Opvolging van hiv in de huisartsenpraktijk:

visie van de huisarts

HAIO: Katleen Verheyen, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Ludwig Apers, Instituut voor Tropische Geneeskunde

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Opvolging van hiv in de huisartsenpraktijk: visie van de huisarts	
HAIO:	Katleen Verheyen – Universiteit Antwerpen – verheyen.k.dr@gmail.com
PROMOTOR:	Prof. Dr. Lieve Peremans – Universiteit Antwerpen
CO-PROMOTOR:	Dr. Ludwig Apers – Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG)
ICPC-code:	B90 - HIV-infectie (AIDS/ARC)

Context: Door de ontwikkeling van antiretrovirale therapie (ART) is hiv-infectie voor veel patiënten geëvolueerd van een dodelijke naar een chronische ziekte met vele co-morbiditeiten en een toenemende levensverwachting. Het aantal patiënten gevolgd door de aids referentiecentra (ARC) blijft jaarlijks stijgen, waardoor zij genoodzaakt zijn de zorg te delen met de eerste lijn. Uit voorgaand onderzoek blijkt dat Vlaamse huisartsen wel gemotiveerd zijn om hiv-patiënten op te volgen, maar er is nood aan meer kennis, een gestructureerd protocol en de communicatie tussen huisarts en ARC kan beter.

Onderzoeksvragen:

1. Wat is de visie van huisartsen over de opvolging van hiv-positieve patiënten in eerste lijn? Wat is hun kennis en attitude rond deze opvolging?
2. Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen eerste en tweede lijn? Wat zijn taken die de huisarts wenst op te nemen en hoe kan men de samenwerking verbeteren?

Methode: Er werd een descriptief kwalitatief onderzoek met semigestructureerde focusgroep gesprekken (FG) opgezet. LOK-groepen in de regio van Antwerpen werden geïncludeerd. De resultaten werden thematisch geanalyseerd via het programma NVivo. Na terugkoppeling van de resultaten naar het ITG volgde een brainstorm via nominale groepstechniek. Zo werd de mening van de specialisten ook geïncludeerd.

Resultaten: In totaal werden 42 artsen bevraagd tijdens 7 FG, waarvan 12 mannen en 30 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 43 jaar, waarvan het merendeel werkte in een groepspraktijk. Hoewel 95% van de artsen één of meerdere hiv-patiënten in hun praktijk opvolgden, namen de meesten geen hiv-specifieke zorg op. Wel waren ze betrokken bij verschillende huisartsgeneeskundige en preventieve taken (vaccinaties, soa screening, cardiovasculaire risicobepaling …). Artsen werkzaam in een gebied met hogere prevalentie hadden duidelijk meer competenties, voelden zich zekerder bij deze opvolging en namen meer taken op. Alle artsen gaven aan dat ze nood hadden aan een gestructureerde richtlijn met duidelijke taakverdeling en betere bi-directionele communicatiekanalen. Laattijdige en non-elektronische briefwisseling met het ITG zorgden voor een moeilijke samenwerking. Verder meldden veel artsen non-disclosure van de patiënt naar de huisarts rond zijn/haar diagnose, met impact op de arts-patiëntrelatie.
Bij de nominale groepstechniek werden 21 medewerkers van het multidisciplinaire team van het ITG bevraagd, waarvan de helft artsen en de helft paramedici. Concrete werkpunten waren de communicatie naar de huisarts, non-disclosure, opleiding voor huisartsen en taakverdeling.

Conclusie: De meerderheid van de bevraagde huisartsen volgt seropositieve patiënten op. Taakverdeling tussen huisarts en specialist blijft vaag, de taken die de huisartsen wensen op te nemen variëren erg en hangen samen met de competenties, self-efficacy en de patiënten-populatie waarmee de arts in contact komt. Hiv wordt gezien als een chronische aandoening met steeds meer co-morbiditeiten waardoor huisartsen een spilfunctie krijgen binnen deze zorg. Er is daarom duidelijk nood aan een richtlijn voor huisartsen. De samenwerking met het ARC wordt bemoeilijkt door gebrekkige informatie-uitwisseling, maar huisartsen waarderen wel de kwaliteit van zorg die het ARC levert.

Implicaties voor de praktijk: Meer onderzoek is nodig om het patiënten perspectief rond dit topic in kaart te brengen. Verder blijft het aantal hiv-patiënten toenemen, dus zal de zorg in de toekomst gedeeld moeten worden met de eerste lijn. Opvallend was echter dat de specialisten geen meerwaarde zagen in een richtlijn voor opvolging van hiv door de huisarts, terwijl huisartsen hier sterk nood aan hebben. Deze discrepantie zal verder uitgeklaard moeten worden. Opdat de kwaliteit van zorg bewaard blijft, dienen samenwerkingsmodellen geëvalueerd te worden.

Trefwoorden: hiv, aids, primary care, shared care

Inhoudstafel

1 INLEIDING 7
1.1 ACHTERGROND 7
1.2 ONDERZOEKSVRAGEN 8

2 LITERATUURONDERZOEK 9
2.1 INTRODUCTIE 9
2.2 METHODOLOGIE 9
Werkmodel 9
Zoekstrategie en zoektermen 9
In- en exclusiecriteria 10
2.3 RESULTATEN 10
Vraag 1: Wat zijn de huidige richtlijnen rond opvolging van hiv-positieve patiënten? 10
Vraag 2: Wat is de attitude en visie van de huisarts over de opvolging van hiv-patiënten? 15
2.4 BEDENKINGEN 16

3 VELDONDERZOEK 17
3.1 INTRODUCTIE 17
3.2 METHODOLOGIE 17
Studie design 17
Rekrutering 17
Dataverzameling 17
Thematische analyse 18
Terugkoppeling: nominale groepen 18
3.2 RESULTATEN 18
Demografische gegevens 18
Thematische analyse 19
Samenvatting 30
Terugkoppeling: nominale groepen 31

4 DISCUSSIE 33

5 DANKWOORD 36

6 REFERENTIES 36

7 BIJLAGEN 39
7.1 GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ 39
7.2 GOEDGEKEURD PROTOCOL 40
7.3 ZOEKSTRATEGIE LITERATUURONDERZOEK 42
7.4 INFORMED CONSENT 43
7.5 VRAGENLIJST: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS 44
7.6 CODEBOEK 44
7.7 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS 45

Gebruikte afkortingen

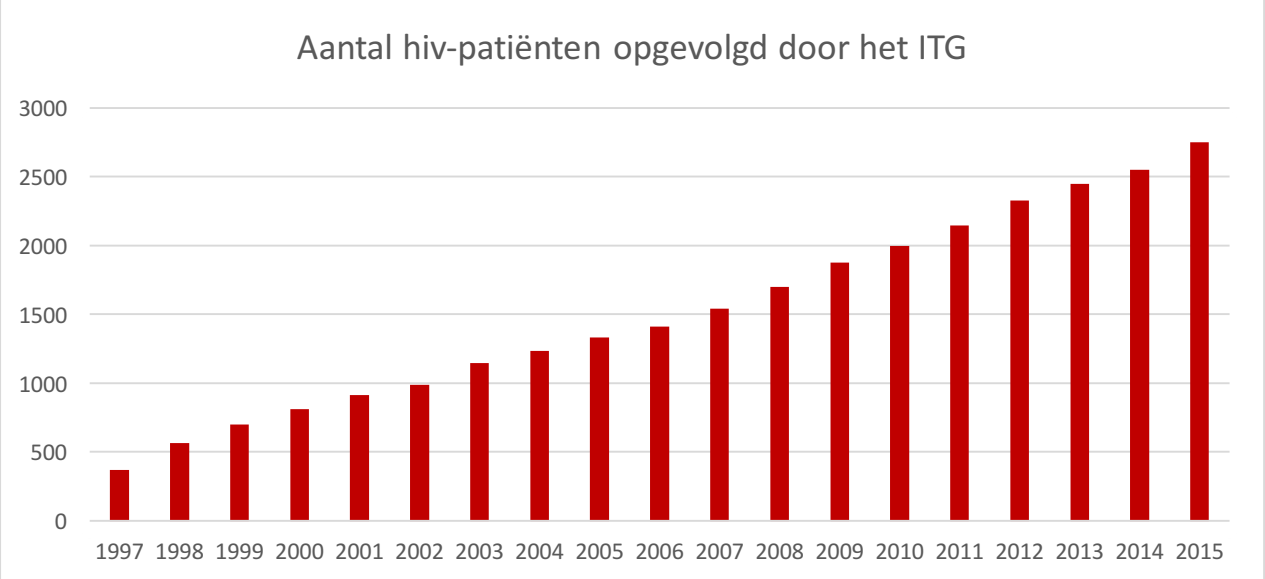
ARC	Aids referentiecentrum
ART	Antiretrovirale therapie
CD4	T-lymfocyt die de graad van afweer bepaalt bij hiv-positieve patiënten
CRC	Colorectale kanker
EMD	Elektronisch medisch dossier
FG	Focus groep
FVU	First voided urine, eerste straalsurine
HA	Huisarts
Hiv	Humaan immunodeficiëntievirus
ITG	Instituut voor Tropische Geneeskunde
MSM	Mannen die seks hebben met mannen
PEP	Post-exposure profylaxe
SAM	Sub-saharaans-Afrikaanse Migranten
Soa	Seksueel overdraagbare aandoeningen
Sumehr	Summarized Electronic Health Records
VL	Virale lading
WGC	Wijkgezondheidscentrum
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

1 Inleiding

Tijdens een boeiende stage in de Ifakara Chronic Disease Clinic te Tanzania werd mijn interesse voor hiv zo aangewakkerd, waardoor het onderwerp voor een masterproef snel gekozen was. Collega's uit de praktijk in Antwerpen-Centrum gaven aan dat ze erg veel hiv-positieve patiënten volgden, maar niet goed wisten wat nu hun precieze rol als huisarts was. Uit voorgaand onderzoek van HAIO Camilla Antounneau blijkt tevens dat huisartsen wel gemotiveerd zijn om seropositieve patiënten op te volgen, maar dat er nood is aan meer kennis, een gestructureerd protocol en dat de communicatie tussen huisarts en de aids referentie centra (ARC) beter kan (1). Daarnaast leerde ik tijdens mijn stage aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) dat de specialisten een goede samenwerking met huisartsen verder willen uitbouwen. Stof genoeg dus om een boeiend project rond op te zetten.

1.1 Achtergrond

Volgens het laatste rapport van het WIV werden er 15 266 mensen met hiv opgevolgd in België in 2015, dit aantal blijft stijgen met 755 nieuwe patiënten per jaar (2, 3). Door de ontwikkeling van antiretrovirale therapie (ART) is hiv-infectie voor veel patiënten geëvolueerd van een dodelijke naar een chronische ziekte met vele co-morbiditeiten (4) en een toenemende levensverwachting (5). Hierdoor veroudert de populatie hiv-patiënten sterk: in 2006 was slechts 19% ouder dan 50 jaar, in 2015 steeg dit aantal naar 34% (2). Het chronische aspect van de ziekte zorgt voor een sterk veranderende zorgnood met mogelijk een grotere rol voor de huisarts. Het aantal patiënten gevolgd door de ARC's blijft jaarlijks stijgen, waardoor zij genoodzaakt zijn de zorg beter te delen met de eerste lijn.



Figuur 1. Totaal aantal patiënten gevolgd op het ARC van het ITG 1997-2015. Actieve follow-up: ≥ 1 consultatie op het ITG en ≥ 1 VL in de laatste 12 maanden. Niet gerapporteerd als overleden. BRON: jaarrapport 2016, hiv-kliniek ITG

Verder werd in het hiv-plan van 2014-2019 vermeld dat de relatie tussen het ARC en de huisarts versterkt moet worden (6). En het opvolgrapport van 2015 werden echter enkel lokale acties vermeld (7). Dit onderzoek vormt een aanzet tot een lokaal samenwerkingsinitiatief.

1.2 Onderzoeksvragen

In voorgaand onderzoek werd op kwantitatieve wijze nagegaan hoe de huisartsen in de regio Antwerpen stonden tegenover de opvolging van seropositieve patiënten (1). Om verdere informatie te verkrijgen, werd op kwalitatieve wijze gepeild naar de visie van huisartsen rond deze opvolging. Volgende onderzoeksvragen werden gedefinieerd:

1. Wat is de visie van huisartsen over de opvolging van hiv-positieve patiënten in eerste lijn? Wat is hun kennis en attitude rond deze opvolging?
2. Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen eerste en tweede lijn? Wat zijn taken die de huisarts wenst op te nemen en hoe kan men de samenwerking verbeteren?

2 Literatuuronderzoek

2.1 Introductie

Deze studie onderzocht de visie van huisartsen rond opvolging van hiv-patiënten in eerste lijn. Daarom werd eerst in de literatuur nagegaan wat de huidige stand van zaken is rond deze opvolging en welke zaken anno 2016-2017 dienen opgevolgd te worden bij volwassenen met hiv die stabiel zijn onder ART (ondetecteerbare virale lading). Daarnaast werd voorgaand onderzoek i.v.m. de visie van huisartsen en samenwerking tussen de huisarts en hiv-specialisten nagegaan. Zo werden voor het literatuuronderzoek volgende onderzoeksvragen opgesteld:

1. Wat zijn de **huidige richtlijnen rond opvolging** van hiv-positieve patiënten?
2. Wat is de **attitude en visie** van de huisarts over de opvolging van hiv-patiënten? Biedt (gedeelde) opvolging door de **huisarts een meerwaarde** voor de patiënt?

2.2 Methodologie

Werkmodel

Voor de eerste inleidende onderzoeksvraag werden in november 2015 de meest recente richtlijnen (8-12) gecombineerd tot een werkmodel. Daarnaast werd ook een richtlijn voor eerste lijn uit Amerika (9) gescoord volgens het AGREE-instrument (13). Er werd gekozen om dit artikel te scoren omdat het een recent artikel uit 2013 betrof, dat specifiek gericht was op 'primary care'. Tevens werd er per topic zeer duidelijk vermeld wat de aanbevelingen waren met graad van evidentie. Het artikel werd onafhankelijk door drie lezers gescoord (eerste auteur en beide praktijkopleiders).

Tabel 1. Domeinscores AGREE-instrument.

	Domein 1 Onderwerp en doel	Domein 2 Betrokkenheid belanghebbenden	Domein 3 Methodologie	Domein 4 Helderheid en presentatie	Domein 5 Toepassing	Domein 6 Onafhankelijkheid van de opstellers	Algemeen
Beoordelaar 1	14	9	27	14	14	12	5
Beoordelaar 2	16	8	30	18	12	4	4
Beoordelaar 3	21	15	28	19	11	9	6
Totaal	51	32	85	51	37	25	15
Domeinscore	78%	43%	42%	78%	35%	52%	67%

Hoewel AGREE geen minimale domeinscore vastlegt om een onderscheid te maken tussen 'hoge' en 'lage kwaliteit' van richtlijnen, werd deze richtlijn redelijk gelijklopend gescoord door de drie beoordelaars. Ondanks de lage score in enkele domeinen waren de beoordelaars het eens over de bruikbaarheid voor eerste lijn. We menen dan ook dat dit een richtlijn is met voldoende kwaliteit van evidentie waarop we ons werkmodel mede kunnen baseren.

Zoekstrategie en zoektermen

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werd een meer uitgebreide literatuurstudie verricht in de periode januari – februari 2016. Eerst werden de richtlijnen van Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gescreend. Vervolgens werden systematische reviews en meta-analyses opgezocht in de Cochrane Database of Systematic Reviews. Ook via PubMed werden verschillende MeSH-termen gecombineerd (hiv, aids, primary

health care, general practitioners, general practice, patient care planning, patient care team, shared care, health services, critical pathways). Er werd de voorkeur gegeven aan artikels die hoog gerankt staan in de evidentiepiramide (met name systematische reviews en richtlijnen) en recente artikels (niet ouder dan 25 jaar). Aanvullend werd er gezocht naar relevante literatuurreferenties volgens de zogenaamde sneeuwbalmethode. In de periode 12 – 28 maart 2017 werd nog een aanvullend literatuuronderzoek verricht via Google Scholar. Een gedetailleerd overzicht vindt u in bijlage 7.3.

In- en exclusiecriteria

Publicaties over ontwikkelingslanden, hiv-diagnostiek en de pediatrische populatie werden uitgesloten. Publicaties in een andere taal dan het Nederlands, Engels of Frans werden eveneens geëxcludeerd. Enkel artikels met een beschikbaar abstract van de laatste 25 jaar werden geïncludeerd.

2.3 Resultaten

Vraag 1: Wat zijn de huidige richtlijnen rond opvolging van hiv-positieve patiënten? Een werkmodel

Eerste contact na diagnose

De EACS-richtlijnen van 2015 (8) stellen een uitgebreide anamnese voor. Ook de CID Primary Care Guideline van 2013 (9) raadt deze topics aan met een sterke aanbeveling en gemiddelde kwaliteit van evidentie. De Britse richtlijnen van 2011 (10) raden een uitgebreid klinisch onderzoek aan. De CID voegt daar nog een urogenitaal en anorectaal onderzoek aan toe voor het opsporen van ulcera, wratten etc. (sterke aanbeveling, gemiddelde kwaliteit van evidentie) (9).

Anamnese (8)	
Medische voorgeschiedenis	
Familiale voorgeschiedenis	• Cardiovasculair • Diabetes mellitus • Hypertensie • Chronische nierziekten
Medicatie	Oplijsten van chronische medicatie zodat interacties in de toekomst gecontroleerd kunnen worden: http://www.hiv-druginteractions.org
Vaccinatiestatus	
Psychosociaal	• Levensstijl: alcohol, roken, dieet, lichaamsbeweging, drugs • Werk • Sociaal welbevinden • Psychische problemen • Partner/gezin
Seksuele & reproductieve gezondheid	• Anamnese: oa. seksuele voorkeur • Risico inschatting: veilige seks • Status van partner en disclosure • (Anti-)conceptie

Klinisch onderzoek (9, 10)	
	Inspectie van de huid, orofarynx, palpatie lymfeklieren, hart, longen, abdomen onderzoek (hepatosplenomegalie), anogenitaal, musculoskeletaal, neurologisch systeem (cognitieve functie) en fundoscopie (als de CD4 cellen <50 cellen/µL). Biometrische gegevens (gewicht, lengte, BMI) bloeddruk en buikomtrek.
Labo testen (8, 9)	
Hiv detectie	• Hiv screeningstest • Hiv confirmatietest: in tertiair aids referentielabo (ARL) • VL, resistentie, R5 tropisme test: in tertiair aids referentielabo (ARL)
Immunologisch	• CD4 % en absolute waarde • HLA B5701: indien ART opstart
Algemeen	• Volledig bloedbeeld • Bij risicogroepen: screening hemoglobinopathiën en G6PD-deficiëntie • Nuchtere glycemie • Nierfunctie: eGFR en dipstick • Elektrolyten, BUN/creat (volgens CID) • Leverfunctie: ASAT, ALAT, bilirubine, AF • Totale proteïne/albumine ratio • Lipiden: TC, HDL, LDL, TG • Botmerkers: calcium, fosfaat, ALP • Vitamine D
Soa screening	• Syfilis • Chlamydia • Gonorroe • Trichomonas: bij vrouwen • Hepatitis B: HBsAg • Hepatitis C: anti-HCV antibody test

Opvolg consultaties

Anamnese

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de Europese richtlijnen van 2015 (8).

Anamnese (8)	
Medicatie	Alle medicatie wordt overlopen. Potentiele interacties met ART worden gecheckt http://www.hiv-druginteractions.org
Co-morbiditeiten	Zie verder
Seksuele anamnese	6-12 maandelijkse bevraging van: • Seksuele anamnese • Veilig vrijen, bespreking risico op transmissie • Status van partner en eventuele disclosure, aanbeveling tot start van ART bij discordante koppels • Anticonceptie • Seksuele dysfunctie: erectiestoornis, libidoverlies
Levensstijl	6-12 maandelijkse bevraging van: alcohol, roken, dieet, lichaamsbeweging, drugs
Psychosociaal	Best elke consultatie volgende topics nagaan: • Werk • Psychosociale problemen • Partner en gezin, aanbeveling tot testen van partner en kinderen indien risico op transmissie

Klinisch onderzoek

Geen enkele richtlijnen vermeldt duidelijk welke klinische onderzoeken bij opvolging moeten gebeuren, noch met welke frequentie.

Laboratoriumtesten

Elke 3 tot 6 maanden wordt de virale lading en CD4 telling (absolute waarde en %) bepaald (8). Heden wordt door het ARC van het ITG geadviseerd slechts éénmaal per jaar de CD4 waarde te bepalen bij patiënten met ondetecteerbare virale lading (expert based).

Seksuele gezondheid

Seksueel Overdraagbare Infecties (11)

	Screening	Behandeling
Syfilis	Bloedname: TPHA Indicatie: • Bij initiële diagnose • Jaarlijks • Op indicatie/bij risicogedrag	2,4 miljoen eenheden benzathine-benzylpenicilline, IM
Chlamydia	Man: FVU is eerste keuze Vrouw: • 1e keuze: vaginale swab (zelf afgenomen door vrouw) • Indien speculumonderzoek: endocervicale swab Indicatie: • Bij initiële diagnose • Jaarlijks • 3 maanden na positieve test • Op indicatie/bij risicogedrag	Azithromycine 1g éénmalig, PO
Gonorroe	Man: FVU is eerste keuze Vrouw: • 1e keuze: vaginale swab (zelf afgenomen door vrouw) • Indien speculumonderzoek: endocervicale swab Indicatie: • Bij initiële diagnose • Jaarlijks • 3 maanden na positieve test • Op indicatie/bij risicogedrag	Ceftriaxine 500mg, IM
Trichomonas	Geen specifieke richtlijnen voor hiv-positieve patiënten	
Hepatitis B en C	Bloedname: HBsAg en anti-HCV antibody test Indicatie: • Bij initiële diagnose • Jaarlijks • Op indicatie/bij risicogedrag	Verwijzing hepatoloog

Seksuele dysfunctie

Er is beperkte evidentie dat hiv-positieve mannen vaker erectiele dysfunctie hebben, wat kan leiden tot verminderd condoomgebruik. Mede daardoor dient dit behandeld te worden. Indien besloten wordt tot een medicamenteuze behandeling moet er rekening worden gehouden met mogelijke geneesmiddeleninteracties. Fosfodiësterase type 5-inhibitoren (vb. Viagra®) vertonen belangrijke interacties met protease-inhibitoren, waardoor de dosis van PDE5-inhibitoren aangepast moet worden (11).

Vaccinatiestatus

Volgende samenvatting werd volledig gebaseerd op de BHIVA richtlijnen van november 2015 (12). Aan hiv-patiënten met een CD4 telling van <200 cellen/µL mogen geen replicerende (levend verzwakte) vaccins worden toegediend wegens risico op vaccin-geassocieerde ziekten. Bij een CD4 gehalte van 200-400 cellen/µL moet er een klinische evaluatie gebeuren met de vraag of deze patiënten een vaccin zouden tolereren.

Zoals in de algemene populatie zijn vaccinaties gecontra-indiceerd bij mensen met een voorgeschiedenis van ernstige voorgaande reactie of allergie op het vaccin. Niet-levende vaccins kunnen gebruikt worden tijdens zwangerschap en borstvoeding als er een significant risico is op infectie. Reisvaccins worden op dezelfde manier aanbevolen en toegediend als bij seronegatieve personen. Het gele koorts vaccin is een levend verzwakt vaccin en mag dus enkel worden toegediend indien CD4>200 cellen/µL. Het is daarentegen is niet bekend of vaccins even lang werken bij hiv-patiënten en reisziekten hebben vaak een grotere impact, daarom moeten extra beschermende maatregelen (oa. handhygiëne, muggenprotectie…) in acht genomen worden.

	Indicatie	Schema
Hepatitis A	• Huisgenoten of seksuele partners van besmette personen • Reizigers naar endemische gebieden • MSM • Drugsgebruikers • Beroepsgebonden risico • Hemofilie patiënten • Residenten in een instelling of hun verzorgers	Patiënten met CD4>350 cellen/µL krijgen 2 dosissen met een interval van 0 en 6 maanden Patiënten met een CD4<350 cellen/µL krijgen 3 dosissen met een interval van 0, 1 en 6 maanden Patiënten met een aanhoudend risico zouden elke 10 jaar een booster dosis moeten krijgen
Hepatitis B	Niet-immune individuen (HBsAg negatief, HBcAB negatief, HBsAL negatief)	Een schema met interval op 0, 1, 2 en 6 maanden wordt gevolgd (graad 1B). In België wordt echter het schema van 3 dosissen met een interval van 0, 1 en 6 maanden gevolgd of 4 dosissen met interval op 0, 1, 2 en 12 maanden.
HPV	• Alle ongevaccineerde patiënten tem 26 jaar • MSM tem 40 jaar • Ongevaccineerde vrouwen tem 40 jaar (lagere kwaliteit van evidentie)	3 dosissen van het quadrivalent 4vHPV vaccin (gardasil®) aanbevolen op 0, 1-2 en 6 maanden
MBR	Indien geen immuniteit en CD4>200cellen/µL	2 dosissen met een interval van minimaal 1 maand
DTP-Polio	Alle patiënten	3 vaccinaties met 1 maand interval, 10-jaarlijks een booster
Meningococcen	• Jongeren onder 25 jaar die geen voorgaande vaccinatie kregen, of hun laatste vaccin kregen jonger dan 10 jaar: vaccin voor MenC, menACW (graad 1B) en MenB (graad 1C) • Patiënten met functionele of anatomische asplenie of persisterende complement deficiëntie: MenC, MenB en/of MenACWY (graad 1B) • Reizigers naar endemische gebieden: MenACWY	

Pneumococcen	Alle patiënten	Eenmalig 1 dosis met het 13-valent pneumococcen vacccin
Influenza	Alle volwassenen	Niet-levend griepvaccin jaarlijks in de periode september-november
Varicella zoster virus	VZV IgG negatieve patiënten met CD4>200 cellen/µL	2 dosissen met 3 maanden interval

Screening: oncologie

Maligniteit	Screenings methode	Patiënt	Interval	Evidentie
Anale kanker	PPA +/- anale PAP smear	MSM	1-3 jaar	Onbekend Expert opinion
Cervix kanker	PAP smear	Vrouwen 25-64 jaar? Alle?	1-3 jaar? Jaarlijks?	Sterke aanbeveling, matige kwaliteit van evidentie Consensus of expert-opinion
Borstkanker*	Mammografie	Vrouwen 50-70 jaar	1-3 jaarlijks	Daling in mortaliteit
Colorectale kanker*	iFOBT	Iedereen 50-75 jaar	1-3 jaarlijks	Daling in mortaliteit
HCC	Echografie en alfo-foetoproteïne	Bij cirrose of HBV	6-maandelijks	Vroegere diagnose leidt tot betere therapeutische opties
Prostaat kanker*	PPA Of PSA	Mannen > 50 jaar	1-3 jaarlijks	Controversieel, niet aangeraden
Non Hodgkin lymfoom	Hoewel Non-Hodgkin lymfoom een hogere incidentie heeft in de hiv-populatie, is het heden onbekend of hierop gescreend kan worden (8). In België leggen de ARC secundaire kenmerken uit en worden lymfeklieren tijdens elk consult gecontroleerd (expert based).			
Huidkanker	Regelmatig huidcontrole wordt aanbevolen om kankers zoals Kaposisarcoom, basaal cel carcinoom en maligne melanoom tijdig te ontdekken (8).			

*Hetzelfde als in de normale populatie

Co-morbiditeiten

Dit hoofdstuk werd overgenomen uit de Europese richtlijnen van 2015 (8).

	Opvolging
Cardiovasculair risico	Volledig hetzelfde als in de normale populatie: • Score tabellen domus medica • Hypertensie: streefwaarde < 140/90 mmHg • Diabetes: jaarlijkse nuchtere screening, zelfde behandeling • Dyslipidemie: jaarlijkse screening, check interacties met statines
Osteoporose	Iets meer aandacht: • Calcium, P04 en alkalische fosfatase: om de 4-12 maanden • Gebruik FRAX-model voor indicatie tot DEXA scan
Nierziekten	Iets meer aandacht: • Nierfunctie: eGFR om de 3-12 maanden • Jaarlijks dipstick
Leverfunctie	Iets meer aandacht: • ASAT/ALAT, alkalische fosfatase en bilirubine jaarlijks • Echografie indien levercirrose
Depressie	Iets vaker screenen gezien hogere prevalentie

Vraag 2: Wat is de attitude en visie van de huisarts over de opvolging van hiv-patiënten? Biedt (gedeelde) opvolging door de huisarts een meerwaarde voor de patiënt?

Er zijn bijzonder weinig studies verschenen over de visie van de huisarts over opvolging van hiv-patiënten. In Engeland werden huisartsen zowel op kwantitatieve als kwalitatieve wijze bevraagd. In hoog prevalente gebieden (Londen) hadden 79% van de huisartsen reeds zorg voor mensen met hiv opgenomen, tegenover geen van de huisartsen in laag prevalent gebied (Nottingham). De Londense huisartsen gaven vooral gebrek aan kennis, ervaring en tijd aan als barrières om zorg op te nemen. Daarnaast was de slechte communicatie met specialisten een van de redenen waarom ze niet betrokken werden in de hiv-zorg. De artsen werkzaam in Nottingham waren wel betrokken bij de diagnose, maar deden geen verdere opvolging en beschouwden dit ook als de taak van de specialist (14).

Een Franse studie vermeldt dat zowel artsen met veel als weinig ervaring rond hiv-zorg voorstander zijn om gespecialiseerde centra op te richten voor hiv en aidspatiënten. De artsen die regelmatige follow-up van seropositieven opnamen, werkten in bijna 75% van de gevallen steeds samen met een medisch specialist. Daarenboven zagen ze gemiddeld slechts 3 patiënten in follow-up, de relatief lage prevalentie in de huisartsenpraktijk en huidige samenwerking verklaart mede de nood aan gespecialiseerde centra (15).

Uit recentere studies blijkt dat ervaring van de huisarts niet alleen gelinkt is met de zorg die hij wenst op te nemen, maar ook met de kwaliteit van zorg die hij biedt. Zo is bekend dat huisartsen die 50 of meer seropositieven volgen, significant vaker ART voorschrijven (16), dit is een van de kwaliteitsindicatoren voor opvolging van hiv-patiënten. Ook uit andere studies blijkt dat patiënten die exclusief door de huisartsen gevolgd worden, significant minder ART nemen dan patiënten die (deels) door specialisten gevolgd worden (17, 18).

Er blijkt echter wel dat patiënten die door de huisarts gevolgd worden voor hiv-gerelateerde problemen, beter gescreend worden voor kanker en ook het cardiovasculaire risico wordt beter opgevolgd door de huisarts dan door de specialist (17, 18). Hiv-positieve vrouwen lopen een hoger risico op HPV-infectie, baarmoederhalskanker en precancereuze letsels, toch is de screeningsgraad bij deze vrouwen eerder laag (58%). Vrouwen met een huisarts werden wel significant vaker gescreend dan vrouwen die enkel door de specialist gevolgd werden (19). Ook bij screening naar colorectale kanker (CRC) blijkt dat patiënten die vaker gezien worden door de huisarts vaker gescreend worden voor CRC (20).

Daarenboven blijkt dat ‘shared care models’ waarin de huisarts actief betrokken wordt, gepaard gaan met significant kortere ziekenhuis opnames of zelfs minder hospitalisaties dan wanneer patiënten exclusief door de specialist gevolgd worden (17, 21).

Verder ontstond door samenwerking een verschuiving van consultaties bij de specialist naar de huisarts. Huisartsen gaven aan dat hun kennis en vertrouwen in de behandeling van hiv toenam en bovendien verwezen ze beter door. Ook patiënten voelden dat de kwaliteit van zorg was toegenomen indien de huisarts betrokken werd (21).

Deze gegevens bevestigen het vermoeden dat ‘shared care models’ betere kwaliteit van zorg leveren dan specialisten of huisartsen alleen (18).

Uit een andere studie blijkt dat hiv-patiënten de relatie met hun huisarts minder complex vonden dan met hun specialist, vooral de snelle toegankelijkheid, de arts-patiënt relatie en familiaire omgang werden erg geapprecieerd (22). Verder blijkt dat een goede arts-patiënt relatie geassocieerd is met een betere compliance in ART inname (23). Uit een grote Amerikaanse studie bleek dat het betrekken van de eerstelijnsgezondheidswerkers gepaard ging met significant betere therapietrouw en toename in CD4 cellen (24).

In een grote systematic review van de Cochrane databank uit 2006 werd de organisatie van zorg rond hiv en aids verder onderzocht. Hieruit blijkt dat centra waar een groot aantal hiv-patiënten gevolgd worden, gepaard gaat met lagere mortaliteit. Verder zijn bepaalde zorgmodellen zoals 'casemanagement' ook geassocieerd met betere outcomes voor de patiënten. Multidisciplinaire teams, 'multi-faceted treatment' en informatie uitwisselingssystemen bieden hoopvolle resultaten, maar sterke evidentie ontbreekt tot op heden (25).

2.4 Bedenkingen

Minder dan 30 jaar na het ontdekken van het humaan immunodeficiëntievirus, is het landschap rond hiv/aids zeer sterk veranderd van acute zorg voor een dodelijke infectieziekte naar chronische gedeelde zorg. Helaas is de huidige zorgcontext niet aangepast aan de noden van mensen met hiv anno 2017. Meer studies zijn nodig om de kwaliteit van zorg te bestuderen en modellen uit te werken waarbij alle actoren betrokken worden (26). Verder zijn er geen studies beschikbaar over de Belgische context, waardoor we geen besluiten kunnen trekken voor de bestudeerde populatie.

3 Veldonderzoek

3.1 Introductie

Gezien er in de literatuur weinig gegevens beschikbaar zijn over de visie van huisartsen rond de opvolging van mensen met hiv, wilden we in het veldonderzoek op volgende vragen een antwoord formuleren:

1. Wat is de visie van huisartsen over de opvolging van hiv-positieve patiënten in eerste lijn? Wat is hun kennis en attitude rond deze opvolging?
2. Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen eerste en tweede lijn? Wat zijn taken die de huisarts wenst op te nemen en hoe kan men de samenwerking verbeteren?

3.2 Methodologie

Studie design

Er werd gekozen voor descriptief kwalitatief onderzoek met focusgroep gesprekken (FG), omdat deze geschikt zijn om naar persoonlijke ervaringen en percepties van de deelnemers te peilen. In FG wordt interactie tussen de deelnemers mogelijk, waardoor verschillen of net overeenkomsten qua visie aan het licht komen. Dit maakt de informatie rijker dan individuele interviews. Er werd gekozen om de gesprekken in LOK-groepen te organiseren waarbij de artsen elkaar reeds op voorhand kennen, zo konden ze vrijuit met elkaar praten over de verschillende topics.
De FG vonden plaats tussen maart en juni 2016. Bij het begin van elke FG werd het onderzoek kort voorgesteld en anonimiteit bij dataverwerking verzekerd. Alle deelnemers ondertekenden het informed consent (bijlage 7.4) en enkele demografische gegevens werden verzameld door een korte vragenlijst (bijlage 7.5).
De gesprekken werden geleid door een moderator (eerste onderzoeker, promotor of een gespecialiseerd gespreksleider van Sensoa) en telkens ook geobserveerd door een andere arts. Daarnaast werden de gesprekken via video- en geluidsopname geregistreerd om volledige transcriptie te garanderen en ook non-verbale informatie te verwerken. Na de eerste FG werd het script aangevuld met bijkomende thema's die naar voor kwamen tijdens de analyse.

Rekrutering

Heterogeniteit werd verkregen door LOK-groepen te rekruteren in verschillende regio's rond Antwerpen. Zo kon de specifieke relatie met het ARC in Antwerpen bekeken worden. Er werden via informele contacten van het ITG of de eerste onderzoeker zeven LOK-groepen gecontacteerd met een evenwichtig aantal huisartsen uit stedelijke en (rand)stedelijke omgeving. Vier groepen reageerden positief, van twee groepen kwam er geen reactie en een laatste groep had wel interesse, maar de gesprekken konden niet ingepland worden binnen de voorziene tijd.

Dataverzameling

Aan de hand van de onderzoeksvragen en de literatuurstudie werd na een brainstormsessie tussen eerste onderzoeker en de (co-)promotor een script (bijlage 7.2) opgesteld zodat de FG

semi-gestructureerd zouden verlopen. Er werd gestart met een algemene vraag naar soa screening opdat alle aanwezige artsen konden deelnemen aan het gesprek. Het opstellen van het script gebeurde volgens de richtlijnen uit het 'Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden' (27) en de lessen van het 'Interuniversity Symposium on Qualitative Research in Medical & Health Sciences' (28).

Thematische analyse

Alle FG werden volledig uitgeschreven door de onderzoeker. Nadien werden in de teksten non-verbale reacties toegevoegd op basis van de videobeelden. De transcripten van de focusgroepen werden gecodeerd door de eerste onderzoeker en gecontroleerd door de promotor door descriptieve en interpretatieve codes toe te kennen aan elk tekstfragment (bijlage 7.6). Daarna volgde een thematische analyse waarbij interpretatieve codes werden samengevoegd onder grotere thema's. De analyse van de verschillende focusgroepen gebeurde afzonderlijk en werd later samengevoegd in een codeboek via het programma NVivo (29). Gezien er reeds na enkele gesprekken data-saturatie verkregen werd, werden er geen extra LOK-groepen aangeschreven.

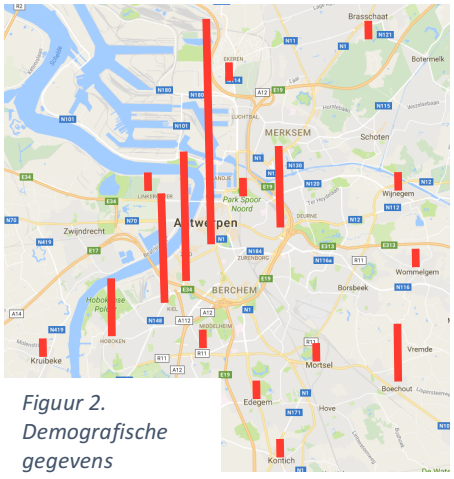
Terugkoppeling: nominale groepen

Onderstaande resultaten werden op 14 februari 2017 gepresenteerd aan het multidisciplinaire team van het ITG (= ARC Antwerpen). Daarna werd door middel van nominale groep techniek een gestructureerde brainstorm gehouden met de aanwezige leden om concrete actiepunten te distilleren zodat de samenwerking kan verbeteren.
In totaal waren 21 medewerkers aanwezig, deze groep werd evenredig in twee gesplitst om een vlottere ideeënuitwisseling mogelijk te maken. 10 artsen, 7 verpleegkundigen, 1 psychologe, 1 seksuoloog en 2 preventiemedewerkers namen deel aan de interactieve brainstormsessie. Hun geïnformeerde toestemming werd gevraagd en de gesprekken werden ook op audio opgenomen om transcriptie te kunnen voorzien. De gesprekken werden geleid door de eerste auteur en een onderzoeker verbonden aan het ITG en telkens ook geobserveerd.

3.2 Resultaten

Demografische gegevens

Er werden 4 LOK-groepen geïncludeerd, deze werden naar grootte gesplitst tot 7 FG met telkens 3 tot 10 artsen per groep. In totaal werden er zo 42 artsen bevraagd, waarvan 12 mannen en 30 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 43 jaar (mediaan 40 jaar). Het merendeel werkte in een groepspraktijk (N=22), 9 in een wijkgezondheidscentrum, 7 in een duo-praktijk, 3 als solo-arts en 1 arts was tijdens het onderzoek niet werkzaam als huisarts. Een gedetailleerd overzicht vindt u in bijlage 7.6.



Figuur 2. Demografische gegevens

Thematische analyse

Tijdens het opstellen van het script voor de focusgroepgesprekken werd besloten om met een algemene vraag naar soa screening te starten. Zo hadden de deelnemende huisartsen een veilig en gekend onderwerp om hun mening over te delen. Hoewel soa screening an sich geen oorspronkelijke onderzoeksvraag was, kwam hieruit toch veel relevante info naar boven. Daarom werd besloten om ook deze data te includeren in het onderzoek.
Wat allereerst opvalt, is dat alle huisartsen aan soa screening doen, de meeste huisartsen één of vaak meerdere mensen met hiv ingeschreven hebben in de praktijk, maar de meesten geven aan geen hiv-specifieke taken op te nemen. Er wordt een duidelijke scheiding gemaakt tussen screening en opvolging. Daarom werden deze thema's apart behandeld.

Soa screening

De bevraagde huisartsen hebben duidelijk meer affiniteit met screening naar soa en vinden dat dit tot hun **takenpakket** behoort. Meestal gebeurt dit op vraag van de patiënt, maar ook indien de arts klachten herkent die aan de soa doen denken.

> *HA 5: Mijn laatste consult was eigenlijk een vraag van een meisje zelf. Die had onveilig gevreeën, dus die vroeg rechtstreeks naar een screening voor soa's, ze had op zichzelf geen klachten. Sowieso gevraagd van hoe lang is het geleden? En hoe vaak komt dat voor? En heb je überhaupt iets gebruikt van veiligheidsmaatregelen om het zo maar te zeggen. En dan symptomatologie ofzo, of ze echt echt geen klachten heeft, of de menstruatie goed loopt, of ze seksueel eu, bloedverlies met seksuele contacten.*

De meeste huisartsen durven dus doorvragen naar klachten en risicogedrag. Dit blijkt een belangrijke **competentie** te zijn om een soa consult tot een goed einde te brengen. Verder neemt de huisarts ook enkele preventieve taken op zich, waaronder het bespreekbaar maken van soa risico, veilig vrijen en partnerscreening.

> *HA 1: Ik had een oudere man, die was gestuurd door zijn [mannelijke] partner omdat die Chlamydia had …. Die is dan bij mij geweest en die zei 'ja, ik heb helemaal geen klachten, moet ik mij dan wel laten controleren?'. Dus ik heb dan uitgelegd dat we dat toch gaan testen en als je dat toch hebt, is dat heel gemakkelijk te behandelen. En dat toch besproken, maar aangezien die een vaste relatie had, was dat wel een ander soa consult dan bij iemand jong. Dan ben ik daar niet te lang op ingegaan.*
> *Moderator: En je hebt geen andere soa testen gedaan?*
> *HA 1: Nee, omdat hij geen klachten had zelf. Ik heb dan natuurlijk wel gezegd dat als hij klachten ervaart, dan moeten we dat uitgebreider gaan screenen, maar op zich, denk ik dan we op dit moment enkel moeten gaan kijken naar die Chlamydia.*

Uit de laatste getuigenis blijkt dat er geen volledige screening gedaan werd bij een risicogroep (MSM). Er blijken dus toch nog wat misconcepties te bestaan rond soa screening. Er zijn nog heel wat **informatie en educatienoden** bij de huisarts.

> *HA 15: Awel, ik heb dat lijstje naast mij liggen, van Domus Medica, want ik vergeet dat altijd. Screening van, euhm Chlamydia, gonorroe dat doe ik niet altijd als er zo geen klachten zijn, dat is misschien verkeerd (lacht). Euhm hiv, hepC, B zit er ook bij denk ik.*
> *HA 13: (aanvullend) Syfilis*
> *HA 15: Syfilis ja. Herpes.*
> *HA 13: Herpes niet he?*

HA 15: Allé, bij het labo staat dat erbij he. Screening soa, dan zegt het labo dat erbij te doen he. Met een wisser.
HA 13: Enkel op basis van klachten zou ik dat doen.

De huisarts heeft dus nood aan duidelijke bronnen voor het soa consult en krijgt deze informatie graag via een officieel kanaal, een richtlijn van Domus Medica bijvoorbeeld[a]. Uit de demografische gegevens blijkt dat huisartsen die in de stad werken, vaker geconfronteerd worden met een soa-consult, dan artsen werkzaam in de periferie. De meeste huisartsen in deze hoge prevalentie gebieden pakken het soa consult correct aan, maar voor huisartsen met minder ervaring is een duidelijke leidraad nodig. **Self-efficacy** is een term uit de psychologie die in dit onderzoek het vertrouwen van de HA omschrijft in zijn eigen bekwaamheid om het soa consult tot een goed einde te brengen. De mate waarin een huisarts zich hierin bekwaam voelt, heeft enerzijds te maken met de **attitude** of ingesteldheid van de arts, anderzijds hangt dit ook nauw samen met de prevalentie van soa in de **populatie**. Artsen die hier frequenter mee geconfronteerd worden, hebben duidelijk meer feeling met het soa consult.

HA 3: Ik denk dat ik vandaag 3 soa testen gedaan heb. (Algemeen gelach). Mja hier, studentenbuurt, is dat echt schering en inslag he. Wij doen dat echt alle dagen he.
HA 4: Echt? Wij niet.
HA 3: Ja, en ik doe eigenlijk bij iedereen tout-court hiv, HepB, syfilis, euh, gono, Chlamydia en soms zelfs trichomonas. En eu homopopulatie, Zwart-Afrika of Azië, ook nog eens allemaal HepC erbij zenne. Want dat zien wij ook al eens.
HA 2: Dan vragen jullie eigenlijk veel meer aan dan volgens de richtlijnen?
HA 3: Ja, maar ik denk dat dat er ook mee ervan afhangt in wat voor een risicopopulatie uw praktijk zit en dat is hier ook he.

HA 9: Je hebt toch heel veel verschillende soorten, andere types patiënten. Dan heb je ook heel veel MSM, die vaak wel met een druiper afkomen he. En dan weet je meestal, het is waarschijnlijk gonorroe. En dan test je meestal nog wel natuurlijk.

Door hun ervaring maken huisarts 3 en 9 onbewust een inschatting van het risico en passen hierdoor hun beleid aan aan de individuele nood van hun patiënten. De populatie waarmee de huisarts geconfronteerd wordt, bepaalt sterk de competenties, self-efficacy en organisatie van de praktijk. In gebieden met hogere prevalentie, voornamelijk grootstedelijk gebied, zijn de artsen duidelijk meer geneigd om het soa consult anders aan te pakken. Verder blijkt ook leeftijd, gender en eigen geaardheid van de huisarts impact te hebben op de **populatie** die de huisarts aantrekt.

HA 23: Ik zie dat minder. Ik denk dat ik een andere populatie heb dan de collega's.
Moderator: En wat is het verschil in populatie?
HA 23: Dat zij midden in de stad zitten, jonger zijn en ik in de rand zit en ouder ben.

HA 33: Ik ben zelf in de plaats gekomen van een homoman en die had zelf heel veel patiënten die, euhm, die dezelfde geaardheid hadden en die daarvoor kwamen. …
Moderator: Mja, denken jullie dat dat meespeelt, jullie eigen geaardheid, in het soort patiënten die je ziet?

[a] NOOT: tijdens het schrijven van deze masterproef werd vanuit Domus Medica de Praktijktool "Seksueel overdraagbare infecties: aanpak in de huisartsenpraktijk" gepubliceerd, beschikbaar via http://www.domusmedica.be/varia/docman-alles/publiek/praktijkdocumenten/richtlijnen/1332-praktijktool-seksueel-overdraagbare-infecties-aanpak-in-de-huisartsenpraktijk/file.html

HA 31: Ik denk ongetwijfeld dat je over de hele lijn, na een tijd toch wel een publiek hebt dat bij u past. Ik kan mij goed voorstellen dat inderdaad, als je zelf homoseksueel bent, dat je dan misschien eerder naar zo'n arts gaat omdat die dat dan kent.
HA 28: Ik merk in mijn populatie, ik ben zelf getrouwd met een vrouw, en ik zie zelf heel veel lesbische patiënten. Allé, heel veel, toch wel wat meer dan gemiddeld.

De professionele **arts-patiënt relatie** wordt veelal bepaald door de attitude van de patiënt en huisarts. Dokters die patiëntgericht werken, hebben aandacht voor de emoties van de patiënt en nemen tijd voor counseling en advies.
Qua **attitude** geeft geen van de huisartsen verbaal aan dat ze een soa consult lastig vinden. In het non-verbale merkten we wel dat bij de bespreking sommige artsen rood werden of toch lichtjes stotterden tijdens hun verhaal. Mogelijk wijst dit op lagere self-efficacy bij dit soort klachten.

Moderator: Kunnen jullie eens nadenken over het laatste soa consult dat jullie algemeen gedaan hebben en vertellen wat er zoal aan bod komt tijdens zo'n consult. … Stilte…
Moderator: Ik weet niet of jullie zoiets in gedachten hebben?
HA 18: Goh, ik denk de verschillende soa die gangbaar zijn he. Dat we navragen of er onveilige contacten geweest zijn en dat we kijken of er screening nodig is. (Wordt een beetje rood)

HA 34: Ik denk dat wij zelf wel wat barrières hebben, wij hebben veel moslims, en dan denk ik vaak "ah, dat zal wel niet". En ik denk dat wij daar onder-screenen.
HA 35: Omdat die vrouwen massaal beweren maagd te zijn he.

HA 13: Jaja, maar ik kan bij voorstellen in gebieden met lage prevalentie, wordt het misschien nog te weinig gescreend en is er nog onder-diagnose. Dat zou weleens kunnen.

Niet alleen in lage prevalentie gebieden, maar ook artsen uit stedelijk gebied maken in de FG ook de reflectie dat ze misschien te weinig aan preventie doen en screenen doordat ze niet bij de opvolging van hiv-patiënten betrokken zijn.

HA 27: Maar dat is gewoon uit bekommernis, want dit jaar niet, maar in 2014 en 2015 zagen wij echt heel veel mensen omslagen. En dan denk je van ja, ik weet eigenlijk niet of er zoveel toename is, daar ben ik niet mee bezig, maar in onze praktijk alleszins wel. En als je niet zoveel bezig bent met opvolging of de behandeling, dat dat een insteek is, dat je preventie uit het oog verliest. Stel nu dat we diabetes niet zouden volgen, en niet zouden behandelen, zouden we dat dan niet uit het oog verliezen?

Opvolging van mensen met hiv

De bevraagde huisartsen hebben dus duidelijk minder ervaring met het begeleiden van hiv-patiënten dan met het soa consult. Wel geeft meer dan 95% in de vragenlijst aan dan ze minstens één seropositieve patiënt in hun praktijk ingeschreven hebben. Ook tijdens het gesprek geven ze allen aan dat ze seropositieven zien tijdens de raadpleging. Deze patiënten komen echter vooral voor huisartsgeneeskundige vragen, oa. luchtweginfecties, attesten voor werk, vacinaties etc. Hoewel de bevraagde artsen dus allemaal geconfronteerd worden met hiv-patiënten in de dagelijkse praktijk, neemt geen van hen hiv-spcifieke taken op. Zij vinden echter wel dat ze enkele belangrijke huisartsgeneeskundige en preventieve **taken** op zich nemen.

Moderator: Wat vinden jullie dat tot jullie takenpakket behoort?
HA 34: Ik denk de bloednames zelf, dat we dat wel zouden kunnen organiseren. Als we goede richtlijnen krijgen rond wat te doen bij verschillende aantallen. Wat te doen wanneer.
HA 35: Het cardiovasculair risicoprofiel, dat is iets dat bij hiv toch belangrijk is. Zo uitstrijkjes. Eigenlijk preventie.
HA 36: Vaccinatie.

Wat de bespreking van seksueel risico betreft, merken de artsen dat hun patiënten hiervoor vaak naar het ARC gaan. Wat huisartsen wel tot hun takenpakket rekenen, is het testen voor andere soa, zowel bij de hiv-patiënt als diens partner.

HA 3: Mensen die, vind ik, wel vaker zien, en dan toch in opvolging gerelateerd zijn partners van hiv-patiënten die zelf geen hiv hebben, die komen vind ik, regelmatig naar hier om zich te laten checken. Die komen echt halfjaarlijks of drie keer per jaar hun bloed laten nemen voor te controleren.

HA 22: Nu mijn ervaring is bij mijn patiënten, dat zij zeer veel vertrouwen hebben in mij als arts, maar hun vertrouwen over hun seksualiteit en hun beleving, dat zich daar meer binden met hun arts op het ITG, dat ze dat meer bespreken met hun arts van het ITG. Nu dat is een mannelijke arts, ik heb alleen mannelijke patiënten met hiv. Dat is misschien makkelijker. En dat gaat niet over schaamte he. Van 'ik gaan het eens met "den X " [specialist op het ITG] bespreken he. Maar meer over vertrouwen en dat het vertrouwen rond seksualiteit daar ligt. Niet naar wantrouwen naar de huisarts toe he. Maar wel dat is dat pakket.

Over de psychosociale begeleiding zijn de meningen verdeeld. Sommige artsen menen dat dit inherent aan de rol van de huisarts verbonden is, anderen vinden het aangenaam dat dit mee door de ARC opgevolgd wordt en wensen dit niet op te nemen.

HA 9: Ook als je start met een nieuwe patiënt, dat dat hele psychologische luik, dat dat ook bekeken wordt, door de sociaal verpleegkundigen. Als we dat allemaal zelf zouden moeten doen, dat zou niets voor mij zijn.

HA 39: En het psychosociale vind ik toch ook, allé als huisarts.
Moderator: En lukt dat goed in de huisartsenpraktijk om dat mee op te pikken?
HA 40: Wat bedoel je?
HA 34: Het psychosociale? Ik denk in onze setting [wijkgezondheidscentrum] dat wij dat wel mee kunnen opvolgen. Omdat wij een sociale dienst en psychologen in dienst hebben.

HA 18: Ik zou mij eerder als een luisterend oor zien en meer het psychische aspect he. …
HA 16: … ik denk dat wij als huisarts de enige zijn die daarbij kunnen helpen, want dat is een verhaal waar zij nergens bij terecht kunnen he. Die beide partners gaan daar nooit mee naar buiten. Die vrouw vertelt dat ook tegen niemand of niemand, alleen tegen mij. … Allé, dat is een heel moeilijke situatie.

Een andere belangrijke taak voor de huisarts is het bijhouden van een EMD en andere e-Health toepassingen zoals het opladen van sumehrs. Het belang hiervan blijkt uit onderstaande quote.

HA 22: Ik vind het belangrijk … ik was van wacht op de wachtpost en ik had een patiënt met een soa-verhaal en heel per ongeluk, ik wist dat ook niet, ineens kwam die sumehr op. Ik wist niet dat dat was. Dus blijkbaar had iemand die ingevuld en ik had een zeer moeilijk consult met die patiënt en ik duw per ongeluk op de sumehr, wat nooit gebeurd, en dat blijkt een hiv-patiënt te zijn. En dat is ook maar dankzij de huisarts. En dat vind ik een heel belangrijke taak he. En dat veranderde heel dat consult he, ik kon met de patiënt praten, ik wist de klachten en symptomen. Zelf ook omgaan met dat bloedprikken. En dat is toch wel een hele belangrijke taak als huisarts. Ook die dingen, welke medicatie die neemt, dat je dat aanpast. …

HA 22: Zoals HA 21 zegt, heb je daar de eindverantwoordelijkheid in. Je krijgt dan de papieren van het ITG en je moet ze dan iedere keer veranderen. En dan bijvoorbeeld zoiets, dat is fantastisch he. Dat is geweldig.

Over de opstart van ART is iedereen het eens: dit behoort tot het takenpakket en het kennisdomein van het ARC. Enkele huisartsen overwegen eventueel de opvolging van gestabiliseerde patiënten. Wel zijn ze het erover eens dat interacties en mogelijke nevenwerkingen gekend moeten zijn door de huisarts.

HA 40: Hetzelfde met de medicatie. Wat zijn de combinaties? Niet dat we dat moeten opstarten, want ik vind niet dat dat onze taak is, maar we kunnen wel als het gewoon een opvolging is en de parameters zijn goed, dan kunnen we wel bijschrijven.
Groep knikt instemmend
Moderator: Dus opstart is niet voor jullie, maar de opvolging of het verder voorschrijven zien jullie wel zitten?
HA 40: Ik persoonlijk wel, ik zie mij een beetje gelijk methadon patiënten ook bijvoorbeeld. De initiatie en als er iets veranderd, dan gaat dat naar free clinic bij ons, maar als alles goed is, dan schrijven wij verder. En eventueel bellen we weleens, want seg dit en dit marcheert niet, hoe zouden we dat best aanpakken, en dat loopt redelijk vlot.

HA 10: Maar wat betreft medicatie, is het denk ik wel belangrijk te weten wat de nevenwerkingen zijn en de interacties. Want ge ziet die patiënten, met hun klachten, en ge kunt dat inderdaad eventueel horen bij het ITG, maar als je daar helemaal niets van weet, dan ga je dat misschien behandelen als een huisartsgeneeskundige klacht, maar het is misschien een nevenwerking van de medicatie. Dus alle, ik denk toch niet dat wij als huisarts kunnen zeggen "we weten er niets van". De medicatie die mijn patiënten nemen, daar weet ik van "dit zijn de grote nevenwerkingen". Als er nieuwe medicatie is, wat regelmatig gebeurt, dat is het eerste wat ik ga nakijken, wat zijn de belangrijkste nevenwerkingen.

Het belang van interactie-bewaking wordt in alle groepen erkend, maar toch geven nog veel huisartsen aan dat ze dit moeilijk vinden wegens gebrek aan **kennis en/of goede bronnen**. Sommigen gebruiken hiervoor websites of hun medisch programma, anderen bellen naar het ARC of de apotheker.

HA 11: Ge hebt nu al die websites waar je de interacties kunt checken. Ja, ik vind dat een hele moeilijke website, sorry. Ik ben daar niet zo snel in, maar dat ligt aan mij hoor. Maar eventueel inderdaad iets van richtlijn, als dat allemaal samen zou kunnen staan, dat is wel gemakkelijk dat allemaal gecentraliseerd wordt. Als dat er zou komen.
HA 9: Ja, ik gebruik best wel vaak Engelstalige websites voor die interacties te bekijken, medline heeft zo'n hele goede. ...
HA 7: Medicdoc doet het wel, interacties bewaken.

HA 14: Ik had onlangs met een hiv-patiënt, die al gekend is, al jaar en dag, die in een stabiele relatie, 10 jaar getrouwd. En die wel euhm, problemen had, een zware depressie, en mogelijk was er wel een relatie met die triple therapie. Waar dat ik dan onvoldoende ervaring mee had en die heb ik dan ook wel doorverwezen naar het tropisch instituut om dat daar te herbekijken.

Hoewel sommige huisartsen geneigd zijn zelf ART voor te schrijven na de opstartfase, geven de meesten aan zich hierin niet voldoende bekwaam te voelen en hierbij toch regelmatig feedback van het ARC nodig te hebben.

HA 2: Ik weet niet, want gelijk mensen die stabiel zijn, blijven die ook 10-20 jaar op dezelfde medicatie staan? Of met die nieuwe evoluties, verandert dat toch? Allé, dat weet ik niet.
HA 5: Je kan je niet continu bijscholen?

HA 2: Maar zoveel bijscholingen daarrond zijn er niet. Dus dan heb ik zoiets van ja, ok, ik kan die wel bevragen en bloeddruk pakken en op dezelfde medicatie laten staan. Maar is dat eigenlijk nog wel ok? Up to date? Of moeten die eigenlijk overgeschakeld worden. Dat weet ik dan niet.

HA 20: Zelfs wij, wij hebben er veel [cfr. veel seropositieven in de praktijk], en ik vind, ik lees al die brieven, en je ziet die medicatie alle richtingen opgaan en die virale lading dit en de resistentie dat. Dat kunnen wij niet. Dat is niet voor ons, denk ik. Dat gaan wij nooit genoeg kennen. Ik denk dat die minstens een keer per jaar naar het ITG moeten blijven gaan.

In alle focus groepen kwam spontaan naar boven dat er **nood is aan een richtlijn rond opvolging** van mensen met hiv bij de huisarts. Verschillende huisartsgeneeskundige taken dienen hierin verwerkt te worden, waaronder screeningsrichtlijnen, interpretatie van bloeduitslagen, systematische opvolging van parameters, noodzakelijke vaccinaties, preventieve maatregelen (oa. cardiovasculair risico), behandelingsprincipes en mogelijke interacties of nevenwerkingen van de medicatie.

HA 7: Ik zie uit naar een goede aanbeveling of standaard. Jah, ik bedoel, na het lezen van een standaard, ja, dan heb ik zin om erin te vliegen. En dat dan op praktisch vlak toe te passen.

Moderator: Ik hoor zeggen, bijscholing zou helpen, maar er is weinig aanbod, dat hoor ik ook. Zijn er nog andere dingen waar jullie opkomen die eventueel zouden kunnen helpen?
HA 5: Het feit dat je zelf dat dat niet zo vaak hebt, als daar ergens een richtlijn is, van tjak-tjak-tjak, dat dat dat, dan pak je dat erbij omdat dat beschikbaar is he.
Groep knikt instemmend
HA 1: Ja, das waar.
HA 2: Omdat we dat niet vaak hebben, dan pak je dat schema er even bij, heb je daar last van, die bijwerking, allé, een checklist eigenlijk he.
HA 3: Ja, dat zou u nog meer ruggensteun geven.

We merken dat het takenpakket dat de huisarts opneemt zeer variabel is. Dit correleert sterk met de self-efficacy van de huisarts. Net zoals bij de screening naar soa hangt de **self-efficacy** van de huisartsen vooral af van het aantal hiv-patiënten waarmee ze geconfronteerd worden. Huisartsen met meer ervaring voelen zich zekerder om deze opvolging op te nemen.

HA 3: Nu ik vind zelf, hoe meer patiënten je zo begint te kennen, en wij hebben er hier meer en meer. Hoe minder dat je daarvan schrikt elke keer dat je dat tegenkomt in een dossier. De eerste vijf keer dat je dat tegenkomt dan denk je 'huh, ik moet heel hard op mijn hoede zijn! Of wat mag ik allemaal niet missen?' Maar dat mindert wel. En ik vind dat je zelf ook een soort van, gerustheid meekrijgt met dat die mensen al jaaaaren stabiel zijn en geen speciale infecties doen als en hun virale lading nul is.
HA 1: Ja, ik denk dat dat met zoveel dingen is, dat als je daar meer ervaring in hebt, dat je daar zekerder in voelt, gelijk jij (wijst naar HA 3). Want nu mis ik zo een beetje het gevoel bij die patiënten, ik ben daar dan ook helemaal niet mee bezig.

Vooral in stedelijk gebied zijn er huisartsen met veel hiv-patiënten, waardoor hun kennis en motivatie voor opvolging duidelijk verschilt met huisartsen die eerder in landelijk gebied werken.

HA 13: Ik vraag me af, hoe groot is dat probleem, in onze regio. Want ik kan me voorstellen dat je zegt voor 2 of 3 patiënten in heel u praktijk, ben ik niet direct geneigd om hele zware inspanningen te doen. Dus voor mij zou dat echt wel een drempel zijn om te zeggen, van ja, ok, ik ben geïnteresseerd om hartfalen te behandelen, want dat is een groot stuk van uw populatie. Maar om nu te zeggen van 1 of 2 of 3 patiënten,

moet gij u echt enorm gaan bijscholen of heel veel energie daarin steken. Ja, dat is niet evident. … En dat is een afweging dan. Is dat de investering waard om dat aan huisartsen, om dan aan hen op te leggen, ik vind dat niet evident.

Anderzijds geven de huisartsen aan dat zij een belangrijke **coördinerende rol** hebben binnen de **chronische zorg**. Mogelijk kunnen zij de zorg voor mensen met hiv mee organiseren. De meeste huisartsen beschouwen hiv niet meer als een acute infectieziekte, maar als een chronische ziekte. De vergelijking met diabetes, COPD of kanker wordt vaak gemaakt. Parallellen die we zien tussen deze aandoeningen zijn -vaak- levenslange behandelingen of controles, noodzaak tot aanpassing van de levensstijl en psychische last voor de patiënt en zijn familie. Verschillende huisartsen vinden dat zij een belangrijke taak vervullen binnen deze chronische zorg.

HA 32: Jah, ik wilde daar nog bij aanvullen dat hiv zorg wel meer is dan medicatie opstarten en alle medicatie volgen. Dat is een chronische ziekte en daar zijn we wel in opgeleid om mensen met een chronisch ziekte te volgen en zoals de collega zegt soa-check te doen en regelmatig bloednames, en wijkt er iets af, dan kan je ook altijd…

HA 20: Maar ik heb zoiets, diabetes patiënten met een ingewikkelde diabetes, gaan een keer per jaar naar een diabetoloog en hiv patiënten moeten minimaal een keer per jaar naar een hiv specialist. Ik zie daar niet zoveel verschil in, dat is een chronische ziekte, maar een keer per jaar wil ik dat die gezien worden door een specialist daarin dat die lijst bekijkt en die resistentie bepaling, daar hebben wij niets mee te maken, maar dat die dat bekijken.

Ter aanvulling van de chronische zorg, hebben huisartsen ook een belangrijke spilfunctie in de verouderende hiv-populatie die steeds meer te maken krijgt met **multimorbiditeit**. Zo zien deze huisartsen het als hun taak om informatie door te geven aan andere specialisten die mensen met hiv behandelen.

HA 10: Jah, sowieso de patiënten die ik volg zijn hiv-patiënten die de ziekte gedurende 20-30 jaar hebben. Dus dat zijn ondertussen ouderen, 70-igers, die zodanige multimorbiditeit hebben, dat ik niet zou weten dat die door iemand anders kunnen opgevolgd worden. Die hebben ook allemaal het ITG en 5-6 andere specialisten, maar als ik niet coördineer, tja …

HA 20: Ja, dan zijn wij diegenen die het moeten oplossen, dan moeten wij iedereen in verbinding brengen he. En dat is de enige manier denk ik. Hoe ingewikkelder het wordt, hoe duidelijker het is dat wij het terug moeten oppikken en een centrale rol moeten spelen daarin. Dan komen er te veel actoren. Dan heb je het systeem met papieren brieven van het ITG, die naar één dokter gaan. Dat zien ze niet in de ziekenhuizen. Dat is nergens.
Moderator: Maar daarin zeggen jullie wel, en dat vinden jullie heel belangrijk als huisarts, dat je ook die rol wil spelen, van overzicht bewaren.
HA 23: Dat is een van de kerntaken.

Samenvattend kunnen we stellen dat de meeste huisartsen geen hiv-gerelateerde zorg op zich nemen, vooral wegens tijdstekort, gebrek aan kennis en self-efficacy. Maar de bevraagde artsen geven wel aan dat door een betere samenwerking de huisartsgeneeskundige zorg voor hun patiënten wel gedeeld kan worden.

HA 5: Ik heb daar nu niet de expertise en tijd voor. Dus ik vind het goed dat een gespecialiseerd centrum, daar de hand in neemt. Maar ik wil wel alles goed op papier hebben en duidelijk weten of die mensen hun beleid verandert. Een update.

HA 33: Goh, ik vind dat een heel moeilijk domein waarin er ook snel dingen veranderen. Ik denk dat ik als huisarts nooit niet genoeg mee ben, tenzij dat ik mij heel erg zou specialiseren, en dat is dan ook niet aan de orde. Dan ben ik blij dat er specialisten zijn die ik kan vertrouwen en die mij voldoende coachen.
Moderator: Ok, ik hoor daar mensen…
HA 30: Ja, die medicatie is toch wel heel specifiek, die verandert ook constant, de juiste indicatie, de combinaties, de keuze. Dan zou ik mij toch echt moeten verdiepen om dat degelijk te doen. Maar zo'n samenwerking, dat zou wel lukken. Als iemand op medicatie staat, en die staat goed, ja, dan denk ik wel dat dat perfect kan.

HA 22: Ik heb ook het gevoel dat hiv-patiënten het ITG binnen stappen, er is hier een totaalpakket. … Ik denk dat die hun heel bewust zijn van hun specifieke doelgroep die zij hebben, en heel goed weten dat niemand die trein kan volgen en enkel gevolgd kan worden als wij in de wagon van voor blijven zitten. Allé, ze doen dat heel goed.

Vooral artsen met weinig hiv-patiënten in de praktijk zijn niet geneigd om deze rol op zich te nemen.

HA 23: Goh, ik heb één patiënt, in een kleinere praktijk natuurlijk, maar dat is te weinig om die kennis te kunnen updaten en behouden. Als het specifiek om de behandeling gaat. Want zo een patiënt, dat moet je in de vingers hebben. En dan is het staal, om het met een lelijk woord te zeggen, te klein om dat op te volgen en is het makkelijk om door te geven.

HA 1: Ja, ik denk dat dat met zoveel dingen is, dat als je daar meer ervaring in hebt, dat je daar zekerder in voelt, gelijk jij (wijst naar HA 3). Want nu mis ik zo een beetje het gevoel bij die patiënten, ik ben daar dan ook helemaal niet mee bezig. Maar als ik daarover nu meer geconsulteerd word, zou ik ook meer gemotiveerd zijn om me daarin bij te scholen. En dat wat meer naar mij willen trekken. Maar nu ben ik ook wel gerust dat zij goed opgevolgd worden door een centrum ergens, en dat ik die kan bereiken wanneer dat nodig is. Maar dat is sowieso een interessante problematiek dat een huisarts er zou kunnen bijnemen, maar wij zien het denk ik te weinig om echt in de vingers te hebben.

Echter blijkt wel dat verschillende huisartsen al heel wat taken op zich nemen en eventueel open staan voor verdere begeleiding. Sommige artsen zijn ook geneigd een grotere rol op te nemen in de opvolging van hiv, maar hebben hiervoor duidelijk ondersteuning nodig.

HA 20: … ik heb er wel enkelen die niet meer naar het ITG gaan, die dat een beetje beu zijn. Die ik dan alleen opvolg en die weten dat ik dan om de zoveel tijd hen nog eens prik, maar dat zijn de uitzonderingen.

Moderator: Zouden jullie dat eigenlijk zien zitten om die meer zelf op te volgen?
(HA 40 knikt super overtuigd, HA 38 vult aan)
HA 38: Ja, ik zou dat zeker wel zien zitten, lijkt me wel interessant. Dat zijn ook vaak chronische, euh chronische problemen, waarin wij als huisarts wel een rol in kunnen spelen. Mits de nodige richtlijnen dan...
HA 36: Ik zie dat zeker ook wel zitten, maar ik denk dat ik dan toch wel wat meer houvast of kennis moet opfrissen over hiv en die medicatie enzo. En wat op te volgen enzo. Maar anders zie ik dat zeker wel zitten, want ik vind dat wel interessant, maar ik voel mij daar nu niet bekwaam in.

HA 9: Er zijn toch wel een aantal taken die je als huisarts, die je specifiek bij die mensen moet doen, die passen bij de huisarts. En als daar een kleine richtlijn, het hoeft geen super uitgebreide richtlijn, over medicatiegebruik en bijwerkingen. En ik denk dat daar wel een aantal elementen zijn, relatief klein, maar die wel belangrijk zijn. Dat ze jaarlijks een griepvaccin krijgen en tweejaarlijks pneumokokken.

In veel focusgroepen werd opgemerkt dat seropositieven hun hiv-zorg en andere medische problemen als twee afzonderlijke werelden beschouwen, met mogelijk **non-disclosure** naar de huisarts toe over hun diagnose, wat de opvolging door de huisarts uiteraard moeilijk maakt.

> *HA 3: Hier vind ik op de praktijk, komen wij dat ook vaak tegen. Allé, minsten een paar keer per jaar dat er mensen uit de lucht vallen, die je inderdaad al langer kent, waar je aan gevraagd hebt 'heb je chronische ziekten, of neem je medicatie'. En die dat dan precies niet rekenen onder iets dat is wat jij moet weten als huisarts. Dat je op een brief ineens op een verslag te weten komt dat die dat al jaren hebben. Jah…*

Mogelijke redenen voor deze non-disclosure zijn angst bij de patiënt dat anderen via de huisarts zijn diagnose te weten komen, minimaliseren van ziekte-ernst of schaamte rond de diagnose.

> *HA 3: … een man, een jonge man die zei 'ja, ik wou gewoon niet dat meer mensen dat wisten. Omdat gij ook familie van mij kent'. …*
> *HA 5: Of heel cru, 'zo van ja, ik word daarvoor behandeld in het tropisch instituut, dat is apart. Dat doe ik daar en voor de andere dingen kom ik naar de huisarts'.*
> *HA 3: Of nog die zeggen dat hun virale lading al jaren ondetecteerbaar is, dus dat telt niet, ik ben niet actief ziek. Dus dat moet niet genoemd worden.*
> *Moderator: Heb je dan ook het gevoel dat die mensen zich dan ook niet meer ziek beschouwen op dat moment dat ze een ondetecteerbare lading hebben?*
> *HA 5: Ik vind dat soms heel moeilijk in te schatten, of dat inderdaad een soort van struisvogelpolitiek is. Zo van ik voel er niet veel van, dus het is er niet. Ik denk dat dat in sommige culturen ook wel zo is he, dan neem je de pillen. Het is in orde. Anderzijds denk ik ook wel dat er een heel groot deel van de bevolking is, waar er schaamte achter zit. Op die manier het echt verzwijgen.*

> *HA 39: Ik denk dat dat soms een euh, psychologisch voor mensen soms zwaar is te praten met nog anderen en dat wij op dat gebied misschien niet hun vertrouwenspersoon zijn. Ondanks dat misschien wel de bedoeling is. Dat wij ook op dat gebied hun vertrouwenspersoon zijn.*
> *HA 34: Dat is misschien ook omdat wij dat medisch niet opvolgen, dat wij daarin niet hun vertrouwenspersoon zijn. Ik denk als patiënt dat je dat ook voelt. Het is langs 2 kanten.*

Uit onderstaande citaten blijken **culturele** verschillen nog veel voor te komen. Vooral in de SAM-groep worden nog problemen gezien met aanvaarding van hun diagnose en ook hier is er nog veel non-disclosure naar de arts en ook naar hun seronegatieve partner.

> *HA 35: Die zwarten, daar zijn de meesten wel, allé, van de vijf patiënten zijn er vier die dat niet aan hun partner vertellen. Dat is wel opvallend. Dat zetten we dan ook wel in grote letters in het dossier. Partner is niet op de hoogte. Maar ik denk dat dat bij de patiënten ook wel een barrière vormt, want wij kennen die partner dan.*

> *HA 22: Goh, dat is nu niet de grootste populatie. Wij hebben enkele homoseksuele asielzoekers en die hebben bang voor hiv. En dat geloof speelt daarin ook. En dat communicatiemodel is ook wel anders.*

> *HA 26: Dat was een Afrikaanse patiënt en dat was allemaal toch niet zo rustig, omdat die heel zware connotaties hebben rond hiv en dan naar stigmatiseren toe. … Ja, ik heb zeker niet die homomannen die heel open zijn, integendeel, dat is eerder euhm, heel gesloten. Maar wij hebben gelukkig ook mannen in de praktijk werken en daar lukt dat al iets beter. Zeker ook de Islamitische mensen he. Die niet gauw bij een vrouw allerlei gedetailleerde vragen stellen of dingen uit de doeken doen. Dus dat is wel belangrijk.*

Niet alleen door non-disclosure wordt de **arts-patiënt relatie** bemoeilijkt, ook omgaan met **risicogedrag** bij mensen met hiv is erg moeilijk voor veel huisartsen. Enerzijds ervaren ze gevoelens van boosheid en machteloosheid, anderzijds voelen zij zich soms verantwoordelijk.

> *HA 22: Ik verschiet daarvan, dat als zij stabiel zijn, dat zij dan hup, terug volle bak dat seksleven induiken. Dat ik dan denk van "alle, mannen". Ik het begin is dat verschieten en dan moeten ze dat, maar die luisteren niet. …*
> *HA 22: Die lachen dat ook een beetje weg he.*
> *HA 19: Awel voilà, en dat naïef doktereske zal het eens zeggen. Dat gevoel krijg je soms wel. En dan begin je toch wel een hele nieuwe leefwereld te kennen. Dat je dan zowel doorhebt dat het geen zin heeft om daarin door te graven, omdat je toch het beeld ophangt, van ik ben naïef.*

> *HA 11: Maar het verschil is wel nog met dat stoppen met roken das goed voor die patiënt, maar ik voel mij ook verantwoordelijk voor de partner. Allé, dat heb ik toch wel. En mensen weten het niet he. Ge hebt de darkrooms enzo, waar de mensen weten dat ze dat risico lopen. Maar 't is niet altijd dat mensen dat weten.*
> *HA 9: Tja, zelfs dat weet niet iedereen die daar binnenkomt hoor, in die darkrooms.*
> *HA 11: Nee nee, maar ge hebt de gekende situatie waar dat echt spannend is he. Ge hebt zo van die feestjes die georganiseerd worden, tja, dan bon is uw eigen schuld he, dat wil ik nu niet zeggen. Maar dan weet je wel dat je dat risico loopt. Maar zo is het spijtig genoeg niet altijd. En ik blijf dat toch wel moeilijk vinden.*
> *Moderator: Dus dan voel je toch wel een klein beetje die verantwoordelijkheid.*
> *HA 11 knikt.*
> *HA 7: Maar dat is toch een heel authentiek gevoel. Ik vind dat heel begrijpelijk.*
> *HA 11: Maar ik vind dat heel moeilijk om mee om te gaan. Want zo met uwe patiënt, je wil niet de hele tijd zo met dat boze vingertje, maar …*

Samenwerking tussen huisarts en ARC

Alle huisartsen zijn erg tevreden van de **kwaliteit van zorg** die het ARC levert. Ze verwijzen graag en vaak patiënten door omwille van de tevredenheid van hun patiënten, de **multidisciplinaire aanpak** en het hoge niveau van zorg.

> *HA 40: Wat het heel gemakkelijk maakt, is dat wij weten dat ze in goede handen zijn. (gelach) dat ze goed zijn opgevolgd. Maar allé, in die zin creëer je natuurlijk een afstand. Dan ga je daar niet uw blik op werken, maar dat faciliteert natuurlijk enorm. Maar het is natuurlijk geen echte samenwerking, allé, ieder doet zijn ding. En op zich loopt dat wel eigenlijk. Maar het is misschien geen ideale situatie, we kunnen wel een poging doen om dat meer op mekaar af te stemmen he.*

De laatste huisarts geeft aan dat hij weet dat zijn patiënten goed gevolgd worden, maar dat er geen echte samenwerking is. Een verbeterde **communicatie** zou dit probleem kunnen verhelpen. Dit pijnpunt werd in alle focus groepen spontaan aangehaald. Inhoudelijk zijn de brieven erg goed opgesteld, de huisarts krijgt duidelijke instructies voor verdere opvolging. Helaas komen deze brieven laat en niet-elektronisch aan. Dit leidt tot verminderde kwaliteit van zorg bij de huisarts.

> *HA 28: Ik vind hun adviezen ook altijd wel goed, die laatste samenvatting, daar kan je wel mee weg, dat is een goede focus he.*

> *HA 20: Goede uitgebreide brieven he, met een planning. Ook als wij dingen in orde moeten brengen. Of opletten met die en die medicatie, dat staat ook heel mooi in die brieven he.*

> *HA 5: Ik heb dat altijd wel vervelend gevonden, ook omdat je dan weinig info hebt over medicatie, maar ook het feit dat ze eventueel extra infecties doen. Plus het zorgt ervoor dat als ze voor iets anders komen, een*

longinfectie ofzo, dat hun beleid afhankelijk van hun viremie wel een beetje kan variëren, ook qua pathologie en behandeling en weet ik veel wat. In die zin vind ik het wel jammer, want dat neemt een heel stuk van uw goede kennis weg. Je zou beter kunnen, terwijl je eigenlijk te weinig informatie hebt over medicatie. En als je erachter wil gaan, is dat weer bellen en weer extra moeite en tijd enzovoort. Plus, ik heb bij mijn weten nog nooit een brief gekregen van het ITG waarin uitgelegd wordt welke medicatie genomen wordt, of bijvoorbeeld zesmaandelijks bloedonderzoek ofzo.

In de brieven wensen huisartsen graag te lezen over aanpassing van medicatie, mogelijke nevenwerkingen of interacties, psychosociale elementen, familiale banden en eventuele taken of tussentijdse controles.

HA 10: Als er nieuwe medicatie is, wat regelmatig gebeurt, dat is het eerste wat ik ga nakijken, wat zijn de belangrijkste nevenwerkingen. Ik zou dat ook verwachten van het ITG, dat ze bij verandering van medicatie. Soms gebeurt dat, maar soms gebeurt dat ook niet. Maar eigenlijk zou dat in de verwijsbrief dat er eigenlijk bij moeten staan, van let daarop en daarop en daarop. Want we hebben nieuwe medicatie gestart, maar dat zijn eigenlijk de cruciale elementen. Ik heb nog het gevoel, dat ik dat teveel moet gaan nakijken.

HA 40: Ja, als er dingen psychosociaal naar boven komen, mag ook gecommuniceerd worden natuurlijk, dat helpt als er dingen zijn die op het instituut gedetecteerd worden, dat die dan ook bij ons terecht komen. En dergelijke he.
HA 34: En als patiënten niet komen opdagen, dat dat misschien ook belangrijk is dat dat naar ons gecommuniceerd wordt. Dat wij dat weten.

Verder dienen de brieven elektronisch toe te komen zodat deze meteen in het EMD geïntegreerd kunnen worden. De meeste huisartsen maken ook gebruik van eHealth toepassingen als sumehrs en de HUBs. Het zou gemakkelijk zijn als de ARC ook via deze weg zouden communiceren. Verder is het gebruik van vaccinnet een pijnpunt dat recent opgelost lijkt.

HA 7: Zij doen daar dan de hele tijd vaccins door en dat komt dan niet door en dan moeten wij dat als huisarts liggen ingeven. Dat is voor mij onbegrijpelijk.
HA 10: Zeker met het feit dat ze zoveel vaccins geven.

Een ander pijnpunt is dat de informatie van de huisarts ook tot op het ARC zou moeten geraken, een soort van bi-directioneel netwerk voor informatie uitwisseling.

HA 20: Ja, ik heb het gevoel dat sommigen niet naar het ITG durven gaan, met hun vierde gono van het jaar en dat ze dan toch terug bij ons terecht komen. Dat ze dan naar ons komen voor hun behandeling, ik heb het gevoel dat dat heel snel gaat.
Moderator: En vind je dat dan ok als huisarts, of is dat eigenlijk iets voor het ITG?
HA 20: Nee, dat vind ik niet, dat doen wij ook. Het enige is dat die informatie dan niet altijd tot op het ITG geraakt.
HA 21: Ja, dat zou wel moeten eigenlijk.

Telefonisch contact daarentegen gaat altijd erg vlot.

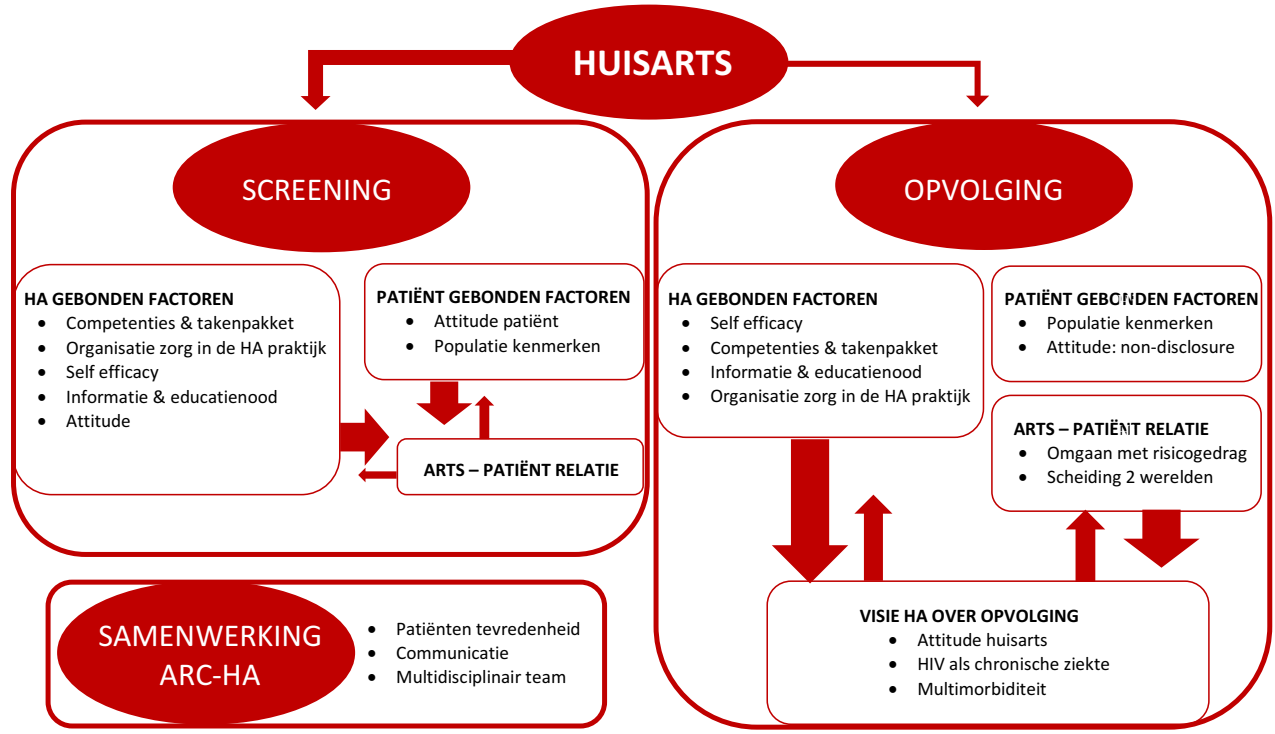
HA 8: ... En ik heb ook het gevoel dat in tegenstelling tot de medibridge, dat jullie telefonisch wel heel bereid en bereikbaar zijn, en dat er altijd overleg kan zijn. En ik heb het gevoel daar nooit in de steek gelaten te worden.

Deze arts vat eigenlijk erg mooi samen hoe de huidige samenwerking verloopt:

> *HA 11: Ik denk de opvolging op zich dat dat heel goed loopt he. Je stuurt de patiënten door naar het centrum en inderdaad de communicatie als er problemen zijn, dat gaat goed. Je kunt die bereiken, allé, meestal toch. Het antwoord dat je krijgt is ook altijd prima, het is niet dat je u voelt van 'oei sorry dat ik u stoor ofzo'. Dus die zijn altijd heel hulpvaardig. Maar inderdaad dat papier, het zou tof zijn als de verslagen 1. Elekronisch en 2. Een beetje sneller komen.*

Samenvatting

Onderstaande figuur geeft schematisch de resultaten van dit onderzoek weer. We merken een scheiding tussen screening en opvolging, waarbij huisartsen duidelijk meer ervaring hebben met soa screening dan met opvolging van hiv-patiënten.



Figuur 3. Schematische voorstelling van de resultaten. HA = huisarts

Om terug te keren naar de onderzoeksvragen, zien we dat quasi alle huisartsen één of meerdere hiv-patiënten kennen in hun praktijk, maar allen eigenlijk geen hiv-specifieke opvolging doen. Bij verder doorvragen blijkt wel dat alle huisartsen in meer of mindere mate taken op zich nemen, gaande van preventieve taken (vaccinaties, soa screening, advies …), tot bepaling van cardiovasculair risico en zelfs het voorschrijven van ART indien de patiënten stabiel zijn. Deze grote heterogeniteit hangt vooral samen met de self-efficacy van de artsen. Huisartsen in stedelijk gebied, met een hogere prevalentie aan hiv, zijn veel meer geneigd taken of zorg op te nemen. Verder speelt de persoonlijke attitude van de huisarts en de arts-patiënt relatie ook een grote rol. Daarnaast zijn gebrek aan tijd en kennis een groot struikelblok om al dan niet seropositieve patiënten op te volgen.

Daarom werd in alle FG gepleit voor een standaard protocol voor samenwerking, liefst in de vorm van een aanbeveling of richtlijn. Zo is het voor de huisarts duidelijk welke taken (bloedafname,

vaccinaties, controle van parameters …) hij dient op te nemen en hoe hij dit kan organiseren. Verder verwachten huisartsen ook achtergrondinformatie rond bijwerkingen en interacties van ART in deze aanbeveling, zodat zij dit eventueel kunnen opvolgen.
Huisartsen zien hiv anno 2017 als een chronische ziekte met vele multimorbiditeiten en menen dat zij een belangrijke rol kunnen spelen in de opvolging van deze patiënten, maar worden hier te weinig in betrokken. Een mogelijke reden hiervoor is dat er nog steeds non-disclosure is van patiënten naar de huisarts toe omtrent hun diagnose. De huisartsen gaven hiervoor verschillende verklaringen. Enerzijds is er vooral bij de SAM nog veel schaamte rond de diagnose, anderzijds zijn sommige patiënten blijkbaar bang dat hun diagnose via de huisarts gelekt zal worden naar hun vrienden of familieleden.
De huisartsen zijn erg tevreden over de kwaliteit van zorg die geleverd wordt in de multidisciplinaire ARC's. De samenwerking loopt echter moeilijk wegens moeizame communicatie door briefwisseling die laat en op niet-elektronische wijze toekomt. Hierdoor vinden veel huisartsen dat zij geen optimale zorg kunnen bieden. Telefonisch overleg loopt wel zeer vlot en dit wordt door de huisartsen ook zeer gewaardeerd.

Terugkoppeling: nominale groepen

Bovenstaande resultaten werden op 14 februari 2017 gepresenteerd aan het multidisciplinaire team van het ITG. Daarna werd d.m.v. de nominale groepstechniek een interactieve brainstormsessie georganiseerd. In de eerste ronde werden thema's gekozen op basis van de presentatie waarrond het team verder wilde werken. In volgende rondes werd per thema dan verder gebrainstormd om mogelijke oplossingen aan te reiken.

Communicatie

Vaststelling:

- Brieven komen te laat aan bij de huisarts en blijven liggen door non-elektronische communicatie.
- ARC weet vaak niet wie de huisarts is van de patiënt.
    - Patiënten kennen de naam van hun huisarts niet.
    - Sommige patiënten hebben geen huisarts. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn patiëntenstop bij de huisartsen in hun buurt, patiënten die het concept huisarts niet kennen en financiële barrières om naar de huisarts te gaan.
    - Non-disclosure naar de huisarts toe (cfr verder).

Concrete actiepunten:

- Taak receptie: elke keer de huisarts navragen bij patiënt zodat het dossier actueel is.
- Team blijft patiënten motiveren om een huisarts te kiezen.
- Lijst opstellen met praktijken in hoog prevalente gebieden die kennis hebben over hiv en geen patiëntenstop hebben.
- Standaardbrieven opstellen aan de hand van de resultaten van huidig onderzoek.
- In afwachting van het elektronische systeem dat eind 2017 geïnstalleerd wordt, zal het huidige brievensysteem zo goed mogelijk gehanteerd en optimaliseerd worden door standaardbrieven op te stellen adhv de resultaten van dit onderzoek.
- In de toekomst: elektronische brieven via Hector/medimail.

Non-disclosure bij de huisarts (confidentialiteit - garantie van zorg)

Vaststelling:

- Patiënten hebben schrik omdat hun diagnose bekend zou kunnen worden in hun nabije omgeving. Misschien heeft de ITG-arts wel een rol om beroepsgeheim toe te lichten.
- Is de huisarts wel een vertrouwenspersoon? Sommige patiënten gaan maar éénmaal per jaar naar de huisarts. Is dit voldoende om een vertrouwensband op te bouwen en gevoelige onderwerpen met je huisarts te bespreken?
- Komt meestal voor bij SAM, misschien is voor deze doelgroep een specifieke aanpak nodig?

Concrete actiepunten:

- Hoe groot is het probleem? In het ARC leeft niet het idee dat veel patiënten hun diagnose niet wensen te delen met de huisarts. Eerst moeten we het probleem in kaart brengen, mede door het vervolg onderzoek van HAIO Dr. Celien Dekeyser.
- Voor disclosure naar partner is er een goed beschreven stappenplan beschikbaar. Indien nodig kan dit herwerkt worden naar een stappenplan voor disclosure naar de huisarts.
- Een goede (elektronische) communicatie zal al een deel van het probleem oplossen.

Taakverdeling

Vaststelling:

- Er is veel onduidelijkheid bij zowel de huisarts als de specialist over wie welke taak opneemt en welke taken reeds werden afgehandeld.
- Verder wordt de vraag gesteld over wat de patiënt verwacht. Is de patiënt wel enthousiast om opvolging bij de huisarts te doen? Of aan de andere kant: waarom kan het niet allemaal bij de huisarts?
- Vanuit het ARC is er toch veel twijfel over de meerwaarde van een richtlijn. Voor elke patiënt loopt de opvolging toch net iets anders, een algemene standaardisatie lijkt moeilijk. Verder zijn de specialisten het wel eens dat vaccinaties, oncologische en cardiovasculaire screening perfect door de huisarts gevolgd kunnen worden, maar dat vooral de communicatie moeilijk loopt.

Concrete actiepunten:

- De vraag naar richtlijnen dringt zich nog niet op langs de kant van het ARC. Eerst moeten we afwachten wat elektronische communicatie kan verbeteren.
- Uit bovenstaand onderzoek blijkt die vraag er duidelijk te zijn. Mogelijk kan het ARC een belangrijke rol spelen in ontwikkeling/lobby rond richtlijnen.
- Er moet gewerkt worden aan elektronische bi-directionele communicatie zodat er geen dubbele onderzoeken gebeuren.

Opleiding huisarts

Vaststelling:

- Het ARC vraagt zich af wat de huisarts verwacht van een opleiding rond hiv.

Concrete actiepunten:

- Weinig concrete plannen, de bestaande avondcursus van 13 avonden is voor veel huisartsen praktisch niet haalbaar. Er wordt gebrainstormd over een vertaling/samenvatting van de EACS-richtlijnen of een online opleiding.

4 Discussie

In dit onderzoek werd op kwalitatieve wijze de visie, kennis en attitude van de huisarts rond opvolging van hiv-patiënten bevraagd. Daarnaast werd de samenwerking tussen huisarts en ARC in kaart gebracht en het takenpakket van de huisarts bevraagd. Uit de resultaten bleek dat de Antwerpse huisartsen quasi allemaal met hiv-positieve patiënten geconfronteerd worden in de dagelijkse praktijk en in meer of mindere mate geneigd zijn om zorg op te nemen. Deze grote heterogeniteit hangt vooral samen met de self-efficacy van de artsen. Huisartsen in stedelijk gebied, met een hogere prevalentie aan hiv, zijn veel meer geneigd taken of zorg op te nemen. Verder speelt de persoonlijke attitude van de huisarts en de arts-patiënt relatie ook een grote rol. Daarnaast zijn gebrek aan tijd en kennis een groot struikelblok om al dan niet seropositieve patiënten op te volgen. Vanuit het ARC is het vaak onduidelijk welke taken reeds gedaan werden door de huisarts en loopt de communicatie in beide richtingen spaak. Daarom is er voor de huisarts nood aan een gestructureerd protocol in de vorm van een richtlijn of aanbeveling waarin de taken tussen huisarts en ARC verdeeld worden. Het idee van zulk een protocol wordt echter niet door alle ARC leden gedragen. Verder dient anno 2017 ook ingezet te worden op elektronische bi-directionele communicatiemethoden om betere zorg te leveren.

Self-efficacy blijkt een belangrijke indicator te zijn of huisartsen al dan niet zorg opnemen. Deze parameter hangt samen met de **populatiekenmerken** waarmee de huisarts geconfronteerd wordt. Huisartsen met veel hiv-patiënten in hun praktijk zijn meer geneigd om zorg op zich te nemen en lijken zich meer zelfzeker te voelen bij deze opvolging. Dit wordt bevestigd in een Franse studie waarin huisartsen die vaker met hiv-patiënten geconfronteerd worden zich significant comfortabeler voelen bij de zorg voor deze patiënten dan artsen die hiermee weinig in aanraking komen (15). Daarenboven blijkt dat huisartsen die meer hiv-patiënten opvolgen, betere hiv-gerelateerde zorg bieden (gemeten door ziekte-specifieke indicatoren zoals het voorschrijven van ART). De screening naar kanker was echter niet gelinkt met de ervaring van de huisarts rond hiv-opvolging (16, 17, 19, 20). In een oudere studie uit Groot-Brittannië wordt zelfs voorgesteld om in gebieden met hogere en lagere prevalenties andere strategieën toe te passen: in laag prevalente gebieden zou er een netwerk met geselecteerde praktijken beschikbaar moeten zijn voor mensen met hiv, terwijl in gebieden met hogere prevalentie de hiv-zorg door alle huisartsen opgenomen kan worden (14). De attitude van de huisarts varieert ook afhankelijk van het aantal hiv-patiënten dat hij opvolgt. Discriminerende attitudes van de huisarts daalden wanneer het contact met seropositieven toenam (30). In deze studie werd ook bevestigd dat de seksuele geaardheid van de arts gelinkt is met de populatie die de arts aantrekt (30).

De non-disclosure die huisartsen ervaarden werd in twijfel getrokken binnen het ARC, maar is een gekend fenomeen in de literatuur. Verschillende oorzaken werden aangehaald voor **non-disclorure** naar de huisarts toe. Uit een Britse studie bleek dat 40 van de 93 patiënten die hun huisarts niet ingelicht hadden over hun status, deze huisarts wel nog consulteerden voor andere klachten. De redenen die zij aangaven voor non-disclosure hadden vooral te maken met vertrouwelijkheid rond hun diagnose. Ze hadden schrik dat ze hierdoor geen verzekering zouden krijgen of dat paramedici hun dossier zouden nalezen (31). Ook uit een andere Britse studie blijkt

dat slechts 76% van de patiënten hun diagnose aan de huisarts meldt, hier hadden de patiënten vooral schrik dat paramedici ingelicht zouden worden over hun diagnose (32). Wel blijkt dat vrouwen vaker (83%) hun huisarts inlichten over hun hiv-status dan homoseksuele mannen (55%) (31, 33). Uit een recentere studie blijkt dat de meeste patiënten (84%) wel bereid zijn om hun gezondheidsinformatie elektronisch te delen met hun arts, slechts een minderheid (39%) wilde dit ook met paramedici. Vooral het vertrouwen van de patiënt in hun eerstelijnsteam was geassocieerd met het sneller delen van elektronische info (34). Ras en etniciteit bleek een klein verschil op te leveren in vertrouwen naar de artsen toe (34), dit blijkt ook uit onze studie waarin huisartsen aangeven dat vooral SAM moeilijkheden hebben met disclosure. Ook uit ander Belgisch onderzoek blijkt dat deze groep vanwege het grote taboe in de gemeenschap nog vaak hun diagnose verzwijgen (35, 36).
In vergevorderde stadia van de ziekte was de huisarts vaker op de hoogte van de diagnose (31, 37), daarnaast blijkt dat patiënten op ART ook vaker hun huisarts inlichten over hun ziektestatus. Patiënten gediagnosticeerd met andere soa, waren echter minder open over hun hiv-diagnose naar de huisarts (37). Mogelijk heeft dit met schaamte te maken over hun seksuele gewoonten.
Uiteraard is disclosure en vertrouwen in de huisarts een belangrijke randvoorwaarde indien de hiv-zorg in de toekomst gedeeld wordt door huisarts en specialist. Daarom dient **de visie van de patiënt** over dit topic ook gehoord te worden. We moeten nagaan of hiv-patiënten immers wel (deels) door hun huisarts opgevolgd willen worden. Om deze vraag verder uit te werken, werd een nieuw onderzoeksproject opgestart door HAIO Dr. Celien Dekeyser. In deze studie gaven huisartsen aan dat het vertrouwen van de patiënten rond seksuele gezondheid vooral bij hun ARC-arts lag. Carr et al. bestudeerde deze vertrouwensrelatie en beschreef verschillende aspecten die hiervoor nodig zijn. Hij omschreef dit concept als volgt: *"Trust in these relationships is a state that is dynamic, volatile, and constantly renegotiated during the trajectory of the relationship through time. The trusting relationship is personally supportive for patients and may be a factor in the satisfaction found among health care providers in this clinical field despite the nature of this epidemic."* (38). Ook huisartsen kunnen volgens deze theorie een vertrouwensrelatie opbouwen met hun patiënt. Het patiënten perspectief is zeer divers en lijkt vooral geassocieerd te zijn met de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en zijn huisarts (39).

Indien in de toekomst de zorg voor hiv-positieve patiënten in de toekomst gedeeld wordt met de huisarts, dient de **kwaliteit van zorg** verder geëvalueerd te worden. Uit verschillende studies blijkt alvast dat 'shared care models' leiden tot betere zorg. Zo is bekend dat patiënten die door de huisarts gevolgd worden voor hiv-gerelateerde problemen, beter gescreend worden voor kanker en hun cardiovasculaire risico beter wordt opgevolgd door de huisarts dan de specialist (17, 18). Vrouwen met een huisarts werden ook significant vaker gescreend voor baarmoederhalskanker dan vrouwen die enkel door de specialist gevolgd werden (19). Ook bij screening naar colorectale kanker (CRC) blijkt dat patiënten die vaker gezien worden in eerste lijn, vaker gescreend worden voor CRC (20). Daarenboven blijkt dat 'shared care models' waarin de huisarts actief betrokken wordt, gepaard gaan met significant kortere ziekenhuisopnames of zelfs minder hospitalisaties dan wanneer patiënten exclusief door de specialist gevolgd worden (17, 21).
Verder ontstond er een verschuiving van consultaties bij de specialist naar de huisarts door de samenwerking tussen beiden. Huisartsen gaven aan dat hun kennis over en vertrouwen in de

behandeling van hiv toenam, daarenboven verwezen ze beter door. Ook patiënten voelden dat de kwaliteit van zorg was toegenomen indien de huisarts betrokken werd (21).
In dit onderzoek gaven meerdere huisartsen aan dat screening en preventie van hiv onderbelicht worden in de huisartsenpraktijk, omdat ze niet betrokken zijn in de opvolging van seropositieve patiënten. Mogelijk leidt een samenwerkingsverband rond de opvolging van hiv tot meer awareness bij de huisarts, waardoor preventie en screening ook meer aandacht krijgen. Momenteel loopt er een onderzoek van het ITG rond hiv-screening door de huisarts (40). Het betrekken van de huisarts bij opvolging van hiv-patiënten zou de screeningsgraad door de huisarts kunnen verhogen.
Een kanttekening die zowel in dit onderzoek als in de literatuur gemaakt wordt, is dat het duidelijk moet zijn welke taak door welke arts/paramedicus wordt opgenomen (18). Volgens de huisartsen in deze studie is een richtlijn waarin een duidelijke taakverdeling wordt geschetst noodzakelijk om de huisarts te laten deelnemen aan de zorg. De specialisten van het ARC daarentegen menen dat de zorg voor iedere patiënt verschillend is en een standaard richtlijn daarom moeilijk is. Zij denken echter wel na over een mogelijke taakverdeling en betere communicatiewegen om aan te geven welke zorg reeds opgenomen werd.
Uiteraard dienen deze modellen in de toekomst verder geëxploreerd te worden, zodat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft voor mensen met hiv. Mogelijk wordt hierrond een nieuw onderzoek gestart door het ITG waarin een kleine cohorte hiv-patiënten door zowel de huisarts als het ARC gevolgd wordt.

Uiteraard zijn er zoals bij alle studies enkele **tekortkomingen** aan dit onderzoek. Ten eerste werden enkel huisartsen in de regio van Antwerpen bevraagd. Dit maakt dat we geen uitspraken kunnen generaliseren naar de rest van België, maar wel de specifieke samenwerking met het ARC in het ITG in kaart konden brengen. Ten tweede was het een relatief kleine studie met 42 bevraagde artsen. Daarnaast reageerden de LOK-groep verantwoordelijken vrijwillig op onze oproep. Hierdoor kan een selectie-bias ontstaan waarbij enkel geïnteresseerde LOK-groepen bevraagd werden. Tijdens de FG was er ook telkens een arts van het ITG (anoniem) aanwezig als observator. Mogelijk leidde dit tot vertekende antwoorden, omdat de artsen toch niet voluit durfden praten. Verder werd in geen enkele FG een taboe rond hiv opgemerkt, uit de literatuur blijkt echter dat patiënten dit wel nog ervaren van hun huisarts (39). Mogelijk was de omgeving om hierover te reflecteren in dit onderzoek toch niet open genoeg om dit soort gevoelige informatie te verkrijgen. Verder was dit de eerste maal dat de hoofdonderzoeker FG leidde. Uiteraard kan de dataverzameling daarom niet vergeleken worden met die van ervaren onderzoekers. Tot slot volgde er geen member-check (cfr. terugkoppeling van de resultaten naar de bevraagde huisartsen), waardoor de data niet gecontroleerd werden op correcte interpretatie.

5 Dankwoord

Een masterproef schrijf je niet alleen, daarom is een dankwoord aan het eind van dit proces zeker op zijn plaats. Ten eerste wil ik graag Prof. dr. Veronique Verhoeven bedanken om mij op weg te helpen bij dit onderwerp. Mijn promotor Prof. dr. Lieve Peremens leerde me niet enkel de beginselen van het kwalitatief onderzoek, maar begeleidde me persoonlijk en nauwkeurig bij de verzameling en verwerking van de resultaten. Dokter Ludwig Apers van het ITG was erg betrokken bij de uitvoering van de FG en zijn expertise rond hiv was onontbeerlijk om dit project tot een goed einde te brengen. Jasna Loos en Hanne Apers van het ITG gaven me zeer praktisch advies en veel “goesting” om dit onderzoek verder te zetten. Mijn praktijkopleiders Tine Beckx en Werner Van Peer herinnerden me er op tijd en stond aan dat ik “maar” een masterproef en geen doctoraat aan het schrijven was en gaven me de vrijheid tijdens mijn werkuren aan dit project te werken. Ik ben erg blij dat HAIO Celien Dekeyser dit onderzoek verder zal zetten en het patiënten perspectief in kaart zal brengen. Uiteraard was dit onderzoek er nooit gekomen zonder de open mening van alle deelnemende artsen, bedankt voor jullie tijd en de uitnodiging tijdens jullie LOK-groep. Dank aan dokter Miek Smeets en dokter Lut Lynen voor de zeer bruikbare feedback en grondige tweede lezing. Katrien Beyens wil ik graag bedanken voor haar taalkundig advies en uiteraard Mathias Van den Eynde.

6 Referenties

1. Antonneau C. HIV als chronische aandoening: beoordeling door huisartsen en HIV-patiënten van een voorstel voor een eerstelijns HIV-zorgpad 2014 [17 maart 2017]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B961121f7-0f28-ca9a-45b3-3271ec2fdc5a%7D_Thesis_Camilla_Antonneau.pdf.
2. volksgezondheid Wi. Lichte toename van het aantal nieuwe hiv-diagnoses bij MSM op nationaal niveau na de daling van vorig jaar 2016 [updated maandag, 21 november 2016. Available from: https://www.wiv-isp.be/nl/pershoek/lichte-toename-van-het-aantal-nieuwe-hiv-diagnoses-bij-msm-op-nationaal-niveau-na-de-daling.
3. WIV. EPIDEMIOLOGIE VAN AIDS EN HIV-INFECTIE IN BELGIË. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP); 2016.
4. Kendall CE, Wong J, Taljaard M, Glazier RH, Hogg W, Younger J, et al. A cross-sectional, population-based study measuring comorbidity among people living with HIV in Ontario. BMC public health. 2014;14:161.
5. Antiretroviral Therapy Cohort C. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. Lancet. 2008;372(9635):293-9.
6. BREACH. HIV PLAN BELGIUM, the Belgium Research on AIDS and HIV Consortium 2013 [19 maart 2017]. Available from: http://www.breach-hiv.be/media/docs/HIVPLan/NationalPlanDutch.pdf.

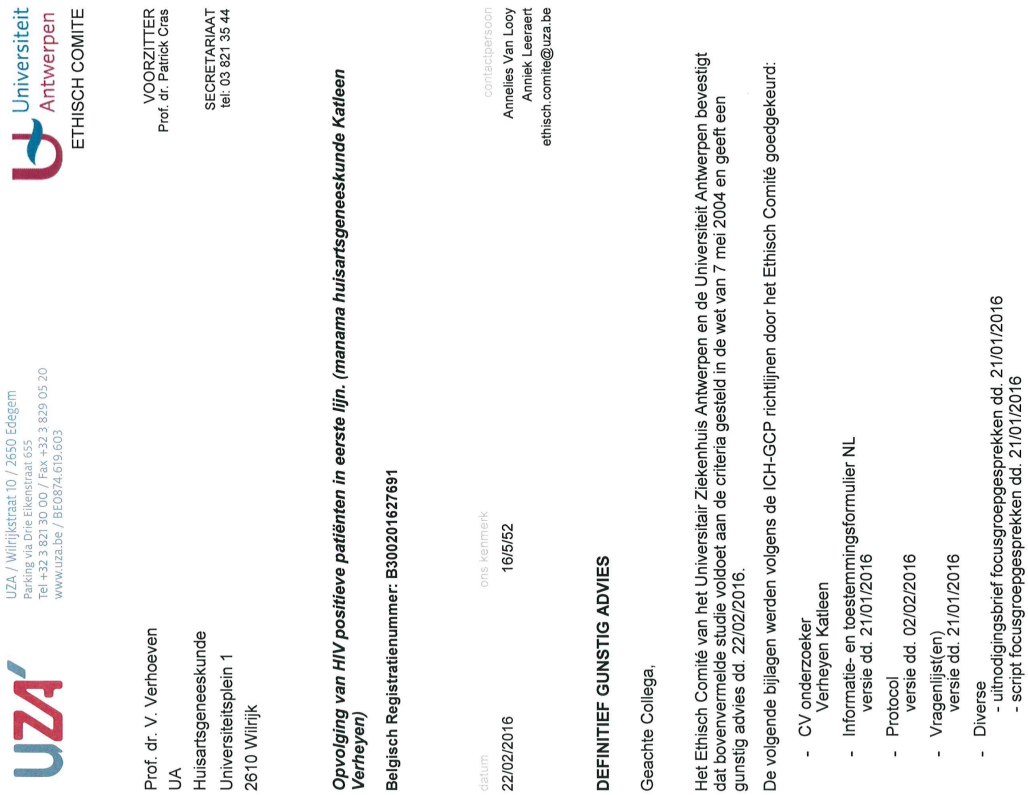
7. Monitoring rapport 2014/2015 Hiv Plan 2014-2019 2015 [19 maart 2017]. Available from: http://www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/MonitoringRapport2014_2015HivPlanSummaryNL.pdf.
8. Ryom L, Boesecke C, Gisler V, Manzardo C, Rockstroh JK, Puoti M, et al. Essentials from the 2015 European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the treatment of adult HIV-positive persons. HIV Med. 2015.
9. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, Emmanuel P, Zingman BS, Horberg MA, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014;58(1):1-10.
10. Asboe D, Aitken C, Boffito M, Booth C, Cane P, Fakoya A, et al. British HIV Association guidelines for the routine investigation and monitoring of adult HIV-1-infected individuals 2011. HIV Med. 2012;13(1):1-44.
11. Fakoya A, Lamba H, Mackie N, Nandwani R, Brown A, Bernard E, et al. British HIV Association, BASHH and FSRH guidelines for the management of the sexual and reproductive health of people living with HIV infection 2008. HIV Med. 2008;9(9):681-720.
12. Geretti PAM. British HIV Association guidelines on the use of vaccines in HIV-positive adults 2015: BHIVA, 2015 British HIV Association; 2015 [21 maart 2017]. Available from: http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Vaccination/2015-Vaccination-Guidelines.pdf.
13. Brouwers M KM, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. 2010.
14. King M, Petchey R, Singh S, Wright L, Raab J, Farnsworth W, et al. The role of the general practitioner in the community care of people with HIV infection and AIDS: a comparative study of high- and low-prevalence areas in England. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 1998;48(430):1233-6.
15. Moatti J-P, Souville M, Obadia Y, Morina M, Sebbah R, Gamby T, et al. Ethical dilemmas in care for HIV infection among French general practitioners. Health Policy. 1995;31(3):197-210.
16. Kendall CE, Manuel DG, Younger J, Hogg W, Glazier RH, Taljaard M. A population-based study evaluating family physicians' HIV experience and care of people living with HIV in Ontario. Annals of family medicine. 2015;13(5):436-45.
17. Kendall CE, Taljaard M, Younger J, Hogg W, Glazier RH, Manuel DG. A population-based study comparing patterns of care delivery on the quality of care for persons living with HIV in Ontario. BMJ open. 2015;5(5):e007428.
18. Kerr CA, Neeman N, Davis RB, Schulze J, Libman H, Markson L, et al. HIV quality of care assessment at an academic hospital: outcomes and lessons learned. American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality. 2012;27(4):321-8.
19. Leece P, Kendall C, Touchie C, Pottie K, Angel JB, Jaffey J. Cervical cancer screening among HIV-positive women. Retrospective cohort study from a tertiary care HIV clinic. Canadian family physician Medecin de famille canadien. 2010;56(12):e425-31.
20. Reinhold J-P, Moon M, Tenner CT, Poles MA, Bini EJ. Colorectal Cancer Screening in HIV-Infected Patients 50 Years of Age and Older: Missed Opportunities for Prevention. Am J Gastroenterol. 2005;100(8):1805-12.

21. Smith S, Robinson J, Hollyer J, Bhatt R, Ash S, Shaunak S. Combining specialist and primary health care teams for HIV positive patients: retrospective and prospective studies. BMJ (Clinical research ed). 1996;312(7028):416-20.
22. Huby G, Porter M, Bury J. A matter of methods: perspectives on the role of the British general practitioner in the care of people with HIV/AIDS. AIDS care. 1998;10 Suppl 1:S83-8.
23. Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S, Li W, Wilson IB. Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. Journal of general internal medicine. 2004;19(11):1096-103.
24. Horberg MA, Hurley LB, Towner WJ, Allerton MW, Tang BT, Catz SL, et al. Determination of optimized multidisciplinary care team for maximal antiretroviral therapy adherence. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999). 2012;60(2):183-90.
25. Handford CD, Tynan AM, Rackal JM, Glazier RH. Setting and organization of care for persons living with HIV/AIDS. The Cochrane database of systematic reviews. 2006(3):Cd004348.
26. Johnston S, Kendall C, Hogel M, McLaren M, Liddy C. Measures of Quality of Care for People with HIV: A Scoping Review of Performance Indicators for Primary Care. PloS one. 2015;10(9):e0136757.
27. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. ACCO, editor. Leuven 2013. 568 p.
28. Peters S. Interuniversity Symposium on Qualitative Research in Medical & Health Sciences 2016 [08 april 2017]. Available from: https://my.vub.ac.be/sites/default/files/invitation_program_interuniversity_symposium_on_qualitative_research_in_medical__health_sciences.pdf.
29. International Q, editor. The NVivo Workbook2012.
30. Bermingham S, Kippax S. HIV-related discrimination: a survey of New South Wales general practitioners. Australian and New Zealand journal of public health. 1998;22(1):92-7.
31. Wadsworth E, McCann K. Attitudes towards and use of general practitioner services among homosexual men with HIV infection or AIDS. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 1992;42(356):107-10.
32. Shaw M, Tomlinson D, Higginson I. Survey of HIV patients' views on confidentiality and non-discrimination policies in general practice. BMJ (Clinical research ed). 1996;312(7044):1463-4.
33. Madge S, Mocroft A, Olaitan A, Johnson M. Do women with HIV infection consult with their GPs? The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 1998;48(431):1329-30.
34. Teixeira PA, Gordon P, Camhi E, Bakken S. HIV patients' willingness to share personal health information electronically. Patient education and counseling. 2011;84(2):e9-12.
35. Arrey AE, Bilsen J, Lacor P, Deschepper R. "It's my secret": fear of disclosure among sub-Saharan African migrant women living with HIV/AIDS in Belgium. PloS one. 2015;10(3):e0119653.
36. Arrey AE, Bilsen J, Lacor P, Deschepper R. Spirituality/Religiosity: A Cultural and Psychological Resource among Sub-Saharan African Migrant Women with HIV/AIDS in Belgium. PloS one. 2016;11(7):e0159488.
37. Casserly SM, Scott GR, Macdougall M. General practitioner involvement and patient outcomes in HIV management. International journal of STD & AIDS. 2009;20(7):503-5.

38. Carr GS. Negotiating trust: a grounded theory study of interpersonal relationships between persons living with HIV/AIDS and their primary health care providers. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC. 2001;12(2):35-43.
39. Petchey R, Farnsworth B, Williams J. The last resort would be to go to the GP'. Understanding the perceptions and use of general practitioner services among people with HIV/AIDS. Social science & medicine (1982). 2000;50(2):233-45.
40. ITG. Advies hiv-screening door huisartsen 2017 [09 april 2017]. Available from: http://www.domusmedica.be/varia/docman-alles/publiek/praktijkdocumenten/steekkaarten-en-andere-hulpmiddelen/b-bloed-bloedvormende-organanen-en-immuunstelsel/1328-advies-hiv-screening-door-huisartsen/file.html.

7 Bijlagen

7.1 Gunstig advies Ethisch Comité



UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Elkenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Prof. dr. V. Verhoeven
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Opvolging van HIV positieve patiënten in eerste lijn. (manama huisartsgeneeskunde Katleen Verheyen)

Belgisch Registratienummer: B300201627691

datum: 22/02/2016
ons kenmerk: 16/5/52
contactpersoon: Annelies Van Looy, Anniek Leeraert, ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 22/02/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Verheyen Katleen
- Informatie- en toestemmingsformulier NL
  versie dd. 21/01/2016
- Protocol
  versie dd. 02/02/2016
- Vragenlijst(en)
  versie dd. 21/01/2016
- Diverse
  - uitnodigingsbrief focusgroepgesprekken dd. 21/01/2016
  - script focusgroepgesprekken dd. 21/01/2016

Universiteit Antwerpen

PROTOCOL

Opvolging van HIV positieve patiënten in eerste lijn

1. Onderzoeksthema

Opvolging van HIV positieve patiënten in eerste lijn.

Sinds de jaren '90 en de opkomst van HAART[1] komen HIV positieve mensen steeds minder in het AIDS stadium terecht en is de mortaliteit spectaculair gedaald. HIV positieve patiënten worden steeds vaker als chronisch zieken beschouwd. Dit heeft als implicatie dat er meer patiënten langdurig opgevolgd moeten worden met deze problematiek. Gespecialiseerde centra zoals het ITG[2] willen deze zorg delen en ook vanuit het RIZIV wordt de vraag gesteld naar een betere samenwerking met de eerste lijn.

In het verleden werden hierrond reeds twee manama thesissen geschreven, hieruit kan worden afgeleid dat er bij huisartsen zeker wel motivatie is om HIV positieve patiënten om te volgen, maar dat er veel onduidelijkheid heerst rond de opvolging[3]. Daarom wil ik nu onderzoeken hoe huisartsen kijken naar de opvolging van HIV positieve patiënten in eerste lijn.

Dit thema werd enerzijds gekozen vanuit een persoonlijke interesse voor deze problematiek na stage ervaringen in Afrika. Anderzijds merk ik ook bij collega's dat er veel onduidelijkheid bestaat rond de opvolging en zij nood hebben aan duidelijke richtlijnen voor opvolging. Daarnaast is dit ook maatschappelijk een belangrijk topic gezien wij steeds meer kosten-efficiënt zullen moeten handelen in de gezondheidszorg. Een betere samenwerking tussen eerste- en tweede-lijn kan daartoe bijdragen.

2. Onderzoeksdoel

Ten eerste wil ik graag te weten komen hoe huisartsen staan tegenover de opvolging van HIV positieve patiënten. Wat is de **kennis en attitude van huisartsen** tegenover de opvolging van seropositieve patiënten.
Daarnaast zou ik graag onderzoeken **hoe de huidige opvolging loopt**. Welke taken wenst de huisarts op te nemen en wat zijn hun verdere ideeën en verwachtingen

[1] Highly Active Antiretroviral Therapy
[2] Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen, een van de Aids Referentie Centra (ARC)
[3] HIV as a chronic disease: assessment of a model for first line HIV care by general practitioners and HIV positive patiënts, C. Antounneau, V. Verhoeven

rond de opvolging en samenwerking met de tweede-lijnsgezondheidszorg.

Deze manama thesis kan een aanzet zijn voor verder onderzoek naar samenwerkingsverbanden rond HIV positieve patiënten, zodat kwaliteit van zorg verder geobjectiveerd kan worden.

3. Onderzoeksvraag

3.1 Onderzoeksobject

Opvolging van HIV positieve patiënten in eerste lijn

3.2 Onderzoeksdomein

Opvolging van HIV positieve patiënten door de huisarts. Het betreft patiënten ouder dan 18 jaar, die stabiel zijn, niet in de opstart fase van ART[4].

3.3 Onderzoeksvraag

Hoe zien huisartsen in eerste lijn de opvolging van HIV positieve patiënten? Wat is hun kennis en attitude rond deze opvolging?
Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen eerste en tweede-lijn? Wat zijn eventueel taken die de huisarts wenst op te nemen en hoe kan de samenwerking verbeteren?

4. Onderzoeksdesign

Kwalitatief onderzoek: descriptief onderzoek door middel van focus groep gesprekken bij huisartsen in en rond de regio Antwerpen.

De huisartsen worden gerekruteerd via verschillende LOK groepen[5] in en rond de regio van Antwerpen. Er zullen een 4-tal LOK groepen gecontacteerd worden met een evenwichtig aantal huisartsen uit stedelijke en (rand)stedelijke omgeving. De Focus Groep Gesprekken zullen tijdens de LOK groep doorgaan en worden opgenomen door audio en/of video materiaal. Een aantal demografische gegevens wordt voor aanvang van de gesprekken ook verzameld door middel van een korte vragenlijst (zie bijlage 4).

Alle focusgroep gesprekken getranscribeerd worden, waarna verschillende gespreksonderwerpen gecodeerd worden. Deze data zullen kwalitatief verwerkt worden via thematische analyse. Om voldoende betrouwbaarheid te waarborgen, zal getracht worden twee onafhankelijke onderzoekers de data te laten coderen waarna deze vergeleken kunnen worden.

[4] Anti retrovirale Therapie
[5] Lokale Kwaliteitsgroep

Een uitgebreid script voor de focusgroepen vindt u in bijlage 1 en hieronder.

5. Script focus groep gesprekken

Voorbereiding

- Infobrief naar alle deelnemers sturen
- Demografische gegevens verzamelen van de verschillende huisartsen dmv een korte vragenlijst
- Grotere LOK groepen in 2 splitsen: best een groep huisartsen die vaker HIV positieve patiënten opvolgen en een groep die weinig HIV positieve patiënten opvolgen
- Taakverdeling moderator en observator afspreken
- Audio apparatuur: check of alles aanwezig is en de aansluiting goed werkt
- Draaiboek afprinten, zowel groot als klein
- Schrijfgerief meebrengen
- Uurwerk voor moderator

5.1 Voorbereiding op locatie

- Deelnemers ontvangen naamkaartje: kleurcode voor verschillende groepen
- Deelnemers nemen plaats rond tafel
- Informed consent invullen
- Eventueel korte vragenlijst met demografische gegevens invullen voor huisartsen die dit niet op voorhand deden.

5.2 Introductie

- Verwelkoming door Katleen Verheyen: kort voorstellen van aanwezigen en inleiding op manama thesis.
- Start focus groep gesprek door Dr Lieve Peremans
    - Welkom en bedanking voor komst
    - Start opname + aankondiging opname + anonimiteit opname wordt gewaarborgd
    - Graag jullie eigen idee en ervaringen delen, er bestaan geen goede/foute antwoorden
    - Enkele praktische afspraken:
        - Graag GSM uitschakelen
        - Gelieve niet door elkaar te praten
        - Voor start nog vragen rond het onderzoek
        - Gelieve zeker het informed consent te tekenen voor zij die dit nog niet deden

5.3 Start focusgroepgesprek

5.3.1 Openingsvraag: Denk eens terug aan jullie laatste consult meet een HIV positieve patiënt?
(voor de artsen die weinig HIV positieven zien: jullie laatste SOA consult).

- Wat komt aan bod tijdens zo'n consult?
- Wat bespreek je met de patiënt?
- Voelde u zich op uw gemak tijdens dit consult?

5.3.2 Hebben jullie HIV positieve patiënten in jullie populatie?

- Hoe verloopt de opvolging van deze patiënten?
- Voor welke problemen komen zij regelmatig op consultatie?

5.3.3 Wat denkt u van de rol van de huisarts binnen de opvolging van HIV positieve patiënten?

- Zou u ook graag de HIV gerelateerde problemen mee opvolgen?
- Waarom zou u al dan niet HIV gerelateerde problemen willen opvolgen?
- Vanuit welk oogpunt lijkt u dit interessant?
- Hoe vertrouwd zijn jullie met deze materie?
- Hoe voelen jullie je bij deze opvolging? Voel je je verbonden met deze patiënten?
- Ervaren jullie bepaalde barrières bij deze patiënten?

5.3.4 Hoe zou de samenwerking tussen ARC en de huisarts verbeterd kunnen worden?

- Hoe verloopt de samenwerking met het ARC?
- Kennen jullie eventueel iemand op het ITG?
- Wat ziet u als mogelijke verbeteringen voor de samenwerking tussen huisarts en ARC?
- Zijn er dingen die ontbreken om op goede manier HIV positieve patiënten op te volgen?

5.3.4 Afsluitende vraag: wie wil er nog iets toevoegen aan het gesprek?

5.4 Afsluiting

Bedanking ook wegens Katleen

- Korte presentatie HIV anno 2016: cijfers in België + evolutie van de ziekte (voorstel van Dr Ludwig Apers)
- Hoe zou de ideale opvolging anno 2016 kunnen zijn? Korte update van de literatuur → ter info voor geïnteresseerde huisartsen een kort overzicht brengen over wat reeds geweten is omtrent de follow-up.

5.5 Nabespreking

- Veldnota's van de observator bespreken
- Draaiboek/topiclijst aanpassen indien nodig

7.3 Zoekstrategie literatuuronderzoek

Tabel 2. Zoekstrategie literatuuronderzoek

ZOEKTERMEN	RESULTATEN	WEERHOUDEN ARTIKELS	SNEEUWBAL ARTIKELS
Huisartsen standaarden: Domus Medica en NHG			
Het soa-consult (NHG, september 2013)	1	0	/
Cochrane Systematic reviews			
HIV AND primary health care	13 + 3	1	1
HIV (mesh)	19 + 73	0	/
(MeSH: [HIV] OR MeSH: [Acquired Immunodeficiency Syndrome]) AND MeSH: [Primary Health Care]	1	1	/
(MeSH: [HIV] OR MeSH: [Acquired Immunodeficiency Syndrome]) AND MeSH: [General Practitioners]	0	/	/
PubMed			
(("HIV"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh])	71	3	/
("HIV"[Mesh]) AND "Patient Care Planning"[Mesh]	15	2	/
("HIV"[Mesh]) AND "Patient Care Team"[Mesh]	10	0	/
("HIV"[Mesh]) AND "General Practice"[Mesh]	4	1	3
(("HIV"[Mesh]) AND ("Physicians, Family"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh]))	2	0	/
Google Scholar			
HIV AND Primary health care	/	2	/
HIV OR AIDS AND primary health care	/	2	/
HIV OR AID AND General Practitioner	/	8	/
HIV AND Patient Care Planning	/	/	/
HIV AND Patient Care Team	/	/	/
HIV AND General Practice	/	5	/

Universiteit Antwerpen

Informed consent

Opvolging van HIV positieve patiënten in eerste lijn

Geachte Mevrouw,
Geachte Mijnheer,

Sinds de jaren '90 en de opkomst van HAART komen HIV positieve patiënten steeds minder in het AIDS stadium terecht en is de mortaliteit spectaculair gedaald. HIV positieve patiënten worden vaker als chronisch zieken beschouwd. Dit heeft als implicatie dat er steeds meer patiënten langdurig opgevolgd moeten worden met deze problematiek. Gespecialiseerde centra zoals het ITG willen deze zorg steeds meer delen en ook vanuit het RIZIV wordt de vraag gesteld naar een betere samenwerking met de eerste lijn.

Met dit onderzoek wil ik graag te weten komen hoe huisartsen staan tegenover de opvolging van HIV positieve patiënten. Daarnaast zou ik graag onderzoeken hoe de huidige opvolging loopt. Welke taken wenst de huisarts op te nemen en wat zijn hun verdere ideeën en verwachtingen rond de opvolging en samenwerking met de tweede-lijnsgezondheidszorg. Dit onderzoek kadert in mijn afstudeerthesis van de Master-Na-Masteropleiding Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen. De gegevens zullen verzameld worden aan de hand van focusgroepgesprekken binnen verschillende LOK groepen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universiteit van Antwerpen en zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki (2000), opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan wetenschappelijk onderzoek. In geen geval dient u deze goedkeuring te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie

Uw deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming verklaart u zich bereid mee te werken aan deze studie.

Mocht u vragen hebben over dit onderzoek, aarzel dan niet om contact op te nemen met de onderzoeker. Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Katleen Verheyen

Contact: katleen.verheyen@student.uantwerpen.be; 0484/618041

Universiteit Antwerpen

Toestemmingsformulier

Opvolging van HIV positieve patiënten in eerste lijn

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik kreeg de kans en de nodige tijd om vragen over het onderzoek te stellen. Ik kreeg een bevredigend antwoord op al mijn vragen.

Ik weet dat de identiteit en alle persoonlijke gegevens van deze studie worden verzameld, zullen vertrouwelijk behandeld worden en kunnen enkel via codenummer achterhaald worden. Ik begrijp dat het opnamemateriaal en de bewerking daarvan uitsluitend voor analyse zal gebruikt worden.

Ik ben er mij van bewust dat de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit van Antwerpen dit onderzoek heeft goedgekeurd.

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

Naam deelnemer: .....

Datum: ..... Handtekening deelnemer: .....

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik bevestig dat ik de aard, methode en doel van het onderzoek aan bovenvermelde respondent heb uitgelegd. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: .....

Datum: ..... Handtekening onderzoeker: .....

Informed Consent focusgroepgesprekken: HIV in eerste lijn
21 januari 2016

7.5 Vragenlijst: demografische gegevens

Universiteit Antwerpen

Vragenlijst

Opvolging van HIV positieve patiënten in eerste lijn

Demografische gegevens

NAAM: .....

PRAKTIJKADRES: .....

TYPE PRAKTIJK Solo / Duo / Groep / Wijkgezondheidscentra (omcirkel en/of doorstreep)

GESLACHT: Man / Vrouw (omcirkel en/of doorstreep)

LEEFTIJD: .....

JAARTAL WAARIN U ALS ARTS AFSTUDEERDE: .....

Opvolging HIV positieve patiënten

SCHATTING VAN HET AANTAL GMD'S IN UW TOTALE PRAKTIJK: .....

SCHATTING VAN HET AANTAL SOA-TESTEN PER WEEK DIE U PERSOONLIJK AFNEEMT:

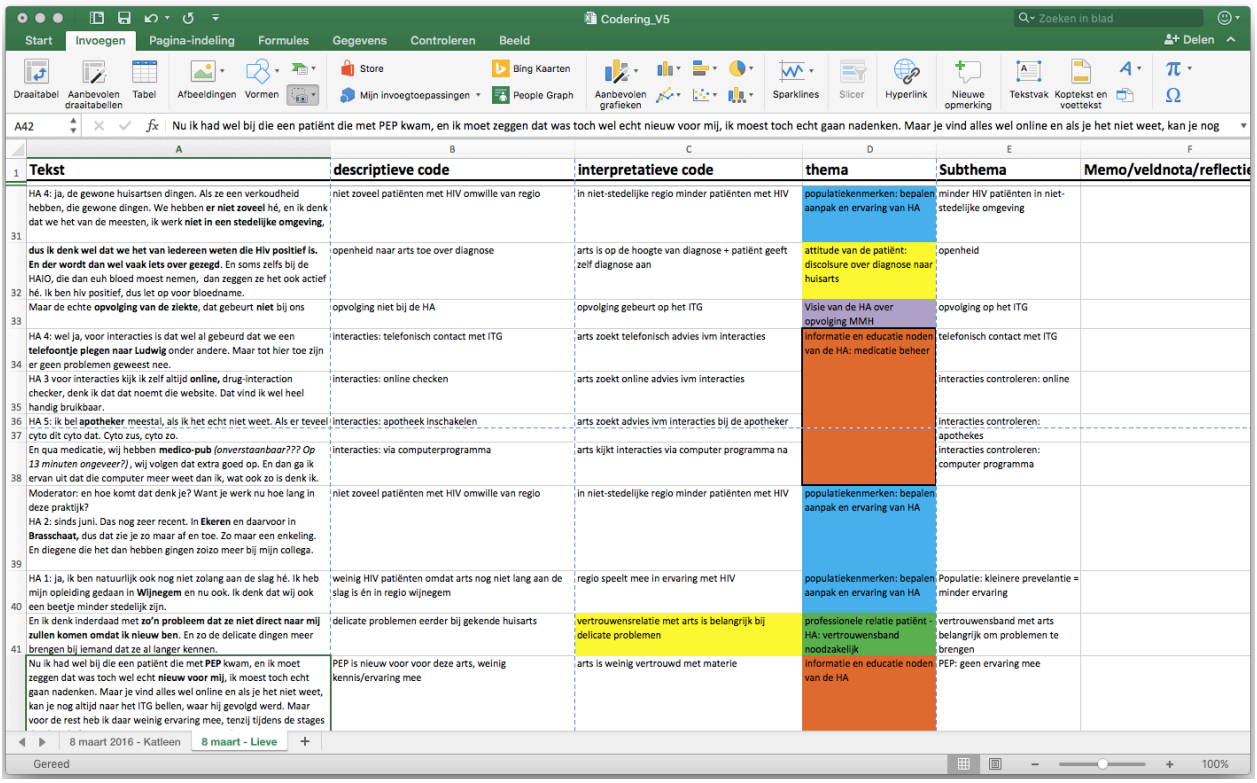
0 / 1-5 / >5 (omcirkel en/of doorstreep)

SCHATTING VAN HET AANTAL HIV-PATIËNTEN IN UW TOTALE PRAKTIJK:

0 / 1-5 / 5-10 / >10 (omcirkel en/of doorstreep)

Vragenlijst: HIV in eerste lijn
21 januari 2016

7.6 Codeboek



	Tekst	descriptieve code	interpretatieve code	thema	Subthema	Memo/veldnota/reflectie
31	HA 4: ja, de gewone huisartsen dingen. Als ze een verkoudheid hebben, die gewone dingen. We hebben **er niet zoveel** hé, en ik denk dat we het van de meesten, ik werk **niet in een stedelijke omgeving**,	niet zoveel patiënten met HIV omwille van regio	in niet-stedelijke regio minder patiënten met HIV	populatiekenmerken: bepalen aanpak en ervaring van HA	minder HIV patiënten in niet-stedelijke omgeving	
32	**dus ik denk wel dat we het van iedereen weten die Hiv positief is. En der wordt dan wel vaak iets over gezegd**. En soms zelfs bij de HAIO, die dan euh bloed moest nemen, dan zeggen ze het ook actief hé. Ik ben hiv positief, dus let op voor bloedname.	openheid naar arts toe over diagnose	arts is op de hoogte van diagnose + patiënt geeft zelf diagnose aan	attitude van de patiënt: discolsure over diagnose naar huisarts	openheid	
33	Maar de echte **opvolging van de ziekte**, dat gebeurt **niet** bij ons	opvolging niet bij de HA	opvolging gebeurt op het ITG	Visie van de HA over opvolging MMH	opvolging op het ITG	
34	HA 4: wel ja, voor interacties is dat wel al gebeurd dat we een **telefoontje plegen naar Ludwig** onder andere. Maar tot hier toe zijn er geen problemen geweest nee.	interacties: telefonisch contact met ITG	arts zoekt telefonisch advies ivm interacties	informatie en educatie noden van de HA: medicatie beheer	telefonisch contact met ITG	
35	HA 3 voor interacties kijk ik zelf altijd **online,** drug-interaction checker, denk ik dat dat noemt die website. Dat vind ik wel heel handig bruikbaar.	interacties: online checken	arts zoekt online advies ivm interacties		interacties controleren: online	
36	HA 5: ik bel **apotheker** meestal, als ik het echt niet weet. Als er teveel	interacties: apotheek inschakelen	arts zoekt advies ivm interacties bij de apotheker		interacties controleren:	
37	cyto dit cyto dat. Cyto zus, cyto zo.				apothekes	
38	En qua medicatie, wij hebben **medico-pub** *(onverstaanbaar??? Op 13 minuten ongeveer?)*, wij volgen dat extra goed op. En dan ga ik ervan uit dat die computer meer weet dan ik, wat ook zo is denk ik.	interacties: via computerprogramma	arts kijkt interacties via computer programma na		interacties controleren: computer programma	
39	Moderator: en hoe komt dat denk je? Want je werk nu hoe lang in deze praktijk? HA 2: sinds juni. Das nog zeer recent. In **Ekeren** en daarvoor in **Brasschaat,** dus dat zie je zo maar af en toe. Zo maar een enkeling. En diegene die het dan hebben gingen zoizo meer bij mijn collega.	niet zoveel patiënten met HIV omwille van regio	in niet-stedelijke regio minder patiënten met HIV	populatiekenmerken: bepalen aanpak en ervaring van HA		
40	HA 1: ja, ik ben natuurlijk ook nog niet zolang aan de slag hé. Ik heb mijn opleiding gedaan in **Wijnegem** en nu ook. Ik denk dat wij ook een beetje minder stedelijk zijn.	weinig HIV patiënten omdat arts nog niet lang aan de slag is én in regio wijnegem	regio speelt mee in ervaring met HIV	populatiekenmerken: bepalen aanpak en ervaring van HA	Populatie: kleinere prevelantie = minder ervaring	
41	En ik denk inderdaad met **zo'n probleem dat ze niet direct naar mij zullen komen omdat ik nieuw ben.** En zo de delicate dingen meer brengen bij iemand dat ze al langer kennen.	delicate problemen eerder bij gekende huisarts	vertrouwensrelatie met arts is belangrijk bij delicate problemen	professionele relatie patiënt - HA: vertrouwensband noodzakelijk	vertrouwensband met arts belangrijk om problemen te brengen	
	Nu ik had wel bij die een patiënt die met **PEP** kwam, en ik moet zeggen dat was toch wel echt **nieuw voor mij**, ik moest toch echt gaan nadenken. Maar je vind alles wel online en als je het niet weet, kan je nog altijd naar het ITG bellen, waar hij gevolgd werd. Maar voor de rest heb ik daar weinig ervaring mee, tenzij tijdens de stages	PEP is nieuw voor voor deze arts, weinig kennis/ervaring mee	arts is weinig vertrouwd met materie	Informatie en educatie noden van de HA	PEP: geen ervaring mee	

Figuur 4. Codeboek

7.7 Demografische gegevens

Tabel 3. Demografische gegevens

FG		Leeftijd	Geslacht	Type praktijk	Locatie	Aantal soa consulten/week	Aantal hiv-patiënten
1A	1	28	Man	Groep	Dorp	1-5	1-5
	2	41	Vrouw	Groep	Dorp	1-5	0
	3	36	Vrouw	Groep	Stad	1-5	>10
	4	60	Vrouw	Duo	Dorp	1-5	1-5
	5	39	Vrouw	Groep	Randstad	/	/
	6	57	Vrouw	Groep	Randstad	0	5-10
1B	7	54	Man	Duo	Dorp	1-5	1-5
	8	39	Vrouw	Groep	Stad	1-5	1-5
	9	30	Man	Groep	Stad	1-5	>10
	10	58	Man	Groep	Stad	1-5	>10
	11	34	Vrouw	Duo	Stad	1-5	5-10
2A	12	55	Vrouw	Solo	Dorp	1-5	1-5
	13	52	Man	Groep	Dorp	1-5	1-5
	14	54	Vrouw	Solo	Dorp	0	1-5
	15	50	Man	Duo	Randstad	1-5	0
2B	16	53	Vrouw	Duo	Dorp	1-5	1-5
	17	40	Vrouw	Groep	Dorp	1-5	1-5
	18	40	Vrouw	Groep	Dorp	1-5	1-5
3A	19	26	Vrouw	Groep	Stad	1-5	>10
	20	44	Vrouw	Groep	Stad	1-5	>10
	21	40	Vrouw	Duo	Randstad	1-5	1-5
	22	53	Vrouw	Groep	Stad	1-5	5-10
	23	60	Man	Solo	Dorp	1-5	1-5
3B	24	53	Vrouw	Groep	Stad	1-5	>10
	25	29	Vrouw	Groep	Stad	1-5	>10
	26	47	Vrouw	Groep	Stad	1-5	5-10
	27	54	Man	Groep	Stad	1-5	>10
	28	54	Vrouw	Groep	Stad	1-5	>10
	29	43	Vrouw	Groep	Dorp	/	/
	30	41	Man	Groep	Stad	1-5	>10
	31	37	Vrouw	Duo	Randstad	/	/
	32	27	Vrouw	*	*	*	*
	33	57	Vrouw	Groep	Stad	1-5	5-10
4	34	38	Vrouw	WGC	Stad	1-5	5-10
	35	31	Man	WGC	Stad	1-5	5-10
	36	33	Vrouw	WGC	Stad	1-5	5-10
	37	29	Man	WGC	Stad	1-5	5-10
	38	40	Vrouw	WGC	Randstad	1-5	1-5
	39	31	Vrouw	WGC	Randstad	1-5	1-5
	40	50	Man	WGC	Randstad	1-5	1-5
	41	25	Vrouw	WGC	Randstad	1-5	1-5
	42	37	Vrouw	WGC	Randstad	1-5	1-5

*Legende: * = heden niet werkzaam als huisarts; / = niet ingevuld; WGC = wijkgezondheidscentrum*