Optimaliseren van doorverwijzingen in een groepspraktijk

Miet Plettinck, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Piet Vanden Bussche, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

VOORWOORD

Graag wil ik in dit voorwoord enkele mensen bedanken.

Eerst en vooral mijn promotor Prof. Dr. Sara Willems en co-promotor dr. Piet Vanden Bussche. Zij hielpen me om een vaag idee om te zetten in duidelijke onderzoeksvragen. Hun snelle reacties en heldere opmerkingen hielpen me om dit werk te vervolledigen.

Mijn PO en haar collega's wil ik graag bedanken voor hun enthousiasme en vlotte medewerking aan mijn masterproef. Zonder hun inspanningen om data te verzamelen en hun inbreng tijdens verschillende praktijkvergaderingen zou dit niet mogelijk geweest zijn. De voorbije twee jaar als HAIO voelde ik me thuis in deze praktijk. Hun engelengeduld om me steeds met raad en daad bij te staan, verdient hier zeker een vermelding. Bedankt Annelies, Adelheid en Marc! Ook de secretaresse Christa wil ik hier zeker niet vergeten. Zij spoorde de patiënten aan om mijn enquête in te vullen. Mijn appreciatie voor haar werk en de koffie die ze iedere ochtend zet, is groot.

Verder wil ik ook graag mijn STACO, Dr. Elisabeth Eemans, bedanken voor de leerrijke seminaries en de tijd die ze maakte om tijdens de 'rondjes van het hart' onze verzuchtingen en bezorgdheden te aanhoren.

Aan Christine, Lieven, Saar, Jeroen, Janne, Gijs, Kim en Jolien: bedankt voor jullie input bij het opstellen van mijn patiënten enquête.

Tot slot, een dikke merci aan mijn ouders voor hun onvoorwaardelijke steun en de warme thuis waar ik steeds op kon rekenen. Last but not least, een grote dankjewel aan Ruben om mijn dagen op te fleuren met veel warmte en humor.

ABSTRACT

Context

Uit literatuuronderzoek blijkt dat 4,5 à 5,1% van de patiëntencontacten door de huisarts uitmondt in een verwijzing. In onze groepspraktijk ontbrak een eenduidig advies bij doorverwijzingen naar een specialist. De papieren sociale kaart van de praktijk was zeer beknopt en niet geüpdatet.

Onderzoeksvraag

1. Inzicht krijgen in de factoren die een rol spelen bij de keuze voor een welbepaalde specialist door de huisarts en nagaan of onze prioriteiten als arts overeenstemmen met wat de patiënten belangrijk vinden bij een doorverwijzing.
2. Het praktijkverbeterend project: streven naar meer uniformiteit bij adviezen omtrent doorverwijzingen naar specialisten in de groepspraktijk. Er zal een verwijsgids opgesteld worden.

Methode

Tijdens een dataverzameling bij de huisartsen werd nagekeken naar wie verwezen wordt en welke factoren de keuze voor een welbepaalde specialist beïnvloeden. Er werd tevens een enquête gehouden bij de patiënten om te na te gaan welke factoren zij belangrijk vinden bij een doorverwijzing door hun huisarts naar een specialist. Aan de hand van de dataverzameling bij de artsen en de discussie tijdens een praktijkoverleg werd een verwijsgids opgesteld.

Resultaten

Bij de huisartsen spelen vooral medische vaardigheden van de specialist en interprofessionele communicatie een belangrijke rol. Patiëntvriendelijkheid wordt ook hoog gescoord, maar is iets minder doorslaggevend bij de keuze voor een bepaalde specialist. Een persoonlijke band met de specialist is niet van belang. Patiënten willen dat hun huisarts bij een verwijzing rekening houdt met de medische vaardigheden en patiëntvriendelijkheid van de specialist. Vooral 50-plussers vinden overleg tussen huisarts en specialist belangrijk. Een persoonlijke band tussen huisarts en specialist en de kostprijs voor een consultatie zijn over het algemeen minder belangrijk, maar winnen wel aan belang bij de groep mannen en 50-plussers.

Conclusies

De prioriteiten van artsen en patiënten komen vrij goed overeen. Het praktijkverbeterend project zorgde ervoor dat de artsen beter op de hoogte zijn van elkaars verwijsvoorkeuren en vaker een specifieke arts gaan aanraden in plaats van een dienst in een welbepaald ziekenhuis.

INHOUDSTAFEL

Voorwoord 1

Abstract 3

Inhoudstafel 5

Inleiding 7

Oriënterend literatuuronderzoek 8

Keuze van de huisarts voor een welbepaalde specialist: beïnvloedende factoren 8

Factoren die de keuze van de patiënt beïnvloeden 10

Onderzoeksmethodiek 12

Praktijkschets 12

Keuze van het onderwerp en voorbereiding 12

Literatuurstudie 13

Dataverzameling 14

Dataverwerking 16

Praktijkverbeterend project 17

Resultaten 18

Registratie doorverwijzingen artsen 18

Patiënten enquête 21

Praktijkverbeterend project 23

Discussie 25

Registratie doorverwijzingen artsen 25

Patiënten enquête 26

Praktijkverbeterend project 28

Besluit 29

Referenties 30

Bijlages 31

Bijlage 1: Dataverzameling verwijzingen 31

Bijlage 2: Patiënten enquête 35

Bijlage 3: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité 37

Bijlage 4: Gunstig advies Ethisch Comité 50

INLEIDING

Een doorverwijzing maakt een essentieel deel uit van de huisartsgeneeskundige taken. ‘Wie kan je mij aanraden dokter?’ is een vraag die in zo’n situatie nogal eens gesteld wordt door de patiënt. Een eenduidig antwoord op deze vraag ontbrak in onze groepspraktijk. Er waren geen duidelijke afspraken omtrent doorverwijzen. De informatie om een goed advies te kunnen geven bij een doorverwijzing bevond zich verspreid in de hoofden van de artsen in de praktijk. Er was geen centrale plek waar deze informatie verzameld en geüpdatet werd. In de praktijk bestond er een beknopte papieren sociale kaart. Deze bevatte voornamelijk informatie omtrent doorverwijzingen naar paramedici en de sociale sector. Het gebrek aan up-to-date informatie en de onvolledigheid van de huidige sociale kaart/doorverwijsgids (voornamelijk op vlak van doorverwijzingen naar arts-specialisten) werden ook als pijnpunten aangehaald door de overige huisartsen in de groepspraktijk.

Uiteindelijk werden twee doelen geformuleerd:

1. Inzicht krijgen in de factoren die een rol spelen bij de keuze voor een welbepaalde specialist door de huisarts en nagaan of de prioriteiten van de artsen overeenstemmen met wat de patiënten belangrijk vinden bij een doorverwijzing.
2. Het praktijkverbeterend project: streven naar meer uniformiteit bij adviezen omtrent doorverwijzingen naar specialisten in de groepspraktijk. Hierbij ligt de uiteindelijke keuze uiteraard nog altijd bij de patiënt zelf. Aan de hand van de verzamelde gegevens zal een doorverwijsgids voor de praktijk opgesteld worden.

ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

Cijfergegevens in verband met de frequentie van verwijzingen in de huisartsenpraktijk variëren. Gemiddeld 4,5 à 5,1% van de patiëntencontacten bij de huisarts mondt uit in een verwijzing (1-3). Het gaat hier voornamelijk over cijfergegevens uit de Verenigde Staten en Australië. In een Europese studie uit 1991 wordt een verwijsfrequentie van 37 per 1000 patiëntencontacten gevonden bij de Belgische huisartsen. Deze cijfers zijn mogelijks al verouderd (4). Resultaten van de Gezondheidsenquête uit 2004 tonen een verwijspercentage bij de Belgische huisarts van 12%. Dit omvat zowel verwijzingen naar specialisten als naar andere hulpverleners zoals kinesitherapeuten of verpleegkundigen. In 59 ‰ van de contacten met een verwijzing gaat het om een doorverwijzing naar een arts-specialist (5). 24% van alle contacten bij de specialist in België, wordt voorafgegaan door een doorverwijzing van de huisarts. Naarmate de leeftijd toe neemt, neemt dit percentage ook toe (6).

Het verwijsproces zelf is een complex en variabel gebeuren, dat beïnvloed wordt door zowel patiënten – en artsgebonden factoren als factoren die te maken hebben met het gezondheidszorgsysteem (2, 7). Volgens een Amerikaanse studie wordt het meest verwezen naar orthopedie, algemene chirurgie, NKO, gastro-enterologie en dermatologie. Bij mannen verschijnt urologie ook in deze top 5. Bij vrouwen is een verwijzing naar gynaecologie-verloskunde het frequentst. In deze studie werd vooral gefocust op nieuwe verwijzingen (3). De gegevens uit de Gezondheidsenquête van 2013 tonen dat huisartsen vooral betrokken zijn bij verwijzingen naar heelkundige disciplines, interne disciplines, neurologie en psychiatrie. Consultaties bij gynaecologie, dermatologie, oftalmologie en pediatrie gebeuren eerder op initiatief van de patiënt zelf (6).

Deze masterproef gaat echter voornamelijk in op hetgeen zich na de verwijsbeslissing afspeelt. Welke factoren spelen voor de huisarts een rol bij het aanbevelen van een welbepaalde specialist? En waar hechten patiënten vooral belang aan bij het kiezen van een specialist?

Keuze van de huisarts voor een welbepaalde specialist: beïnvloedende factoren

76,1% van de Vlaamse artsen houdt rekening met de voorkeur van de patiënt bij een verwijzing naar een specialist. Als we dit percentage vergelijken met bevragingen in andere Europese landen, scoren de Vlaamse huisartsen hier gemiddeld. Eerdere ervaringen met de specialist zijn voor Vlaamse artsen gemiddeld gezien wel belangrijker dan voor hun Europese collega's. 76,6% van de bevraagde artsen zegt

hiermee rekening te houden. Reisafstand voor de patiënt, wachttijd en kostprijs spelen minder een rol (8).

In een onderzoek van Kinchen et. al. (1) worden de verschillende factoren die een rol spelen bij een verwijzing naar een specialist onderverdeeld in 4 verschillende groepen:

- *Specialist gebonden eigenschappen*: bv. medische vaardigheid
- *Praktijk gebonden eigenschappen*: bv. wachttijd, verbondenheid met een welbepaald ziekenhuis
- *Factoren die te maken hebben met de interactie tussen de huisarts en de specialist*: bv. vroegere ervaringen van de huisarts met de specialist, kwaliteit van de onderlinge communicatie, terugverwijzing van de patiënt naar de eerstelijn door de specialist
- *Factoren die te maken hebben met de interactie tussen de patiënt en de specialist*: bv. goede verstandhouding tussen de patiënt en de specialist, voorkeur van de patiënt voor deze specialist, gemak voor de patiënt

In dit onderzoek komt 'medische vaardigheid van de specialist' met grote voorsprong als belangrijkste beïnvloedende factor naar voor bij het aanbevelen van een welbepaalde specialist door de huisarts. 87,5% van de deelnemende artsen duidde deze factor aan als zeer belangrijk. Andere factoren die ook als zeer belangrijk worden beschouwd door de meerderheid van de deelnemers hebben vooral te maken met de interactie tussen huisarts en specialist. Verder wordt ook belang gehecht aan de wachttijd voor een afspraak en de verstandhouding tussen specialist en patiënt. Deze factoren werden echter maar door 50 à 60% van de deelnemende artsen als zeer belangrijk aangeduid.

Als mannelijke en vrouwelijke artsen vergeleken worden, wordt onder vrouwelijke artsen meer aandacht geschonken aan de verzekeringsdekking van de patiënt dan bij hun mannelijke collega's. Hier moet wel opgemerkt worden dat deze studie zich afspeelt in een Amerikaanse context. 40,9% van de deelnemers beschouwt 'voorkeur van de patiënt voor een bepaalde specialist' ook als een belangrijke factor.

Gelijkaardige factoren worden teruggevonden in een studie van Forrest et. al. (3). Hier komt echter 'een persoonlijke band met de specialist' als belangrijkste factor naar voor. Dit heeft vermoedelijk te maken met een hoge deelname aan deze studie van artsen uit multidisciplinaire praktijken (16,1%).

Barnett et. al. (9) vergelijkt doorverwijzingen van huisartsen naar specialisten met verwijzingen tussen specialisten onderling. De factor 'medische kennis' wordt hier buiten beschouwing gelaten, aangezien deze in vorige studies als belangrijkste factor naar voor kwam. Over het algemeen worden voornamelijk factoren die te maken hadden met de ervaring van de patiënt met de specialist en met interprofessionele communicatie als belangrijk aangegeven in het maken van een beslissing. Met factoren te maken met toegankelijkheid voor de patiënt wordt minder rekening gehouden. Bij het vergelijken van verwijzingen

door huisartsen en specialisten, worden ‘kwaliteit van de communicatie’, ‘wachttijd voor een afspraak’ en ‘voorkeur van de patiënt’ duidelijk hoger gescoord door huisartsen. ‘Een goede verstandhouding tussen patiënt en specialist’ wordt dan weer meer aangehaald door de specialistengroep als reden voor verwijzing naar een bepaalde collega, in vergelijking met de huisartsengroep.

Conclusie: De keuze van de huisarts voor een welbepaalde specialist wordt voornamelijk beïnvloed door de (ingeschatte) medische vaardigheden van de specialist en vroegere ervaringen met deze welbepaalde arts. Ook een goede interprofessionele communicatie vinden de meeste huisartsen belangrijk. In één studie wordt ook ‘persoonlijke band tussen huisarts en specialist’ als een belangrijke factor aangehaald. Patiëntgebonden factoren, voornamelijk naar toegankelijkheid toe, zijn veel minder doorslaggevend. Als de patiënt een welbepaalde voorkeur heeft, wordt hier wel vaak rekening mee gehouden.

Factoren die de keuze van de patiënt beïnvloeden

Algemeen

94,5% van de Vlaamse bevraagde artsen geeft aan dat er samen met de patiënt beslist wordt naar wie er verwezen wordt. Dit percentage is veel hoger dan het Europese gemiddelde, dat maar 61,1% bedraagt. Bij oudere patiënt en lager opgeleiden zou de huisarts frequenter alleen beslissen naar wie wordt verwezen (8).

Patiënten kiezen meestal niet actief voor een bepaalde arts. Meestal laten ze zich leiden door hun huisarts, kiezen ze de dichtstbijzijnde optie of laten ze hun keuze afhangen van vroegere ervaringen. De keuzemogelijkheden zijn vaak ook afhankelijk van het inkomen, de algemene gezondheidstoestand en de bereidheid en mogelijkheid om te reizen. Vroegere ervaringen met een welbepaalde arts en de invloed van de verwijzende arts zijn belangrijke informatiebronnen voor de meeste patiënten. Patiënten geven aan dat ze het belangrijk vinden om objectieve informatie in verband met de kwaliteit van zorg te kunnen vergelijken. In de praktijk wordt hier echter maar zelden beroep op gedaan (10).

Waarop baseren patiënten hun keuze voor een welbepaalde specialist bij een verwijzing?

In een Amerikaanse studie van Dunlea et al. (11) wordt aan patiënten gevraagd wat ze het belangrijkst vinden bij een fictieve doorverwijzing voor een asymptomatische aandoening. Volgende factoren worden daarbij het hoogst gescoord:

- het eigen aandeel in de kostprijs
- communicatie en nauwe samenwerking met de huisarts

- shared decision making wordt toegepast door de specialist

Alhoewel de kostprijs hier relatief gezien als de belangrijkste factor wordt beschouwd, is dit zeker geen dominante factor. De meerderheid van de patiënten zijn bereid om meer te betalen voor een arts waarbij de communicatie en samenwerking met de huisarts beter verloopt of die meer shared decision making toepast.

Andere, minder belangrijke factoren zijn: wachttijd voor een afspraak, reistijd, ervaringen van andere patiënten met deze specialist en ervaring van de specialist met hun specifieke aandoening. Patiënten zijn bereid om op deze factoren in te leveren in ruil voor betere communicatie en meer shared decision making.

Ook in de review van Victoor et al. (10) wordt bekeken welke factoren patiënten belangrijk vinden bij een keuze voor een welbepaalde arts. Hier wordt een onderscheid gemaakt tussen de volgende groepen:

- structuurgebonden factoren: bv. beschikbaarheid, toegankelijkheid, ervaring van het personeel, organisatie van de gezondheidszorg, kosten, …
- procesgebonden factoren: bv. interpersoonlijke factoren zoals communicatie, continuïteit, wachttijd, kwaliteit van behandeling,…
- uitkomstgebonden factoren: bv. mortaliteit, …

Patiënten hechten vooral belang aan factoren uit de eerste twee groepen en minder aan uitkomstgebonden determinanten. Bij de keuze voor een welbepaalde arts spelen vaak een mix van verschillende factoren mee die zeer individueel afhankelijk zijn.

Conclusie: Communicatie en samenwerking met de huisarts en shared decision making samen met de specialist worden door patiënten als belangrijk beschouwd. Ook kostprijs speelt een rol in hun keuze. De keuze voor een bepaalde specialist blijft echter voornamelijk een individuele keuze, waarbij sommige factoren meer/minder kunnen meespelen afhankelijk van de persoon en de situatie. Meer onderzoek in reële settings is nodig.

ONDERZOEKSMETHODIEK

Praktijkschets

De praktijk bestaat uit 3 huisartsen en een HAIO. De oudste arts *(hierna: dokter A)* is 70 jaar. Zijn dochter *(hierna: dokter B)* is 41 jaar en werkt sinds 1999 tezamen met haar vader. De derde arts *(hierna: dokter C)* is 31 jaar en werkt sinds een viertal jaar in de praktijk. De praktijk wordt in de voormiddag ondersteund door een secretariaat-medewerkster.

De praktijk ligt in een landelijke omgeving met een gevarieerde patiëntenpopulatie, zowel qua leeftijd als qua socio-economische status.

Keuze van het onderwerp en voorbereiding

Voor de keuze van het onderwerp voor een kwaliteitsverbeterend project in de praktijk en de uitwerking ervan werd gebruik gemaakt van het FOCUS[1] principe en de PDCA[2] cyclus.

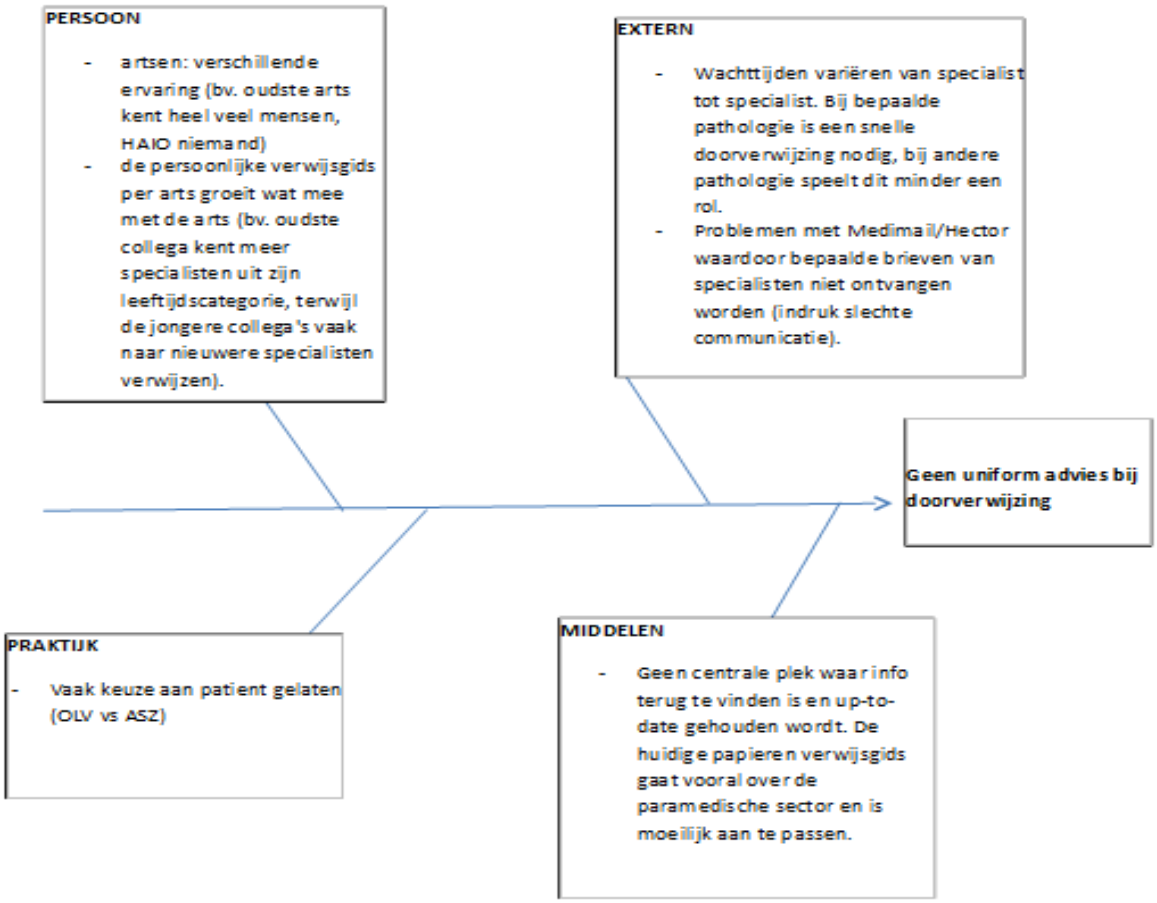
Op een van de maandelijkse vergaderingen in de praktijk werd met alle collega's samen gebrainstormd over een onderwerp voor een kwaliteitsverbeterend project. Iedereen kon mogelijke onderwerpen aanbrengen en uiteindelijk werd dan in consensus gekozen om iets te doen rond onze doorverwijsgids.

In samenspraak met de promotor en co-promotor werd uiteindelijk beslist om het onderwerp vooral toe te spitsen op doorverwijzingen naar arts-specialisten.

[1] Find problem, Organize meeting, Clarify problem, Understand or uncover problem, Select a strategy

[2] Plan, Do, Act, Control

Aan de hand van een visgraatanalyse werd het probleem verder uitgewerkt.



Figuur 1. Visgraatanalyse: geen uniform advies bij een doorverwijzing.

Literatuurstudie

Op Pubmed werd gezocht met verschillende combinaties van volgende zoektermen: 'referral and consultation' (Mesh term), 'primary health care', 'family physicians' (Mesh term), 'referral behaviour', 'choice for specialist', 'referral decisions'. Aan de hand van het abstract werden uiteindelijk 16 artikels grondig doorgenomen. Een aantal ervan bleken uiteindelijk toch niet van toepassing te zijn.

Cijfermateriaal rond doorverwijzingen in België werden voornamelijk terug gevonden in de nationale Gezondheidsenquêtes uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Dataverzameling

Registratie doorverwijzingen door artsen

Aan de collega's werd gevraagd om alle doorverwijzingen bij te houden op een daarvoor opgesteld papieren formulier *(zie 'Bijlage 1: Dataverzameling verwijzingen').* Het doel hiervan was om inzicht te krijgen naar wie er verwezen wordt (naar welk ziekenhuis, naar welke arts,…). Verder werd ook nagekeken welke factoren hierbij vooral de keuze voor een welbepaalde arts beïnvloeden en of er verschillen zijn in de percepties tussen de verschillende artsen in de praktijk. Tot slot moest ook aangeduid worden of de patiënt zelf een specialist had aangebracht of er een advies werd gegeven door de huisarts.

Tijdens een praktijkoverleg werden een reeks factoren geformuleerd die belangrijk kunnen zijn bij een keuze van een specialist. Deze werden opgenomen in het dataverzamelingsformulier:

- Patiëntvriendelijkheid van de specialist: de specialist is empathisch, geeft duidelijke uitleg aan de patiënt, spreekt een vervolgafspraak af indien nodig,…. (score van 1 tot 5; 1 = helemaal niet patiëntvriendelijk, 5 = zeer patiëntvriendelijk)
- Beschikbaarheid voor overleg: de specialist is gemakkelijk telefonisch te bereiken, schrijft een duidelijke verwijsbrief,… (ja/nee)
- Wachttijd tot een consultatie (kort: < 2 weken, lang: > 2 weken en < 1 maand, zeer lang: > 1 maand)
- Vakkennis van de specialist: algemene medische kennis van de specialist binnen zijn vakgebied, de specialist is op de hoogte van de nieuwste evoluties binnen zijn vakgebied,… (score van 1 tot 5; 1 = zeer minimale vakkennis, 5 = expert binnen zijn vakgebied)
- Collegialiteit van de specialist: de specialist brengt de huisarts snel op de hoogte in ernstige situaties, uit geen kritiek op de huisarts tegenover de patiënt maar bespreekt problemen persoonlijk met de huisarts zelf,… (score van 1 tot 5; 1 = helemaal niet collegiaal, 5 = zeer collegiaal)
- Persoonlijke band met de specialist: de specialist is een goede kennis, jaargenoot,… (ja/nee)

Deze factoren zijn een beknopte versie van de factoren die ook naar voor komen uit literatuuronderzoek. Om de dataverzameling te bevorderen, was het belangrijk dat het lijstje op een snelle en efficiënte manier tussen de consultaties door ingevuld kon worden. Voornamelijk de factoren die naar voor kwamen in het artikel van Kinchen et. al. (1) werden als basis voor bovenstaande lijst gebruikt:

- Specialist gebonden eigenschappen: vakkennis
- Praktijkgebonden eigenschappen: wachttijd, welk ziekenhuis
- Factoren die te maken hebben met interactie tussen huisarts en specialist: collegialiteit, beschikbaarheid voor overleg, aantal dagen waarna brief ontvangen werd (als maat voor communicatie)
- Factoren die te maken hebben met interactie tussen patiënt en specialist: patiëntvriendelijkheid

Een persoonlijke band met de specialist werd ook nagevraagd aangezien dit als een belangrijke factor naar voor kwam in het artikel van Forrest et. al. (3). Kostprijs werd hier bewust niet nagevraagd, aangezien de artsen op het praktijkoverleg al aangaven dat ze daar eigenlijk geen idee van hebben.

Het vooropgestelde doel was om 100 à 150 verwijzingen te registreren. Uiteindelijk werden er 95 verwijzingen bijgehouden gedurende een periode van een viertal maand.

Patiënten enquête

Naast de dataverzameling door de artsen in de praktijk, werd ook nagegaan wat patiënten belangrijk vinden bij een verwijzing door hun huisarts naar een specialist. Dit werd gedaan aan de hand van een korte enquête waarbij 10 factoren gerangschikt moesten worden van belangrijkst naar minder belangrijk door middel van een cijfer *(zie 'Bijlage 2: Patiënten enquête').*

De factoren uit deze enquête zijn deels gebaseerd op de factoren die ook gescoord moesten worden door de artsen bij de dataverzameling *(zie boven).* Anderzijds werd ook een kleine steekproef uitgevoerd bij een groep van 16 personen. In deze groep varieerde de leeftijd van 20 tot 61 jaar, zowel mannen als vrouwen. Bij deze personen werd aan de hand van een open vraag gepeild naar wat zij belangrijk vinden bij een doorverwijzing door hun huisarts: "Wat vindt je belangrijk als je doorverwezen wordt naar een specialist? Waar wil je dat je huisarts rekening mee houdt bij zijn keuze voor een welbepaalde arts?" Mogelijke extra factoren die in hun antwoorden aan bod kwamen, werden ook verwerkt in de patiënten enquête. Hier werd minder rekening gehouden met de bevindingen in literatuuronderzoek, aangezien dit minder toepasbaar was op het doel van deze masterproef. De bedoeling van de patiënten enquête was namelijk vooral het onderzoeken of de prioriteiten van de huisartsen bij een keuze voor een specialist overeenstemmen met wat de patiënten als belangrijk aangeven.

Uiteindelijk werd volgende lijst bekomen:

Mijn huisarts verwijst me naar een specialist…

- Waar hij gemakkelijk mee kan overleggen en snel een brief van terug krijgt.

- Bij wie de kortste wachttijd is voor een consultatie.
- Waar hij een persoonlijke band mee heeft.
- Waar ik, als patiënt, het minst moet betalen voor een consultatie of onderzoek.
- Die op de hoogte is van de nieuwste ontwikkelingen binnen zijn vakgebied.
- In het dichtsbijgelegen ziekenhuis.
- Die tijd voor me maakt, bereid is te luisteren naar al mijn vragen en duidelijke uitleg geeft.
- In het ziekenhuis waar ik gewoon ben te gaan.
- Met jarenlange ervaring binnen zijn vakgebied.
- Waar ik ook buiten de werkuren op consultatie kan gaan.

Het was de bedoeling om minimum 100 enquêtes af te nemen. In de voormiddag sprak de secretaresse de patiënten aan met de vraag om deze enquête in te vullen. In de namiddag was de enquête ook beschikbaar in de wachtkamer, maar was de secretaresse niet aanwezig. Patiënten mochten uiteraard altijd weigeren om deel te nemen aan dit onderzoek.

Er werden uiteindelijk 185 enquêtes ingezameld over een periode van 4 weken. Hiervan waren 96 enquêtes bruikbaar. De overige enquêtes waren niet bruikbaar wegens verkeerd of onvolledig ingevuld.

Dataverwerking

Alle data van zowel de registraties van de verwijzingen door de artsen als de patiënten enquête werden ingebracht in SPSS.

Registratie doorverwijzingen door artsen

Hier werd vooral beschrijvende statistiek op uitgevoerd. Er werd zowel algemeen als per arts bekeken naar waar het meest verwezen werd (zowel welk ziekenhuis, als welke specialist) en of er zelf een advies gegeven werd of eerder de keuze aan de patiënt werd overgelaten. Ook de verschillende factoren werden vergeleken zowel algemeen als per arts. Om de factoren tussen verschillende artsen te vergelijken werd voor de ordinale variabelen gebruik gemaakt van de ongepaarde niet-parametrische Kruskal-Wallis-test.

Patiënten enquête

Aan de hand van de gemiddelde scores per factor kon een algemene rangschikking worden opgesteld van belangrijkste naar minst belangrijke factor. Verder werden de resultaten ook vergeleken tussen mannen en vrouwen en tussen jongere en oudere patiënten (arbitrair < 50 jaar en ≥50 jaar). Om algemeen

significante verschillen tussen de twee groepen op te sporen, werd gebruik gemaakt van de ongepaarde niet-parametrische Mann-Whitney U test. Dit geeft een idee over verschillen tussen de algemene rangschikking van beide groepen. Om in te schatten of een factor nu echt als belangrijk wordt beschouwd werd ook gekeken of er een significant verschil bestaat tussen het voorkomen in de top 3 van een welbepaalde factor tussen de beide groepen. Hiervoor werd een nieuwe variabele gemaakt, die een onderscheid maakt tussen al dan niet voorkomen in de top 3. Om de groepen te vergelijken werd gebruik gemaakt van de Chi-Square test.

Praktijkverbeterend project

Uiteindelijk werden de resultaten van de registratie van de doorverwijzingen en de patiënten enquête besproken op een praktijkoverleg. Hiernaast werd aan iedere arts ook een overzichtslijst gegeven van alle beschikbare artsen in de ziekenhuizen waar het meest naar verwezen werd. Op deze lijst duidden zij allen individueel hun voorkeur aan per specialisatie. Ook konden zij aanduiden naar wie ze absoluut niet zouden verwijzen. Uiteindelijk werden de lijsten vergeleken en werd tot een consensus gekomen. Tegenstrijdigheden werden ook besproken.

Aan de hand van deze resultaten werd een nieuwe verwijsgids opgesteld. Tijdens het praktijkoverleg waren we tot de conclusie gekomen dat de verwijsgids best onder de vorm van een website opgemaakt zou worden. Grote voordelen hiervan zijn dat het gemakkelijk aanpasbaar is en ook overal geconsulteerd kan worden (bv. ook op huisbezoek via de smartphone).

De uiteindelijke website werd opgemaakt in Google Sites, aangezien dit het meest gebruiksvriendelijk was zowel voor het opstellen van de website als voor het gebruik ervan. Bovendien konden hier gemakkelijk privacy instellingen worden ingesteld, waardoor de site enkel zichtbaar is voor personen die hiertoe gemachtigd zijn.

RESULTATEN

Registratie doorverwijzingen artsen

Algemeen

Over een periode van 4 maand werden 95 verwijzingen bijgehouden:

Tabel 1. Overzicht verwijzingen per arts

	Aantal verwijzingen	**Percentage verwijzingen volgens aantal patiëntencontacten over deze periode**
Dokter A	Totaal 19: - *Maand 1:* 8 - *Maand 2:* 8 - *Maand 3:* 3 - *Maand 4:* 0	Totaal 2,6%: - *Maand 1:* 4,4% - *Maand 2:* 4,1% - *Maand 3:* 1,6% - *Maand 4:* 0%
Dokter B	Totaal 37: - *Maand 1:* 17 - *Maand 2:* 10 - *Maand 3:* 8 - *Maand 4:* 2	Totaal 2,3%: - *Maand 1:* 4% - *Maand 2:* 2,2% - *Maand 3:* 2,2% - *Maand 4:* 0,6%
Dokter C	Totaal 39: - *Maand 1:* 23 - *Maand 2:* 3 - *Maand 3:* 8 - *Maand 4:* 6	Totaal 2,3%: - *Maand 1:* 5,5% - *Maand 2:* 0,6% - *Maand 3:* 2,1% *Maand 4:* 1,5%

Er werd het meest verwezen naar gastro-enterologie (14,7%) , orthopedie (13,7%), dermatologie (10,5%) en cardiologie (10,5%). In 67,4% van de geregistreerde verwijzingen werd zelf een advies gegeven, in 29,5% bracht de patiënt een keuze voor een specialist aan. Hoe jonger de arts, hoe frequenter naar een dienst in een welbepaald ziekenhuis werd verwezen zonder een specifieke arts te vernoemen.

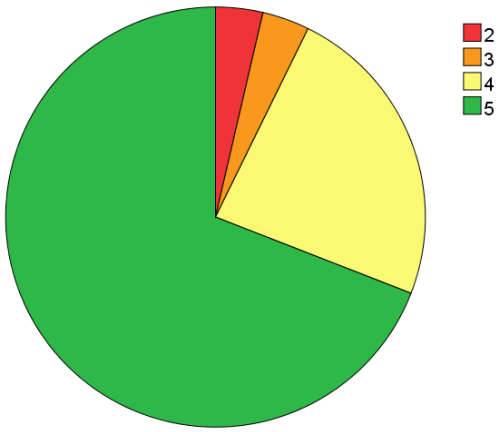
Vergelijking verschillende factoren van belang bij verwijzing

Om de verschillende factoren te vergelijken, werden enkel de verwijzingen behouden waarin zelf een advies werd gegeven.

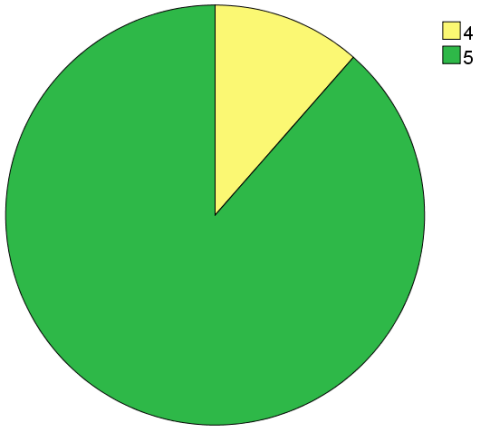
In 87,5% was er geen persoonlijke band tussen huisarts en specialist. De specialist was beschikbaar voor overleg in 81,3% van de gevallen. Geen enkele keer werd bij deze factor 'nee' aangeduid.

Wachttijd werd zeer divers gescoord. Een korte wachttijd werd bij 50% van de geregistreerde verwijzingen aangeduid. In 18,8% van de gevallen was er volgens de huisarts een lange wachttijd en in 4,7% van de gevallen zelfs een zeer lange wachttijd. Hierbij moet ook opgemerkt worden dat bij 26,6% van de geregistreerde verwijzingen de factor wachttijd niet werd ingevuld.

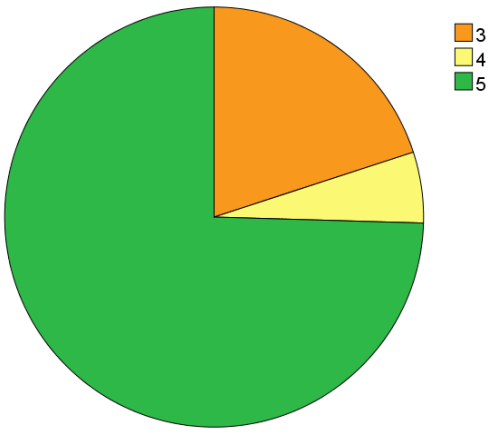
Voor de factoren waarbij een score op 5 gegeven moest worden kunnen volgende figuren worden weergegeven.



Figuur 3. Collegialiteit van specialist



Figuur 2. Vakkennis van specialist



Figuur 4. Patiëntvriendelijkheid van specialist

Voor zowel collegialiteit als patiëntvriendelijkheid waren er 9 missings. Voor vakkennis waren dit er slechts 3.

Bij het vergelijken van deze verschillende factoren tussen de verschillende artsen met de Kruskal-Wallis-test, zagen we een significant verschil voor de factoren 'patiëntvriendelijkheid' (P = 0,000), 'vakkennis' (P = 0,010) en 'collegialiteit' (P = 0,000). Vooral op de antwoorden van de oudste collega zat er veel meer spreiding dan op de antwoorden van de twee jongere collega's. Deze laatste twee gaven meestal een score van 4 of 5 voor deze factoren.

Tabel 2. Frequentietabel patiëntvriendelijkheid, vakkennis en collegialiteit per arts

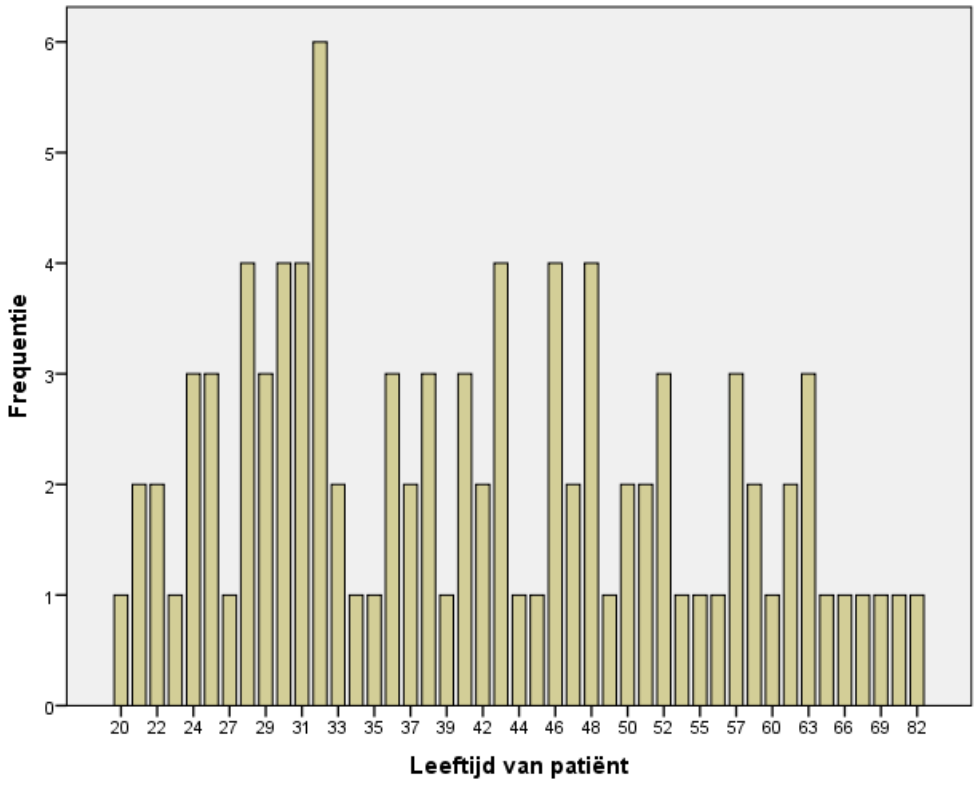
		Dokter A (15)	**Dokter B (22)**	**Dokter C (27)**
Patiëntvriendelijkheid	**Missing**	-	2	7
	3	60%	10%	-
	4	13,3%	-	5%
	5	26,7%	90%	95%
Vakkennis	**Missing**	-	2	1
	4	33,3%	5%	3,8%
	5	66,7%	95%	96,2%
Collegialiteit	**Missing**	1	3	5
	2	7,1%	-	4,5%
	3	7,1%	-	4,5%
	4	71,4%	10,5%	4,5%
	5	14,3%	89,5%	86,4%

Als maat voor de kwaliteit van de communicatie tussen huisarts en specialist, werd ook nog gekeken naar het aantal dagen die verstreken tussen de consultatie en het ontvangen van specialistisch verslag. In 27 gevallen werd er geen brief terug gevonden. Het is niet duidelijk of dit komt doordat er geen brief verstuurd is of omdat de patiënt nooit op consultatie geweest is bij de specialist. Het duurde gemiddeld 7 dagen tot een brief werd ontvangen door de huisarts, met een minimum van 1 dag en een maximum van 89 dagen. In 32,4% van de gevallen was er de volgende dag na de consultatie reeds een brief aanwezig. Binnen week steeg dit percentage tot 76,5%. Na 14 dagen was er in 92,6% van de gevallen een specialistisch verslag.

Patiënten enquête

Over de periode van 4 weken waarin de enquête werd afgenomen kwamen er 906 patiënten op consultatie. Hiervan kwamen er enkele patiënten meerdere malen langs. Als we deze excluderen, komen we tijdens deze 4 weken aan een contactgroep van 694 patiënten. 41,6% hiervan waren mannen en 58,2% waren vrouwen.

In totaal werden over deze periode 185 enquêtes afgenomen. Dit komt neer op 26,7% van de contactgroep. Uiteindelijk konden 96 enquêtes weerhouden worden voor statistische verwerking. Van deze 96 enquêtes waren 27,1% mannen, 71,9% vrouwen en 1 missing. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 20 tot en met 82 jaar. De gemiddelde leeftijd was 41,7 jaar.



Figuur 5. Verdeling leeftijden

Algemeen

Aan de hand van de gemiddelde score per factor, kwamen we aan volgende rangschikking (1 = het belangrijkste, 10= het minst belangrijke):

1. De specialist maakt tijd voor mij, is bereid te luisteren naar al mijn vragen en geeft duidelijke uitleg *(gemiddelde score 3,27)*.

2. De specialist is op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen binnen zijn vakgebied *(gemiddelde score 3,38)*.
3. De specialist heeft jaren lange ervaring binnen zijn vakgebied *(gemiddelde score 4,04)*.
4. Deze specialist heeft de kortste wachttijd voor een consultatie *(gemiddelde score 4,93)*.
5. Mijn huisarts kan gemakkelijk overleggen met deze specialist en krijgt snel een brief terug *(gemiddelde score 5,14)*.
6. De specialist werkt in het ziekenhuis waar ik gewoon ben te gaan *(gemiddelde score 6,29)*.
7. De specialist werkt in het dichtsbijgelegen ziekenhuis *(gemiddelde score 6,34)*.
8. Bij deze specialist is een consultatie buiten de werkuren mogelijk *(gemiddelde score 6,84)*.
9. Mijn huisarts heeft een persoonlijke band met deze specialist *(gemiddelde score 7,24)*.
10. Bij deze specialist moet ik, als patiënt, het minst betalen voor een consultatie of onderzoek *(gemiddelde score 7,30)*.

Vergelijking mannen en vrouwen

Tabel 3. Vergelijking aantal en leeftijdsverdeling bij mannen en vrouwen

	Mannen	**Vrouwen**
Aantal	26	69
Leeftijd	Gemiddeld 48,9 jaar Min. 22 jaar, max. 82 jaar 57,7% is <50 jaar	Gemiddeld 38,8 jaar Min. 20 jaar, max. 68 jaar 78,2% is <50 jaar

Met de Mann-whitney U test vergeleken we de verschillende factoren tussen mannen en vrouwen. Hierbij zagen we een significant verschil voor de factoren 'kortste wachttijd' (P = 0,037; belangrijker bij vrouwen) en 'persoonlijke band met huisarts' (P = 0,006; belangrijker bij mannen). Bij de overige factoren was er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen.

Om het voorkomen van een factor in de top 3 te vergelijken tussen mannen en vrouwen gebruikten we de Chi-Square test. 'Persoonlijke band met huisarts' (P = 0,023) en 'laagste kostprijs' (P = 0,035) kwamen significant meer voor in de top 3 bij mannen.

Vergelijking volgens leeftijd

Tabel 4. Vergelijking aantal en geslacht volgens leeftijd

	< 50 jaar	**≥ 50 jaar**
Aantal	69 (71,9%)	26 (28,1%)
Geslacht	21,7% mannen; 78,3% vrouwen	42,3% mannen; 57,7% vrouwen

Bij het uitvoeren van de Mann-Whitney U test zagen we een significant verschil tussen beide leeftijdsgroepen voor volgende factoren: 'overleg met huisarts' en 'persoonlijke band met huisarts' (P = 0,043 en 0,044 respectievelijk; bij beide belangrijker bij ≥ 50 jaar) en 'consultatie mogelijk buiten werkuren' (P = 0,024; belangrijker bij < 50 jaar).

Enkel 'overleg met huisarts' kwam significant frequenter voor in de top 3 bij de groep ≥ 50 jaar (P = 0,026).

Praktijkverbeterend project

Tijdens een maandelijks praktijkoverleg werden de overzichtslijsten van specialisten overlopen. Elke huisarts had hier eerst individueel zijn voorkeuren op aangeduid. In totaal stonden 307 artsen van 27 verschillende specialisaties op de lijst. Er werd vooraf gekozen om enkel de artsen van de twee dichtsbijgelegen ziekenhuizen te includeren. Per specialisatie was er ook ruimte om nog enkele namen toe te voegen.

Tabel 5. Overzicht aantal maal specialist aangeraden of afgeraden per huisarts

	Dokter A	**Dokter B**	**Dokter C**
Aanraden	101 36,6% van keuzes gemeenschappelijk met min. 1 andere arts	23 73,9% van keuzes gemeenschappelijk met min. 1 andere arts	44 75% van keuzes gemeenschappelijk met min. 1 andere arts
Afraden	0	4 50% van keuzes gemeenschappelijk met min. 1 andere arts	2 100% van keuzes gemeenschappelijk met min. 1 andere arts

In totaal waren er 39 specialisten die door minimum 2 van de 3 huisartsen werden aangeraden. 9 specialisten hiervan werden door alle huisartsen aangeduid als ‘aan te bevelen’. Van deze laatste groep beoefenden 5 specialisten een chirurgische discipline, de overige artsen waren internisten. Tijdens het praktijkoverleg werd de lijst overlopen en werd dan uiteindelijk beslist wie er ook als aan te bevelen op de verwijswebsite van de praktijk zou aangeduid worden. Slechts twee maal was er een conflict, waarbij een van de artsen iemand had aangeraden en één of meerdere artsen dezelfde specialist als af te raden hadden aangeduid. Via een open discussie werd uiteindelijk een consensus gevonden: éénmaal werd de specialist op ‘neutraal’ gezet, in het tweede geval kwam de specialist op de af te raden lijst terecht. Uiteindelijk bestond de lijst met af te raden specialisten uit 6 specialisten aangezien er tijdens het overleg nog 2 artsen werden toegevoegd die eerder als neutraal waren aangeduid op de overzichtslijst.

DISCUSSIE

Registratie doorverwijzingen artsen

Algemeen

In deze huisartsenpraktijk wordt een gemiddeld verwijspercentage gevonden van 2,3 à 2,6%. Dit percentage ligt lager dan de 4,5 à 5,1% die in literatuuronderzoek werd teruggevonden (1-3). Vermoedelijk is dit te wijten aan een onderrapportering van het aantal verwijzingen gedurende de dataverzameling. Als we de cijfers per maand bekijken, zien we dan ook dat de verwijspercentages uit de eerste maand van de dataverzameling (4 à 5,5%) veel meer aanleunen bij de percentage gevonden in de literatuur.

Vergelijking verschillende factoren van belang bij verwijzing

Voor sommige factoren moest een score op 5 toegekend worden, bij andere moest enkel ja of nee aangeduid worden. Dit verschil in de manier van scoren van de factoren, zorgt ervoor dat niet alle factoren statistisch kunnen vergeleken worden met elkaar. Toch kunnen we aan de hand van deze resultaten zeggen dat 'vakkennis' als een zeer belangrijke (zo niet de belangrijkste) factor naar voor komt. Dit komt overeen met de bevindingen in de literatuur (cfr medische vaardigheid). Zo zijn er minder missings bij de factor 'vakkennis' en werden, door alle huisartsen, enkel scores van 4 of 5 op 5 gegeven. Bij de andere factoren die op 5 gescoord worden, vinden we veel meer spreiding terug. Van deze factoren, heeft 'collegialiteit van de specialist' ook een zeer groot aandeel scores van 4 en 5. Hier vinden we echter ook in 6,2% van de gevallen een score van 2 of 3 op 5 terug. Bij 'patiëntvriendelijkheid van de specialist' loopt het aandeel scores lager dan 4 nog op tot 17,2%, al zakt de score wel nooit lager dan 3.

Net zoals in de literatuur, hechten de huisartsen in deze studie ook veel belang aan de communicatie met de specialist. Dit blijkt onder andere uit de factor 'beschikbaarheid voor overleg van de specialist', waar geen enkele keer 'nee' op werd aangeduid. Tijdens het praktijkoverleg werden de artsen ook geconfronteerd met het verzamelde cijfermateriaal rond de duurtijd tot het ontvangen van een specialistisch verslag. Hierbij werd ook opgemerkt dat specialisten die systematisch geen of laattijdig een verslag versturen, minder zouden worden aanbevolen.

De factor 'wachttijd' is van wisselend belang. Dit valt te verklaren door de variatie in pathologie waarvoor doorverwezen wordt. Bij sommige (acutere) aandoeningen is het uiteraard belangrijker om zo snel mogelijk een afspraak te krijgen. Bij andere aandoeningen is dit van minder belang.

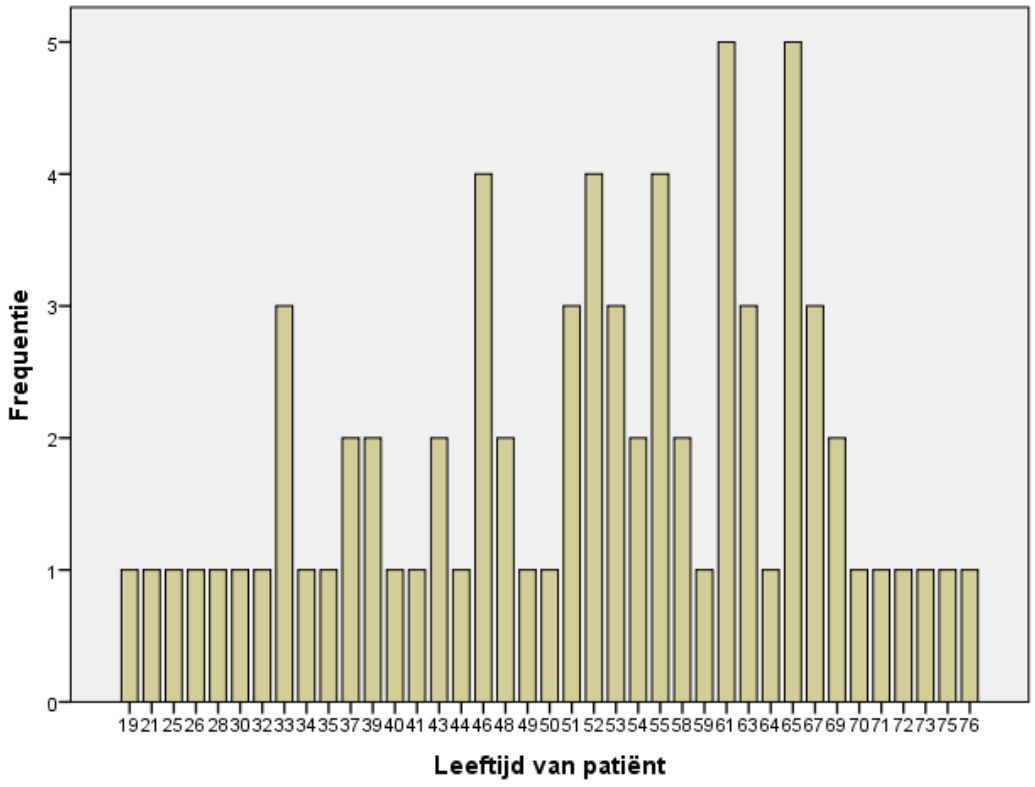
In tegenstelling met de bevindingen van Forrest et. al. (3) is een persoonlijke band tussen huisarts en specialist hier geen belangrijke factor.

Conclusie: Net zoals in het literatuuronderzoek spelen vooral medische vaardigheden van de specialist en interprofessionele communicatie een belangrijke rol bij een keuze voor een specialist. Patiëntvriendelijkheid wordt hier ook hoog gescoord, maar is iets minder doorslaggevend. Het belang van de wachttijd tot een consultatie is afhankelijk van de reden voor een verwijzing. Een persoonlijke band met de specialist speelt in dit onderzoek geen belangrijke rol.

Patiënten enquête

Algemeen

89 van de 185 patiënten enquêtes konden niet gebruikt worden wegens onvolledig of verkeerd ingevuld. In de groep geëxcludeerde enquêtes ligt de gemiddelde leeftijd hoger (51,7 versus 41,7 jaar). Procentueel zijn er ook meer 50-plussers in deze groep aanwezig (61,2% versus 28,1%).



Figuur 6. Verdeling leeftijden geëxcludeerde patiënten enquêtes

De reden van het hoge aantal uitvallers en het verband met de verschillende leeftijdsverdeling is onduidelijk. Mogelijks hebben jongere patiënten meer ervaring met het invullen van dergelijke enquêtes en begrijpen ze hierdoor de opdracht beter.

In de groep van geïncludeerde enquêtes zijn er procentueel meer vrouwen aanwezig dan in de contactgroep over die periode (71,9% in enquêtegroep versus 58,2% in de contactgroep). Als we ook rekening houden met de geëxcludeerde enquêtes wordt dit effect een klein beetje minder sterk (69,7% versus 58,2%). De reden waarom meer vrouwen de enquête ingevuld hebben, is eveneens niet duidelijk.

Vergelijking verschillende factoren van belang bij verwijzing

De drie factoren die in de algemene rangschikking in de top 3 staan (luisterbereidheid, op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen en ervaring van de specialist) blijken niet te wijzigen bij de opdeling in verschillende groepen volgens geslacht en volgens leeftijd. Uitzondering hierop is de factor 'ervaring van de specialist' in de groep 50-plussers: deze factor valt net uit de top 3 en wordt vervangen door de factor 'beschikbaar voor overleg met de huisarts'. Er wordt ook aangetoond dat 'beschikbaar voor overleg met de huisarts' significant hoger wordt gescoord bij 50-plussers in vergelijking met de jongere leeftijdsgroep en ook significant meer in de top 3 terecht komt. Oudere patiënten hebben vaker complexere dossiers met een uitgebreidere voorgeschiedenis en comorbiditeit. Dit kan mogelijks een verklaring zijn waarvoor zij overleg tussen de huisarts en de specialist belangrijker inschatten.

Waar 'kostprijs van een consultatie' en ' persoonlijke band met de huisarts' in de algemene rangschikking helemaal onderaan staan, worden deze factoren in de groep mannen en in de groep 50-plussers toch iets hoger gescoord. Beide factoren komen significant meer voor in de top 3 bij mannen in vergelijking dan bij vrouwen. Bij de 50-plussers wordt enkel 'persoonlijke band met de huisarts' significant hoger gescoord dan bij de jongere leeftijdsgroep. De verklaring hiervoor is onduidelijk.

Het is geen echte verrassing dat de factor 'consultatie mogelijk buiten de werkuren' significant belangrijker is in de jongere leeftijdsgroep, die bestaat uit de actief werkende bevolking. Verder hechten vrouwen in dit onderzoek meer belang aan wachttijd dan mannen.

Conclusie en vergelijking met artsenfactoren: Ook patiënten vinden het belangrijk dat hun huisarts rekening houdt met de medische vaardigheden van de specialist waarnaar verwezen wordt (cfr. hoge scores van 'op de hoogte van nieuwste ontwikkelingen binnen zijn vakgebied' en 'jarenlange ervaring van de specialist'). Hiernaast is patiëntvriendelijkheid (cfr. luisterbereidheid) enorm belangrijk voor de patiënten. Op vlak van interprofessionele communicatie zijn het vooral de 50-plussers die overleg tussen huisarts en specialist hoog scoren. Een persoonlijke band tussen huisarts en specialist en de kostprijs voor een consultatie spelen over het algemeen minder een rol, alhoewel deze factoren in dit onderzoek bij de groep mannen en de groep 50-plussers aan belang winnen.

Praktijkverbeterend project

Enkele maanden na het opstellen van de verwijsgids, werden de voor- en nadelen en impact op het verwijzen besproken tijdens een praktijkoverleg. Twee van de drie artsen gaven aan dat zij de verwijsgids dagelijks gebruiken. De oudste arts gaf toch nog vaak de voorkeur aan zijn parate kennis of een papieren verwijsgids van het ziekenhuis zelf. Alle artsen vonden de verwijsgids heel praktisch en gebruiksvriendelijk ingesteld. Eén van de grote voordelen was dat alle informatie op 1 plaats beschikbaar is. Ook is het nu veel duidelijker welke subspecialisaties er door welke specialist worden beoefend.

Welke invloed heeft dit nu op het verwijzen zelf?

De artsen vonden dat ze door dit praktijkverbeterend project veel beter op de hoogte waren van de verwijsvoorkeuren van hun collega's binnen de groepspraktijk. De jongste twee artsen gaven aan nu sneller een specifieke arts aan te raden in plaats van een dienst in een bepaald ziekenhuis. De oudste arts deed dit al beduidend meer dan de andere artsen tijdens de dataverzameling (78% versus 59,5% en 35,9% verwijzingen naar specifieke arts). Eén arts zei ook dat ze nu sneller zelf een advies geeft in plaats van de keuze te laten afhangen van het ziekenhuis waar de patiënt gewoon is te gaan. Tijdens de dataverzameling werd ook duidelijk dat bepaalde specialisten geen of zeer laat een verwijsbrief versturen. Voor de artsen in de praktijk is dit een reden om minder naar deze specialist te verwijzen.

Naar de toekomst toe is het belangrijk dat de verwijsgids up to date wordt gehouden. Daarom werd er afgesproken om de verwijsgids jaarlijks te herevalueren. De secretaresse werd ook ingeschakeld om (kleine) aanpassingen te doen in de verwijsgids indien nodig.

BESLUIT

Zowel voor huisartsen als patiënten speelt medische vaardigheid van de specialist een belangrijke rol bij een keuze voor een welbepaalde arts. Patiënten hechten daarnaast ook veel belang aan de luisterbereidheid van een specialist. Deze patiëntvriendelijkheid is voor huisartsen ook een belangrijke, maar iets minder doorslaggevende factor. Naast bovenstaande factoren, scoren collegialiteit en beschikbaarheid voor overleg ook zeer hoog bij de huisartsen. Een goede communicatie tussen huisarts en specialist wordt bij patiënten vooral in de oudere leeftijdsgroep als belangrijk aangeduid. Een mogelijke oorzaak hiervoor is de toegenomen complexiteit van medische dossiers en frequenter voorkomen van comorbiditeit in oudere leeftijdsgroepen. Andere factoren zoals een persoonlijke band tussen huisarts en specialist en de kostprijs voor een consultatie spelen minder een rol. Deze laatste twee factoren komen wel vaker in de top 3 voor bij de patiënten in de groep mannen en in de groep 50-plussers. De reden hiervoor is onduidelijk.

De verwijsgids wordt over het algemeen als zeer praktisch en gebruiksvriendelijk ervaren. De artsen uit de groepspraktijk geven aan nu meer op de hoogte te zijn van elkaars verwijsvoorkeuren. Ook wordt er dankzij de verwijsgids vaker een specifieke arts aangeraden in plaats van een dienst in een welbepaald ziekenhuis. Voor de toekomstige HAIO's zal deze verwijsgids ook een handig instrument zijn om zijn/haar weg in het verwijslandschap van de praktijk terug te vinden.

REFERENTIES

1. Kinchen KS, Cooper LA, Levine D, Wang NY, Powe NR. Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians. Ann Fam Med. 2004;2(3):245-52.
2. Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S, Rohde C, Starfield B. Primary care physician specialty referral decision making: patient, physician, and health care system determinants. Med Decis Making. 2006;26(1):76-85.
3. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, von Schrader S. Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. J Fam Pract. 2002;51(3):215-22.
4. Fleming D. The European study of referrals from primary to secundary care. Report of Project. Birmingham, England. 1991.
5. Bayingana K DS, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. Gezondheidsenquête door middel van interview : België 2004. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie; 2006.
6. Van Der Heyden J. Raadpleging bij de specialist. In: Drieskens S, Gisle L (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Brussel: WIV-ISP; 2015.
7. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? Fam Pract. 2000;17(6):462-71.
8. Detollenaere JGE, Vos JGE, De Maeseneer J, Willems SGE. Vlaamse prioritaire thema's met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg: focus op de Vlaamse huisartsgeneeskunde. Leuven Steunpunt Welzijn; 2014.
9. Barnett ML, Keating NL, Christakis NA, O'Malley AJ, Landon BE. Reasons for choice of referral physician among primary care and specialist physicians. J Gen Intern Med. 2012;27(5):506-12.
10. Victoor A, Delnoij DM, Friele RD, Rademakers JJ. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2012;12:272.
11. Dunlea R, Lenert L. Understanding Patients' Preferences for Referrals to Specialists for an Asymptomatic Condition. Med Decis Making. 2015.

BIJLAGES

Bijlage 1: Dataverzameling verwijzingen

Optimaliseren van doorverwijzingen in een groepspraktijk

Informatieformulier voor huisartsen van Artsenpraktijk De Dender

---

Beste collega's,

In het kader van mijn masterproef doe ik onderzoek naar de kwaliteit van doorverwijzen onze de praktijk.

Wat is het doel van dit onderzoek?

Het doel van deze MaNaMa kan als volgt omschreven worden:

- Enerzijds willen we inzicht krijgen in de factoren die de keuze voor een welbepaalde specialist mee bepalen. Ook willen we nagaan of onze prioriteiten als arts hierin ook overeenkomen met wat de patiënten belangrijk vinden bij een doorverwijzing.
- Anderzijds is deze MaNaMa ook een praktijkverbeterend project. We willen streven naar meer uniformiteit bij adviezen omtrent doorverwijzingen in de groepspraktijk. Hierbij ligt de uiteindelijke keuze uiteraard nog altijd bij de patiënt zelf. Aan de hand van de verzamelde gegevens zal een doorverwijsgids voor de praktijk opgesteld worden.

Wat houdt het onderzoek precies in?

In eerste instantie zal begonnen worden met het inzamelen van data omtrent de huidige manier van doorverwijzen in de praktijk. Hiervoor heb ik jullie hulp nodig. Zo willen we proberen inzicht te krijgen in de factoren die echt doorslaggevend zijn bij de keuze voor een specialist.

Hiernaast wordt ook een enquête gehouden bij de patiënten in de praktijk. Via een korte enquëte zal nagegaan worden wat zij belangrijk vinden bij een doorverwijzing. Deelname door de patiënt is uiteraard op vrijwillige basis.

De verzamelde info zal vergeleken worden met wat in de binnenlandse en buitenlandse literatuur al gekend is in verband met doorverwijzingen vanuit de eerste lijn. De ingezamelde gegevens van de verschillende artsen worden ook onderling vergeleken om verschillen in visie op te sporen. Deze kunnen dan besproken worden op een praktijkoverleg. Uiteindelijk kan hieruit een doorverwijsgids voor de praktijk opgesteld worden. Dit werkinstrument moet gemakkelijk toegankelijk zijn voor elke arts in de praktijk. Hiernaast moet het ook gemakkelijk aanpasbaar en aanvulbaar zijn, zodat de beschikbare informatie up-to-date blijft.

Vertrouwelijkheid en ethisch comité

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt worden. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH-GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (oa. de wettelijke vereisten bepaald in de Belgische Wet inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet inzake rechten van de patiënt). Zoals wettelijk verplicht in België, werd dit onderzoek ook vooraf voorgelegd aan het Ethisch Comité voor goedkeuring. Goedkeuring door het Ethisch Comité houdt in dat deze studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor goede klinische praktijk (ICH-GCP) en volgens de meest recente versie van de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Dit onderzoek houdt geen enkel risico in voor de patiënten. Conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 werd een foutloze aansprakelijkheidsverzekering afgesloten. Indien een van uw patiënten toch schade en/of letsels zou oplopen ten gevolge van het onderzoek, zal deze vergoed worden.

Indien uw bijkomende vragen heeft in verband met dit onderzoek, kunt u altijd met mij contact opnemen.

Met vriendelijke groeten

Miet Plettinck

AKKOORD VOOR DEELNAME

Ik ondergetekende, …….. (naam), bevestig mijn deelname aan dit onderzoek. Ik heb bovenstaande informatie gelezen en goedgekeurd.

Opgemaakt te…… op ……/……/…….

Handtekening van deelnemende arts

Handtekening van onderzoek Dr. Miet Plettinck

Handleiding bij invullen formulier voor dataverzameling

- **Schrijf je naam bovenaan op het formulier**
- **Datum:** datum van doorverwijzing invullen
- **Naam patiënt:** naam van de patiënt invullen
- **Verwijzing naar wie?:**
    - Naam van specialist + zijn specialiteit
        - Indien niet verwezen wordt naar één specifiek persoon, gelieve dan de naam van de specialiteit te noteren
    - Omcirkelen ASZ – OLV – Privé praktijk
        - Indien nog naar een ander ziekenhuis wordt verwezen, gelieve de naam onder andere in te vullen
- **Zelf advies gegegeven:** omcirkelen ja of nee
    - als de patiënt zelf een naam van een specialist aanbrengt, gelieve nee te omcirkelen
- **Verduidelijking:** hier peilen we naar de factoren die een rol spelen bij de keuze van een specialist. Gelieve dit ook in te vullen als de keuze van de specialist door de patiënt is aangebracht. Telkens het meest passende omcirkelen.
    - **Patiëntvriendelijkheid:** in welke mate is de specialist patiëntvriendelijk (empathisch zijn, duidelijke uitleg geven, vervolgafspraken regelen, …)
        - ? = geen mening, 1 = helemaal niet patiëntvriendelijk, 5 = zeer patiëntvriendelijk
    - **Beschikbaar voor overleg:** in welke mate is de specialist beschikbaar voor overleg (gemakkelijk telefonisch te bereiken, duidelijke verwijsbrief, …)
        - ? = geen mening, nee of ja
    - **Wachttijd:** hoe schat je de wachttijd in om bij deze specialist een consultatie te krijgen
        - ? = geen mening, kort = < 2 weken, lang = > 2 weken maar minder dan 1 maand, zeer lang = langer dan 1 maand
    - **Vakkennis:** hoe schat je de vakkennis van de specialist in (kennis binnen zijn vakgebied, op de hoogte van nieuwe evoluties, …)
        - ? = geen mening, 1 = zeer minimale vakkennis, 5 = expert binnen zijn vakgebied
    - **Collegialiteit:** hoe collegiaal is de specialist (ligt je zelf in bij ernstige situaties, duidelijke verwijsbrief, geen kritiek op de huisarts tov de patiënt, …)
        - ? = geen mening, 1 = helemaal niet collegiaal, 5 = zeer collegiaal
    - **Persoonlijke band:** heb jij een persoonlijke band met deze specialist (bv. kennis, jaargenoot, goede vriend, …)
        - Omcirkelen ja of nee
    - **…:** ruimte om zelf iets aan te vullen
- **Datum brief:** oplaten, Miet vult hier de datum in waarop de brief van de specialist bij ons in gearriveerd (aantal dagen na consultatie van de patiënt).

Datum	Naam patiënt	Verwijzing: naar wie? (specialiteit + ev. naam)	Zelf advies gegeven	Verduidelijking	atum brief
		ASZ – OLV – privé – andere:	JA / NEE	• *Patiëntvriendelijkheid:* ? – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 • *Beschikbaar voor overleg:* ? / nee / ja • *Wachttijd:* ? - kort – lang – zeer lang • *Vakkennis:* ? – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • *Collegialiteit:* ? – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • *Persoonlijke band:* ja / nee • ……	
		ASZ – OLV – privé – andere:	JA / NEE	• *Patiëntvriendelijkheid:* ? – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 • *Beschikbaar voor overleg:* ? / nee / ja • *Wachttijd:* ? - kort – lang – zeer lang • *Vakkennis:* ? – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • *Collegialiteit:* ? – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • *Persoonlijke band:* ja / nee • ……	
		ASZ – OLV – privé – andere:	JA / NEE	• *Patiëntvriendelijkheid:* ? – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 • *Beschikbaar voor overleg:* ? / nee / ja • *Wachttijd:* ? - kort – lang – zeer lang • *Vakkennis:* ? – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • *Collegialiteit:* ? – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 • *Persoonlijke band:* ja / nee • ……	

Bijlage 2: Patiënten enquête

Optimaliseren van doorverwijzingen in een groepspraktijk

Informatieformulier en enquête voor proefpersonen

Onze Huisarts In Opleiding, Dr. Miet Plettinck, doet onderzoek naar de kwaliteit van doorverwijzingen in onze praktijk. Voor dit onderzoek hebben we ook jullie mening nodig. **Waar wilt u dat uw huisarts rekening mee houdt als u doorverwezen wordt naar een specialist?**

Dit onderzoek is onderdeel van de masterproef verbonden aan de opleiding Huisartsgeneeskunde.

Zoals bij elk wetenschappelijk onderzoek, vindt uw deelname plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u op elk moment kunt weigeren om deel te nemen zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling. Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt worden. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH-GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (oa. de wettelijke vereisten bepaald in de Belgische Wet inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet inzake rechten van de patiënt). Zoals wettelijk verplicht in België, werd dit onderzoek ook vooraf voorgelegd aan het Ethisch Comité voor goedkeuring. Goedkeuring door het Ethisch Comité houdt in dat deze studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor goede klinische praktijk (ICH-GCP) en volgens de meest recente versie van de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u. Er is ook geen vergoeding voorzien voor deelname aan de studie.

Dit onderzoek houdt voor uw geen enkel risico in. Conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 werd een foutloze aansprakelijkheidsverzekering afgesloten. Indien uw toch schade en/of letsels zou oplopen ten gevolge van het onderzoek, zal deze vergoed worden.

Door het invullen van onderstaande enquête bevestigt u uw vrijwillige deelname. Indien u bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande uw behandelende arts of één van zijn collega's.

Alvast bedankt voor uw deelname!
De ingevulde enquêtes kunt uw deponeren in de doos die hiervoor beschikbaar is in de wachtkamer op de vensterbank of bij de secretaresse.

Met vriendelijke groeten,

De artsen van Artsenpraktijk De Dender
Elfdagwand 53A, 9473 Welle
053/66 92 44

Instructies:

Onderstaand vindt u enkele factoren die een rol kunnen spelen bij een doorverwijzing. Gelieve deze te rangschikken van 1-10. **1** is de factor die u **het belangrijkst** vindt, **10** de factor die u het **minst belangrijkst** vindt. Uw mag elk cijfer maar eenmaal gebruiken. Aanvullende opmerkingen kan u uiteraard altijd noteren om de ommezijde van deze pagina. Alle gegevens worden anoniem verwerkt.

Leeftijd: …….. Geslacht: M / V

Rangschik volgende factoren van 1 tot 10, uw mag elk cijfer maar 1 keer gebruiken.

Rangnummer	**Mijn huisarts verwijst me naar een specialist ….**
	waar hij gemakkelijk mee kan overleggen en snel een brief terug van krijgt.
	bij wie de kortste wachttijd is voor een consultatie.
	waar hij een persoonlijke band mee heeft.
	waar ik, als patiënt, het minst moet betalen voor een consultatie of onderzoek.
	die op de hoogte is van de nieuwste ontwikkelingen binnen zijn vakgebied.
	in het dichtsbijgelegen ziekenhuis.
	die tijd voor me maakt, bereid is te luisteren naar al mijn vragen en duidelijke uitleg geeft.
	in het ziekenhuis waar ik gewoon ben te gaan.
	met jaren lange ervaring binnen zijn vakgebied.
	waar ik ook buiten de werkuren op consultatie kan gaan.

Bijlage 3: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité

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

OPTIMALISEREN VAN DOORVERWIJZINGEN IN EEN GROEPSPRAKTIJK

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

PROMOTOR

- NAAM: SARA WILLEMS
- FUNCTIE: ZELFSTANDIG ACADEMISCH PERSONEEL
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: +32 9 332 39 84
- FAX: +32 9 332 49 67
- E-MAIL: SARA.WILLEMS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: PIERRE VANDEN BUSSCHE
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER:
- FAX: +32 9 332 49 67
- E-MAIL: PIERRE.VANDENBUSSCHE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

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

- NAAM: MIET PLETTINCK
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

- TELEFOONNUMMER: +32 479 433 162
- E-MAIL: MIET.PLETTINCK@UGENT.BE

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: ANNELIES DE VUYST
- ADRES: ELFDAGWAND 53A, 9473 WELLE
- TELEFOONNUMMER: 053/66 92 44
- E-MAIL: ANNELIES.DE.VUYST@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

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: 01/05/2015 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 01/05/2016

7. SOORT ONDERZOEK

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

EEN DOORVERWIJZING MAAKT EEN ESSENTIEEL DEEL UIT VAN DE HUISARTSGENEESKUNDIGE TAKEN. 'WIE KAN JE MIJ AANRADEN DOKTER?' IS EEN VRAAG DIE IN ZO'N SITUATIE NOGAL EENS GESTELD WORDT DOOR DE PATIËNT. EEN EENDUIDIG ANTWOORD OP DEZE VRAAG ONTBRAK IN ONZE GROEPSPRAKTIJK. MOMENTEEL ZIJN ER GEEN DUIDELIJKE AFSPRAKEN OMTRENT DOORVERWIJZEN. DE INFORMATIE OM EEN GOED ADVIES TE KUNNEN GEVEN BIJ EEN DOORVERWIJZING BEVINDT ZICH VERSPREID IN DE HOOFDEN VAN DE ARTSEN IN DE PRAKTIJK. ER IS GEEN CENTRALE PLEK WAAR DEZE INFORMATIE VERZAMELD EN GEÜPDATET WORDT.

HET DOEL VAN DEZE MANAMA KAN ALS VOLGT OMSCHREVEN WORDEN:

1. ENERZIJDS WILLEN WE INZICHT KRIJGEN IN DE FACTOREN DIE DE KEUZE VOOR EEN WELBEPAALDE SPECIALIST MEE BEPALEN. OOK WILLEN WE NAGAAN OF ONZE PRIORITEITEN ALS ARTS HIERIN OOK OVEREENKOMEN MET WAT DE PATIËNTEN BELANGRIJK VINDEN BIJ EEN DOORVERWIJZING.
2. ANDERZIJDS IS DEZE MANAMA OOK EEN PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT. WE WILLEN STREVEN NAAR MEER UNIFORMITEIT BIJ ADVIEZEN OMTRENT DOORVERWIJZINGEN IN DE GROEPSPRAKTIJK. HIERBIJ LIGT DE UITEINDELIJKE KEUZE UITERAARD NOG ALTIJD BIJ DE PATIËNT ZELF. AAN DE HAND VAN DE VERZAMELDE GEGEVENS ZAL EEN DOORVERWIJSGIDS VOOR DE PRAKTIJK OPGESTELD WORDEN.

IN EERSTE INSTANTIE ZAL BEGONNEN WORDEN MET HET INZAMELEN VAN DATA OMTRENT DE HUIDIGE MANIER VAN DOORVERWIJZEN IN DE PRAKTIJK. GEDURENDE EEN VOORAF BEPAALDE PERIODE ZAL ELKE DOORVERWIJZING BIJGEHOUDEN WORDEN. OM EEN GOED BEELD TE KRIJGEN WORDT GESTREEFD NAAR HET BIJHOUDEN VAN EEN 100 – 150 TAL DOORVERWIJZINGEN. VOORAF WERD BESPROKEN WELKE FACTOREN MOGELIJK EEN ROL KONDEN SPELEN BIJ EEN DOORVERWIJZING. VOLGENDE ITEMS WERDEN NAAR VOOR GEBRACHT: PATIËNTVRIENDELIJKHEID, BESCHIKBAARHEID VOOR OVERLEG, WACHTTIJD, VAKKENNIS VAN DE SPECIALIST, COLLEGIALITEIT EN EEN PERSOONLIJKE CONNECTIE MET DE SPECIALIST. TIJDENS DE DATAVERZAMELING ZULLEN DEZE FACTOREN OOK NAGEVRAAGD WORDEN. ZO WILLEN WE PROBEREN INZICHT TE KRIJGEN IN DE FACTOREN DIE ECHT DOORSLAGGEVEND ZIJN BIJ DE KEUZE VOOR EEN SPECIALIST.

HIERNAAST WORDT OOK EEN ENQUÊTE GEHOUDEN BIJ DE PATIËNTEN IN DE PRAKTIJK. VIA EEN EENVOUDIG VRAGENLIJSTJE ZAL NAGEGAAN WORDEN WAT ZIJ BELANGRIJK VINDEN BIJ EEN DOORVERWIJZING. ER IS OOK RUIMTE OM ZELF AANVULLINGEN TE DOEN.

DE VERZAMELDE INFO ZAL VERGELEKEN WORDEN MET WAT IN DE BINNENLANDSE EN BUITENLANDSE LITERATUUR AL GEKEND IS IN VERBAND MET DOORVERWIJZINGEN VANUIT DE EERSTE LIJN.

DE INGEZAMELDE GEGEVENS VAN DE VERSCHILLENDE ARTSEN WORDEN OOK ONDERLING VERGELEKEN OM VERSCHILLEN IN VISIE OP TE SPOREN. DEZE KUNNEN DAN BESPROKEN WORDEN OP EEN PRAKTIJKOVERLEG.

UITEINDELIJK KAN HIERUIT EEN DOORVERWIJSGIDS VOOR DE PRAKTIJK OPGESTELD WORDEN. DIT WERKINSTRUMENT MOET GEMAKKELIJK TOEGANKELIJK ZIJN VOOR ELKE ARTS IN DE PRAKTIJK. HIERNAAST MOET HET OOK GEMAKKELIJK AANPASBAAR EN AANVULBAAR ZIJN, ZODAT DE BESCHIKBARE INFORMATIE UP-TO-DATE BLIJFT. NA EEN PROEFPERIODE ZAL GEËVALUEERD WORDEN OF DE DOORVERWIJSGIDS ALS NUTTIG WORDT ERVAREN EN WAAR MOGELIJKE AANPASSINGEN GEDAAN MOETEN WORDEN.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ ***EPIDEMIOLOGISCH***

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ ***NEEN***

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST

- ❑ 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 UNIVERSITEIT GENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
- ❑ JA
- ❑ ***NEEN***

PATIËNTEN LIJDEND AAN : EEN VARIATIE VAN PATHOLOGIE, AANGEZIEN ZE DOORVERWEZEN WORDEN

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

- ❑ ***JA***
- ❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 100-150

D. LEEFTIJD : 0-120 JAAR

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? TIJDENS DE DATAVERZAMELING IN VERBAND MET VERWIJZINGEN BIJ DE ARTSEN WORDEN IN PRINCIPE ALLE VERWIJZINGEN GEREGISTREERD. DIT GEBEURT VOLLEDIG ANONIEM. DE ENQUÊTE ZAL ZONDER VERPLICHTING WORDEN AANGEBODEN AAN ALLE WILSBEKWAME VOLWASSEN PATIËNTEN OF WILSBEKWAME OUDERS VAN PATIËNTEN DIE OP CONSULTATIE KOMEN IN DE PRAKTIJK. ZIJ ZIJN UITERAARD VRIJ OM HUN DEELNAME HIERAAN TE WEIGEREN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

VOLGENDE VRAGEN WORDEN TOEGEPAST OP DE PATIËNTEN ENQUÊTE

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

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

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

PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ ***NEEN***

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEE

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

- ❑ JA
- ❑ ***NEEN***

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ❑ ***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

- ❑ ***JA***
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

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

- ❑ JA
- ❑ ***NEEN***

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

DE PATIËNTEN DIE NIET WILLEN DEELNEMEN AAN HET ONDERZOEK, VULLEN GEWOON DE PATIËNTEN ENQUÊTE NIET IN. DEELNAME IS ZONDER VERPLICHTING EN KAN DUS STEEDS GEWEIGERD WORDEN.

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 ? NEE

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.

  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
- ❑ ***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)

☐ ***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 : 16/2/2015
NAAM : Miet Plettinck
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 18/2/15
NAAM : De Vuyst Annelies
HANDTEKENING : 15516925 004

PROMOTOR

DATUM : 24 02 15
NAAM : Sara Willems
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 27/02/15
NAAM : Jens Detollenaere
HANDTEKENING : i.o. P. Stevenden Bossche

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 25.02.2015
NAAM : PROF. DR. J. DE MAESENEER
HANDTEKENING :

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)

- ☐ ***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 :
NAAM :
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 19/05/2025
NAAM : Prof. dr. Sara Willems
HANDTEKENING :



CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Bijlage 1: Informatieformulier voor de proefpersonen

Optimaliseren van doorverwijzingen in een groepspraktijk

Informatieformulier en enquête voor proefpersonen

Onze Huisarts In Opleiding, Dr. Miet Plettinck, doet onderzoek naar de kwaliteit van doorverwijzingen in onze praktijk. Voor dit onderzoek hebben we ook jullie mening nodig. **Waar wilt u dat uw huisarts rekening mee houdt als u doorverwezen wordt naar een specialist?**

Dit onderzoek is onderdeel van de masterproef verbonden aan de opleiding Huisartsgeneeskunde.

Zoals bij elk wetenschappelijk onderzoek, vindt uw deelname plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u op elk moment kunt weigeren om deel te nemen zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling. Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt worden. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH-GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (oa. de wettelijke vereisten bepaald in de Belgische Wet inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet inzake rechten van de patiënt). Zoals wettelijk verplicht in België, werd dit onderzoek ook vooraf voorgelegd aan het Ethisch Comité voor goedkeuring. Goedkeuring door het Ethisch Comité houdt in dat deze studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor goede klinische praktijk (ICH-GCP) en volgens de meest recente versie van de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u. Er is ook geen vergoeding voorzien voor deelname aan de studie.

Dit onderzoek houdt voor uw geen enkel risico in. Conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 werd een foutloze aansprakelijkheidsverzekering afgesloten. Indien uw toch schade en/of letsels zou oplopen ten gevolge van het onderzoek, zal deze vergoed worden.

Door het invullen van onderstaande enquête bevestigt u uw vrijwillige deelname. Indien u bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande uw behandelende arts of één van zijn collega's.

Alvast bedankt voor uw deelname!

De ingevulde enquêtes kunt uw deponeren in de doos die hiervoor beschikbaar is in de wachtkamer op de vensterbank of bij de secretaresse.

Met vriendelijke groeten,

De artsen van Artsenpraktijk De Dender

Elfdagwand 53A, 9473 Welle

053/66 92 44

Instructies:

Onderstaand vindt u enkele factoren die een rol kunnen spelen bij een doorverwijzing. Gelieve deze te rangschikken van 1-10. **1** is de factor die u **het belangrijkst** vindt, **10** de factor die u het **minst belangrijkst** vindt. Uw mag elk cijfer maar eenmaal gebruiken. Aanvullende opmerkingen kan u uiteraard altijd noteren om de ommezijde van deze pagina. Alle gegevens worden anoniem verwerkt.

Leeftijd: …….. Geslacht: M / V

Rangschik volgende factoren van 1 tot 10, uw mag elk cijfer maar 1 keer gebruiken.

Rangnummer	**Mijn huisarts verwijst me naar een specialist ….**
	waar hij gemakkelijk mee kan overleggen en snel een brief terug van krijgt.
	bij wie de kortste wachttijd is voor een consultatie.
	waar hij een persoonlijke band mee heeft.
	waar ik, als patiënt, het minst moet betalen voor een consultatie of onderzoek.
	die op de hoogte is van de nieuwste ontwikkelingen binnen zijn vakgebied.
	in het dichtsbijgelegen ziekenhuis.
	die tijd voor me maakt, bereid is te luisteren naar al mijn vragen en duidelijke uitleg geeft.
	in het ziekenhuis waar ik gewoon ben te gaan.
	met jaren lange ervaring binnen zijn vakgebied.
	waar ik ook buiten de werkuren op consultatie kan gaan.

Bijlage 2: Informatie- en toestemmingsformulier voor deelnemende artsen

Optimaliseren van doorverwijzingen in een groepspraktijk

Informatieformulier voor huisartsen van Artsenpraktijk De Dender

---

Beste collega's,

In het kader van mijn masterproef doe ik onderzoek naar de kwaliteit van doorverwijzen onze de praktijk.

Wat is het doel van dit onderzoek?

Het doel van deze MaNaMa kan als volgt omschreven worden:

1. Enerzijds willen we inzicht krijgen in de factoren die de keuze voor een welbepaalde specialist mee bepalen. Ook willen we nagaan of onze prioriteiten als arts hierin ook overeenkomen met wat de patiënten belangrijk vinden bij een doorverwijzing.
2. Anderzijds is deze MaNaMa ook een praktijkverbeterend project. We willen streven naar meer uniformiteit bij adviezen omtrent doorverwijzingen in de groepspraktijk. Hierbij ligt de uiteindelijke keuze uiteraard nog altijd bij de patiënt zelf. Aan de hand van de verzamelde gegevens zal een doorverwijsgids voor de praktijk opgesteld worden.

Wat houdt het onderzoek precies in?

In eerste instantie zal begonnen worden met het inzamelen van data omtrent de huidige manier van doorverwijzen in de praktijk. Hiervoor heb ik jullie hulp nodig. Zo willen we proberen inzicht te krijgen in de factoren die echt doorslaggevend zijn bij de keuze voor een specialist.

Hiernaast wordt ook een enquête gehouden bij de patiënten in de praktijk. Via een korte enquëte zal nagegaan worden wat zij belangrijk vinden bij een doorverwijzing. Deelname door de patiënt is uiteraard op vrijwillige basis.

De verzamelde info zal vergeleken worden met wat in de binnenlandse en buitenlandse literatuur al gekend is in verband met doorverwijzingen vanuit de eerste lijn. De ingezamelde gegevens van de verschillende artsen worden ook onderling vergeleken om verschillen in visie op te sporen. Deze kunnen dan besproken worden op een praktijkoverleg.

Uiteindelijk kan hieruit een doorverwijsgids voor de praktijk opgesteld worden. Dit werkinstrument moet gemakkelijk toegankelijk zijn voor elke arts in de praktijk. Hiernaast moet het ook gemakkelijk aanpasbaar en aanvulbaar zijn, zodat de beschikbare informatie up-to-date blijft.

Vertrouwelijkheid en ethisch comité

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt worden. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH-GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (oa. de wettelijke vereisten bepaald in de Belgische Wet inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet inzake rechten van de patiënt). Zoals wettelijk verplicht in België, werd dit onderzoek ook vooraf voorgelegd aan het Ethisch Comité voor goedkeuring. Goedkeuring door het Ethisch Comité houdt in dat deze studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor goede klinische praktijk (ICH-GCP) en volgens de meest recente versie van de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Dit onderzoek houdt geen enkel risico in voor de patiënten. Conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 werd een foutloze aansprakelijkheidsverzekering afgesloten. Indien een van uw patiënten toch schade en/of letsels zou oplopen ten gevolge van het onderzoek, zal deze vergoed worden.

Indien uw bijkomende vragen heeft in verband met dit onderzoek, kunt u altijd met mij contact opnemen.

Met vriendelijke groeten

Miet Plettinck

AKKOORD VOOR DEELNAME

Ik ondergetekende, …….. (naam), bevestig mijn deelname aan dit onderzoek. Ik heb bovenstaande informatie gelezen en goedgekeurd.

Opgemaakt te…… op ……./……./…….

Handtekening van deelnemende arts

Handtekening van onderzoek Dr. Miet Plettinck

Bijlage 4: Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK
Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 99 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0344	28-mei-15	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Optimaliseren van doorverwijzingen in een groepspraktijk.
(Manama Miet Plettinck)

Belgisch Registratienummer: B670201524380

* Antwoord onderzoekers via mail dd. 26/05/2015 op opmerkingen EC dd. 31/03/2015
* Adviesaanvraagformulier dd. 19/05/2015 (aangepaste versie cfr. mail dd. 26/05/2015)
* Informatieformulier en enquête voor proefpersonen (aangepaste versie cfr. mail dd. 26/05/2015)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor deelnemende artsen (cfr. mail dd. 26/05/2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 27/05/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 26/05/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 27/05/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 26/05/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/06/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/06/2015

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0344	28-mei-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0344

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

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be