Huisarts van eigen familie?

Een kwalitatief onderzoek

1-5-2017

Promotor: Prof. Jo Goedhuys

Jolien Faes, master na master huisartsengeneeskunde

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 1

Abstract 2

Achtergrond 2

Onderzoeksvraag 2

Methode 2

Resultaten 2

Besluit 2

Inleiding 3

Literatuurstudie 4

Methode 4

Resultaten: bronnen 4

Resultaten Literatuur 6

Praktijkonderzoek 11

Methode 11

Resultaten 12

Bespreking 24

Kwalitatief onderzoek 24

Eigen aanbevelingen 26

Besluit 28

Literatuurlijst 29

Bijlagen 31

Bijlage 1: e-mail Prof. Nijs 31

Bijlage 2: e-mail van KNMG 33

Bijlage 3: Vooropgesteld interview 34

Bijlage 4: deelnemerskenmerken 36

Bijlage 5: Codebomen 36

Bijlage 6: Protocol en goedkeuring 40

Abstract

Achtergrond

Artsen worden reeds van voor hun carrière met ziekte geconfronteerd van zowel zichzelf als van hun naasten. Ze worden immers regelmatig aangesproken door hun omgeving voor een medisch advies of een voorschrift. De American Medical Association (AMA) stelt duidelijk dat artsen zichzelf of directe familieleden niet mogen behandelen tenzij in acute medische situaties of bij situaties waarbij er geen andere gekwalificeerde arts aanwezig is. In België geldt echter de Code van geneeskundige plichtenleer waarbij de vrije artsenkeuze een fundamenteel recht is van de patiënt

Onderzoeksvraag

Door middel van een kwalitatief onderzoek wordt een antwoord op de volgende hoofdvraag ontwikkeld: **"Is het verantwoord dat een huisarts een familielid voorziet van medische zorg?"**

Met als subvragen:

1. Op basis waarvan maken huisartsen de keuze om al dan niet een familielid te behandelen?
2. Welke ervaringen hebben deze keuze van huisartsen beïnvloed?
3. Wat zijn de pro- en contra-argumenten?
4. Welke adviezen kunnen we uit deze gegevens formuleren?

Methode

In een eerste fase is er een literatuurstudie uitgevoerd. In een tweede fase is er een kwalitatief onderzoek opgesteld aan de hand van semigestructureerde interviews bij huisartsen. Er is getracht om diversiteit na te streven op basis van leeftijd, geslacht en werkomgeving. Het aantal interviews is gebaseerd op de saturatie theorie. De interviews zijn vervolgens geanalyseerd op basis van de *grounded theory*. De resultaten zijn weergegeven in codebomen. Tot slot zijn er eigen aanbevelingen geformuleerd op basis van de literatuurstudie en de resultaten van deze kwalitatieve studie.

Resultaten

Over een periode van vier maanden werden er in totaal 20 huisartsen geïnterviewd. Deze populatie bestond uit 11 vrouwen en 9 mannen. De voor- en tegenargumenten worden geformuleerd om al dan niet op een medisch verzoek van een familielid in te gaan. Er is nagegaan welke vergoeding er wordt gevraagd en hoe de samenwerking met andere artsen hierover verloopt, dit zowel met de specialist als met eigen huisarts voor zover het familielid hierop beroep doet. Vervolgens worden de voor- en nadelen om een familielid van medische zorg te voorzien weergegeven, gebaseerd op de ervaringen van de huisartsen. Tot slot is er gepolst naar tips en adviezen voor de startende huisarts.

Besluit

Het antwoord op de vraag "Is het verantwoord dat een huisarts een familielid voorziet van medische zorg?" is niet eenduidig. Het is belangrijk dat elke arts hier op voorhand goed over nadenkt en een beslissing neemt, alvorens de situatie zich voordoet. Elke arts moet voor zichzelf de voor- en nadelen afwegen, stilstaan bij de gevaren en kijken of er aan de geformuleerde voorwaarden kan voldaan worden. Indien men de beslissing neemt om het familielid als patiënt te aanvaarden, dan is het een goed idee deze voorwaarden samen te overlopen waarbij er duidelijke afspraken gemaakt moeten worden om problemen te voorkomen.

Inleiding

Artsen worden reeds voor hun loopbaan met ziekte geconfronteerd van zowel zichzelf als van hun naasten. Ze worden regelmatig aangesproken door hun omgeving voor een medisch advies of een voorschrift. In deze thesis wordt er dieper ingegaan op het begrip 'familieleden'. Wie wordt er als familielid beschouwd? Voor het bovenvermelde onderzoeksonderwerp worden hier als familielid in beschouwing genomen : de partner, ouders, kinderen, zussen of broers, grootouders, neven en nichten alsook de aangetrouwde familie.

Ik heb voor dit onderwerp gekozen omwille van mijn eigen ervaring hiermee. Ik word immers zelf met deze vraag geconfronteerd en vind het moeilijk om 'nee' te zeggen tegen mijn eigen familieleden. Zo willen mijn ouders patiënt bij mij zijn sinds de eerste dag dat ik aan mijn studies van geneeskunde ben begonnen. Maar wil ik dit zelf wel? Ik heb al ervaren dat mijn vader zero compliantie heeft en mijn adviezen slecht opvolgt. Bovendien heeft hij op dit moment nergens een goed medisch dossier. Bijgevolg heb ik al voorgesteld dat hij beter een eigen huisarts zou zoeken, maar dat hij wel nog bij mij terecht kan voor adviezen. Dit aanvaardt hij echter niet. Hij heeft niet voor niets negen jaar lang mijn studies betaald, zegt hij dan. Eens dat de familie bij u komt als patiënt is het moeilijk om dit nog te weigeren. Anderzijds ben ik niet de huisarts van mijn zus maar wanneer nodig doe ik een bloedafname bij haar. Zo heb ik een acute mononucleosis infectiosa kunnen ontdekken bij een routine bloedafname om haar Ferritine-spiegel te controleren. Uiteraard geeft het kunnen helpen van een familielid een grote mate van zelfvoldoening wat ook niet onbelangrijk is.

Een arts in de familie hebben kan voordelen bieden. Medische informatie kan vertaald worden naar patiëntniveau. Er kan toegekeken worden op het voorkomen van medische fouten. Verder kan advies gegeven worden voor een verwijzing naar een specialist of bijvoorbeeld ook voor het inwinnen van een tweede advies. Maar wat als familieleden vragen om naast de rol van familielid ook deze van hun huisarts te vervullen? Is het verantwoord dat een huisarts instaat voor de diagnose, behandeling en opvolging van een naast familielid zoals hierboven gedefinieerd ? De Orde van geneesheren neemt hierover geen standpunt in. De literatuur omtrent dit onderwerp is beperkt, maar over de jaren heen bestaan er wel artikels waarin opinies en voorwaarden zijn beschreven.

Dit kwalitatief onderzoek zal op basis van ervaringen van verschillende huisartsen zowel de voor- als tegenargumenten van deze topic oplichten. Tot slot worden er concluderende adviezen geformuleerd zodat ieder voor zich als afstuderende huisarts deze beslissing in vol vertrouwen kan maken.

Literatuurstudie

Methode

Voor de literatuurstudie ben ik niet enkel artikels op Pubmed gaan zoeken maar ook via 'grijze literatuur'. Via referenties van de reeds gevonden artikels zijn er nieuwe artikels kunnen geïncludeerd worden. Vervolgens is er gezocht via Google en zijn er medische tijdschriften doorzocht. De vier grote universiteiten werden aangeschreven: KuLeuven, Universiteit Gent, Universiteit Antwerpen en de VUB. Verder heb ik contact opgenomen met de verantwoordelijke van Domus Medica, de Orde der Geneesheren, het KNMG en de mutualiteiten. Tot slot werd ook de hulp van enkele deskundigen ingeroepen.

Resultaten: bronnen

PUBMED

Pubmed werd doorzocht en hierbij werd gebruik gemaakt van de MESH-termen. Initieel werden er enkel bij de volgende 4 combinaties van MESH-termen een reeks artikels geselecteerd:

- "Physicians, Family"[Mesh] AND "Family"[Mesh]: 429 resultaten. Vervolgens gebeurde er een selectie op vrije beschikbare artikelen en bleven er 100 resultaten over. Hierbij werden 3 artikelen geselecteerd op basis van het onderwerp, kritisch gelezen en uiteindelijk werden 2 artikelen geïncludeerd. Vanuit de referentie-artikelen werden er nog 4 artikelen geïncludeerd. Het derde artikel werd geëxcludeerd op basis van weinig wetenschappelijke onderbouwing.
- "Family"[Mesh] AND "Physician's Role"[Mesh]) AND "Physician-Patient Relations"[Mesh] met een selectie op full text leverde 129 resultaten op. Van de 4 artikelen die geselecteerd werden en kritisch gelezen zijn, werd slechts 1 artikel geïncludeerd. De exclusie van de overige 3 artikelen gebeurde op basis van een weinig wetenschappelijke onderbouwde opinie en wegens niet behorend tot het onderwerp van de thesis.
- "Family"[Mesh] AND "Physicians"[Mesh] OR "Physician-Patient Relations"[Mesh]: de selectie op full text, review en 5 years, resulteerde in 60 artikelen. Slechts 1 artikel werd hierbij geïncludeerd. De referentie toonde 4 interessante artikelen waarvan er 1 geïncludeerd werd.
- "Family"[Mesh) AND "Physician-Patient Relations/ethics"[Mesh]: 162 resultaten. Hierbij werden 3 artikelen geselecteerd, waarvan 2 artikelen geëxcludeerd werden omdat ze reeds gevonden waren bij de vorige MESH termen en in de referenties van de gevonden artikelen. Het derde artikel was nog niet eerder gevonden en werd geïncludeerd.

Via de zoekfunctie van Google werden er 2 interessante artikelen gevonden die ook beschikbaar zijn via de zoekfunctie van Pubmed. Op basis van de omschreven Mesh-termen bij deze artikelen werden er nieuwe Mesh-combinaties gevormd. Echter omwille van het onderwerp van de thesis zijn enkel de artikelen die initieel via Google werden gevonden geïncludeerd:

- "Ethics, Medical"[Mesh]) AND "Family"[Mesh]) AND "Physician-Patient Relations"[Mesh]: 39 resultaten. Hierbij warden er 4 artikelen geselecteerd op basis van het onderwerp, waarvan 1 artikel is geïncludeerd, 2 artikelen kwamen reeds hierboven aan bod en 1 artikel bracht geen

nieuwe informatie op. Deze Mesh-termen zijn gebaseerd op een artikel die eerst via Google werd gevonden.

- "Physicians/ethics"[Mesh]) AND "Family"[Mesh]: 28 resultaten, waarvan er 2 artikelen warden geselecteerd. Hiervan kwam reeds 1 artikel bij de zoekresultaten hierboven aan bod.

GOOGLE

Vervolgens werd er gezocht via de zoekmachine van Google. De volgende zoektermen leverden heel wat interessante artikelen op:

- Physicans treat family: 81.500.000 resultaten. Hierbij werden 10 artikelen geselecteerd en kritisch gelezen. Hiervan werden 6 artikelen geïncludeerd. Hierbij werd 1 artikel vanuit de referentie opgenomen. Een belangrijke opmerking is dat 2 artikelen ook beschikbaar bleken te zijn via Pubmed (cf. supra). De overige 4 artikelen werden geëxcludeerd, 2 artikelen werden al via Pubmed gevonden en de overige 2 artikelen leverden geen nieuwe informatie op.
- Treating family members: 61.500.00 resultaten. Hiervan werden 6 artikelen geselecteerd en kritisch gelezen. Slechts 2 artikelen werden geïncludeerd. De overige artikelen leverden geen nieuwe informatie op of waren gebaseerd op een opinie en bijgevolg niet wetenschappelijk onderbouwd.

MEDISCHE TIJDSCHRIFTEN

Het archief van de volgende tijdschriften werd doorzocht:

- JAMA: via de zoekfunctie werd er gezocht op “family physician treating own family”. Dit leverde 683 resultaten op, vervolgens werd er geselecteerd op ‘research’ en bleven er 122 resultaten over. Dit leverde 2 interessante artikelen op die reeds gevonden waren op Pubmed. Vervolgens werd er ook geselecteerd op ‘reviews’ dat 188 resultaten opleverde, maar hierbij kon er geen artikel geïncludeerd worden.
- Huisarts Nu: leverde geen resultaten op.
- Huisarts en Wetenschap: zoekfunctie op ‘huisarts van je eigen familie’ leverde 199 resultaten. Hierbij werd 1 artikel geïncludeerd, de overige artikelen behoorden niet tot het onderwerp van de thesis.
- Tijdschrift voor geneeskunde: leverde geen resultaten op.
- Nederlands tijdschrift voor geneeskunde: 1 resultaat

ARCHIEF UNIEF

Zowel de universiteiten van Antwerpen, Gent, Brussel en Leuven werden aangeschreven. Maar hierbij was er geen literatuur beschikbaar die aanleunde bij het onderwerp van de thesis.

WEBSITES

De volgende websites werden doorzocht en/of aangeschreven:

- www.ordomedic.be: Gezocht op artsenkeuze en erelonen. Hoofdstuk 1 en artikel 79 zijn hierbij relevant.
- www.icho.be: het archief van masterproeven werd hierbij doorzocht. Er werden 2 thesissen geselecteerd en gelezen. Echter deze waren niet relevant bij het onderwerp van de thesis en werden dus geëxcludeerd.
- www.domusmedica.be: de contactpersoon bij Domus Medica werd via mail aangeschreven. Dit leverde geen resultaat op.
- www.nivel.nl: zoekfunctie op basis van 'Arts van familie ' en 'Familie behandelen'. Hierbij konden er geen artikelen geselecteerd worden wegens niet relevant.

INSTANTIES EN DESKUNDIGEN

- KNMG: bijlage 2
- Professor Paul Schotmans: 1e mail op 14/11/2015
- Professor Herman Nijs: antwoord op 18/11/2015 (bijlage 1)
- Domus Medica: antwoord op 17/11/2015
- Professor De Lepeleire: antwoord op 15/11/2015
- Professor Dirk Avonts: antwoord op 6/01/2016
- Professor Jan Vandevoorde: antwoord op 6/01/2016
- Telefonisch contact met de 'Orde der Geneesheren' van Antwerpen
- Ziekenfonds OZ, antwoord op 17/11/2016.
- Ziekenfonds CM, geen antwoord.

Resultaten Literatuur

INSTANTIES

In de Verenigde Staten werd in 1847 de American Medical Association (AMA) opgericht. AMA publiceerde een ethische code voor artsen. De paragraaf 8.19 van de AMA code stelt dat artsen zichzelf of directe familieleden niet mogen behandelen tenzij in acute medische situaties of omstandigheden waarbij er geen andere gekwalificeerde arts aanwezig is. In dergelijke gevallen mag de arts zichzelf of het familielid behandelen tot een andere gekwalificeerde arts beschikbaar is. De Amerikaanse richtlijn stelt ook nog een derde uitzondering, namelijk indien het een kleine kwaal betreft dat gelimiteerd is in tijd. Echter deze drie uitzonderingen worden niet verder gespecifieerd. Dit advies wordt ook gevolgd door andere instellingen zoals de British Medical Association: "Het is niet aangeraden voor artsen verantwoordelijk te zijn voor de diagnose en behandeling van hun eigen gezondheidsproblemen en die van hun directe familie." (1-6, 20)

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) in Nederland raadt artsen af om hun eigen familie en zichzelf te behandelen vanwege het gebrek aan professionele distantie, maar hierover bestaat er echter geen wetgeving. Er is wel tuchtrechtelijke jurisprudentie. Het Regionaal Tuchtcollege Amsterdam gaf een arts (tevens grootvader) op 2 februari 2010 een waarschuwing omdat deze zijn kleinzoon in behandeling had. Om artsen voor een dergelijke waarschuwing te behoeden, adviseert het KNMG de leden om, in het verlengde van deze uitspraak, terughoudend te zijn met het voorschrijven voor zichzelf of voor familieleden.

Verschillende Nederlandse zorgverzekeraars hebben in dit kader grenzen aangebracht in de dekking c.q. vergoeding van de medicatie en/of behandeling. In de voorwaarden van een aantal zorgverzekeringspolissen staat dat de kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde niet worden vergoed, tenzij de zorgverzekeraar hiervoor toestemming heeft verleend. (7-8, 21) (bijlage 2)

In België geldt de Code van geneeskundige plichtenleer. Deze code stelt volgens het artikel 27 dat de vrije artsenkeuze een fundamenteel recht is van de patiënt. Daarnaast stelt artikel 28 dat behalve in geval van hoogdringendheid of wanneer hij in zijn menslievende plichten tekort zou schieten, dat het de arts steeds vrij staat om persoonlijke of beroepsredenen de behandeling van een zieke te weigeren. De Orde spreekt zich in de Code niet uit of een arts al dan niet een familielid mag behandelen, omdat dit te afhankelijk is van de situatie die zich voordoet. Er is echter wel 1 artikel gepubliceerd dat betrekking heeft op dit thema, namelijk over de erelonen. De code van geneeskundige plichtenleer bepaalt in artikel 79 dat het gebruikelijk was dat de arts geen ereloon aanrekent aan zijn naaste verwanten, medewerkers, collega's alsook niet aan de personen ten laste van deze laatsten. In 2013 heeft de Nationale Raad vervolgens besloten het artikel 79 in verband met de erelonen op te heffen. (9) Verder staat in de wetgeving dat een aanverwante arts het medisch verslag voor een gedwongen opname op een psychiatrische dienst het niet opstellen. Ziektebriefjes voor de eigen familieleden opmaken zijn echter geen probleem. (bijlage 1)

Ook in de Verenigde Staten werd in 1989 een dergelijke stelling genomen. Medicare, een sociaal zekerheidsprogramma van de Amerikaanse overheid, stelde dat artsen niet vergoed mogen worden voor medische hulp aan directe familieleden. Deze beslissing werd genomen uit vrees voor een financieel misbruik van het systeem. (10, 11)

Frequentie

Hoe frequent gaan artsen in op een verzoek van een familielid? De volgende studies tonen aan dat de meerderheid van de artsen al eens een familielid hadden behandeld of medisch advies hadden gegeven.

De New England Journal publiceerde in 1991 een studie uitgevoerd bij 465 artsen, in een academisch ziekenhuis. De studie toonde aan dat 99% van de artsen een medisch verzoek had gekregen van familieleden en dat 95% van de artsen hierop daadwerkelijk was ingegaan. 57% van de artsen verklaarde bijna altijd in te gaan op verzoeken van familieleden en 38% slechts soms. Verder bleek uit de studie ook dat 56% van de artsen ooit al eens verzoek van een familielid geweigerd.

Naast het aantal artsen dat al medisch advies had verleend aan hun familieleden, werd ook onderzocht welke medische interventies het meest frequent werden uitgevoerd. Figuur 1 toont schematisch de frequentie van de uitgevoerde medische interventies aan van de studie in 1991. Hierbij werd ook gekeken naar de leeftijd, geslacht, specialisme en het gebied waarin ze als arts werkzaam zijn. Oudere, mannelijke huisartsen in een landelijk gebied scoorden het hoogste op het voorzien van een behandeling aan hun familielid. (4, 10, 12)

Service	No.	Percent
Prescribed medications	368	83
Diagnosed illness requiring treatment	372	80
Performed physical examination	334	72
Provided prescription samples	334	72
Diagnosed illness not requiring treatment	311	67
Provided immunization	146	31
Acted as primary attending physician (in hospital)	68	15
Performed elective surgery	44	9
Acted as consulting physician (in hospital)	32	7
Administered Heimlich maneuver	18	4
Performed emergency surgery	17	4
Administered CPR	3	1
None	16	3

Figuur 1. Diensten die verleend werden aan de familieleden door deze 465 artsen. (10)

Een andere studie in 1994 ging deze uitgevoerde medische interventies na. Door middel van vragenlijsten toonde het onderzoek aan dat het voorschrijven van medicatie voor milde pathologie (bv. verkoudheid, griep, allergieën) het meest frequent werd uitgevoerd. Dit werd gevolgd door het voorschrijven van antibiotica, het uitvoeren van routine pediatrische zorg, een klinisch onderzoek en kleine chirurgie. Het uitvoeren van obstetrische chirurgie, het verlenen van psychiatrische zorg en het uitvoeren van majeure chirurgie kwamen het minst frequent voor. Hieruit werd afgeleid dat de artsen minder geneigd zijn om familieleden te behandelen naarmate de complexiteit, de ernst en het potentiele gevaar op conflict met de privacy toeneemt.

Het interessante aan deze studie was dat, naast de inhoud van de interventies, ook de familieleden werden nagegaan. Namelijk welke familieleden kregen het vaakst medisch zorg? De artsen voelden zich het meest comfortabel in de behandeling van hun kinderen, gevolgd door de behandeling van neven of nichten en hun echtgenoot. Dit werd gevolgd door de broers en zussen, vervolgens de schoonbroers en –zussen, de schoonouders en tot slot werd het behandelen van de eigen ouders en grootouders als minst comfortabel beschouwd. (13)

In 1997 werd aan internist-studenten de vraag gesteld of ze in hypothetische situaties medicatie zouden voorschrijven. 95% zou een voorschrift maken voor een familielid met sinusitis en 77% zou voor zijn/haar kind antibiotica hebben voorgeschreven in kader van een otitis media.

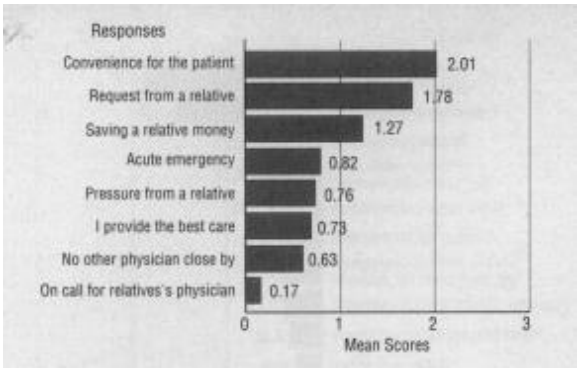
Tussen 2007-2009 werden vragenlijsten bij pediaters afgenomen. Deze toonden aan dat 94% van de kinderen een huisarts hadden. Desondanks hadden respectievelijk 76% en 82% van de pediaters een stethoscoop en een otoscoop gebruikt om hun kind te onderzoeken. De meerderheid, 74%, had al eens medicatie voorgeschreven. (6)

VERZOEK VAN FAMILIELID VERVULLEN OF WEIGEREN

Er zijn meerdere drijfveren voor de arts beschreven om medische zorg te verstrekken aan een familielid. Zo heeft een arts ten eerste de mogelijkheid om een familielid te behandelen. Het kan uit gemakzucht zijn voor de arts zelf, het vertrouwen willen waarborgen van het familielid, zich vereerd voelen met de hulpvraag, de goede relatie willen onderhouden… De arts durft bijgevolg om die

redenen de hulpvraag niet weigeren. Artsen vertrouwen daarnaast hun collega's ook niet altijd en denken dat enkel zijzelf in de beste zorg kunnen voorzien. Ze willen of durven bovendien hun collega's niet altijd lastig vallen, of soms zijn deze collega's gewoonweg ook niet beschikbaar. Tot slot zit het in de natuur van de arts om iemand met een hulpvraag verder te helpen, waarbij liefde en vriendschap een goede motivatie vormen om een familielid verder te helpen.

Het familielid zelf wordt ook gemotiveerd door meerdere mogelijke drijfveren. Ze kunnen nood hebben aan begeleiding en aan een meer familiaire omgeving. Of ze willen gratis advies en meer informatie inwinnen over hun medisch probleem en/of horen ze graag een tweede opinie. Soms bestaat er frustratie naar een andere arts toe, het gezondheidssysteem of de situatie die zich voordoet. Verder kan een familielid gemakkelijk hulp vragen uit gemakzucht of geldbesparing. (6, 14-17, 20)



Figuur 2. Drijfveren om zorg te verlenen aan een familielid. (13)

In de studie van 1991 is men ook nagegaan waarom artsen het verzoek van hun familielid weigeren. Hierbij werden verschillende redenen opgesomd in het bijzonder:

- het verzoek en eerste kan het verzoek buiten de expertise van de arts liggen,
- er is een gebrek aan follow-up of onderzoek,
- de arts staat te dicht bij de patiënt,
- het familielid heeft een eigen arts nodig,
- de arts wil niet betrokken worden,
- het is onethisch,
- er zijn wettelijke bezorgdheden,
- en tot slot kan er een gevaar zijn voor familieconflicten. (11)

DE PRO'S EN CONTRA'S

Verschillende problemen kunnen zich echter voordoen wanneer een arts medische zorg levert aan een familielid en dit in elke stap van de medische zorgverlening:

- *Anamnese*: Patiënt voelt zich oncomfortabel om intieme/gevoelige informatie te delen aan de arts, dat relevant is voor de anamnese. Echter artsen kunnen zich ook ongemakkelijk voelen bij het bevragen van druggebruik, seksuele anamnese en andere persoonlijke zaken.
- *Klinisch onderzoek*: Niet of onvolledig uitvoeren van een klinisch onderzoek, zeker indien het een rectaal of gynaecologisch onderzoek betreft. Gebruik maken van niet geschikt materiaal aangezien deze consultaties vaak buiten de professionele setting worden uitgevoerd.

- *Technische onderzoeken*: Onnodig onderzoeken aanvragen of zelfs geen onderzoek uitvoeren.
- *Diagnose*: Ontkenning van een bepaalde diagnose door de arts wegens de slechte prognose. Tevens kan de objectiviteit van de arts beïnvloed worden door de persoonlijke emotionele relatie waardoor er een risico bestaat op onder- of over- diagnostisering.
- *Therapie*: Het negeren van richtlijnen, het niet respecteren van het beslissingsrecht van de patiënt over therapie, onvoldoende de risico's en voordelen uitleggen aan de patiënt of geen alternatieve behandelingen voorstellen.
- *Follow up*: Gebrek aan continuïteit van de zorg. De arts maakt geen verslagen en nota's in het medisch dossier van de patiënt.

De arts zelf kan angst ervaren om een diagnose te missen of een verkeerde behandeling voor te stellen tijdens deze medische zorgverlening. Familieleden verwachten soms een hoge betrokkenheid of voorkeursbehandeling, bv. kortere wachttijden voor een medisch onderzoek. Bovendien respecteren deze familieleden niet steeds het werkschema. Dit kan bijgevolg ook een invloed kan hebben op het persoonlijk leven van de arts. Tot slot kan in uiterste gevallen de arts aangeklaagd worden door een familielid. Hierbij wordt het belang van een klinisch onderzoek in een officiële setting en een goede documentatie nogmaals benadrukt.

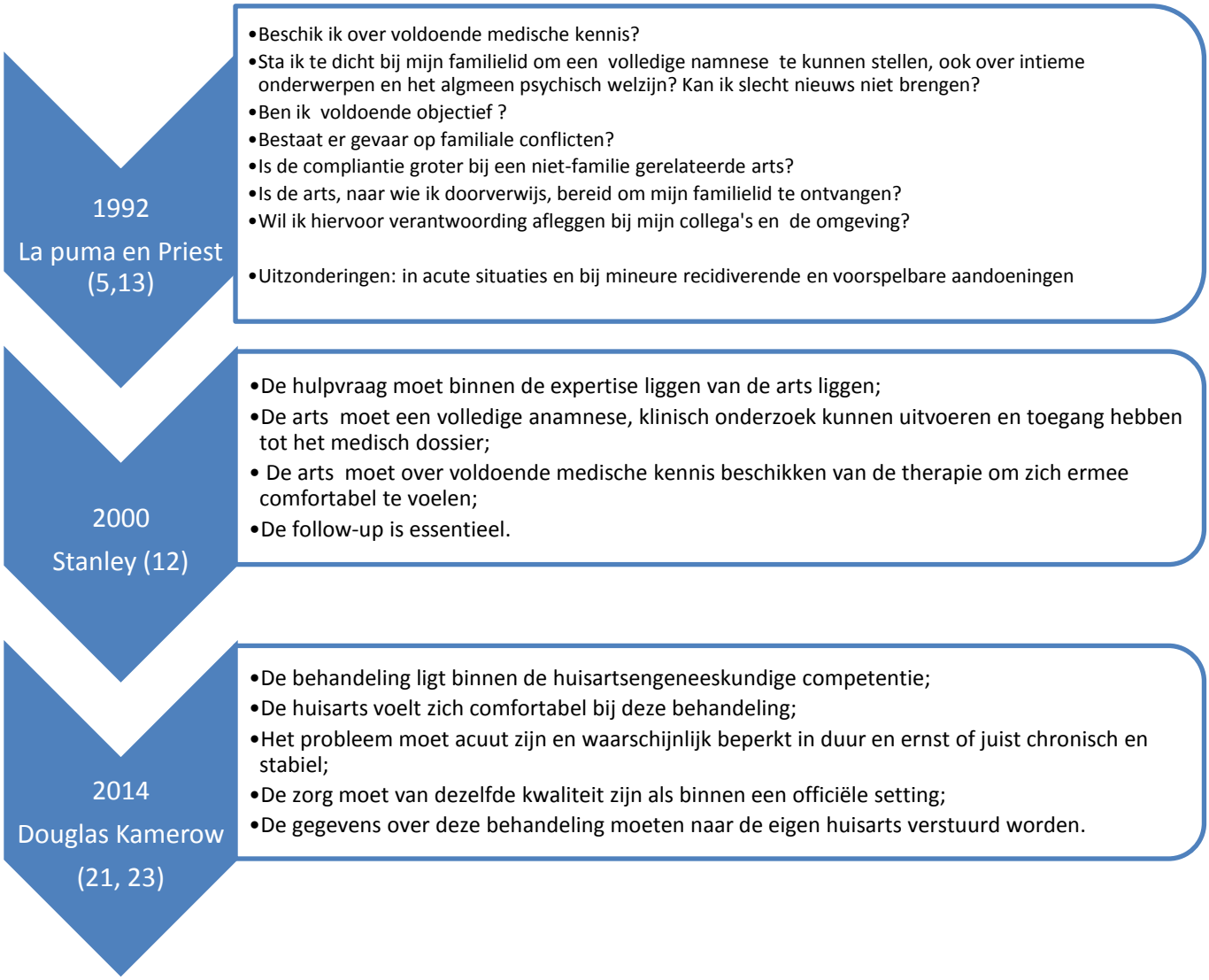
Verder kan de persoonlijke relatie met een familielid verstoord worden. Het kan moeilijk zijn om een balans te vinden tussen de persoonlijke en de professionele rol. Kinderen kunnen het moeilijk vinden om een ouder als arts in vertrouwen te nemen. Zeker wanneer deze soms verhalen over patiënten te horen krijgen thuis en wanneer er een grap over een patiënt wordt gemaakt. Kinderen kunnen getraumatiseerd worden door kleine ingrepen indien uitgevoerd door de eigen ouder. Voor het kind kan het bijgevolg verwarrend zijn om de rol van ouder en van arts los van elkaar te zien. (4, 15-19)

Er kunnen ook ethische conflicten ontstaan. Zo kan ten eerste de autonomie van de patiënt in het gedrang komen. De patiënt moet steeds de vrijheid hebben om een andere arts te consulteren en al dan niet een behandeling te aanvaarden. Ten tweede wordt het *informed consent* niet steeds bevraagd. Ten derde kan het principe dat de arts geen schade mag berokkenen aan de patiënt in gedrang komen, dit ten gevolge van een mogelijke over/onder- diagnostisering of –behandeling. Ten vierde moet de arts steeds de waarheid aan zijn patiënt vertellen. En tot slot kan het beroepsgeheim geschaad worden, vooral als andere familieleden op de hoogte willen zijn van het medisch probleem van hun familielid. (17-20, 22)

Daartegenover staan er ook voordelen voor een arts om een familielid te behandelen. Deze beschikt immers over meer voorkennis van de patiënt. Zo kent de arts beter de context van de patiënt en hoe deze omgaat met zijn gezondheidsproblemen. Dit kan bijdragen aan de effectiviteit en kwaliteit van de zorg. (19, 21)

Voorwaarden

Door de jaren heen werden criteria opgesteld voor artsen. De volgende voorwaarden zouden vervuld moeten zijn zodat het aanvaardbaar is om een familielid van medisch zorg te voorzien. Een selectie van artikelen werd hier gemaakt om een overzicht te geven van welke voorwaarden al zijn beschreven en welke uitzonderingen hierop kunnen gemaakt worden:



Praktijkonderzoek

Methode

Design

Het praktijkonderzoek is een kwalitatief onderzoek. Hierbij is door middel van interviews, afgenomen bij huisartsen, data verzameld voor het onderzoek. De huisartsen hebben deelgenomen op basis van hun *goodwill*. Deze kandidaten werden gezocht via contacten van mijn 2 praktijkopleiders, mijn stagecoördinatoren, de praktijkopleiders van mijn mede-HAIO studenten uit de seminariegroep en dankzij een kennis. Tijdens de selectieperiode is er rekening gehouden met het bekomen van een zo'n groot mogelijke diversiteit op basis van leeftijd, werkomgeving (landelijk-stedelijk), geslacht en solo- versus groepspraktijk. De huisartsen werden eerst via mail aangeschreven om te polsen naar hun interesse om deel te nemen aan het onderzoek. Hierbij werd aan de deelnemende huisartsen een absolute anonimiteit verzekerd. Er is geen selectie doorgevoerd op basis van hun mening over dit onderwerp en/of dat deze artsen al dan niet familieleden behandelen. Indien een huisarts interesse toonde, werd er telefonisch een afspraak met hem of haar in de praktijk gemaakt.

Door middel van een vooraf opgestelde vragenlijst zijn er individuele semigestructureerde interviews afgenomen in de praktijk van de deelnemende huisarts zelf (bijlage 3). De vragenlijsten zijn opgesteld op basis van de voorafgaande literatuurstudie. De interviews werden audiologisch opgenomen en nadien volledig woordelijk neergeschreven door de interviewer zelf. Het aantal interviews is gebaseerd op de saturatie theorie.

De interviews zijn vervolgens geanalyseerd op basis van de *grounded theory*. In een eerste fase werd er aan elke zin die voorkwam tijdens het interview manueel een code toegekend. In een tweede fase werden deze codes vergeleken met elkaar en vervolgens in thema's opgedeeld en onderverdeeld in structuurbomen. Deze structuurbomen zijn met behulp van Vision opgemaakt. De voorbeelden, die bij de resultaten worden aangehaald, hebben de goedkeuring van de geïnterviewde huisartsen.

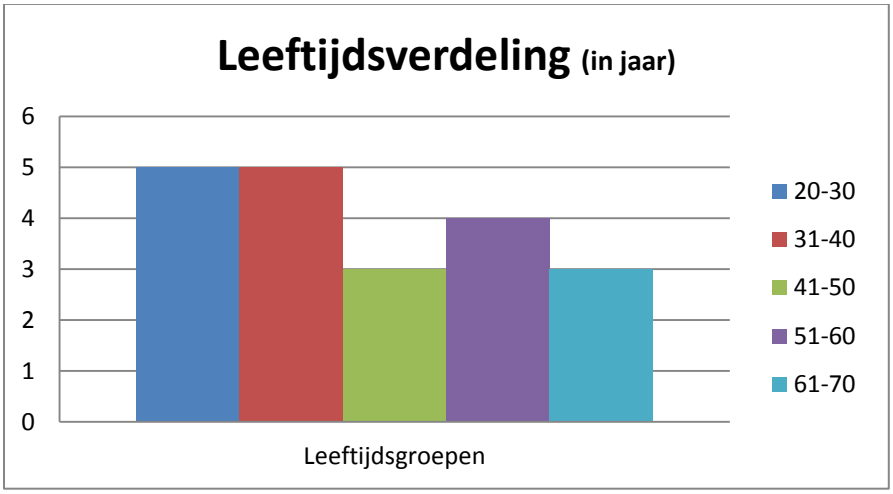
Ethische commissie

Dit kwalitatief onderzoek, zoals beschreven hierboven, werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Katholieke Universiteit Leuven.

Resultaten

Deelnemerskenmerken

Over een periode van vier maanden werden er in totaal 24 huisartsen gesuggereerd en gecontacteerd via email of telefonisch. Van de 24 huisartsen toonden er 20 huisartsen interesse, deze zijn allen geïncludeerd. Deze populatie bestond uit 11 vrouwen en 9 mannen. Het betrof een geografische heterogene groep, waarbij er 7 huisartsen in een zeer landelijke omgeving werken, 8 huisartsen in een dorp en 5 in een stedelijke omgeving. Van de 20 huisartsen werken er 6 in een solopraktijk en 14 in een groepspraktijk waarvan 2 artsen in een wijkgezondheidscentrum werken. De leeftijd van de huisartsen varieerde tussen de 29 en de 66 jaar, met een gemiddelde van 43,4 jaar. (bijlage 4)



Figuur 3. Leeftijdsverdeling van de 20 deelnemende huisartsen.

Kwalitatieve analyse

De hoofdvraag van deze thesis houdt in: Is het verantwoord dat een huisarts een familielid voorziet van medische zorg? Waarbij het eerste deel van de onderzoeksvraag de keuze om al dan niet een

familielid te behandelen is nagegaan en welke ervaringen deze keuze hebben beïnvloed. Het tweede deel onderzocht wat de voor- en nadelen zijn van deze medische zorg. Deze resultaten zijn terug te vinden in de codebomen opgenomen in bijlage 5. Verder zijn ook de erelonen en contacten met andere huisartsen en specialisten bevraagd. Tot slot werd er gepolst naar adviezen en is er bij de bespreking een eigen advies geformuleerd.

1. Van wie en welke verzoeken krijgen de huisartsen van hun familie?

De deelnemende huisartsen hebben al medische verzoeken gekregen vanuit alle hoeken van de familie. Zowel van familieleden die tot de dichte kring behoren, zoals ouders, echtgenoot/-te, kinderen en kleinkinderen, broers en zussen als van verdere familie zoals tantes en nonkels, neven en nichten alsook van de schoonfamilie en aanverwante familieleden. Daarnaast komen ook vrienden te rade bij hen en zijn ze meestal zelfs huisarts van zichzelf. Slechts 2 huisartsen gaven aan een andere huisarts (dan zichzelf) te hebben.

Deze verzoeken kunnen we indelen in vijf groepen:

- ✓ Kleine pathologie: vb. Vaccinatie en huidrash.
- ✓ Grote pathologie: vb. een bilaterale achillespeesruptuur, suïcide, maligne tumoren (borstcarcinoom, leukemie,) en groeiproblemen.
- ✓ Acute pathologie: vb. snijwonde, enkeldistorsie, infectieuze pathologie zoals koorts en acute bovenste luchtweginfecties.
- ✓ Chronische pathologie: vb. arteriële hypertensie, depressie, artrose, hartdecompensatie, coumarinetherapie opvolgen en palliatieve zorg.
- ✓ Advies geven: vb. over beeldvorming zoals RX en botdensitometrie, verder komen er ook preventievragen aan bod.

2. Wat zijn de redenen om al dan niet in te gaan op een medisch verzoek?

2.1. Argumenten om in te gaan op een verzoek

Ten eerste voelen huisartsen zich vaak **moreel verplicht**. Ze hebben het gevoel dat ze geen 'nee' kunnen of durven zeggen terwijl ze anderzijds aangeven dat ze het niet leuk, soms vervelend vinden. Anderen voelen zich beschaamd voor hun familieleden. Het wordt ervaren als een onevenwicht zijnde een opgave voor de arts en voor de patiënt (enkel) een meerwaarde. In de codering wordt een onderscheid gemaakt met **weigeren is moeilijk**. De argumenten die hierbij worden gegeven is dat de arts het familielid niet wil teleurstellen, zeker als het familielid niet bij de eigen huisarts wil gaan en/of er geen vertrouwen meer is in de eigen huisarts. Daarnaast bestaat er een zekere verwachting van de ouders en andere familieleden.

> "*Het eerste wat mijn vader zei toen ik afstudeerde: 'Ik heb 7 jaar uw studies betaald, jij gaat nu mijn voorschriften schrijven, ik ga geen dokter betalen.'"*

> *"Op een familiefeest, of zelfs gisterenavond, belde mijn neef om iets te vragen. Je kunt niet weigeren en zeggen dat je niet aan het werk bent."*

Er bestaat ook **niet** altijd een **alternatief** voor het familielid. In vele regio's is er een tekort aan huisartsen en vaak is er begeleidend een patiëntenstop waardoor het familielid nergens anders terecht kan. Een ander scenario houdt in dat de collega-huisarts niet beschikbaar is op het moment dat het familielid een huisarts moet raadplegen.

De dubbele rol van familielid en huisarts komt **vertrouwd** over voor het familielid. Dit vertrouwd gevoel is aangenaam voor het familielid zelf. Sommige familieleden echter denken dat ze je meer kunnen beïnvloeden ten opzichte van een niet-verwante huisarts. De huisarts zelf ervaart het vertrouwen van de familieleden hierbij als een compliment, een eer en/of een streling van het ego.

> *"Ik heb het gevoel dat ze nog meer vertrouwen hebben in een bekend gezicht, ook wanneer ze hun huisarts al 30 jaar kennen. Ze denken dan, onze kleindochter gaat ons niet te snel naar het ziekenhuis sturen."*

Andere huisartsen ervaren het niet als een verplichting, maar **willen** echt het familielid **helpen**. Dit omwille van dat ze zelf plezier beleven als familieleden op consultatie komen. Ze beschikken over de mogelijkheid om hun familie verder te helpen en op die wijze iets te kunnen betekenen. Een huisarts haalt zelfs aan zich schuldig te voelen indien ze dit niet zou doen. Daarnaast kan op dat ogenblik de ongerustheid weggenomen worden bij de familieleden. Willen helpen kan tot slot voortvloeien uit of in een wederzijdse dienst voor elkaar.

> *"Ik vind het een wisselwerking, ieder zijn talent. Mijn broer is bijvoorbeeld heel goed in elektriciteit, dus hij doet voor mij ook af en toe een dienst."*

Een medisch verzoek kan ook beantwoord worden indien er wordt voldaan aan de **voorwaarden** van de huisarts. Deze voorwaarden worden al dan niet dan op voorhand besproken met het familielid.

Indien het familielid patiënt is:

- ✓ Er moet een afspraak op de consultatie gemaakt worden;
- ✓ Alle vragen van de anamnese moeten eerlijk beantwoord worden;
- ✓ Een volledig klinisch onderzoek moet toelaatbaar zijn;
- ✓ Het moet praktisch haalbaar zijn qua afstand.

Indien het familielid geen patiënt is:

- ✓ Er wordt geen chronische zorg toegepast;
- ✓ Enkel een telefonisch advies of luisteren en triëren is mogelijk.

Naast het stellen van voorwaarden wordt bij andere huisartsen eerst de **pathologie afgetoetst**. Zo kan een verzoek beantwoord worden indien het een kleine pathologie betreft, maar niet wanneer er meer onderzoek vereist.

Een optie is ook om de **patiënt de keuze** te laten maken en indien nodig bij de collega in de praktijk te laten consulteren bij bepaalde problemen. Hierbij kan de verantwoordelijkheid bij het familielid gelegd worden waarbij er wordt gewezen op het gevaar van inadequate zorg.

> *"Indien een familielid komt voor een pilvoorschrift dan zeg ik dat ik wel haar pil wil voorschrijven maar dat een goede huisarts de bloeddruk neemt en het gewicht opvolgt."*

Een andere drijfveer is een **klein patiëntenbestand** hebben. Zeker als startende huisarts komt dit voor. Bovendien wordt er aangehaald dat de tijden veranderd zijn. Vroeger werd de praktijk opgebouwd via kennissen, vrienden en familie. Tegenwoordig bouw je gemakkelijker en sneller een patiëntenbestand op. Bovendien wordt hier niet altijd bij stil gestaan aan het begin van de loopbaan als huisarts. Het is een natuurlijke evolutie die begint bij een voorschrift. Een huisarts verklaart deze evolutie omdat er in het begin weinig medische problemen bestaan bij het familielid. Maar na verloop van tijd nemen die stilaan toe waardoor er steeds meer en meer hulpbehoevendheid is.

Huisartsen gaan ook in op verzoeken uit **gemakzucht**. Zorg verlenen aan familie kan tijdswinst betekenen, naar een andere arts gaan is tijdrovend.

Tot slot heeft de huisarts van een familielid meer de **controle** en de **coördinatie** in handen. De huisarts is zo op de hoogte van alles en dit brengt geruststelling met zich mee.

2.2. Argumenten om een verzoek te weigeren

Er is hier een andere **arts-patiëntverhouding** met een familielid. (6) In deze situatie bestaat er een rol van 'familie zijn' en 'huisarts zijn'. Het is moeilijk om deze rollen uit elkaar te houden en te kunnen switchen van de ene naar de andere rol. Een kind-ouder relatie wordt ook aangehaald. In de natuurlijke hiërarchie staat de ouder boven het kind en moet het kind naar de ouder luisteren. Nu dit is omgedraaid kan dit voor moeilijkheden zorgen.

> *"Ons mama heeft haar eigen gedacht, wat niet evident is. Het is een andere verhouding altijd, zij ziet me nog steeds als zoon. Dus als zoon heb je niet zoveel te zeggen aan je mama. Gelukkig heb ik een Haio, die meer gezag heeft dan mij en ook zorgt voor de continuïteit."*

Vaak **toetsen** de huisartsen eerst **af**. Het al dan niet ingaan op een verzoek is afhankelijk van de eigen gemoedstoestand, de context, het tijdstip, de pathologie en het vermoeden op misbruik van een medische situatie. Met context wordt hier bedoeld dat de huisarts zich bij een familielid zichzelf niet ziet als huisarts. Op een privé aangelegenheid, zoals een familiefeest, geven sommige artsen enkel advies. Ze laten blijken dat het niet gepast is of maken een onderscheid tussen kleine en grote pathologieën, waarbij enkel wordt ingegaan op een kleine pathologie. Het maakt ook een verschil als ze niet op consultatie komen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een acute en een kleine pathologie (die aanvaardbaar is), maar de chronische pathologie en psychologische problemen worden dan bijvoorbeeld verwezen naar de eigen huisarts of een collega in de praktijk.

Omwille van **praktische overwegingen** kan een verzoek geweigerd worden. Het wordt als een obstakel gezien als de afstand te groot is. De **morele verplichting** is zowel een argument om juist wel of juist niet in te gaan op een medisch verzoek. Gebrek aan **objectiviteit** wordt ook als een reden opgegeven.

Andere argumenten zijn 'de **huisarts niet zijn van het familielid'** in kwestie. Hierdoor is het medisch dossier niet gekend en/of is er geen klinisch onderzoek gebeurd. Als oplossing wordt er even naar het familielid geluisterd waarbij vervolgens wordt doorverwezen naar de betrokken huisarts.

Tot slot houdt **angst** de arts tegen om huisarts te worden van zijn familie. Hierbij is er een angst voor ernstige en grote pathologieën en samen met de leeftijd neemt ook de hulpbehoevendheid toe bij de patiënt.

"Toen ik aan mijn oma moest vertellen dat ze een lymfoom had, heb ik het gezegd dat ik ze niet wou behandelen. Want als ze ooit sterft dan moet ik haar dood vaststellen en dat wil ik helemaal niet als kleindochter."

2.3. Redenen van willen maar niet kunnen weigeren

Ook hier zorgt dat de morele verplichting het moeilijk maakt om te weigeren, hoewel de huisarts wel zou willen weigeren. Hiervoor wordt verwezen naar de eerste paragraaf van 1.1. Huisartsen hebben ook schrik voor de reactie van hun familielid. Uit de praktijk blijkt dat familieleden soms al patiënt zijn waardoor de huisarts nu niet meer durft te zeggen dat ze beter een andere huisarts zoeken. Daarnaast aanvaarden familieleden vaak geen 'nee' en blijven ze erop aandringen. Hierbij is het voor die huisarts dan moeilijk om medische zorg te weigeren wanneer hij of zij buiten de werkuren hier wordt op aangesproken. Vaak worden hier trucjes toegepast, zoals enkel een kleine doos medicatie voorschrijven, zeggen dat ze in het vervolg best naar de eigen huisarts gaan of zoals in het volgende voorbeeld:

"Aan de schoolpoort kwam er eens een moeder omdat haar zoontje aan het hoesten was. Mensen weten dat ik mijn stethoscoop in mijn handtas heb zitten. Ik zeg: oké, kleed hem maar uit dan. De moeder begon haar kind uit te kleden en dan heb ik wel gezegd dat ze best een afspraak maakte op de praktijk."

3. Op basis waarvan is de keuze gebaseerd om al dan niet een familielid te behandelen?

3.1. De pathologie

Ten eerste kan er op basis van de pathologie een keuze gemaakt worden. Indien het familielid ook patiënt is, dan wordt hier niet altijd een onderscheid gemaakt en behandelt de huisarts alle soorten pathologieën. Sommige artsen trekken hierbij echter wel grenzen. Zo worden er bijvoorbeeld geen intieme onderzoeken verricht, wordt er geen palliatieve zorg uitgevoerd of is palliatieve zorg geen probleem maar ziet de huisarts euthanasie niet zitten. Indien het familielid geen patiënt is, dan wordt er soms een onderscheid gemaakt tussen kleine, acute pathologie en grote, chronische pathologie. Bij dit laatste wordt het familielid verwezen naar de eigen huisarts.

3.2. Het familielid

Vervolgens kan er onderscheid gezien worden tussen de familieleden. Niet alle huisartsen maken dit onderscheid omdat het familielid zich uitgesloten of beledigd kan voelen. Anderen zeggen dat enkel dichte familie patiënt mag zijn. De dichte familie krijgt meer privileges ten opzichte van de verre familie. Daartegenover staat dat de dichte familie juist geen patiënt mogen zijn omwille van de grotere subjectiviteit, de angst voor ernstige pathologieën, het kleiner gezag erover hebben, het moeilijker kunnen behandelen van vage en psychosomatische klachten.

4. Welke vergoeding vraagt de huisarts?

Huisartsen hanteren hier elk hun eigen regels. Sommige huisartsen vinden iedereen gelijk voor de wet en dus betaalt het familielid hetzelfde als wat de andere patiënten moeten betalen. Er zijn ook huisartsen die enkel het terugbetalingstarief aanrekenen en geen ereloon vragen. Andere huisartsen

rekenen helemaal niets aan hun familielid, zeker als deze arts in een forfaitair systeem werkt dan kan er zelfs niets aangerekend worden. Soms worden er getuigschriften geschreven op financiële nood en opgestuurd naar de mutualiteiten, met als uitzondering een palliatieve status. Tot slot kan er ook een onderscheid gemaakt worden tussen de familieleden. Zo wordt er niets aangerekend aan de dichte familie (o.a. gezin en ouders) en een terugbetalingstarief of het gewone tarief aan verdere familieleden. Een huisbezoek wordt ook niet altijd aangerekend omdat dit vaak samenvalt met een familieaangelegenheid.

5. Hoe verloopt het contact en de samenwerking met de huisarts en de specialisten van het familielid?

5.1. De specialisten

Het contact met de specialist is niet standaard vlotter bij een aantal huisartsen en is qua ~~de~~ betrokkenheid van hetzelfde niveau als bij een andere patiënt. Echter een groot deel van de huisartsen geeft aan dat ze juist wel meer betrokken worden door de specialist. Als reden hiervoor wordt aangehaald dat de huisarts ook familie is van de patiënt en/of dat de huisarts al een goede relatie heeft met de specialisten uit de omgeving. Deze betrokkenheid vertaalt zich in het verkrijgen van meer uitleg, een vlotter behandelingsproces, kortere wachttijden, een betere bereikbaarheid van de specialist en er is vaak ook in meer contact- en luisterbereidheid. Huisartsen hebben het gevoel dat er meer moeite wordt gedaan door de specialist. Daarnaast heeft de huisarts bepaalde privileges. Zo kunnen er consultaties en operatieve ingrepen bijgewoond worden en gaan de artsen soms mee met het familielid naar de spoedafdeling. Dit kan een stevige geruststelling voor de familie en de huisarts zelf met zich meebrengen. Als nadeel wordt aangehaald dat de chirurg van dienst hierdoor nerveus kan worden.

> "*Ik ben met mijn grootvader meegegaan naar spoed. Het maakt een verschil als uw grootvader zegt: dit is mijn kleindochter en die is huisarts. Het gaat allemaal vlotter, je krijgt direct uitleg en technische onderzoeken zoals een labo en een scanner. Nadien heeft de specialist mij nog telefonisch gecontacteerd.*"

5.2. De eigen huisarts

Wordt de huisarts van het familielid op de hoogte gesteld van de medische problematiek? De ene huisarts brengt de huisarts in kwestie standaard telefonisch op de hoogte, met het argument dat hijzelf dan ook op de hoogte blijft van het verdere verloop. Eén huisarts vertelde een zeer goed contact te hebben met de huisarts van haar familielid en telefonisch de compliance en op regelmatige basis het ziekte-inzicht bespreekt. Anderen maken een onderscheid tussen een kleine pathologie zoals een pilvoorschrift en een grotere pathologie waar bijvoorbeeld antibiotica voor nodig is. Bij de grotere pathologieën wordt de huisarts via e-mail of telefonisch op de hoogte gesteld. Wat ook gedaan wordt, is de eigen huisarts in kopie zetten bij een e-mailcorrespondentie tussen zichzelf en de specialist, een verslag van de specialist doormailen en/of op het aanvraagformulier de huisarts ook als bestemmeling zetten zodat het familielid het resultaat bij zijn eigen huisarts kan bespreken. Tot slot vinden enkele huisartsen dat het de taak is van de patiënt om dit aan zijn eigen huisarts te vertellen.

> *"Ik ben met mijn grootvader mee naar spoed gegaan. Hierbij had ik een goed contact met de specialist. De brieven werden aan mij gericht maar zijn eigen huisarts werd wel in cc gezet.*

Bovendien heb ik de eigen huisarts zelf opgebeld en deze op de hoogte gesteld. Ik doe dat ook bij de patiënten van mijn wacht."

"Voor kleine pathologie stuur ik geen bericht naar de eigen huisarts, zoals voor een pilvoorschrift of een hoestsiroop. Indien er meer onderzoek vereist is dan zou ik het wel overwegen om de huisarts op de hoogte te stellen."

6. Wat zijn de pro's en contra's om een familielid van medische zorg te voorzien?

6.1. De voordelen voor de huisarts

Huisartsen hebben reeds bij de start een bepaalde **voorkennis** van het familielid. Ze kunnen de problemen van hun familieleden in een **context** plaatsen. De voorgeschiedenis is meer parate kennis in vergelijking met een andere patiënt. De huisarts bezit bijkomende informatie die niet bevraagd hoeft te worden. Er wordt echter aangegeven dat deze voorkennis en context zich na verloop van tijd en met de nodige ervaring ook ontwikkelt bij de andere patiënten.

"Als uw tante zegt dat ze wil vermageren en je ziet haar op familiefeesten hapjes eten en alcohol drinken dan is dat wel een voordeel dat je deze voorkennis hebt. Je kunt al adviseren van probeer eens de alcohol te laten en dan val je misschien al wat af. Maar als een andere patiënt naar je komt en zegt dat ze gepest wordt, dan weet je niet of dit waar is. Je bezit bij je familieleden bijkomende informatie die je niet hoeft te bevragen."

Verder wordt er aangegeven dat het **leuk** is om je familieleden als patiënt te hebben. Het contact wordt als aangenaam beschouwd. Bovendien komt de **huisarts vertrouwd** over naar de familieleden. Dit maakt bijvoorbeeld dat een klinisch onderzoek bij kinderen gemakkelijker kan verlopen omdat ze minder bang zijn. Ook voor de patiënt is het horen van een slechte diagnose van een vertrouwd iemand aangenamer en is het tonen van emoties meer toelaatbaar.

De **communicatie** naar familieleden toe is toegankelijker. Zo kan het eenvoudiger zijn om twijfels over een diagnose te overleggen of te vragen om een afwachtende houding aan te nemen. Een slechte diagnose of prognose meedelen kan ook gemakkelijker zijn. Voor het familielid kan het als aangenaam ervaren worden als ze slecht nieuws moeten vernemen van iemand bekend. Als familielid kan de huisarts de draagkracht van de familieleden en wat ze willen weten beter inschatten. Er is meer toegang tot overleg en de eigen emoties zijn meer toelaatbaar.

De huisarts heeft een aantal **privileges** in het ziekenhuis zoals vermeld in 4.1 (cf. supra). Dossiers kunnen bijvoorbeeld opgevraagd worden, operaties en consulten kunnen bijgewoond worden.

"Mijn nicht lag in het ziekenhuis en ik kwam op bezoek als familielid. Ik stapte op de verpleegkundige af om iets vragen en ik zei dat ik huisarts was. Bijgevolg kreeg ik het hele dossier in handen terwijl ik enkel een stukje moest weten."

De huisarts vindt het voor zichzelf een voordeel om **meer betrokken** te kunnen zijn in de medische zorg van het familielid. De **coördinatie** in handen hebben, kan zorgen voor tijdwinst, bijv. het sneller kunnen regelen van technische onderzoeken. De **controle** hebben over de zaken geeft een goed gevoel. Weten dat alles is gedaan want gedaan moest worden, de compliantie kunnen nagaan en een goede follow up kunnen verzekeren, zorgt voor geruststelling. De behoefte om controle te willen

hebben, zorgt er ook voor dat ze de huisarts zijn van hun familielid, wat tevens een beperking inhoudt van het risico dat de eigenlijke huisarts zou kunnen overbelast worden.

> *"Mijn grootvader is overleden ten gevolge van een tumor. Het was een goed gevoel dat ik er midden in stond en de coördinatie in handen had. Ik kon niet het gevoel krijgen dat een andere huisarts niet deed wat er moest gedaan worden."*

Vervolgens is er voor het familielid een **lagere drempel** om de stap naar de huisarts te zetten. De familie beschikt over een aantal **privileges**. Zo is het financieel soms gunstiger, krijgen ze de privé nummer van de huisarts en kunnen ze buiten de werkuren bij hem/haar als arts vaak terecht. Gemakzucht kan iemand drijven om ten rade te gaan bij een familielid-huisarts.

De huisarts kan ook beschikbaar zijn als **adviseur** voor de familieleden. Dit brengt het voordeel met zich dat de gestelde diagnose kan vertaald worden en dat de huisarts zich beschikbaar kan stellen voor bijkomende vragen. Het ziekte-inzicht kan verbeterd worden indien de patiënt de ernst van zijn pathologie niet inziet. Bovendien kan de huisarts een tweede opinie en goede raad verstrekken wat zeer zinvol is voor het familielid.

6.2. De nadelen voor de huisarts

De **afstand** tussen de huisarts en het familielid is **kleiner**. Dit kan de volgende consequenties met zich meebrengen: het moeilijker loslaten van de patiënt, moeilijker rechtuit de eigen mening kunnen zeggen en een kleinere objectiviteit. Het gebrek aan objectiviteit kan enerzijds een overbezorgdheid creëren waarbij de emotie zwaarder doorweegt dan het rationele. De huisarts heeft de schrik om iets te missen, denkt direct het ergste of wil teveel doen voor zijn familielid. Anderzijds kan dit zich uiten in een onderbezorgdheid en het onbewust minimaliseren. Er wordt minder *evidence based* gehandeld en de huisarts loopt het gevaar om uit ontkenning ernstige pathologieën niet op te nemen in het diagnostisch landschap. Door deze kleinere afstand is het moeilijker om het familielid als object te kunnen bekijken tijdens het klinisch onderzoek wat opnieuw de objectiviteit in gedrang brengt.

> *"Het is zeker moeilijker om objectief te blijven, zo heb ik 14 dagen voor het overlijden van mijn moeder nog een bloedtransfusie gedaan. Nu denk ik van waarom heb ik dat toch nog gedaan. Ik wist dat ze ging overlijden en zij ook, er was geen plan meer om het te rekken."*

Het familielid kan het **advies als vrijblijvender** beschouwen met als gevolg een minder goede compliantie. Of in andere gevallen wordt het advies meer in twijfel wordt getrokken dan bij een neutralere arts.

Zoals eerder aangehaald kan het beschikken over de **voorkennis en context** zowel een voor- als een nadeel zijn. Hierdoor kan de patiënt minder serieus genomen worden en is er een verschil in empathie.

> *"Familieleden, van wie je weet dat die af en toe wel eens durven doorhangen en doordrinken, ga je anders bekijken als die komen met misselijkheid dan bij iemand anders."*

"Mijn hypochondrische nicht dacht dat ze een DVT had en ik dacht dat ze weer aan het overdrijven was. Maar ik had om ze gerust te stellen toch de D-dimeren getrokken en opgestuurd. Nu bleken deze wel verhoogd te zijn..."

Indien men niet de eigen huisarts is van het familielid dan is er niet steeds **toegang tot het medisch dossier**. De voorgeschiedenis, medicatielijst, resultaten zijn bijgevolg niet gekend. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen kleine en grote pathologieën, nl. bij kleine aandoeningen wordt dit getolereerd, bij de grote niet.

Er gebeurt een minder goede **anamnese**. Er bestaat hier geen typische arts-patiëntverhouding, de huisarts moet uit de rol van familielid kunnen stappen en een witte jas aandoen. Hierdoor is het voor de huisarts ongemakkelijk om persoonlijke vragen te stellen, waarbij er vaak minder diep op de anamnese wordt op ingegaan. Soms wil de huisarts deze persoonlijke informatie zelfs niet weten. Dit is het geval bij een seksuele anamnese. Het is moeilijker om deze af te nemen en vaak wordt dit zelfs niet uitgevoerd ook al komt het familielid voor een viagra- of een pilvoorschrift. Daarnaast ondervindt de huisarts weerstand bij de patiënt ofwel is deze juist te loslippig. Dit is eveneens van toepassing bij een psychologische problematiek.

"De seksuele anamnese is moeilijker om te bevragen of ze zijn juist loslippiger en vertellen ze teveel. Zo is mijn schoonbroer zijn vrouw overleden. Hij komt af en toe viagra vragen, waarbij ik me dan afvraag of hij een vriendin heeft maar dat heb ik hem nog nooit bevraagd. Hijzelf zegt er ook niets van."

Bij het **klinisch onderzoek** loopt de huisarts tegen grenzen aan. Voornamelijk treden er problemen op bij het intieme onderzoek met onder andere een gynaecologisch en een proctologisch onderzoek. Hierbij wordt er soms standaard verwezen naar een collega-arts in de praktijk, de eigen huisarts of de specialist, waarbij er echter wordt opgemerkt dat dit laatste weer leidt tot overbehandeling. Andere artsen laten de keuze aan het familielid of maken een onderscheid tussen dichte en verre familie waarbij verre familie geen probleem vormt. Een laatste vernoemde optie is eerst de PSA-waarde bepalen en pas doorverwijzen indien er afwijkingen zijn of indien er klachten zijn. In het algemeen wordt een klinisch onderzoek minder goed uitgevoerd. Het is onvolledig, enerzijds uit vrees om de persoon pijn te doen en anderzijds omdat de klachten geminimaliseerd worden. De huisarts kan zich zenuwachtig voelen, waardoor er meer fouten gebeuren en het minder professioneel is. De huisarts vindt het moeilijker om het familielid als object te bekijken (cf. supra) en verwijst sneller door. Tot slot gebeurt het klinisch onderzoek niet steeds in een professionele setting. Dit geeft aanleiding tot een oppervlakkig en/of zelfs geen onderzoek, gezien het nodige medische materiaal niet aanwezig is en er tevens een gebrek aan privacy is.

"Mijn schoonzus had vermoedelijk een vaginale schimmel, hiervoor heb ik fluconazole voorgeschreven. Dit zonder eens te kijken of een vaginale wisser te doen. Ik had de indruk dat zij het gênant en bovendien was het bij mijn thuis."

Technische onderzoeken worden niet steeds volgens de richtlijnen aangevraagd. Er kan immers sneller tot een technisch onderzoek worden overgegaan omwille van de lagere drempel, en omdat de huisarts sneller ongerust is en zeker niets wil missen. Soms wacht de huisarts juist meer af dan bij andere patiënten omdat hij het vertrouwen al heeft van zijn familieleden.

Een **diagnose** vaststellen is moeilijker. Bij familieleden is er gevaar voor zowel over- als onderdiagnostiek. Een diagnose vinden voor vage klachten is moeilijk. De huisarts durft ook niet altijd de diagnose uitspreken en zeggen wat hij denkt omwille van de (mogelijke) weerstand die er is/kan zijn bij de familie. Omwille van de kleinere afstand tot de patiënt is het voor de huisarts emotioneler een slechte diagnose mee te delen. Hierbij is het moeilijk om de dokter- en familierol van elkaar te scheiden. De huisarts heeft het gevoel dat hij er alleen voor staat als het familielid emoties laat zien bij hem, maar deze verbergt voor de rest van de familie. Sommige huisartsen ervaren het echt als een belasting en verkiezen dat een specialist het nieuws brengt.

> *"Mijn schoonmoeder had al een hele tijd een depressie. Echter de rest van de familie zocht een fysische oorzaak en het heeft heel lang geduurd tegen dat ze het wilden inzien. In het begin durfde ik dat maar heel zachtjes aanbrengen tot ik voelde dat er geen weerstand meer was."*

> *"Een slechte diagnose meedelen is even moeilijk als bij andere patiënten. Enkel wil je uw bomma wel eens vastpakken als je het hebt meegedeeld. Daarna moet je terug in je doktersrol kruipen en dan wordt het moeilijk."*

Bij de **behandeling** is er het gevaar om af te wijken van de richtlijnen. Ze worden strikter nagevolgd gezien ze hun familieleden minder moeten behagen dan andere patiënten en men zal de klachten sneller minimaliseren. Daartegenover staat dat er sneller antibiotica zou voorgeschreven worden. Het kan ook afhankelijk zijn van het familielid zelf. Zo wordt er een afwachtende houding gehanteerd bij de dichte familie want een goede opvolging van nabij is mogelijk. Terwijl bij de verre familie sneller behandeld wordt met medicatie. Naast het sneller behandelen, bestaat er ook de kans op overbehandeling. Huisartsen geven aan juist meer behandelingsopties te bespreken met hun familieleden, maar zien ook dat de compliance minder goed is dan bij andere patiënten. Beslissingen rond het levenseinde moeten nemen is veel moeilijker, er is een dubbele rol van huisarts en erfgename wat het gevoelige onderwerp zeer complex kan maken.

> *"Je bent veel voorzichtiger met familie, je geeft sneller antibiotica want je wilt niet dat ze over een paar dagen nog ziek zijn en denken dat je het niet goed hebt gedaan."*

Een **medisch dossier** van familieleden is vaak niet in orde of wordt niet bijgehouden. Indien men de eigen huisarts is van het familielid dan wordt dit niet steeds aangevuld wanneer de consultatie buiten het kabinet plaats vindt. Soms bestaat er zelfs geen medisch dossier, wat voornamelijk het geval is bij de eigen kinderen. Indien het familielid een eigen huisarts heeft, dan wordt er vaak geen notitie genomen. Indien er wel een verslag wordt gemaakt, dan kan het familielid dit afgeven aan zijn eigen huisarts. Artsen geven aan minder aan preventieve geneeskunde te doen, minder klinische **opvolging** of juist meer en beter opvolgen om niets te willen missen.

> *"Als een familielid bij mijn thuis is langs geweest dan schrijf ik het wel op. Maar vaak vergeet je dat wel eens, of je verliest je nota's.."*

De **schrik om een diagnose te missen** of om een **fout te maken** kan zowel groter dan kleiner zijn bij de eigen familie. Deze grotere angst vloeit voort vanuit een groter schuldgevoel. Heel de familie is dan ook op de hoogte en dit heeft deze gevolgen: sneller verwijzen naar specialisten, meer technische onderzoeken aanvragen en een breder diagnostisch landschap voor ogen hebben. Verder

worden de aangevraagde onderzoeken van dichterbij opgevolgd en is er ook meer nood aan een bevestiging. Anderzijds kan er minder angst zijn, gezien het familielid beter en van dichtbij opgevolgd kan worden, waardoor men de ziekte ziet evolueren.

> *"Mijn schoonzus heeft meer kans op een trombose aangezien in haar familie een stollingsfactortekort gekend is. Dit moest tijdens de zwangerschap op punt gesteld worden. Het resultaat was twijfelachtig, echter de hematoloog adviseerde om geen heparine-injecties toe te dienen aangezien de waarden niet hoog genoeg waren. Toen was ik zeer ongerust en had ik de neiging om toch die spuiten te zetten terwijl je bij een andere patiënt naar het advies van de specialist luistert."*

> *"Als je een fout maakt of een fout in de ogen van de patiënt dan kan je dat gemakkelijker loslaten bij iemand die geen familie is. Je voelt je schuldiger omwille van de band die je met je familie hebt, bovendien weet de hele familie het dan."*

De huisartsen hebben weinig tot geen problemen met de **persoonlijke relatie** gehad door hun dubbele rol van huisarts-familielid. De ouder-kind verhouding maakt wel dat de ouder moeilijk luistert, maar zorgt niet voor persoonlijke problemen. Verder is er maar één voorval waarbij, door inmenging van de familie, een discussie is ontstaan omwille van tegenstrijdige opinies tussen huisarts en specialisten.

Het **beroepsgeheim bewaren** voor de rest van de familie is minder evident. De ene arts is hier heel strikt in, maar geeft toe bij een glaasje alcohol wel eens de mond te durven voorbijpraten. Andere huisartsen vertellen dat het beroepsgeheim niet echt stand houdt en dat ze sneller informatie geven dan bij andere patiënten. Er wordt soms een onderscheid gemaakt in pathologie, namelijk een verkoudheid ten opzichte van een soa-screening, HCG-test en psychiatrische problematiek. Het kan mede bepaald worden door afhangen van het familielid, namelijk of deze op de hoogte is of gevraagd heeft om open kaart te spelen. Tot slot kan het zijn dat de huisarts de eigen emoties kwijt moet kunnen, waardoor het beroepsgeheim geschonden wordt.

> "*Een familielid van mij ligt in het ziekenhuis na een auto-ongeval. Deze persoon stond op antabuse maar uit het verslag bleek er toch gedronken te zijn. De kinderen ervan belden mij op met de vraag naar het verslag. Ik heb gezegd dat er waarschijnlijk gedronken was maar dat ze dat niet van mij wisten. Strikt deontologisch had ik dit niet mogen vertellen, dus zeker niet de goede gang van zaken."*

Voor de huisarts zelf bestaat het nadeel dat de familieleden hem/haar consulteren **buiten de werkuren** gezien de lagere drempel. Dit consult valt in de vrije tijd van de huisarts op een ongepast moment. De huisarts is dan niet in zijn dokter-modus en ze bellen op het privé nummer. Eén huisarts geeft zelfs aan dat dit kan leiden tot *burn-out*klachten. Een andere huisarts maakt hiervoor een uitzondering voor zijn dichte familie. Familieleden verwachten, als ze tijdens de werkuren op consult komen, voorrang te hebben op andere patiënten en vlotjes te kunnen inschuiven in de wachtrij.

> *"Gisterenavond belde mijn neef mij op om iets te vragen. Je kunt niet weigeren en zeggen dat het weekend is en dat je niet aan het werken bent. Het begint met adviezen maar daar blijft het helaas niet bij."*

"Als er iets gebeurt met iemand in mijn familie dan krijg ik de ene na de andere telefoon van iedereen. Bij een andere patiënt belt er vaak slechts één familielid die de rest van de familie verder inlicht."

7. Heeft de ervaring de huisarts veranderd?

Een deel van de huisartsen zou opnieuw de familie als patiënt hebben aangenomen. Redenen die gegeven worden zijn: een familielid wordt hetzelfde beschouwd als een andere patiënt, ze zijn niet veel ziek, grenzen en afspraken worden gerespecteerd. Ondertussen hebben de familieleden een verwachtingspatroon ontwikkeld, dus doen de artsen ook gewoon verder. Andere huisartsen zouden op voorhand meer grenzen gesteld hebben om het privé leven te bewaren. Na verloop van jaren ontwikkelt er zich een groter zelfvertrouwen en wordt het gemakkelijker om te communiceren naar de familie toe. Een laatste groep artsen zegt dat de familie, met inbegrip van het eigen gezin, best een eigen huisarts heeft, met al dan geen uitzondering voor het gezin en ouders. Ook hier wordt er aangehaald dat met de ervaring het gemakkelijker wordt om te weigeren. Tot slot wordt er aangeraden om als huisarts ook zelf een eigen huisarts te hebben. Iemand buiten het eigen dorp, waarmee geen samenwerking bestaat en dit nog voor er grote pathologie aanwezig is. Zo wordt er een dossier bijgehouden en wordt er aan preventie gedaan. Er is iemand waarbij men terecht kan voor de psychologische problematiek en die kan tot slot de diagnose stellen en het ziekteverlof bepalen.

8. Tips en adviezen

8.1. Heeft de huisarts ooit tips en adviezen gekregen?

Onder de 20 huisartsen zijn er 5 die over dit onderwerp nooit advies hebben gekregen, waarbij 1 huisarts vertelt dat dit niet aan bod is gekomen tijdens de opleiding tot arts. De overige huisartsen kregen de volgende adviezen van collega-huisartsen: volg je buikgevoel, behandel je eigen gezin niet en laat ze bij een bevriende collega gaan. Behandel zeker geen familie want dit is veel moeilijker. Ook kwam er dergelijk advies van de stagecoördinator bij 2 huisartsen tijdens de opleiding: beter geen familie behandelen want voor je het weet rol je erin. Een praktijkopleider had ook duidelijk advies gegeven aan een huisarts, namelijk zeg tegen je vrienden en familie het volgende: 'ik zie u in mijn vrije tijd en ik ben niet of nooit uw arts'.

8.2. Heeft de huisarts zelf adviezen tips en adviezen?

Vervolgens werd er als afsluiter van het interview gevraagd om zelf tips en adviezen te geven aan de startende huisarts. Dit resulteerde in de volgende adviezen:

- ✓ De beslissing om al dan niet in te gaan op een medisch verzoek moet je nemen op basis van de familiale band die je hebt met het familielid;
- ✓ De beslissing is afhankelijk van de persoonlijkheid van het familielid. Zo heeft het ene familielid een meer dwingend karakter dan het andere. Ze moeten tevens bereid zijn je een eerlijke kans te geven;
- ✓ Je moet vanaf het begin regels stellen. Zo moeten ze onder andere op afspraak naar de consultatie komen. Het is moeilijker om deze grenzen achteraf te stellen;

- ✓ Een goede techniek om te tonen 'ik ben arts en jij patiënt' is door het familielid op consultatie te laten komen;
- ✓ Durven weigeren en durven zeggen dat je je er niet goed bij voelt;
- ✓ Denk er zeker goed over na, want eens je het doet kan je niet meer terug;
- ✓ Het familielid behoudt best zijn/haar eigen huisarts, maar sta wel open voor advies en vragen;
- ✓ Zorg dat uw kinderen bij een bevriende huisarts gaan, zo is de opvolging gemakkelijker;
- ✓ Behandelen nooit uw eigen familie met als uitzondering een noodgeval;
- ✓ Handel steeds *evidence based*;
- ✓ Iedereen vindt zich evenveel familie, dus ofwel doe je het voor iedereen ofwel voor niemand;
- ✓ Zoek een huisarts voor uzelf;
- ✓ Zoek uzelf een Balint groep.

Bespreking

Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatief onderzoek kwam tot stand door middel van individuele interviews met huisartsen. Deze keuze werd gemaakt om zoveel mogelijk ervaringen en verhalen van de huisartsen te kunnen bekomen. Als interviewer had ik de kans om dieper in te gaan op een ervaring en door te vragen indien nodig. Bovendien werd zo de privacy optimaal beschermd, dit in tegenstelling tot een focusgroep. Ik heb bewust geen preselectie toegepast op basis van ze al dan niet familieleden als patiënt hebben. Het betreft een heterogene groep van deelnemers met een goede variatie in leeftijd, geslacht, woonplaats en werkomgeving. Deelname aan het interview werd beschouwd als een *informed consent*. De voorbeelden die worden aangehaald bij de kwalitatieve analyse, zijn op voorhand goedgekeurd door de deelnemende huisartsen.

Een eerste datasaturatie werd bereikt na het coderen van 14 interviews. Dit was niet betrouwbaar, gezien het 14^{e} interview een moeizaam gesprek was, waarbij de deelnemende huisarts weinig informatie meedeelde. De tweede datasaturatie dook op na het 16^{e} interview. Uit de laatste 4 interviews kwamen er nog enkele ervaring gebonden elementen naar boven die in de resultaten geïncludeerd werden.

De familieleden die te rade gaan bij de huisartsen in deze doelgroep, omvatten zowel dichte als verre familie, schoonfamilie en zelfs familie daarvan. Er werd echter terecht opgemerkt dat er ook veel vrienden advies vragen. Het onderwerp van deze thesis kan bijgevolg doorgetrokken worden naar elke patiënt waarmee de arts een emotionele relatie heeft, die de professionele objectiviteit in het gedrang kan brengen. (19)

Initieel werd er verwacht dat de leeftijd van de huisarts mogelijks een rol zou spelen, naast het geslacht, de regio waarin de arts actief is en praktijkuitvoering (12). Er zijn echter maar 2 huisartsen in dit onderzoek die geen enkel familielid als patiënt hebben, maar wel eens iets voorschrijven voor een familielid. Deze huisartsen zijn respectievelijk 29 en 33 jaar. Dit is onvoldoende om tot een conclusie te kunnen komen. Opvallend is dat bij de overige 18 huisartsen, 8 aangeven er geen voordeel in te zien of adviseren om nooit een familielid te behandelen.

De medische verzoeken van de familieleden gaan heel breed, van kleine tot grote pathologie en van acute tot chronische, met eveneens beslissingen over het levenseinde. Er werd ook gevraagd aan de huisartsen of ze ooit palliatieve zorg zouden toepassen bij hun familie. Hierbij zijn er verschillende meningen. Een deel wil het doen of heeft het al gedaan of is er geholpen bij het opstellen van de wilsverklaring. Niet iedereen zou euthanasie uitvoeren, maar zou dit wel begeleiden. Andere hebben wel al palliatieve sedatie toegediend bij hun familielid en vonden het heel mooi om dit te kunnen doen. Tot slot wordt er aangekaart dat dit een verstoring kan geven van de persoonlijke relatie met de rest van de familie als men als huisarts mee beslissingen neemt over het levenseinde.

De morele verplichting is een argument om niet als wel in te gaan op het medisch verzoek van een familielid. De familie verwacht dat de huisarts én als arts én als familielid toegewijd is. Voor de huisarts echter is het moeilijk om een goede balans te vinden tussen zijn familiale en professionele rol. Aan de ene kant beschikt men over meer voorkennis van zijn familielid, maar anderzijds komt de objectiviteit in het gedrang. Ook de andere familieleden verwachten een grote betrokkenheid van de huisarts. Deze verwachtingen maken het moeilijk om een medisch verzoek te weigeren, of zijn echter juist een goede reden om dit te weigeren. (22)

Artsen zijn minder bereidwillig om hun familie te behandelen naarmate de complexiteit en de graad van ernst toeneemt van de pathologie. Bovendien voelen veel artsen zich comfortabeler in hun rol van adviseur of bij vragen naar een tweede opinie. (13) Dit komt ook voort uit de resultaten van dit kwalitatief onderzoek. Zo toetsen veel huisartsen de pathologie af, indien het familielid geen patiënt is. Hierbij is een kleine pathologie aanvaardbaar en wordt het familielid terug verwezen naar zijn eigen huisarts indien het een meer chronische pathologie betreft of wanneer er meer onderzoek vereist is. Daarnaast wordt het als een voordeel ervaren dat advies geven en het verstrekken van een tweede opinie, ten goede kan zijn voor het familielid.

Er wordt geen uniform onderscheid gemaakt tussen familieleden. Sommige huisartsen aanvaarden enkel dichte familie, andere juist geen dichte familie. Daartegenover staat dat er geen onderscheid kan gemaakt worden tussen de familieleden, het is iedereen of niemand. De literatuurbevinding dat de arts zich het meest comfortabel voelt bij het behandelen van de eigen kinderen en het minst comfortabel bij de ouders en grootouders kan het onderzoek niet bevestigen. (13)

De laatste voorwaarde van Kamerow stelt dat de eigen huisarts van het familielid steeds op de hoogte moet gebracht worden. In de praktijk wordt dit vaak niet gedaan, zo wordt de follow-up die professor Stanley aanhaalt, niet steeds verzekerd. (12, 21)

De artsen kunnen kiezen welke vergoeding ze vragen aan hun familielid. Tijdens het interview kwamen verschillende opties naar boven. Het volledige tarief kan aangerekend worden, enkel het terugbetalingstarief of er wordt een derdebetalersregeling toegepast (op financiële nood). De Belgische ziekenfondsen laten het eveneens toe om een globaal medisch dossier op te maken voor familieleden.

De context en de voorkennis wordt in de literatuur als een voordeel beschreven. (19, 21) Echter uit deze interviews blijkt dit niet alleen een voordeel, maar ook een nadeel te zijn voor de huisartsen. Enerzijds kunnen de klachten geminimaliseerd worden en is er minder empathie naar het familielid toe dan bij een andere patiënt met dezelfde klacht. Anderzijds kan de goede kennis van de voorgeschiedenis in het voordeel spelen voor zowel de arts als het familielid. Er wordt echter ~~er~~

opgemerkt dat deze voorkennis ook verschaft wordt naarmate men de patiënt langer kent. Dit argument doet dus het voordeel ervan teniet. Verder kunnen we de overige voordelen opsplitsen in die voor de huisarts en die voor de patiënt. De huisarts beleeft er zelf plezier aan dat de familie langs komt, de communicatie verloopt vlotter, de huisarts heeft de controle en coördineert alles, en krijgt in het ziekenhuis privileges. Voor de patiënt bestaat er een gemakzucht omwille van de privileges maar er ontstaat ook een lagere drempel om naar de huisarts te stappen en ook het verkrijgen van advies en een tweede opinie verloopt vlotter. Dat de huisarts een vertrouwd persoon is, is voor beide partijen een voordeel. De patiënt voelt zich op zijn gemak en zo kan de consultatie ook vlot(ter) verlopen. Slecht nieuws ontvangen horen van een vertrouwd en bekend iemand is aangenamer.

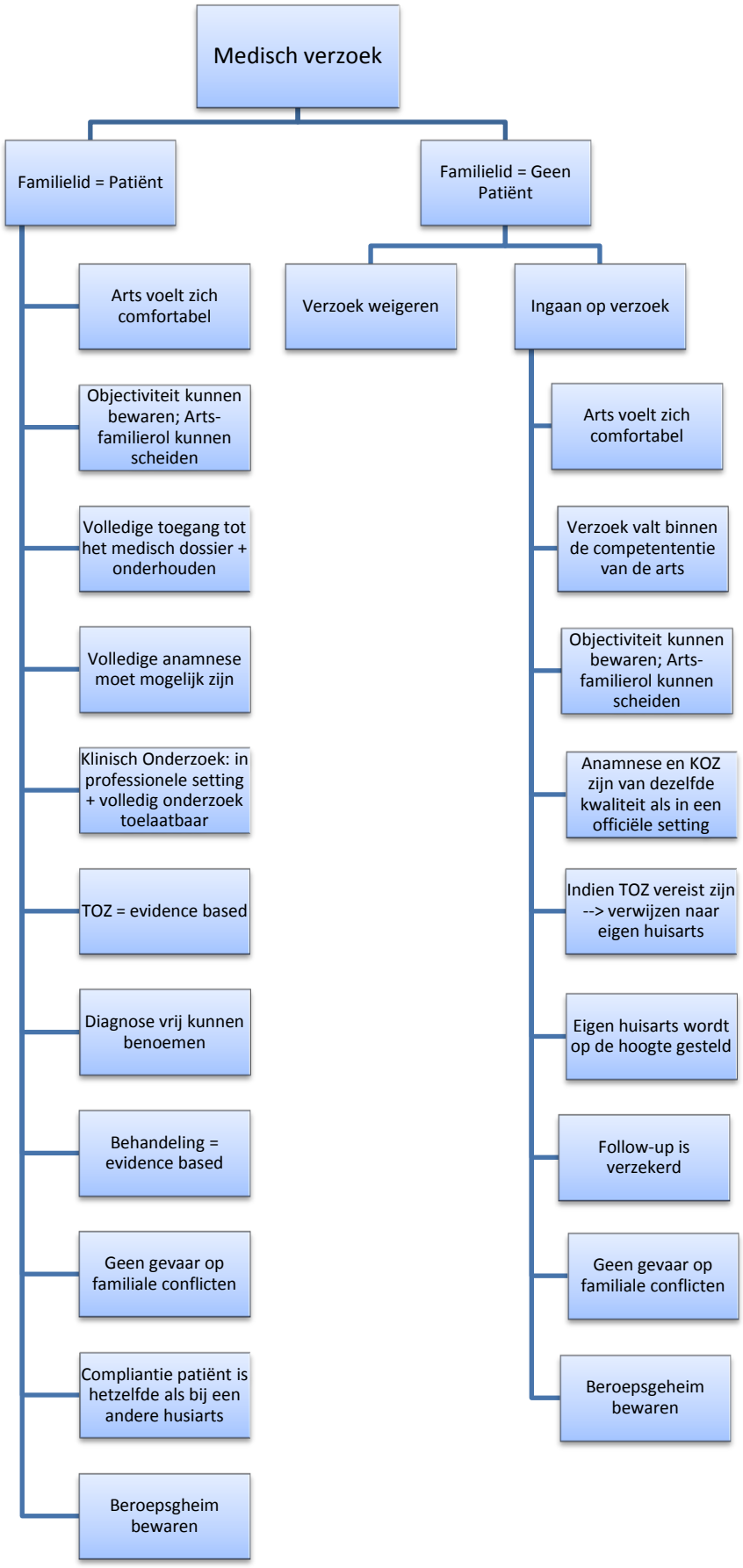
Door het risico op een gebrek aan objectiviteit zien de artsen niet steeds in dat hun professionele en persoonlijke rol in elkaar vervloeien. (14) Een aantal huisartsen gaf toe dat het zeer moeilijk is om hun dubbele rol van familielid en huisarts van elkaar te onderscheiden. Als ze op bezoek komen als familielid dan wensen ze niet onverwachts in hun rol als huisarts te moeten vallen. Als er slecht nieuws moet gebracht worden, dan willen ze er immers eveneens als familielid zijn. Ze willen hun emoties kunnen laten zien of een knuffel kunnen geven. De pertinente vraag stelt zich daarom of de arts wel degelijk in staat is om deze rollen gescheiden te houden?

Elke huisarts gaf aan dat dit onderwerp niet aan bod is gekomen in het lessenpakket van de opleiding geneeskunde. Wel kregen ze tips en adviezen van collega's, opleiders en stage-coördinatoren. Niettegenstaande deze thesis specifiek betrekking heeft op huisartsen, stelt deze vraag zich mutatis mutandis echter ook voor elk specialisme. Zo vertelde een huisarts dat zijn vader als tandarts zijn familieleden bij het minste antibiotica gaf. Hierbij is het belangrijk om de eigen competenties te onderkennen en te respecteren. (12)

Tot slot heeft de huisarts ook best zelf een eigen huisarts. Twee artsen gaven aan reeds een eigen huisarts te hebben en een derde huisarts was reeds actief op zoek. Het is immers moeilijk om bij jezelf als huisarts een diagnose te stellen en daarbij de duur van het ziekteverlof te bepalen. Het is belangrijk dat er aan preventieve geneeskunde wordt gedaan, dat er een dossier wordt bijgehouden en dat de huisarts bij iemand terecht kan voor een psychologische problematiek. Aangeraden werd iemand te zoeken buiten de eigen woonplaats, iemand waar men niet mee samenwerkt. In de literatuur kwam naar voor dat 29-44% van de artsen geen persoonlijke arts hebben en weinig medische hulp zoeken op regelmatige basis. Artsen nemen minder ziekteverlof, gaan werken ondanks hun psychologische problemen en maken hun eigen voorschriften (52 tot 90% van de artsen). Artsen blijken eerder advies te vragen bij collega's en vrienden dan zelf op consultatie te gaan bij een andere arts. (2)

Eigen aanbevelingen

Tot slot heb ik zelf voorwaarden opgesteld die als leidraad kunnen gebruikt worden. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op zowel de literatuurstudie als de resultaten van het kwalitatief onderzoek. Er wordt een onderscheid gemaakt of het familielid al dan niet ook patiënt is bij de huisarts. Zodra één van de voorwaarden niet vervuld kan worden, is het aangeraden om het medisch verzoek of het familielid als patiënt te weigeren.



Figuur 4. Eigen aanbeveling

Besluit

Het antwoord op de vraag “Is het verantwoord dat een huisarts een familielid voorziet van medische zorg?” is niet zo eenvoudig. Het is belangrijk dat elke arts hier op voorhand goed over nadenkt en een beslissing neemt, alvorens de situatie zich voordoet. Elke arts moet voor zichzelf de voor- en nadelen afwegen, stilstaan bij de gevaren en kijken of er aan de geformuleerde voorwaarden kan voldaan worden. Indien men de beslissing neemt om het familielid als patiënt te aanvaarden, dan is het een goed idee deze voorwaarden samen te overlopen waarbij er best duidelijke afspraken gemaakt worden om problemen te voorkomen. Elke huisarts maar ook specialist zou hierop gewezen moeten worden wat maakt dat dit onderwerp zonder meer aan bod moeten komen in de opleiding van geneeskunde.

Literatuurlijst

1. Latessa, R., & Ray, L. Should you treat yourself, family or friends? Family Practice Management Journal 2005; 12(3): 41-44.
2. Krall, E.J. Doctors who doctor self, family, and colleagues. Wisconsin Medical Journal 2008; 107(6): 279-84.
3. Christman, KD. AMA attacks physicians caring for their families. Journal of American Physicians and surgeons 2011; 16(3): 85-87.
4. Gold, K.J., Goldman, E.B., Kamil, L.H., Walton, S., Burdette T.G., & Moseley K.L. No appointment necessary? Ethical challenges in treating friend and family. New England Journal of Medicine 2014; 371(13): 1254-1258.
5. La Puma, J., & Priest, E.R. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. JAMA 1992; 267(13): 1810-1812.
6. Scarff, J.R., & Lippmann, S. When physicians intervene in their relatives' health care. HEC Forum 2012; 24(2): 127-37.
7. Regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg te Amsterdam. Uitspraak tuchtcollege. Medisch contact 2010; 65(31-32): 1518-1519.
8. R. Van Baal, persoonlijke communicatie. 21 September 2016.
9. Code van geneeskundige plichtenleer. Beschikbaar via: http://www.ordomedic.be. Geraadpleegd 2017 januari 16.
10. La Puma, J., Stocking, C.B., La Voie, D., & Darling, C.A. When physicians treat members of their own families: practices in a community hospital. New England Journal of Medicine 1991; 325(18): 1290-1294.
11. Van der Heide, J. De arts als diens familie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1991; 135:2404.
12. Korenman, S.G., & Bramstedt, K.A. Your spouse/partner gets a skin infection and needs antibiotics: is it ethical for you to prescribe for them? Western Journal of Medicine 2000; 173: 364.
13. Reagan, B., Reagan, P., & Sinclair, A. "Common sense and a thick hide": physicians providing care to their own family members. Archives of Family Medicine 1994; 3: 599-604.
14. Fromme, E.K., Farber, N.J., Babbott, S.F., Pickett, M.E., & Beasley, B.W. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. Annals of Internal Medicine 2008; 149: 825-831.
15. Nelson, S. Is there a doctor in the house? Journal of the royal college of general practitioners 1981; 31: 715-722.
16. Scarf, J.R. Why do physicians treat their relatives? Exploring the influence of social psychology. Psychological Reports 2013; 113(2): 647-653.
17. Eastwood, G.L. When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal and practical considerations. Journal of General Internal Medicine 2009; 24(12): 1333-1335.
18. Tulsky, A.T., Shuchman, M., & Snyder, L. Should doctors treat their relatives? ACP internist 1999. Beschikbaar via http://www.acpinternist.org/archives/1999/01/relative.htm. Geraadpleegd 2017 februari 11.
19. Anyanwu, E.B., Harrison, O.A., & Efe A.O. Ethical Issues in Treating Self and Family Members. American Journal of Public Health Research 2014; 2(3): 99-102.

20. Hanafi, N.S., & Chirk-Jenn, N.G. Doctors treating family members: a qualitative study among primary care practitioners in a teaching hospital in Malasyia. Asia Pacific Family Medicine 2006; 5 (2).
21. Van den Muijsenbergh, M. Huisarts, ook voor je eigen familie? Huisarts en Wetenschap 2015; 1: 24-24.
22. Cheb, F.M., Feudtner, C., & Rhodes, L.A. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. Western Journal of Medicine 2001; 175(4): 236–239.
23. Kamerow, D. Doctors treating their families. British Medical Journal 2014; 348: 4281. Beschikbaar via: http://www.bmj.com/content/348/bmj.g4281. Geraadpleegd 2017 februari 11.

Bijlagen

Bijlage 1: e-mail Prof. Nijs

Dag Jolien,

Een interessant thema waarover wel weinig wetgeving/literatuur bestaat. Het zit vooral in de sfeer van de deontologie. Zo bijv.: mag een huisarts die zijn kind behandelt daarvoor een honorarium vragen? Of primeert de zorgplicht van de ouder tegenover zijn kind en moet hij dat dus gratis doen?

Hierover is er het volgende recente advies van de nationale raad van de orde van artsen (zie website ordomedic.be)

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft beslist het artikel 79 van de Code van geneeskundige plichtenleer betreffende de medische erelonen die artsen aanrekenen voor de verzorging van naaste verwanten, collega's of medewerkers, op te heffen.

Advies van de Nationale Raad :

In zijn vergadering van 25 mei 2013 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren opnieuw de kwestie onderzocht van de medische erelonen voor zorg door artsen verstrekt aan naaste verwanten, collega's of medewerkers.

Artikel 79 van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt:

Het is gebruikelijk dat een geneesheer geen ereloon aanrekent voor de verzorging van zijn naaste verwanten en zijn medewerkers, alsook van zijn collega's en de personen ten laste van deze laatsten. Niettemin mag een vergoeding gevraagd worden voor de kosten die eruit voortspruiten.

Uit de vele interpellaties die de Nationale Raad ontvangt in verband met de toepassing van voornoemd artikel 79, blijkt dat de rechtvaardiging van deze kosteloosheid van de zorg niet langer unaniem begrepen en aanvaard wordt door de leden van het artsenkorps.

Het gebruik waar dit artikel naar verwijst vindt zijn oorsprong in de Hippocratische traditie van solidariteit tussen de leden van het artsenkorps en was gerechtvaardigd in een periode waarin de dekking verzekerd door de verzekeringsstelsels beperkt, of zelfs onbestaande was.

De technologische evolutie en de ziekenhuisfinanciering laten de arts niet langer toe alleen te beslissen over het niet factureren van verstrekkingen gedaan binnen zorgstructuren.

In het licht van deze vaststelling vond de Nationale Raad het opportuun het huidige artikel 79 van de Code van geneeskundige plichtenleer op te heffen.

Deze opheffing verandert geenszins de deontologische regel bepaald in artikel 11 van voornoemde Code : *De geneesheren moeten goede collegiale betrekkingen met elkaar onderhouden en elkaar bijstaan.*

Wel bestaat er wetgeving i.v.m. het volgende: om iemand gedwongen op te nemen in een psychiatrische dienst in een omstandi medisch verslag. De wet bepaalt vbu dat dit verslag (en het onderzoek dat eraan vooraf gaat) niet mag worden opgesteld (niet mag worden uitgevoerd) door een arts die een bloed of aanverwant is van de betrokken patiënt. Concreet : een (huis) arts mag dat

onderzoek/verslag niet doen/opstellen als zijn kind de patiënt in kwestie is. Dat is logisch (conflict of interest).

In het verlengde hiervan kan je je bijv. afvragen of het zorgvuldig is dat een arts een getuigschrift opstelt voor zijn eigen kind om geen lessen te volgen; geen examen af te leggen....maar ook hier bestaat geen wetgeving over en moet dat worden bekeken in het bredere kader van wat een zorgvuldig arts in die omstandigheden zou doen.

Graag bereid om je eventueel nog wat verder te helpen en veel succes

Best regards/Vriendelijke groet,

Herman Nys

Kapucijnenvoer 35 box 7001

BE 3000 Leuven

Professor medical law KU Leuven. Gewoon hoogleraar medisch recht KU Leuven
Director, Centre for biomedical ethics and law kuleuven.be/cbmer
Member, European Group on Ethics http://ec.europa.eu/bepa/european-group-ethics/
Editor-in-chief European Journal of Health Law www.brill.nl/ejhl
President LUCAS kuleuven.be/lucas
President AZNIKOLAAS aznikolaas.be

Bijlage 2: e-mail van KNMG

Baal van, Rineke <r.van.baal@fed.knmg.nl>
wo 21/09/2016, 15:34

Geachte mevrouw Faes,

In Nederland is het niet verboden dat artsen voor zichzelf of voor familie receptuur voorschrijven of een behandeling doen, daar is geen wetgeving over. Er is wel tuchtrechtelijke jurisprudentie. Het Regionaal Tuchtcollege Amsterdam gaf een arts (tevens grootvader) op 2 februari 2010 echter een waarschuwing omdat deze zijn kleinzoon in behandeling had (Tuchtrechtuitspraak MC 2010 nr. 31-32; zie bijlage). Om artsen voor een dergelijke waarschuwing te behoeden, adviseert de KNMG onze leden om, in het verlengde van deze uitspraak, terughoudend te zijn met het voorschrijven voor zichzelf of voor familieleden.

Het Tuchtcollege oordeelde als volgt:

'Weliswaar is nergens expliciet verboden dat binnen de familie of binnen een vriendschappelijke relatie individuele gezondheidszorg wordt verleend, maar de verlener van die zorg zal daarin op zijn minst terughoudend moeten zijn. Dat vereisen de professionele distantie en de daarmee samenhangende noodzakelijke vermijding van vermenging van rollen, die de hulpverlener in alle gevallen in acht zal hebben te nemen. De hulpverlener zal zijn zorgverlening in elk geval aan een collega moeten overdragen, indien de belangen van de patiënt delicaat zijn of dreigen te worden, dan wel zich met - of zoals hier over het hoofd heen van - de patiënt tegenstellingen openbaren die een goede zorg in de weg kunnen staan'.

Overigens heeft de KNMG al sinds jaar en dag het standpunt (vroeger was dit een appendix aan de KNMG-gedragsregels, op dit moment staat hierover niets daadwerkelijks in onze beroepscode) dat het bij behandelen of voorschrijven van artsen voor zichzelf, familieleden, vrienden/kennissen of zelfs voor collegae aanbeveling verdient om dit niet te doen. Een en ander kan storend zijn voor verhoudingen etc.

In de KNMG richtlijn niet aangaan beëindiging behandelingsovereenkomst, tevens bijgevoegd, staat verder dat de professionele verantwoordelijkheid vaak een beletsel is om in te gaan op verzoek van familieleden of goede bekenden hen te behandelen. De arts is dan niet in staat voldoende professionele distantie in acht te nemen.

Een arts heeft de bevoegdheid om te verwijzen of recepten voor zichzelf voor te schrijven of voor familieleden, maar verschillende Nederlandse zorgverzekeraars hebben in dit kader grenzen aangebracht in de dekking c.q. vergoeding van de medicatie en/of behandeling. In de voorwaarden van een aantal zorgverzekeringspolissen staat dat *de kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde niet worden vergoed, tenzij de zorgverzekeraar hiervoor toestemming heeft verleend*.

Ik hoop u met het bovenstaande van dienst te zijn geweest.

Met vriendelijke groet,

Rineke van Baal
adviseur KNMG Artseninfolijn

Bijlage 3: Vooropgesteld interview

Huisarts: leeftijd, geslacht, werkomgeving

Ervaringen

1. Heeft u al eens een medische verzoek gekregen van een familielid?
   a. Zo ja:
      i. Van welke familieleden? Anoniem benoemen
      ii. Wat hield dit verzoek in?

2. Heeft u daadwerkelijk medische zorg al verleent aan een familielid?
   a. Met welke intentie bent ingegaan op het verzoek?
   b. Bij welke familieleden heeft uw reeds zorg verleend?
   c. Welke zorg heeft u verleend?
   d. Is er een samenwerking geweest met een andere arts en hoe verliep deze samenwerking?
   e. Rekent u erelonen aan?

3. Heeft u medische zorg ooit al eens geweigerd aan een familielid?
   a. Zo ja: wat was de reden hiervan? afh van het verzoek/of afh familielid?
   b. Zo nee:
      i. Heeft u al eens zorg willen weigeren?
      ii. Wat was de reden dat u de medische zorgvraag niet heeft kunnen weigeren?

4. Zou u in de toekomst op basis van uw ervaringen nog zorg willen verlenen aan familieleden?
   a. Waarom wel/niet?

Pro en contra-argumenten

5. Welke voordelen bestaan er voor u om een familielid van medische zorg te voorzien?
   Open antwoord: …

6. Welke nadelen bestaan er voor u om een familielid van medische zorg te voorzien?
   Open antwoord: ….
   a) Tijdens het consult
      - ✓ Steeds toegang tot het medisch dossier?
      - ✓ Anamnese: zich ongemakkelijk voelen bij bevragen drugs, seksuele anamnese en andere persoonlijke vragen;
      - ✓ KOZ: niet in professionele setting, onvolledig gynaecologisch/rectaal onderzoek;
      - ✓ Diagnose: meedelen van slechte prognose, onder- of over-diagnostisering wegens emotionele relatie;
      - ✓ Behandeling: patiënt zijn beslissingsrecht, afwijken van richtlijnen, voldoende voor- en nadelen uitleggen;
      - ✓ Follow-up: verslagen maken in medisch dossier en dit bezorgen aan de eigen huisarts?

   b) Fouten maken

- ✓ Angst om diagnose te missen, verkeerde behandeling voor te stellen;
- ✓ Verstoring van de Persoonlijke relatie.

c) Persoonlijk leven
- ✓ Problemen met beroepsgeheim, andere familieleden die op de hoogte willen blijven;
- ✓ Patiënt respecteert het werkschema niet.

Keuze om al dan niet een familielid te behandelen

7. Op basis waarvan is uw keuze gebaseerd om al dan niet een familielid te behandelen?
   a. Maakt u onderscheid op basis van de context, namelijk een urgentie, kort bestaand probleem, chronische zorg?
   b. Maakt u een onderscheid tussen uw familieleden zelf?

8. Welke regel hanteert u om al dan niet een familielid te behandelen?

Tips -advies

9. Heeft u zelf ooit theorie, advies, tips, verhalen .. gehoord?
10. Welk advies zou u geven aan beginnende huisartsen?

Bijlage 4: deelnemerskenmerken

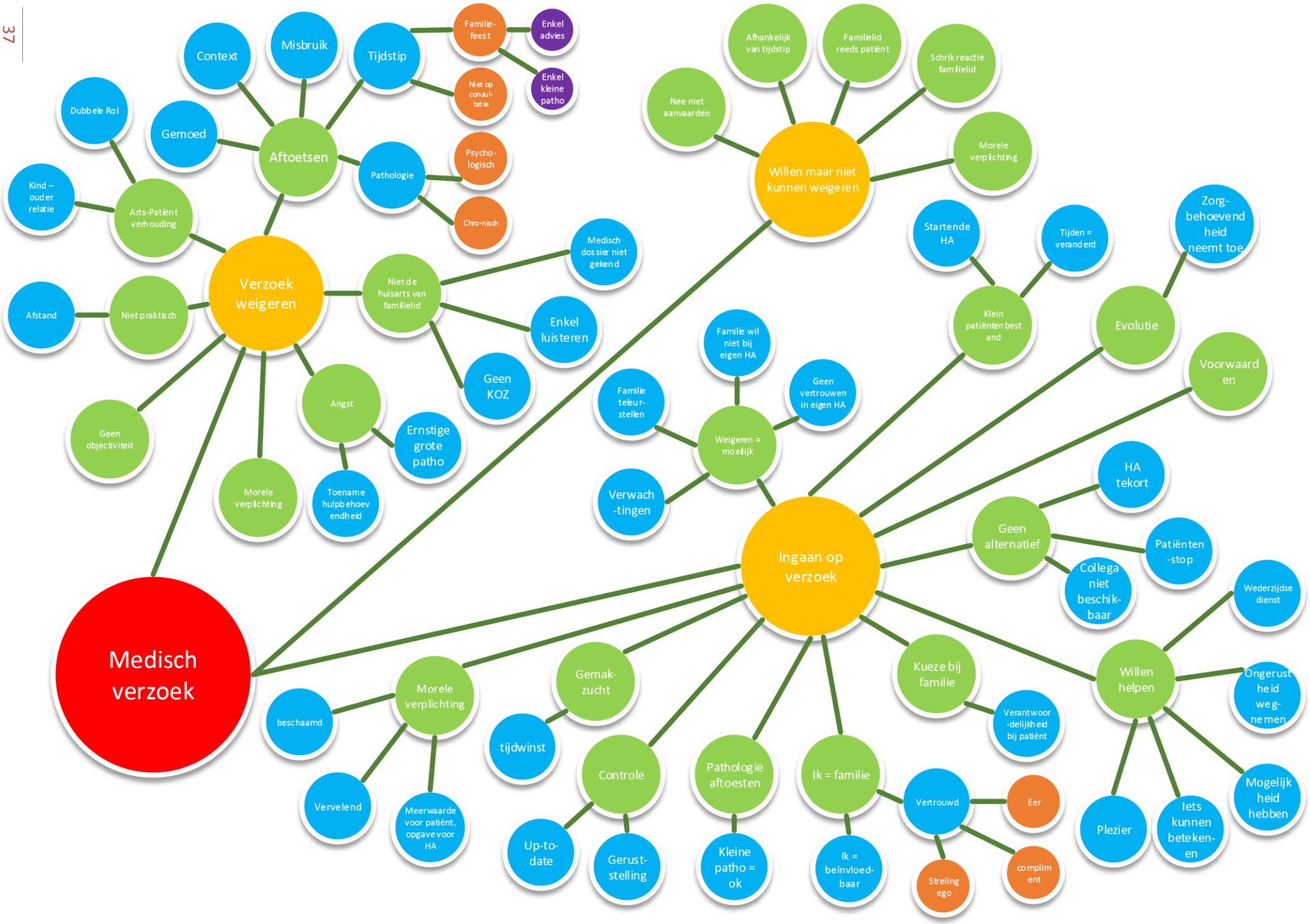
	Geslacht	Leeftijd (jaar)	Landelijk/dorp/stad	Groeps/solopraktijk
1.	Man	57	dorp	Solo
2.	Man	45	dorp	Solo
3.	Vrouw	30	dorp	Groep
4.	Man	45	Stedelijk	Solo
5.	Man	60	dorp	Groep
6.	Man	57	dorp	Solo
7.	Vrouw	28	dorp	Groep
8.	Vrouw	44	landelijk	Groep
9.	Man	66	landelijk	Groep
10.	Vrouw	38	landelijk	Groep
11.	Man	33	landelijk	Groep
12.	Vrouw	31	dorp	Groep
13.	Vrouw	29	Landelijk	Groep, WGC
14.	Man	53	Stedelijk	Solo
15.	Vrouw	39	Landelijk	Groep, WGC
16.	Man	61	Landelijk	Solo
17.	Vrouw	62	Stedelijk	Groep
18.	Vrouw	28	Dorp	Groep
19.	Vrouw	33	Stedelijk	Groep
20.	Vrouw	29	Stedelijk	Groep

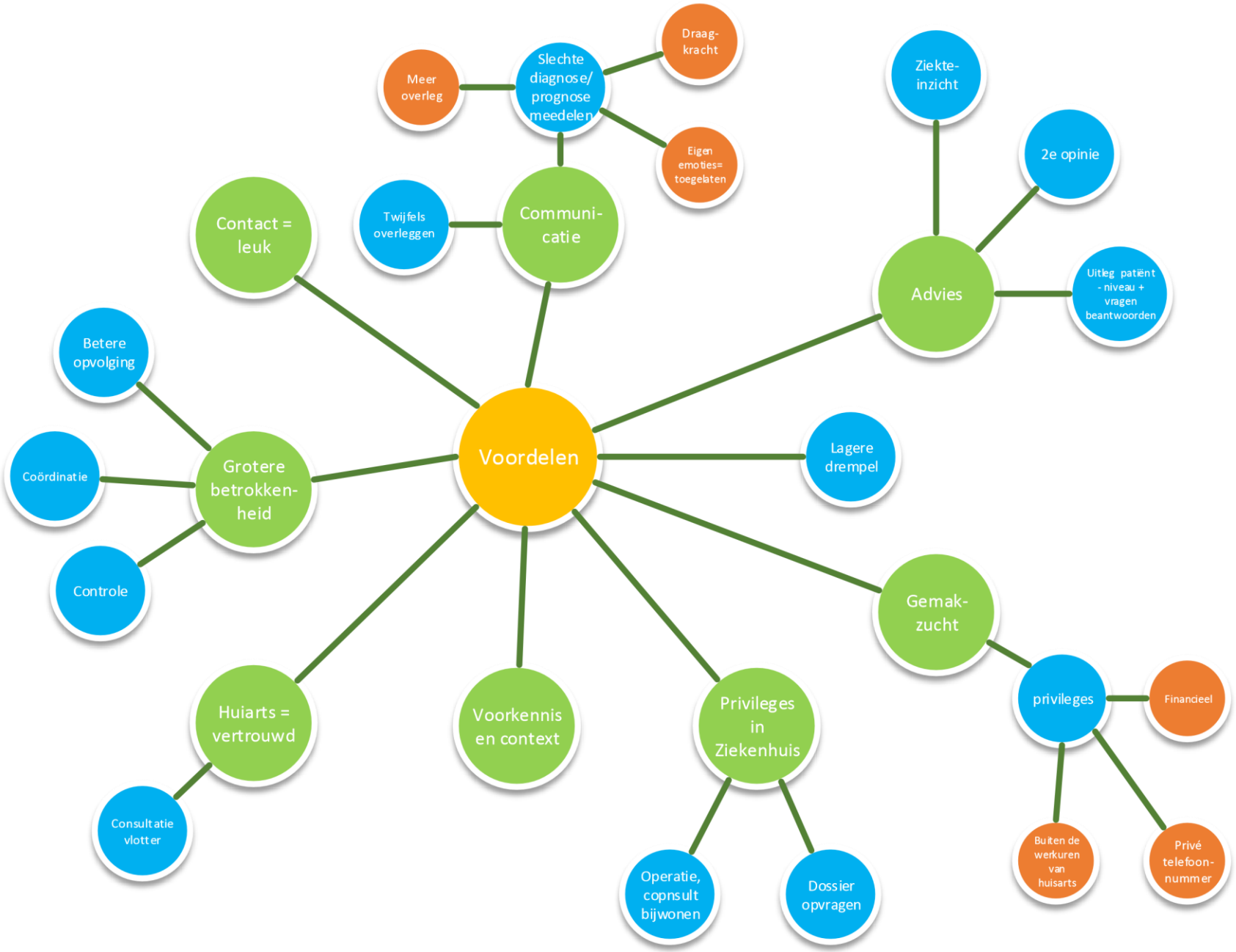
Bijlage 5: Codebomen

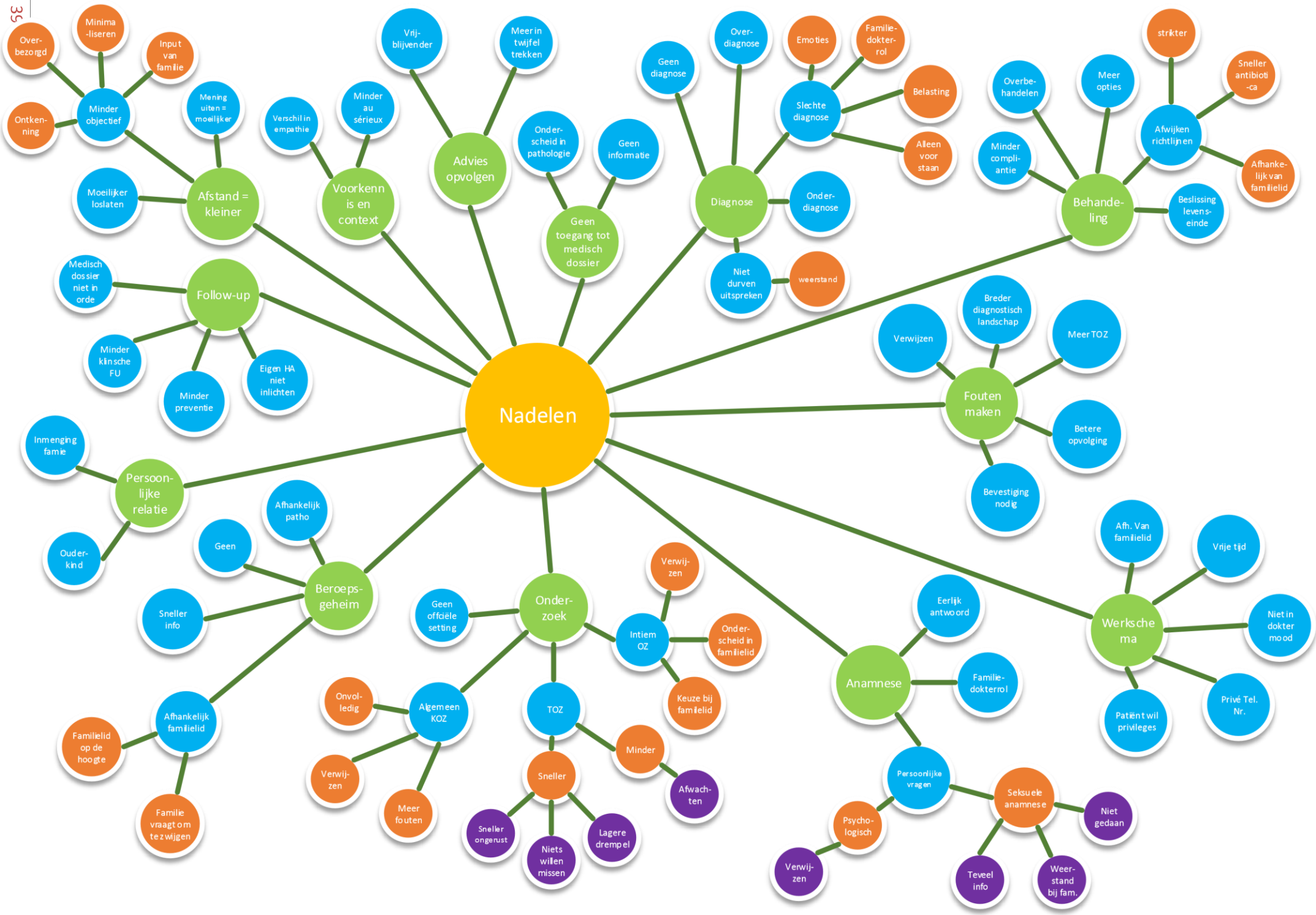
Boom 1 = redenen om al dan niet in te gaan op een medisch verzoek

Boom 2 = Voordelen om een familielid van medische zorg te voorzien

Boom 3 = nadelen om een familielid van medische zorg te voorzien


Medisch verzoek
Verzoek weigeren
Aftoetsen
Context
Misbruik
Tijdstip
Familie-feest
Enkel advies
Enkel kleine patho
Niet op consul-tatie
Gemoed
Dubbele Rol
Pathologie
Psycho-logisch
Chro-nisch
Kind – ouder relatie
Arts-Patiënt verhouding
Afstand
Niet praktisch
Niet de huisarts van familielid
Medisch dossier niet gekend
Enkel luisteren
Geen KOZ
Angst
Ernstige grote patho
Geen objectiviteit
Morele verplichting
Toename hulpbehoev endheid
Willen maar niet kunnen weigeren
Afhankelijk van tijdstip
Familielid reeds patiënt
Schrik reactie familielid
Nee niet aanvaarden
Morele verplichting
Ingaan op verzoek
Weigeren = moeilijk
Familie wil niet bij eigen HA
Geen vertrouwen in eigen HA
Familie teleur-stellen
Verwach -tingen
Klein patiëntenbest and
Startende HA
Tijden = veranderd
Evolutie
Zorg-behoevend heid neemt toe
Voorwaard en
Geen alternatief
HA tekort
Patiënten -stop
Collega niet beschik-baar
Willen helpen
Wederzijdse dienst
Ongerust heid weg-nemen
Mogelijk heid hebben
Plezier
Iets kunnen beteken-en
Kueze bij familie
Verantwoor -delijkheid bij patiënt
Ik = familie
Vertrouwd
Eer
complim ent
Streling ego
Ik = beïnvloed-baar
Pathologie aftoesten
Kleine patho = ok
Controle
Up-to-date
Gerust-stelling
Gemak-zucht
tijdwinst
Morele verplichting
beschaamd
Vervelend
Meerwaarde voor patiënt, opgave voor HA


Voordelen
Communi-catie
Meer overleg
Slechte diagnose/ prognose meedelen
Draag-kracht
Eigen emoties= toegelaten
Twijfels overleggen
Contact = leuk
Grotere betrokken-heid
Betere opvolging
Coördinatie
Controle
Huiarts = vertrouwd
Consultatie vlotter
Voorkennis en context
Privileges in Ziekenhuis
Operatie, copnsult bijwonen
Dossier opvragen
Advies
Ziekte-inzicht
2e opinie
Uitleg patiënt - niveau + vragen beantwoorden
Lagere drempel
Gemak-zucht
privileges
Financieel
Buiten de werkuren van huisarts
Privé telefoon-nummer


Nadelen
Afstand = kleiner
Minder objectief
Over-bezorgd
Minima-liseren
Input van familie
Ontken-ning
Mening uiten = moeilijker
Moeilijker loslaten
Voorkenn is en context
Verschil in empathie
Minder au sérieux
Advies opvolgen
Vrij-blijvender
Meer in twijfel trekken
Onder-scheid in pathologie
Geen informatie
Geen toegang tot medisch dossier
Diagnose
Geen diagnose
Over-diagnose
Slechte diagnose
Emoties
Familie-dokter-rol
Belasting
Alleen voor staan
Onder-diagnose
Niet durven uitspreken
weerstand
Behande-ling
Overbe-handelen
Minder compli-antie
Meer opties
Afwijken richtlijnen
strikter
Sneller antibioti-ca
Afhanke-lijk van familielid
Beslissing levens-einde
Follow-up
Medisch dossier niet in orde
Minder klinsche FU
Minder preventie
Eigen HA niet inlichten
Fouten maken
Verwijzen
Breder diagnostisch landschap
Meer TOZ
Betere opvolging
Bevestiging nodig
Persoon-lijke relatie
Inmenging famie
Ouder-kind
Beroeps-geheim
Geen
Afhankelijk patho
Sneller info
Afhankelijk familielid
Familielid op de hoogte
Familie vraagt om te zwijgen
Onder-zoek
Geen offciële setting
Verwij-zen
Intiem OZ
Onder-scheid in familielid
Keuze bij familielid
Algemeen KOZ
Onvol-ledig
Verwij-zen
Meer fouten
TOZ
Minder
Afwach-ten
Sneller
Sneller ongerust
Niets willen missen
Lagere drempel
Anamnese
Eerlijk antwoord
Familie-dokterrol
Persoonlijke vragen
Psycho-logisch
Verwij-zen
Seksuele anamnese
Niet gedaan
Teveel info
Weer-stand bij fam.
Werkschema
Afh. Van familielid
Vrije tijd
Niet in dokter mood
Privé Tel. Nr.
Patiënt wil privileges

Bijlage 6: Protocol en goedkeuring

Aanvraag Ethische begeleiding masterproeven "Is het verantwoord om huisarts te zijn van familieleden?" (mp11116)

Gelieve in te loggen op http://gbiomed.kuleuven.be/apps/ec om deze aanvraag te controleren.

Samenvatting aanvraag

Is het verantwoord om huisarts te zijn van familieleden?

Student(en):
Jolien Faes
Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
multicentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:
Huisartsen worden tijdens hun carrière met ziekte geconfronteerd van zowel zichzelf als van familie. Een huisarts wordt regelmatig aangesproken door familieleden voor medisch advies. Is het ethisch, medisch, en psychologisch verantwoord dat een huisarts instaat voor de diagnose, behandeling en opvolging van een familielid? De AMA stelt duidelijk dat artsen hunzelf of directe familieleden niet mogen behandelen tenzij in acute medische situaties of bij situaties waarbij er geen andere gekwalificeerde arts aanwezig is. Dit kwalitatief onderzoek zal de voor- en tegenargumenten oplichten en mogelijke adviezen formuleren om deze beslissing te kunnen maken.

Vraagstelling:
Hoofdvraag:

Is het verantwoord dat een huisarts een familielid voorziet van medische zorg?

Subvragen:

- Op basis waarvan maken huisartsen deze keuze ?

- Welke ervaringen hebben deze keuze van de huisartsen beinvloed ?

- Hoe hangen deze argumentaties samen ?

- Welke adviezen kunnen we uit deze gegevens naar voren halen ?

Methodologie:
1. Dit onderzoek start met een literatuurstudie: via pubmed, medische en psychologische tijdschriften, en andere bronnen. Deze artikelen kunnen gebaseerd zijn op literatuurstudies, vragenlijsten en opiniestukken. Daarnaast worden verschillende instanties aangeschreven: Professoren van de Kuleuven (Prof. Schotsmans en Prof. Nys), de orde der geneesheren, domus medica, Huisarts Nu..

2. Vervolgens wordt er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Eerst zullen artsen aangeschreven worden via mail. Er wordt getracht een zo'n groot mogelijke diversiteit te bekomen obv leeftijd, werkomgeving (landelijk-stedelijk), geslacht, ervaringen, etc. Een absolute anonimiteit wordt verzekerd aan de deelnemende huisartsen. Op basis van een vooraf opgestelde vragenlijst zullen er semi-gestructureerde interviews afgenomen worden. Deze worden audiologisch opgenomen en vervolgens volledig woordelijk neergeschreven. Er worden 30 interviews voorpgesteld. Indien reeds vroeger saturatie optreedt dan worden geen nieuwe gegevens meer verzameld.

3. De data worden verwerkt via een thematische analyse op basis van de Grounded Theory.

Referenties:

1. Latessa R, Ray L. Should you treat yourself, family or friends? Fam Pract Manag. 2005 Mar;12(3):41-4.

2. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. WMJ. 2008 Sep;107(6):279-84

3. Christman KD. AMA attacks physicians caring for their families. Journal of American Physicians and surgeons. 2011;16: 85-87.

4. www.gmc-uk.org [internet]. (laatste geraadpleegd op 17 januari 2016).

5. Gold KJ, Goldman EB, Kamil LH. No appointment necessary? Ethical challenges in treating friend and family. N Engl J Med 2014; 371:1254-1258.

6. La Puma J, Stockling CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families: practices in a community hospital. N Engl J Med 1991;325:1290-1294.

7. Professional standards and guidelines – treating self, family members en those with whom you have a non-professionel relationship. College of physicians and surgeons of Britisch Colombia. 2013

8. Policy on treating self and family members. College of physicians and surgeons of Nova Scota. 2011

9. Van der Heide J. De arts als diens familie. Tijdschr Geneeskd. 1991;135:2404.

10. www.ordomedic.be [internet]. (Laatst geraadpleegd op 16 januari 2016).

11. Van den Muijsenbergh M. Huisarts, ook voor je eigen familie? Huisarts en Wetenschap, jaargang 2015, nr 1:24-24.

12. Korenman SG, Bramstedt KA. Your spouse/partner gets a skin infection and needs antibiotics: is it ethical for you to prescribe for them? Yes: it is ethical to treat short-term, minor problems [point-counterpoint]. West J Med 2000;173:364.

13. Tulsky A.T., Shuchman M., Snyder L. Should doctors treat their relatives? ACP internist. 1999.

14. Anyanwu E.B., Harrison O.A., Efe A.O. "Ethical Issues in Treating Self and Family Members." American Journal of Public Health Research 2.3 (2014): 99-102.

15. Cheb FM, Feudtner C, Rhodes LA. Role conflicts of physi cians and their family members: rules but no rulebook. West J Med. 2001 Oct; 175(4): 236–239.

16. La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. JAMA 1992;267:1810-1812.

17. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. "Common sense and a thick hide": physicians providing care to their own family members. Arch Fam Med 1994;3:599-604.

18. Fromme E. K., Farber N. J., Babbott S. F., Pickett M. E., Beasley B. W. (2008) What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. Annals of Internal Medicine, 149, 825-831

19. Scarff JR1, Lippmann S. When physicians intervene in their relatives' health care. HEC Forum. 2012 Jun;24(2):127-37. doi : 10.1007/s10730-011-9174-5

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

Promotor:
Jo Goedhuys (jo.goedhuys@med.kuleuven.be - u0005986 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Registratienummer:
mp11116

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

CAT 4: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Openstaande aanvragen 0

	Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer

Aanvragen voor advies bij CTC/EC 0

Gunstig advies van OBC 1

	Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer
	mp11116	Is het verantwoord om huisarts te zijn van familieleden? **Student(en):** Jolien Faes **Promotor:** Jo Goedhuys	Gunstig advies van OBC	