijd besteed aan het aanleren van efficiënte ondervragingstechnieken, hierdoor werd vermoedelijk niet

altijd het maximum aan relevante informatie verkregen uit de interviews. Om deze redenen ontbreken er gegevens over de beleving van ‘shared decision making’ door de patiënt op spoedgevallen.

Een gegeven dat ongetwijfeld de resultaten heeft beïnvloed, is de selectie van patiënten door de huisartsen die hen doorverwezen. Het is waarschijnlijk dat de huisartsen patiënten kozen waarmee ze een goede arts-patiëntrelatie ervaren en/of waarmee de acute zorgtransitie goed verliep. Ook werden alle interviews door mijzelf afgenomen, wat een impact heeft op de vraag aan de patiënten of ze tevreden waren over de manier van doorverwijzen gezien ik in een samenwerkingsverband werk met hun doorverwijzende huisarts. Tenslotte speelt subjectiviteit hier een grote rol; de patiënten beantwoordden vragen vanuit de herinnering van hoe een acute zorgtransitie verliep een tijd geleden. Tevens moeten de artsen zichzelf gaan inschatten tijdens het interview; hoe ze het echt doen tijdens een acute doorverwijzing werd niet vastgelegd.

## Besluit

Een acute zorgtransitie wordt gekenmerkt door het dringende karakter met als doel een snelle aanpak van een urgent probleem. Waarschijnlijk blijft hierdoor een eerder paternalistische aanpak van huisartsen en spoedartsen aanwezig mits het voldoende aanbieden van relevante informatie om de patiënt te overtuigen van de doorverwijzing en het voorgesteld beleid. De artsen houden er wel rekening mee dat patiënten niet altijd op hetzelfde spoor zitten. Het navragen van de verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt kan dan een extra aangrijpingspunt zijn tot overleg en motivatie, en op die manier positief bijdragen tot de compliance en tevredenheid. Patiënten verwachten ook geen gezamenlijke beslissing bij een acute zorgtransitie; ze vertrouwen op hun huisarts om de juiste beslissing te nemen. Het krijgen van net genoeg relevante informatie omtrent de pathologie en de doorverwijzing, is voldoende om de patiënten gemotiveerd te krijgen om de zorgtransitie te maken en tevens de samenwerking te verbeteren.

Het betreft hier een subjectieve studie van klein formaat maar met unieke onderzoeksvragen. De studie zou kunnen opgevolgd worden door een kwantitatief onderzoek waarin de mate van ‘shared decision making’ tijdens een doorverwijzing geëvalueerd wordt, eventueel tijdens videoconsultaties en aan de hand van de opgestelde topiclijsten. Hierbij kan de hypothese dat ‘shared decision making’ beter zou worden toegepast bij chronische zorgtransities dan bij acute zorgtransities beter onderzocht worden. Hierna kan onderzocht worden in hoeverre het toepassen van ‘shared decision making’ wenselijk is tijdens een doorverwijzing (acuut of chronisch) en hoe dit de gezondheidsresultaten van patiënten kan beïnvloeden.

## Referenties


1 Thorsen O, Hartveit M, 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 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.

3 Manca DP, Breault L, Wishart P. A tale of two cultures: specialists and generalists sharing the load. Can Fam Physician. 2011; 57: 576–584.

4 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.

5 Chin JJ. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. Singapore Med J. 2002; 43(3): 152-5.

6 Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

7 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.

8 Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. Med Care Res Rev. 2013; 70(4): 351-379.

9 Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A. Informed consent: legal theory and clinical practice. New York, NY: Oxford University Press; 1987.

10 President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Making health care decisions: a report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship. Washington, DC: US Government Printing Office; 1982.

11 Katz J. The silent world of doctor and patient. New York, NY: Free Press: 1984.

12 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press: 1994.

13 Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York, NY: Oxford University Press; 1996.

14 Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Clinical ethics. New York, NY: McGraw-Hill; 1992.

15 Fletcher JC. The evolution of the ethics of informed consent. Prog Clin Biol Res. 1983; 128: 131-158.

16 Kasper JF, Mulley AG, Wennberg JE. Developing shared decision-making programs to improve the quality of health care. Qual Rev Bull. 1992; 18: 183-190.

17 Braddock CH, Fihn SD, Levinson W, Jonsen AR, Pearlman RA. How doctors and patients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. J Gen Intern Med. 1997(6); 12: 339-345.

18 Schneider CE. The practice of autonomy: patients, doctors, and medical decisions. New York: Oxford University Press, 1998.

19 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: 437-447.

20 Edwards A, Elwyn G, eds. Evidence based patient choice: inevitable or impossible. Oxford: Oxford University Press, 2001.

21 Bekker H, Thornton JG, Airey CM, Connelly JB, Hewison J, Robinson MB, et al. Informed decision making: an annotated bibliography and systematic review. Health Technol Assess 1999; 3(1): 1-156.

22 Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision-making: a review of published surveys. Behav Med 1998; 24: 81-88.

23 Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. Soc Sci Med 1998; 47: 329-339.

24 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on patient outcomes in family practice. Final report. London, Ontario: Centre for Studies in Family Medicine, 1995.

25 Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. J Health Serv Res Policy 1997; 2: 122-121.

26 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.

27 Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. Qual SafHealth Care 2003; 12: 93-99.

28 Braddock CH III, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. JAMA 1999; 282(24): 2313-2320.

29 Dellasega C, Añel-Tiangco RM, Gabbay RA. How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. Diabetes Res Clin Pract 2012; 95(1): 37-41.

30 Sheridan NF, Kenealy TW, Kidd JD, Schmidt-Busby JI, Hand JE, Raphael DL, et al. Patients' engagement in primary care: powerlessness and compounding jeopardy. A qualitative study. Health Expect 2015; 18(1): 32-43.

31 Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. Ann Fam Med 2014; 12(3): 270-275.

32 Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. JABFP 2002; 15: 25-38.

33 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: Plenum Press, 1997: 5-22.

34 O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians. Arch Intern Med 2011; 171(1): 56-65.

35 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.

## Bijlage 1: Protocol masterproef

EERST WERD EEN LITERATUURONDERZOEK VERRICHT OMTRENT COMMUNICATIE BIJ ZORGTRANSITIES, ZO KREEG MEN EEN EERSTE BLIK OP WELKE TOPICS HIERBIJ REEDS IN DE LITERATUUR BELANGRIJK GEACHT WERDEN. ER WERD VOORNAMELIJK OOK ROND SHARED-DECISION MAKING GEZOCHT, OM EEN OVERZICHT TE KRIJGEN OVER DE VERSCHILLENDE ITEMS DIE BELANGRIJK ZIJN IN DE PATIËNT-ARTS RELATIE. MET DE INFORMATIE UIT DRIE ARTIKELS WERDEN TOPICLIJSTEN OPGESTELD. DEZE ARTIKELS ZIJN:

1. ELWYN G, EDWARDS A, WENSING M, HOOD K, ATWELL C, GROL R. SHARED DECISION MAKING: DEVELOPING THE OPTION SCALE FOR MEASURING PATIENT INVOLVEMENT. QUAL SAF HEALTH CARE 2003, 12: 93-99.
2. THORSEN O, HARTVEIT M, BAERHEIM A. THE CONSULTANTS' ROLE IN THE REFERRING PROCESS WITH GENERAL PRACTITIONERS: PARTNERS OR ADJUDICATORS? A QUALITATIVE STUDY. BMC FAMILY PRACTICE 2013, 14: 153-157.
3. BECK RS, DAUGHTRIDGE R, SLOANE PD. PHYSICIAN-PATIENT COMMUNICATION IN THE PRIMARY CARE OFFICE: A SYSTEMATIC REVIEW. J AM BOARD FAM PRACT 2002, 15: 25-38.

ER WERDEN DRIE VERSCHILLENDE TOPICLIJSTEN (EEN VOOR DE PATIËNT, EEN VOOR DE HUISARTS EN EEN VOOR DE SPOEDARTS) OPGESTELD DIE ELK UIT TWEE DELEN BESTAAN: EEN DEEL OVER SHARED DECISION MAKING EN EEN DEEL OVER DE COMMUNICATIE TIJDENS DE VERWIJZING ZELF.

OP DE ZIEKENHUISDIENST GERIATRIE EN MOGELIJKS OOK SPOEDGEVALLEN (BEIDE UIT HETZELFDE ZIEKENHUIS) WORDEN EEN VIJFTAL PATIËNTEN GESELECTEERD MET EENDER WELKE ACUTE AANDOENING WAARVOOR EEN ACUTE ZORGTRANSITIE NODIG BLEEK. DEZE KUNNEN GESELECTEERD WORDEN OP BASIS VAN EEN PATHOLOGIE WAARBIJ MEN EEN SHARED-DECISION MAKING ZOU KUNNEN VERWACHTEN. 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 VIJFTAL HUISARTSEN GEÏNTERVIEWD, GESELECTEERD OP HET FREQUENT DOORSTUREN VAN PATIËNTEN NAAR DE VERMELDE ZIEKENHUISDIENSTEN. VIER VAN DE ZES SPOEDARTSEN VANUIT HET EIGEN ZIEKENHUIS WORDEN GEÏNTERVIEWD, GESELECTEERD OP HET FEIT DAT DEZE ENKEL ALS SPOEDARTS WERKEN GEZIEN DE TWEE ANDERE OOK HUISARTS ZIJN. 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.

EEN KWALITATIEVE ANALYSE ZAL GEBEUREN WAARBIJ ALLE DATA VERKREGEN UIT DE INTERVIEWS ANONIEM VERWERKT ZULLEN WORDEN. HET DOEL IS OM DE COMMUNICATIE ROND ZORGTRANSITIE IN DE VORM VAN SHARED-DECISION MAKING TE KUNNEN EXPLOREREN VANUIT DRIE INVALSHOEKEN. DE INTERVIEWS ZULLEN DOORZOCHT WORDEN NAAR THEMA'S DIE DE COMMUNICATIE TUSSEN DE HUISARTS, DE PATIËNT EN DE SPOEDARTS KUNNEN BEÏNVLOEDEN, ZOWEL POSITIEF ALS NEGATIEF.

HET IS DE BEDOELING OM IN DE SCRIPTIE DE THEMA'S TE BESCHRIJVEN DIE EEN NADELIGE OF VOORDELIGE INVLOED KUNNEN HEBBEN OP DE SHARED-DECISION MAKING BIJ EEN ZORGTRANSITIE EN DEZE EVENTUEEL TE VERGELIJKEN MET DE ITEMS DIE REEDS IN DE LITERATUUR BESCHREVEN WERDEN. ER ZAL EEN OVERZICHT GEMAAKT WORDEN VAN WAT DE PATIËNT, DE HUISARTS EN DE SPOEDARTS BELANGRIJK VINDEN BINNEN DE COMMUNICATIE VAN EEN ZORGTRANSITIE.

# Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

*Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)*

**COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK**

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

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

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2014/0376 | 24-apr-14 | Zie "CC" |

**BETREFT**

DEFINITIEF ENIG (centraal) ADVIES voor studie met als titel:
Belang van goede communicatie bij zorgtransities: Een kwalitatieve analyse van acute en chronische transities
- MAnaMA Stephanie Vincke

**Belgisch Registratienummer: B670201420805**

* Adviesaanvraagformulier (versie 1, dd. 31/03/2014) (volledig ontvangen dd. 02/04/2014)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
* Vragenlijsten:
  - Huisartsenvragenlijst
  - Patiëntenvragenlijst
  - Spoedartsenvragenlijst
* Advies lokaal EC Sint-Rembert Algemeen Ziekenhuis (geen opm.) ontv. 24/04/2014

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

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.**
**ER WERD EEN DEFINITIEF ENIG (CENTRAAL) POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 24/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/04/2015, 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 DEFINITIVE SINGLE POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON, 24/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/04/2015, 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).**

**THIS ADVICE APPEARS IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/05/2014**
**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 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<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2014/0376 | 24-apr-14 | Zie "CC" |



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

Het Ethisch Comité UZ Gent heeft rekening gehouden met de adviezen van bovenvermelde lokale ethische commissies.
The Ethics Committee UZGent took into account the advice of the above mentioned non-leading EC's.

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

**CC:** De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
Sint-Rembert Algemeen Ziekenhuis - Ethisch Comité; Sint-Rembertlaan 21 8800 Torhout
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

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 acute zorgtransities; een kwalitatieve analyse.

**Beschrijving en doel van het project**

Via deze studie wil ik, Stephanie Vincke (huisarts-in-opleiding) peilen naar de plaats en beleving van 'shared decision making' bij acute zorgtransities en dit bij alle betrokkenen zijnde huisartsen, spoedartsen en patiënten. Door het afnemen van interviews van patiënten, huisartsen en spoedartsen zal ik trachten te achterhalen in welke mate 'shared decision making' wordt gebruikt tijdens een acute zorgtransitie.

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 een halfuur 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 4: Topiclijst 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?

**Verwijzing**

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

## Bijlage 5: Topiclijst huisarts

**Shared-decision making**

1. Houdt u er rekening mee dat bij een doorverwijzing gezamenlijke beslissingen kunnen genomen worden? 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?

**Verwijzing**

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

## Bijlage 6: Topiclijst spoedarts

**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 spoedarts voldoende informatie over het waarom van een verwijzing en het voorgesteld 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?

**Verwijzing**

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