De ideale verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst: droom of werkelijkheid?

Onderzoek vanuit het standpunt van de spoedarts en kwaliteitsanalyse van de verwijsbrieven.

dr. Grenier Nathalie, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. dr. Ives Hubloue, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Prof. dr. Dirk Devroey, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Praktijkopleider 2014-2015: Prof. dr. Ives Hubloue

Praktijkopleider 2015-2016: dr. Gert Verreet

Inhoudsopgave

Abstract **1**
Titel 1
Auteurs 1
Doel 1
Methode 1
Resultaten 1
Besluit 1
Trefwoorden 1
Lijst van gebruikte afkortingen **2**
Inleiding **3**
1.1. Aanleiding van dit onderzoek 3
1.2. Epidemiologie 3
1.3. Literatuuronderzoek 3
1.3.1. Communicatie tussen huisarts en spoedarts 3
1.3.2. Inhoud van een goede verwijsbrief 4
1.3.3. Opstellen sjabloon 6
1.3.4. Kwaliteitsanalyse van de verwijsbrieven 6
1.4. Doelstelling 6
Methodologie **8**
2.1. Literatuuronderzoek 8
2.2. PDCA cirkel van Deming (38) 8
2.2.1. Plan (plannen) 8
2.2.2. Do (uitvoeren) 8
2.2.3. Check (evalueren) 9
2.2.4. Act (aanpassen) 9
2.3. Datacollectie 9
2.3.1. Beschrijving van de onderzochte populatie 9
2.3.2. Ontwikkeling en opbouw van de online-enquêtes 9
2.3.3. Wijze van verzamelen van de gegevens 10
2.4. Statistische analyse 11
2.4.1. Online-enquête 11
2.4.2. Kwaliteitsanalyse 12
2.5. Opstellen sjabloon 13
2.6. Coördinatie van het onderzoek 13
2.7. Deontologische en ethische aspecten 13
Resultaten **14**
3.1. Voormeting 14
3.1.1. Eerste online-enquête 14
3.1.2. Kwaliteitsanalyse 20

3.2. Sjabloon 22
3.3. Nameting 22
3.3.1. Tweede online-enquête 22
3.3.2. Kwaliteitsanalyse 23
Discussie 28
4.1. Voormeting 28
4.1.1. Eerste online-enquête 28
4.1.2. Kwaliteitsanalyse 30
4.2. Sjabloon 32
4.3. Nameting 32
4.3.1. Tweede online-enquête 32
4.3.2. Kwaliteitsanalyse 33
4.4. Sterktes en zwaktes 34
4.5. Toekomstig onderzoek 34
Besluit 36
Dankwoord 36
Referenties 37
Bijlagen 39
Bijlage 1: Voormeting – online-enquête 39
Bijlage 2: Nameting – online-enquête 40
Bijlage 3: Toestemmingsformulier 41
Bijlage 4: Sjabloon van de *ideale verwijsbrief* 41
Bijlage 5: Vrije opmerkingen en meningen van de spoedartsen betreffende de verwijsbrieven die ze dagelijks op de spoed ontvangen. 42
Bijlage 6: Vrije opmerkingen en meningen van de spoedartsen over de inhoud en opstelling van een goede verwijsbrief. 42
Bijlage 7: Vrije opmerkingen en meningen van de spoedartsen betreffende de ideale verwijsbrief. 42
Bijlage 8: Goedgekeurd protocol 42
Bijlage 9: Gunstig advies Ethisch Comité 46

Abstract

Titel

De ideale verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst: droom of werkelijkheid? Onderzoek vanuit het standpunt van de spoedarts en kwaliteitsanalyse van de verwijsbrieven.

Auteurs

Grenier N[1], Devroey D[2], Hubloue I[3]

Doel

De literatuur toont het belang aan van een goede communicatie tussen huisarts (HA) en spoedarts (SA), en de verwijsbrief tussen beiden is hiervan een cruciaal onderdeel. Dit onderzoek had tot doel na te gaan aan welke *evidence based medicine* (EBM) criteria een verwijsbrief moet voldoen en welke factoren door de spoedartsen (en huisartsen, cfr huisarts in opleiding (HAIO) dr. Haegeman) als noodzakelijk worden beschouwd teneinde een sjabloon voor een *ideale verwijsbrief* te kunnen opstellen, en vervolgens na te gaan of dit een subjectieve en/of objectieve kwaliteitsverbetering kan teweegbrengen. Tot slot werd ook de kwaliteit bepaald van de verwijsbrieven vóór de invoering van het sjabloon.

Methode

In de literatuur werd er gezocht naar de EBM criteria waaraan een verwijsbrief moet voldoen. De SAen van het Universitair Ziekenhuis Brussel (UZB) gaven aan de hand van een online-enquête aan welke factoren zij zeker in een verwijsbrief wilden terugvinden. In combinatie met de resultaten van dr. Haegeman (met betrekking tot de huisartsen uit de wachtkring Schepdaal – Itterbeek – Dilbeek) werd een sjabloon voor de *ideale verwijsbrief* opgesteld, waarna deze opnieuw door de doelgroep (door middel van een tweede online-enquête) beoordeeld werd. Verder werd de kwaliteit van de verwijsbrieven van de HAen voor en na de invoering van het sjabloon geanalyseerd.

Resultaten

Vierentwintig SAen en acht HAen namen deel aan de eerste online-enquête, waarna het sjabloon kon opgesteld worden. Er was een significant verschil (P<0,00001) tussen de gemiddelde algemene subjectieve kwaliteitsscore van de SAen tijdens de voormeting (4,4/10 (N=24)) en de nameting (7,8/10 (N=19)). Er was echter geen significant verschil in de objectieve kwaliteitsscore tussen de voor – en nameting. Dit was wel het geval indien er alleen rekening gehouden werd met de drie ingevulde sjablonen (P<0,0001).

Besluit

De invoering van het sjabloon van de *ideale verwijsbrief* heeft zowel een subjectieve (bij de spoedartsen) als een objectieve kwaliteitsverbetering teweeggebracht.

Trefwoorden

Verwijsbrief, communicatie huisarts-spoedarts, kwaliteitsanalyse

[1] Huisarts in opleiding te Zemst-Laar.

[2] Huisarts te Overijse, professor huisartsgeneeskunde en diensthoofd van de vakgroep huisartsgeneeskunde aan de VUB.

[3] Professor in de urgentiegeneeskunde en diensthoofd urgentiegeneeskunde van het UZ Brussel.

Lijst van gebruikte afkortingen

- ASO = Arts Specialist in Opleiding
- CEBAM = Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine
- DM = Domus Medica
- DNR = Do Not Reanimate
- EBM = Evidence Based Medicine
- EMD = Elektronisch Medisch Dossier
- FOD = Federale Overheidsdienst
- HAIO = Huisarts In Opleiding
- HA = Huisarts
- KWS = Klinisch Werkstation
- Max = Maximum
- Med = Mediaan
- Min = Minimum
- Mod = Modus
- NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap
- NICE = National Institute for Health and Care Excellence
- RIZIV = Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
- SA = Spoedarts
- SAIL = Sheffield Assessment Instrument for Letters
- SD = Standaard Deviatie
- SIGN = Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- Sumehr = Summarized Electronic Health Record
- UZB = Universitair Ziekenhuis Brussel

Inleiding

1.1. Aanleiding van dit onderzoek

Tijdens mijn eerste jaar als huisarts in opleiding (HAIO) heb ik op de spoedgevallendienst van het Universitair Ziekenhuis Brussel (UZB) gewerkt. Hierbij kwam ik regelmatig in contact met patiënten die door een huisarts (HA) werden doorverwezen, alsook met de begeleidende verwijsbrief. Hoewel de huisartsen de tijd hadden genomen om een brief te schrijven, stelde ik meermaals vast dat de meegedeelde informatie niet voldoende was om een adequate zorg te kunnen bieden aan de patiënt. Indien de patiënt of zijn familie de noodzakelijke informatie niet kon aanvullen, werd er contact opgenomen met de verwijzende huisarts (of met de eigen huisarts indien dit zo vermeld werd). Deze communicatie was – voor beide partijen – niet altijd even vanzelfsprekend. Tevens was er een grote diversiteit merkbaar, wat de inhoud en opstelling van de brieven betreft. Daaruit ontstond al snel de interesse voor de *ideale verwijsbrief*. Uit literatuuronderzoek blijkt dat dit thema een *hot topic* is. Er is reeds veel research gedaan omtrent verwijsbrieven (1–9) en dit toont zich ook in het relatief grote aantal masterproeven van HAIO's over dit onderwerp (10–15). Deze inspanningen ten spijt, bleken er genoeg onvolkomenheden om een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren in het UZ Brussel. Door de toenemende bekendheid van het gebruik van de *Summarized Electronic Health Records (*Sumehr)[4] kan de vraag gesteld worden of een verwijsbrief nog steeds nodig is. Zolang men voor elke patiënt nog niet over een volledige en correcte Sumehr beschikt, lijkt een goede verwijsbrief cruciaal. Maar ook daarna blijft dit gelden. Een verwijsbrief is namelijk een belangrijk communicatiemiddel tussen de verwijzende en ontvangende arts. Hiermee wordt niet alleen de overdracht van informatie over de medische voorgeschiedenis en medicatie bedoeld; ook een duidelijke vraagstelling is belangrijk. En ook al bevat een Sumehr deze essentiële informatie als samenvatting van een medisch dossier, toch blijft een goede duiding via een (elektronische) verwijsbrief noodzakelijk (16).

1.2. Epidemiologie

Volgens cijfers van de Federale Overheidsdienst (FOD) brachten 3.195.897 personen in 2012 een bezoek aan de spoedgevallendienst in België, waarvan bijna 12% na verwijzing door de vaste huisarts met een verwijsbrief, en bijna 2% door de wachtarts, eveneens met een verwijsbrief (17).

In de periode tussen 1 september 2013 en 31 augustus 2014 zijn er 70.815 contacten geweest op de spoedgevallendienst van het UZ Brussel. Hiervan werd ongeveer 9% doorverwezen door een huisarts (18).

1.3. Literatuuronderzoek

1.3.1. Communicatie tussen huisarts en spoedarts

Een goede communicatie tussen huisarts en specialist betekent dat er een overdracht is van klinisch relevante informatie en dit in beide richtingen. Dit is essentieel indien men de patiënt een kwalitatieve zorg wil bieden. Een slechte informatieoverdracht kan namelijk leiden tot discontinuïteit van de zorg, uitgestelde diagnoses en het onnodig uitvoeren van testen (8,19–21).

[4] Sumehr is een elektronisch document dat informatie bevat waardoor de arts een snel overzicht krijgt van onder andere de basisgegevens van de patiënt, de voorgeschiedenis en actuele problemen, (chronische) medicatie, risicofactoren, vaccinaties en contactpersonen (16).

Diverse studies tonen echter aan dat de huisartsen en specialisten niet altijd tevreden zijn over hun onderlinge communicatie (2,19,20). Een verbetering van de informatieoverdracht tussen beide partijen vereist een systematische verandering, dit zowel bij de huisarts als bij de ziekenhuizen (4,22). Churchill et al definieerden het verwijsproces in hun review van 2010 als volgt: "*Referral: the processes, tools and techniques by which a patient (and the provision of all or part of their care) is transferred between health professionals and health provider organisations to facilitate access to services and/or advice that the referring source is unable or unwilling to provide*." (4). Het gebruik van een goede verwijsbrief speelt hierin een cruciale rol (1–4,9,21,23–25). Allerhande onderzoeken toonden echter aan dat de verwijsbrieven van de huisartsen niet altijd adequaat en kwalitatief te noemen zijn en bijgevolg vatbaar zijn voor verbetering (1,4,9,21,22,25–31). De kwaliteit van een verwijsbrief zou afnemen indien deze geschreven wordt door een wachtarts in plaats van de eigen huisarts, maar de literatuur is hier niet eenduidig over (2,25,29). Er bestaat tevens een verschil tussen wat enerzijds huisartsen en ontvangers belangrijk vinden in een verwijsbrief en anderzijds wat er effectief in een verwijsbrief vermeld wordt (6). Het gebruik van een vast sjabloon voor een verwijsbrief zou hier positief kunnen toe bijdragen, hoewel de literatuur hier niet altijd even uniform over is (1,3,9,29). Crossley et al gebruikten de volgende stelling om de gouden standaard van de verwijsbrief te beschrijven: "*This letter clearly conveys the information I would like to have about the patient if I were the next doctor to see him/her*." (32). Het is echter wel belangrijk om zowel de huisartsen als de spoedartsen te betrekken bij het opstellen van een standaardbrief (9,13,33,34). Beide partijen hebben volgens bepaalde studies namelijk andere verwachtingen betreffende het verwijs- en feedbackproces en de inhoud van de verwijsbrieven (6,28). Volgens Newton et al is er echter wel een hoge graad van overeenkomst betreffende de voorkeur voor de verwijsbriefinhoud (33). Verder schatten huisartsen en specialisten het belang en de kwaliteit van hun onderlinge communicatie ook anders in (35).

Tot slot is het doorvoeren van een mentaliteitsverandering belangrijk indien men de communicatie tussen beide partijen wil optimaliseren (1,4,22).

1.3.2. Inhoud van een goede verwijsbrief

Er bestaan verschillende richtlijnen omtrent de inhoud en de vorm van een verwijsbrief van de huisarts naar een specialist. Het Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) schreef in 1998 een aanbeveling, in eerste instantie, voor de verwijsbrief van de huisarts. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds essentiële informatie die altijd zou moeten vermeld worden en anderzijds informatie die niet strikt noodzakelijk is indien de brief in urgentie wordt opgesteld. Volgende elementen dienen altijd vermeld te worden: gegevens van de geadresseerde, patiëntgegevens (naam, voornaam, adres, geboortedatum), gegevens van de verwijzer (naam, adres, handtekening), datum van verwijzing, de vaste huisarts (naam, adres, telefoonnummer), klinische informatie (anamnese, fysiek onderzoek en aanvullend onderzoek), reden van de verwijzing, medische voorgeschiedenis, medicatie, risicofactoren en bijkomende relevante informatie. In niet-urgente situaties kan deze informatie nog aangevuld worden met onder andere telefoonnummers, geslacht van de patiënt, rook- en drankgebruik e.d. (21).

Ook het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) maakt een onderscheid tussen een lange en korte verwijsbrief, afhankelijk van de context waarin de verwijzing plaatsvindt. Volgens het NHG kan de verwijsbrief in drie delen opgesplitst worden, waarvan sommige verplicht en andere facultatief zijn (36):

- De envelop: administratieve gegevens
- De kern: beknopte weergave van alle relevante informatie (i.k.v. de verwijzing)

    - Verplicht: klacht en vraagstelling, anamnese, lichamelijk onderzoek, relevante comorbiditeit, ingestelde behandeling en procedurevoorstel.
    - Niet-verplicht: informatie besproken met de patiënt.
- De bijlage: overige medisch-inhoudelijke onderdelen
    - Verplicht: probleemlijst, medicatie, allergie/intolerantie, contra-indicatiecodes (in verband met het medicatiebewakingssysteem), aanvullend onderzoek, zorgverleners bij wie de patiënt ook gekend is en risicovol leefgedrag.
    - Facultatief: familiale en psychosociale anamnese, noodzakelijke voorzieningen tijdens het consult (bijvoorbeeld een tolk), reanimatiebeleid en levenstestament.

Domus Medica (DM) heeft daarentegen slechts één standaard verwijsdocument, en maakt geen onderscheid tussen verplichte en optionele onderdelen. Zij raden aan de volgende elementen op te nemen in de verwijsbrief: datum van verwijzing, naam van de geadresseerde, concrete vraagstelling, gegevens van de patiënt (naam, geslacht, geboortedatum, beroep en adres), voorgeschiedenis, chronische medicatie, huidig ziektebeeld, therapie tot op heden, bijzondere opmerkingen, (differentieel) diagnoses en gegevens van de verwijzer (37).
Hillemans en De Lepeleire maakten in 2007 een overzicht van de richtlijnen met betrekking tot het verwijsproces, met vermelding van de elementen die als belangrijk worden beschouwd (1).

Aangezien wij als HAIO vooral de aanbevelingen van Domus Medica en de standaarden van het Nederlandse Huisartsen Genootschap volgen, zal er voornamelijk met deze kwaliteitsindicatoren rekening gehouden worden (36,37). De bekomen resultaten zullen vergeleken worden met eerder uitgevoerde onderzoeken en zodoende zullen ook deze criteria opgenomen worden in de studie (1,10,13–15,30). Uiteindelijk worden volgende factoren weerhouden:

- Gegevens van de verwijzende huisarts (naam, RIZIV-nummer, contactgegevens)
- Indien de patiënt niet door de eigen huisarts doorverwezen wordt: gegevens van de vaste huisarts (naam, RIZIV-nummer, contactgegevens)
- Gegevens van de patiënt:
    - Basis (naam, geslacht, geboortedatum of leeftijd)
    - Uitgebreid (beroep, adres, telefoonnummer)
- Reden van de verwijzing
- Huidig ziektebeeld:
    - Subjectief = anamnese
    - Objectief = lichamelijk onderzoek
    - Aanvullend onderzoek
    - Therapie in het kader van de huidige aandoening (naam van het geneesmiddel, dosis en frequentie)
- (Differentieel) diagnose
- Specifieke vraagstelling
- Voorgeschiedenis / comorbiditeiten
- Chronische medicatie (naam van het geneesmiddel, dosis en frequentie)
- Aandachtspunten:
    - Allergie
    - Psychosociale factoren, familiale antecedenten, risicovol leefgedrag

- Reanimatiebeleid (Do Not Reanimate (DNR)-code) / orgaandonatie

1.3.3. Opstellen sjabloon

Le Doare et al (2009) en Hartveit et al (2013) concludeerden dat het cruciaal is om bij het opstellen van een sjabloon voor een verwijsbrief tussen huisarts en spoedarts rekening te houden met de visie van beide partijen (9,34). Dit kan door de werkwijze van Hartveit et al te gebruiken, waarbij in een eerste fase factoren werden gekozen die in een goede verwijsbrief van de huisarts naar de psychiater dienen opgenomen te worden, waarna de artsen konden aangeven in welke mate ze elke factor belangrijk vonden. Er kon uit één van de volgende opties gekozen worden: helemaal niet belangrijk / irrelevant, niet belangrijk, neutraal, belangrijk en heel belangrijk / cruciaal. Factoren waarbij 75% of meer van de artsen de mogelijkheid 'belangrijk' of 'heel belangrijk / cruciaal' aanduidde, werden opgenomen in de verwijsbrief (34). Tot slot dient er, volgens de studie van Amant et al, bij beide artsengroepen ook gepeild te worden naar de vorm- en opstellingsvoorkeur van een goede verwijsbrief (15).

1.3.4. Kwaliteitsanalyse van de verwijsbrieven

In het uitgebreide aanbod van analyses van verwijsbrieven komen verschillende methodes aan bod. Zo kan men enerzijds gebruik maken van een standaard checklist, zoals bijvoorbeeld het Sheffield Assessment Instrument for Letters (SAIL) of het evaluatietool uit 2011, opgesteld door François J. (24,32). Anderzijds kan er ook zelf een checklist gemaakt worden aan de hand van de bestaande richtlijnen (2,7,8,11,13–15). Dit geniet de voorkeur aangezien de richtlijnen per land kunnen verschillen. Zoals eerder vermeld zal er in dit onderzoek gekozen worden voor de richtlijnen die wij als HAIO volgen om op *evidence based medicine* (EBM) wijze te werken. Binnen deze methode kan men dan de keuze maken tussen twee scoresystemen: er kan gebruik gemaakt worden van een gradatiesysteem zoals bijvoorbeeld in de studie van Hompes et al uit 2007: 1 = volledig afwezig tot en met 4 = volledig aanwezig (2) of er kan gekozen worden om als volgt te scoren (3,7–10,14): 1 = aanwezig, 0 = afwezig.

1.4. Doelstelling

Het doel van dit praktijkverbeterend project bestond erin een antwoord te formuleren op de volgende onderzoeksvragen:

A. Wat is de *ideale verwijsbrief* van de huisarts naar de spoedgevallendienst volgens de spoedarts van het UZ Brussel?
    a. Welke EBM-factoren moeten zeker in de *ideale verwijsbrief* opgenomen worden?
    b. Wat is de voorkeur qua opmaak en lengte van dergelijke brief?

B. In verband met de huidige verwijsbrieven opgemaakt door de huisartsen uit de wachtkring Dilbeek – Itterbeek – Schepdaal[5]:
    a. Wat is de kwaliteit van de verwijsbrieven?
    b. Is er een verschil tussen de kwaliteit van de verwijsbrieven indien geschreven door de eigen huisarts versus de wachtarts?

C. Wat betreft de *ideale verwijsbrief* (samengesteld op basis van de verwachtingen van de huis- en spoedartsen):
    a. Brengt dit een subjectieve (voor de spoedarts van het UZ Brussel) en/of objectieve kwaliteitsverbetering teweeg?
    b. Wordt het sjabloon (correct) gebruikt door de huisartsen uit de wachtkring Dilbeek – Itterbeek – Schepdaal?
    c. Wanneer wordt het sjabloon gebruikt?

[5] Gedurende de periode van 01/09/2013 tot en met 31/08/2014.

Het gemeenschappelijke doel van dr. Haegeman en dr. Grenier was het opstellen van een sjabloon voor een verwijsbrief waar zowel de zender (de huisarts) als de ontvanger (de spoedarts) achterstaat, id est de *ideale verwijsbrief*. Met deze intentie voegden beide HAIO's hun onderzoeksresultaten samen en werd een consensusbrief gecreëerd.

Methodologie

2.1. Literatuuronderzoek

Het hoofddoel van dit onderzoek bestond erin de verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst te optimaliseren en zo mogelijk tot een *ideale verwijsbrief* te komen. In het kader van dit verbeteringsproject werd er gewerkt met de kwaliteitscirkel 'PDCA' (Plan, Do, Check, Act) van Deming waardoor er een aantal vragen ontstonden (38). Vooreerst moest achterhaald worden hoe een goede verwijsbrief er volgens de literatuur uitziet: welke EBM onderwerpen, welke structuur? Wat is de visie van spoedartsen hierover? In het kader van een kwaliteit verbeterend project was het noodzakelijk te weten welke kwaliteitsscore de huidige brieven hadden: hoe kan de kwaliteit van een verwijsbrief nagegaan worden?

Met deze vragen in het achterhoofd werd er een systematische en grondige literatuurstudie verricht. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de watervalmetafoor, waarbij er stapsgewijs doorheen de literatuur gezocht werd. Vooreerst werden de quaternaire bronnen geraadpleegd, met name de standaarden en richtlijnen betreffende verwijsbrieven. In een tweede fase werden kritische besprekingen van uitgevoerde onderzoeken bestudeerd, vervolgens systematische reviews en meta-analyses en tot slot primaire bronnen.

Eerst werd gezocht naar nationale en internationale richtlijnen en standaarden, zoals opgesteld door DM, NHG, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), SIGN en het National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Verder werd er in de zoektocht naar tertiaire, secundaire en primaire bronnen gebruik gemaakt van het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM), Trip Database en Pubmed.

De volgende zoektermen werden gebruikt:

"Referral and Consultation"[Mesh], "Referral"Primary Health Care"[Mesh], "Physicians, Primary Care"[Mesh], "Physicians, Family"[Mesh], "General Practitioners"[Mesh], "Emergency Service, Hospital"[Mesh], "Emergency Medicine"[Mesh], "Emergency Medical Service Communication Systems"[Mesh], "Quality Control"[Mesh], "Quality Assurance, Health Care"[Mesh], "Quality Improvement"[Mesh], "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh], "Verwijsbrief", "Verwijzing", "Huisarts", "Spoedarts", "Spoedgevallendienst", "Kwaliteit", "Communicatie" et al.

2.2. PDCA cirkel van Deming (38)

2.2.1. Plan (plannen)

De ervaring op de spoedgevallendienst toonde de gevolgen aan van het gebruik van een te beperkte verwijsbrief. Het belangrijkste doel van deze MaNaMa-proef bestond erin de verwijsbrief te optimaliseren. Hiervoor diende het onderzoek in drie fasen opgesplitst te worden. Gedurende de voormeting werd er enerzijds nagegaan wat de kwaliteit van de huidige verwijsbrieven was en anderzijds werd de inhoud en opstelling van een goede EBM verwijsbrief bepaald. Vervolgens werd een sjabloon opgesteld en ingevoerd om dit tot slot in de laatste fase te evalueren.

2.2.2. Do (uitvoeren)

Aan de hand van een grondige literatuurstudie werd de inhoud van een goede verwijsbrief bepaald. De literatuur maakte duidelijk dat huisartsen en spoedartsen andere verwachtingen hebben omtrent de inhoud van een verwijsbrief en dat men met beide partijen dient rekening te houden. Na het opstellen van het sjabloon, werd de implementatie (van 22 juni tot en met 22 oktober 2015) ervan voorbereid en zowel de spoed- als huisartsen werden op de hoogte gebracht. Hierna

werd het sjabloon nauwgezet geanalyseerd. De MaNaMa-proef werd in twee onderzoekspopulaties opgedeeld: dokter Haegeman voerde het onderzoek uit bij de huisartsen (uit de wachtkring Schepdaal – Dilbeek – Itterbeek) en dokter Grenier bij de spoedartsen (uit het UZ Brussel).

2.2.3. Check (evalueren)

Vooreerst werd beide artsengroepen gevraagd hun mening te geven over de huidige verwijsbrieven alsook omtrent de inhoud van de *ideale verwijsbrief*. Op basis van de resultaten bekomen uit de literatuur en de eerste online-enquête werd enerzijds het sjabloon opgesteld (zie 2.5.) en anderzijds de controlesheet voor de eerste kwaliteitsanalyse opgemaakt. Op analoge wijze werd de invoering van het sjabloon op een objectieve en subjectieve manier doorgelicht. Tot slot werden alle resultaten vergeleken met de literatuur.

2.2.4. Act (aanpassen)

Door de resultaten van beide HAIO's samen te leggen kon er beslist worden waar de toekomst van dit onderzoek ligt: *abandoning* (het project stopzetten), *adopting* (het project integreren) of *adjusting* (het project aanpassen).

2.3. Datacollectie

2.3.1. Beschrijving van de onderzochte populatie

Aan de online-enquêtes namen spoedartsen deel die in de periode van de uitvoerende fase van de MaNaMa-proef werkzaam waren in het UZB. Aangezien het UZB een opleidingscentrum is voor spoedartsen, varieert de onderzoekspopulatie tijdens de voor- en nameting (zonder hierbij de inclusie- en exclusiecriteria te schenden).

Voor de kwaliteitsanalyse, werd gebruik gemaakt van de verwijsbrieven opgesteld door de 13 huisartsen (met exclusie van de HAIO's) uit de wachtkring Dilbeek – Itterbeek – Schepdaal. Alleen Nederlandstalige brieven, gericht aan de urgentcare- en traumacarezorgstraat en opgesteld tussen 1 september 2013 en 31 augustus 2014 werden geanalyseerd. Er werd geen onderscheid gemaakt op basis van patiëntkenmerken, waardoor alle – aan de hoger vernoemde voorwaarden voldane – verwijsbrieven werden opgenomen in dit onderzoek. Brieven gericht aan de dienst radiologie werden geëxcludeerd. Tot slot werden de verwijsbrieven gericht aan de zorgstraat 'pediatric care' niet opgenomen in deze studie. Dit betreft alle niet-trauma verwijzingen voor kinderen tot en met 16 jaar. Hierdoor werden ook de pediaters, met spoed als subspecialiteit, niet bevraagd.

2.3.2. Ontwikkeling en opbouw van de online-enquêtes

Beide online-enquêtes werden ontwikkeld aan de hand van de server Limesurvey (http://bisi.vub.ac.be/survey). De link van de enquêtes werd telkens via e-mail naar de onderzoekspopulatie doorgestuurd.

2.3.2.1. Voormeting

Het doel van de eerste online-enquête (zie bijlage 1) was veelvoudig. Het eerste deel was gericht op het bekomen van de professionele kenmerken van de deelnemende spoedartsen. Vervolgens werd hen gevraagd hoe de *ideale verwijsbrief* er moet uitzien, zowel wat de vorm (onder andere lengte en opmaak) als de inhoud betreft. Om de inhoud te bepalen werd aan de spoedartsen een lijst met 20 kwaliteitsindicatoren uit de literatuur voorgelegd (zie 1.3.2.). De spoedartsen (m/v) kregen de mogelijkheid aan te geven in welke mate zij het belangrijk vonden dat een bepaalde indicator in een kwaliteitsvolle verwijsbrief opgenomen werd. Hierbij konden ze, naar analogie met een studie van Hartveit et al (2013), antwoorden aan de hand van een Likertschaal: 1 = helemaal niet belangrijk / irrelevant, 2 = niet belangrijk, 3 = neutraal, 4 = belangrijk en 5 = heel belangrijk / cruciaal (34). Er werd tevens ruimte gelaten om een vrije opmerking te geven. Verder

werd de artsen ook gevraagd hun voorkeur qua vorm en opstelling van de *ideale verwijsbrief* aan te geven, naar analogie met het onderzoek van Amant et al (15).

In het laatste deel van de enquête werd aan de spoedartsen gevraagd om de kwaliteit van de gemiddelde verwijsbrieven die ze ontvangen op de spoedgevallendienst te beoordelen. Dit gebeurde aan de hand van zeven stellingen die konden beantwoord worden met een score tussen nul en 10 met nul als een totaal negatieve evaluatie voor het vooropgestelde aspect, vijf een neutrale en 10 een volledig positieve evaluatie. Deze stellingen waren gebaseerd op de enquête uit de MaNaMa-proef van dr. Amant (15).

2.3.2.2. Nameting

Door middel van de tweede online-enquête (zie bijlage 2) trachtte men na te gaan hoe de spoedartsen (waarvan opnieuw de professionele kenmerken bevraagd werden) de kwaliteit van de nieuw ingevoerde brief hadden ervaren. Dit gebeurde naar analogie met de voormeting: de spoedartsen dienden ditmaal acht stellingen met een score tussen nul en 10 te beantwoorden. Er werd tevens gevraagd of de spoedartsen de nieuwe verwijsbrief een verbetering vonden ten opzichte van de gemiddelde verwijsbrief die ze op spoed ontvangen. Ook hier was er ruimte voor vrije opmerkingen. Op deze wijze kon er nagegaan worden of de invoering van de nieuwe verwijsbrief een subjectieve kwaliteitsverbetering teweeg bracht of niet.

2.3.3. Wijze van verzamelen van de gegevens

2.3.3.1. Voormeting

2.3.3.1.1. Verspreiding van de enquête

Op het moment van de voormeting waren er 25 spoedartsen, acht stafleden en 17 spoedartsen in opleiding, in het UZ Brussel werkzaam. Op woensdag 6 mei 2015 werden de spoedartsen via een presentatie geïnformeerd omtrent de inhoud en de onderzoeksvragen van deze MaNaMa-proef. Verder werd aan de spoedartsen ook gevraagd het toestemmingsformulier (bijlage 3) te lezen en te ondertekenen. Tot slot werd de link via e-mail onder alle spoedartsen verspreid. Om de responsfrequentie te optimaliseren werd er enerzijds op 15 mei 2015 een herinneringsmail gestuurd en anderzijds werden de spoedartsen op regelmatige basis mondeling herinnerd aan de te invullen enquête. De eerste enquête was online beschikbaar van 6 mei 2015 tot en met 14 juni 2015.

2.3.3.1.2. Kwaliteitsanalyse

Aan de hand van de resultaten bekomen uit de enquête werd een controlelijst opgemaakt. Elke factor die door 75% van de spoedartsen en/of huisartsen als belangrijk tot cruciaal werd bevonden, werd opgenomen in het sjabloon en in de controlelijst. Er werd nagegaan welke factoren al dan niet aanwezig waren. Dit werd, naar analogie met de literatuur (zie 1.3.3.), als volgt gecodeerd (3,7,9): aanwezig = 1 en afwezig = 0. De maximale score was 22 of 25 (in functie van de afzender, namelijk de eigen huisarts of de wachtarts), wat herleid werd tot een score op 10. Er werd voor het binaire systeem gekozen omdat de onderzoeker niet naging of de meegedeelde informatie correct en *up to date* was. De leesbaarheid werd initieel door de onderzoeker beoordeeld. Indien men de brief onleesbaar achtte, werd de visie van de promotor gevraagd. De resultaten van dit onderzoek werden vergeleken met de literatuur (1,10,13–15,30). Naar analogie met Michiels et al werd een brief met kwaliteitsscore van vijf of minder op 10 als laag kwalitatief beschouwd, tussen zes en zeven op 10 als matig en vanaf een score van acht op 10 als hoog kwalitatief (13).

De Heer D. Lauwaert (projectleider van de spoedgevallendienst van het UZ Brussel) heeft een databank beschikbaar gesteld van alle patiënten die tussen 1 september 2013 en 31 augustus 2014 met een verwijsbrief naar de

spoedgevallendienst (urgentcare- en traumacarezorgstraat) van het UZ Brussel werden doorverwezen door de huisartsen uit de te onderzoeken wachtkring. Hierin werd ook aangegeven of de patiënt door zijn eigen huisarts dan wel door de wachtarts werd doorverwezen. Aan de hand van de patiëntendossiernummers kon de te analyseren brief in het Klinisch Werkstation (KWS) van het UZ Brussel opgevraagd worden.

2.3.3.2. Nameting

2.3.3.2.1. Verspreiding van de enquête

Op dinsdag 10 november 2015 werd er opnieuw een presentatie gehouden voor de spoedartsen van het UZB. De onderzoekspopulatie werd geïnformeerd over de reeds bekomen resultaten en over het sjabloon van de *ideale verwijsbrief*. Er werd hen gevraagd om opnieuw deel te nemen aan een online-enquête alsook om het toestemmingsformulier te ondertekenen. Vervolgens werd de link naar de online-enquête per e-mail onder de stafleden en ASO's verspreid. Wegens onvoldoende respons werd op 30 november 2015 een herinneringsmail gestuurd. Tenslotte werden de stafleden op 9 december 2015 – via promotor Prof. dr. Hubloue – verzocht hun collega-spoedartsen te motiveren de enquête in te vullen, waarna op 22 december 2015 de tweede enquête werd beëindigd.

2.3.3.2.2. Kwaliteitsanalyse

De tweede kwaliteitsanalyse gebeurde naar analogie met de werkwijze gebruikt tijdens de voormeting. Ook ditmaal werd er een databank beschikbaar gesteld door de Heer D. Lauwaert van alle patiënten die tussen 22 juni en 22 oktober 2015 met een verwijsbrief naar de spoedgevallendienst (urgentcare- en traumacarezorgstraat) van het UZB werden doorverwezen door de huisartsen uit de te onderzoeken wachtkring.

2.4. Statistische analyse

2.4.1. Online-enquête

In de periode van de voormeting hebben 24 van de 25 spoedartsen deelgenomen aan de online-enquête. Tijdens de nameting waren er 23 spoedartsen, waarvan er 19 hebben deelgenomen. Aangezien de anonimiteit van de deelnemers gegarandeerd werd, kon er niet nagegaan worden wie de vragenlijst nog diende in te vullen.

Voor de analyse van de gegevens werd gebruikt gemaakt van Microsoft Office Excel 2013, OpenEpi (www.openepi.com) en VassarStats (www.vassarstats.net).

Door middel van beschrijvende statistiek (absolute aantallen, gemiddelden en percentages) werden de professionele kenmerken van de deelnemende spoedartsen (in de periode van de voor- en nameting) weergegeven (tabel 1 en 6).

Zoals hoger vermeld was het doel van de voormetingsfase driedelig. Vooreerst werd aan de spoedartsen gevraagd welke informatie zij zeker in een verwijsbrief wilden terugvinden. Dit gebeurde door hen een lijst EBM factoren voor te leggen, waarbij de spoedartsen door middel van een Likertschaal hun voorkeur konden aangeven. In de analyses werden de scores één en twee (respectievelijk 'helemaal niet belangrijk / irrelevant' en 'niet belangrijk') gegroepeerd tot 'irrelevant / niet belangrijk' en de scores vier en vijf ('belangrijk' en 'heel belangrijk / cruciaal') tot 'belangrijk / cruciaal'. De score drie bleef gelden als neutraal. In tabel 2 werden deze resultaten door beschrijvende statistiek weergegeven. Op basis van deze resultaten en van de keuze van de huisartsen[6] werd de *ideale verwijsbrief* samengesteld. Indien een factor door 75% of meer huisartsen en/of spoedartsen als belangrijk of cruciaal werd bevonden, werd de factor in de brief opgenomen. Tabel 2 geeft tevens een vergelijking met de resultaten van de huisartsen weer, alsook de voorkeuren betreffende de

[6] Gegevens opgevraagd bij collega dr. Elke Haegeman.

opmaak en het formaat. Door gebruik te maken van de applicatie in VassarStats kon er voor deze 2 X 3 en 2 X 4-tabellen nagegaan worden of er een significant verschil (*a two-tailed* P<0,05 met een betrouwbaarheidsinterval van 95%) was tussen beide artsengroepen. Indien de 2 X 3 en 2 X 4-tabellen niet voldeden aan de Cochran's criteria voor de Pearson Chi-square Test[7], werd gebruik gemaakt van de Freeman-Halton extension of the Fisher exact probability test*(39,40).

In een tweede onderdeel werd de mening van de spoedartsen over de gemiddelde verwijsbrief (die ze dagelijks ontvangen) gevraagd. Aan de hand van een appreciatiescore konden de spoedartsen reageren op zeven voorgelegde stellingen. Tabel 3 biedt hiervan een overzicht, met telkens de gemiddelde score op 10, de standaarddeviatie, de minimale en maximale score. Door de resultaten van de nameting mee te incorporeren, was een vergelijking in appreciatie (tussen de gemiddelde brieven en de *ideale verwijsbrief*) mogelijk. Door middel van een t-test kon de significantie tussen de voor- en nameting nagegaan worden.

2.4.2. Kwaliteitsanalyse

Het laatste doel van de voormeting bestond uit de kwaliteitsanalyse van de verwijsbrieven van de 13 huisartsen uit de hoger beschreven wachtkring. Voor de periode van 1 september 2013 tot en met 31 december 2013 waren er 27 verwijsbrieven die voldeden aan de inclusiecriteria. Tijdens de analyse werden nog eens drie brieven geëxcludeerd (éénmaal ging het om een MUG-formulier, bij de overige twee brieven was de informatie verloren gegaan), waardoor er uiteindelijk 24 brieven werden onderzocht. Hiervan waren 18 brieven door de eigen huisarts en zes brieven door de wachtarts opgemaakt. In de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 augustus 2014 voldeden 70 brieven aan de inclusiecriteria, waarvan vijf brieven na nader onderzoek alsnog niet opgenomen werden (éénmaal een MUG-formulier, éénmaal een spoedverwijzing naar de dienst radiologie en driemaal geen gescande brief beschikbaar). Hierdoor konden in totaal voor de vooropgestelde periode 89 brieven geanalyseerd en gescoord worden, waarvan 74 brieven opgesteld waren door de eigen huisarts en 15 door de wachtarts.

De nieuw ingevoerde verwijsbrief werd gedurende vier maanden (22 juni 2015 tot en met 22 oktober 2015) door de huisartsen van de wachtkring Schepdaal – Itterbeek – Dilbeek gebruikt. In deze periode werden in totaal 66 brieven (met en zonder sjabloon) opgemaakt waarvan er 16 werden geëxcludeerd (onder andere brieven gericht aan de dienst pediatrie, radiologie en consultatie, ook éénmaal een Paramedisch Interventie Team (PIT)-oproep, tweemaal was er geen gescande brief beschikbaar, éénmaal ging het om een Franstalige brief, éénmaal werd alleen een bloedresultaat meegegeven met de patiënt en tenslotte was één brief opgesteld door een HAIO). Vijftig brieven, welke voldeden aan de inclusiecriteria, werden onderzocht. Hiervan werden er 36 opgesteld door de eigen huisarts en 14 door een wachtarts. In totaal werd het sjabloon (opgesteld door beide onderzoekers) driemaal gebruikt.

Voor de kwaliteitsanalyse werd er in Excel 2013 een controlesheet aangemaakt. Elke factor (overeenkomstig de lijst van factoren die in de *ideale verwijsbrief* werden opgenomen[8]) werd binair gecodeerd met één is aanwezig en nul is afwezig. De maximale score voor een brief opgesteld door de vaste huisarts van de patiënt bedroeg 22, die van een wachtarts 25. De opmaak (getypt, handgeschreven of een combinatie) en het formaat (voorschrift(formaat) of A4) werden ook nagegaan doch niet in de totale score opgenomen. Tabellen 4, 7 en 8 geven hiervan een overzicht. Er werd tevens per factor(onderdeel) nagegaan of er een significant verschil bestond tussen een brief opgesteld door de vaste huisarts van

[7] De P-waarde van een Pearson Chi-square test wordt alleen aanvaard indien in een R X C-tabel niet meer dan 20% van de cellen een waarde heeft < 5 en indien geen enkele cel een waarde heeft < 1.
[8] De factor 'datum van verwijzing' werd aan de lijst en brief toegevoegd, aangezien deze factor meermaals vermeld werd in de opmerkingsruimte in de online-enquête.

de patiënt, dan wel door de wachtarts. Voor de 2 X 2-tabellen werd waar nodig de Pearson Chi-Square[£] Test of de Fisher's Exact Test[$9] gebruikt en voor de 2 X 3-tabellen de Freeman-Halton extension of the Fisher exact probability test[*]. Na de uitvoering van de analyse werd een gemiddelde totaalscore op 10 berekend (tabel 5), waarna met tweezijdige T-toets[°] een vergelijking kon gemaakt worden tussen de eigen huisarts en de wachtarts. Verder werden ook de voormeting en de nameting met elkaar vergeleken, dit zowel voor elke factor als voor de totaalscore (tabel 7 en 8). Tevens werd nagegaan, eveneens aan de hand van een tweezijdige T-toets, of er een verschil was tussen de score van het sjabloon en de score van de eigen brieven. Tot slot werd de kwaliteitsscore als volgt geïnterpreteerd: lage kwaliteit (score ≤ 5), matige kwaliteit (5 < score < 8) en hoge kwaliteit (score ≥ 8). Een mogelijk significant verschil werd voor deze 2 X 3-tabel nagegaan aan de hand van de Freeman-Halton extension of the Fisher exact probability test[*].

2.5. Opstellen sjabloon

Het hoofddoel van beide onderzoekers is, zoals hoger vermeld, het opstellen van een sjabloon voor de *ideale verwijsbrief* van de huisarts naar de spoedgevallendienst, waarbij zowel met de visie van de huisarts als met deze van de spoedarts rekening wordt gehouden. De inhoud van het sjabloon wordt op dezelfde wijze als de inhoud van de controlelijst bepaald (zie 2.3.3.1.2.). De *lay-out* wordt opgesteld aan de hand van de voorkeur van beide artsengroepen (zie 2.3.2.1).

2.6. Coördinatie van het onderzoek

Het volledige onderzoek werd gecoördineerd door Prof. dr. Ives Hubloue en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit Brussel onder leiding van Prof. dr. Dirk Devroey.

2.7. Deontologische en ethische aspecten

Dit onderzoeksprotocol werd voorgelegd aan de ethische commissie van het UZ Brussel. Vooraf werd reeds het advies van de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel ingewonnen in verband met een informed consent voor de patiënten. Aangezien er alleen onderzoek gedaan wordt naar de inhoud van de verwijsbrieven en het medisch dossier van de patiënt op geen enkel moment geraadpleegd wordt, diende men geen toestemming te vragen aan de betreffende patiënten. Dit gold echter niet voor de verwijzende huisartsen. Daar er op basis van het RIZIV-nummer van de huisarts beslist werd of de verwijsbrief tot de geïncludeerde wachtkring behoorde, diende er wel degelijk een schriftelijke toestemming gevraagd te worden aan de deelnemende huisartsen (dit werd gedaan door dr. Haegeman). Tot slot werd er ook aan de spoedartsen gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen.

[9] Fisher's Exact Test voor een 2 X 2-tabel waarbij er waarden < 5 zijn.

Resultaten

3.1. Voormeting

Van de 25 spoedartsen in het UZ Brussel, hadden er 24 de online-enquête volledig ingevuld wat overeenkwam met een responsgraad van 96%. Rekening houdend met de inclusie- en exclusiecriteria (zie 2.3.1.), konden er voor de periode van 1 september 2013 tot en met 31 augustus 2014 in totaal 89 brieven geanalyseerd en gescoord worden. Hiervan waren 74 brieven opgesteld door de eigen huisarts en 15 door de wachtarts.

3.1.1. Eerste online-enquête

3.1.1.1. Professionele kenmerken van de spoedartsen

Tabel 1 geeft een samenvatting weer van de professionele kenmerken van alle spoedartsen, tewerkgesteld in het UZ Brussel, welke deelnamen aan de voormeting van dit onderzoek (N=24). De meerderheid is vrouwelijk (58%) en de gemiddelde leeftijd is 33 jaar (SD: 8,5 – min: 26j – max: 56j). De groep van de stafleden (N=8) bestaat voornamelijk uit mannen (75%) en de gemiddelde leeftijd is 43j (SD: 7,9 – min: 33j – max: 56j). Gemiddeld heeft een staflid 6,3 jaren (SD: 5,5 – min: 1j – max: 17j) ervaring als afgestudeerd spoedarts. De arts-specialisten in opleiding vertegenwoordigen het grootste deel van de spoedartsen in het UZ Brussel (N=16). In deze groep is de meerderheid vrouwelijk (75%) en de gemiddelde leeftijd is 29 jaar (SD: 3,7 – min: 26j – max: 38j). Het gemiddelde opleidingsjaar is 2,5 jaar (SD: 1,6 – min: 1j – max: 6j).

Tabel 1 Professionele kenmerken van de spoedartsen die deelnamen aan de voormeting (N = 24).

		N	%
Geslacht			
	Vrouw	14	58
	Man	10	42
Leeftijd, j			
	Gemiddeld	33,3	
	20 – 29	12	50
	30 – 39	8	33
	40 – 49	3	13
	50 – 59	1	4
Staflid			
	Totaal	8	33
	Gemiddelde leeftijd, j	42,5	
	Gemiddeld aantal jaren SA, j	6,3	
	Vrouw	2	25
	Man	6	75
ASO			
	Totaal	16	67
	Gemiddelde leeftijd, j	28,8	
	Opleidingsjaar, j	2,4	

	Vrouw	12	75
	Man	4	25

Definitie van afkortingen: ASO = arts-specialist in opleiding; SA = spoedarts; j = jaren/jaar.

3.1.1.2. Gekozen factoren en opmaakvoorkeur

In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de topics welke in een EBM verwijsbrief zouden moeten opgenomen worden. Tevens worden de voorkeuren van zowel de spoedartsen als de huisartsen weergegeven. In bijlage 6 werden de opmerkingen van de spoedartsen gebundeld.

Tabel 2 Overzicht van de ideale factoren en opmaak voor een verwijsbrief gekozen door de spoedartsen (N = 24) en huisartsen (N =8).

	Spoedartsen		Huisartsen		*P-waarde
	N	%	N	%	
Factor 1: Gegevens van de verwijzende huisarts.					
					1,0
Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0	
Neutraal	1	4	0	0	
Belangrijk / Cruciaal	23	96	8	100	
Factor 2: Gegevens van de eigen huisarts (indien anders dan de verwijzende huisarts).					
					0,55
Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0	
Neutraal	3	12,5	0	0	
Belangrijk / Cruciaal	21	87,5	8	100	
Factor 3: Gegevens van de patiënt: basis.					
					1,0
Irrelevant / Niet belangrijk	1	4	0	0	
Neutraal	1	4	0	0	
Belangrijk / Cruciaal	22	92	8	100	
Factor 4: Gegevens van de patiënt: uitgebreid.					
					0,51
Irrelevant / Niet belangrijk	8	33	1	12,5	
Neutraal	10	42	5	62,5	
Belangrijk / Cruciaal	6	25	2	25	
Factor 5: Reden van de verwijzing.					
					1,0
Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0	
Neutraal	0	0	0	0	
Belangrijk / Cruciaal	24	100	8	100	

Factor 6: Huidig ziektebeeld: anamnese.

0,57

Irrelevant / Niet belangrijk	2	8	0	0
Neutraal	4	17	0	0
Belangrijk / Cruciaal	18	75	8	100

Factor 7: Huidig ziektebeeld: lichamelijk onderzoek.

0,47

Irrelevant / Niet belangrijk	1	4	0	0
Neutraal	6	25	0	0
Belangrijk / Cruciaal	17	71	8	100

Factor 8: Huidig ziektebeeld: aanvullend onderzoek.

0,2

Irrelevant / Niet belangrijk	2	8	0	0
Neutraal	1	4	2	25
Belangrijk / Cruciaal	21	88	6	75

Factor 9: Therapie opgestart bij huidige aandoening: naam van het geneesmiddel.

0,44

Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0
Neutraal	1	4	1	12,5
Belangrijk / Cruciaal	23	96	7	87,5

Factor 10: Therapie opgestart bij huidige aandoening: dosis van het geneesmiddel.

0,056

Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0
Neutraal	0	0	2	25
Belangrijk / Cruciaal	24	100	6	75

Factor 11: Therapie opgestart bij huidige aandoening: frequentie van het geneesmiddel.

0,056

Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0
Neutraal	0	0	2	25
Belangrijk / Cruciaal	24	100	6	75

Factor 12: (Differentieel) diagnose(s).

0,47

Irrelevant / Niet belangrijk	5	21	0	0
Neutraal	11	46	5	62,5
Belangrijk / Cruciaal	8	33	3	37,5

Factor 13: Specifieke vraagstelling.

0,039

Irrelevant / Niet belangrijk	1	4	0	0
Neutraal	1	4	3	37,5
Belangrijk / Cruciaal	22	92	5	62,5

Factor 14: Voorgeschiedenis / comorbiditeiten.

0,15

Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0
Neutraal	1	4	2	25
Belangrijk / Cruciaal	23	96	6	75

Factor 15: Chronische therapie: naam van het geneesmiddel.

1,0

Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0
Neutraal	0	0	0	0
Belangrijk / Cruciaal	24	100	8	100

Factor 16: Chronische therapie: dosis van het geneesmiddel.

0,44

Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0
Neutraal	1	4	1	12,5
Belangrijk / Cruciaal	23	96	7	87,5

Factor 17: Chronische therapie: frequentie van het geneesmiddel.

0,44

Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0
Neutraal	1	4	1	12,5
Belangrijk / Cruciaal	23	96	7	87,5

Factor 18: Aandachtspunten: allergie.

1,0

Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	0	0
Neutraal	0	0	0	0
Belangrijk / Cruciaal	24	100	8	100

Factor 19: Aandachtspunten: psychosociale factoren, familiale antecedenten, risicovol leefgedrag.

0,12

Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	1	12,5
Neutraal	8	33	4	50
Belangrijk / Cruciaal	16	67	3	37,5

Factor 20: Reanimatiebeleid / orgaandonatie.					
					0,01
Irrelevant / Niet belangrijk	0	0	2	25	
Neutraal	4	17	3	37,5	
Belangrijk / Cruciaal	20	83	3	37,5	
Voorkeur qua opmaak van de verwijsbrief.					
					1,0
Geschreven	0	0	0	0	
Getypt	17	71	5	62,5	
Gecombineerd	2	8	1	12,5	
Geen voorkeur / andere	5	21	2	25	
Voorkeur qua lengte van de verwijsbrief.					
					1,0
Voorschrift	0	0	0	0	
A5	2	8	0	0	
A4	16	67	6	75	
Geen voorkeur / andere	6	25	2	25	
Voorkeur qua volgorde van de factoren.					
					1,0
Ideaal	8	33	3	37,5	
Bijna ideaal	16	67	5	62,5	
Niet ideaal	0	0	0	0	

Definitie van afkortingen: *Freeman-Halton extension of the Fisher exact probability test voor 2 X 3 en 2 X 4 tabellen.

3.1.1.3. Meningen

Er werd aan de spoedartsen in het laatste deel van de online-enquête gevraagd hun mening te geven over de gemiddelde verwijsbrief die ze dagelijks op de spoedgevallendienst krijgen. In de nameting werden deze scores vergeleken met scores betreffende de *ideale verwijsbrief* (zie 3.3.1.2. en tabel 3). De vrije meningen werden gebundeld in bijlage 5.

Tabel 3 Vergelijkende tabel van de meningen van de spoedartsen voor (N = 24) en na (N = 19) de invoering van de *ideale verwijsbrief*.

		Voor	**Na**	**P-waarde**
		N = 24	N = 19	
Mening 1: betreffende de beknoptheid				
				0,0046°
	Gemiddelde score op 10 (SD)	4,8 (2,2)	6,4 (0,3)	
	Min op 10	2	5	
	Max op 10	9	9	

Mening 2: betreffende de leesbaarheid			
			0,000102°
	Gemiddelde score op 10 (SD)	3,0 (1,7)	5,4 (0,5)
	Min op 10	1	2
	Max op 10	8	10
Mening 3: betreffende de logische opbouw			
			0,000018-
	Gemiddelde score op 10 (SD)	5,4 (2,0)	8,1 (0,4)
	Min op 10	1	3
	Max op 10	9	10
Mening 4: betreffende de collegialiteit			
			0,027-
	Gemiddelde score op 10 (SD)	6,5 (1,9)	7,7 (0,4)
	Min op 10	1	5
	Max op 10	10	10
Mening 5: betreffende de functionaliteit om de patiënt te kunnen verder helpen			
			<0,00001-
	Gemiddelde score op 10 (SD)	4,8 (2,0)	7,8 (0,4)
	Min op 10	2	3
	Max op 10	9	10
Mening 6: ten opzichte van het ideale verwijsdocument (volgens de spoedarts)			
			<0,00001-
	Gemiddelde score op 10 (SD)	3,9 (2,1)	7,9 (0,4)
	Min op 10	2	4
	Max op 10	8	10
Mening 7: algemene score			
			<0,00001°
	Gemiddelde score op 10 (SD)	4,4 (2,1)	7,8 (0,3)
	Min op 10	1	4
	Max op 10	8	9
Mening 8: ten opzichte van verwijsdocumenten van andere huisartsen			
	Gemiddelde score op 10 (SD)	N.v.t.	8,3 (0,3)
	Min op 10	N.v.t.	5
	Max op 10	N.v.t.	10

Vindt u dit nieuwe verwijsdocument een verbetering t.o.v. de gemiddelde verwijsbrief die u ontvangt op de spoedgevallendienst?			
	Ja, absoluut een verbetering (%).	N.v.t.	12 (63)
	Ja, maar er zijn nog aanpassingen nodig (%).	N.v.t.	6 (32)
	Ik heb geen voorkeur (%).	N.v.t.	1 (5)
	Neen (%).	N.v.t.	0 (0)

Definitie van afkortingen: SD = standaard deviatie; Min = minimumscore; Max = maximumscore; N.v.t. = niet van toepassing; t.o.v. = ten opzichte van; P° = T-toets met ongelijke variantie; P⁻ = T-toets met gelijke variantie.

3.1.2. Kwaliteitsanalyse

Er werd een gedetailleerde analysesheet in Excel gemaakt, waarbij voor elke brief 22 of 25 (respectievelijk voor een brief geschreven door de eigen huisarts of de wachtarts) elementen werden gescoord met één of nul. Zoals reeds hoger vermeld, werd alleen rekening gehouden met de factoren die door de spoed- en huisartsen werden gekozen.

3.1.2.1. Kwaliteitsanalyse

Tabel 4 geeft een samenvatting van de kwaliteitsanalyse met betrekking tot de voormeting en hierin werd tevens een vergelijking gemaakt tussen verwijsbrieven geschreven door de eigen huisarts en de wachtarts.

Tabel 4 Voormeting – kwaliteitsanalyse van de verwijsbrieven en een vergelijking tussen de eigen huisarts en de wachtarts.

	Totaal		**Eigen HA**		**Wacht HA**		**P-waarde**
	N	%	N	%	N	%	
Totaal	89	100	74	83	15	17	
Wacht HA							
Naam	15	100	-	-	15	100	
Contact	14	93	-	-	14	93	
RIZIV	15	100	-	-	15	100	
Eigen HA							
Naam	83	93	74	100	9	60	<0,0001$
Contact	78	88	73	99	5	33	<0,0001$
RIZIV	73	82	72	97	1	6,7	<0,0001$
Patiënt							
Naam	89	100	74	100	15	100	1,0$
Leeftijd / geboortedatum	45	51	36	49	9	60	0,42£
Geslacht	53	60	44	59	9	60	0,97£
Reden	88	99	73	99	15	100	1,0$
Anamnese	79	89	65	88	14	93	1,0$
Lichamelijk onderzoek	57	64	46	62	11	73	0,56$
Aanvullend onderzoek	21	24	19	26	2	13	0,51$
Opgestarte therapie							
Naam	29	33	23	31	6	40	0,502£
Dosis	13	15	11	15	2	13	1,0$
Frequentie	15	17	10	14	5	33	1,0$

Antecedenten		56	63	45	61	11	73	0,56$
Chronische therapie								
	Naam	46	52	34	46	12	80	0,022$
	Dosis	40	45	28	38	12	80	0,0038$
	Frequentie	26	29	19	26	7	47	0,103£
Allergie / intolerantie		7	7,9	5	7	2	13	1,0$
Vraagstelling		86	97	72	97	14	93	1,0$
DNR / donatie		2	2,2	2	2,7	0	0	1,0$
Leesbaarheid		89	100	74	100	15	100	1,0$
Datum		86	97	73	99	13	87	0,072$
Opmaak								0,64*
	Getypt	11	12	10	14	1	6,7	
	Geschreven	72	81	58	78	14	93	
	Combinatie	6	6,7	6	8,1	0	0	
Formaat								0,36*
	Voorschrift	43	48	33	45	10	67	
	Voorschrift-formaat	34	38	30	41	4	27	
	A4	12	13	11	15	1	6,7	

Definitie van afkortingen: HA = huisarts; $Fisher's Exact Test voor 2 X 2 tabellen; £Pearson Chi-Square Test; *Freeman-Halton extension of the Fisher exact probability test voor 3 X 2 tabellen.

3.1.2.2. Kwaliteitsscore

Een laatste analyse bestond erin om de verwijsbrieven een globale score te geven en een vergelijking te maken tussen de eigen huisartsen en de wachtartsen. In tabel 5 staan deze scores weergegeven.

Tabel 5 Voormeting – kwaliteitsscore van de verwijsbrieven en vergelijking tussen de eigen huisarts en de wachtarts.

	Eigen HA		Wacht HA		P-waarde
Totaal aantal HA	74		15		
Gemiddelde score op 10 (SD)	6,0 (1,1)		6,2 (1,4)		0,46°
Mediaan op 10	5,9		6,0		
Modus op 10	5,9		4,4		
Minimum op 10	3,6		4,4		
Maximum op 10	8,2		8,8		
Interpretatie	N	%	N	%	0,45*
Lage kwaliteit (score ≤ 5)	19	26	3	20	
Matige kwaliteit (5 > score < 8)	51	69	10	67	
Hoge kwaliteit (score ≥8)	4	5	2	13	

Definitie van afkortingen: HA = huisarts ; SD = standaarddeviatie; °T-toets met gelijke variantie; *Freeman-Halton extension of the Fisher exact probability test voor 2 X 3 tabellen.

3.2. Sjabloon

Het sjabloon (zie bijlage 4) werd – zoals hoger reeds vermeld – opgesteld aan de hand van de keuze die de spoed- en huisartsen hebben gemaakt uit de lijst van de EBM-kwaliteitsindicatoren. De bespreking van het sjabloon voor de *ideale verwijsbrief* gebeurde in het hoofdstuk 'discussie' (4.3.).

3.3. Nameting

Van de 23 spoedartsen, werkzaam in het UZ Brussel op het moment van de onderzoeksperiode, hadden er 19 de online-enquête ingevuld. Dit betekende een responsgraad van 83%. De inclusie- en exclusiecriteria (zie 2.3.1.) in acht genomen, werden er voor de periode van 22 juni 2015 tot en met 22 oktober 2015 in totaal 50 brieven geanalyseerd en gescoord. Veertien brieven werden door een wachtarts opgesteld, 36 door de eigen huisarts.

3.3.1. Tweede online-enquête

3.3.1.1. Professionele kenmerken van de spoedartsen die deelnamen aan de nameting

In tabel 6 wordt een samenvatting weergegeven van de professionele kenmerken van alle spoedartsen die werkzaam zijn op de spoedgevallendienst van het UZ Brussel en welke deelnamen aan de nameting van dit onderzoek (N=19). De meerderheid is opnieuw vrouwelijk (53%) en de gemiddelde leeftijd is 32 jaar (SD: 8,7 – min: 25j – max: 56j). De groep van de stafleden (N=5) bestaat voornamelijk uit mannen (80%) en de gemiddelde leeftijd is 44j (SD: 8,2 – min: 35j – max: 56j). Gemiddeld heeft een staflid 7,6 jaren (SD: 5,5 – min: 3j – max: 17j) ervaring als afgestudeerd spoedarts. De arts-specialisten in opleiding vertegenwoordigen opnieuw het grootste deel van de spoedartsen in het UZ Brussel (N=14). In deze groep is de meerderheid vrouwelijk (64%) en de gemiddelde leeftijd is 27 jaar (SD: 0,9 – min: 25j – max: 29j). Het gemiddelde opleidingsjaar is 2,6 (SD: 1,1 – min: 1j – max: 5j).

Tabel 6 Professionele kenmerken van de spoedartsen die deelnamen aan de nameting (N = 19).

		N	%
Geslacht	Vrouw	10	53
	Man	9	47
Leeftijd, j	Gemiddeld	31,6	
	20 – 29	14	74
	30 – 39	2	10,5
	40 – 49	2	10,5
	50 - 59	1	5
Staflid	Totaal	5	26
	Gemiddelde leeftijd, j	44,2	
	Gemiddeld aantal jaren SA, j	7,6	
	Vrouw	1	20
	Man	4	80

ASO	Totaal	14	74
	Gemiddelde leeftijd, j	27,1	
	Opleidingsjaar, j	2,6	
	Vrouw	9	64
	Man	5	36

Definitie van afkortingen: ASO = arts-specialist in opleiding; SA = spoedarts; j = jaren/jaar.

3.3.1.2. Meningen

In het tweede deel van deze online-enquête werd aan de spoedartsen gevraagd hun mening te geven over het opgestelde sjabloon van de *ideale verwijsbrief*. Ditmaal werden er acht stellingen voorgelegd, waarop met een score tussen nul en 10 diende geantwoord te worden. Tot slot werd ook gevraagd of het nieuwe verwijsdocument een verbetering is ten opzichte van de gemiddelde verwijsbrief.

Rekening houdende met de korte implementatieperiode en met het beperkte gebruik van het sjabloon door de huisartsen, werd het sjabloon als e-mailbijlage verspreid onder de spoedartsen. Er bestond namelijk een reële kans dat de spoedarts op de werkvloer nog niet in contact geweest was met het sjabloon. Indien de spoedarts hierdoor bepaalde enquêtevragen niet waarheidsgetrouw kon invullen, werd er gevraagd om aan het betreffende kwaliteitscriterium een score vijf toe te kennen en dit tevens te melden in de vrije opmerkingsruimte. Dit werd driemaal vastgesteld, telkens in verband met de leesbaarheid en éénmaal betreffende de collegialiteit. Elke voorgelegde stelling haalde een significant hogere score ten opzichte van voormeting. Tabel 3 (3.1.1.3.) geeft hiervan een overzicht. Vergeleken met de verwijsdocumenten van andere huisartsen (buiten deze wachtkring) behaalt deze *ideale verwijsbrief* – volgens de spoedartsen – een score van 8,3 op 10 (med: 9 – mod: 8). De vrije opmerkingen werden gebundeld in bijlage 7.

3.3.2. Kwaliteitsanalyse

De brieven uit de periode van de nameting (22 juni tot en met 22 oktober 2015) werden analoog aan de voormeting geanalyseerd (3.1.2.). Er werd opnieuw een controlesheet aangemaakt in Excel waarbij er een score één of nul werd toegekend indien de factor respectievelijk aan- of afwezig was in de verwijsbrief.

3.3.2.1. Kwaliteitsanalyse: eigen huisarts versus wachtarts

Tabel 7 is een samenvatting enerzijds van de totale analyse en anderzijds van de vergelijking tussen een brief opgesteld door de eigen huisarts van de patiënt en de wachtarts.

Tabel 7 Nameting – kwaliteitsanalyse van de verwijsbrieven en vergelijking tussen de eigen huisarts en de wachtarts.

		Totaal		**Eigen HA**		**Wacht HA**		**P-waarde**
		N	%	N	%	N	%	
Totaal		50	100	36	72	14	28	
Wacht HA								
	Naam	14	100	-	-	14	100	
	Contact	14	100	-	-	14	100	
	RIZIV	14	100	-	-	14	100	

Eigen HA								
	Naam	43	86	36	100	7	50	<0,0001[$]
	Contact	41	82	36	100	5	36	<0,0001[$]
	RIZIV	36	72	36	100	0	0	<0,0001[$]
Patiënt								
	Naam	49	98	35	97	14	100	1,0[$]
	Leeftijd / geboortedatum	25	50	15	42	10	71	0,11[$]
	Geslacht	32	64	24	67	8	57	0,53[£]
Reden		49	98	35	97	14	100	1,0[$]
Anamnese		46	92	32	89	14	100	0,57[$]
Lichamelijk onderzoek		39	78	28	78	11	79	1,0[$]
Aanvullend onderzoek		18	36	14	39	4	29	0,74[$]
Opgestarte therapie								
	Naam	11	22	7	19	4	29	1,0[$]
	Dosis	9	18	6	17	3	21	1,0[$]
	Frequentie	9	18	6	17	3	21	1,0[$]
Antecedenten		33	66	25	69	8	57	0,41[£]
Chronische therapie								
	Naam	26	52	18	50	8	57	0,65[£]
	Dosis	24	48	16	44	8	57	0,42[£]
	Frequentie	18	36	12	33	6	43	0,53[£]
Allergie / intolerantie		6	12	3	8,3	3	21	0,33[$]
Vraagstelling		48	96	34	94	14	100	1,0[$]
DNR / donatie		4	8	3	8,3	1	7,1	1,0[$]
Leesbaarheid		50	100	36	100	14	100	1,0[$]
Datum		47	100	34	94	13	93	1,0[$]
Opmaak								1,0[*]
	Getypt	7	14	5	14	2	14	
	Geschreven	39	78	28	78	11	79	
	Combinatie	4	8	3	8,3	1	7,1	
Formaat								0,56[*]
	Voorschrift	29	58	19	53	10	71	
	Voorschrift-formaat	8	16	7	19	1	7,1	
	A4	13	26	10	28	3	21	

Definitie van afkortingen: HA = huisarts; [$]Fisher's Exact Test voor 2 X 2 tabellen; [£]Pearson Chi-Square Test; [*]Freeman-Halton extension of the Fisher exact probability Test voor 3 X 2 tabellen.

3.3.2.2. Kwaliteitsanalyse: sjabloon versus eigen brief

In tabel 8 werd de vergelijking gemaakt tussen de kwaliteit van de drie gebruikte sjablonen en de 47 overige verwijsbrieven.

Tabel 8 Nameting – vergelijking tussen de kwaliteitsanalyse van het sjabloon van de *ideale verwijsbrief* en de zelf opgestelde verwijsbrief.

	Totaal		Sjabloon		Eigen brief		P-waarde
	N	%	N	%	N	%	
Totaal	50	100	3	6	47	94	
Wacht HA	14	100	1	100	13	100	
Naam	14	100	1	100	13	100	1,0[$]
Contact	14	100	1	100	13	100	1,0[$]
RIZIV	14	100	1	100	13	100	1,0[$]
Eigen HA							
Naam	43	86	3	100	40	85	1,0[$]
Contact	41	82	3	100	38	81	1,0[$]
RIZIV	36	72	2	67	34	72	1,0[$]
Patiënt							
Naam	49	98	3	100	46	98	1,0[$]
Leeftijd / geboortedatum	25	50	3	100	22	47	0,23[$]
Geslacht	32	64	2	67	30	64	1,0[$]
Reden	49	98	3	100	46	98	1,0[$]
Anamnese	46	92	3	100	43	91	1,0[$]
Lichamelijk onderzoek	39	78	3	100	36	77	1,0[$]
Aanvullend onderzoek	18	36	3	100	15	32	0,042[$]
Opgestarte therapie							
Naam	11	22	3	100	8	17	0,0084[$]
Dosis	9	18	3	100	6	13	0,0043[$]
Frequentie	9	18	3	100	6	13	0,0043[$]
Antecedenten	33	66	3	100	30	64	0,54[$]
Chronische therapie							
Naam	26	52	3	100	23	49	0,24[$]
Dosis	24	48	3	100	21	45	0,103[$]
Frequentie	18	36	3	100	15	32	0,042[$]
Allergie / intolerantie	6	12	2	67	4	8,5	0,035[$]
Vraagstelling	48	96	3	100	45	96	1,0[$]
DNR / donatie	4	8	2	67	2	4,3	0,014[$]
Leesbaarheid	50	100	3	100	47	100	1,0[$]
Datum	47	94	3	100	44	94	1,0[$]
Opmaak							0,000204[*]
Getypt	7	14	0	0	7	15	
Geschreven	39	78	0	0	39	83	
Combinatie	4	8	3	100	1	2	

Formaat							0,017*
	Voorschrift	29	58	0	0	29	62
	Voorschrift-formaat	8	16	0	0	8	17
	A4	13	26	3	100	10	21

Definitie van afkortingen: HA = huisarts; $Fisher's Exact Test voor 2 X 2 tabellen;*Freeman-Halton extension of the Fisher exact probability test voor 3 X 2 tabellen.

3.3.2.3. Kwaliteitsanalyse: voormeting versus nameting

Een vergelijking tussen de analyse van de voormeting en de nameting wordt weergegeven in tabel 9. Er kon voor geen enkele kwaliteitsindicator een significant verschil aangetoond worden.

Tabel 9 Vergelijking tussen de kwaliteitsanalyse uit de voormeting vs de nameting.

	Totaal		**Voormeting**		**Nameting**		**P-waarde**
	N	%	N	%	N	%	
Totaal	139	100	89	64	50	36	
Wacht HA	29	21	15	17	14	28	
Naam	29	21	15	100	14	100	1,0$
Contact	28	20	14	93	14	100	1,0$
RIZIV	29	21	15	100	14	100	1,0$
Eigen HA							
Naam	126	91	83	93	43	86	0,16£
Contact	119	86	78	88	41	82	0,36£
RIZIV	109	78	73	82	36	72	0,17£
Patiënt							
Naam	138	99	89	100	49	98	0,36$
Leeftijd / geboortedatum	70	50	45	51	25	50	0,95£
Geslacht	85	61	53	60	32	64	0,61£
Reden	137	99	88	99	49	98	1,0$
Anamnese	125	90	79	89	46	92	0,77$
Lichamelijk onderzoek	96	69	57	64	39	78	0,088£
Aanvullend onderzoek	39	28	21	24	18	36	0,12£
Opgestarte therapie							
Naam	40	29	29	33	11	22	0,19£
Dosis	22	16	13	15	9	18	0,60£
Frequentie	24	17	15	17	9	18	0,86£
Antecedenten	89	64	56	63	33	66	0,72£
Chronische therapie							
Naam	72	52	46	52	26	52	0,97£
Dosis	64	46	40	45	24	48	0,73£
Frequentie	44	32	26	29	18	36	0,41£
Allergie / intolerantie	13	9	7	7,9	6	12	0,42£

Vraagstelling	134	96	86	97	48	96		1,0[$]
DNR / donatie	6	4	2	2,2	4	8		0,19[$]
Leesbaarheid	139	100	89	100	50	100		1,0[$]
Datum	133	96	86	97	47	100		0,67[$]
Opmaak								0,92[£]
Getypt	18	13	11	12	7	14		
Geschreven	111	80	72	81	39	78		
Combinatie	10	7	6	6,7	4	8		
Formaat								0,014[£]
Voorschrift	72	52	43	48	29	58		
Voorschrift-formaat	42	30	34	38	8	16		
A4	25	18	12	13	13	26		

Definitie van afkortingen: HA = huisarts; [$]Fisher's Exact Test voor 2 X 2 tabellen); [£]Pearson Chi-Square Test.

3.3.2.4. Kwaliteitsscore

Tot slot toont tabel 10 de kwaliteitsscores van alle geanalyseerde verwijsbrieven in dit onderzoek. Er werd een vergelijking gemaakt tussen enerzijds de totale score van de voor- en nameting en anderzijds de totale score van de voormeting en de score van de drie ingevulde sjablonen (als deel van de nameting). Tevens werden de resultaten van de nameting vergeleken tussen enerzijds de scores van de eigen huisarts versus de wachtarts en anderzijds van het sjabloon versus de eigen brief.

Tabel 10 Vergelijking tussen de kwaliteitsscores uit de voormeting en de nameting.

	Voormeting vs nameting						**Nameting**					
	Voor	Na	P	Voor totaal	Na sjabloon	P	Eigen HA	Wacht HA	P	Eigen brief	Sjabloon	P
Totaal aantal HA	89	50		89	3		36	14		47	3	
Gemiddelde score op 10 (SD)	6,0 (0,1)	6,1 (0,2)	0,47°	6,0 (0,1)	9,4 (0,3)	<0,0001[-]	6,2 (0,2)	6,1 (0,4)	0,85°	6,0 (0,2)	9,4 (0,3)	<0,0001[-]
Mediaan op 10	5,9	6,2					6,4	6,0		6,0	9,2	
Modus op 10	5,9	6,8					6,8	4,8		6,8	-	
Maximum op 10	8,8	10					10	9,2		7,7	10	
Minimum op 10	3,6	3,2					3,2	4,4		3,2	9,1	
Interpretatie												
Lage kwaliteit (score ≤ 5) (%)	22 (25)	13 (26)	0,98[£]	22 (25)	0 (0)	0,0007[*]	9 (25)	4 (29)	0,88[*]	13 (28)	0 (0)	<0,0001[*]
Matige kwaliteit (5 < score < 8) (%)	61 (68)	34 (68)		61 (68)	0 (0)		25 (69)	9 (64)		34 (72)	0 (0)	
Hoge kwaliteit (score ≥ 8) (%)	6 (7)	3 (6)		6 (7)	3 (100)		2 (6)	1 (7)		0 (0)	3 (100)	

Definitie van de afkortingen: HA = huisarts; SD = standaarddeviatie; vs = versus; P° = P-waarde na T-toets met ongelijke variantie; P[£] = P-waarde na Chi² test (vassartstat); P[*]= P-waarde na de Freeman-Halton extension of the Fisher exact probability test (vassar stat); P[-] = P-waarde na T-toets met gelijke variantie.

Discussie

4.1. Voormeting

4.1.1. Eerste online-enquête

4.1.1.1. Professionele kenmerken van de spoedartsen

De groep spoedartsen bestond voor twee derde uit assistenten in opleiding. De meerderheid hiervan was vrouwelijk (75%) en had een gemiddelde leeftijd van 29 jaar, in tegenstelling tot de stafleden waarvan slechts 25% vrouwelijk was en de gemiddelde leeftijd hoger lag (43 jaar). Aangezien het Universitair Ziekenhuis Brussel een opleidingscentrum is, zijn deze bevindingen een logisch resultaat.

4.1.1.2. Gekozen factoren en vorm

4.1.1.2.1. Keuze van de onderzoekspopulatie

De artsen dienden 20 kwaliteitsindicatoren te scoren aan de hand van een Likertschaal (zie 2.3.2.1). De grote meerderheid van de spoedartsen vond de uitgebreide gegevens van de patiënt (i.e. het beroep, het adres en een telefoonnummer) en de (differentieel) diagnose(s) niet belangrijk genoeg om deze op te nemen in de *ideale verwijsbrief*. Dit resultaat stemde overeen met de keuze van de huisartsen, waardoor er met deze twee factoren geen rekening gehouden werd. Twee derde van de spoedartsen vond de aandachtspunten zoals onder andere psychosociale factoren en familiale antecedenten belangrijk tot cruciaal, in tegenstelling tot één derde van de huisartsen. Door het vooraf vastgestelde criterium van 75% of meer werd ook deze factor niet standaard toegevoegd aan het sjabloon. Uiteindelijk werden 17 van 20 factoren opgenomen in de consensusbrief.

Er was een grote overeenkomst tussen de voorkeuren van de spoedartsen en de huisartsen: er werd slechts voor twee factoren een significant verschil gevonden tussen beide artsengroepen. Spoedartsen hechtten overtuigend meer belang aan een specifieke vraagstelling en informatie omtrent het reanimatiebeleid en orgaandonatie dan huisartsen. Omgekeerd vonden alle huisartsen de vermelding van het lichamelijk onderzoek belangrijk tot cruciaal, daar waar dit maar voor zeven op de 10 spoedartsen het geval was. Dit verschil was echter niet significant.

Beide partijen vinden bijna unaniem dat de vermelding van de gegevens van de verwijzende huisarts, de basisgegevens van de patiënt, de reden van verwijzing, de naam van het geneesmiddel in geval van chronische thuismedicatie en de allergieën belangrijk tot cruciaal zijn voor een goede verwijsbrief. Verder hecht meer dan drie vierde van alle artsen veel belang aan het vermelden van een gedetailleerde lijst van de opgestarte en de chronische behandeling. Dit was ook het geval voor de gegevens van de vaste huisarts (indien anders dan de verwijzende huisarts), de anamnese, het aanvullend onderzoek, de voorgeschiedenis en comorbiditeiten.

Er dient opgemerkt te worden dat de datum van verwijzing niet vermeld werd in de lijst van 20 kwaliteitsindicatoren. Aangezien dit regelmatig werd aangehaald (zowel mondeling op de spoedgevallendienst als in de vrije opmerkingsruimte in de online-enquête), werd deze factor alsnog opgenomen in het sjabloon.

Beide artsengroepen verkozen een getypte brief in A4-formaat. De meerderheid van de artsen gaf aan de volgorde van de gekozen factoren bijna ideaal te vinden. Echter, er werd niet aan de onderzoekspopulatie gevraagd wat voor hen dan wel een ideale volgorde was. Daardoor kon men hier – bij het opstellen van het sjabloon – geen rekening mee houden.

4.1.1.2.2. Vergelijking met de literatuur

Volgens een Australische studie uit 1993 vindt de meerderheid van de onderzochte spoedartsen de vermelding van de chronische therapie en de acute therapie opgestart door de huisarts noodzakelijk. Zes op 10 spoedartsen vonden ook volgende factoren noodzakelijk: duidelijke vraagstelling, medische voorgeschiedenis en resultaten van aanvullend onderzoek. De helft verkoos ook de anamnese en het fysiek onderzoek (29).

Amant et al vroegen aan 10 specialisten om een waarde toe te kennen aan 13 aanbevolen onderdelen van de Nederlandse richtlijn omtrent verwijsbrieven. Een lage score betekende dat de arts dit onderdeel weinig noodzakelijk achtte voor een verwijsbrief; het omgekeerde gold voor een hoge score. Daaruit bleek dat de vraagstelling en de vermelding van de totale medicatielijst (respectievelijk 89% en 85%) als belangrijkste elementen naar voren kwamen. Informatie over het lichamelijk onderzoek en de diagnose haalden beide een score lager dan 60% (15). Deze resultaten waren vergelijkbaar met de voorkeuren van de spoedartsen van het UZ Brussel, behalve voor het lichamelijk onderzoek (71%). Wat de vorm betreft, verkozen de artsen uit het onderzoek van Amant et al een getypte brief met bijkomende handgeschreven informatie zonder een specifieke voorkeur voor de lengte van de brief (15). Dit resultaat kon niet bevestigd worden door de spoedartsen van het UZB: zij verkozen namelijk een volledig getypte brief (71%) in A4-formaat (67%).

In de MaNaMa-proef van Michiels (2009-2011) werd aan 18 spoedartsen (voornamelijk werkzaam in het Stuivenberg ziekenhuis) gevraagd om 14 kwaliteitsindicatoren – met betrekking tot de verwijsbrief naar de spoedgevallendienst – te beoordelen aan de hand van een Likertschaal, gaande van helemaal niet belangrijk tot en met heel belangrijk, essentieel. De resultaten zijn vergelijkbaar met de keuze van de spoedartsen van het UZ Brussel, maar hier werd het belang van het lichamelijk onderzoek hoger ingeschat (83% vond het belangrijk tot essentieel in tegenstelling tot 71% voor de spoedartsen van het UZB) (13).

In 2013 onderzocht HAIO Bart Marien de verwijsbrieven van de huisartsen (regio Heist-op-den-Berg) naar de spoedgevallendienst (AZ Sint-Maarten Mechelen). Hierbij vroeg hij tevens aan 124 artsen (79 specialisten, 45 huisartsen en HAIO's) om aan de kwaliteitsindicatoren een score tussen één en 10 toe te kennen. Hun voorkeur ging voornamelijk uit naar een medicatielijst (9,9/10), een lijst met actieve ziekten (9,2/10), de reden van verwijzing (9,2/10), de risicofactoren (9/10) en de voorgeschiedenis (8,7/10). De omgevingsfactoren (6,7/10) en het resultaat van technische onderzoeken (7,9/10) behaalden een lagere score (14). Ook deze resultaten stemmen overeen met de keuzes gemaakt door de spoedartsen van het UZB.

De voorkeur van de spoedartsen van het UZ Brussel omtrent de inhoud van de *ideale verwijsbrief* van de huisarts naar de spoedgevallendienst loopt parallel met de literatuur.

4.1.1.3. Meningen

In 2008 vroeg dr. Tom Amant aan 10 specialisten hun mening over de gemiddelde verwijsbrief die ze ontvangen van huisartsen. Deze resultaten werden vergeleken met de mening van de spoedartsen van het UZ Brussel anno 2015. Over de volledige lijn reageerden de spoedartsen negatiever dan de specialisten uit het onderzoek van Amant et al (met telkens een gemiddelde score op 10): beknoptheid (4,8 t.o.v. 6,3), leesbaarheid (3,0 t.o.v 9,0), logische opbouw (5,4 t.o.v. 9,2), collegialiteit (6,5 t.o.v. 9,2), behulpzaamheid (4,8 t.o.v. 7,5) en in vergelijking met het ideale verwijsdocument (3,9 t.o.v. 7,0) (15).

De spoedartsen uit het onderzoek van Michiels (2011) gaven de verwijsbrieven een gemiddelde score van 6,4 op 10, wat beduidend beter was dan de appreciatie van de spoedartsen van het UZ Brussel (4,4 op 10) (13).

Hieruit kon men concluderen dat de spoedartsen van het UZ Brussel de gemiddelde verwijsbrief naar de spoedgevallendienst niet optimaal vinden. In het algemeen gaven ze aan dat een goede structuur en een duidelijk leesbare brief kernpunten vormen voor de *ideale verwijsbrief*.

4.1.2. Kwaliteitsanalyse

4.1.2.1. Bespreking analyse

De meerderheid van de 89 onderzochte verwijsbrieven had een matige kwaliteit. Minder dan één brief op 10 werd als hoog kwalitatief beschouwd. Tot deze bevindingen kwamen ook eerder uitgevoerde Belgische studies (1–3,13). Dat is jammer aangezien de literatuur het belang van een goed verwijsdocument duidelijk aantoont (1–4,9,21,23–25).

De gegevens van de verwijzende arts, de naam van de patiënt, de verwijsreden, de vraagstelling en de datum van de verwijzing staan in bijna elke verwijsbrief genoteerd. Dit komt overeen met de voorkeuren van de artsen, zoals aangetoond in de online-enquête. Het gebrek aan informatie over allergieën of intoleranties en het reanimatiebeleid of de afspraken omtrent orgaandonatie staan hier lijnrecht tegenover. Het is niet duidelijk of deze informatie niet vermeld werd omdat er geen allergie of DNR-code is, dan wel omdat het vergeten werd of omdat de arts het als niet relevant of belangrijk beschouwde bij de verwijzing. Wel staat vast dat de grote meerderheid van de spoedartsen beide topics als belangrijk tot cruciaal beschouwde. De huisartsen daarentegen vonden alleen de allergieën het vermelden waard. Een soortgelijke opmerking kon gemaakt worden in verband met de vermelding van het aanvullend onderzoek. Deze indicator werd door drie vierde van de huisartsen en bijna negen tiende van de spoedartsen als belangrijk tot cruciaal geacht, maar werd slechts in één vierde van de brieven effectief vermeld. Ook hier is de reden niet duidelijk. Worden er niet veel bijkomende onderzoeken uitgevoerd door huisartsen? Vergeten zij hiervan melding te maken? Of wordt het niet uitvoeren van technische onderzoeken eenvoudigweg niet aangegeven?

Een vergelijkbare vaststelling – met bijhorende bedenking – werd gedaan voor de vermelding van de nieuw opgestarte therapie. Tot slot rapporteerden de huisartsen slechts in de helft van de gevallen de naam van de chronische medicatie. De dosis en frequentie van inname werd nog minder vaak genoteerd. Dit staat in schril contrast met het feit dat alle deelnemende spoedartsen en huisartsen dit onderdeel als belangrijk tot cruciaal vonden. Gaan huisartsen ervan uit dat de spoedartsen de medicatielijst in het ziekenhuisdossier kunnen terugvinden? Wordt er van de patiënt verwacht dat hij zijn medicatielijst correct en volledig aan de spoedarts te kan meedelen? Er heerst duidelijk een discrepantie tussen hetgeen de artsen belangrijk vinden om in een verwijsbrief te vermelden en wat in de praktijk effectief vermeld wordt. Dit stemt overeen met de bevindingen uit de literatuur (14,23,33). Een verklaring hiervoor dient gezocht te worden in de MaNaMa-proef van dr. Haegeman. Er dient echter wel opgemerkt te worden dat er in de kwaliteitsanalyse geen rekening gehouden werd met de volledigheid van de meegedeelde informatie. Zo werd bijvoorbeeld een score van één toegekend indien de naam van de medicatie genoteerd stond. Er werd echter niet nagegaan of de toegevoegde medicatielijst volledig en/of recent was. Er werd verder ook niet gecontroleerd of de spoedartsen nog bijkomend telefonisch contact hadden met de huisarts om aanvullende informatie te vragen. Het gaat hier dus alleen om een analyse van de verwijsbrief op zich en niet over de gehele verwijsprocedure.

Verder is het opmerkelijk dat geen enkele arts een handgeschreven verwijsbrief verkiest, daar waar 81% van de verwijsbrieven met de hand geschreven was. Een gelijkaardig resultaat werd gevonden voor het formaat: geen enkele arts verkoos een verwijsbrief op een voorschrift, ondanks het feit dat bijna 50% van de verwijsbrieven op een voorschrift opgesteld werden.

Tot slot werd er een vergelijking gemaakt tussen brieven opgesteld door de eigen huisarts en de wachtarts. De resultaten staan haaks op wat in de literatuur beschreven wordt (13,31). De wachtartsen behaalden een (niet-significante) hogere gemiddelde score en hebben in verhouding meer hoog kwalitatieve brieven geschreven. Zij deelden significant vaker de naam en dosis van de chronische therapie mee. Verder bleek uit het onderzoek van Hompes et al dat de eigen huisarts, in tegenstelling tot de wachtarts, significant vaker een duidelijke vraag had (2). Deze bevinding werd niet bevestigd in deze MaNaMa-proef. Vanzelfsprekend deelde de wachtarts significant minder vaak de gegevens mee van de vaste huisarts vergeleken met de vaste huisartsen. Bij de interpretatie van deze resultaten dient er wel rekening gehouden te worden met de onevenwichtige verhouding tussen het aantal brieven opgesteld door de eigen huisarts (N=74) en de wachtarts (N=15).

4.1.2.2. Vergelijking met de literatuur

In de samenvattende tabel 11 werden de resultaten van dit onderzoek vergeleken met de resultaten uit de literatuur. Indien een bepaalde kwaliteitsindicator niet onderzocht werd in een studie werd dit ook zo vermeld in het overzicht (2,3,10,13,14).

Tabel 11 Vergelijking tussen de kwaliteitsanalyses uit de literatuur en de resultaten uit de huidige studie.

	Huidige studie (%)	Hompes et al (2007) (%)	Hillemans et al (2007) (%)	Michiels et al (2011) (%)	Valcke et al (2012) (%)	Marien et al (2013) (%)
Aantal verwijsbrieven	89	51	50	40	100	203
Verwijzende huisarts						
Naam	100	90	100	98	/	/
Contactgegevens	96	/	100	95	/	/
Patiëntgegevens						
Naam	100	92	100	78	100	/
Leeftijd/geboortedatum	51	43	/	58	29	/
Reden verwijzing	99	/	94		/	96
Anamnese	89	/	26	73	94	/
Lichamelijk onderzoek	64	40	54	52	80	74
Aanvullend onderzoek	24	/	40	15	/	21
Opgestarte therapie (naam)	33	/	24	38	/	/
Antecedenten	63	41	42	37	25	24
Chronische therapie (naam)	52	47	66	38	45	32
Allergie	7,9	/	40	17	10	/
Vraagstelling	97	88	92	90	/	/
DNR / orgaandonatie	2,2	/	/	/	/	/
Leesbaarheid	100	61	/	85	/	/
Datum verwijzing	97	88	100	/	/	/

Als besluit konden we stellen dat er veel variatie is tussen de huisartsen onderling en dat er geen evolutie doorheen de jaren is geweest. De gegevens van de verwijzende huisarts alsook de naam van de patiënt en de reden van de verwijzing werden systematisch vermeld in de verwijsbrieven. Dit staat in schril contrast met het gebrek aan informatie omtrent het aanvullend onderzoek, de opgestarte therapie en de allergieën. Voor dit laatste onderdeel scoorden de huisartsen uit deze studie het slechtst. Wel noteerden ze vaker een antecedentenlijst en een duidelijke vraagstelling. Ook wat de leesbaarheid betrof scoorden deze huisartsen beter. Verder is het opmerkelijk dat deze huisartsen met een score van (slechts) 52% voor de vermelding van de chronische medicatie bij de besten van de klas zijn.

4.2. Sjabloon

In de koptekst van het sjabloon (zie bijlage 4) luidde als volgt: 'Thesis verwijsbrief naar de spoedgevallendienst!!'. Deze koptekst werd alleen gebruikt voor deze MaNaMa-proef om de aandacht van alle deelnemende artsen op deze verwijsbrief te trekken. Uiteraard zal deze koptekst niet overgenomen worden in de definitieve versie.

Links bovenaan, in het vak 'betreft' kan de verwijzende arts alle basisgegevens van de patiënt neerschrijven. In het kader van dit onderzoek werd de huisarts ook gevraagd aan te duiden of het om een verwijzing tijdens een consultatie dan wel tijdens een huisbezoek ging. Ook dit element zal later niet in de definitieve brief worden opgenomen. Het rechtervak helemaal bovenaan dient om aanvullende informatie betreffende de patiënt te vermelden.

Na de collegiale aanspreking, volgt de specifieke vraagstelling. Hierbij kan de huisarts kiezen tussen een aantal opties (bijvoorbeeld onderzoek, advies e.d.) of zelf iets schrijven. Hierop volgt de vermelding van de reden van verwijzing, samen met informatie omtrent het huidige ziektebeeld en de reeds opgestarte therapie met eventueel bijkomende onderzoeken. Vervolgens dient de medische voorgeschiedenis en de chronische therapie (met medicatienaam, dosis en frequentie van toediening) van de betreffende patiënt ingevuld te worden. Bij het beëindigen van de brief dient ook de datum van de verwijzing genoteerd te worden, alsook de stempel van de verwijzende huisarts en – indien verschillend – ook de contactgegevens van de vaste huisarts van de patiënt.

Indien informatie niet gekend of niet aanwezig is, dient dit ook zo aangegeven te worden door bijvoorbeeld een streep (/) te trekken of 'niet' in te vullen.

Het document bestaat zowel in een papieren versie als digitaal, zodat de deelnemende huisartsen de *ideale verwijsbrief* op elk moment konden gebruiken.

4.3. Nameting

4.3.1. Tweede online-enquête

4.3.1.1. Professionele kenmerken van de spoedartsen die deelnamen aan de nameting

De responsgraad lag ditmaal lager dan de eerste keer. Dit kan te verklaren zijn doordat de onderzoeker niet meer dagelijks op de werkvloer aanwezig kon zijn. De assistenten in opleiding vertegenwoordigden voor bijna drie vierde de onderzoekspopulatie. Aangezien er op één augustus 2015 nieuwe eerstejaarsassistenten aan hun opleiding begonnen zijn en ouderejaars hun opleiding elders voortzetten, is deze groep ASO's niet identiek aan de groep beschreven tijdens de voormeting. Ook de samenstelling van de groep van de stafleden is veranderd. Wederom is dit te verklaren door de dynamiek gerelateerd aan een opleidingscentrum.

4.3.1.2. Meningen

Volgens de spoedartsen bracht de *ideale verwijsbrief* een grote (veelal significante) verbetering met zich mee wat de beknoptheid, de logische opbouw, de collegialiteit en de functionaliteit van de brief betreft. De leesbaarheid van de *ideale verwijsbrief* scoorde ook veel beter, doch dit resultaat diende genuanceerd te worden. De leesbaarheid is uiteraard deels afhankelijk van het handschrift en dit staat los van het sjabloon. Tevens hebben een aantal spoedartsen hier neutraal op geantwoord omdat ze naar hun gevoel niet voldoende oprecht op deze vraag konden antwoorden. Verder scoorde dit sjabloon bijna 80% ten opzichte van het in hun ogen ideale verwijsdocument. Het onderzochte model scoorde ook hoger in vergelijking met de appreciatie van de verwijsbrieven van andere huisartsen. Bijna twee op drie spoedartsen vonden de brief een absolute verbetering ten opzichte van de gemiddelde verwijsbrief die ze dagelijks ontvangen. Uiteraard is er nog ruimte voor verbetering, wat duidelijk bleek uit de vrije reacties van de spoedartsen (zie bijlage 7). Er werd onder andere voorgesteld minder aandacht te spenderen aan de anamnese en het fysieke onderzoek. Dit komt overeen met het resultaat betreffende de keuze van de EMD factoren, waarbij er een verschil was tussen de voorkeur van de huisartsen en spoedartsen (zie 3.1.1.2.). Verder werd er voorgesteld meer ruimte te laten voor de kritische informatie (met een open ruimte voor extra aanvullingen), contactgegevens van de familie en de chronische medicatie (met eventueel een voorgedrukte tabel met naam, dosis en momenten van inname).

In vergelijking met de MaNaMa-proef van Amant evalueerden de spoedartsen van het UZ Brussel de brieven uit de voormeting minder gunstig. De invoering van de *ideale verwijsbrief* bracht percentueel een grotere verbetering teweeg in vergelijking met de verbeteringspercentages uit de studie van Amant et al. Anderzijds waren de absolute gemiddelde scores op 10 voor elke vergelijkbare factor lager in dit onderzoek (15).

Hieruit kon men concluderen dat de spoedartsen het sjabloon van de *ideale verwijsbrief* een subjectieve kwaliteitsverbetering vonden, maar dat het voorgestelde document nog niet ideaal was.

4.3.2. Kwaliteitsanalyse

4.3.2.1. Bespreking analyse

Indien men alle brieven uit de voor- en nameting met elkaar vergeleek, kon de invoering van de *ideale verwijsbrief* geen objectieve kwaliteitsverbetering teweegbrengen. Dit gold zowel voor de totale score als voor alle individuele factoren. Hier kunnen verschillende verklaringen voor gegeven worden. Een belangrijke reden is de (te) korte implementatieperiode. Mogelijks hadden de huisartsen onvoldoende de tijd om te leren werken met de nieuwe brief, waardoor deze slechts driemaal gebruikt werd en de structuur onvoldoende overgenomen werd in de zelfgeschreven brieven. Uit navraag bij de spoedartsen bleek ook dat de *ideale verwijsbrief* nog verder dient geoptimaliseerd te worden. De huisartsen trokken een gelijkaardige conclusie (zie MaNaMa-proef dr. Elke Haegeman).

De vergelijking tussen de kwaliteit van de drie ingevulde sjablonen ten opzichte van de zelfgeschreven brieven (zowel in de voor- als nameting) toonde een duidelijke kwaliteitsverbetering aan. De vermelding van bepaalde inhoudelijke EBM-factoren die in de zelfgeschreven brieven eerder beperkt was, kende een significante toename indien het sjabloon gebruikt werd.

Ditmaal scoorden de vaste huisartsen een niet-significante hogere score ten opzichte van de wachtartsen, daar waar de wachtartsen in verhouding meer hoog kwalitatieve brieven geschreven hebben.

Er werd geen enkele keer aangegeven in welke omstandigheden (huisbezoek of consultatie) het sjabloon gebruikt werd.

4.3.2.2. Vergelijking met de literatuur

De literatuur geeft geen eenduidig antwoord op de vraag of de invoering van een sjabloon de kwaliteit van informatieoverdracht kan verbeteren (1,3,9,29).

Hillemans et al heeft in 2007 onderzocht of de invoering van een gestandaardiseerde verwijsbrief invloed had op de kwaliteit van het verwijsproces. Hierbij konden ze concluderen dat de huisartsen die hun sjabloon gebruikten, significant meer informatie neerschreven in hun verwijsbrieven (3). Deze bevinding is analoog met dit onderzoek.

4.3.2.3. Conclusie

Het sjabloon werd slechts drie keer gebruikt, waardoor een eventuele totale kwaliteitsverbetering niet kon bewezen worden. Het sjabloon werd twee keer foutloos gebruikt en alle brieven hadden een hoge kwaliteitsscore. Indien men de kwaliteit van het gebruikte sjabloon vergeleek met de brieven zonder sjabloon was een duidelijke objectieve (kwaliteits)verbetering merkbaar. De context waarin het sjabloon toegepast werd, kon in dit onderzoek niet duidelijk aangetoond worden.

4.4. Sterktes en zwaktes

De kleinschaligheid van deze MaNaMa-proef vormde de grootste beperking van dit onderzoek. Door de onderzoekspopulatie te limiteren tot slechts één ziekenhuis en één huisartsenwachtkring, kon er geen veralgemeende uitspraak gedaan worden over de meningen en voorkeuren van alle huis- en spoedartsen. Hetzelfde gold voor de uitspraken omtrent de kwaliteit van de verwijsbrieven: door alleen rekening te houden met de verwijsbrieven geschreven door de huisartsen van één wachtkring gedurende een periode van één jaar, was het onmogelijk om de conclusies door te trekken naar alle verwijsbrieven geschreven in Vlaanderen of België. Deze opmerking kon verder doorgetrokken worden naar de fase van de nameting. De implementatieperiode van de *ideale verwijsbrief* was relatief kort, waardoor beide partijen hiermee onvoldoende in aanraking gekomen zijn. Hierdoor is het sjabloon slechts driemaal gebruikt tijdens het onderzoek. Anderzijds was het de bedoeling dat dit onderzoek als pilootstudie zou dienen, zodat de resultaten een basis voor verder onderzoek zouden kunnen vormen. In dat opzet is deze studie zeker geslaagd. Er is een duidelijk beeld gevormd van het verschil in noden enerzijds tussen huis- en spoedartsen en anderzijds van de discrepantie tussen de praktijk en de theorie voor wat de inhoud en vorm van de *ideale verwijsbrief* betreft.

Dankzij een grondige literatuurstudie werd duidelijk welke EBM factoren een goede verwijsbrief minimaal dient te bevatten. Het is dan ook op basis van deze criteria dat de kwaliteitsanalyse werd uitgevoerd. Er werd echter geen rekening gehouden met de volledigheid van deze criteria. Een concreet voorbeeld hiervan is de medicatie: er werd niet nagegaan of de genoteerde medicatielijst volledig was.

Tot slot verlaagde het toekennen van de anonimiteit de drempel tot deelname aan het onderzoek. Hierdoor kon er echter niet nagegaan worden welke artsen nog niet hadden deelgenomen aan de enquête, met een minder gerichte rekrutering tot gevolg. Een ander nadeel was dat men geen individuele verbetering kon nagaan. Dit was echter ook onmogelijk door de verschillende samenstelling van de spoedartsengroep in de voor- en nameting.

4.5. Toekomstig onderzoek

Gedurende dit onderzoek werd voor de opstelling van het sjabloon van de *ideale verwijsbrief de* kwaliteitscirkel van Deming slechts éénmaal volledig doorlopen. De *ideale verwijsbrief* werd na de invoering grondig geanalyseerd met een gunstig resultaat: er werd zowel een subjectieve als een objectieve verbetering van de kwaliteit vastgesteld. Er is echter

nog ruimte voor verbetering (*adjusting* cfr de PDCA cirkel). Door de resultaten van beide onderzoekers samen te leggen kan het sjabloon nog verder geoptimaliseerd worden. In een later stadium, na het uitvoeren van een nieuwe kwaliteitsanalyse aan de hand van de PDCA-cirkel, zou de *ideale verwijsbrief* naar het Frans kunnen vertaald worden. Hierdoor zou een veel grotere groep huisartsen deze kunnen gebruiken. Verder dient de haalbaarheid van de implementatie van de *ideale verwijsbrief* in alle EMD's nog het onderwerp van verder onderzoek te vormen. Het gebruik hiervan tijdens een consultatie lijkt voor de hand liggend, maar wat met een verwijzing tijdens een huisbezoek? Is het verzenden van een elektronische verwijsbrief (via de eHealth box) op verplaatsing een haalbare kaart? Hoe staan de huisartsen hier tegenover?

Wat de invloed van de Sumehrs op het verwijsproces zal zijn eens dit concept volledig geïntegreerd is in de praktijk, moet de toekomst uitwijzen. Hoe dan ook blijft onderzoek naar het perfectioneren van de verwijzing (en met uitbreiding de terugverwijzing) noodzakelijk en nuttig.

Besluit

Het onderzoeksopzet van deze MaNaMa-proef was te kleinschalig om representatieve conclusies te kunnen trekken. Toch kan men enerzijds stellen dat er een duidelijke tendens is om de verwijsbrief te optimaliseren en anderzijds, dat het gebruik van een sjabloon wel degelijk zowel een subjectieve als een objectieve kwaliteitsverbetering kan teweegbrengen.

Het antwoord op de vraagstelling in de titel van de proef luidt dus als volgt: 'De ideale verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst: niet zomaar een droom, maar nagenoeg werkelijkheid.'

Dankwoord

De afgelopen twee jaar waren erg bijzonder. Als HAIO ben je niet alleen bezig met het finaliseren van je opleiding; je groeit ook als persoon en als arts. Doordat je met verschillende uitdagingen geconfronteerd wordt, kom je jezelf regelmatig tegen. En wanneer je zo een bewogen pad bewandelt, is het erg belangrijk te weten dat er mensen achter jou staan op wie je kan rekenen. Mensen die je overeind houden wanneer je dreigt te vallen, die je begeleiden bij het maken van keuzes en toch jouw eigenheid erkennen en je hierin steunen. Het zijn al deze mensen die ik graag wens te bedanken, daar zij één voor één – elk op hun manier – ervoor gezorgd hebben dat ik deze MaNaMa-proef heb kunnen uitwerken zoals ik het voor ogen had en dat ik ben wie ik ben.

Op professioneel vlak wil ik graag mijn promotor professor dr. Hubloue en co-promotor professor dr. Devroey bedanken voor hun uitstekende begeleiding. Hun advies, feedback, beschikbaarheid en enthousiasme heb ik zeer gewaardeerd. Dankzij mijn begripvolle praktijkopleider dr. Verreet kon ik de tijd nemen om aan mijn project te werken. Uiteraard wens ik ook dr. Haegeman te bedanken voor de vlotte en fijne samenwerking gedurende deze MaNaMa-proef.

Verder had ik graag de altijd aanwezige steun en interesse van mijn familie extra benadrukt. Zij begrepen het belang van dit werk en vroegen keer op keer belangstellend naar de stand van zaken. Tot slot verdient mijn partner en soulmate een hele grote dankjewel. Hij was niet alleen de laatste twee jaar een grote steun, maar hij bleek vanaf de eerste dag van ons samenzijn onmisbaar en onvervangbaar.

Bedankt iedereen!

Referenties

1. Hillemans K, De Lepeleire J. Hoe ziet een goede verwijsbrief eruit en maakt het gebruik ervan een verschil in kwaliteit? Resultaten van een literatuuronderzoek. Huisarts Nu. 2007;36(4):171–5.

2. Hompes T, De Lepeleire J. De verwijsbrief. Beschrijvende analyse van verwijzingen naar spoedgevallen door huisartsen. Huisarts Nu. 2007;36(3):119–24.

3. Hillemans K, De Lepeleire J. De weg naar een gestandaardiseerde verwijsbrief. Van ontwikkeling tot implementatie. Huisarts Nu. 2007;36(4):176–9.

4. Churchill B, Cummings E, Roehrer E, Showell C, Turner B, Turner P, et al. A Structured Evidence-Based Literature Review on Discharge , Referral and Admission. eHealth Services Research Group, University of Tasmania, Australia (on behalf of the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, and the NSW Department of Health) 2010 Sep;1–252.

5. White P, Singleton A, Jones R. Copying referral letters to patients: the views of patients, patient representatives and doctors. Patient Educ Couns 2004 Okt;55:94–8.

6. Campbell B, Vanslembroek K, Whitehead E, van de Wauwer C, Eifell R, Wyatt M, et al. Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. BMJ 2004 May 1;328(7447):1060–1.

7. Jarallah JS. Referral from primary care to hospitals in Saudi Arabia: Quality of referral letters and feedback reports. J Family Community Med 1999;5(2):15–22.

8. Komani Z, Pllana D, Raka L. Quality of General Practitioners ' Referral Letters to Emergency Department of Tertiary Care Center in Kosova : Room for Improvement. Master Sociomed 2010;22(4):205–7.

9. Doare K Le, Banerjee D, Oldfield M. Written communication between general practioners and hospitals, an analysis. West Lond Med J 2009;1(3):67–75.

10. Valcke A, Willems S, Schrans D. Optimalisatie van de doorverwijzing naar de spoeddiensten door een correct gebruik van het SumEHR-systeem [masterproef]. Gent: Universiteit Gent; 2012.

11. Lybaert HB, Derese A, Vanden Bussche P. Optimalisatie van de verwijsbrief. Onderzoek naar barrières en evaluatie van oplossingsgerichte strategieën in de huisartsenpraktijk [masterproef]. Gent: Universiteit Gent; 2009.

12. Lebon V, Schoenmakers B, Beirinckx J. Communicatie tussen eerste en tweedelijn: rol van de verwijsbrief naar spoedgevallen [masterproef]. Leuven: K.U.Leuven.

13. Michiels F, Peremans L. Kwaliteitsanalyse van verwijsbrieven op spoed tijdens de wachturen. Ontwerp van een sjabloon [masterproef]. Antwerpen: U.Antwerpen; 2011.

14. Marien B, Devroey D. Evaluatie van de verwijsbrief van de huisarts aan de dienst spoedgevallen [masterproef]. Leuven: K.U.Leuven; 2013.

15. Amant T. Goed verwijzen: geen Sisyfusarbeid. Het verwijsdocument als kwaliteitsverbeterende factor in het zorgproces [masterproef]. Brussel: V.U.Brussel; 2008.

16. Vlaamse Overheid [Internet]. Sumehr, een beknopt medisch dossier; 2013 [cited: 2016 Feb]. Available from: http://www.vitalink.be/Vitalink/Zorgverleners/Gegevens/Sumehr/

17. FOD Volksgezondheid Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu DG Gezondheidszorg; Dienst Datamanagement - Cel Databankbeheer [Internet]. Nationale feedback spoedgevallendienst - MZG 2012; 2015 [cited: 2016 Maa]. Available from: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD(MinimumHospitalData)/Publications/testnewpage/index.htm?fodnlang=nl#.Vu7CPOLhDIU

18. Persoonlijke communicatie met Door Lauwaert, projectleider van de spoedgevallendienst van het UZ Brussel.

19. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. J Gen Intern Med 2000;15:626–31.

20. Pearson SD. Principles of generalist-specialist relationships. J Gen Intern Med 1999 Jan;14 Suppl 1:S13–20.

21. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Report on a Recommended Referral Document. Edingburgh: SIGN 1998;(31):1–11.

22. Harris MF, Giles A, O'Toole BI. Communication across the divide. A trial of structured communication between general

practice and emergency departments. Aust Fam Physician 2002 Feb;31(2):197–200.

23. Campell B, Vanslembroek K, Whitehead E, van de Wauwer C, Eifell R, Wyatt M, et al. Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. BMJ 2004 May 1;328(7447):1060–1.

24. François J. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. Can Fam Physician 2011;57:574–5.

25. Wright J, Prasad N, Dalrymple G. Emergency referral letters from deputising doctors need to be improved. BMJ 1996 Mei;312:1304.

26. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, Nicholson R. Referral letters: are form letters better? Br J Gen Pract 1997 Feb;47:107–8.

27. Moyez J, Mathers N. Quality of referral letters. Br J Gen Pract 2003 Mei;406.

28. Dupont C. Quality of referral letters. Lancet 2002;359:2002.

29. Mead G, Cunnington A, Faulkner S, Russell K, Ford M. Can general practitioner referral letters for acute medical admissions be improved? Health Bull (Raleigh) 1999;57(4):257–61.

30. Montalto M, Rosengarten P. Survey of Australian emergency physicians ' expectations of general practitioner referrals. Br J Gen Pract 1993;43:277–80.

31. Ramrakha S, Giles A. Take a letter ... an audit of GP referrals in south west Sydney. Aust Fam Physician 2001 Apr;30(4):395–8.

32. Crossley J, Howe A, Newble D, Jolly B, Davies H. Sheffield Assessment Instrument for Letters (SAIL): performance assessment using outpatient letters. Med Educ 2001;35:1115–24.

33. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? BMJ 1992 Maa;304:821–4.

34. Hartveit M, Thorsen O, Biringer E, Vanhaecht K, Carlsen B, Aslaksen A. Recommended content of referral letters from general practitioners to specialised mental health care: a qualitative multi-perspective study. BMC Health Services Research 2013 Jan;13(329):7.

35. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. BMC Health Serv Res 2009 Jan;9(143):1–9.

36. NHG. Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzing (HASP). [Internet]. 2008. [cited: 2014 Dec] Available from: https://www.nhg.org/themas/artikelen/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-bij-verwijzingen.

37. Voorgedrukte verwijsbrief Domus Medica. [Internet]. 2010. [cited: 2014 Dec] Available from: http://www.domusmedica.be/praktijk/webwinkel/aanbiedingen/2737-voorgedrukte-verwijsbrief-aan-de-specialist.html.

38. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv; 2008. p. 57–72.

39. Freeman GH, Halton JH. Note on exact treatment of contingency, goodness of fit and other problems of significance. Biometrika 1951;38:141–9.

40. Rosner B. Fundamentals of Biostatistics. 5th ed. Duxbury Thompson Learning; 2000.

Bijlagen

Bijlage 1: Voormeting – online-enquête

1. <u>Gelieve deze demografische informatie aan te vullen.</u>

1.1. Geslacht: V / M

1.2. Leeftijd: [getal] jaren

1.3. ASO / staflid

1.3.1. Igv ASO: huidige opleidingsjaar: [getal] jaar

1.3.2. Igv staflid: aantal jaren ervaring als afgestudeerd spoedarts: [getal] jaren

2. <u>Vragen in verband met de ideale verwijsbrief</u>

2.1. <u>De kwaliteitsindicatoren</u>

Hierna volgt een lijst met factoren die volgens de literatuur in een verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst zouden moeten vermeld staan. Duid aan in welke mate u als spoedarts het belangrijk vindt dat een bepaalde indicator in een kwaliteitsvolle verwijsbrief opgenomen wordt. *(Keuze uit: Helemaal niet belangrijk/irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/cruciaal).*

1) Gegevens van de verwijzende huisarts (naam, RIZIV nummer, contactgegevens). Dit kan de eigen huisarts of de wachtarts zijn.

2) Indien de verwijzende arts niet de eigen huisarts is: gegevens van de eigen huisarts (naam, RIZIV nummer, contactgegevens).

3) Gegevens van de patiënt:

a. Basis: naam, voornaam, geslacht, geboortedatum/leeftijd

b. Uitgebreid: beroep, adres, telefoonnummer

4) Reden van verwijzing

5) Huidig ziektebeeld:

a. Anamnese = subjectief

b. Lichamelijk onderzoek = objectief

c. Aanvullend onderzoek

d. Therapie in kader van huidige aandoening:

i. Geneesmiddel

ii. Dosis

iii. Frequentie

6) (Differentieel) diagnose(s)

7) Specifieke vraagstelling

8) Voorgeschiedenis / comorbiditeiten

9) Chronische therapie:

a. Geneesmiddel

b. Dosis

c. Frequentie

10) Aandachtspunten:

a. Allergie

b. Psychosociale factoren / familiale antecedenten / risicovol leefgedrag

11) Reanimatiebeleid / orgaandonatie

2.2. <u>Vragen in verband de vorm van de ideale verwijsbrief</u>

1) Hoe ziet u als spoedarts de ideale verwijsbrief qua opmaak van het document?
   a. Volledig met de hand geschreven
   b. Volledig uitgetypt
   c. Getypt met extra handgeschreven informatie
   d. Geen voorkeur / andere

2) Hoe lang dient voor u als spoedarts de ideale verwijsbrief te zijn?
   a. Maximaal het formaat van een voorschrift
   b. Maximaal een A5 formaat
   c. Maximaal een A4 formaat
   d. Geen voorkeur / andere

3) De volgorde uit vraag 2.1
   a. Is voor mij ideaal
   b. Is voor mij **bijna** ideaal
   c. Is voor mij **niet** ideaal

2.3. <u>Indien er nog andere factoren zijn die u heel belangrijk vindt kan u dit hier vermelden:</u>

[open vraag]

3. <u>Vragen in verband met de beoordeling van de huidige verwijsbrieven naar de spoedgevallendienst.</u>

3.1. <u>Gelieve uw eerlijke mening te geven over de gemiddelde verwijsbrief die u ontvangt op de spoedgevallendienst.</u>

Omcirkel voor elk van de volgende aspecten het nummer dat het best overeenkomt met uw mening, waarbij u er rekening mee houdt dat 0 = totaal negatieve evaluatie voor dit aspect, 5 = neutrale evaluatie voor dit aspect en 10 = volledig positieve evaluatie voor dit aspect.

1) Wanneer u de gemiddelde verwijsbrief die u ontvangt op de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **op beknoptheid** (waarbij 0 = veel te kort en 10 = veel te lang), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

2) Wanneer u de gemiddelde verwijsbrief die u ontvangt op de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **op algemene leesbaarheid van het handschrift** (waarbij 0 = totaal onleesbaar en 10 = perfect leesbaar of getypte brief), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

3) Wanneer u de gemiddelde verwijsbrief die u ontvangt op de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **op logische opbouw** (waarbij 0 = totaal onlogisch en 10 = perfect logisch), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

4) Wanneer u de gemiddelde verwijsbrief die u ontvangt op de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **op collegialiteit** (waarbij 0 = totaal oncollegiale toon en 10 = uiterst collegiale toon), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

5) Wanneer u de gemiddelde verwijsbrief die u ontvangt op de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **als document waarmee u direct de patiënt verder kan helpen** (waarbij 0 = ik kan afgaande hierop niet meteen helpen en 10 = ik kan afgaande hierop meteen starten met de juiste onderzoeken), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

6) Wanneer u de gemiddelde verwijsbrief die u ontvangt op de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **ten opzichte van het in uw ogen ideale verwijsdocument** (waarbij 0= zeer slechte score en 10 = zeer goede score), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

7) Wanneer u de gemiddelde verwijsbrief die u ontvangt op de spoedgevallendienst **in het algemeen** zou moeten quoteren (waarbij 0= zeer slechte score en 10 = zeer goede score), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

3.2. *Hier kan u nog opmerkingen noteren indien u deze zou hebben:*

[Open vraag]

Bijlage 2: Nameting – online-enquête

1. **Gelieve deze demografische informatie aan te vullen.**

1.1. Geslacht: V / M

1.2. Leeftijd: [getal] jaren

1.3. ASO / staflid

1.3.1. Igv ASO: huidige opleidingsjaar : [getal] jaar

1.3.2. Igv staflid: aantal jaren ervaring als afgestudeerd spoedarts: [getal] jaren

2. **Vragen in verband met de beoordeling van de nieuw ingevoerde verwijsbrief naar de spoedgevallendienst van de huisartsenwachtkring Dilbeek / Itterbeek / Schepdaal. (Zie bijlage voor een voorbeeld).**

2.1. *Gelieve uw eerlijke mening te geven over de nieuw ingevoerde verwijsbrief van de huisartsenwachtkring Dilbeek / Itterbeek / Schepdaal*

Omcirkel voor elk van de volgende aspecten het nummer dat het best overeenkomt met uw mening, waarbij u er rekening mee houdt dat 0 = totaal negatieve evaluatie voor dit aspect, 5 = neutrale evaluatie voor dit aspect en 10 = volledig positieve evaluatie voor dit aspect.

1) Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief zou moeten quoteren **op beknoptheid** (waarbij 0 = veel te kort en 10 = veel te lang), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

2) Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief zou moeten quoteren **op algemene leesbaarheid van het handschrift** (waarbij 0 = totaal onleesbaar en 10 = perfect leesbaar), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

3) Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief zou moeten quoteren **op logische opbouw** (waarbij 0 = totaal onlogisch en 10 = perfect logisch), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

4) Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief zou moeten quoteren **op collegialiteit** (waarbij 0 = totaal oncollegiale toon en 10 = uiterst collegiale toon), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

5) Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief zou moeten quoteren **als document waarmee u direct de patiënt verder kan helpen** (waarbij 0 = ik kan afgaande hierop niet meteen helpen en 10 = ik kan afgaande hierop meteen starten met de juiste onderzoeken), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

6) Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief zou moeten quoteren **ten opzichte van verwijsdocumenten die u van andere huisartsen krijgt** (waarbij 0 = veel slechter dan de andere en 10 = veel beter dan de andere), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

7) Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief zou moeten quoteren **ten opzichte van het in uw ogen ideale verwijsdocument** (waarbij 0= zeer slechte score en 10 = zeer goede score), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

8) Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief **in het algemeen** zou moeten quoteren (waarbij 0= zeer slechte score en 10 = zeer goede score), hoeveel geeft u deze dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

2.2. *Vindt u dit nieuwe type verwijsdocument een verbetering in vergelijking met de gemiddelde verwijsbrief die u ontvangt op de spoedgevallendienst*

a. Ja, absoluut een verbetering

b. Ja een verbetering, maar er zijn nog aanpassingen aan te brengen

c. Ik heb geen voorkeur voor deze of de gemiddelde verwijsbrief die ik ontvang

d. Neen, dit formaat en deze inhoud vind ik geen verbetering

e. Uw opmerking:
……

2.3 Heeft u nog opmerkingen of ideeën die u kwijt wil in verband met de aanpassing van het verwijsdocument?

[Open vraag]

Bijlage 3: Toestemmingsformulier

Titel onderzoek: *De ideale verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst: droom of werkelijkheid? Onderzoek vanuit het standpunt van de spoedarts en kwaliteitsanalyse van de verwijsbrieven.*

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Grenier Nathalie

Promotor: Prof. dr Hubloue

Co-promotor: Prof. dr. Devroey

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en methode 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 om op elk moment zonder opgave 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: Sjabloon van de *ideale verwijsbrief*

!! THESIS VERWIJSBRIEF NAAR DE SPOEDGEVALLENDIENST !!

Betreft Naam: Voornaam: M / V Geboortedatum:	**ALLERGIE / INTOLERANTIE:** **DNR-code:** **Orgaandonatie:**

Geachte collega,

Hierbij verwijs ik u mijn patiënt(e) voor onderzoek – advies – opname – behandeling - …

Reden:

Huidige ziektebeeld:

Anamnese:

Lichamelijk onderzoek:

Reeds uitgevoerd aanvullend onderzoek met resultaten:

Reeds opgestarte therapie (geneesmiddel – dosis – frequentie):

Medische voorgeschiedenis:

Chronische therapie (geneesmiddel – dosis – frequentie):

Met collegiale groeten, Datum verwijzing:

[Stempel verwijzende huisarts] [Gegevens eigen huisarts]

Bijlage 5: Vrije opmerkingen en meningen van de spoedartsen betreffende de verwijsbrieven die ze dagelijks op de spoed ontvangen.

1. “Handgeschreven mag best, maar indien onleesbaar dan nog liever géén verwijsbrief.”
2. “Ofwel zijn ze zo kort dat je er niets mee bent ‘graag uw oppuntstelling’. Dan zijn er ook artsen die graag lange brieven schrijven, maar dan zonder nuttige info. Sommige (meestal vrouwelijke huisartsen) schrijven heel het verhaal van de patiënt op, maar dat is net het subjectieve gedeelte. Anamnese en KO herhalen wij toch. Wat ik moet hebben: specifieke vraag naar ons of differentieel diagnose.”

Bijlage 6: Vrije opmerkingen en meningen van de spoedartsen over de inhoud en opstelling van een goede verwijsbrief.

1. “Brief niet noodzakelijk getypt, maar wel graag leesbaar handschrift in dat geval...”
2. “Doorverwijzing naar spoed? Of andere dienst? Datum van doorverwijzing!”
3. “Opmerking ivm lengte: doet er op zich niet toe, het gaat vooral over orde en structuur. Soms heb je lange brieven, maar getypt met tussentiteltjes, veel witruimte. Dan kan je op triage direct uithalen wat je nodig hebt én kan de behandelende arts later toch veel info vinden. Dus lang is goed, maar moet duidelijk gestructureerd zijn (anders is het een hel voor de triage-arts).”
4. “Datum van verwijzing.”
5. “Datum verwijsbrief. Duidelijk onderscheid (op de verwijsbrief) maken tussen dringende verwijzing naar spoedgevallendienst en verwijzing naar "polikliniek".”
6. “Datum van verwijzing (patiënten komen soms dagen later met een "oude" verwijsbrief).”
7. “Ik zou de allergieën bovenaan zetten.”
8. “Datum van verwijzing. Verwijzing naar (spoed , technisch onderzoek, gespecialiseerd advies niet via spoed, ...)”

Bijlage 7: Vrije opmerkingen en meningen van de spoedartsen betreffende de ideale verwijsbrief.

1. “Rechtsboven kan beter een vak 'Kritische info' gemaakt worden waar allergie/DNR/orgaandonatie uiteraard deel van moet uitmaken maar waar ook ruimte is voor vrije tekst: 'HIV+, Dementie met wegloopgedrag/agressie/...'. Niet logisch dat huisarts nog een volledige anamnese/klinisch onderzoek moet invullen in de verwijsbrief. Beter dat hij/zij een DD/ invult met reden waarom aan deze DD/ gedacht wordt (klinische alarmtekenen e.d.).”
2. “Plaats voor een contactnummer van het familielid/de naaste die te contacteren is.”
3. “Indien deze met de hand dient ingevuld te worden lijkt er mij weinig plaats te zijn voor leesbaar de veelal uitgebreide voorgeschiedenis en medicatielijst van de patiënt te schrijven.”
4. “Medicatielijst misschien beter op een tweede blad of aan de achterkant, zo is er ook meer plaatst vooraan voor gegevens (nu lijkt mij de ruimte wat beperkt voor anamnese KO en VG ev lay-out aanpassen. Suggestie voor medicatie in voorgedrukte tabelvorm met kolom voor naam en dosis, alsook kolom met uren of tijdstippen (ochtend, middag, avond), zodat men enkel het uur dient aan te kruisen.”
5. “Leesbaarheid van handschrift niet ideaal...”
6. “In de mate van het mogelijke (afhankelijk of pt in uw bestand zit): contactgegevens vd pt zelf; maar in ELK geval een nummer waarop de verwijzer te contacteren is (desnoods met uren bij).”
7. “Neen; Ik vind het een zeer goed initiatief.”
8. “Ik zou chronische medicatie en voorgeschiedenis naast elkaar zetten, zo komt er meer plaats vrij voor beiden.”

Bijlage 8: Goedgekeurd protocol

Hieronder de selectie van de (relevante) onderdelen van dit protocol die van toepassing zijn voor deze MaNaMa-proef:

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

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

DE IDEALE VERWIJSBRIEF VAN DE HUISARTS NAAR DE SPOEDGEVALLENDIENST: EEN DROOM OF WERKELIJKHEID?

ONDERZOEK VANUIT HET STANDPUNT VAN DE SPOEDARTS EN EEN KWALITEITSANALYSE VAN DE VERWIJSBRIEVEN.

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

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. IVES HUBLOUE
- FUNCTIE: DIENSTHOOFD VAN DE SPOEDGEVALLENDIENST VAN HET UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL
- UNIVERSITEIT: VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- FACULTEIT/VAKGROEP: DEPARTEMENT URGENTIEGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 02/477.51.53
- FAX: 02/477.51.20
- E-MAIL: IVES.HUBLOUE@UZBRUSSEL.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. IVES HUBLOUE

CO-PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. DIRK DEVROEY
- FUNCTIE: DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE VAN DE VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 02/477.47.05
- FAX: 02/477.43.01
- E-MAIL: DDEVROEY@VUB.AC.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PROF. DR. DIRK DEVROEY

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

- NAAM: NATHALIE GRENIER
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0478/78.34.21
- E-MAIL: NATHALIE.GRENIER@OUTLOOK.BE

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: PROF. DR. IVES HUBLOUE
- ADRES: LAARBEEKLAAN 101, 1090 JETTE
- TELEFOONNUMMER: 02/477.51.53
- E-MAIL: IVES.HUBLOUE@UZBRUSSEL.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): ZIEKENHUIS

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

- START ONDERZOEK: 1 MAART 2015 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 30 APRIL 2016

7. SOORT ONDERZOEK[10]

- ☑ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ☑ VRAGENLIJSTEN
  - ❑ INTERVIEW

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

HET HOOFDDOEL VAN DIT ONDERZOEK IS HET OPSTELLEN VAN EEN SJABLOON VOOR EEN VERWIJSBRIEF VAN DE HUISARTS NAAR DE SPOEDGEVALLENDIENST. AANGEZIEN DE LITERATUUR AANGEEFT DAT HET BELANGRIJK IS OM BEIDE PARTIJEN HIERIN TE BETREKKEN, ZAL ER ZOWEL AAN DE HUISARTSEN (I.E. HET ONDERZOEKSDEEL VAN COLLEGA DR. HAEGEMAN) ALS AAN DE SPOEDARTSEN (I.E. HET ONDERZOEKSDEEL VAN DR. GRENIER) GEVRAAGD WORDEN WELKE TOPICS ZIJ ALS RELEVANT BESCHOUWEN IN EEN VERWIJSBRIEF. DIT ZAL GEBEUREN MET BEHULP VAN EEN ONLINE-ENQUÊTE, WAAR DE ARTSEN KUNNEN AANGEVEN WELKE KWALITEITSINDICATOREN (I.E. FACTOREN DIE VOLGENS DE LITERATUUR THUIS HOREN IN EEN KWALITEITSVOLLE EN EVIDENCE BASED MEDICINE VERWIJSBRIEF) ZE WILLEN OPNEMEN IN DE VERWIJSBRIEF. BEIDE ONDERZOEKERS ZULLEN HUN RESULTATEN SAMENLEGGEN ZODAT DE INHOUD VAN HET SJABLOON KAN BEPAALD WORDEN. NAAST DE INHOUD ZULLEN DE ARTSEN OOK HUN VISIE KUNNEN GEVEN OVER DE VORM VAN DE BRIEF. OOK HIER ZAL REKENING MEE GEHOUDEN WORDEN. TOT SLOT ZAL IN DEZE ENQUÊTE OOK GEPOLST WORDEN NAAR DE MENING VAN DE ARTSEN OMTRENT DE HUIDIGE VERWIJSBRIEVEN. HIERBIJ ZAL DE SPOEDARTSEN GEVRAAGD WORDEN HUN OPINIE TE GEVEN OVER DE GEMIDDELDE VERWIJSBRIEF DIE ZE OP SPOED ONTVANGEN. DIT KUNNEN ZE DOEN DOOR MET EEN SCORE TUSSEN NUL EN 10 TE ANTWOORDEN OP VOORGELEGDE STELLINGEN.

GELIJKTIJDIG MET DIT ONDERZOEK ZAL DE KWALITEIT VAN DE VERWIJSBRIEVEN VAN DE HUISARTSEN UIT DE WACHTKRING DILBEEK – ITTERBEEK – SCHEPDAAL, GESCHREVEN IN DE PERIODE TUSSEN 31 AUGUSTUS 2013 EN 31 AUGUSTUS 2014, ONDERZOCHT WORDEN. DIT ZAL GEBEUREN AAN DE HAND VAN EEN CHECKLIST WELKE OPGESTELD WERD OP BASIS VAN DE LITERATUUR (VOORNAMELIJK DE RICHTLIJNEN VAN HET NEDERLANDSE HUISARTSEN GENOOTSCHAP EN DOMUS MEDICA). INDIEN EEN FACTOR AANWEZIG IS ZAL EEN SCORE VAN ÉÉN WORDEN TOEGEKEND EN IN HET ANDERE GEVAL IS DIT EEN SCORE VAN NUL. ZO KAN DE GEMIDDELDE KWALITEITSSCORE BEREKEND WORDEN.

IN HET LAATSTE LUIK VAN DIT ONDERZOEK ZAL HET SJABLOON INGEVOERD WORDEN IN DE WACHTKRING VAN DILBEEK – ITTERBEEK – SCHEPDAAL. NA EEN PERIODE VAN DRIE TOT VIER MAANDEN ZAL HET GEBRUIK ERVAN GEANALYSEERD WORDEN. MEN ZAL DAN ALLE VERWIJSBRIEVEN VAN DEZE WACHTKRING, GESCHREVEN TIJDENS DE PROEFPERIODE, OPNIEUW BESTUDEREN. ER ZAL NAGEGAAN WORDEN HOE VAAK HET SJABLOON GEBRUIKT WORDT EN HOE HET INGEVULD WORDT. INDIEN HET SJABLOON NIET GEBRUIKT WORDT, ZAL DE EIGEN VERWIJSBRIEF BEOORDEELD WORDEN. DOOR DE SCORES VOOR EN NA DE IMPLEMENTATIE VAN HET SJABLOON TE VERGELIJKEN KAN ER OBJECTIEF NAGEGAAN WORDEN OF ER EEN VERBETERING VAN DE KWALITEIT OPGETREDEN IS. TOT SLOT ZAL MEN DE SPOEDARTSEN DE STELLINGEN UIT DE EERSTE ENQUÊTE OPNIEUW VOORLEGGEN. DIT HEEFT TOT DOEL OM NA TE GAAN OF HET SJABLOON EEN SUBJECTIEVE VERBETERING VAN DE KWALITEIT TEWEEG BRENGT.

ALLE VERWIJSBRIEVEN ZULLEN ANONIEM GEANALYSEERD WORDEN, ER ZAL BIJGEVOLG GEEN VERBAND KUNNEN GELEGD WORDEN TUSSEN DE KWALITEITSSCORE VAN DE BRIEF EN DE VERWIJZENDE HUISARTS OF DE PATIËNT. ER ZAL ALLEEN GEKEKEN WORDEN OF DE NAAM VAN DE HUISARTS EN PATIËNT VERMELD WORDT OF NIET, WAARDOOR ER VERDER ALLEEN MET EEN BINAIRE CODE ZAL GEWERKT WORDEN.

AANGEZIEN DE PERIODE WAARIN HET SJABLOON ZAL INGEVOERD WORDEN AFHANGT VAN DE GOEDKEURING VAN HET ETHISCH COMITÉ EN VAN DE BEVRAGING BIJ DE HUIS- EN SPOEDARTSEN, IS HET ONMOGELIJK OM OP VOORHAND DE PRECIEZE PERIODE VAST TE LEGGEN. ER WORDT WEL GETRACHT DE BRIEF ROND JUNI OF JULI 2015 TE INTRODUCEREN.

VOOR DE ENQUÊTES, DE TOESTEMMINGSFORMULIEREN EN EEN MEER GEDETAILLEERDE UITEENZETTING WORDT VERWEZEN NAAR HET PROTOCOL (ZIE BIJLAGE).

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH

[10] Addendum: nazicht van de rest van dit document (o.a. punt 8.) deed blijken dat het overzichtelijker geweest zou zijn om ook nog “verwijsbrief” als keuzeveld toe te voegen onder “interventioneel onderzoek”.

- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH
- ☑ NIET VAN TOEPASSING

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☑ JA
- ❑ NEEN

INDIEN JA

- ☑ ZIEKENHUISDIENST: SPOEDGEVALLENDIENST VAN HET UZ BRUSSEL
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN

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

FACULTEIT GENEESKUNDE – VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
- ☑ JA
- ❑ NEEN

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

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 25 ERKENDE SPOEDARTSEN (IN OPLEIDING + STAFLEDEN)

D. LEEFTIJD : 25-55 JAAR

E. GESLACHT : VROUWELIJK EN MANNELIJK

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? TIJDENS DE WACHTOVERDRACHT ZAL IK DE SPOEDARTSEN TOESPREKEN EN INFORMEREN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?
- ☑ JA
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?
SCHRIFTELIJK :
- ☑ JA
- ❑ NEEN

MONDELING :
- ☑ JA
- ❑ NEEN

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?
- ❑ JA
- ☑ NEEN

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ?
ALLE ERKENDE SPOEDARTSEN (STAFLEDEN EN DE SPOEDARTSEN IN OPLEIDING) VAN HET UZ BRUSSEL

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

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?
- ❑ JA
- ☑ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?
- ❑ JA
- ☑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD
- ☑ JA
- ❑ NEEN

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?
- ☑ JA
- ❑ NEEN

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

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

IN VOORGAANDE JAREN ZIJN ER REEDS ANDERE HAIO'S DIE DIT ONDERWERP GEKOZEN HEBBEN ALS MASTERPROEF. HOEWEL ER NOG GEEN IDENTIEK ONDERZOEK UITGEVOERD WERD, BESTAAN ER WEL DUIDELIJKE GELIJKENISSEN. ER WERD TOCH VOOR DIT ONDERWERP GEKOZEN OMDAT ER NOG GEEN GELIJKAARDIG ONDERZOEK WERD UITGEVOERD IN HET UZ BRUSSEL NOCH BIJ DE HUISARTSEN UIT DE WACHTKRING DILBEEK – ITTERBEEK – SCHEPDAAL. DEZE STUDIE WORDT HERNOMEN OMDAT HET BELANG VAN EEN GOED UITGEVOERD VERWIJSPROCES IN MEERDERE ONDERZOEKEN AANGETOOND IS EN OMDAT GEMERKT WERD DAT DIT NOG NIET OPTIMAAL VERLOOPT. DOORDAT MEN ZICH BASEERT OP REEDS BESTAANDE ONDERZOEKEN, KUNNEN DE RESULTATEN ONDERLING VERGELEKEN WORDEN.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

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

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

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

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

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:
- ☑ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN
- ❑ JA
- ☑ NEEN

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

X NIET VAN TOEPASSING
❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

❑ ERELOON:
❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING
DATUM : 5/2/15
NAAM : Gremina Naklebi
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM : 5/2/2015
NAAM : Prof. dr. Ives Hubloue
HANDTEKENING :
Universitair Ziekenhuis Brussel
Spoedgevallendienst
Prof. dr. Ives Hubloue
T 02/19-69-580

PROMOTOR
DATUM : 5/2/2015
NAAM : Prof. dr. Ives Hubloue
HANDTEKENING :
Universitair Ziekenhuis Brussel
Spoedgevallendienst
Prof. dr. Ives Hubloue
T 02/19-69-580

CO-PROMOTOR
DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :
Prof. dr. D. Devroey, diensthoofd
Vrije Universiteit Brussel
Vakgroep huisartsgeneeskunde
11/2/15

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 11/2/15
NAAM : Prof. dr. D. Devroey, diensthoofd
HANDTEKENING : Vrije Universiteit Brussel
Vakgroep huisartsgeneeskunde

Bijlage 9: Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Brussel
Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. I. HUBLOUE
SPOEDGEVALLEN UZ BRUSSEL
PROF. DR. D. DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE VUB

Brussel, 25-03-2015

Ons Kenmerk: **2015/082**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
De ideale verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst : een droom of werkelijkheid? Onderzoek vanuit het standpunt van de spoedarts en een kwaliteitsanalyse van de verwijsbrieven.
B.U.N. 143201524058

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van **25 maart 2015**

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL