ARTSEN VAN ARTSEN: EEN COLLEGA-ARTS OP CONSULTATIE

Sarah Coox, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015-2017

Abstract

INLEIDING: Er is de laatste jaren reeds veel onderzoek gebeurd naar de 'arts als patiënt', dit vooral naar aanleiding van de groeiende burn-outproblematiek onder (huis)artsen. Een luik waar tot op heden weinig aandacht aan werd besteed, is de andere zijde, namelijk 'huisarts zijn van een collega-arts'. Met deze masterproef gaan we dieper in op dit laatste onderwerp door na te gaan hoe huisartsen deze consultaties ervaren, of ze collega's op een andere manier benaderen en behandelen en wat de oorzaken en gevolgen zijn van een eventuele andere aanpak.

METHODE: Door middel van een kwalitatief fenomenologisch onderzoek probeerden we een antwoord te vinden op onze onderzoeksvragen. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen van negen huisartsen, die minstens één collega-arts in hun patiëntenbestand hebben. De verkregen data werd daarna thematisch geanalyseerd.

RESULTATEN: Er konden zeven verschillende thema's afgeleid worden die de voornaamste domeinen vertegenwoordigen waarin de zorg voor collega's kan verschillen in vergelijking met die voor andere patiënten. Deze thema's zijn *eigen emoties tijdens consultatie*, *actiedrempel en aanpak*, *communicatie*, *inhoud van de consultatie, arts-patiëntrelatie, vooroordelen over medische kennis*, en ten slotte *opvolging*. Huisartsen ervaren algemeen meer stress tijdens consultaties met collega's. De actiedrempel ligt soms lager dan bij gewone patiënten en hoewel er meer wordt gediscussieerd, wordt er ook minder uitgelegd. Gevoelige onderwerpen zijn moeilijker bespreekbaar en de arts-patiëntrelatie is minder goed afgelijnd. Veel huisartsen hebben al dan niet foutieve veronderstellingen over de medische kennis van de arts-patiënt en leggen veelal de verantwoordelijkheid bij de patiënt om zichzelf op te volgen. Maar het ideaalbeeld van de huisartsen zelf in geval van consultatie bij een collega, is toch een behandeling zoals elke andere patiënt.

CONCLUSIE: Er zijn een aantal aspecten waarin de zorg voor collega's kan verschillen ten opzichte van die voor andere patiënten. Deze verschillen in aanpak kunnen ertoe leiden dat de kwaliteit van zorg die collega's krijgen, lager ligt dan bij de gemiddelde patiënt. Als we de gezondheid en de gezondheidszorg van artsen willen verbeteren, is het daarom belangrijk deze zaken in acht te nemen en collega's voortaan zo veel mogelijk te zien en te behandelen als gewone patiënten.

Inhoudsopgave

Abstract 2

Inhoudsopgave 3

ARTSEN VAN ARTSEN: een collega-arts op consultatie 4

1. INLEIDING 4

2. LITERATUURSTUDIE 4

2.1 Doelstelling 4

2.2 Methode 5

2.3 Resultaten 6

3. VELDSTUDIE 8

3.1 Methode 8

3.2 Resultaten 10

3.3 Discussie 14

3.4 Conclusie 17

4. BRONNENLIJST 17

Bijlagen 19

1. ADVIES ETHISCH COMMITE 19

2. INFORMATIEBRIEF 21

3. VOORBEELD INFORMED CONSENT 23

4. DRAAIBOEK SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW 24

5. CODEBOOK THEMA'S 27

6. STUDIEPROTOCOL 28

ARTSEN VAN ARTSEN: een collega-arts op consultatie

1. INLEIDING

Er is de laatste jaren reeds veel onderzoek gebeurd naar de 'arts als patiënt', dit vooral naar aanleiding van de groeiende burn-outproblematiek onder (huis)artsen. Naar schatting zou ongeveer 10% van de huisartsen aan burn-out lijden.[1] Dit veroorzaakt niet enkel persoonlijk leed voor de huisarts in kwestie, het heeft ook een belangrijk maatschappelijk gevolg, namelijk een vermindering van de kwaliteit en continuïteit van zorg. Uit het KCE rapport over burn-out bij huisartsen in 2011 kwam dan ook de aanbeveling dat elke arts zijn eigen huisarts zou moeten hebben om te helpen waken over hun gezondheid.[2] Dit is helaas niet zo eenvoudig te realiseren gezien de meeste huisartsen nogal wat barrières ervaren om een collega-arts te raadplegen.[3]

Een luik waar echter nog maar weinig aandacht aan besteed werd, is het tegenovergestelde, namelijk dat van 'huisarts zijn van een collega-arts'. Indien we ervoor willen zorgen dat elke arts een eigen huisarts heeft, is het immers ook belangrijk te kijken hoe huisartsen zelf het zorgen voor een collega ervaren en hoe ze dat aanpakken.

In deze thesis wil ik dat onderwerp graag verder toelichten. Want we hebben het allemaal al wel eens ervaren, een collega-arts op consultatie. In principe een patiënt zoals alle anderen, maar wordt dit door de huisarts in kwestie ook wel echt zo ervaren? Hoe voelen we ons in deze merkwaardige situatie? Benaderen we collega's op dezelfde manier als onze andere patiënten? Hanteren we dezelfde actiedrempels en wat zijn de oorzaken en gevolgen van een eventuele andere aanpak?

Dat zijn de vragen waarop ik in dit eindwerk een antwoord op hoop te vinden. Bijkomend kunnen deze resultaten eventueel ook al een eerste stap zijn naar een antwoord op de vraag waarom nog steeds slechts een minderheid van de (huis)artsen een eigen huisarts heeft.

2. LITERATUURSTUDIE

2.1 Doelstelling

Deze literatuurstudie werd aangevat met volgende doelstelling:

Bepalen wat er tot op heden al gekend is over de manier waarop artsen collega's benaderen en behandelen wanneer die als patiënt tot bij hen komen en wat de eventuele aanbevelingen in deze situatie zijn.

2.2 Methode

We voerden literatuuronderzoek uit naar het behandelen en benaderen van collega-artsen door middel van een *web search* en een *reference search*.

Voor de *web search* werden verschillende elektronische databanken, tijdschriften en boeken geraadpleegd via Limo. Limo is een onderdeel van de universiteitsbibliotheek van de KU Leuven die alle e-bronnen bevat waarvoor de universiteit een licentie heeft, net als een selectie van gratis toegankelijke bronnen. Er werd gezocht vanuit een PICO[tabel 1].

Tabel 1 – PICO

	Mogelijke trefwoorden
PATIENT	Doctors, physicians, general practitioners
INTERVENTION	Treating doctor-patients, caring for colleagues
COMPARISON	/
OUTCOME	Experiences, challenges

Enkel artikels gepubliceerd in de laatste twintig jaar werden geraadpleegd. De selectie voor meer gedetailleerde evaluatie werd gemaakt op basis van titel en abstract.

Dit gaf aanleiding tot de volgende zoekopdrachten[tabel2]:

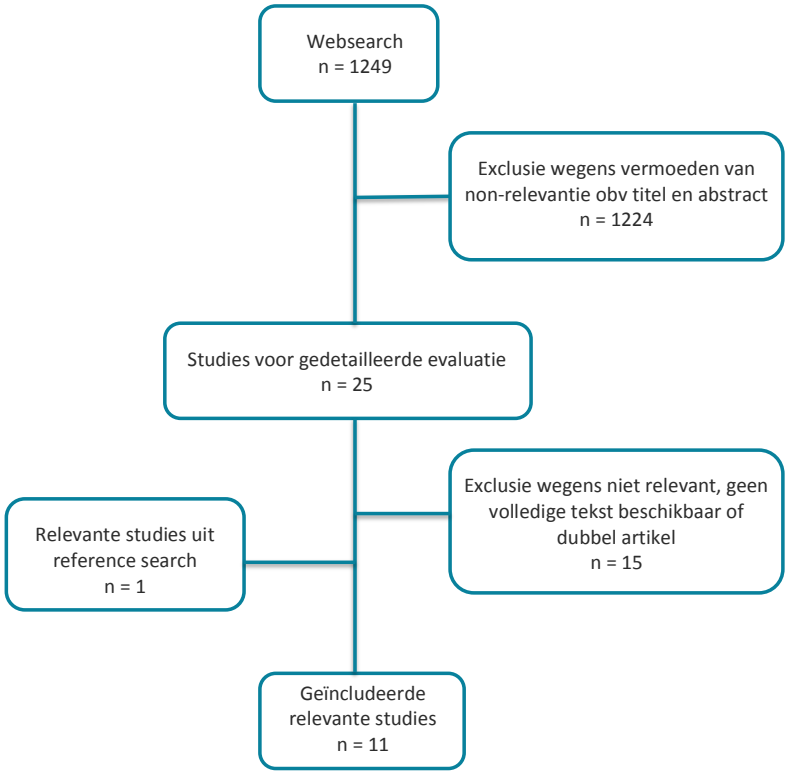
Tabel 2 – Zoekstrategie

Zoekopdracht	Resultaat	Geselecteerd
Doctors AND caring for colleagues	208	5
Doctors AND treating colleagues	265	1
Caring for doctor-patients	3	0
Treating doctor-patients	48	5
Caring for physician-patients	5	2
Physicians AND treating colleagues	5	2
Physicians AND caring for colleagues	560	3
General practitioner AND treating colleagues	10	0
General practitioner AND caring for colleagues	4	0
Treating doctor-patients AND challenges	81	2
Treating physician-patients AND challenges	5	0
Treating doctor-patients AND experiences	4	2
Caring for doctor-patients AND challenges	0	0
Caring for doctor-patients AND experiences	0	0
Caring for physician-patients AND challenges	2	2
Treating physicians-patients AND experiences	3	0
Caring for physicians-patients AND experiences	1	1

De gevonden artikels werden eerst op basis van titel geselecteerd. Wanneer de titel deed vermoeden dat het om een relevant artikel ging, werd het abstract gelezen. Indien het abstract een relevant artikel deed vermoeden, werd het weerhouden voor meer gedetailleerde evaluatie door het lezen van de volledige tekst. Een vermoeden van relevantie was gebaseerd op het terugvinden van informatie over hoe artsen collega's benaderen en behandelen of van aanbevelingen omtrent de zorg voor collega-artsen. Op deze manier werden 25 artikels geselecteerd. Na het verwijderen van de dubbele artikels en het lezen van de volledige teksten, werden uiteindelijk tien relevante artikels weerhouden. Een *reference search* op deze artikels leverde nog één nieuw relevant artikel op, wat het totaal op elf bracht. Exclusiecriteria bij gedetailleerde evaluatie waren eveneens relevantie maar ook beschikbaarheid van een volledige tekst. Een artikel werd ook hier als niet-relevant beschouwd als het geen informatie verschafte over hoe artsen collega's benaderen en behandelen of indien er geen aanbevelingen werden gegeven omtrent de zorg voor collega-artsen.

Figuur 1 toont een prisma-schema van de zoekstrategie.

Fig 1: prisma-schema zoekstrategie



2.3 Resultaten

In de beperkte literatuur die handelt over het zorgen voor collega-artsen, is men het over één ding duidelijk eens: je moet ze zo veel mogelijk behandelen als gewone patiënten.

Dit begint al bij het **scheppen van een duidelijk kader**. De consultaties vinden daarom best plaats binnen de formele setting van een praktijkruimte. Dit enerzijds om de arts-patiëntrelatie duidelijk vast te leggen, anderzijds om een grondige anamnese en lichamelijk onderzoek te kunnen uitvoeren, zoals je ook zou doen bij andere patiënten. Zo vermijd je dat je bepaalde zaken over het hoofd zou zien of niet alle relevante informatie zou bekomen, en kan alles goed gedocumenteerd worden in een dossier.[4-9]

Een ander aspect dat vaak terugkomt gaat over de **manier van communiceren**. Veel artsen hebben de neiging veronderstellingen te maken over de medische kennis van de collega die hen consulteert, of hebben angst de collega te beledigen door te veel basisinformatie mee te delen. Een goed evenwicht vinden in de hoeveelheid informatie die je best meedeelt aan een collega, is niet makkelijk. De collega-patiënt zal echter zelden zelf om verduidelijking vragen, uit schaamte voor het gebrek aan veronderstelde kennis. Men raadt dan ook aan steeds voldoende uitleg te geven, zoals je ook in andere consultaties zou doen.[4-5,7-10]

Het geven van voldoende verduidelijking bij diagnose en beleid, mag echter niet betekenen dat je beter vergeet dat de patiënt ook arts is. Het is belangrijk dat feit te erkennen en ***shared decision making*** toe te laten, dit versterkt de arts-patiëntrelatie. Men raadt aan dat je de collega toelaat mee te denken en te discussiëren, zonder dat hij het zorgplan gaat dicteren. De zieke collega is immers niet de beste persoon om zijn aandoening volledig objectief te beoordelen en je moet ook rekening houden met zijn angsten en verwachtingen, die overigens vaak dezelfde zijn als die van andere patiënten. Men kan daarom best ruim tijd voorzien voor deze consultaties.[5,7,8,10-13]

Een volgende belangrijke valkuil is het **geven van een voorkeursbehandeling aan deze patiënten.** Vaak zijn artsen geneigd collega's bepaalde privileges toe te kennen of short cuts te voorzien. Aan de basis hiervan ligt meestal een angst om zeker geen fouten te willen maken of anders een soort van 'VIP syndroom'. Het normale systeem bypassen en het afwijken van richtlijnen en protocollen kan echter soms de zorg voor deze patiënten nadelig beïnvloeden. Zo zijn gevallen bekend waar dergelijke situaties hebben geleid tot onnodige onderzoeken, missen van resultaten, overbodige therapieën en dergelijke. Het volgen van standaard richtlijnen en protocollen kan in deze arts-patiëntcontacten beter een houvast bieden om de meest optimale zorg te kunnen voorzien en men raadt dan ook aan hier niet van af te wijken.[4-5,7,9-10]

Vooraleer je de zorg voor een collega aanvaardt, zijn er **twee belangrijke vragen die je jezelf kan stellen om er zeker van te zijn dat je deze patiënt optimaal zal kunnen helpen**. Eerst en vooral moet je jezelf afvragen of je wel steeds objectief kan blijven. Een hechte persoonlijke band met de collega kan de objectiviteit in het gedrang brengen. Ook de kans dat je jezelf te sterk gaat identificeren met de collega-arts, kan je beoordelingsvermogen beïnvloeden. De tweede belangrijke vraag, is of je je zelf wel comfortabel voelt in de situatie. Gevoelens van angst, onzekerheid en intimidatie bijvoorbeeld staan een optimale zorg in de weg en maken dat jij misschien niet de geschikte persoon bent om de collega op te volgen.[4-6,11]

Wat de persoonlijke benaderingen van artsen betreft in deze situaties, zijn er volgens één studie[14] vijf verschillende vormen van zorg te onderscheiden. Bij het toepassen van *usual care* wordt de patiënt behandeld en benaderd net zoals alle andere patiënten en laat je je niet beïnvloeden door het feit dat de patiënt ook arts is. Slechts een kleine minderheid van de artsen in de studie benaderen collega's op deze manier. Bij *dutiful care* wordt de collega ook behandelt zoals andere patiënten, maar hier voelt de arts zich sterk verplicht strikt richtlijnen te volgen en vooral niet te discrimineren. Men probeert zich uitermate professioneel op te stellen. Veruit de meest voorkomende vorm van zorg bleek in deze studie de *insecure care*. Het zorgen voor een collega brengt bij veel artsen gevoelens van stress, onzekerheid, angst en intimidatie naar voren. Vaak wordt hier ook meer verantwoordelijkheid bij de arts-patiënt gelegd omdat men verwacht dat deze meer begrijpt en zichzelf kan opvolgen. De tweede meest voorkomende reactie was het geven van *secure and prioritised care*. Het feit dat de patiënt een dokter is, geeft hem volgens deze artsen het recht op bepaalde privileges. Het gaat dan vooral om het sneller inplannen van onderzoeken of raadplegingen, meer inspraak, meer behandelingsopties, frequentere of meer nauwgezette follow-up en dergelijke. De laatste vorm van zorg voor collega's wordt omschreven als *responsive care*. Men gaat hier expliciet de identiteit van de patiënt als persoon erkennen en respecteren. Veronderstellingen over medische kennis worden zo veel mogelijk vermeden, maar men houdt wel rekening met de medische achtergrond en laat ruimte voor *shared desicion making*.

3. VELDSTUDIE

3.1 Methode

Uit de literatuur blijkt dat men het algemeen eens is over het feit dat collega-artsen best zo veel mogelijk als gewone patiënten worden behandeld. Er zijn echter een aantal aspecten waarin de consultatie met een collega-arts kan verschillen van die met andere patiënten, voornamelijk op vlak van communicatie, het scheppen van een duidelijk kader en het geven van voorkeursbehandelingen. Ook de persoonlijke benadering van de arts naar de collega toe en de manier van zorg verlenen kan verschillen.

Met deze bevindingen indachtig hebben wij geprobeerd een antwoord te vinden op onze onderzoeksvragen. Door middel van een kwalitatief fenomenologisch onderzoek probeerden we te weten te komen hoe huisartsen deze consultaties ervaren, of ze collega's op een andere manier benaderen en behandelen en wat de oorzaken en gevolgen zijn van een eventuele andere aanpak.

Data werd verzameld door middel van individuele interviews waarvoor een vooraf beschreven draaiboek werd gevolgd (bijlage 4). De vragen in dit draaiboek zijn gebaseerd op de bevindingen uit de literatuurstudie. Het voornaamste artikel hierbij was dat van Svantesson et

al.[14] gezien de gelijkaardige opzet van de studie, namelijk het polsen naar de ervaringen van artsen bij het zorgen voor collega's door middel van semigestructureerde interviews. Ook demografische gegevens werden verzameld.

De studiepopulatie werd gerekruteerd uit actieve Vlaamse huisartsen en huisartsen-in-opleiding die in hun patiëntenbestand minstens één collega-arts hebben. We hebben gestreefd naar een zo gevarieerd mogelijke groep artsen (mannen en vrouwen; verschillende leeftijdscategorieën; aantal jaren werkervaring; soort praktijk). Na goedkeuring van het ethisch comité (bijlage 1), werden zij via gekende grote kanalen zoals Domus Medica, het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen in Opleiding (ICHO) en de regionale huisartsenkringen gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Door middel van een informatiebrief werden zij uitgenodigd op geheel vrijwillige basis. Bijlage 2 toont een voorbeeld van deze brief. Iedere geïncludeerde studiepersoon heeft zijn geïnformeerde schriftelijke en mondelinge toestemming gegeven bij aanvang van het interview. Een voorbeeld van deze *informed consent* is terug te vinden in bijlage 3. De interviews werden vastgelegd door middel van een geluidsopname en notities van de interviewer.

De verkregen data werd thematisch geanalyseerd volgens de principes van King en Horrocks, beschreven in hun boek *Interviews in Qualitative Research*.[15]
In een eerste fase werden de transcripts van de interviews enkele keren doorgelezen. Daarna werden descriptieve codes toegekend. Dit zijn korte beschrijvingen van de stukjes tekst, dicht bij de oorspronkelijke bewoording, die relevant zijn voor de onderzoeksvragen. Descriptieve codes met gelijkaardige betekenissen werden daarna geclusterd in interpretatieve codes en teruggekoppeld naar de onderzoeksvragen. Er werd dus steeds opnieuw nagegaan of de gevonden informatie in de geclusterde interpretatieve codes van belang was voor en antwoord gaf op de onderzoeksvragen zodat enkel materiaal relevant voor het onderzoek werd meegenomen. Uit deze interpretatieve codes werden vervolgens enkele overkoepelende thema's afgeleid die de voornaamste vlakken vertegenwoordigen waarop artsen ervaren dat de zorg voor collega-artsen verschilt ten opzichte van die voor andere patiënten. In bijlage 5 is een *codebook* van deze thema's terug te vinden.

Het interviewen en de data-analyse gebeurde iteratief. Op deze manier werd na enkele interviews duidelijk dat er vaak gelijkaardige antwoorden en ervaringen terugkwamen. Gezien op dat moment nog voornamelijk artsen uit de eigen huisartsenkring waren geïnterviewd, werd daarna doelgericht gezocht naar artsen buiten de kring om meer variatie te bereiken en een lokaal fenomeen uit te sluiten. Ook hier kwamen gelijkaardige ervaringen naar boven. Er kan dus sprake zijn van datasaturatie.

3.2 Resultaten

In totaal werden negen artsen geïnterviewd. De groep was goed gevarieerd wat betreft leeftijd, geslacht en aantal jaren praktijkervaring. Demografische kenmerken van de geïnterviewde artsen zijn terug te vinden in tabel 3.

Tabel 3 – demografische kenmerken:

	geslacht	leeftijdsgroep	praktijkervaring	soort praktijk
Arts 1	vrouw	50-60 jaar	30+ jaar	duo
Arts 2	man	30-40 jaar	5-10 jaar	groep
Arts 3	vrouw	30-40 jaar	5-10 jaar	groep
Arts 4	vrouw	40-50 jaar	20-30 jaar	groep
Arts 5	man	40-50 jaar	10-20 jaar	groep
Arts 6	man	60+ jaar	30+ jaar	groep
Arts 7	vrouw	50-60 jaar	20-30 jaar	solo
Arts 8	man	50-60 jaar	30+ jaar	duo
Arts 9	man	60+ jaar	30+ jaar	groep

Uit de ervaringen van deze artsen waren zeven verschillende thema's af te leiden, namelijk *eigen emoties tijdens consultatie*, *actiedrempel en aanpak*, *communicatie*, *inhoud van de consultatie, arts-patiëntrelatie, vooroordelen over medische kennis*, en *opvolging*. Het is voornamelijk op deze zeven vlakken dat de zorg voor collega's verschilt ten opzichte van die voor andere patiënten. Daarnaast werd ook bevraagd wat voor de geïnterviewde huisartsen het *eigen ideaalbeeld* is van een consultatie bij een huisarts.

EIGEN EMOTIES TIJDENS DE CONSULTATIE

Een sterk wederkerig fenomeen doorheen de interviews is het feit dat huisartsen aangeven meer stress te ervaren tijdens consultaties met collega-artsen. Deze stress kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Enerzijds wordt een ongemakkelijk gevoel beschreven *("je weet niet goed of je je taal of gedrag moet aanpassen want ze kennen de trukendozen en manier van communiceren [int1]", "je voelt een soort van weerstand [int3]")* Anderzijds is er eerder een gevoel van angst aanwezig. Angst om zelf niet aan de verwachtingen te voldoen, maar ook angst dat de collega geen echte patiëntenrol zal kunnen opnemen wat de consultatie bemoeilijkt. Verder wordt aangegeven dat stress ook voortvloeit uit een gevoel van onzekerheid. Er heerst een soort 'oei-gevoel' omwille van de medische achtergrond van de collega. Die medische kennis kan intimiderend werken, maar de onzekerheid komt ook voort uit het feit dat je niet goed weet wat de precieze kennis van de collega inhoudt en hoe je hierop moet inspelen tijdens de consultatie.

Het stressgevoel ebt gewoonlijk wel weg tijdens het verdere verloop van de raadpleging en de mate van onzekerheid daalt ook naarmate je zelf als arts meer ervaring hebt. Ook een duidelijk

mandaat kan extra stress helpen vermijden. *("geen extra stress indien de patiënt mij erkent als zijn huisarts en een echte patiëntenrol opneemt [int5]")*

De specialisatie van de arts-patiënt speelt ook een rol. Er wordt meer druk ervaren indien de klacht gecorreleerd is met de discipline waarin de collega werkzaam is.

Jonge artsen voelen soms meer onzekerheid bij oudere collega's. Het is echter niet zozeer de leeftijd maar vooral de uitgebreide ervaring van oudere collega's die de onzekerheid teweegbrengt en de angst om iets verkeerds te zeggen of doen.

ACTIEDREMPEL EN AANPAK

Die extra stress brengt echter niet automatisch extra druk mee om iets te missen. De kwaliteit van behandeling blijft vaak dezelfde als tijdens andere consultaties. *("ik blijf steeds trouw aan mijn manier van werken [int9]", "geen overshooting of lagere verwijsdrempel [int1]", "ik houd met al mijn patiënten evenveel rekening [int3]", "ik doe zelf geen extra moeite om doorverwijzingen sneller te laten verlopen [int7]")*

Andere huisartsen geven dan weer een soort voorkeursbehandeling aan hun collega's. Uit collegialiteit willen ze net extra moeite doen om doorverwijzingen of onderzoeken sneller te laten plaatsvinden.

Verder blijkt dat er artsen zijn die sneller geneigd zijn om in te gaan op verzoeken van collega-artsen dan van andere patiënten. Zij zijn bereid hun actiedrempel te verlagen op vraag van de patiënt. Soms wordt zelfs automatisch een lagere actiedrempel gehanteerd, dit voornamelijk bij klachten gecorreleerd met het specialisme van de arts-patiënt, bij collega's die geen echte patiëntenrol willen opnemen en bij erg ongeruste collega's. De huisartsen doen dit om zichzelf in te dekken en uit angst iets ernstigs te missen. *("ik merk dat ik meestal een lagere actiedrempel hanteer uit schrik om iets te missen en om mezelf in te dekken [int8]", "Als de collega erg ongerust is, zal ik hem sneller doorverwijzen of onderzoeken uitvoeren terwijl ik anders misschien eerder zou geruststellen [int3]")*

Er zijn artsen die vertellen meer expliciet gebruik te maken van richtlijnen in deze situaties. *("het biedt een extra houvast [int 5]", "het helpt om je beleid te staven met duidelijke argumenten [int6]")* Voor andere huisartsen is er dan weer weinig onderscheid in het gebruik van richtlijnen.

COMMUNICATIE

Op vlak van communicatie zijn er een aantal duidelijke verschillen naar voren gekomen ten opzichte van consultaties met niet-artsen, hoewel er ook huisartsen zijn die aangeven op dezelfde manier te communiceren als anders. *("ik probeer steeds evenveel informatie en uitleg te geven als bij gewone patiënten [int8]", "ik heb evenveel aandacht voor de ICE van collega's [int9]", "er zijn geen onderwerpen die ik ga vermijden [int4]")*

Er wordt algemeen meer aan *shared decision making* gedaan. De huisartsen zeggen meer te overleggen en meer in discussie te gaan met collega-artsen dan met andere patiënten.
Hoewel men meer overleg pleegt, wordt er toch vaak minder uitleg gegeven. Er wordt ook minder gevraagd of de collega begrijpt wat er gezegd wordt. Ze gaan ervan uit dat de arts-patiënt door zijn medische achtergrond bepaalde zaken al weet en dat sommige dingen daarom niet extra vermeld moeten worden. Anderzijds is er ook een angst om de collega te beledigen door te veel informatie te geven. Het is een moeilijk evenwicht tussen voldoende informeren en betuttelend overkomen. *("je wil de collega niet wil beledigen door te veel informatie te geven die hij zelf al weet [int2]")*
Door die vooroordelen over de medische kennis van de patiënt wordt er eveneens minder aandacht besteed aan zijn ICE. *("ik vraag minder naar de bezorgdheden en verwachtingen van collega's omdat ik ervan uitga dat ze weten wat bepaalde uitslagen betekenen [int5]")*

Verder is er ook een verschil op vlak van taalgebruik. De huisartsen gebruiken meer medische terminologie in consultaties met collega-artsen. *("ik gebruik spontaan vakjargon [int2]")*

INHOUD VAN DE CONSULTATIE
Niet alle onderwerpen blijken even makkelijk bespreekbaar met collega-artsen. De huisartsen zeggen soms moeite te hebben met bepaalde topics, voornamelijk psychologische problemen, levensstijladviezen en intieme problemen. Soms worden deze onderwerpen ook bewust vermeden of wordt er minder tijd voor gemaakt als gewoonlijk.
De reden hiervoor is voornamelijk dat het om zeer gevoelige onderwerpen gaat. Vaak wordt er ook van uitgegaan dat de arts-patiënt zelf een bepaalde kennis heeft van deze problemen. Zeker bij levensstijladviezen vindt men het dan moeilijk om de arts-patiënt hier nogmaals op te wijzen. *("ik vind het moeilijker om collega's met het vingertje te wijzen omdat ik denk dat ze zelf ook wel weten dat die levensstijl niet gezond is [int3]")* Een bijkomend probleem bij preventieve zorg rond levensstijlmaatregelen, is dat het niet altijd duidelijk is of de collega hiervoor ook effectief een hulpvraag heeft naar jou toe.

Andere artsen lijken evenwel geen barrières te ervaren om over bepaalde onderwerpen te spreken of bepaalde onderzoeken uit te voeren. *("het feit dat de collega een afspraak heeft gemaakt, doorbreekt alle barrières [int1]")* Ook een expliciet mandaat doet barrières verdwijnen.

ARTS-PATIËNTRELATIE
Een belangrijk probleem dat deelnemers ervaren met de arts-patiëntrelatie tussen collega's is het feit dat deze slecht afgebakend is. *("mijn rol als arts is kleiner [int3]", "ik heb soms de indruk dat ze mij niet echt als vaste arts zien [int2]", "ik weet soms niet goed wat mijn mandaat precies is [int5]")* Hierdoor worden soms consultaties 'tussen de soep en de patatten' gegeven in plaats van in het kabinet zoals bij andere patiënten. De huisartsen zeggen ook vaak niet goed te

weten met welke aanhef ze de collega moeten aanspreken of hoe de collega hen moet aanspreken, wat tot een ongemakkelijk gevoel kan leiden in de consultatie.

Een ander gevolg van het gebrek aan een duidelijk kader, is dat het gedrag van de huisarts minder professioneel wordt. Men vervalt sneller in een sociale babbel waardoor er minder aandacht gaat naar het medische probleem waarmee de collega in eerste instantie raadpleegde en er ook minder tijd voor overblijft.

Er zijn ook artsen die zich echter zeer bewust zijn van deze struikelblokken. Zij proberen er op te letten telkens voldoende tijd en aandacht te besteden aan het medische probleem en zo professioneel mogelijk te blijven. Een ander deel stelt strikte grenzen en respecteert een duidelijk kader. Dit doen ze door de consultaties telkens in het kabinet te laten plaatsvinden en door uitdrukkelijk te vragen naar wat de collega van hen verwacht, wat het mandaat is. *("ik behandel collega's altijd in het kabinet, nooit in de gang of thuis [int6]")*

Verder zijn er nog artsen die collega's op een bepaalde manier prioriteit geven. Dit kan gebeuren door hen flexibeler afspraken te geven, bijvoorbeeld met voorrang in keuze van tijdstip of dag. *("ik laat collega's meer keuze in het moment van de afspraak [int8]", "uit collegialiteit zal ik ze eerder flexibeler een afspraak geven [int9]")* Maar ook door meer tijd te nemen voor deze consultaties door ze bijvoorbeeld steeds aan het einde van de raadpleging te plannen waardoor er minder tijdsdruk is. De voornaamste reden hiervoor is collegialiteit. *("ik plan collega's steeds op het einde van de dag zodat er voldoende tijd is [int7]")*

VOOROORDELEN OVER MEDISCHE KENNIS

De huisartsen lijken veel vooroordelen te hebben over de medische kennis van de arts-patiënten op hun consultatie. *("ik ga er gewoonlijk van uit dat hij bepaalde zaken al weet of dezelfde kennis heeft als ik [int5]")* Hierdoor wordt hun manier van informeren aangepast en gaan ze bijvoorbeeld minder uitleg geven. Sommige artsen zeggen ook de neiging te hebben snel mee te gaan in het verhaal van de collega-arts en te vertrouwen op de medische kennis van de collega ten opzichte van zichzelf.

OPVOLGING

De huisartsen leggen meer verantwoordelijkheid bij de arts-patiënt wat opvolging van hun problemen betreft. *("ik plan minder snel een vervolgconsult [int7]", "ik laat de opvolging vaak over aan de patiënt zelf [int9]")* Zij doen dit omdat ze hun rol als arts kleiner ervaren en de arts-patiëntrelatie minder duidelijk is, maar ook omdat ze ervan uitgaan dat de arts-patiënten dit best zelf kunnen opvolgen. *("ik vertrouw erop dat ze zichzelf kunnen opvolgen en leg daarom meer verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf [int2]")* Zij hebben medische kennis en men veronderstelt dat zij weten waar op te letten.

Andere artsen proberen dan weer net duidelijkere afspraken te maken rond follow-up met deze groep patiënten. Dit betekent niet per se een meer intensieve opvolging. De bedoeling is

voornamelijk duidelijk vastleggen wat van beide partijen verwacht wordt in het verdere verloop zodat hier later geen discussies over kunnen ontstaan. *("ik maak net extra duidelijke afspraken zodat iedereen weet wat van hem verwacht wordt [int6]")*

EIGEN IDEAALBEELD

Een duidelijke trend doorheen alle interviews is het feit dat de huisartsen zelf graag als een gewone patiënt behandeld willen worden indien ze op consultatie gaan bij een collega. Het liefst gebeurt dit dan bij een arts met wie ze geen andere dan een professionele band hebben of zelfs bij een arts die niet weet dat ze zelf ook arts zijn. *("ideaal zou ik als een gewone patiënt behandeld worden en liefst bij iemand met wie ik geen andere dan een professionele band heb [int5]", "ik vertel pas dat ik arts ben als er expliciet naar mijn beroep gevraagd wordt om te vermijden dat het gesprek te collegiaal wordt en minder medisch [int4]")*

Andere huisartsen geven aan liever een voorkeursbehandeling te krijgen uit collegialiteit. *("ik zou graag voordelen hebben uit collegialiteit en prioriteit krijgen [int1]")*

3.3 Discussie

Het doel van dit onderzoek was nagaan wat de ervaringen zijn van huisartsen die zorg dragen voor collega-artsen. We wilden graag weten hoe zij deze consultaties ervaren, of ze collega's op een andere manier benaderen en behandelen en wat de oorzaken en gevolgen zijn van een eventuele andere aanpak. Uit de literatuur zijn immers ook een aantal aspecten naar voren gekomen waarin de zorg voor collega's kan verschillen ten opzichte van die voor andere patiënten.

Uit de interviews is gebleken dat een collega op consultatie duidelijk meer stress meebrengt dan een gewone patiënt. Hierdoor gaan we – bewust of onbewust – ons gedrag als huisarts aanpassen waardoor de aanpak en benadering van een arts-patiënt op sommige vlakken kan verschillen van die van een gewone patiënt. Deze *insecure care* was ook in de studie van Svantesson et al.[14] veruit de meest voorkomende vorm van zorg voor collega's.

Opmerkelijk is dat ondanks die extra stress niet iedereen extra druk ervaart om iets te missen. Richtlijnen worden doorgaans op dezelfde manier of zelfs explicieter toegepast. Indien de actiedrempel of aanpak toch wordt aangepast, zijn de voornaamste redenen hiervoor collegialiteit of expliciete eisen van de collega-arts, eerder dan een gevoel zichzelf te moeten indekken. Dit is positief want uit de literatuur blijkt ook dat men beter niet te veel afwijkt van de richtlijnen. Dit heeft immers soms meer nadelige dan voordelige gevolgen voor de patiënt in kwestie.[7,9-11]

Ook opvallend is dat hoewel men aangeeft meer in overleg en discussie te gaan met collega-artsen, er toch minder uitleg wordt gegeven. Tevens wordt er minder klare taal en meer

vakjargon gebruikt. Een goed evenwicht vinden tussen voldoende informeren en hierdoor schofferen, blijkt moeilijk. Ook in de literatuur kwamen deze zaken naar voren als belangrijke valkuilen.[4,7,10] De vooroordelen over de medische kennis van de arts-patiënten speelt hierin eveneens een rol. Soms gaat men er - al dan niet verkeerdelijk - simpelweg van uit dat de collega over dezelfde kennis beschikt waardoor bepaalde zaken niet extra vermeld of toegelicht worden. Zoals ook beschreven in de aanbevelingen uit de literatuur, mag je de collega-arts echter niet overschatten.[7,10,12] Het is belangrijk te blijven polsen of hij alles begrepen heeft en na te gaan wat zijn ICE zijn. Het is immers erg moeilijk om volledig objectief te blijven over je eigen klachten en problemen en het is de taak van de huisarts om hierin uitleg en perspectief te bieden. Ook het feit dat de collega bij jou op consultatie komt, wil zeggen dat hij het zelf niet goed meer weet en graag de mening hoort van iemand anders.

Uit de interviews is ook een prominent verschil in consultaties met arts-patiënten naar voren gekomen dat nog niet is gebleken uit de literatuur, namelijk de manier waarop er met gevoelige onderwerpen wordt omgegaan. Voornamelijk levensstijladviezen, psychologische problemen en intieme problemen vormen een barrière, waardoor er minder tijd en aandacht aan wordt besteed. Vaak wordt er ook van uitgegaan dat de arts-patiënt zelf reeds een bepaalde kennis heeft van deze problemen, wat advies geven hierrond nog ongemakkelijker maakt. Een bijkomend probleem bij preventieve zorg rond levensstijlmaatregelen, is dat het niet altijd duidelijk is of de collega hiervoor ook effectief een hulpvraag heeft naar jou toe. Men wacht dan ook meestal op de collega zelf om dit onderwerp aan te kaarten. Een belangrijk gevolg is dat de kwaliteit van zorg rond deze onderwerpen daalt en dus vermoedelijk lager ligt dan bij andere patiënten.

Een volgend verschilpunt is de arts-patiëntrelatie. Het is vaak moeilijk om grenzen af te bakenen en een duidelijk kader te scheppen in professionele contacten met collega-artsen. De voornaamste reden hiervoor is het feit dat veel huisartsen een duidelijk mandaat missen van collega's. Zij ervaren daardoor hun rol als arts kleiner. Hierdoor kunnen de consultaties minder professioneel verlopen en gaat er minder aandacht naar het medische probleem, met als gevolg dat de kwaliteit van zorg daalt. Daarom is het belangrijk de consultaties steeds in het kabinet te laten plaatsvinden en voldoende tijd te voorzien, zoals ook aanbevolen in de literatuur.[4,7,11]

Een laatste punt waarin deze consultaties kunnen verschillen, is de opvolging. Er zijn artsen die meer verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen en dus minder snel vervolgconsulten plannen. De voornaamste redenen zijn een onduidelijke arts-patiëntrelatie waardoor de rol als huisarts kleiner wordt ervaren, maar ook de overtuiging dat arts-patiënten hun gezondheid goed zelf kunnen opvolgen omwille van hun medische achtergrond. Dit is eveneens één van de valkuilen gevonden in de literatuur.[4,7,9] Een belangrijk gevolg is dat hierdoor de kwaliteit van zorg opnieuw achteruit kan gaan. Je bent als patiënt immers niet het best geplaatst om je klachten objectief te beoordelen en op te volgen, ook al beschik je over een medische achtergrond.

Zelf geven de huisartsen aan toch het liefst als gewone patiënt behandeld te worden en dit is ook volgens de literatuur de beste benadering.[4,7,9,11] Zij willen evenveel informatie en uitleg krijgen als andere patiënten en evenveel aandacht voor hun medisch probleem en hun ICE. Om te verzekeren dat men als een gewone patiënt behandeld zou worden, wensen zij ook een arts te hebben met wie ze geen andere dan een professionele band hebben of zelfs een arts die niet eens weet dat zij zelf huisarts zijn. Zo kan een duidelijke arts-patiëntrelatie gegarandeerd worden. De angst om te schofferen door te veel uitleg te geven, lijkt dus ongegrond.

STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET ONDERZOEK

Dit is het eerste onderzoek van deze aard dat in Vlaanderen werd uitgevoerd. We hebben maar weinig huisartsen bereid gevonden om deel te nemen. Uiteindelijk werden 9 artsen geïnterviewd. Dat is een kleine groep en de bevindingen zijn daarom mogelijks niet door te trekken naar andere huisartsen. Er was echter wel sprake van datasaturatie waardoor vermoedelijk toch de voornaamste fenomenen naar voren zijn gekomen in dit onderzoek. Op één nieuwe bevinding na, strookten de resultaten ook met hetgeen we reeds in de literatuur gevonden hadden. Het behandelen van collega's gaat ook duidelijk gepaard met een vorm van stress. Misschien dat veel huisartsen dit onderwerp daarom delicaat vinden en moeilijk te bespreken. Verder is de groep artsen die een huisarts opzoekt bij klachten of problemen ook vrij klein en is er dus sowieso geen overvloed aan huisartsen met ervaring op dit vlak.

De onderzochte groep is evenwel goed gevarieerd zowel wat leeftijd, geslacht als werkervaring betreft. Maar hoewel er in een tweede fase doelgericht naar huisartsen buiten de eigen regio werd gezocht, kwam het grootste deel van de artsen toch uit dezelfde huisartsenkring. Het is dus niet uitgesloten dat deze bevindingen een lokaal fenomeen vormen, wat de transfereerbaarheid van de resultaten uit dit onderzoek beperkt. Een andere limitatie kan zijn dat de meeste deelnemende huisartsen spontaan interesse hebben geuit om te participeren aan dit onderzoek. Misschien hadden zij nogal uitgesproken ervaringen waardoor ze een bepaalde drang voelden om hierover te praten.

MEE TE NEMEN VOOR DE PRAKTIJK EN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Zoals reeds gebleken uit de literatuur, zijn ook uit onze interviews enkele fenomenen naar voren gekomen die duidelijk maken dat de aanpak en benadering van een arts-patiënt soms anders is dan die van een gewone patiënt. Door deze verschillen ligt de kwaliteit van zorg vermoedelijk ook lager dan bij andere patiënten. Het is daarom extra belangrijk collega-artsen zo veel mogelijk te behandelen als gewone patiënten. Verder onderzoek is echter nodig om deze bevindingen nog krachtiger te maken. Misschien kan deze masterproef een aanzet zijn voor meer uitgebreid onderzoek naar dit onderwerp en meer algemeen naar het verbeteren van de gezondheid en de gezondheidszorg van (huis)artsen. Zowel studies naar de ervaringen van artsen als naar de ervaringen van arts-patiënten kunnen hierin helpen, net als een vergelijking tussen beide perspectieven.

3.4 Conclusie

Er zijn een aantal vlakken waarop de benadering en behandeling van collega-artsen kan verschillen ten opzichte van die van andere patiënten, namelijk *eigen emoties tijdens de consultatie*, *actiedrempel en aanpak*, *communicatie*, *inhoud van de consultatie, arts-patiëntrelatie, vooroordelen over medische kennis*, en *opvolging*. De voornaamste oorzaken hiervoor zijn stress, al dan niet foutieve veronderstellingen over medische kennis en collegialiteit.
Uit de literatuur blijkt echter dat je collega-artsen best zo veel mogelijk behandelt als gewone patiënten en ook onze geïnterviewde artsen geven dit aan als ideaalbeeld. Veel van de angsten en onzekerheden die ervaren worden tijdens deze consultaties zijn dus ongegrond, net als het idee dat je niet even uitgebreid moet informeren.
De verschillen in aanpak hebben daarnaast ook belangrijke gevolgen. De kwaliteit van zorg voor collega-artsen kan immers lager komen te liggen door het gebrek aan een duidelijk kader, onvoldoende informatie, het vermijden van onderwerpen en het verschuiven van verantwoordelijkheid.

Als we de gezondheid en de gezondheidszorg van artsen willen verbeteren, is het dus belangrijk deze zaken in acht te nemen en collega's voortaan zo veel mogelijk te zien en te behandelen als gewone patiënten. Dit begint met het vastleggen van een duidelijke arts-patiëntrelatie. Handvaten hiervoor zijn expliciet vragen aan de collega wat hij van jou verwacht en wat je mandaat precies is, maar ook de keuze van het moment en de locatie van de raadpleging. Om een duidelijke arts-patiëntrelatie op te bouwen, dienen de consultaties best steeds op afspraak en in het kabinet te gebeuren. Verder moet je proberen tijdens de consultatie alle vooroordelen die je hebt over de medische kennis van de collega aan de kant te schuiven. Je moet ook bij arts-patiënten steeds voldoende uitleg geven en aandacht hebben voor de ICE. Daarnaast kan je best genoeg tijd voorzien voor deze consultaties om ruimte te laten voor discussie en overleg, maar je moet er tegelijkertijd op toezien dat de collega het beleid niet zelf gaat bepalen. Hij komt immers met een reden naar jou toe en is zelf niet de best geplaatste persoon om zijn klachten objectief te bekijken. Tenslotte mag je collega na de raadpleging ook niet aan zijn lot overlaten. Het is ook bij deze groep patiënten belangrijk goede afspraken te maken rond opvolging.

4. BRONNENLIJST

1. Fédérations des Maisons Médicales. Le Burnout: Quand s'ouvrent les portes dus vide... *Santée Conjug*. 2005;avril(32).
2. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. *Fed Kenniscentrum voor Gezondheidszorg*. 2011;(KCE reports 165A).
3. Delporte F, Bombeke K, Bastiaens H. De Huisarts als Patiënt. *Huisarts Nu*. 2017;(46)1.

4. Farrell T. Caring for Collegues, VIPs, Friends and Family Members. *Am Fam Physician*. 2013;87(11):793-795.
5. Capozzi JD. Caring for doctors. *J Bone Joint Surg Am*. 2008;90:1606-1608.
6. Kepper P, Baum N. Caveats for Doctors Providing Care for Themselves, Family, Friends and Colleagues. *J Med Pract Manag*. 2014;29(5):317-320.
7. BMA Medical Ethics Department. Ethical responsibilities in treating doctors who are patients. Guidance from the BMA medical ethics department. *BMA Ethics*. 2010;(January):1-5.
8. George J. Rising To The Challenge. *Aust Dr*. 2008;(june 6).
9. Guzman JA, Sasidhar M, Stoller JK. Caring for VIPs: Nine principles. *Cleve Clin J Med*. 2011 Feb;78(2):90-94.
10. Domeyer-klenske A, Rosenbaum M. When Doctor Becomes Patient : *Fam Med*. 2012;44(7):471-477.
11. Debnath D. The Dilemma of Treating a Doctor-Patient: A Wrestle of Heart Over Mind? *Ochsner J*. 2015;15(2):130-132.
12. Fox FE, Taylor GJ, Harris MF et al. “It’s crucial they're treated as patients”: ethical guidance and empirical evidence regarding treating doctor-patients. *J Med Ethics*. 2010;36:7-11.
13. Krall EJ. Doctors Who doctor Self, Family, and colleagues. *Wis Med J*. 2008;107(6).
14. Svantesson M, Carlsson E, Prenkert M, Anderzen-Carlsson A. “Just so you know, the patient is staff”: healthcare professionals’ perceptions of caring for healthcare professional-patients. *BMJ Open*. 2016;6:e008507.
15. King N, Horrocks C. *Interviews in Qualitative Research*. Los Angeles: SAGE; 2010.

Bijlagen

1. ADVIES ETHISCH COMMITE

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

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. H. Bastiaens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Artsen van artsen: een collega-arts op consultatie. (manama huisartsgeneeskunde Sarah Coox)

Belgisch Registratienummer: B300201628605

datum	ons kenmerk	contactpersoon
9/05/2016	16/17/193	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. 9/05/2016.

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

- CV onderzoeker
  dr. Coox
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 18/04/2016
  versie 3
- Protocol dd. 18/04/2016
  versie 2
- Diverse dd. 18/04/2016
  draaiboek interview, versie 5

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

Universiteit Antwerpen

datum
9/05/2016

ons kenmerk
16/17/193

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. G. Ieven
Ondervoorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

2. INFORMATIEBRIEF

Informatiebrief voor de deelnemende artsen

Beste collega,

Mijn naam is Sarah Coox, huisarts-in-opleiding aan de KULeuven. De laatste jaren is er reeds veel onderzoek gebeurd naar 'de arts als patiënt', dit vooral naar aanleiding van de groeiende burn-outproblematiek onder (huis)artsen. Een luik waar echter nog maar weinig aandacht aan besteed is doch niet minder interessant is, is het tegengestelde, namelijk dat van 'de huisarts van een collega-arts'.

We hebben het allemaal al wel eens ervaren, een collega-arts op consultatie. In principe een patiënt zoals alle anderen, maar wordt dit door de huisarts in kwestie ook wel echt zo ervaren? Benaderen we collega's op dezelfde manier als onze andere patiënten? Hanteren we dezelfde actiedrempels en wat zijn de oorzaken en gevolgen van een eventuele andere aanpak?

Dit zijn de vragen waarop ik in mijn eindwerk een antwoord op hoop te vinden. Bijkomend kunnen deze resultaten eventueel ook al een eerste stap zijn naar een antwoord op de vraag waarom nog steeds slechts een minderheid van de (huis)artsen een eigen huisarts heeft.

Dit eindwerk is een noodzakelijke stap voor het behalen van een diploma Master in de Huisartsgeneeskunde en draagt de titel: 'Artsen van arsten: Een collega-arts op consultatie'. Met behulp van een één-op-één interview zullen er vragen gesteld worden over het verloop van dergelijke consultatie, de ervaringen van de huisarts, actiedrempels die al dan niet veranderd zijn en barrières die al dan niet ervaren worden. Het gesprek zal maximum één uur bedragen. De bevraging zal door mezelf gebeuren. De gesprekken zullen worden opgenomen en uitgeschreven. De resultaten van de bevraging worden enkel gebruikt in het kader van deze studie en persoonlijke gegevens worden vernietigd. Dit alles gebeurt volgens de ethische regels met vrijwaren van de privacy en het beroepsgeheim conform de wet van 7/5/2004. Alle gegevens worden voor de verdere analyse geanonimiseerd. Het onderzoek werd goedgekeurd door de commissie medische ethiek van de Universiteit Antwerpen.

Indien u akkoord gaat deel te nemen aan dit onderzoek, vraag ik u het formulier in bijlage te ondertekenen en zal ik nog verder contact met u opnemen om het interview te plannen.

U heeft het recht te weigeren en u heeft het recht uw deelname aan de studie op elk moment te onderbreken. U heeft recht om informatie te vragen over de procedures en het onderzoeksproject die in dit document beschreven worden. De resultaten van het onderzoek worden gebundeld in een onderzoeksrapport. U heeft steeds inzagerecht tot deze resultaten. Indien u vragen heeft, kan u mij of mijn promotor bereiken via onderstaande contactgegevens.

Ik wens u reeds bij voorbaat te danken voor uw deelname aan het onderzoek,

Dr. Sarah Coox - huisarts-in-opleiding
Onderwijsstraat 5 - 2540 Hove - 0497/21 49 90
sarah.coox@student.kuleuven.be

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens - Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg.
Universiteit Antwerpen - Universiteitsplein 1, B2610 Antwerpen - 03/265 29 43
hilde.bastiaens@uantwerpen.be

3. VOORBEELD INFORMED CONCENT

INFORMED CONSENT: ARTSEN VAN ARSTEN: EEN COLLEGA-ARTS OP CONSULTATIE

Ik heb informatie gekregen, gelezen en begrepen over dit onderzoek.

Ik neem deel aan dit onderzoek en werd geïnformeerd dat ik mij ten allen tijde mag terugtrekken tijdens dit onderzoek.

Ik werd op de hoogte gebracht van mijn recht op informatie en inzagerecht. 'Ik ben akkoord deel te nemen aan deze studie.'

Naam + handtekening van de deelnemende huisarts

Datum _____

Verklaring van de projectcoördinatoren:

De projectcoördinatoren zijn verantwoordelijk om dit onderzoeksprogramma uit te voeren volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document en de informatiebrief.

Handtekening projectcoördinatoren

Datum _____

Projectcoördinatoren:
Dr. Sarah Coox - huisarts-in-opleiding
Onderwijsstraat 5 - 2540 Hove - 0497/21 49 90
sarah.coox@student.kuleuven.be

Prof. Dr. Hilde Bastiaens - Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg.
Universiteit Antwerpen - Universiteitsplein 1, B2610 Antwerpen - 03/265 29 43
hilde.bastiaens@uantwerpen.be

4. DRAAIBOEK SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW

DRAAIBOEK INTERVIEW 'Artsen van artsen: Een collega-arts op consultatie'

1. INLEIDING

Allereerst zou ik u willen bedanken voor uw tijd en uw bereidwilligheid om aan dit interview deel te nemen.

Ik ben Sarah Coox, huisarts-in-opleiding aan de KULeuven. Samen met prof. dr. Hilde Bastiaens doe ik onderzoek naar het gegeven 'arts zijn van collega-artsen'.

Rond dit onderwerp is er immers nog niet zoveel bekend uit de literatuur. U zou ons enorm helpen door gewoon uw eigen mening te geven, uw eigen ervaringen te delen. Er bestaan geen goede of slechte antwoorden.

We hadden op voorhand afgesproken dat dit interview ongeveer 1u zou duren, is dit nog steeds mogelijk voor u?

Nu volgen enkele puntjes die ik graag op voorhand nog even had overlopen.

Zoals reeds vermeld wordt dit interview ook opgenomen. Enkel de onderzoekers zullen het interview beluisteren. Indien er later in een rapport 'quotes' gebruikt worden van dit interview, dan zal dat altijd zo verwoord worden dat uw identiteit op geen enkele manier traceerbaar is. Ook als u bijvoorbeeld concrete namen of plaatsen vermeldt, zullen die anoniem gemaakt worden.

Uw privacy zal beschermd blijven en indien de resultaten van het onderzoek gepubliceerd worden, kan u deze altijd opvragen. U kan ook ten allen tijde het gesprek beëindigen.

Zoals voor elk onderzoek hebben we ook voor deze interviews goedkeuring gevraagd en gekregen van de Ethische Commissie. Hetgeen ik zojuist verteld heb staat hier in het informed consent. Ik zou u willen vragen dit document te ondertekenen omdat we dit nodig hebben voor de ethische commissie.

2. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

Voor we met het gesprek beginnen, had ik graag had nog wat algemene gegevens over u verzameld:

Geslacht:	M / V				
Leeftijd:	25j+	30j+	40j+	50j+	60j+
Provincie praktijk:	Antw	Limb	O-Vl	W-VL	Vl-Brabant

Type praktijk: solo duo groep
Jaren werkervaring: 0-5j 5j+ 10j+ 20j+ 30j+
Eigen huisarts: Ja / Nee

3. VRAGEN

Onderzoeksvragen (enkel ter info voor de interviewer)
Hoe ervaart de huisarts deze consultaties?
Benaderen en behandelen de huisartsen hun collega's op dezelfde manier als andere patiënten?
Wat is de reden voor een eventuele andere aanpak en heeft dit ook gevolgen?

Openingsvraag
U heeft in uw patiëntenbestand één of meerdere collega-artsen, hoe ervaart u de zorg voor collega's in vergelijking met deze voor andere patiënten?

Verdere vragen

Op welke manier wordt uw handelen of uw gedrag soms beïnvloed door het feit dat de patiënt een collega-arts is?

Hoe werk u met richtlijnen en protocollen bij collega's? Is er een verschil met hoe u dat bij andere patiënten doet? Hoe dan?

Bent uw eerder geneigd om deze patiënten prioriteit te geven?

Hoe beïnvloedt het eventueel het uitvoeren van bepaalde onderzoeken of het moeite doen om onderzoeken sneller te plannen?

Op welke manier beïnvloedt het eventueel het opvolgen van deze patiënten?

Hoe houdt u al dan niet rekening met de medische kennis van deze patiënten? Beïnvloedt dit uw taalgebruik of de mate waarin u informatie geeft? Betrouwt u hun medische expertise met betrekking tot zichzelf en gaat u bijvoorbeeld sneller in op bepaalde medische verzoeken of vragen in vergelijking met andere patiënten?

Als u deze patiënten anders benadert, wat zijn volgens u de reden hiervoor?

Ervaart u soms bepaalde barrières in het behandelen van collega's? Welke?

Zijn er bepaalde onderwerpen of onderzoeken die u moeilijker bespreekbaar vindt of zelfs liever vermijdt bij deze patiënten?
Voelt u zich soms geïntimideerd in uw professionele rol bij patiënten die ook arts zijn? Maakt dit u soms onzeker? Hoe beïnvloedt dit uw gedrag als arts?

Wat is volgens u de beste benadering voor artsen-patiënten? Hoe zou u zelf graag benaderd en behandeld worden als patiënt?

4. BEDANKEN

5. CODEBOOK THEMA'S

THEMA'S	INTERPRETATIEVE CODES
1. EIGEN EMOTIES TIJDENS CONSULTATIE	▪ Meer stress bij collega's als patiënt: ongemakkelijk gevoel ▪ Meer stress bij collega's als patiënt: angstig gevoel ▪ Meer stress bij collega's als patiënt: onzeker gevoel ▪ Geen stress bij duidelijk mandaat ▪ Meer stress indien klacht gecorreleerd met specialisme van patiënt ▪ Meer stress bij oudere collega's dan bij leeftijdsgenoten
2. ACTIEDREMPEL EN AANPAK	▪ Zelfde kwaliteit van behandeling ▪ Sneller geneigd om in te gaan op verzoeken van de patiënt ▪ Werken met zelfde richtlijnen ▪ Meer expliciet gebruik van richtlijnen ▪ Verlaging van de actiedrempel voor onderzoeken en doorverwijzing ▪ Voorkeursbehandeling: meer moeite doen om sneller door te verwijzen
3. COMMUNICATIE	▪ Meer shared decision making ▪ Moeilijk evenwicht tussen voldoende info geven en beledigen ▪ Minder uitleg geven ▪ Zelfde communicatie over onderwerpen ▪ Minder aandachtvoor ICE ▪ Medische terminologie gebruiken
4. INHOUD VAN DE CONSULTATIE	▪ Moeite met bepaalde onderwerpen: psychologische problemen ▪ Moeite met bepaalde onderwerpen: levensstijladviezen ▪ Moeite met bepaalde onderwerpen: intieme problemen ▪ Ongemakkelijke onderwerpen uit de weg gaan ▪ Geen barrieres tijdens consultatie ▪ Enkel bij expliciet mandaat geen barrières
5. VOOROORDELEN OVER MEDISCHE KENNIS	▪ Idee dat patiënt zelfde medische kennis heeft ▪ Vertrouwen op kennis en ervaring van patiënt
6. ARTS-PATIËNTRELATIE	▪ Voorkeursbehandeling: flexibeler afspraak krijgen ▪ Voorkeursbehandeling: meer tijd nemen voor consultatie ▪ Minder professioneel gedrag ▪ Zelfde professioneel gedrag aanmeten ▪ Minder duidelijk afgelijnd kader ▪ Strikte grenzen stellen en kader respecteren
7. OPVOLGING	▪ Meer nauwgezette afpsraken rond opvolging ▪ Meer verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen
8. EIGEN IDEAALBEELD	▪ Liefst eigen huisarts met wie geen andere dan professionele band ▪ Zelf graag prioriteit willen ▪ Zelf graag als gewone patiënt willen behandeld worden ▪ Liefst arts die niet weet dat ik ook arts ben

6. STUDIEPROTOCOL

PROTOCOL 'Artsen van artsen: Een collega-arts op consultatie'

1. INLEIDING

Er is de laatste jaren reeds veel onderzoek gebeurd naar de 'arts als patiënt', dit vooral naar aanleiding van de groeiende burn-outproblematiek onder (huis)artsen. Een luik waar echter nog maar weinig aandacht aan besteed werd en niet minder interessant is, is het tegengestelde, namelijk dat van 'huisarts zijn van een collega-arts'. In mijn MaNaMa thesis wil ik dit graag onderzoeken.

2. ONDERZOEKSVRAGEN EN –DOEL

De onderzoeksgroep betreft artsen die collega's verzorgen in eerste lijn. Wat we graag willen te weten komen over deze groep is het volgende:

- Hoe ervaart de huisarts deze consultaties?
- Benaderen en behandelen de huisartsen hun collega's op dezelfde manier als andere patiënten?
- Wat is de reden voor een eventuele andere aanpak en heeft dit ook gevolgen?

Bijkomend kunnen deze resultaten eventueel ook een eerste stap zijn naar de vraag waarom nog steeds slechts een minderheid van de (huis)artsen een eigen huisarts heeft.

3. MATERIAAL EN METHODEN

Er zal gestart worden met een literatuuronderzoek om na te gaan wat er reeds gekend of onderzocht is met betrekking tot dit onderwerp. Daarna wordt er getracht een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen op basis van een kwalitatief onderzoek gebruik makend van individuele interviews.

3.1. STUDIEPOPULATIE EN REKRUTERING

De studiepopulatie zal worden samengesteld uit actieve Vlaamse huisartsen en huisartsen-in-opleiding die in hun patiëntenbestand minstens één collega-arts hebben. We streven naar een zo gevarieerd mogelijke groep artsen (mannen en vrouwen; verschillende leeftijdscategorieën; aantal jaren werkervaring; huisartsen die al dan niet zelf een huisarts hebben).
Na goedkeuring van het ethisch comité zullen zij via gekende grote kanalen zoals Domus Medica, het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen in Opleiding (ICHO) en de regionale huisartsenkringen, worden gerekruteerd. Doormiddel van een infobrief zullen zij worden

uitgenodigd om op geheel vrijwillige basis deel te nemen aan het onderzoek.

3.2. DATAVERZAMELING

We hopen een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen doormiddel van een semigestructureerd interview waarbij een vooraf beschreven draaiboek zal worden gevolgd. Ook zullen er demografische gegevens worden verzameld.
Iedere geïncludeerde studiepersoon geeft zijn geïnformeerde schriftelijke en mondelinge toestemming bij aanvang van het interview. De interviews zullen worden vastgelegd doormiddel van een geluidsopname en notities van de interviewer.

3.3. DATAVERWERKING

De verkregen informatie zal nadien worden gecodeerd en geanonimiseerd zodat bij rapportering van de resultaten op geen enkele manier de identiteit van de deelnemende artsen kan worden getraceerd. Bij afloop zullen ook de geluidsopnames en notities worden vernietigd.

4. TIJDSVERLOOP

De start van het onderzoek is gepland op 1 mei 2016. De eindtijd is voorzien op 31 maart 2017.