De verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst.

Kan een hervorming de huidige barrières doorbreken?

Dr. Haegeman Elke, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Dirk Devroey, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Prof. Dr. Ives Hubloue, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Praktijkopleider: Dr. De Brandt Stefan

Abstract

Titel
De verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst. Kan een hervorming de huidige barrières doorbreken?

Auteurs
Haegeman E[1], Devroey D[2], Hubloue I[3]

Context
Het verwijsproces is een belangrijk aspect van kwaliteitsvolle zorg. Karakteristiek wordt dit proces geïnitieerd met behulp van een verwijsbrief. De kwaliteit van deze briefwisseling blijkt vaak ondermaats te zijn in de dagdagelijkse praktijk.

Onderzoeksvraag
Wat is de ideale verwijsbrief naar de spoedgevallendienst volgens de huisarts? Hoe verloopt het verwijsproces bij de huisartsen uit de wachtkring Dilbeek - Itterbeek - Schepdaal? Wat zijn momenteel de barrières en mogelijke oplossingen voor de optimalisatie van het proces? Heeft de ideale brief, samengesteld op basis van de verwachtingen van de huisartsen en de spoedartsen (Dr. Grenier), invloed op de kwaliteit van het verwijsproces?

Methode
In de literatuur werd gezocht naar aanbevelingen voor het opstellen van een verwijsbrief. Aan de hand van een online-enquête verkozen de huisartsen van de wachtkring Dilbeek - Itterbeek - Schepdaal de inhoud en de lay-out van de ideale verwijsbrief. In combinatie met de resultaten van Dr. Grenier (bevraging van de spoedartsen van het Universitair Ziekenhuis Brussel) werd een sjabloon voor de *ideale verwijsbrief* opgesteld. Vier maanden na de invoering van dit sjabloon werd met behulp van een tweede enquête nagegaan of dit sjabloon tot een subjectieve kwaliteitsverbetering geleid heeft. Tot slot werden de verschillende oorzaken die leiden tot de huidige ondermaatse kwaliteit van de verwijsbrieven verzameld met behulp van een Ishikawa-analyse.

Resultaten
In totaal hebben vierentwintig spoedartsen en acht huisartsen deelgenomen aan de eerste enquête. Op basis van deze gegevens werd de ideale brief samengesteld. In de bevraagde huisartsenwachtkring, blijkt deze ideale brief weinig invloed te hebben op de subjectieve kwaliteit van het verwijsproces. Er was geen significant kwaliteitsverschil in vergelijking met de voormeting. Naast de gekende barrières, werden wel een aantal nieuwe struikelblokken aangehaald zoals geen administratieve medewerker, taalbarrière en slechte retourcommunicatie. Op basis hiervan werd samen met de huisartsen een plan voor verbetering van de verwijzing opgesteld.

Besluit
Het sjabloon was voor de huisartsen een welgekomen houvast maar had geen significante invloed op de subjectieve kwaliteit van het verwijsproces. Verdere optimalisatie van het sjabloon en van het verwijsproces is nodig.

Contact: haegeman.elke@gmail.com

[1] Huisarts in opleiding te Dilbeek.
[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.

De verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst.

Kan een hervorming de huidige barrières doorbreken?

Inleiding

Het verwijsproces van eerste naar tweede lijn kan als complex beschouwd worden waardoor de kans op falen reëel is (1,2). Tot op heden wordt dit proces hoofdzakelijk geïnitieerd met behulp van een verwijsbrief. Zowel nationale als internationale onderzoeken tonen echter aan dat de kwaliteit van deze briefwisseling ondermaats is (2–4).

In een gesprek met collega Dr. N. Grenier, op dat moment werkzaam op de spoedgevallendienst als Huisarts In Opleiding (HAIO), kwam dit gebrek aan kwaliteit eveneens naar boven. Blijkt dat de meeste huisartsen wel de tijd nemen om een verwijsbrief te schrijven, maar de inhoud ervan is vaak onvoldoende om de patiëntenzorg adequaat te vervolledigen.

Wanneer de literatuur hierover wordt nagegaan, blijkt dat onvoldoende vermelding van de actuele medicatie een terugkerend probleem is (3,5–7). Tevens is de inhoud van de verwijsbrief afhankelijk van de afzender; i.e. huisarts versus wachtarts (8). Bovendien bestaat er een verschil tussen wat eerstelijns- en tweedelijnszorgverleners als essentieel beschouwen om in de verwijs- en ontslagbrieven op te nemen (2,9). In voorgaande masterproeven van HAIO's over dit onderwerp werden verwijsbrieven geëvalueerd en werd geprobeerd om het verwijsproces en de verwijsbrief te optimaliseren (10–15).

Situering en vraagstelling

Desondanks de inspanningen en aanbevelingen uit voorgaande masterproeven zijn er blijkbaar toch nog barrières. Hierdoor bood de opportuniteit zich aan om een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren in de huisartsenwachtkring Dilbeek - Itterbeek - Schepdaal. In dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject werd getracht na te gaan hoe de ideale verwijsbrief naar de spoedgevallendienst eruit ziet volgens de huisartsen uit de wachtkring Dilbeek - Itterbeek - Schepdaal. Daarbij werd getracht te achterhalen hoe het verwijsproces bij de huisartsen uit de voorgenoemde wachtkring verloopt, wat de barrières zijn en wat mogelijke oplossingen zijn voor de optimalisatie van het proces. Het gemeenschappelijk doel van Dr. Grenier en Dr. Haegeman was het opstellen van een sjabloon voor een verwijsbrief waar zowel de afzender (i.e. de huisarts) als de ontvanger (i.e. de spoedarts) achterstaat. Tot slot werd nagekeken of deze ideale brief invloed had op de kwaliteit van het verwijsproces.

Methode

Literatuuronderzoek

Volgens het watervalprincipe werd in de literatuur gezocht naar aanbevelingen voor het opstellen van een verwijsbrief. Domus Medica heeft een sjabloon ontworpen voor een goede verwijsbrief (16). Het Nederlands huisartsen genootschap (NHG) heeft hierover reeds jaren geleden een aanbeveling opgesteld (17). In 2008 werd deze aanbeveling herzien (18). De zoekopdracht leverde ook een document op van onze Schotse collega's (19) en een document van de Canadese huisartsen (20). Bijlage 1 toont een overzicht van de inhoud van deze richtlijnen.

Om de kwaliteit van het verwijsproces te verhogen, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de communicatieproblemen tussen spoedarts en huisarts. Momenteel is er echter weinig gekend over de barrières die een effectieve communicatie in de weg staan (1). Dit is jammer want een goed opgestelde verwijsbrief heeft een positieve invloed op de kwaliteit en het prijsbeleid van de zorg, ondermeer doordat een goede brief aanleiding geeft tot minder herhaling van onderzoeken (21). Hoewel de literatuur hierover niet eensgezind is, zou het gebruik van een verwijsbrief op basis van een vast sjabloon hier een positieve invloed op kunnen hebben (22,23).

Setting en deelnemers

De onderzoekspopulatie was opgebouwd uit huisartsen die werkzaam zijn in de gemeente Dilbeek. De bevraagde huisartsen behoorden allen tot de wachtkring Dilbeek - Itterbeek - Schepdaal. De huisartsen van de andere twee wachtkringen uit de regio (i.e. Savio - Groot-Bijgaarden en Sint-Martens-Bodegem - Sint-Ulriks-Kapelle) werden geëxcludeerd. Beide onderzoekers werden niet toegelaten om deel te nemen aan het onderzoek en HAIO's maakten eveneens geen deel uit van de onderzoekspopulatie. Het onderzoek werd uitgevoerd tussen 1 april 2015 en 31 maart 2016. Toestemming voor het onderzoek werd verkregen van de Commissie Medische Ethiek UZ Brussel - VUB.

Voormeting

De huisartsen werden op 23 april 2015 tijdens de lokale kwaliteitsgroep (LOK) geïnformeerd over het project. Verder werd hen ook gevraagd om het toestemmingsformulier (bijlage 2) te lezen en te ondertekenen. Vervolgens werden ze op 1 juni 2015 via e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan de eerste online-enquête (bijlage 3). De enquête werd opgesteld aan de hand van de server Limesurvey. Na 14 dagen, op 14 juni 2015, werd deze enquête afgesloten.

In deze enquête werd aan de artsen een vragenlijst met 20 kwaliteitsindicatoren voorgelegd. Deze lijst met indicatoren was gebaseerd op de aanbevelingen uit de literatuur (bijlage 1). De artsen werd gevraagd om hun mening te geven omtrent de mate waarin zij vinden dat een bepaalde factor in een kwaliteitsvolle verwijsbrief

dient te staan. Hierbij konden ze, naar analogie met een studie van Hartveit et al (2013), antwoorden door één van de volgende opties te kiezen: helemaal niet belangrijk/irrelevant, niet belangrijk, neutraal, belangrijk of heel belangrijk/cruciaal (24). Factoren waarbij 75% of meer van de huisartsen en/of de spoedartsen de mogelijkheid 'belangrijk' of 'heel belangrijk/cruciaal' had aangeduid, werden opgenomen in de *ideale verwijsbrief*. Tevens werd hun voorkeur bevraagd qua vorm en opmaak van de brief d.m.v. meerkeuzevragen waarbij de huisarts telkens één antwoord kon aanduiden. Vervolgens werden de huisartsen bevraagd in verband met de kwaliteit van de gemiddelde verwijsbrief die ze opstellen ten aanzien van de spoedgevallendienst. En dit aan de hand van zeven stellingen, die beantwoord konden worden met een score tussen nul en tien. Deze stellingen zijn gebaseerd op de enquête uit de masterproef van Dr. Amant (15).

Analyse van het verwijsproces

Samen met de huisartsen uit de hoger vernoemde wachtkring werd tijdens de LOK op 23 april 2016 onderzocht hoe de noodzakelijke informatie voor de verwijsbrieven verzameld wordt. Met behulp van een Ishikawa-analyse (visgraatanalyse) werden de verschillende oorzaken die leiden tot de huidige ondermaatse kwaliteit van de verwijsbrieven verzameld (25).

Nameting

De nieuwe verwijsbrief werd ingevoerd op 22 juni 2015 en dit voor een periode van 4 maanden (t.e.m. 22 oktober 2015). Het sjabloon werd zowel op papier als elektronisch (Word-document) ter beschikking gesteld aan de huisartsen. Ook was het sjabloon op papier beschikbaar in drie woonzorgcentra te Dilbeek. Het sjabloon werd echter niet geïntegreerd in de elektronisch medisch dossier (EMD) pakketten van de huisartsen. Op 11 november 2015 werden de huisartsen opnieuw via e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan de tweede enquête (bijlage 5). Deze enquête werd eveneens opgesteld aan de hand van de server Limesurvey. Om de responsgraad te verhogen werd op 28 januari 2016 een herinneringsmail naar de deelnemers verstuurd. De vragenlijst stond gedurende een tijdspanne van 4 maanden online. Naar analogie met de voormeting werd aan de huisartsen gevraagd hoe ze op dat moment de kwaliteit van hun verwijsbrieven inschatten. Op die manier kon er worden nagegaan of de invoering van het sjabloon een subjectieve kwaliteitsverbetering met zich had meegebracht.

Data-analyse

De bekomen gegevens werden statistisch geanalyseerd met behulp van Microsoft Office Excel 2007, VassarStats (www.vassarstats.net) en IBM SPSS statistics 22. Met behulp van beschrijvende statistiek werden de demografische gegevens verwerkt. De meningen van de huisartsen betreffende de kwaliteitsindicatoren, werden geanalyseerd door per antwoordmogelijkheid het percentage van de huisartsen te berekenen. De vijf antwoordmogelijkheden werden herleid tot drie groepen. De antwoorden 'helemaal niet belangrijk/irrelevant' en 'niet belangrijk' vormden samen de groep 'irrelevant/niet belangrijk' en de tweede groep werd gevormd

door de antwoordmogelijkheid ‘neutraal’. De antwoorden ‘belangrijk’ en ‘heel belangrijk/cruciaal’ werden gegroepeerd tot ‘belangrijk/cruciaal’. De antwoorden van de spoedartsen werden op een analoge manier geanalyseerd (Dr. Grenier). Indien 75% of meer van de huisartsen en/of de spoedartsen tot de groep ‘belangrijk/ cruciaal’ behoorden, werd die bepaalde factor in de consensusbrief opgenomen. Met behulp van de Freeman-Halton extension of the Fisher exact probability test in de online toepassing VassarStats werd dan nagegaan of er een significant verschil ($p < 0,05$) bestaat tussen de mening van de spoedartsen en de mening van de huisartsen (26).

Wat betreft de vorm en de opmaak van het verwijsdocument werd rekening gehouden met het vaakst voorkomende antwoord. In verband met de vragen betreffende de kwaliteitsbeoordeling van de verwijsbrieven werd eerst per stelling een gemiddelde score op tien berekend. Via de independent samples t-test werd dan nagegaan of er een significant verschil ($p < 0,05$) bestaat tussen de kwaliteitsbeoordeling van de huisartsen vóór en na de introductie van de consensusbrief (27). Deze consensusbrief werd opgesteld door de resultaten van beide onderzoekers samen te leggen.

Resultaten

Voormeting

Op het moment van de voormeting bestond de bevraagde populatie uit 13 huisartsen. Acht huisartsen hebben aan de enquête deelgenomen. Dit correspondeerde met een responsgraad van 61%. De gemiddelde leeftijd was 47 jaar en 62% (5/8) van de deelnemers was mannelijk (tabel 1).

Tabel 1
Beschrijving van de studiepopulatie

	Voormeting (n=8)	Nameting (n=9)
Leeftijd (jaar), gemiddelde ± SD	47,0 ± 11,7	47,4 ± 10,5
Man (n)	5	6
Vrouw (n)	3	3
Ervaring als huisarts (jaar), gemiddelde ± SD	21 ± 12	20 ± 13

SD = standaarddeviatie, n = aantal

In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsindicatoren die volgens de literatuur in een goede verwijsbrief zouden opgenomen moeten worden. De meningen van de huisartsen alsook van de spoedartsen i.v.m. deze factoren worden eveneens weergegeven in deze tabel. De vrije opmerkingen van de huisartsen hieromtrent staan vermeld in bijlage 6 en 7. Figuur 1, 2 en 3 geven de resultaten weer wat betreft de ideale opmaak en vorm van het verwijsdocument volgens de huisartsen. In tabel 3 staan de resultaten van de subjectieve beoordeling van de verwijsbrieven, zijnde de berekende gemiddelden en standaardafwijkingen voor de volledige groep huisartsen per bevraagd thema. In het algemeen geven de huisartsen zichzelf een score van 6,9/10.

Tabel 2
Mening van de huisartsen en de spoedartsen over de inhoud van de verwijsbrieven.

	Kwaliteitsindicatoren	Functie		Irrelevant/ niet belangrijk	Neutraal	Belangrijk/ cruciaal	P-waarde*
1	Gegevens van de verwijzende huisarts. Dit kan de eigen huisarts of de wachtarts zijn.	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	1,000
			%	0	0	100	
		Spoedarts (n=24)	n	0	1	23	
			%	0	4,2	95,8	
2	Indien de verwijzende arts niet de eigen huisarts is: gegevens van de eigen huisarts	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	0,555
			%	0	0	100	
		Spoedarts (n=24)	n	0	3	21	
			%	0	12,5	87,5	
3	Gegevens van de patiënt. Basis: naam, voornaam, geslacht, geboortedatum/ leeftijd	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	1,000
			%	0	0	100	
		Spoedarts (n=24)	n	1	1	22	
			%	4,2	4,2	91,6	
4	Gegevens van de patiënt. Uitgebreid: beroep, adres, telefoonnummer	Huisarts (n=8)	n	1	5	2	0,511
			%	12,5	62,5	25	
		Spoedarts (n=24)	n	8	10	6	
			%	33,3	41,7	25	
5	Reden van verwijzing	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	1,000
			%	0	0	100	
		Spoedarts (n=24)	n	0	0	24	
			%	0	0	100	
6	Huidig ziektebeeld: Anamnese = subjectief	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	0,575
			%	0	0	100	
		Spoedarts (n=24)	n	2	4	18	
			%	8,3	16,7	75	
7	Huidig ziektebeeld: Lichamelijk onderzoek = objectief	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	0,473
			%	0	0	100	
		Spoedarts (n=24)	n	1	6	17	
			%	4,2	25	70,8	
8	Huidig ziektebeeld: aanvullende onderzoeken	Huisarts (n=8)	n	0	2	6	0,198
			%	0	25	75	
		Spoedarts (n=24)	n	2	1	21	
			%	8,3	4,2	87,5	
9	Therapie in kader van huidige aandoening: geneesmiddel	Huisarts (n=8)	n	0	1	7	0,443
			%	0	12,5	87,5	
		Spoedarts (n=24)	n	0	1	23	
			%	0	4,2	95,8	
10	Therapie in kader van huidige aandoening: dosis	Huisarts (n=8)	n	0	2	6	0,056
			%	0	25	75	
		Spoedarts (n=24)	n	0	0	24	
			%	0	0	100	
11	Therapie in kader van huidige aandoening: frequentie	Huisarts (n=8)	n	0	2	6	0,056
			%	0	25	75	
		Spoedarts (n=24)	n	0	0	24	
			%	0	0	100	
12	(Differentieel) diagnose(s)	Huisarts (n=8)	n	0	5	3	0,472
			%	0	62,5	37,5	
		Spoedarts (n=24)	n	5	11	8	
			%	20,8	45,8	33,3	
13	Specifieke vraagstelling	Huisarts (n=8)	n	0	3	5	0,039°
			%	0	37,5	62,5	
		Spoedarts (n=24)	n	1	1	22	
			%	4,2	4,2	91,6	
14	Voorgeschiedenis/ comorbiditeiten	Huisarts (n=8)	n	0	2	6	0,147
			%	0	25	75	
		Spoedarts (n=24)	n	0	1	23	
			%	0	4,2	95,8	
15	Chronische therapie: geneesmiddel	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	1,000
			%	0	0	100	
		Spoedarts (n=24)	n	0	0	24	
			%	0	0	100	
16	Chronische therapie: dosis	Huisarts (n=8)	n	0	1	7	0,443
			%	0	12,5	87,5	
		Spoedarts (n=24)	n	0	1	23	
			%	0	4,2	95,8	

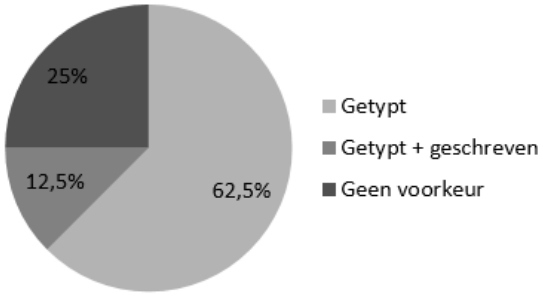
Tabel 2

Vervolg van pagina 6

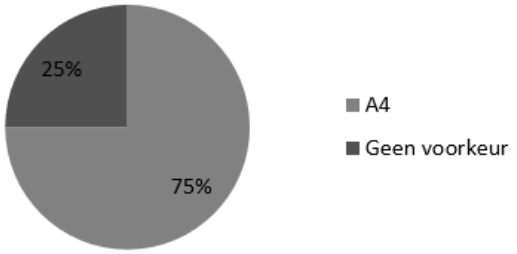
17	Chronische therapie: frequentie	Huisarts (n=8)	n	0	1	7	0,443
			%	0	12,5	87,5	
		Spoedarts (n=24)	n	0	1	23	
			%	0	4,2	95,8	
18	Aandachtspunten: allergie	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	1,000
			%	0	0	100	
		Spoedarts (n=24)	n	0	0	24	
			%	0	0	100	
19	Aandachtspunten: psychosociale factoren/ familiale antecedenten/ risicovol leefgedrag	Huisarts (n=8)	n	1	4	3	0,120
			%	12,5	50	37,5	
		Spoedarts (n=24)	n	0	8	16	
			%	0	33,3	66,7	
20	Reanimatiebeleid/ orgaandonatie	Huisarts (n=8)	n	2	3	3	0,011°
			%	25	37,5	37,5	
		Spoedarts (n=24)	n	0	4	20	
			%	0	16,7	83,3	

° Significant verschil tussen de mening van de huisartsen en de mening van de spoedartsen (p<0,05). P-waarde* berekend met behulp van de Freeman Halton extensie van de Fisher's Exact test.

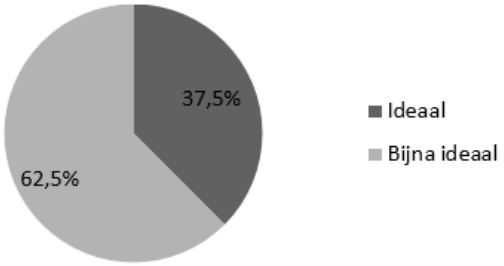
Figuur 1: De ideale opmaak van de verwijsbrief volgens de huisarts.



Figuur 2: Het ideale formaat van de verwijsbrief volgens de huisarts.



Figuur 3: Mening van de huisarts i.v.m. de voorgestelde volgorde van de kwaliteitsindicatoren.



Het sjabloon (bijlage 4) werd, zoals hierboven reeds vermeld, opgesteld op basis van de voorkeuren van de huis- en spoedartsen. Voor de bespreking van dit sjabloon wordt verwezen naar de discussie.

Het verwijsproces

Tien huisartsen bespraken samen de moeilijkheden en struikelblokken bij het opstellen van een goede verwijsbrief. Deze oorzaken werden opgelijst in figuur 5.

Tabel 3
Subjectieve kwaliteit van de verwijsbrieven die de huisartsen opstellen t.a.v. de spoedgevallendienst

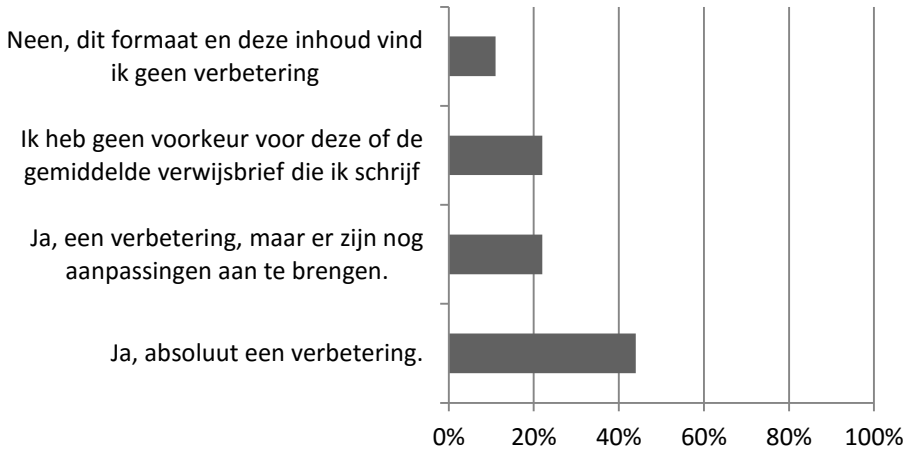
	Score voormeting (n=8) Gemiddelde ± SD	Score nameting (n=9) Gemiddelde ± SD	P-waarde
Beknopt	6,0 ± 1,9	5,3 ± 1,9	0,489°
Leesbaar	6,6 ± 2,7	7,0 ± 2,2	0,757°
Logisch	6,1 ± 1,6	6,9 ± 1,5	0,311°
Collegiaal	7,6 ± 1,2	7,4 ± 1,8	0,814°
Helpend	6,8 ± 2,0	6,8 ± 1,7	0,976°
T.o.v. ideaal	6,8 ± 1,3	6,1 ± 2,1	0,466°
Algemeen	6,9 ± 1,0	7,0 ± 2,4	0,468*

SD = standaarddeviatie; P° = T-toets met gelijke variantie; P* = T-toets met ongelijke variantie

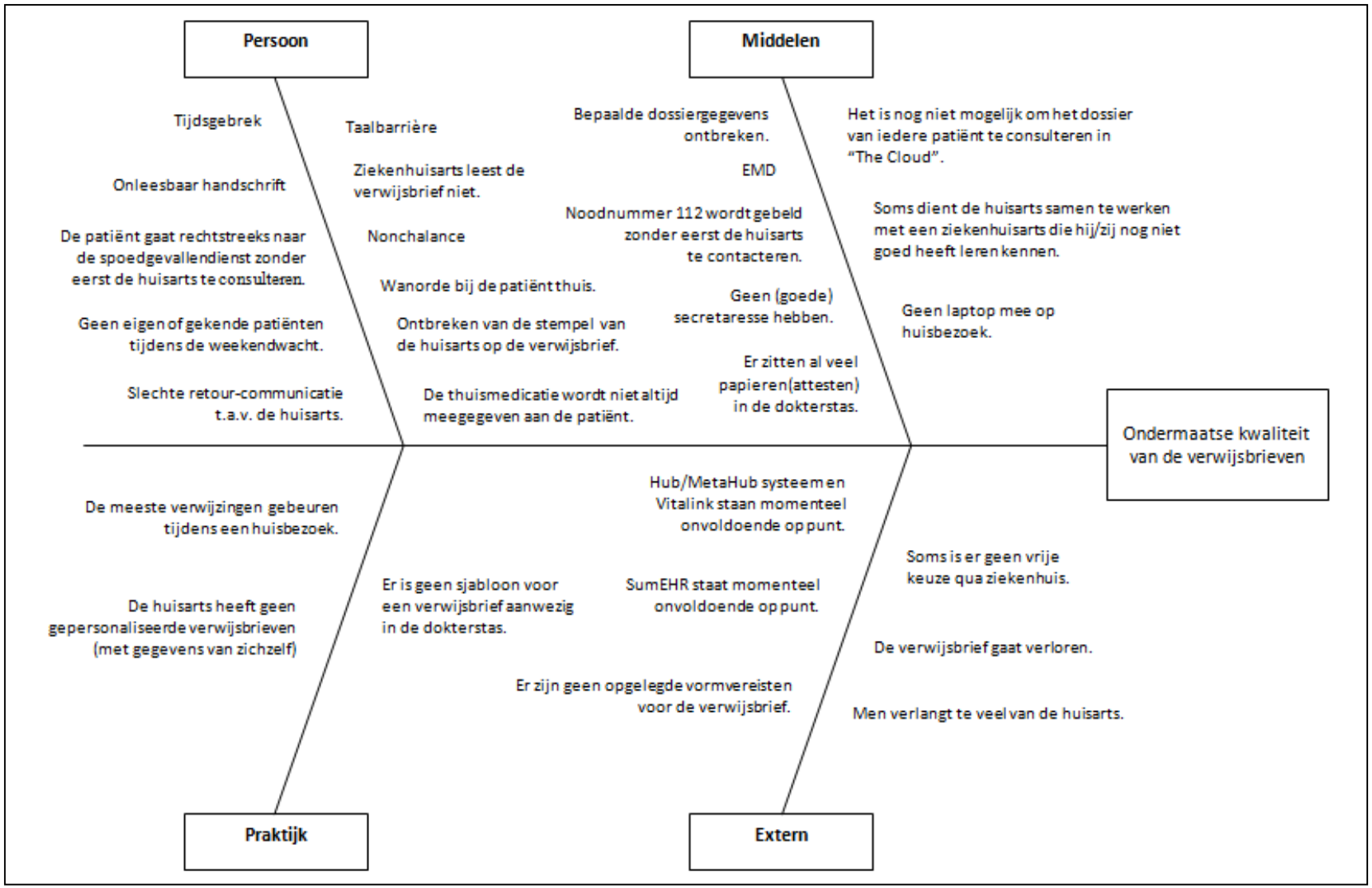
Nameting

De bevraagde populatie bestond op het moment van de nameting uit 14 huisartsen. Aan de enquête hebben negen huisartsen deelgenomen. Dit kwam overeen met een responsgraad van 64 %.
De gemiddelde leeftijd was 47 jaar en 67 % (6/9) van de deelnemers was mannelijk (tabel 1). De verkregen resultaten i.v.m. de subjectieve kwaliteitsbeoordeling worden in tabel 3 samengevat, zijnde de berekende gemiddelden en standaardafwijkingen voor de volledige groep per bevraagd onderwerp. In het algemeen geven de huisartsen zichzelf een score van 7,0/10. Figuur 4 toont de mening van de huisartsen i.v.m. het sjabloon. Van de ondervraagde huisartsen omschrijft 44% het nieuwe type verwijsdocument als een absolute verbetering in vergelijking met de gemiddelde verwijsbrief die ze schrijven. De vrije opmerkingen van de huisartsen staan vermeld in bijlage 8.

Figuur 4: Vindt u dit nieuwe type verwijsdocument een verbetering in vergelijking met de gemiddelde verwijsbrief die u schrijft t.a.v. de spoedgevallendienst?



Figuur 5: Ishikawa-analyse (visgraatanalyse). Struikelblokken voor het opstellen van een goede verwijsbrief naar de spoedgevallendienst.



Discussie

Dit onderzoek laat zien hoe de ideale verwijsbrief eruit ziet volgens de bevraagde huisartsen. Van de vooropgestelde lijst werden 15 van de 20 kwaliteitsindicatoren door de huisartsen als belangrijk tot cruciaal bestempeld. De uitgebreide gegevens van de patiënt (i.e. het beroep, het adres en het telefoonnummer), de (differentieel) diagnose(s) en de aandachtspunten (i.e. psychosociale factoren, familiale antecedenten en risicovol leefgedrag) werden door de huisartsen als onvoldoende belangrijk beschouwd om te worden opgenomen in de *ideale verwijsbrief*. Dit was vergelijkbaar met de mening van de spoedartsen. Aldus werd met deze drie kwaliteitsindicatoren geen rekening gehouden bij het opstellen van het sjabloon.

Bij vergelijking van de keuzes van de huisartsen en de spoedartsen, werd een grote overeenkomst gezien. Slechts voor twee factoren werd een significant meningsverschil tussen beide artsengroepen gevonden. In tegenstelling tot de huisartsen hechten de spoedartsen meer belang aan een *specifieke vraagstelling* en de afspraken omtrent het *reanimatiebeleid en orgaandonatie*. De vermelding van het lichamelijk onderzoek was volgens 71% van de spoedartsen belangrijk tot cruciaal. Daarentegen bedroeg dit percentage bij de huisartsen 100%. Dit meningsverschil was echter niet significant.

De door ons voorgestelde volgorde van de indicatoren was volgens de meerderheid van beide artsengroepen ‘bijna ideaal’. Echter werd niet bevraagd wat voor de artsen dan wel een ideale volgorde was. Bijgevolg was het niet mogelijk om daarmee rekening te houden bij het opstellen van het sjabloon. Dit vormt dus een beperking van deze studie. Wat betreft de lay-out verkoos de meerderheid van beide artsengroepen een getypte brief in A4-formaat. De mening van de bevraagde huisartsen omtrent de inhoud van de *ideale verwijsbrief* naar de spoedgevallendienst vertoont analogie met de literatuur (11,23,28).

De ideale brief, samengesteld op basis van de verwachtingen van huisartsen en spoedartsen, blijkt weinig invloed te hebben op de *subjectieve* kwaliteit van het verwijsproces. Na implementatie van het sjabloon werd een verwaarloosbare, niet significante, toename van de algemene kwaliteit gezien. De gemiddelde score wat betreft de leesbaarheid en de logica was toegenomen, maar deze toename was niet significant. De gemiddelde score wat betreft de beknoptheid en de collegialiteit vertoonde een niet significante afname t.o.v. de voormeting. Dit staat in contrast met de studie van Dubois et al (2014), waar de huisartsen de kwaliteit van hun verwijsbrieven wel hoger inschatten na invoering van het sjabloon (12). De invloed van het sjabloon op de objectiveerbare kwaliteit van de verwijsbrieven staat beschreven in de masterproef van Dr. Grenier.

Daarnaast werd in deze studie meer inzicht in de actuele barrières van het verwijsproces verkregen. De barrières die door de huisartsen werden aangehaald, zijn vergelijkbaar met de aangehaalde barrières in eerder onderzoek (10). Het betreft hier o.a. onleesbaar handschrift, geen laptop, wachtdienst, elektronische doorverwijzing onvoldoende op punt gesteld, enz. Maar tevens werden een aantal nieuwe elementen aangehaald zoals geen administratieve medewerker, taalbarrière en slechte retourcommunicatie. Op basis van de aangehaalde moeilijkheden werd samen met de huisartsen een plan voor verbetering van de verwijzing naar de spoedgevallendienst opgesteld. Vooraleerst mag de spoedarts gerust de huisarts opbellen wanneer een

patiënt zich op de spoedgevallendienst aanmeldt. Ten tweede is telefonisch contact efficiënter en zorgt het voor tijdswinst. Als derde punt zou eventueel de combinatie van telefonisch contact met een verwijsbrief kunnen helpen. Tot slot het belang om de patiënt te sensibiliseren. Wanneer de patiënt of diens familie naar het noodnummer 112 belt, wordt best ook de huisarts verwittigd.

Sterke en zwakke punten

Een van de sterktes van dit onderzoek is dat het sjabloon niet enkel werd opgesteld volgens de bestaande richtlijnen uit de literatuur, maar dat er eveneens rekening werd gehouden met de mening van een groep huisartsen en spoedartsen. Het feit echter dat het een kleine groep huisartsen betreft, vormt een belangrijke beperking. Het onderzoek beperkt zich tot één huisartsenwachtkring en één ziekenhuis. Door deze kleinschaligheid konden de bekomen resultaten niet veralgemeend worden. Bovendien werd geen onderzoek gedaan naar de elektronische verwijsbrief. Een reden hiervoor is dat verwijzingen naar de spoedgevallendienst frequent vanuit de thuissituatie plaatsvinden. Daar heeft de huisarts meestal geen computer ter beschikking en is het opstellen van een verwijsbrief met behulp van het EMD dus niet mogelijk (3). Een tweede reden is het feit dat het praktisch gezien onmogelijk was om het sjabloon te integreren in de verschillende EMD-pakketten van de deelnemende huisartsen. Een laatste reden is dat tot op heden het SumEHRsysteem onvoldoende gebruiksklaar is (14). De software is wel voor handen maar actueel is er nog een gebrek aan ervaring (18).

Suggesties voor de toekomst

Samen met de huisartsen werd een plan voor verbetering van de verwijzing opgesteld. De volgende stap zou de uitvoering van wat gepland werd zijn. Bijgevolg zou de uitvoering en opvolging van het verbeterplan een mogelijke suggestie zijn voor toekomstig onderzoek. Vanuit de bevraagde artsen is er vraag naar een vast protocol (bijlage 6). Dit bevestigt het belang van een sjabloon. Maar volgens de bevraagde huisartsen dient de het sjabloon en bijgevolg de verwijsbrief nog verder geoptimaliseerd te worden. Twee huisartsen hadden op het einde van de studie als bemerking dat de verwijsbrief best een ander of kleiner formaat zou hebben (bijlage 8). Dit is opmerkelijk gezien het feit dat de meerderheid van de huisartsen initieel als een A4-formaat verkoos. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deze twee huisartsen behoren tot het kwart van de huisartsen die aanvankelijk geen voorkeur hadden qua formaat. Gezien de anonimiteit van de enquêtes kan deze hypothese echter niet bevestigd worden. De spoedartsen zijn eveneens van mening dat verdere optimalisatie van de verwijsbrief noodzakelijk is (Dr. Grenier).

Deze studie toont eveneens dat er tot op heden nog steeds barrières zijn wat betreft het gebruik van het EMD en de nieuwe IT-mogelijkheden in de bevraagde huisartsenpraktijken. Ondanks de actuele inspanningen vanuit de overheid blijft dit dus een gekend probleem (29). Tot slot blijkt uit de bevraging dat de huisartsen van mening zijn dat de spoedartsen de verwijsbrieven niet of nauwelijks lezen (figuur 5). Dit zou een reden kunnen zijn tot demotivatie voor het schrijven van een goede verwijsbrief. Een goede verwijsbrief is echter geen

garantie voor goede communicatie, bijkomend is waarschijnlijk ook een mentaliteitsverandering bij de artsen nodig (30).

Besluit

Om een veralgemeenbare conclusie te kunnen trekken was dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject te kleinschalig. Wel was het mogelijk om een idee te krijgen over hoe de ideale verwijsbrief er volgens de huisarts uitziet. Het sjabloon, opgesteld op basis van de verwachtingen van beide artsengroepen, was voor de huisartsen een welgekomen houvast. Maar het sjabloon had geen significante invloed op de subjectieve kwaliteit van het verwijsproces. Verdere optimalisatie van het sjabloon en bijkomend van de gevonden barrières is nodig.

Dankwoord

Graag zou ik enkele mensen willen bedanken, zonder hun hulp en steun zou deze masterproef niet tot stand gekomen zijn. Vooraleerst zou ik graag mijn promotor Prof. D. Devroey en co-promotor Prof. Dr. I. Hubloue bedanken voor de uitstekende begeleiding en de snelle respons op al mijn vragen. Daarnaast wil ik graag Dr. Grenier Nathalie bedanken voor de fijne samenwerking. Tot slot zou ik ook graag mijn ouders Guido en Kristien, mijn broer Jelle, mijn zus Femke en mijn partner Roel bedanken.

Referenties

1. 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(9):626–31.

2. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res. 2007;7:133.

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

4. Jiwa M, Mathers N. Quality of referral letters. Br J Gen Pract. 2003;53:406.

5. De Lepeleire J, Menten J. Spoedopname van palliatieve patiënten met pijn. Een cruciale rol voor de huisarts. Huisarts Nu. 2007;36(3):125–7.

6. Carney SL. Medication accuracy and general practitioner referral letters. Intern Med J [Internet]. 2006;36:132–4. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16472268

7. Dupont C. Quality of referral letters. Lancet. 2002;359:1701.

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

9. Cheng J, Beltran-Agullo L, Trope GE, Buys YM. Assessment of the quality of glaucoma referral letters based on a survey of glaucoma specialists and a glaucoma guideline. Ophthalmology. 2014;121(1):126–33.

10. 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

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

12. Dubois J, Schoenmakers B, Johan B. Communicatie tussen de eerste en tweede lijn: rol van de verwijsbrief naar de spoedgevallen. Leidt het gebruik van een best practice verwijsbrief tot een grotere tevredenheid omtrent het verwijzingsproces bij de huisarts (in opleiding) [masterproef]. Leuven: K.U.Leuven; 2014.

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

14. 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

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

16. Domus Medica. Voorgedrukte verwijsbrief aan de specialist [Internet]. 2010 [cited 2015 Feb 12]. Available from: http://www.domusmedica.be/praktijk/webwinkel/aanbiedingen/2737-voorgedrukte-verwijsbrief-aan-de-specialist.html

17. NHG. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzing. 2000.

18. NHG. Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzing (HASP). [Internet]. 2008. [cited: 2015 Jan] Available from: https://www.nhg.org/themas/artikelen/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-bij-verwijzingen

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

20. Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L, et al. Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. Can Fam Physician. 2008;54:1432–3.e1–6.

21. Frisse ME, Holmes RL. Estimated financial savings associated with health information exchange and ambulatory care referral. J Biomed Inform 40 (2007) S27–S32

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

23. 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.

24. 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

25. Grol R. Kwaliteitsbevordering voor en door huisartsen. Tweede druk. Utrecht. Nederlands Huisartsen Genootschap. 1997.

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

27. Moore DS, McCabe GP. Statistiek in de praktijk. 2006. p. 307-360

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

29. Van der Stighelen V, Burggraeve P, Geudens L, Van Pottelbergh H, Baeten R, Claessens H et al. ICT-tools en gebruik van EMD door de huisarts. Hefbomen en barrières bij het gebruik van EMD en elektronische communicatie door huisartsen. [Internet]. 2012. Available from:http://www.domusmedica.be/images/ONDERZOEKSRAPPORT_Onderzoek_ICT-tools_en_gebruik_van_EMD_door_de_huisarts_-_DOMUS_MEDICA_2012.pdf

30. 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

Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht van de richtlijnen en de factoren die belangrijk worden geacht.

Factoren	**Domus Medica** (16)	**NHG** (18)	**SIGN*** (19)	**Canadian Family Physician** (20)
Huisarts				
Naam	+	+	+	+
Adres	-	+	+	+
Telefoonnummer	-	+	+	+
E-mail		+	(+)	+
Datum	+	+	+	+
Specialist/spoedarts				
Naam	+	+	+	+
Adres	+	+	+	+
Ziekenhuis	-	+	+	-
Telefoonnummer	-	-	-	+
E-mail	-	-	(+)	-
Patiënt				
Naam en voornaam	+	+	+	+
Geslacht	+	+	(+)	-
Geboortedatum	+	+	+	+
Beroep	+	-	-	-
Rijksregisternummer	-	+	(+)	+
Adres	+	+	+	+
Telefoonnummer	-	+	(+)	+
Graad van urgentie	-	+	(+)	+
Ziekenwagen noodzakelijk	-	-	(+)	-
Voorgeschiedenis	+	+	+	+
Chronische medicatie	+	+	+	+
Huidig ziektebeeld				
Anamnese	+	+	+	+
Lichamelijk onderzoek	-	+	+	-
Aanvullend onderzoek	-	+	+	+
Therapie tot op heden	+	+	+	+
Allergie/intolerantie	-	+	+	+
Contra-indicaties	-	+	+	-
Psychosociale factoren	+	+	+	-
Familiale anamnese	+	+	-	-
Risicovol leefgedrag vb. roken, alcohol enz.	-	+	(+)	-
Diagnose en differentieel diagnose	+	+	-	-
Vraag/voorstel van de verwijzende arts	+	+	+	+
Verwijzing besproken met patiënt	-	+	-	+
Patiënt is ook bekend bij …	-	+	-	-
Voorzieningen nodig bij consult vb. tolk, hardhorig, …	-	+	+	+
Reanimatiebeleid	-	+	-	-
Levenstestament/orgaandonatie	-	+	-	-

*Deze aanbeveling maakt een onderscheid tussen een urgente en een niet-urgente verwijzing. De factoren gevolgd door een plusteken tussen haakjes "(+)" worden beschouwd als wenselijke informatie, i.e. informatie die kan weggelaten worden bij een urgente verwijzing.

Bijlage 2: Toestemmingsformulier voor de huisartsen.

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: De verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst: kan een hervorming de huidige barrières doorbreken?

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Elke Haegeman

Promotor: Prof. Dr. D. Devroey
Co-promotor: Prof. Dr. I. Hubloue

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en de 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 begrijp dat het geluidsopname materiaal of de bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal gebruikt worden.

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

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: ……

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven over 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 3: Enquête bij de huisartsen voor de invoering van de nieuwe verwijsbrief.

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

1.1. Geslacht: V / M

1.2. Leeftijd: [getal] jaren

1.3. HAIO / huisarts

1.3.1. I.g.v. HAIO: exclusie

1.3.2. I.g.v. huisarts: aantal jaren ervaring als HA

1.4. Wachtkring:

1.4.1. Dilbeek/Itterbeek/Schepdaal = inclusie

1.4.2. Savio/Groot-Bijgaarden = exclusie

1.4.3. Sint-Martens-Bodegem/Sint-Ulriks-Kapelle = exclusie

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 huisarts vindt dat de factor in een ideale en kwaliteitsvolle verwijsbrief dient opgenomen te worden. Met andere woorden, waar wil u wel of geen informatie over meedelen via de verwijsbrief?

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

   Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

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

   Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

3) Gegevens van de patiënt:

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

   Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

   b. Uitgebreid: beroep, adres, telefoonnummer

   Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

4) Reden van verwijzing

   Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

5) Huidig ziektebeeld:

   a. Anamnese = subjectief

      Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

   b. Lichamelijk onderzoek = objectief

      Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

   c. Aanvullend onderzoek

      Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

   d. Therapie in kader van huidige aandoening:

      i. Geneesmiddel

         Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

      ii. Dosis

         Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

      iii. Frequentie

         Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

6) (Differentieel) diagnose(s)

   Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

7) Specifieke vraagstelling

   Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

8) Voorgeschiedenis / comorbiditeiten

   Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

9) Chronische therapie:

   a. Geneesmiddel

      Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

   b. Dosis

      Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

   c. Frequentie

      Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

10) Aandachtspunten:

   a. Allergie

      Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

   b. Psychosociale factoren / familiale antecedenten / risicovol leefgedrag

      Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

11) Reanimatiebeleid / orgaandonatie

   Helemaal niet belangrijk/ irrelevant – niet belangrijk – neutraal – belangrijk – heel belangrijk/ cruciaal

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

1) Hoe ziet u als huisarts 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

2) Hoe lang dient voor u als huisarts de ideale verwijsbrief te zijn?
   a. Maximaal het formaat van een voorschrift
   b. Maximaal een A5 formaat (i.e. de helft van een A4)
   c. Maximaal een A4 formaat
   d. Geen voorkeur

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 verwijsbrieven die u momenteel opstelt om een patiënt te verwijzen naar de spoedgevallendienst</u>

Omcirkel voor elk van de volgende stellingen 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 opstelt t.a.v. de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **op beknoptheid** (waarbij 0 = veel te kort en 10 = veel te lang), hoeveel geeft u uzelf 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 schrijft zou moeten quoteren **op de algemene leesbaarheid van uw handschrift** (waarbij 0 = totaal onleesbaar en 10 = perfect leesbaar of getypt), hoeveel geeft u uzelf 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 schrijft t.a.v. de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **op logische opbouw** (waarbij 0 = totaal onlogisch en 10 = perfect logisch), hoeveel geeft u uzelf 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 schrijft t.a.v. de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **op collegialiteit** (waarbij 0 = totaal oncollegiale toon en 10 = uiterst collegiale toon), hoeveel geeft u uzelf 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 maakt t.a.v. de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **als document waarmee iemand uw patiënt direct verder kan helpen** (waarbij 0 = men kan afgaande hiervan niet meteen helpen en 10 = men kan afgaande hiervan meteen starten met de juiste onderzoeken), hoeveel geeft u uzelf 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 schrijft t.a.v. de spoedgevallendienst zou moeten quoteren t.o.v. het in uw ogen **ideale verwijsdocument** (waarbij 0 = zeer slechte score en 10 = zeer goede score), hoeveel geeft u uzelf op een score van 10:
   0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

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

3.2. <u>Hier kan u nog opmerkingen noteren indien u deze zou hebben:</u>

[Open vraag]

Bijlage 4: Sjabloon van de ideale verwijsbrief.

!! THESIS VERWIJSBRIEF NAAR DE SPOEDGEVALLENDIENST !!

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

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: Enquête bij de huisartsen na de invoering van de nieuwe verwijsbrief.

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

1.1. Geslacht: V / M

1.2. Leeftijd: [getal] jaren

1.3. HAIO / huisarts

1.3.1. I.g.v. HAIO: exclusie

1.3.2. I.g.v. huisarts: aantal jaren ervaring als HA

1.4. Wachtkring:

1.4.1. Dilbeek/Itterbeek/Schepdaal = inclusie

1.4.2. Savio/Groot-Bijgaarden = exclusie

1.4.3. Sint-Martens-Bodegem/Sint-Ulriks-Kapelle = exclusie

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

2.1. <u>Gelieve uw eerlijke mening te geven over de nieuw ingevoerde verwijsbrief naar de spoedgevallendienst</u>

Omcirkel voor elk van de volgende stellingen 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 die u opstelt t.a.v. de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **op beknoptheid** (waarbij 0 = veel te kort en 10 = veel te lang), hoeveel geeft u uzelf dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

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

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

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

5. Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief die u maakt t.a.v. de spoedgevallendienst zou moeten quoteren **als document waarmee iemand uw patiënt direct verder kan helpen** (waarbij 0 = men kan afgaande hiervan niet meteen helpen en 10 = men kan afgaande hiervan meteen starten met de juiste onderzoeken), hoeveel geeft u uzelf dan op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

6. Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief die u schrijft t.a.v. de spoedgevallendienst zou moeten quoteren t.o.v. het in uw ogen **ideale verwijsdocument** (waarbij 0 = zeer slechte score en 10 = zeer goede score), hoeveel geeft u uzelf op een score van 10:
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

7. Wanneer u de nieuw ingevoerde verwijsbrief die u opstelt t.a.v. de spoedgevallendienst **in het algemeen** zou moeten quoteren (waarbij 0= zeer slechte score en 10 = zeer goede score), hoeveel geeft u uzelf 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 schrijft t.a.v. 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 schrijf

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 6: Vrije opmerkingen van de huisartsen over de inhoud van een goede verwijsbrief.

1. “Belangrijk is een gestandaardiseerde verwijsbrief: een vast protocol dat door alle verwijzende artsen dient gevolgd te worden. Schrijven of typen is niet het belangrijkste, wel de inhoud.
2. “Telefonisch contact bij vragen, is heel nuttig.”
3. “Biometrische/klinische parameters”

Bijlage 7: Vrije opmerkingen van de huisartsen betreffende de verwijsbrieven die ze dagelijks opstellen t.a.v. de spoedgevallendienst.

1. “Bij belangrijke verwijzingen probeer ik een telefoontje te doen met de specialist, als hij tenminste bereikbaar is.”
2. “De verwijsbrief gemaakt van op de consultatie is steeds veel accurater en leunt veel beter aan bij hetgeen ik wil versturen dan verwijsbrief op huisbezoek - wegens geen gegevens mee (enkel rusthuis).”
3. “Verschil tussen verwijsbrief opgesteld in de praktijkruimte en een verwijsbrief opgesteld op huisbezoek.”

Bijlage 8: Vrije opmerkingen en ideeën van de huisartsen in verband met het nieuwe verwijsdocument.

1. “Misschien kan lay-out nog wat verbeteren, kleiner formaat om mee te nemen op huisbezoek?”
2. “Dit document zal in de toekomst moeten verdwijnen als de gegevens van de patiënten online te consulteren zijn. We geven bijkomend nog altijd de voorkeur om de dienst telefonisch te contacteren met de belangrijkste info van de patiënt.”
3. “Mijn verwijsbrieven bevatten dezelfde inhoud, de lay-out en overzichtelijkheid zijn zeker een verbetering.”
4. “Ander formaat.”

Bijlage 9: subjectieve kwaliteit van de verwijsbrieven volgens de huisartsen (voormeting)

Huisarts	Beknopt	Leesbaar	Logisch	Collegiaal	Helpen	T.o.v. ideaal	Algemeen
1	5	8	7	8	8	8	8
2	7	7	7	8	7	7	7
3	2	3	4	7	7	8	7
4	5	2	5	6	2	4	5
5	7	9	4	7	7	6	6
6	7	9	8	8	8	7	7
7	8	7	7	10	8	7	8
8	7	8	7	7	7	7	7
Gemiddelde	6,0	6,6	6,1	7,6	6,8	6,8	6,9
SD	1,9	2,7	1,6	1,2	2,0	1,3	1,0

SD = standaarddeviatie

Bijlage 10: Subjectieve kwaliteit van de verwijsbrieven (nameting)

Huisarts	Beknopt	Leesbaar	Logisch	Collegiaal	Helpen	T.o.v. ideaal	Algemeen
1	5	5	5	5	5	5	5
2	6	9	8	8	6	7	7
3	8	4	8	8	7	7	8
4	7	7	6	8	7	5	5
5	3	5	5	7	6	4	3
6	7	7	7	9	9	7	8
7	5	10	9	9	9	10	10
8	2	6	6	4	4	3	3
9	5	10	8	9	8	7	7
Gemiddelde	5,3	7,0	6,9	7,4	6,8	6,1	7,0
SD	1,9	2,2	1,5	1,8	1,7	2,1	2,4

SD = standaarddeviatie

Verplichte bijlage 1: goedgekeurd protocol

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 VERWIJSBRIEF VAN DE HUISARTS NAAR DE SPOEDGEVALLENDIENST: KAN EEN HERVORMING DE HUIDIGE BARRIERES DOORBREKEN.

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

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. DIRK DEVROEY
- FUNCTIE: DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE VAN DE VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- UNIVERSITEIT: VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 02/477.47.05
- FAX: 02/477.43.01
- E-MAIL: DDEVROEY@VUB.AC.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. DIRK DEVROEY

CO-PROMOTOR

- NAAM:PROF. DR. IVES HUBLOUE
- FUNCTIE:DIENSTHOOFD VAN DE SPOEDGEVALLENDIENST VAN HET UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: DEPARTEMENT URGENTIEGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 02/477.51.53
- FAX:02/477.51.20
- E-MAIL: IVES.HUBLOUE@UZBRUSSEL.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PROF. DR. IVES HUBLOUE

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

- NAAM: ELKE HAEGEMAN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0498/710647
- E-MAIL: HAEGEMAN.ELKE@GMAIL.COM

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. STEFAN DE BRANDT
- ADRES: BODEGEMSTRAAT 76 1700 DILBEEK
- TELEFOONNUMMER: 02/569.75.18
- E-MAIL: STEFAN.DEBRANDT@SKYNET.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): SOLO PRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

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

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

7. SOORT ONDERZOEK

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

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

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. ZOWEL AAN DE SPOEDARTSEN (I.E. HET ONDERZOEKSDEEL VAN COLLEGA DR. GRENIER) ALS AAN DE HUISARTSEN (I.E. HET ONDERZOEKSDEEL VAN DR. HAEGEMAN) GEVRAAGD WORDEN WELKE ITEMS ZIJ ALS RELEVANT BESCHOUWEN IN EEN VERWIJSBRIEF. UIT DE LITERATUUR IS IMMERS GEBLEKEN DAT HET BELANGRIJK IS OM BEIDE PARTIJEN HIERBIJ TE BETREKKEN. DOOR MIDDEL VAN EEN ONLINE-ENQUËTE KUNNEN DE ARTSEN AANGEVEN WELKE KWALITEITSINDICATOREN (I.E. FACTOREN DIE VOLGENS DE LITERATUUR THUISHOREN IN EEN KWALITEITSVOLLE EN EVIDENCE BASED MEDICINE VERWIJSBRIEF) ZIJ WILLEN OPNEMEN IN DE VERWIJSBRIEF. BEIDE ONDERZOEKERS ZULLEN HUN RESULTATEN SAMENLEGGEN ZODAT DE INHOUD VAN HET SJABLOON KAN BEPAALD WORDEN. TEVENS ZULLEN DE ARTSEN OOK HUN MENING KUNNEN GEVEN IN VERBAND MET DE VORM VAN DE BRIEF. OOK HIER ZAL DOOR DE ONDERZOEKERS REKENING MEE WORDEN GEHOUDEN. TOT SLOT ZAL DE MENING VAN DE ARTSEN OMTRENT DE HUIDIGE VERWIJSBRIEVEN BEVRAAGD WORDEN IN DE ENQUÊTE. AAN DE HUISARTSEN ZAL GEVRAAGD WORDEN OM EEN MENING TE FORMULEREN OVER DE GEMIDDELDE VERWIJSBRIEF DIE ZE OPSTELLEN TEN AANZIEN VAN DE SPOEDGEVALLENDIENST. DIT ZAL BEVRAAGD WORDEN DOOR MIDDEL VAN STELLINGEN DIE BEOORDEELD KUNNEN WORDEN MET EEN SCORE TUSSEN NUL EN TIEN.

HET TWEEDE DEEL VAN DIT ONDERZOEK BESTAAT UIT EEN ANALYSE VAN HET HUIDIGE VERWIJSPROCES MET BEHULP VAN EEN ISHIKAWA-ANALYSE (VISGRAATANALYSE). DEZE ANALYSE ZAL PLAATSVINDEN TIJDENS EEN LOKALE KWALITEITSGROEP (LOK) MET DE HUISARTSEN UIT DE WACHTKRING DILBEEK – ITTERBEEK – SCHEPDAAL.

IN HET LAATSTE LUIK VAN DIT ONDERZOEK ZAL HET SJABLOON INGEVOERD WORDEN IN DE WACHTKRING DILBEEK – ITTERBEEK – SCHEPDAAL. NA EEN PERIODE VAN DRIE TOT VIER MAANDEN ZAL HET GEBRUIK VAN HET SJABLOON GEANALYSEERD WORDEN. DE STELLINGEN UIT DE EERSTE ENQUÊTE ZULLEN OPNIEUW AAN DE HUISARTSEN VOORGELEGD WORDEN. HET DOEL HIERVAN IS NA TE GAAN OF HET SJABLOON EEN SUBJECTIEVE VERBETERING VAN DE KWALITEIT TEWEEG BRENGT.

ALLE BEKOMEN GEGEVENS ZULLEN ANONIEM GEANALYSEERD WORDEN.

AANGEZIEN DE PERIODE WAARIN HET SJABLOON ZAL INGEVOERD WORDEN AFHANGT VAN DE GOEDKEURING VAN HET ETHISCH COMITÉ EN VAN DE BEVRAGING BIJ DE SPOED- EN HUISARTSEN IS HET NIET MOGELIJK OM OP VOORHAND DE EXACTE 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
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- X JA
- ❑ NEEN

INDIEN JA

- X 1 ZIEKENHUISDIENST: SPOEDGEVALLENDIENST VAN HET UZ BRUSSEL
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

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

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

X JA
❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

X JA
❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 13 ERKENDE HUISARTSEN

D. LEEFTIJD : 28-65 JAAR

E. GESLACHT : VROUWELIJK EN MANNELIJK

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? TIJDENS DE LOKALE KWALITEITSGROEP (LOK) ZULLEN DE HUISARTSEN TOEGESPROKEN EN GEINFORMEERD WORDEN

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X JA
❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

X JA
❑ NEEN

MONDELING :

X JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? ALLE HUISARTSEN VAN DE WACHTKRING DILBEEK – ITTERBEEK - SCHEPDAAL

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

❑ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

X JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

X JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

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
X 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:

X WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

….

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA
X NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

❑ JA
❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

…

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? …

❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

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 : 11/2/2015
NAAM : HAEGEMAN ELKE
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM : 11/02/2015
NAAM : DE BRANDT STEFAN
HANDTEKENING :
Dr. DE BRANDT Stefan - BVBA
Bodegemstraat 76
1700 Dilbeek
tel.: 02.569. 75.10 - gsm 0475.23.27.03
rizN: 1.07348.31.004

PROMOTOR 12/2/15
DATUM : Prof. dr. D. Devroey, diensthoofd
NAAM : Vrije Universiteit Brussel
HANDTEKENING : Vakgroep huisartsgeneeskunde

CO-PROMOTOR
DATUM : 12/02/2015
NAAM :
HANDTEKENING :
Universitair Ziekenhuis Brussel
Spoedgevallendienst
Prof. dr. Ives Hubloue
1-07019-69-589

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN
(VOOR AKKOORD)

DATUM : 12/2/15
NAAM : Prof. dr. D. Devroey, diensthoofd
HANDTEKENING : Vrije Universiteit Brussel
Vakgroep huisartsgeneeskunde

Verplichte bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Brussel
Vrije Universiteit Brussel
COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

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

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

Brussel, 25-03-2015

Ons Kenmerk: **2015/096**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
De verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst : kan een hervorming de huidige barrières doorbreken?
B.U.N. 143201524135

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

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

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

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

Meeting date: 25-03-2015

Ons Kenmerk : 2015/096

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB
(since 08-10-2014)

Name	Function	Gender	participated in vote	present
Prof. Dr. Em. A. Van Steirteghem, PhD	CHAIRMAN UZ BRUSSEL	M	☒	☒
Dr. J. Marchand, MD	VICE- CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	M	☒	☐
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Van Hoeystraat 7, Mechelen	M	☒	☒
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F	☒	☒
Dr. Apr. V. Caveliers, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	F	☒	☒
Prof. Dr. H. De Boeck, MD	Pediatric Orthopedics UZ BRUSSEL	M	☐	☐
Prof. Dr. J. De Grève, MD	Medical Oncology UZ BRUSSEL	M	☒	☐
Prof. Dr. J. De Mey, MD	Radiology UZ BRUSSEL	M	☒	☒
Mrs. M. De Win	External Member	F	☐	☐
Mr. D. Danschutter	Head Nurse UZ BRUSSEL	M	☐	☐
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M	☒	☒
Prof. Dr. J. Poelaert, MD	Anesthesiology UZ Brussel	M	☐	☐
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M	☒	☐
Prof. Dr. J. van der Werff ten Bosch, MD	Pediatrics UZ BRUSSEL	F	☐	☐
Prof. Dr. T. Vanhaecke, PhD	Toxicology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F	☐	☐
Dr. L. Wostyn, MD, Master of Laws	Master of Laws VUB External member	M	☐	☐

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote