Psychische klachten in de huisartsenpraktijk: een onderzoek naar de verwachtingen en de beleving van patiënt en huisarts

Sofie Demoen, UGent

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele, UGent

Co-promotor: Hanne Creupelandt, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Psychische klachten in de huisartsenpraktijk: een onderzoek naar de verwachtingen en de beleving van patiënt en huisarts

Huisarts-in-opleiding: Sofie Demoen, Universiteit Gent
Academiejaar: 2017-2018
Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele, Universiteit Gent
Co-Promotor: Hanne Creupelandt, Universiteit Gent
Praktijkopleider: Tom Vandeputte

Context: Psychische klachten zijn heel frequent in de huisartsenpraktijk, elke arts wordt er dagelijks mee geconfronteerd. Voor de huisarts is het niet altijd duidelijk wat de patiënt precies verwacht: een luisterend oor? medicatie? een verwijzing? een afwezigheidsattest? Is er wel een specifieke verwachting? Deze verwachtingen worden niet altijd specifiek nagevraagd of correct ingeschat, waardoor de huisarts zelf soms achterblijft met een onzeker of ontevreden gevoel.

Onderzoeksvraag: Wat zijn de verwachtingen van patiënten die met een psychische klacht naar de huisarts komen? Kan de huisarts deze verwachtingen correct bevragen, inschatten en (al dan niet) inlossen? Wat is de tevredenheidsgraad bij arts en patiënt achteraf?

Methode: In dit onderzoek werden zowel patiënten als artsen gerekruteerd als deelnemers, om beide perspectieven te kunnen analyseren. De deelnemers werden gerekruteerd uit de praktijk waar ik werkzaam ben als huisarts in opleiding. Er werden 15 meerderjarige patiënten en 2 artsen (mijn collega's) geïncludeerd. Patiënten die bij mij op consultatie kwamen werden niet geïncludeerd in het onderzoek. De patiënten werden bevraagd door middel van vragenlijsten voor en na de consultatie: een eerste vragenlijst in de wachtzaal peilde naar de *reason for encounter* en de verwachting, een tweede vragenlijst na de consultatie peilde naar de tevredenheid. De artsen werden door mij geïnterviewd na de consultatie. In dit interview werd gepeild naar de *reason for encounter*, de verwachting van de patiënt en de tevredenheid bij de arts na de consultatie. De interviews werden opgenomen met een recorder en daarna getranscribeerd en gecodeerd. De gegevens bekomen uit de vragenlijsten en de interviews werden gestructureerd in een Excel-bestand en vervolgens geanalyseerd en vergeleken met de beschikbare literatuur.

Resultaten: Er werden 15 patiënten (consultaties) geïncludeerd, waarvan 12 vrouwen en 3 mannen. De leeftijd van de patiënten varieerde tussen 19 en 75 jaar. Een eerste vaststelling is dat slechts 4 van de 13 patiënten die de vragenlijst ingevuld hebben het consult op voorhand beoordelen als psychisch (= psychische klachten hebben ingevuld als aanmeldingsklacht). De artsen schatten alle besproken consultaties in als overwegend psychisch, in tegenstelling tot de patiënten. De *reason for encounter* volgens de arts komt soms overeen met wat de patiënt aangeeft in de eerste vragenlijst, soms ook niet. Een tweede opvallende vaststelling is dat de artsen in geen enkele consultatie de verwachting expliciet bevraagd hebben: het gaat dus telkens om *veronderstelde* verwachtingen. De meest aangekruiste verwachting van de patiënten was een luisterend oor: 10 van de 13 patiënten die de vragenlijsten invulden kruisten dit aan. Ook de artsen schatten dit zo in: in 8 consultaties gaven ze dit aan als veronderstelde verwachting. Op andere gebieden was er een grotere mismatch tussen de verwachting van de patiënten en de veronderstelde verwachting volgens de arts. Hoewel ze de verwachtingen niet expliciet bevragen geven de artsen toch in 14 van de 15 gevallen aan dat ze denken de verwachtingen van de patiënt te hebben ingelost. De patiënten die de vragenlijst hebben

ingevuld lijken achteraf globaal tevreden tot heel tevreden over de consultatie, hoewel hun verwachtingen niet altijd worden ingelost – wat nochtans een belangrijke factor is voor de tevredenheid van de patiënt volgens de literatuur. De artsen vermoeden na alle consultaties dat de patiënt tevreden is, en ze schrijven dit vaak toe aan een goede en zorgvuldig opgebouwde arts-patiëntrelatie. Over het verloop van de consultatie zijn de artsen globaal gezien tevreden – ook hier heeft dit voor een groot deel te maken met een goede arts-patiëntrelatie. Over de uitkomst daarentegen zijn de artsen een heel stuk minder tevreden. De grootste frustraties die hierbij naar boven komen zijn het gebrek aan therapietrouw, het gebrek aan vooruitgang en het gebrek aan opvolging. De artsen lossen deze frustraties voor een deel op door hun verwachtingen bij te stellen, op verschillende vlakken. De artsen zijn globaal minder tevreden over de uitkomst van de consultatie als het gaat om chronische psychiatrische problematiek.

De resultaten uit dit onderzoek komen grotendeels overeen met wat terug te vinden is in de literatuur. Gezien de kleine steekproef en andere methodologische beperkingen kunnen hier uiteraard geen veralgemenende conclusies uit getrokken worden. Verder onderzoek is hoe dan ook aangewezen.

Contact: sofie.demoen@ugent.be

Inhoudstafel

1) Voorwoord 1

2) Inleiding en motivatie 2

3) Literatuuronderzoek 3

3.1. Methodologie en zoekstrategie 3

3.2. Definitie 3

3.3. Situering en cijfers 4

3.4. Geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk 6

3.5. Het perspectief van de patiënt: verwachtingen en tevredenheid van patiënten bij psychosociale consultaties 7

3.6. Het perspectief van de arts: organisatorische en emotionele problemen ervaren door de huisarts bij psychische consultaties 11

4) Onderzoeksvraag 16

5) Methodologie 16

5.1. Oorspronkelijk vooropgestelde onderzoeksmethode 16

5.2. Verloop van het onderzoek 18

5.3. Verdere analyse 19

6) Resultaten 20

6.1. Demografie 20

6.2. Reason for encounter 20

6.2.1. Reason for encounter volgens de patient 20

6.2.2. Reason for encounter volgens de arts 21

6.3. Verwachting van de patiënt 22

6.3.1. Verwachting van de patiënt zelf 22

6.3.2. Verwachting van de patiënt volgens de arts 23

6.3.3. Inlossing van de verwachtingen volgens de arts 24

6.4. Gestelde handeling door de arts 24

6.5. Tevredenheid bij de patiënt 26

6.5.1. Tevredenheid bij de patiënt zelf 26

6.5.2. Tevredenheid bij de patiënt volgens de arts 27

6.6. Tevredenheid bij de arts 28

6.6.1. Tevredenheid bij de arts over het verloop van de consultatie 28

6.6.2. Tevredenheid bij de arts over de uitkomst van de consultatie 29

7) Discussie 31

7.1. Beperkingen van het onderzoek 31

7.2. Bespreking van de resultaten en vergelijking met de literatuur 31
7.2.1. Demografie 31
7.2.2. Reason for encounter 31
7.2.3. Verwachting van de patiënt 32
7.2.4. Gestelde handeling door de arts 33
7.2.5. Tevredenheid bij de patiënt 33
7.2.6. Tevredenheid bij de arts 34
8) Conclusie 34
8.1. Algemene conclusie 34
8.2. Blik naar de toekomst 35
8.3. Wat heb ik hieruit geleerd? 36
9) Bijlagen 38

1) Voorwoord

Deze masterproef schrijven was een leerrijke ervaring en een mooie bekroning op een studie van ondertussen 9 jaar. Ik heb er veel uit bijgeleerd en voel me mede door het schrijven hiervan toch een stuk zekerder in consultaties over psychische problemen. Het combineren van het praktijkwerk met het meer academische werk was niet altijd evident, maar het is toch gelukt. Dit heb ik uiteraard niet alleen aan mezelf te danken, en bij deze wil ik dan ook graag een aantal mensen bedanken die hieraan bijgedragen hebben:

Eerst en vooral wil ik mijn collega's in de praktijk, Tom en Rik, en onze secretaresse Dominique bedanken. Een speciale bedanking vooral aan mijn praktijkopleider Tom, die bij momenten ook voor de morele steun heeft moeten instaan. Zonder jullie zou ik mijn onderzoek niet hebben kunnen uitvoeren, dus bij deze: hartelijk bedankt voor de medewerking!

Ten tweede wil ik graag mijn promotor prof. Dr. Myriam Deveugele en vooral mijn co-promotor, Hanne Creupelandt, bedanken voor de deskundige en vriendelijke begeleiding.

Als laatste, en misschien wel belangrijkste, wil ik mijn familie bedanken om mij al 9 jaar te steunen in deze opleiding (en daarnaast uiteraard ook). Een speciale bedanking aan mijn papa, die zonder morren ook mijn ondertussen derde (en normaal gezien laatste) masterproef heeft nagelezen.

Sofie Demoen, april 2018

2) Inleiding en motivatie

Psychische klachten zijn heel frequent in de huisartsenpraktijk, elke arts wordt er dagelijks mee geconfronteerd. Voor de huisarts is het niet altijd duidelijk wat de patiënt precies verwacht: Een luisterend oor? Medicatie? Een verwijzing? Een afwezigheidsattest? Is er wel een specifieke verwachting?
Deze verwachtingen worden niet altijd specifiek nagevraagd of correct ingeschat, waardoor de huisarts zelf soms achterblijft met een onzeker of ontevreden gevoel.

In het begin van mijn eerste HAIO-jaar was dit iets waar ik ook frequent mee worstelde. Ik herinner me een aantal consultaties waar ik achteraf nog veel mee bezig was, en die mij ook naar dit thema hebben geleid. Zo kwam er één van de eerste maanden dat ik werkte een vrouw van 21 jaar die net ontslagen was op haar werk en daardoor nogal in de put zat. Ik heb de tijd genomen om te luisteren naar haar verhaal, maar wist eigenlijk niet goed wat ze van mij verwachtte. Ik heb het dan tegen het einde van de consultatie expliciet gevraagd, omdat ik het niet duidelijk vond. Het bleek dat ze zelf eigenlijk niet goed wist wat ze verwachtte, ze was gewoon naar de dokter gekomen. Een andere consultatie die me nog scherp voor de geest staat is die met een 62-jarige vrouw wiens vader recent zelfmoord had gepleegd. Ze was in diepe rouw en had het gevoel dat niets meer ging, dat ze er niet uit geraakte, dat alles pijn deed. Hierbij stelde ik me ook de vraag wat ik voor haar kon doen: een luisterend oor bieden? Medicatie voorschrijven? Haar verwijzen naar een psycholoog?

Ik merkte dus dat het vaak niet duidelijk is met welke verwachting een patiënt precies naar de dokter komt. Dit geldt niet enkel voor psychische consultaties, maar evengoed voor consultaties in verband met fysieke klachten. Verwachtingen worden vaak verondersteld, en de arts doet wat hij/zij denkt dat de patiënt verwacht (of wat de patiënt zou nodig hebben) zonder dit expliciet na te vragen. Hierdoor wordt waarschijnlijk in een deel van de gevallen de consultatie afgerond zonder dat de verwachtingen van de patiënt zijn ingelost.

Omdat consultaties over psychische klachten mij sterk interesseren en volgens mij het navragen van de ICE *(ideas-concerns-expectations)* hier zo mogelijk nog belangrijker is dan bij consultaties over fysieke klachten, wou ik hieraan graag mijn masterproef wijden.

Zo kwam ik tot mijn onderzoeksvraag:
Wat zijn de verwachtingen van patiënten die met een psychische klacht naar de huisarts komen? Kan de huisarts deze verwachtingen correct bevragen, inschatten en (al dan niet) inlossen? Wat is de tevredenheidsgraad bij arts en patiënt achteraf?

Met dit onderzoek hoop ik nieuwe inzichten te verwerven over hoe artsen en patiënten psychische consulten ervaren en er lessen uit te trekken om in de toekomst de tevredenheid na dergelijke consultaties voor zowel arts als patiënt te verhogen.

3) Literatuuronderzoek

3.1. Methodologie en zoekstrategie

Als startpunt van het literatuuronderzoek werden vorige masterproeven over gelijkaardige onderwerpen opgezocht via de database op de ICHO-website. Naast het verifiëren dat het onderwerp niet te veel overlapte met dat van andere masterproeven was de geraadpleegde literatuurlijst van deze onderzoeken een goede bron om te starten. Verder werd aan de hand van verschillende trefwoorden gezocht in de archieven van Huisarts Nu via de website van Domus Medica en werd ook de CDLH-website geraadpleegd. Voor de incidentiecijfers van psychische klachten werd de database van Intego geraadpleegd. Ook websites van de overheid werden geraadpleegd voor verdere cijfers en een bredere situering van het onderwerp (Geestelijk Gezond Vlaanderen, Nationale Gezondheidsenquête, KCE,..). Aangezien er niet zo veel onderzoek naar dit onderwerp is gevoerd in Vlaanderen werden ook Nederlandse bronnen ingeschakeld, zoals de website van het NIVEL en het tijdschrift *Huisarts en wetenschap*. Om een meer internationale uitdieping te verkrijgen werd ook de Angelsaksische literatuur geraadpleegd, via de website PubMed. Tot slot bracht de co-promotor ook een aantal interessante artikels aan. Zo werd voldoende informatie bekomen om een coherent literatuuronderzoek te schrijven.

3.2. Definitie

In deze masterproef worden psychische klachten heel breed gedefinieerd: zowel eerder psychosociale als psychosomatische en echt psychiatrische problemen werden geïncludeerd. Globaal genomen komt dit neer op alles wat valt onder Psychische problemen (P) en ook een

aantal zaken die vallen onder Sociale problemen (Z, bijvoorbeeld burn-out) in de ICPC-codering.

3.3. Situering en cijfers

In België worstelen veel mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Uit cijfers van de meest recente Nationale Gezondheidsenquête (2013) (1), die bij Belgen van 15 jaar en ouder de gezondheid bevraagt op verschillende vlakken, blijkt dat één op drie personen zich slecht in zijn vel voelt, wat een pak meer is dan bij de vorige enquête in 2008. Psychische problemen komen steeds meer voor, wat zeker gedeeltelijk een gevolg is van onze prestatiegedreven samenleving waarin alles steeds sneller en beter moet gaan. Meer en meer mensen geven aan slecht te slapen door zorgen, voelen zich gespannen, ongelukkig of verdrietig, hebben het gevoel constant onder druk te staan of kampen met angsten of depressies. Dit vertaalt zich in een hoge inname van psychofarmaca in ons land: 13% van de bevraagden nam op het moment van de enquête slaap-en kalmeermiddelen of antidepressiva. Ongeveer 14% van de ondervraagde Belgen heeft in zijn/haar leven al ernstig aan zelfmoord gedacht, 4,5% heeft al een poging ondernomen. Er zijn een aantal verschillen betreffende leeftijd en geslacht: vrouwen blijken meer psychische problemen te ondervinden en psychofarmaca worden ook frequenter ingenomen door vrouwen dan door mannen. De meeste problemen komen voor tussen 25 en 65 jaar, wat overeenkomt met de leeftijd waarop men actief werkt. Eetstoornissen komen meer voor op jongere leeftijd, slaapstoornissen en depressie komen vaker voor op oudere leeftijd. Op oudere leeftijd worden ook meer slaap- en kalmeermiddelen gebruikt. Daarnaast bestaat er ook een correlatie met de socio-economische status: hoe lager, hoe meer kans op geestelijke gezondheidsproblemen.

Cijfers uit een onderzoek van de denktank Itinera uit hetzelfde jaar (2) schetsen een gelijkaardig beeld: volgens deze analyse zal één op drie Belgen vroeg of laat in zijn leven geconfronteerd worden met een psychische stoornis. Dit heeft een grote impact op de omgeving en op het werk: 27% van het ziekteverzuim langer dan 15 dagen kent een psychische oorzaak. Mensen met een psychisch probleem gaan ook vaak werken, ondanks het feit dat ze zich niet goed voelen: het presenteïsme (met lagere productiviteit) is vrij hoog in deze categorie. Ongeveer 19% van de Belgische bevolking neemt volgens dit onderzoek psychofarmaca, wat opvallend hoger is dan in andere landen.

In 2014 werd, naar aanleiding van het 10-jarig bestaan van Te Gek!?, in samenwerking met LUCAS (het centrum voor zorgonderzoek en consultancy van de KU Leuven) een

grootschalige enquête gehouden bij 2000 Vlamingen (3). Er werd hierin onder andere gepeild naar de lifetime prevalentie van psychische problemen. Hieruit bleek dat 51% van de ondervraagden zelf al een psychisch probleem heeft gehad, en 9 op de 10 Vlamingen is al in contact gekomen met geestelijke gezondheidsproblemen, zelf of in de omgeving. De meest voorkomende psychische problemen waren, in aflopende volgorde: slaapproblemen, angstproblemen, burn-out/stressproblemen en stemmingsproblemen. Deze problemen blijken vaak een jaar of zelfs nog veel langer aan te slepen.

Cijfers van het meest recente epidemiologisch rapport van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP, 2017) (4) schetsen een weinig rooskleurig beeld wat betreft de suïcidecijfers in Vlaanderen: volgens de meest recente cijfers overleden in 2015 in Vlaanderen 1051 personen door suïcide. Dit komt neer op bijna drie zelfdodingen per dag, in Vlaanderen alleen. Bijna ¾ hiervan waren mannen (72%). Vlaanderen is hiermee een koploper in Europa: het suïcidecijfer in Vlaanderen ligt anderhalve keer hoger dan het Europese gemiddelde. Wat het aantal suïcidepogingen betreft is het moeilijker om in absolute cijfers te spreken: in 2016 werden naar schatting 10 360 suïcidepogingen bij de spoeddienst aangemeld – dit komt neer op ongeveer 28 zelfmoordpogingen per dag in Vlaanderen. Het merendeel van de pogingen werd ondernomen door vrouwen.

Vaak wordt er bij psychische problemen lang gewacht met het zoeken naar professionele hulp: volgens een rapport van de OESO in 2013, dat aangehaald wordt in het onderzoek van Itinera (2), wordt professionele zorg gemiddeld 1 jaar te laat opgestart voor stemmingsstoornissen, 16 jaar te laat voor angststoornissen en 18 jaar te laat voor middelenmisbruik. Mede in rekening brengend dat een groot aantal psychische stoornissen (vooral angstproblemen en middelenmisbruik) zich al op jonge leeftijd manifesteren, leidt dit vaak tot een jarenlange lijdensdruk bij de patiënt en nood aan een langere behandeling dan nodig zou geweest zijn bij tijdige hulp.

Uit de enquête van LUCAS en Te Gek!? (3) blijkt dat van de 51% die al psychische problemen heeft gehad 34% (2/3^{e}) professionele hulp heeft gezocht. De overige 17% had wel problemen gehad maar hiervoor geen professionele hulp gezocht.

Een aantal barrières spelen mee in deze laattijdige zoektocht naar professionele hulp: het niet weten waar naar toe met psychische problemen, het financiële aspect (er is nog steeds weinig tot geen terugbetaling voor psychotherapie) en de soms lange wachttijden voor geestelijke gezondheidszorg (bijvoorbeeld in CGG's) zijn een aantal belangrijke factoren die hierin

meespelen (2). Er rust ook nog steeds een stigma op psychische problemen, ondanks talrijke sensibiliseringscampagnes en initiatieven zoals Te Gek!?. Dit stigma is wel afgenomen de laatste jaren. In de LUCAS-enquête (3) werd zowel het zelfstigma als het publiek stigma rond psychische problemen bevraagd. Vlamingen scoren vrij positief op de persoonlijke stigmaschaal, zo gaat maar 7% van de bevraagde Vlamingen akkoord met de stelling "het hebben van een psychisch probleem is een teken van persoonlijke zwakte". Op een aantal punten wordt echter nog vrij stigmatiserend gereageerd, zo gaat 33% van de bevraagde Vlamingen akkoord met "mensen met een psychisch probleem zijn onvoorspelbaar", 37% gaat akkoord met "iemand met een psychisch probleem kan daar uit geraken wanneer hij/zij dat echt wil" en 24% gaat akkoord met "als ik een psychisch probleem zou hebben, zou ik dit aan niemand vertellen". Het publiek stigma wordt hoger ingeschat dan het persoonlijk stigma: Vlamingen denken dat andere mensen negatief kijken naar personen met psychische problemen, hoewel ze zelf vrij weinig stigmatiserend zijn. Met de stelling "de meeste mensen vinden dat het hebben van een psychisch probleem een teken van persoonlijke zwakte is" gaat bijvoorbeeld 39% van de bevraagde Vlamingen akkoord, terwijl slechts 7% dit zelf denkt.

Van de Vlamingen die hulp zoeken doet het grootste deel dit eerst bij de huisarts: in 75% van de gevallen is de huisarts het eerste aanspreekpunt (3). Daarnaast worden ook een psycholoog en een psychiater frequent geraadpleegd. Afhankelijk van het type probleem gaat de Vlaming naar een andere hulpverlener: met slaapproblemen, burn-out/stressproblemen en psychosomatische problemen wordt meestal naar de huisarts gegaan, met aandoeningen zoals ADHD en psychoses gaat men sneller naar een psychiater. Van de personen die hulp zochten kreeg een ruime helft enkel medicatie en geen enkele vorm van psychotherapeutische begeleiding. Er wordt dus nogal snel naar pillen gegrepen als enige oplossing voor het probleem.

3.4. Geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk

Zoals ook blijkt uit bovenstaande cijfers is in veel gevallen de huisarts het eerste aanspreekpunt voor mensen met psychische problemen: in ongeveer 75% van de gevallen gaat de patiënt hiermee eerst bij de huisarts langs (3). In de huisartsenpraktijk komen psychische klachten dan ook zeer frequent voor, de gemiddelde huisarts ziet dagelijks mensen die hiermee kampen. Ook bij mensen die op het eerste gezicht met somatische klachten komen spelen er vaak andere dingen mee: huisartsen geven aan dat bij ongeveer 20% van de consultaties psychische of sociale factoren meespelen (5). Patiënten die kampen met

psychische problemen consulteren vaak langer (gemiddeld 3,7 minuten langer) en komen frequenter terug dan patiënten met enkel somatische klachten (er zijn gemiddeld twee keer zoveel contacten op een jaar) (6).

Uit cijfers van de databank Intego, die de incidentie van diagnoses per ICPC-code in de huisartsenpraktijk bijhoudt, kan de incidentie van een aantal frequente geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk gedestilleerd worden. Een artikel in Huisarts Nu uit 2012 (7) heeft de incidentie van geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk op basis van Intego-registraties bekeken in de periode 1994-2010. Hieruit blijken volgende cijfers: de ICPC-rubriek P (psychische problemen) vertegenwoordigt, ten opzichte van alle rubrieken, ongeveer 2,5% van de gestelde diagnosen – dit is ongeveer even frequent als urinewegaandoeningen. De meest gebruikte rubriek is R (luchtwegaandoeningen), verantwoordelijk voor 37% van de diagnosen. Binnen de P-rubriek staat depressie op nummer 1 als diagnose, met een gemiddelde incidentie van bijna 13 per 1000 patiëntjaren. Dit wordt gevolgd door acute stressreactie op 2 (incidentie 5,3 per 1000 patiëntjaren) en slaapproblemen op 3 (4 per 1000 patiëntjaren). De meeste problemen treden op in de categorie 25-44 jaar, dit geldt vooral voor angst- en stemmingsstoornissen. Hyperkinetische stoornissen komen meer voor op jonge leeftijd, dementie meer op oudere leeftijd. Er zijn ook verschillen tussen de geslachten waarneembaar: psychose en schizofrenie, middelenmisbruik en hyperkinetische stoornissen komen meer voor bij mannen, angst- en stemmingsstoornissen en eetstoornissen zijn frequenter bij vrouwen. Als we dit vergelijken met de meest recente cijfers uit de Intego-databank, uit het jaar 2013 (8), dan is de top 3 gelijk gebleven, met volgende incidenties: depressieve stoornis 9,2 per 1000 patiënten, acute stressreactie 7,8 per 1000 patiënten en slaapstoornissen 5,6 per 1000 patiënten.

3.5. Het perspectief van de patiënt: verwachtingen en tevredenheid van patiënten bij psychosociale consultaties

Het is voor de arts niet altijd duidelijk wat een patiënt die met psychische klachten consulteert precies verwacht. Er is hier ook bijzonder weinig onderzoek naar gebeurd.

Uit een aantal studies (9,10) blijkt dat patiënten alleszins verwachten dat hun arts vriendelijk en empathisch is en voldoende tijd kan uittrekken voor hen. Een goed luisterend oor lijkt dan ook één van de belangrijkste factoren te zijn voor het welslagen van een consultatie. Globaal

gezien blijkt dat patiënten meer tevreden zijn over de consultatie als de arts voldoende aandacht schenkt aan hun verwachtingen en noden. In de Nederlands(talig)e literatuur is er een artikel uit *Huisarts en Wetenschap* dat onderzoekt of huisartsen communiceren volgens de verwachtingen van hun patiënten (10). Hieruit blijkt vooral dat patiënten een empathische arts willen die goed luistert en voldoende tijd voor hen neemt, wat relatief belangrijker wordt bevonden bij psychische dan bij puur somatische consultaties. Uitleg en advies worden ook als belangrijker gescoord dan een precieze diagnose.

Ook uit een studie die specifiek peilt naar de verwachtingen die patiënten met psychosociale problemen hebben van de huisarts (11) blijken "voldoende uitleg en informatie" en "voldoende tijd" heel hoog te scoren. Er bleek veel vertrouwen te zijn in de psychotherapeutische vaardigheden van de arts en de meeste deelnemers verwachtten dan ook dat de arts zelf instond voor psychologisch advies, behandeling en begeleiding. Mensen die eerder bij een psycholoog of psychiater geweest waren bleken veeleer op zoek naar een verwijzing.

Een Engelstalige meta-analyse uit 2000 (9) ging in de literatuur op zoek naar het verband tussen het bevragen van de agenda van de patiënt en de tevredenheid bij de patiënt bij consultaties in de eerste lijn. Elke patiënt komt met een bepaalde agenda (ICE: ideas/concerns/expectations) naar de dokter, en het al dan niet bevragen en inlossen van de verwachtingen speelt een belangrijke rol in de tevredenheid van de patiënt na de consultatie. Het is bewezen dat patiënten die niet tevreden zijn minder therapietrouw zijn, minder vaak op controle komen en sneller zullen veranderen van arts.

Uit dit zelfde onderzoek blijkt dat de tevredenheid bij een patiënt na een consultatie afhangt af van een heleboel factoren, zowel klinisch als niet-klinisch. Artsgerelateerde factoren zijn onder andere de communicatievaardigheden van de arts, het al dan niet bevragen van zorgen en verwachtingen van de patiënt en de indruk van technische vaardigheden. Het bevragen van de agenda is iets wat de arts volledig zelf in de hand heeft en wat gemakkelijk te implementeren lijkt. Echter, de meeste artsen vragen lang niet bij elke consultatie de agenda van de patiënt na. De arts heeft vaak ook een eigen agenda, die niet altijd overeenkomt met die van de patiënt. Hierdoor worden de verwachtingen van de patiënt niet altijd (volledig) ingelost, wat lijkt te leiden tot minder tevredenheid bij de patiënt. Veel verwachtingen worden ook aangenomen door de arts, zonder expliciet bevraagd te worden. Artsen blijken vaak te denken dat patiënten wensen dat er bepaalde onderzoeken gebeuren of dat er bepaalde

medicatie wordt voorgeschreven, terwijl uit literatuur blijkt dat de belangrijkste verwachting van de patiënt vaak *informatie en uitleg* is. Naar schatting zou 15 à 25% van de patiënten in de eerste lijn na de consultatie blijven zitten met niet-ingeloste verwachtingen.

In een Brits kwalitatief onderzoek (12) werden patiënten met een depressie geïnterviewd over wat ze al dan niet vermeld hadden tijdens een consultatie met hun huisarts, en waarom ze bepaalde zaken niet vermeld hadden. De agenda van een patiënt komt zelden volledig aan bod, vaak door tijdsgebrek. Sommige zaken komen in de loop van de consultatie naar boven, andere worden vermeld maar niet altijd opgepikt door de arts. In dit onderzoek bleek dat patiënten die al lang gekend waren bij de huisarts meer het gevoel hadden dat ze al hun bezorgdheden en verwachtingen konden aanbrengen, terwijl dit bij relatief nieuwere patiënten soms moeilijker was. De redenen om bepaalde agendapunten niet te vermelden liepen uiteen: zo bracht een depressieve patiënte die opnieuw suïcidale gedachten had dit niet aan bij de arts omdat ze de arts wou "sparen" en niet wou dat haar medicatie werd aangepast. Een patiënte met een postnatale depressie bracht niet aan dat ze een behandeling met antidepressiva verwachtte en een verwijzing voor psychotherapie, omdat ze het gevoel had dat het niet volledig klikte met de arts, er niet voldoende tijd was en ze niet op haar gemak was. De patiënte kreeg van de arts slaappillen voorgeschreven in plaats van antidepressiva. Een patiënte met een depressie die eigenlijk de dosis van haar antidepressiva wou verhogen, bracht dit niet aan omdat ze "de arts niet wou vertellen wat hij moest doen". De arts daarentegen schatte de autonomie en besliskracht van de patiënte hoog in en dacht "dat ze weet wat ze wil en zelf beslissingen kan maken rond haar behandeling". Hierdoor werd de verhoging van de dosis maandenlang uitgesteld.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat het niet vermelden van bepaalde agendapunten lang niet altijd ligt aan een slechte communicatie of een slechte arts-patiëntrelatie; ook andere factoren kunnen hier meespelen.

Een meta-analyse uit 2017 (13) onderzocht wat patiënten met een depressie belangrijk vinden in hun relatie met hulpverleners. Dit bracht gelijkaardige zaken aan het licht. Er wordt nogmaals gedrukt op het belang van de arts-patiëntrelatie, de communicatie en de *shared decision making* bij consultaties, ook (en misschien nog belangrijker) bij depressies. Een goede arts-patiëntrelatie verbetert de therapietrouw, vermindert de symptoomlast bij de patiënt en zorgt voor betere *outcomes.* De factoren en eigenschappen van de hulpverleners die meespeelden in een goede arts-patiëntrelatie konden opgedeeld worden in twee categorieën:

deze die belangrijk waren in het eerste gesprek en de basis legden voor een goede verstandhouding, en deze die belangrijk waren in het verder ontwikkelen en behouden van de relatie. Bij het leggen van de basis waren een aantal eigenschappen van de hulpverlener belangrijk: benaderbaarheid en toegankelijkheid, empathie, een steunende houding en actief luisteren. Bij het consolideren van de relatie was vooral het aanmoedigen en ondersteunen van belang: het stimuleren van de patiënt om zelf beslissingen te nemen en de patiënt aanmoedigen om voor zichzelf te zorgen en zichzelf graag te zien. In de volgende tabel worden de aangewende vaardigheden van de hulpverlener en de impact hiervan op de patiënt, zoals aangehaald in deze meta-analyse (13), nog eens beschreven:

Table: *Practitioner attributes, their transmission and effect*

Practitioner attributes	**Manner conveyed**	**Impact on participants**
Approachability	Friendly bearing; 'Light touch'; Sharing relevant personal information	Put at ease; Feel a rapport; Willingness to engage with practitioner;
Empathy	Tune in to patient's feelings; Non-judgemental; Praise patient progress	Improved self-image; Raised morale; Inclined to continue with treatment;
Support	Caring attitude; Flexibility; Proactivity	Greater confidence; Cope better with pressure; Motivated to risk change
Active listening	Attentiveness; Thoughtfulness; Detailed focus	Able to express feelings; Increased clarity of thought; More positive outlook

Practitioner attributes	Manner conveyed	Impact on participants
Enhance patient decision making	Provide clear explanation; Collaborate on problem-solving; Advise on incremental goals; Provide reassurance	Clearer understanding of treatment aims; Increased awareness of strategy options; Able to plan and pursue manageable changes
Encourage patient self-kindness	Promote patient self-care; Aid relinquishment of worthlessness and guilt; Sanction patient self-determination and self-kindness	Stronger sense of self-worth; Attend more readily to own health needs; Safeguard sense of personal control

Hoe beter de arts-patiëntrelatie beantwoordt aan deze eigenschappen en factoren, hoe meer de patiënt zich gesteund voelt en hoe beter de therapietrouw en de *outcome* zullen zijn. Patiënten vinden een goede relatie met hun hulpverlener veel belangrijker dan de specifieke behandeling die ze krijgen of het aantal minuten dat de consultatie duurt.

Uit deze onderzoeken kan dan ook geconcludeerd worden dat het bevragen van de agenda (ICE) en een goede communicatie en arts-patiëntrelatie zeer veel bijdragen tot een goede *outcome* en een tevreden patiënt.

3.6. Het perspectief van de arts: organisatorische en emotionele problemen ervaren door de huisarts bij psychische consultaties

Patiënten komen vaak met psychische klachten terecht bij de huisarts. Zoals reeds vermeld (3), is de huisarts in 75% van de gevallen het eerste aanspreekpunt voor mensen met psychische problemen. Huisartsen geven aan dat bij ongeveer 20% van de consultaties psychische of sociale problematiek een rol speelt (5). Dit is niet onlogisch: de huisarts kent

zijn/haar patiënten goed, inclusief hun context, en er is sprake van een vertrouwensrelatie. De huisarts is ook heel laagdrempelig, zowel qua bereikbaarheid als qua kostprijs. Dit wil daarom nog niet noodzakelijk zeggen dat de huisarts in alle gevallen de meest geschikte persoon is om deze klachten te behandelen – huisartsen nemen soms (al dan niet noodgedwongen) de rol van psycholoog op terwijl ze hier eigenlijk niet voor opgeleid zijn.

Een Nederlands rapport van het NIVEL (6) onderzocht de werkbelasting bij huisartsen, onder andere in verband met psychosociale zorg. Hieruit blijkt dat consultaties in verband met psychosociale klachten door veel huisartsen als belastend worden ervaren. Dergelijke consultaties duren vaak langer (gemiddeld 3,7 minuten langer), en vragen meer energie van de huisarts dan puur somatische consultaties. Patiënten met minstens 1 psychische/sociale diagnose consulteren op een jaar tijd ook dubbel zoveel keer de huisarts als patiënten die enkel somatische diagnosen hebben. Vaak komen ook meerdere klachten aan bod tijdens één consult. Er is dus sprake van een "situationele werkbelasting": de consultaties duren langer en er komen meerdere problemen aan bod tijdens de consultatie. De arts voelt hierdoor vaak tijdsdruk en is sneller gestresseerd.

Een factor die psychische consultaties ook lastiger maakt voor de arts is het gebrek aan wederkerigheid (de arts geeft veel en investeert veel tijd, maar boekt soms weinig resultaat bij de patiënt of de patiënt is niet therapietrouw) – dit kan leiden tot gevoelens van frustratie en onmacht bij de arts. Daarnaast is er een gebrek aan opleiding over psychische klachten: er is weinig *evidence based medicine* hieromtrent, er is (te) weinig aandacht hiervoor in de artsenopleiding en artsen zijn niet voldoende getraind in psychotherapie. Er is ook sprake van meer emotionele belasting bij de huisarts zelf: psychosociale consultaties vragen veel empathie en aandacht door de arts, wat emotioneel uitputtend kan zijn (6,14,15).

Het is belangrijk dat de arts empathie toont zonder zelf te veel betrokken te geraken bij het verhaal van de patiënt. Bij een te grote betrokkenheid bestaat het risico om de emoties van de patiënt te veel op zichzelf te betrekken, en dit verhoogt het risico op burn-out bij de artsen. De arts kan dus best de "klinische empathie" hanteren: de arts brengt begrip op voor de emoties van de patiënt en kan dit ook communiceren naar de patiënt toe, zonder te veel medelijden te hebben en zich te veel te verplaatsen in de emoties van de patiënt. Dit lijkt essentieel om "compassion fatigue" (emotionele vermoeidheid door moeilijke consultaties met een hoge vraag naar empathie) en op termijn burn-out te voorkomen (6,15,16).

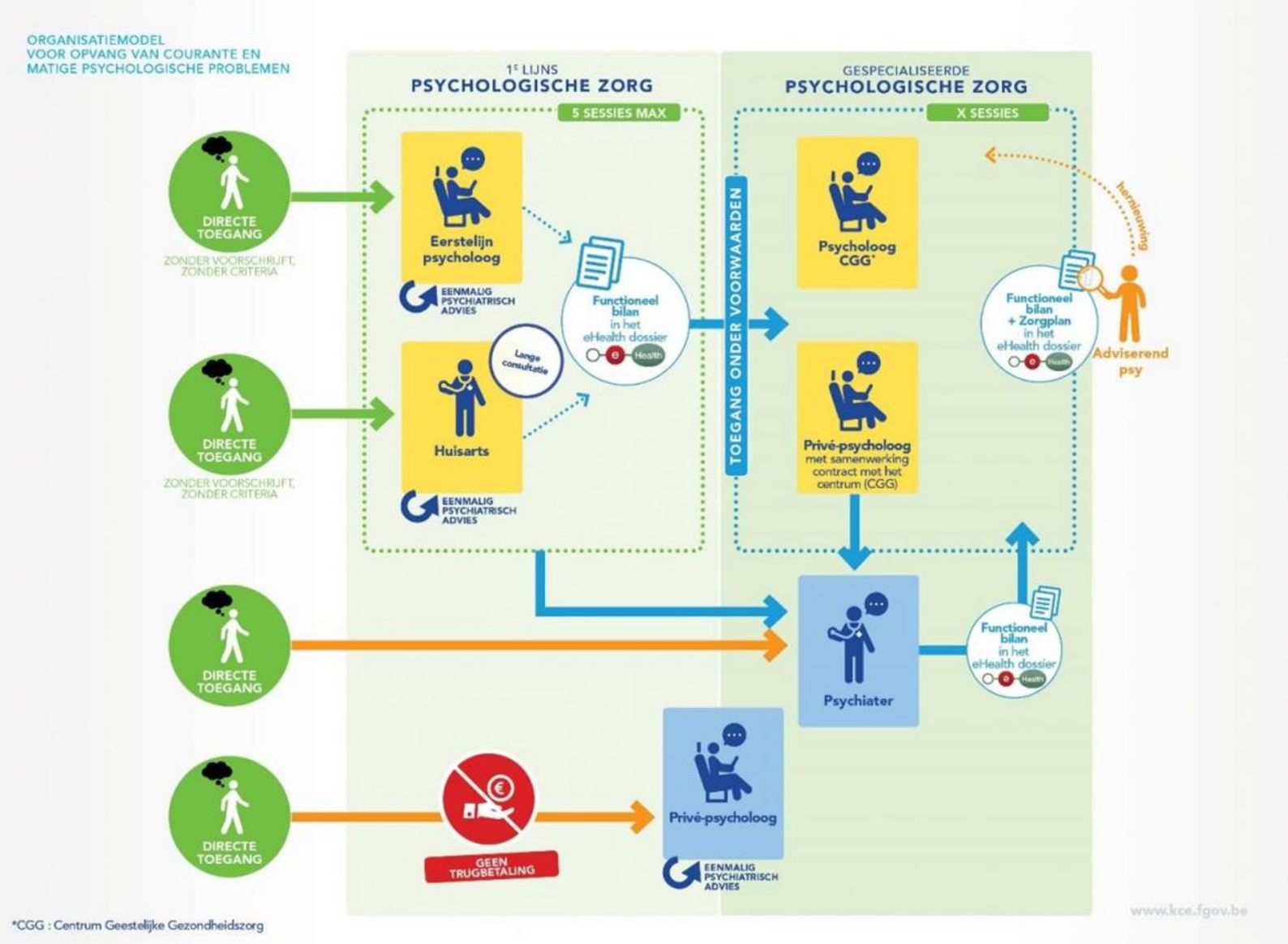
Psychische consultaties worden (gelukkig) niet door alle artsen als belastend ervaren: sommige artsen hebben hier meer interesse in en voeling mee dan anderen, en dit soort consultaties kan ook tot meer voldoening leiden bij de arts (6).

Een aantal interventies zou kunnen leiden tot minder belasting door psychische consultaties: om te beginnen organisatorisch, bijvoorbeeld door meer tijd te reserveren voor psychische consulten en door patiënten gericht te kunnen verwijzen naar toegankelijke en laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn (bijvoorbeeld eerstelijnspsychologen, centra voor geestelijke gezondheidszorg). Er is helaas nog werk aan de winkel wat betreft terugbetaling, organisatie en wachttijden op dit vlak. Anderzijds zou de psychosociale zorg als minder belastend kunnen ervaren worden als de arts hier beter in opgeleid zou zijn: meer aandacht voor psychische hulpverlening (bijvoorbeeld met basistrainingen in cognitieve gedragstherapie) in de basisopleiding en zeker in de huisartsenopleiding lijkt dan ook onontbeerlijk. Later in de loopbaan kunnen bijscholingen of opleidingen via LOK's de competenties verder bijschaven. Ook intervisie in groepen over psychische consultaties zou de artsen hierin kunnen ondersteunen: een internationaal voorbeeld hiervan zijn de "Balint groepen", waarin artsen samenkomen onder begeleiding van een psycholoog/psychotherapeut en aan een soort intervisie doen – bespreking van casussen en moeilijkheden bij psychische consultaties leert artsen beter omgaan met dit soort consultaties en wapent hen tegen "compassion fatigue" en burn-out. In verschillende landen is deelname hieraan gekoppeld aan een soort accreditering (6,17,18).

Het masterproefonderzoek door huisarts in opleiding Leen Wackenier (19), die onderzocht of psychosociale zorg als belastend wordt ervaren door huisartsen, komt in het literatuuronderzoek tot een gelijkaardige conclusie. Dit literatuuronderzoek werd aangevuld door interviews met artsen over de werkbelasting van psychosociale consultaties. Hieruit kwamen nog een aantal interessante gegevens naar voor: onder andere dat de belasting van de arts ook samenhangt met een aantal persoonlijke factoren, zoals vermoeidheid, zich herkennen in het verhaal van de patiënt, zelf worstelen met psychische of sociale problemen – dit leidt tot een grotere belasting. De artsen in dit onderzoek brachten ook een aantal tips aan voor de omgang met psychosociale klachten: het belang van grenzen stellen, aandacht voor het persoonlijke functioneren en het bijstellen van de verwachtingen werden aangevoerd als goede strategieën om emotionele overbelasting te vermijden.

Het KCE ontwikkelde en publiceerde in 2016 een organisatie- en terugbetalingsmodel voor psychologische zorg (20), aangepast aan de Belgische zorgcontext. Dit voorgestelde model zou moeten leiden tot een vlottere toegang en betere terugbetaling van de geestelijke gezondheidszorg. Het voorstel is om een systeem met twee niveaus te implementeren: een eerste, vrij toegankelijk niveau voor frequente en matig ernstige psychische problemen, en een tweede niveau met gespecialiseerde hulp dat niet rechtstreeks toegankelijk is. Op het eerste niveau is een belangrijke rol weggelegd voor de eerstelijnspsychologen, die patiënten met lichte tot matig ernstige problemen met vijf terugbetaalde sessies terug op weg kunnen helpen. Ook de huisarts blijft een belangrijke rol spelen als eerste aanspreekpunt, en om dit voldoende te waarderen wordt een nieuw nomenclatuurnummer voorgesteld voor een "langdurige consultatie", gekoppeld aan een hoger honorarium. Indien dit eerste niveau niet volstaat kan de patiënt, op advies van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog, verwezen worden voor gespecialiseerde en meer langdurige hulp. Dit zou in of in samenwerking met de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's) geregeld worden.

Schematisch overzicht van dit model (20): zie volgende pagina.



Het KCE publiceerde in 2011 ook een rapport omtrent de preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen (21). Hierin worden een aantal voorstellen gedaan om het risico op burn-out te verminderen: onder andere het organiseren van een gezondheidszorg voor artsen (“elke arts een eigen huisarts”), al dan niet volledig terugbetaald, en het proberen vermijden van overbelasting door een betere organisatie en financiering van de eerste lijn. Ook wat de aanpak van burn-out betreft worden een aantal voorstellen gedaan: onder andere het werken met een laagdrempelig eerste aanspreekpunt. Deze functie zou bijvoorbeeld kunnen opgenomen worden door initiatieven als Arts in Nood of Doctors4Doctors, die speciaal opgericht zijn om artsen met geestelijke gezondheidsproblemen te ondersteunen.

4) Onderzoeksvraag

Na analyse van de literatuur is het duidelijk dat psychische klachten in de huisartsenpraktijk zeer frequent voorkomen. Er is tot nu toe vrij weinig onderzoek gebeurd naar de verwachtingen en de tevredenheid van de patiënten met dergelijke klachten en het perspectief van de arts in dergelijke consultaties. Er zijn reeds enkele studies hieromtrent, maar vaak wordt er maar één aspect belicht (bijvoorbeeld enkel de verwachtingen van de patiënt of de ervaringen van de arts). Er is dus nog veel ruimte voor verder onderzoek op dit gebied. Als voorzichtige aanzet hiertoe werd voor deze masterproef de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Wat zijn de verwachtingen van patiënten die met een psychische klacht naar de huisarts komen? Kan de huisarts deze verwachtingen correct bevragen, inschatten en (al dan niet) inlossen? Wat is de tevredenheidsgraad bij arts en patiënt achteraf?

De resultaten uit dit onderzoek zullen vergeleken worden met de tot op heden beschikbare literatuur – en hier hopelijk een interessante aanvulling op zijn.

5) Methodologie

In dit onderzoek werden zowel patiënten als artsen gerekruteerd als deelnemers, om beide perspectieven te kunnen analyseren. De patiënten werden bevraagd door middel van vragenlijsten, de artsen werden door mij geïnterviewd. De deelnemers aan het onderzoek werden gerekruteerd uit de praktijk waar ik werkzaam ben als huisarts in opleiding. In deze praktijk werken naast mij twee vaste mannelijke huisartsen. Patiënten die bij mij op consultatie kwamen werden niet geïncludeerd in het onderzoek. Enkel wilsbekwame volwassenen (18+) werden geïncludeerd.

5.1. Oorspronkelijk vooropgestelde onderzoeksmethode

1) Een vragenlijst in de wachtzaal die peilt naar de reden van komst (reason for encounter) en de verwachtingen van de patiënt over de consultatie. Deze vragenlijst wordt tijdens de onderzoeksperiode door zoveel mogelijk patiënten in de wachtzaal ingevuld. De patiënt ontvangt een geniet bundeltje met een informatiebrief over het onderzoek, de vragenlijst en een toestemmingsformulier (cfr. bijlage 2,3 en 6). Als hij/zij akkoord gaat met deelname aan

de studie wordt de vragenlijst ingevuld en het toestemmingsformulier ondertekend. Deze worden dan in een bijgevoegde gesloten omslag gestoken en afgegeven aan de arts.

2) Consultaties bij mijn twee collega-huisartsen: zij ontvangen de ingevulde vragenlijsten en toestemmingsformulieren in een gesloten enveloppe en geven ze door aan mij zonder ze zelf in te kijken. Zij scoren het consult op een visueel analoge schaal, lopend van uitsluitend medisch tot uitsluitend psychosociaal.

3) Een gesloten enveloppe met daarin een tweede vragenlijst en een tweede toestemmingsformulier (cfr. bijlage 4 en 6) wordt na de consultatie meegegeven aan alle patiënten die ingestemd hebben met deelname aan het onderzoek en de eerste vragenlijst hebben ingevuld. De patiënten die volgens mijn collega's met een overwegend psychosociale klacht kwamen (en dus over de helft scoren op de visueel analoge schaal) krijgen een meer uitgebreide vragenlijst mee, de andere patiënten een kortere vragenlijst.

Deze tweede vragenlijst peilt naar de mate waarin de verwachtingen van de patiënt zijn ingelost en de tevredenheidsgraad na de consultatie. Zodra er bij elk van mijn collega's een zevental overwegend psychosociale consultaties gepasseerd zijn waarbij de patiënten beide vragenlijsten hebben ingevuld zal er gestopt worden met deze fase van het onderzoek.

4) Een semigestructureerd interview met mijn collega-huisartsen over deze overwegend psychosociale consulten (sjabloon cfr. bijlage 5). Hierbij wil ik peilen naar wat volgens hen de verwachtingen van de patiënt waren en of ze het gevoel hebben die te hebben ingelost. Daarnaast zal er gepeild worden naar de manier waarop de artsen het consult hebben beleefd en of ze zelf tevreden zijn over het verloop en de uitkomst van de consultatie.

5) Analyse en verwerking van alle data + discussie.

Na overleg met de co-promotor en mijn collega-artsen werd beslist om het onderwerp open te trekken naar alle psychische klachten, ruim gedefinieerd. Er werd ook besloten om aan alle patiënten die de eerste vragenlijst hadden ingevuld dezelfde langere versie van de tweede vragenlijst mee te geven – dit om elke patiënt de kans te geven om over de consultatie te reflecteren en eventuele extra opmerkingen te geven. De artsen hielden zelf bij welke consultaties ze als eerder psychisch gescoord hadden.

5.2. Verloop van het onderzoek

In oktober 2017 werd een eerste onderzoeksfase opgestart. De vragenlijsten werden enkel uitgedeeld in de wachtzaal in de voormiddag, tijdens de vrije consultaties – op dit moment was ook de secretaresse aanwezig, die de vragenlijsten uitdeelde met een woordje uitleg erbij. Volgens de secretaresse nam ongeveer de helft van de patiënten in de wachtzaal deel aan het onderzoek. Na drie weken viel het onderzoek door praktische redenen (afwezigheid secretaresse, verlof collega) even stil. Aangezien er op dat moment nog niet voldoende data verzameld waren werd een tweede onderzoeksfase ingelast eind november 2017. Na ongeveer twee weken werd ook deze fase beëindigd. In totaal werd de vragenlijst in de wachtzaal door 95 patiënten ingevuld. Aan elke patiënt die een vragenlijst afgaf aan mijn collega's werd een tweede vragenlijst meegegeven na de consultatie. In totaal werden 51 enveloppes met de ingevulde tweede vragenlijst aan mij terug bezorgd.

Na het bekijken van de vragenlijsten en na overleg met mijn collega's werden er 13 consultaties gekozen (9 van de ene collega, 4 van de andere collega), die de artsen als eerder psychisch hadden gescoord en waarvan minstens één vragenlijst en bij voorkeur twee waren ingevuld. Na overleg met de co-promotor werden nog twee extra consultaties geïncludeerd zonder enveloppes. Zo werd een totaal van 15 consultaties geselecteerd voor een interview met de arts.

	Huisarts 1	Huisarts 2	HAIO/onderzoeker	Onbestemd
Vragenlijst wachtzaal	43	36	14	1
Vragenlijst consultatie	25	25	/	1
Geselecteerd voor interview	9	4 (+ 2 zonder enveloppes)	/	/

De interviews vonden plaats zo kort mogelijk na de desbetreffende consultaties, maar om praktische redenen ging dit niet altijd even snel. De interviews werden opgenomen met een recorder en daarna getranscribeerd.

5.3. Verdere analyse

Na transcriptie werden de interviews gecodeerd. Er werd een Excel-bestand gemaakt waarin per consultatie een overzicht werd gemaakt van de informatie uit de vragenlijsten en de interviews. De patiënten werden geanonimiseerd en genummerd van 1 tot en met 15.

Volgende items werden ingebracht per consultatie:

1) Demografie: leeftijd en geslacht van de patiënt (uit vragenlijst 1)
2) RFE volgens de patiënt (uit vragenlijst 1)
3) RFE volgens de arts (uit interview)
4) Verwachting van de patiënt (uit vragenlijst 1)
5) Verwachting van de patiënt volgens de arts (uit interview)
6) Inlossing van de verwachting volgens de arts (uit interview)
7) Gestelde handeling door de arts (uit interview)
8) Tevredenheid bij de patiënt over de consultatie (uit vragenlijst 2)
9) Tevredenheid bij de patiënt volgens de arts (uit interview)
10) Tevredenheid bij de arts over het verloop van de consultatie (uit interview)
11) Tevredenheid bij de arts over de uitkomst van de consultatie (uit interview)
12) Extra opmerkingen

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werden de verzamelde data uit de vragenlijsten en de interviews verwerkt en geanalyseerd op de volgende manier:

a) De *reason for encounter (RFE)* volgens de patiënt werd vergeleken met de RFE volgens de arts. De aanmeldingsklacht van de patiënt werd gehaald uit de eerste vragenlijst. Hiernaar werd gepeild door middel van de volgende open vraag: “Waarvoor komt u vandaag naar de dokter?”. Bij de artsen werd hiernaar gepeild in het interview, aan de hand van de volgende open vraag: “Kan u kort vertellen waar deze patiënt voor kwam?”.

b) De *verwachting van de patiënt* werd expliciet bevraagd in vragenlijst 1, met meerdere mogelijkheden om aan te kruisen (inclusief “ik weet het niet”). Er werd ook de ruimte gelaten om een andere verwachting te vermelden. Er werd gevraagd om, indien meerdere aangekruist, de verwachtingen in volgorde van belangrijkheid te nummeren. Daarnaast werd in de interviews ook gepeild naar wat volgens de arts de verwachting van de patiënt was en of hij die heeft kunnen inlossen, met de volgende vragen: “Wat verwachtte de patiënt van u?” en “Denkt u dat u de verwachtingen hebt kunnen inlossen?”

c) De *tevredenheid bij de patiënt* werd onderzocht door de patiënt zelf hierover te bevragen aan de hand van vragenlijst 2 (bestaande uit 10 vragen, in te vullen na de consultatie). Met een Likertschaal en de mogelijkheid om extra toelichting te geven werden verschillende aspecten van de tevredenheid bevraagd, onder andere de inlossing van de verwachtingen. Hiernaast werd ook de arts hierover bevraagd tijdens het interview, door middel van de volgende vraag: "Denkt u dat de patiënt tevreden is over de consultatie?".

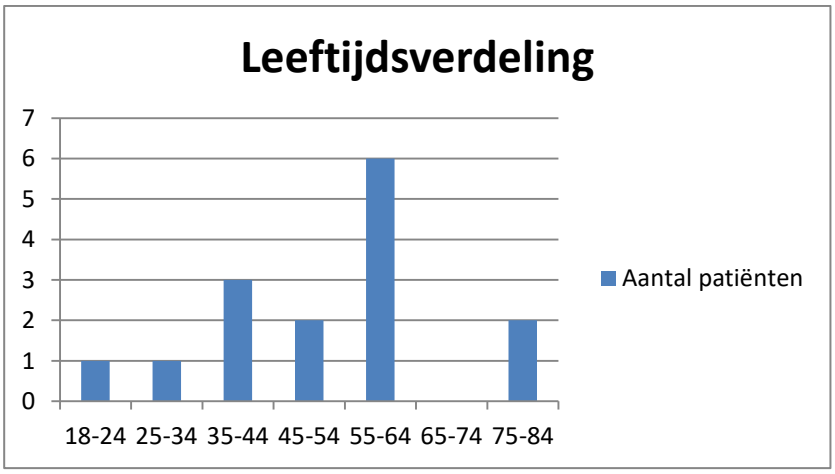
d) De *tevredenheid bij de arts*: Hier werd naar gepeild in het interview, opgesplitst in de volgende twee vragen: "Bent u zelf tevreden over het verloop van de consultatie?" en "Bent u zelf tevreden over de uitkomst van de consultatie?".

6) Resultaten

6.1. Demografie

Uiteindelijk werden 15 patiënten (consultaties) geïncludeerd, waarvan 12 vrouwen en 3 mannen. De leeftijd van de patiënten varieerde tussen 19 en 75 jaar.





6.2. Reason for encounter

6.2.1. Reason for encounter volgens de patient

Vier van de 13 patiënten die de vragenlijst ingevuld hebben, hebben het consult op voorhand beoordeeld als psychisch (= psychische klachten ingevuld als aanmeldingsklacht). Deze patiënten vulden bijvoorbeeld het volgende in bij de open vraag: *"Angst voor ziekte/dood, hyperventilatie, verdriet, .."* of een andere patiënt: *"Oververmoeid, onwel – stressvolle*

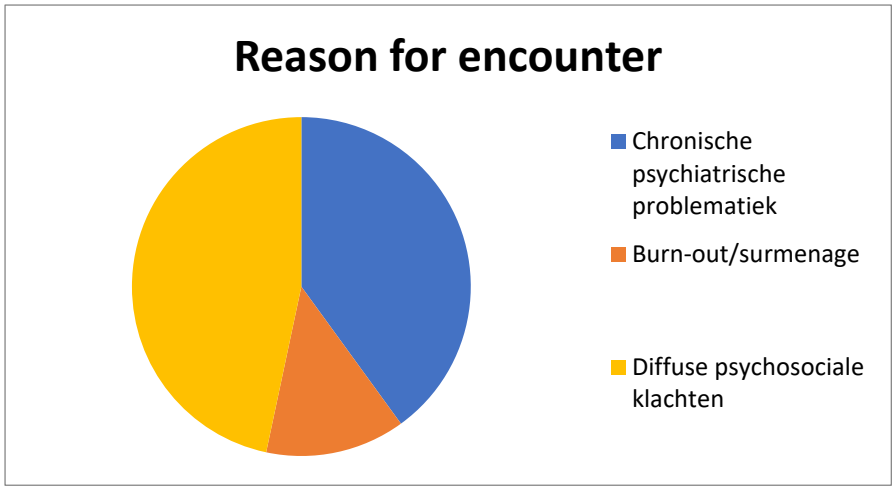
periode,…". De overige 9 patiënten vermeldden enkel puur fysieke klachten *(verkoudheid, urineweginfectie,..)* of een vraag naar een technisch onderzoek of technische handeling *(bloedafname, griepvaccin,..).*

6.2.2. Reason for encounter volgens de arts

Alle 15 consultaties werden door de artsen als eerder psychisch beoordeeld. De aanmeldingsklachten konden ruwweg in drie categorieën worden onderverdeeld:

1) Burn-out/surmenageklachten
2) Chronische psychiatrische problematiek: bijvoorbeeld depressie, bipolaire stoornis, anorexia nervosa, alcoholmisbruik
3) Stressgerelateerde fysieke klachten als reactie op recente psychosociale stressfactoren (life events): bijvoorbeeld spanningshoofdpijn, slaapproblemen naar aanleiding van overlijden van familielid

In 6 van de 15 consultaties kwam chronische psychiatrische problematiek aan bod. In 2 consultaties ging het vooral over burn-out/surmenageklachten. De andere 7 consultaties betroffen vooral diffusere psychosociale klachten, vaak naar aanleiding van recente life events. Binnen 1 consultatie kwamen ook vaak verschillende zaken aan bod, de klachten lopen vaak wat door mekaar – zo kan een recent life event leiden tot een opstoot van chronische psychiatrische problematiek.



In dit onderzoek is de meeste aangebrachte klacht volgens de arts spanningshoofdpijn: dit werd in 5 consultaties vermeld als aanmeldingsklacht.

De RFE komt soms overeen met wat de patiënt aangaf in de eerste vragenlijst, soms ook niet. Een patiënt schreef bijvoorbeeld als aanmeldingsklacht *"slecht slapen"* neer, terwijl volgens de perceptie van de arts de patiënt kwam met spanningshoofdpijn.

Soms wordt de psychische component van de consultatie volgens de arts als belangrijkste aanmeldingsklacht beschouwd, terwijl de patiënt enkel fysieke klachten heeft vermeld in de vragenlijst. Bijvoorbeeld een patiënte die vermeldt voor een aanslepende verkoudheid te komen maar volgens de arts vooral eens wou praten over haar schrik om te hervallen in anorexia nervosa: *"Ik denk eigenlijk dat ze vooral kwam om eens te praten , want van haar verkoudheid was eigenlijk niet zo heel veel te zien. Het zou kunnen dat dat eigenlijk voor haar de hoofdreden was om te komen, om eens haar hart te kunnen luchten."*

6.3. Verwachting van de patiënt

6.3.1. Verwachting van de patiënt zelf

Verwachting	Frequentie
Een luisterend oor	10
Uitleg	7
Geruststelling	7
Een voorschrift voor medicatie	7
Een grondig klinisch onderzoek	5
Een bloedonderzoek of ander technisch onderzoek	4
Een briefje voor werk of school (afwezigheidsattest)	2
Psychologische begeleiding of advies	1
Ik weet het niet	1
Ik heb een andere verwachting, namelijk:..	1
Een verwijzing naar een specialist of radiologie	0

De meest aangekruiste verwachting is “een luisterend oor”: dit kwam in 10 van de 13 vragenlijsten terug – alhoewel dit bij de patiënten die een rangschikking toekenden aan hun verwachtingen niet altijd op de eerste plaats stond. Uitleg en geruststelling komen ook vaak terug als verwachting: 7 patiënten kruisten dit aan. Verder verwachtten 7 patiënten een voorschrift voor medicatie, 4 patiënten een bloedonderzoek of ander technisch onderzoek. Vijf patiënten gaven aan ook een grondig klinisch onderzoek te verwachten. Twee patiënten gaven expliciet aan een afwezigheidsattest te verwachtten. Eén patiënt verwachtte psychologische begeleiding of advies. Eén patiënt wist niet goed wat te verwachten en kruiste “ik weet het niet” aan. Eén patiënt had een andere verwachting, namelijk: *“Middel om van de pijn af te komen! En om terug operationeel te zijn”.* Dit kan wellicht beschouwd worden als een vraag naar medicatie.

6.3.2. Verwachting van de patiënt volgens de arts

Wat opvalt hierbij is dat de verwachtingen in geen enkel geval expliciet worden bevraagd: bij het stellen van de vraag wat de patiënt verwachtte startten beide artsen hun antwoord altijd met “Ik denk..” wat betekent dat het in 15 op de 15 consultaties gaat om *veronderstelde* verwachtingen, zeker wat betreft de psychische component van de consultatie. De artsen zijn een stuk zekerder wanneer het gaat over fysieke klachten: het is duidelijker dat een patiënt een bloedafname of een behandeling voor een urineweginfectie verwacht – dit wordt meestal ook expliciet aangegeven door de patiënt.

In een interview met één van de artsen kwam bijvoorbeeld het volgende naar voor: *“Ze kwam voor een verlenging van arbeidsongeschiktheid, en ze zou graag zo snel mogelijk terug kunnen werken. Ze wil ook gerustgesteld worden – nee, ze wil eigenlijk dat ik een diagnose geef voor haar pijnen en daar een pilletje voor geef, denk ik. Ik denk dat dat een beetje haar verwachting is, dat ik een diagnose vind. Ik weet niet of ze het zo gaat verwoorden, maar ik schat dat zo in in haar hoofd. Ze heeft veel klachten, veel pijnklachten. En ook medicatie voor haar blaasontsteking, daar kwam ze ook voor.”*

Als veronderstelde verwachting geven de artsen in 8 van de 15 consultaties een luisterend oor op – dit is de meest voorkomende veronderstelde verwachting. Alhoewel maar 2 patiënten een afwezigheidsattest aankruisten als verwachting, veronderstelden de artsen in 6 consultaties dat de patiënt dit verwachtte. Medicatie werd 4 keer aangegeven als veronderstelde verwachting door de artsen, terwijl 7 patiënten dit aankruisten.

Hoewel de artsen de verwachtingen niet expliciet bevragen, zijn ze wel bezig met inschatten wat de belangrijkste verwachting van de patiënt zou kunnen zijn. Bijvoorbeeld bij een patiënt met spanningshoofdpijn: *"Ik denk dat ze een paar dagen rust verwachtte – dat was het belangrijkste denk ik. Ik heb het niet speciaal nagevraagd, maar ik heb het zelf voorgesteld en dat was denk ik wel wat ze verwachtte."* Ook zo bij een patiënte die recent een moeilijke periode achter zich had in het gezin: *"Ik denk dat ze vooral verwachtte dat ik luisterde naar haar verhaal over haar dochter… ze heeft haar hart kunnen luchten, wat in dit geval volgens mij het belangrijkste was."* Ook over een patiënte met een depressie: *"…Ze verwacht dus een luisterend oor, misschien advies inwinnen. En ik denk dat dat therapeutisch is voor haar, ik denk dat ze dat nodig heeft. Meer dan pillen zelfs."* Ook bij een patiënt met een alcoholprobleem: *"Hij wou een keer komen vertellen dat hij droog is sinds 6 weken, in eerste instantie zelfs bijna. En hij verwachtte ook dat hij zijn verhaal kon doen over zijn dochter."*

6.3.3. Inlossing van de verwachtingen volgens de arts

De artsen geven in 14 van de 15 gevallen aan dat ze het gevoel hebben de verwachtingen te hebben ingelost. In 1 consultatie geeft de arts aan dat hij niet weet of hij de verwachtingen van de patiënt heeft ingelost: *"Concreet heb ik nu natuurlijk niets kunnen veranderen. Ik had hem voorgesteld van zeker eens terug te komen, maar hij is niet terug gekomen. Zonder communicatie zal het niet gaan, heb ik geadviseerd. Dus ik weet niet of ik zijn verwachtingen heb ingelost, maar het was wel een goed gesprek. Ik heb er mijn tijd voor genomen."*

Soms worden hier ook enkele kanttekeningen bij geplaatst, bijvoorbeeld: *"Soms los ik haar verwachtingen wel in, soms minder. Ze heeft ook soms wat psychosomatische klachten, dat is dan moeilijker. Maar nu heb ik toch genoeg tijd genomen om te luisteren denk ik."*

6.4. Gestelde handeling door de arts

Naast het bieden van een luisterend oor en advies (wat door de artsen als een evidentie werd beschouwd) werden volgende handelingen gesteld: 8 patiënten kregen een afwezigheidsattest, 9 patiënten een voorschrift voor medicatie (waaronder 2 voorschriften voor antibiotica voor een blaasontsteking, één voor hoest remmende medicatie, 3 voor spierontspannende medicatie, 2 voor kalmeer- en slaapmedicatie en 1 verlenging van antidepressiva), 2 patiënten werden verwezen naar een kinesist en 1 patiënt werd verwezen naar een psychiater.

In de onderstaande tabel worden de verwachtingen van de patiënt vergeleken met de gestelde handelingen door de arts:

Consultatie	Verwachting volgens de patiënt	Gestelde handeling door de arts
1	1) Luisterend oor 2) Geruststelling 3) Grondig klinisch onderzoek 4) Uitleg	Luisterend oor, geruststelling - patiënte komt driewekelijks voor gesprek
2	Ik weet het niet	Vier dagen arbeidsongeschiktheid (patiënte wou initieel maar 1 à 2 maar arts heeft aangedrongen op langer), luisterend oor
3	Grondig klinisch onderzoek	Voorschrift voor pijnstiller en kalmerende medicatie (om de trapeziusspieren wat te ontspannen) + uitleg over spanningshoofdpijn, kaderen van de oorzaak en advies om toch iets meer afstand te nemen van de situatie
4	"Middel om van de pijn af te komen! En om terug operationeel te zijn"	Een week arbeidsongeschiktheid voorgeschreven, verder ook een voorschrift voor kine en medicatie om de spieren 's nachts te ontspannen
5	Luisterend oor, grondig klinisch onderzoek, geruststelling, voorschrift voor medicatie	Luisterend oor en gesprek over situatie, advies om over gevoelens te schrijven als praten niet lukt, belang van zelfzorg benadrukt + medicatie voor hoest en paar dagen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven
6	Luisterend oor, voorschrift voor medicatie, afwezigheidsattest	Arbeidsongeschiktheid voorgeschreven, ook voorschrift voor spierontspannende medicatie en slaapmedicatie (melatonine)
7	Luisterend oor, grondig klinisch onderzoek, bloedonderzoek/ander technisch onderzoek, uitleg, geruststelling	Luisterend oor en gesprek over situatie, paar dagen arbeidsongeschiktheid, pijnstilling, voorschrift kinesitherapie
8	1) Bloedonderzoek of ander technisch onderzoek 2) Uitleg 3) Een luisterend oor 4) Geruststelling 5) Een voorschrift voor medicatie	Bloedafname, antibiotica voor blaasontsteking, luisterend oor

9	Een luisterend oor, een voorschrift voor medicatie, een briefje voor werk of school (afwezigheidsattest)	Twee weken arbeidsongeschiktheid, ook verwijzing naar de psychiater op advies van de arts
10	Een luisterend oor, uitleg, geruststelling, een voorschrift voor medicatie	Verlenging arbeidsongeschiktheid, gesprek over zoektocht naar nieuw werk, medicatie gegeven voor blaasontsteking
11	Een luisterend oor, een grondig klinisch onderzoek, uitleg, geruststelling, een voorschrift voor medicatie	Voorschrift voor medicatie, gesprek over alcoholmisbruik
12	1) Een grondig klinisch onderzoek 2) Een bloedonderzoek of ander technisch onderzoek 3) Een voorschrift voor medicatie 4) Een luisterend oor	Bloedafname, luisterend oor en gesprek over zoon
13	Een luisterend oor, een bloedonderzoek/ander technisch onderzoek, uitleg, geruststelling, psychologische begeleiding of advies	Vaccinatie gegeven, luisterend oor geboden, medicatie verlengd
14	Geen enveloppes	Luisterend oor geboden, paar dagen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven, voorstel om terug te komen voor opvolging
15	Geen enveloppes	Luisterend oor (gesprek over alcoholabstinentie en dochter), advies over tenniselleboog

6.5. Tevredenheid bij de patiënt

6.5.1. Tevredenheid bij de patiënt zelf

Niet elke patiënt bezorgde de tweede vragenlijst terug, waardoor er slechts 10 vragenlijsten konden geanalyseerd worden. Van deze 10 lijsten heeft 1 patiënt de lijst niet volledig ingevuld. Er werd vrij summier geantwoord: er werd een score gegeven op de Likertschalen maar veel extra toelichting werd er meestal niet gegeven.

De patiënten waren globaal gezien erg tevreden: er was een gemiddelde score van 4/5 op alle vragen, wat overeenkomt met “eerder wel” als meest frequente antwoord. De tevredenheid

was ook af te leiden uit sommige opmerkingen die gegeven werden op het einde van de vragenlijst. Zo scoorde een patiënt op alle vragen 5/5 ("helemaal wel"): *"Zoals steeds heel tevreden over de aangename persoonlijke aanpak. Er wordt tijd voor je gemaakt en geluisterd, er wordt ook steeds gepolst naar je huidige situatie ten opzichte van het laatste bezoek. Bedankt!"*

Enkele patiënten geven, ondanks goede scores, aan dat ze toch niet volledig voldaan zijn: zo vermeldt een patiënt op het einde van de vragenlijst*: "Veel begrip, geruststellend gesprek. Helaas kan de oorzaak van mijn klachten niet weggenomen worden."* Deze patiënt scoorde "neutraal" op de vraag "Gaat u met een tevreden gevoel naar huis?". Een andere patiënt vermeldt het volgende: *"De dokter neemt altijd voldoende tijd voor een gesprek, wat ik erg waardeer. Soms heb ik wel het gevoel dat mijn klachten niet serieus worden genomen, het is te vlug de ouderdom."* Deze patiënt scoorde "eerder niet" op de vraag "Hebt u het gevoel dat u vooruitgang geboekt hebt door naar de dokter te komen?" en vermeldde "soms niet" bij de vragen "Voelde u zich begrepen?" en "Hebt u het gevoel dat uw klachten serieus werden genomen?".

6.5.2. Tevredenheid bij de patiënt volgens de arts

De artsen denken na alle consultaties dat de patiënt tevreden naar buiten is gegaan. Dit wordt in een aantal gevallen afgeleid uit een expliciete bedanking van de patiënt - bijvoorbeeld: *"Ik denk wel dat ze tevreden was. Ze heeft me bedankt dat ik tijd genomen heb om te luisteren."* In andere interviews vermelden de artsen het volgende: *"Ik had niet het gevoel dat ze niet content was", "Ik heb toch niets meer gehoord achteraf", "Hij is altijd wel dankbaar"*. Het gaat dus algemeen om een *veronderstelde* tevredenheid.

De artsen halen ook geregeld een goede arts-patiëntrelatie aan als bron van tevredenheid: bijvoorbeeld *"Ik denk wel dat ze tevreden was. Omdat ik haar ken met haar voorgeschiedenis, ook al die jaren met die anorexie, heeft ze er hier altijd over kunnen praten. Dus in die zin denk ik dat de vertrouwensband goed is, en ik denk ook wel dat ze content is van de consultatie."* Of in een ander interview: *"Ik denk wel dat ze tevreden is, ik denk het wel. Ze komt al lang, en we hebben een goed contact. We kunnen eens lachen ook, we hebben een beetje een gemeenschappelijke interesse, boeken lezen."*

6.6. Tevredenheid bij de arts

6.6.1. Tevredenheid bij de arts over het verloop van de consultatie

De artsen zijn globaal gezien tevreden over het verloop van de consultatie. Ze vermelden hierbij het belang van een goede arts-patiëntrelatie en vertrouwensband, een goed gestructureerde consultvoering en communicatie en het nemen van voldoende tijd.

Niet alle consultaties zijn verlopen volgens de regels van de kunst (of de regels van de consultvoering) maar dit vormt geen belemmering voor de artsen wat de tevredenheid betreft. Zo vermeldt een arts het volgende: *"Ik ben denk ik wel tevreden – natuurlijk, het is altijd beter als je op voorhand kan inventariseren waarvoor ze allemaal komen, dat is iets handiger, als je van in het begin weet, ok, het is voor een verkoudheid en voor nog een paar dingen. Nu is het gewoon in de loop van het gesprek aan bod gekomen. Maar grosso modo ben ik wel tevreden over het verloop van de consultatie."*

Bij een andere consultatie was dezelfde arts toch meer tevreden over zijn consultatietechnieken: *"Ja, eigenlijk was ik wel tevreden, omdat dat eigenlijk helemaal niet de aanmeldingsklacht was waarmee ze binnen kwam, maar dat ze dan toch de gelegenheid heeft gehad om dat naar buiten te brengen ook, haar verhaal van de laatste weken – dat ze toch de kans ook heeft gehad om dat te vertellen."* Op de vraag hoe dit dan aan bod komt antwoordde de arts het volgende: *"Meestal luister ik eerst waarvoor ze komen, en dan, voor ik begin aan het klinisch onderzoek, vraag ik: "En anders? Hoe is het anders nog met je?" En heel dikwijls wordt er dan wat ontwijkend op gereageerd, maar als ik het zie dat het ontwijkend is, dan zeg ik "je bent precies niet overtuigd" en als er iets is komt het dan meestal wel naar boven. En hier is het ook zo gebeurd. Soms moet je wel een beetje peuteren om het eruit te krijgen, mensen zijn niet altijd bereid om het achterste van hun tong te laten zien. Hier was het ook omdat ze het gevoel had dat het ergste achter de rug was, maar ze had precies toch nog nood om het eens te vertellen."*

Ook het belang van voldoende tijd nemen wordt aangehaald, wat niet altijd lukt – tijdsdruk wordt zeker geïdentificeerd als een hinderende factor bij psychische consultaties. Zo vermeldt een arts het volgende: *"Ja, ik ben wel tevreden.. natuurlijk, wat soms een nadeel is, is de tijdsdruk. Moest je er meer tijd in steken, zou het nog wel beter gaan. Je zou ook wat meer kunnen uitdiepen. Maar als ik het echt belangrijk vind, laat ik de volgende patiënten wel eventjes wachten."*

Ook de andere arts haalt dit aan: "*Ik ben toch wel tevreden over het verloop van de consultatie. Ik heb wat meer tijd vrij gemaakt voor haar, en dan gaat het vlotter. Ze komt meestal op afspraak, soms is het dan wel moeilijker omdat ik sneller achter loop. Maar nu heb ik toch echt mijn tijd genomen."*

6.6.2. Tevredenheid bij de arts over de uitkomst van de consultatie

Over de uitkomst van de consultatie zijn de artsen globaal veel minder tevreden. Er worden veel gemengde gevoelens aangehaald en soms is de arts zelfs ronduit ontevreden. Er komen vaak frustraties naar boven, onder andere over de gebrekkige therapietrouw bij patiënten, het gebrek aan opvolging en het gebrek aan vooruitgang. Globaal lijken de artsen minder tevreden te zijn over de uitkomst van de consultaties bij de patiënten met chronische psychiatrische problematiek.

Beide artsen halen in verschillende interviews aan dat ze het gevoel hebben dat er **meer te bereiken** is met de patiënt en dat er een **gebrek is aan vooruitgang**. Zo vermeldt een arts het volgende: *"Wat ik eigenlijk vind is dat de zaak nooit fundamenteel wordt aangepakt… Ja, ik ben niet volledig voldaan. Eigenlijk zouden we nog iets meer moeten kunnen doen, maar ik heb het al verschillende keren geprobeerd en het is voorlopig niet haalbaar... Eigenlijk ben ik niet 100% tevreden. Ik ben tevreden over het moment telkens, maar ik vind wel dat het fundamenteel niet vooruitgaat."* Ook in het interview over een andere patiënt wordt dit vermeld: *"Wel, ik vind het altijd frustrerend bij hem omdat je weinig resultaat boekt."* Ook de andere arts haalt dit aan: *"Maar eigenlijk, op een diepgaander niveau, geraak ik er niet bij haar. Dus de uitkomst van de consultatie is niet goed. Ik denk dat er niet veel uit te halen is ook, ik ben een beetje pessimistisch."*

Wat ook heel vaak benadrukt wordt door de artsen in het kader van tevredenheid is het belang van het **bijstellen van de eigen verwachtingen**, op verschillende vlakken:

1) Het accepteren van de onveranderlijkheid van de situatie. Zo zegt één van de artsen bijvoorbeeld het volgende: *"Nee, ik was eigenlijk wel tevreden, en over de uitkomst uiteindelijk ook. Wetende dat je de situatie niet echt kan veranderen , haar broer is aan het sterven. Maar goed, ik denk dat ik toch een beetje heb kunnen lenigen."*

2) Het accepteren van het chronische karakter van bepaalde klachten en de persoonlijkheid van de patiënt – in vele interviews identificeren de artsen persoonlijkheid als een grote

meespelende factor. Zo vermeldt een arts: *"Het is natuurlijk iemand die altijd stressgevoelig zal blijven. Nu was het natuurlijk perfect inleefbaar dat ze klachten had, het is normaal dat je dan even decompenseert."* Ook in een ander interview wordt dit vermeld: *"Ik ken haar al 20 jaar of langer, als een vrij stressgevoelige onderwijzeres, positief van karakter wel, altijd content, maar wel zeer nauwgezet en stressgevoelig… Natuurlijk, je kan haar karakter niet veranderen, en haar zoontje niet veranderen."*

3) Het accepteren van de beperktheid van de eigen impact en de haalbaarheid van het gewenste beleid. Beide artsen vermelden regelmatig het begrip "het hoogst haalbare op dit moment". Bijvoorbeeld de ene arts: *"Nu, na al die jaren weet ik al heel veel over haar van vroeger en ik denk dat wat we nu bereiken, namelijk regelmatige geruststelling als ze zich weer wat ongerust voelt, dat dat op dit moment het hoogst haalbare is."* Ook de andere arts haalt dit aan: *"Ik moet kijken wat haalbaar is, en voorlopig is er niet te veel haalbaar. Misschien eens een opname in een ontwenningskliniek, maar daar gaat ze zeker niet voor klaar zijn.. "*

Het **gebrek aan opvolging** wordt ook als storend aangegeven door één van de artsen: *".. Goh, dat was nu maar 1 consultatie… eigenlijk ben ik niet echt tevreden over de uitkomst, omdat er nog een vervolg aan zou moeten komen, om te weten hoe het verder gaat."*

Wat één van de artsen nog aanhaalt als algemene opmerking bij psychische consultaties is dat er niet altijd meteen een oplossing moet geboden worden: *"Mensen verwachten niet altijd een definitieve oplossing als ze komen met dergelijke problemen – vaak ben je eens stapje in het verhaal en is dat op dat moment ook voldoende."* Dit komt bijvoorbeeld ook mooi aan bod in een bepaald interview: *"Ik denk wel dat ik tevreden ben over de uitkomst van de consultatie. Je mag natuurlijk niet verwachten, in zulke situaties, dat je meteen een ommekeer krijgt van het leven, en dat ze meteen grote beslissingen gaat nemen , maar ik denk dat het allemaal kleine bouwstenen zijn. Uiteindelijk zal ze wel veranderen van werk denk ik. Dus ik denk dat je al die kleine stapjes nodig hebt om uiteindelijk tot een verandering te komen. Ik denk dat bij mij komen één van die bouwstenen zal geweest zijn. Ik denk dat ze er op termijn wel zal komen."*

7) Discussie

7.1. Beperkingen van het onderzoek

Bij het interpreteren van de onderzoeksresultaten moet men heel wat beperkingen van dit onderzoek in acht nemen. Ten eerste gaat het hier om een heel kleine steekproef, waardoor de resultaten geenszins representatief zijn: slechts 15 patiënten en 2 artsen werden geïncludeerd, waardoor er uiteraard geen veralgemenende conclusies kunnen getrokken worden. Ten tweede is er slechts één onderzoeker, die dan ook nog eens in de praktijk werkt waar het onderzoek is uitgevoerd. De onderzoeker is dus sowieso geen objectieve buitenstaander en heeft geen neutrale positie ten opzichte van de deelnemers aan het onderzoek. Ten derde worden resultaten van verschillende onderzoekstechnieken (vragenlijsten en interviews) met elkaar vergeleken, en dit zowel van voor als na de consultatie. Ten vierde is er in sommige gevallen door praktische problemen wat tijd verstreken tussen de consultatie en het interview met de artsen, wat onvermijdelijk leidt tot een zekere bias omdat de arts zich niet alles volledig meer herinnert.

7.2. Bespreking van de resultaten en vergelijking met de literatuur

7.2.1. Demografie

De geïncludeerde patiënten in dit onderzoek waren vooral vrouwen. Uit de literatuur blijkt dat vrouwen meer psychische problemen hebben dan mannen, dus dit is binnen het verwachtingspatroon. De leeftijden lagen tussen 19 en 75 jaar, wat logisch lijkt: minderjarige patiënten werden niet geïncludeerd, en oudere patiënten geraken soms moeilijker tot in de praktijk. Volgend de literatuur treden de meeste psychische problemen op tussen 25 en 65 jaar; 12 van de 15 patiënten in mijn onderzoek vallen ook in deze leeftijdscategorie. Rekening houdend met de beperkte omvang van de steekproef kunnen hier uiteraard geen conclusies uit getrokken worden, maar dit komt overeen met de tendensen uit de literatuur.

7.2.2. Reason for encounter

Wat eerst en vooral opvalt is dat niet alle patiënten in de vragenlijst aangeven dat ze voor een psychische klacht consulteren: slechts 4 van de 13 patiënten die de vragenlijst ingevuld hebben beoordelen het consult op voorhand als psychisch. Dit kan verschillende mogelijke

verklaringen hebben: Niet elke patiënt wenst (volledig) te vermelden waarvoor hij/zij komt? Niet elke patiënt die komt heeft initieel de bedoeling om een psychosociale klacht tot uiting te brengen (maar bij navraag door de arts gebeurt dit wel)? Niet elke patiënt heeft de tijd genomen/gehad om de vragenlijst grondig in te vullen? Dit is moeilijk na te gaan – waarschijnlijk gaat het om een combinatie van deze factoren.

De artsen schatten alle besproken consultaties in als overwegend psychisch, in tegenstelling tot de patiënten. Dit heeft uiteraard ook te maken met het feit dat de artsen het consult achteraf beoordelen, terwijl de patiënten dit voor de consultatie doen.

De *reason for encounter* volgens de arts komt soms overeen met wat de patiënt aangeeft in de eerste vragenlijst, soms ook niet. Dit kan verschillende mogelijke verklaringen hebben: De patiënt brengt niet expliciet aan waarvoor hij/zij komt? De arts pikt dit niet goed op? De consultatie gaat een andere richting op dan de patiënt gepland had, door bepaalde vragen van de arts? Er is te veel tijd verstreken tussen de consultatie en het interview, waardoor de arts niet alles goed meer kan reconstrueren? Ook dit is uiteraard moeilijk na te gaan.

7.2.3. Verwachting van de patiënt

Een opvallende vaststelling is dat de artsen in geen enkele consultatie de verwachting expliciet bevraagd hebben. Bij navraag naar de verwachtingen van de patiënt in het interview beginnen de artsen hun antwoord telkens met “ik denk…”: het gaat dus telkens om *veronderstelde* verwachtingen. Mogelijk is er hier wel lichte bias door het feit dat de interviews niet altijd snel na de consultatie konden plaatsvinden, waardoor de artsen al één en ander vergeten waren van de consultatie.

De meest aangekruiste verwachting van de patiënten was een luisterend oor: 10 van de 13 patiënten die de vragenlijsten invulden kruisten dit aan. Ook de artsen schatten dit zo in: in 8 consultaties gaven ze dit aan als veronderstelde verwachting. Op andere gebieden was er een grotere mismatch tussen artsen en patiënten: slechts 2 patiënten kruisten een afwezigheidsattest aan als verwachting, terwijl de artsen in 6 consultaties veronderstelden dat de patiënt dit verwachtte. In dit onderzoek schatten de artsen de nood aan arbeidsongeschiktheid dus hoger in dan de patiënten. Ook het omgekeerde komt voor: 7 patiënten kruisten medicatie aan als verwachting, terwijl dit slechts 4 keer aangegeven werd als veronderstelde verwachting door de artsen. Dergelijke mismatchen zijn vermoedelijk voor een deel te verklaren omdat de arts de verwachtingen niet expliciet navraagt, maar uiteraard

voor een deel ook door het feit dat de patiënten voor de consultatie aangeven wat ze verwachten en de artsen de veronderstelde verwachtingen aangeven na de consultatie.

Hoewel ze de verwachtingen niet expliciet bevragen geven de artsen toch in 14 van de 15 gevallen aan dat ze denken de verwachtingen van de patiënt te hebben ingelost.

In de literatuur komen gelijkaardige tendensen naar voor wat de verwachting van de patiënt betreft: een luisterend oor wordt als heel belangrijk ingeschat door de patiënt, net zoals uitleg en advies. Net zoals in de literatuur worden in dit onderzoek de verwachtingen van de patiënt te weinig expliciet bevraagd door de artsen maar eerder verondersteld.

7.2.4. Gestelde handeling door de arts

De artsen vragen de verwachtingen van de patiënt niet expliciet na, maar lijken die in een deel van de gevallen toch na te komen – cfr. de tabel bij resultaten. Opvallend is dat uiteindelijk 8 patiënten buiten gaan met een afwezigheidsattest, terwijl slechts 2 patiënten dit initieel verwachtten. Ook hier geldt uiteraard dat tussen het invullen van de vragenlijst door de patiënt en het interview met de arts een consultatie van 15 à 20 minuten zit die alle kanten op kan gaan. De arts kan voorstellen doen, zoals arbeidsongeschiktheid, die na overleg samen met de patiënt als een geschikt beleid worden gekozen.

Ook opvallend is dat slechts 3 patiënten buiten gaan met een voorschrift voor psychofarmaca, waarvan het in twee gevallen om een verlenging van medicatie gaat. In de literatuur blijkt dit net omgekeerd te zijn – artsen hebben volgens eerdere onderzoeken globaal gezien de neiging om vrij snel naar medicatie te grijpen bij psychische klachten.

7.2.5. Tevredenheid bij de patiënt

De patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld lijken achteraf globaal tevreden tot heel tevreden over de consultatie, hoewel hun verwachtingen niet altijd worden ingelost – wat nochtans een belangrijke factor is voor de tevredenheid van de patiënt volgens de literatuur. Als de patiënt aangeeft niet volledig tevreden of voldaan te zijn lijkt dit in dit onderzoek eerder te wijten aan frustratie bij de patiënt over zijn/haar situatie en heeft dit niet zozeer met de arts te maken.

De artsen vermoeden na alle consultaties dat de patiënt tevreden is, en ze schrijven dit vaak toe aan een goede en zorgvuldig opgebouwde arts-patiëntrelatie. Dit is niet onlogisch gezien

het in quasi alle gevallen om goed gekende patiënten gaat. Deze goede arts-patiëntrelatie en communicatie is ook een belangrijke factor volgens de literatuur.

7.2.6. Tevredenheid bij de arts

Over het verloop van de consultatie zijn de artsen globaal gezien tevreden – ook hier heeft dit voor een groot deel te maken met een goede arts-patiëntrelatie. Ze geven wel, net zoals in de literatuur, tijdsdruk aan als een mogelijke hinderende factor. Over de uitkomst daarentegen zijn de artsen een heel stuk minder tevreden. De grootste frustraties die hierbij naar boven komen zijn het gebrek aan therapietrouw, het gebrek aan vooruitgang en het gebrek aan opvolging. De artsen lossen deze frustraties voor een deel op door hun verwachtingen bij te stellen, op verschillende vlakken.

Opvallend is dat de artsen globaal minder tevreden zijn over de uitkomst van de consultatie als het gaat om chronische psychiatrische problematiek. Dit is niet onlogisch, gezien dit vaak om moeilijk te behandelen problemen gaat die niet snel opgelost zijn. Bij deze patiënten geven de artsen sneller aan dat ze te weinig vooruitgang zien in de situatie en dat ze het gevoel hebben dat er meer te bereiken is. Tegelijk accepteren ze hier ook sneller dat ze het "hoogst haalbare" doen wat op dat moment mogelijk is – er is dus al een zekere berusting door het bijstellen van de verwachtingen.

Uit de literatuur blijkt ook dat dat een gebrek aan wederkerigheid (de arts geeft veel en investeert veel tijd, maar boekt soms weinig resultaat bij de patiënt of de patiënt is niet therapietrouw) psychische consultaties vaak lastig maakt voor de arts, en dit kan leiden tot gevoelens van frustratie en onmacht. Ook dit komt mooi naar voor in de interviews, vooral bij de consultaties rond chronische psychiatrische problematiek.

8) Conclusie

8.1. Algemene conclusie

Alhoewel uit dit onderzoek geen veralgemenende conclusies kunnen getrokken worden, kunnen er toch een aantal vaststellingen gedaan worden die grotendeels in de lijn liggen van de verwachtingen op basis van de literatuur. Zowel wat de verwachtingen als wat de tevredenheid van arts en patiënt betreft komen er gelijkaardige resultaten naar boven.

Zo hebben de patiënten in dit onderzoek ook een luisterend oor als belangrijkste verwachting, naast uitleg en advies. De arts probeert ook hier de verwachting in te schatten maar vraagt die nooit expliciet na. Zowel patiënt als arts zijn grotendeels tevreden over het verloop van de consultatie, wat toegeschreven wordt aan een goede arts-patiëntrelatie. De artsen zijn minder tevreden over de uitkomst van de consultatie en geven hiervoor gelijkaardige redenen op als in de literatuur, met vooral een gebrek aan wederkerigheid en vooruitgang als verklarende factor.

Een aantal zaken lijken echter licht af te wijken van de literatuur: zo blijkt uit de literatuur dat het bevragen van de ICE een grote impact heeft op de tevredenheid van de patiënt, maar uit dit onderzoek komt dit minder expliciet naar voor – de patiënten lijken globaal tevreden, hoewel de verwachtingen nooit expliciet bevraagd werden. Het beleid lijkt ook wat af te wijken van wat uit de literatuur naar voor komt: er worden bijvoorbeeld minder psychofarmaca voorgeschreven dan verwacht op basis van voorgaand onderzoek. De artsen erkennen de moeilijkheid en de frustraties die soms gepaard gaan met psychische consultaties – vooral als het gaat om chronische psychiatrische problematiek –maar ze geven niet aan dit als een zware belasting te ervaren.

Algemeen wordt het belang van het bevragen van de agenda (ICE) en van een goede communicatie en arts-patiëntrelatie in dit onderzoek nogmaals bevestigd.

8.2. Blik naar de toekomst

Gezien de enorme maatschappelijke relevantie van geestelijke gezondheidsproblemen en het frequente voorkomen ervan in de huisartsenpraktijk is meer onderzoek op dit gebied absoluut gewenst – zeker ook op het gebied van de verwachtingen en de tevredenheid van de patiënt en de arts. Dit onderzoek was kleinschalig en er kunnen dan ook geen veralgemenende conclusies uit getrokken worden. Grootschaliger onderzoek met een ruimere steekproef zou meer interessante data kunnen opleveren. Het interviewen van de patiënten, voor en na de consultatie, zou ook uitgebreidere informatie kunnen geven dan het invullen van vragenlijsten.

De drempel blijft voor vele mensen in Vlaanderen hoog om hulp te zoeken voor psychische problemen. Dit heeft deels te maken met stigma en deels met organisatorische moeilijkheden.

Wat het stigma betreft is er de laatste jaren heel veel vooruitgang geboekt: in de media komen geestelijke gezondheidsproblemen meer en meer voor, zowel in fictiereeksen als in non-fictie.

Een recente aflevering van Taboe op één bijvoorbeeld bracht mensen met een psychische kwetsbaarheid op een humoristische maar respectvolle manier in beeld. Initiatieven van projecten zoals Te Gek!? (22), met bekende peters en meters, werken zeker ook stigmaverlagend. De overheid heeft ook een aantal campagnes gelanceerd, zoals *4 voor 12* (23) recent nog, een campagne in samenwerking met Te Gek!? die burgers wil sensibiliseren om geestelijke gezondheidsproblemen bij zichzelf en bij mensen in hun omgeving te herkennen. Er wordt ook meer en meer ruchtbaarheid in de media gegeven aan al langer bestaande laagdrempelige aanspreekpunten voor mensen met psychische problemen, zoals Tele-Onthaal, de Zelfmoordlijn (1813),..

Wat de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen betreft is er wel nog veel werk aan de winkel. Het wegnemen van de financiële barrière, het verhogen van de bereikbaarheid en het verminderen van de wachttijden zouden al grote stappen in de goede richting zijn. Er zijn reeds verschillende voorstellen hiervoor gelanceerd (cfr. voorstel KCE, met onder andere een grote rol voor de eerstelijnspsychologen), maar deze worden voorlopig niet algemeen geïmplementeerd. Anderzijds zal de huisarts altijd een belangrijke rol blijven spelen in de eerste lijn en blijft hij/zij een laagdrempelig aanspreekpunt, ook voor psychische problemen: het is dan ook raadzaam om artsen beter op te leiden in geestelijke gezondheidszorg en te zorgen dat elke huisarts hierin een aantal basisvaardigheden beheerst – met daarnaast ook een ruime kennis van de sociale kaart en de doorverwijsmogelijkheden binnen de eerste en de tweede lijn.

Daarnaast kan het belang van zelfzorg bij artsen niet overschat worden: huisartsen zijn een kwetsbare groep om zelf geestelijke gezondheidsproblemen te ontwikkelen. Er worden meer en meer initiatieven uit de grond gestampt om de arts zelf ook een aanspreekpunt te bieden. In de toekomst is een uitbreiding hiervan, naast het doorbreken van het taboe om als arts zelf problemen te hebben, zeker ook een streefdoel.

8.3. Wat heb ik hieruit geleerd?

Ik vond dit onderzoek heel leerrijk om te doen. In het begin van mijn huisartsenopleiding vond ik consultaties over psychische klachten vrij moeilijk, omdat ik vaak niet zeker was wat de patiënt van mij verwachtte en dit soort consultaties niet altijd “volgens het boekje” kunnen gedaan worden. Ik had dan ook het gevoel weinig houvast te hebben en bleef vaak met een onzeker gevoel achter. Als ik dit vergelijk met nu ben ik enorm gegroeid als arts, en heb ik, mede dankzij dit onderzoek, het gevoel dat ik sterker in mijn schoenen sta als het gaat over

psychische consultaties. Ik heb geleerd enerzijds dat het bevragen van de ICE hier bijna nog belangrijker is dan bij consultaties voor fysieke klachten, maar anderzijds ook om meer op mijn intuïtie te vertrouwen en niet te verwachten dat alles altijd volgens het boekje verloopt. Ook het bijstellen van mijn eigen verwachtingen is iets wat ik gaandeweg geleerd heb: zo volg ik dit jaar een patiënte met een zware chronische depressie die aan euthanasie voor psychisch lijden denkt. Mijn eerste instinctieve reactie was om te proberen haar hiervan af te krijgen, maar na een paar consultaties zag ik in dat ze niet van mij verwachtte dat ik haar stemming volledig opklaarde en de euthanasiewens wegnam, maar wel dat ik haar hielp om beter te functioneren en om rustiger te zijn. Ik heb hieruit geleerd mijn eigen verwachtingen niet te projecteren op de patiënt en ze bij te stellen in functie van de haalbaarheid en de wensen van de patiënt zelf.
Ik vond het ook enigszins geruststellend dat mijn collega-huisartsen, respectievelijk 20 en 30 jaar ouder dan ik en met dus veel meer ervaring, ook nog soms dezelfde problemen en frustraties ervaren bij psychische consultaties.

Algemeen was dit een positieve en leerrijke ervaring, en het heeft mij zeker gemotiveerd om me verder te bekwamen in geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn!

9) Bijlagen

Bijlage 1: Referenties

1) Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014. Beschikbaar via: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/WB_NL_2013.pdf

2) Van Herck P, Van de Cloot I. Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen? De feiten achter de mythen. Intinera Institute analyse. 2013/9. Beschikbaar via: www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20120701_geestelijke_gezondheidszorg_pvh.pdf

3) Vermeulen, B., Coppens, E.,Neyens I. & Van Audenhove, C. (2014). Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen: ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Leuven: LUCAS & Te Gek!?. Beschikbaar via: https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/copy_of_rapport-stigmatisering-psychologischeproblemen-web.pdf

4) van Landschoot R, van Heeringen K en Portzky G. Epidemiologisch Rapport 2017: De Vlaamse suïcidecijfers in een nationale en internationale context. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), 2017. Beschikbaar via: https://www.vlesp.be/assets/pdf/epidemiologisch-rapport-2017-nl-114457.pdf

5) Visscher A, Laurant M, Schattenberg G, Grol R. De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg, de resultaten van een landelijke enquête. Nijmegen: Center for quality of care research, UMC St Radboud 2002

6) Van den Berg MJ, Kolthof DJ, de Bakker DH, van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.

7) Truyers C, Bartholomeeusen S, Buntinx F. Geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk. Incidenties op basis van Integoregistraties. Huisarts Nu 2012; 41:25-6. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/images/stories/huisartsnuarchief/2012/h41_01_08_geestelijke_gezondheidsproblemen.pdf

8) Resultaten INTEGO-databank, KU Leuven. Beschikbaar via: https://intego.gbiomed.kuleuven.be/intego-apps/inc_prev_v0/

9) Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcome: a literature review. Arch Fam Med 2000; 9: 1148-55.

10) Van den Brink-Muinen A, van Dulmen S, Jung HP, Bensing J. Communiceren huisartsen volgens de verwachtingen van hun patiënten? Huisarts Wet 2008; 51: 141-46.

11) Fritzsche K, Armbruster U, Hartmann A and Wirsching M. Psychosocial primary care – what patients expect from their general practitioners a cross-sectional trial. BMC Psychiatry 2002, 2(5)

12) Malpass A, Kessler D, Sharp D, Shaw A. 'I didn't want her to panic': unvoiced patient agendas in primary care consultations when consulting about antidepressants. Br J Gen Pract. 2011 Feb;61(583):e63-71.

13) Percival J, Donovan J, Kessler D, Turner K. 'She believed in me'. What patients with depression value in their relationship with practitioners. A secondary analysis of multiple qualitative data sets. Health Expect. 2017 Feb;20(1):85-97.

14) Zantinge EM, Verhaak PFM, Bensing JM. The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. Family Practice 2005; 22: 293–297.

15) Bakker AB, Schaufeli WB. Patient demands, lack of reciprocity and burn-out: a five-year longitudinal study among general practitioners. Journal of organizational behavior 2000; 21: 425- 441.

16) Figley CR. Compassion fatigue: toward a new understanding of the costs of caring. In: Hudnall Stamm B. Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Lutherville,MD: Sidran Press, 1995.

17) Huibers MJ, Beurskens A, Bleijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007.

18) Rabin S., Maoz B., Shorer Y., Matalan A. Balint groups as ‘shared care’ in the area of mental health in primary medicine. Mental health in family medicine 2009; 6: 139-143.

19) Wackenier L. Wat vinden huisartsen belastend aan psychosociale zorg en hoe kan deze belasting verminderd worden? Masterproef Huisartsgeneeskunde, academiejaar 2013-2014. Beschikbaar via: https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/106/193/RUG01-002106193_2014_0001_AC.pdf

20) Kohn L, Obyn C, Adriaenssens J, Christiaens, W, Van Cauter X, Eyssen M. Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 265As. D/2016/10.273/31. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_265As_Psychotherapy_synthese_1.pdf

21) Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, Kacenelenbogen N, Offermans AM, Pierart J, Kohn L. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak - synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 165A. D/2011/10.273/57. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_165a_burnout_bij_huisartsen_synthese.pdf

22) Voor meer informatie: https://www.tegek.be/

23) Voor meer informatie: http://www.4voor12.be/

Bijlage 2: Informatiebrief

Beste mevrouw, meneer,

Ik ben dokter Sofie Demoen, huisarts in opleiding in deze praktijk. Naast het praktijkwerk (consultaties en huisbezoeken) schrijf ik dit jaar ook een thesis. Voor die thesis doe ik onderzoek naar de verwachtingen en tevredenheid van patiënten die naar de huisarts komen.

Ik zou uw medewerking aan dit onderzoek heel erg op prijs stellen. Uw deelname bestaat uit het invullen van een vragenlijst, voor en na de consultatie. In dit bundeltje vindt u de eerste vragenlijst en een toestemmingsformulier voor uw deelname. De vragenlijst peilt naar de reden van uw komst en uw verwachtingen over de consultatie. Als u het laatste blad (toestemmingsformulier) ondertekent stemt u ermee in dat de door u ingevulde vragenlijst anoniem mag gebruikt worden voor mijn onderzoek. Dit toestemmingsformulier is wettelijk verplicht.
Als u de vragenlijst en het toestemmingsformulier hebt ingevuld mag u deze in een gesloten enveloppe afgeven aan de huisarts (dr. Van Ooteghem of dr. Vandeputte) waarbij u op consultatie gaat. De huisarts geeft deze formulieren door aan mij zonder ze zelf in te kijken.

Na de consultatie zal u van uw arts een enveloppe krijgen met een tweede vragenlijst en een toestemmingsformulier. Deze vragenlijst zal peilen naar uw gevoel na de consultatie en de mate waarin uw verwachtingen werden ingelost. Ook deze vragenlijst wordt op vertrouwelijke wijze verwerkt. De bedoeling is dat u deze vragenlijst meteen na de consultatie invult en terugbezorgt aan de secretaresse Dominique. Indien u graag wat meer tijd neemt voor het invullen van de vragenlijst mag u ook uw enveloppe achteraf in de brievenbus steken.

Dit onderzoek gebeurt met de volledige steun en medewerking van dr. Van Ooteghem en dr. Vandeputte. Het uiteindelijke doel is om de kwaliteit van de zorg te verhogen. Ik hoop dus dat u de vragen zo open en volledig mogelijk beantwoordt.

Uiteraard worden uw gegevens op een vertrouwelijke manier en enkel door mijzelf verwerkt en wordt uw privacy gegarandeerd. In mijn thesis worden geen individuele patiënten vernoemd. Uw deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig en u hebt het volste recht om deelname te weigeren. Als u niet wenst deel te nemen, gelieve deze documenten dan gewoon terug te geven aan Dominique.

U mag mij op elk moment contacteren om vragen te stellen over het onderzoek.

Alvast bedankt voor uw deelname!
Met vriendelijke groeten,

Dr. Sofie Demoen
Huisarts in opleiding

E-mailadres: sofie.demoen@ugent.be

Bijlage 3: Vragenlijst 1 (wachtzaal)

1) Wat is uw leeftijd?

2) Wat is uw geslacht?

3) Waarvoor komt u vandaag naar de dokter?

……
……
……
……
……

4) Is het de eerste keer dat u met deze klacht(en) naar de dokter komt?

   Ja/neen

   Eventuele toelichting:

……
……
……..
……
……
……
……
……

5) Wat verwacht u van deze consultatie (meerdere antwoorden mogelijk – indien meerdere antwoorden: nummer in volgorde van belangrijkheid; met 1= meest belangrijk):
   - O Een luisterend oor
   - O Een grondig klinisch onderzoek (bijvoorbeeld meten van de bloeddruk, luisteren naar hart en longen,..)
   - O Een bloedonderzoek of ander technisch onderzoek
   - O Uitleg
   - O Geruststelling
   - O Een voorschrift voor medicatie
   - O Een verwijzing naar een specialist of radiologie
   - O Een briefje voor werk of school (afwezigheidsattest)
   - O Psychologische begeleiding of advies
   - O Ik weet het niet
   - O Ik heb een andere verwachting, namelijk:
     ……
     ……
     ……
     ……

Bijlage 4: Vragenlijst 2 (na de consultatie)

1) Is de consultatie verlopen zoals u verwacht had?

Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Helemaal wel

Toelichting bij uw antwoord:
……
……
……
……
……
……

2) Hebt u kunnen vertellen wat u wou bespreken?

Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Helemaal wel

Toelichting bij uw antwoord:

……
……
……
……
……
……

3) Hebt u uw eigen ideeën over uw aandoening kunnen aanbrengen?

Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Helemaal wel

Toelichting bij uw antwoord:

……
……
……
……
……
……

4) Hebt u uw bezorgdheden kunnen uitspreken?

Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Helemaal wel

Toelichting bij uw antwoord:

……
…….
……
……
……
……
……
……

5) Hebt u het gevoel dat u vooruitgang geboekt hebt door naar de dokter te komen?

Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Helemaal wel

Toelichting bij uw antwoord:

……
……
……
……
……
……..

6) Hebt u het gevoel dat er voldoende tijd voor u werd vrij gemaakt?

Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Helemaal wel

Toelichting bij uw antwoord:

……
……
……
……
……
……

7) Voelde u zich begrepen?

Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Helemaal wel

Toelichting bij uw antwoord:

……
……
……
……
……
……

8) Hebt u het gevoel dat uw klachten serieus werden genomen?

Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Helemaal wel

Toelichting bij uw antwoord:

……
……
……
……
……
……

9) Gaat u met een tevreden gevoel naar huis?

Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Helemaal wel

Toelichting bij uw antwoord:

……
……
……
……
……
……

10) Wilt u nog iets kwijt over deze consultatie?

……
……
……
……

Bijlage 5: Sjabloon voor semi-gestructureerd interview met de artsen

A. Reason for encounter

Kan je kort vertellen waar deze patiënt voor kwam?

B. Verwachtingen

1) Wat verwachtte de patiënt van u?

2) In welke mate denkt u de verwachtingen te hebben ingelost?

C. Tevredenheidsgevoel

1) In welke mate is de patiënt volgens u tevreden over deze consultatie?

2) In welke mate bent u zelf tevreden over het verloop van de consultatie?

3) In welke mate bent u zelf tevreden over de uitkomst van de consultatie?

Bijlage 6: Toestemmingsformulier (geïnformeerde toestemming) voor patiënten

Ik, ondergetekende, ……..
verklaar hierbij dat ik,

(1) De informatie over het onderzoek schriftelijk heb ontvangen en heb begrepen.

(2) Begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

(3) Begrijp dat er geen vergoeding wordt voorzien voor deelname aan het onderzoek.

(4) De toestemming geef aan de onderzoeker om mijn resultaten op vertrouwelijke wijze te bewaren en te verwerken en er anoniem over te rapporteren. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.

(5) Begrijp dat ik als deelnemer aan deze studie ben gedekt door de verzekeringspolis van de Universiteit Gent, dat deze studie wordt uitgevoerd onder de bevoegdheid van de wet van 7 mei 2004 en dat deze studie werd goedgekeurd door de commissie voor medische ethiek van de Universiteit Gent/UZ Gent.

Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek, uitgevoerd door dr. Sofie Demoen (huisarts in opleiding in deze praktijk) in het kader van haar masterproef voor de opleiding huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent.

Gelezen en goedgekeurd op …… (datum),

Handtekening

Bijlage 7: Toestemmingsformulier (geïnformeerde toestemming) voor artsen

Ik, ondergetekende, ……..
verklaar hierbij dat ik,

(1) De informatie over het onderzoek op mondelinge wijze heb ontvangen en heb begrepen.

(2) Begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

(3) Begrijp dat er geen vergoeding wordt voorzien voor deelname aan het onderzoek.

(4) De toestemming geef aan de onderzoeker om mijn resultaten op vertrouwelijke wijze te bewaren en te verwerken en er anoniem over te rapporteren. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.

(5) Er mee akkoord ga dat de van mij afgenomen interviews worden opgenomen en getranscribeerd. Ik begrijp dat deze gegevens door de onderzoeker zullen geanonimiseerd worden, verder anoniem zullen worden verwerkt en na verwerking zullen vernietigd worden.

(6) Begrijp dat ik als deelnemer aan deze studie ben gedekt door de verzekeringspolis van de Universiteit Gent, dat deze studie wordt uitgevoerd onder de bevoegdheid van de wet van 7 mei 2004 en dat deze studie werd goedgekeurd door de commissie voor medische ethiek van de Universiteit Gent/UZ Gent.

Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek, uitgevoerd door dr. Sofie Demoen (huisarts in opleiding in deze praktijk) in het kader van haar masterproef voor de opleiding huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent.

Gelezen en goedgekeurd op …….. (datum),

Handtekening

Bijlage 8: Protocol ethisch comité en goedkeuring









VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

PATIËNTEN MET PSYCHOSOCIALE KLACHTEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: EEN ONDERZOEK NAAR DE BELEVING VAN PATIËNT EN HUISARTS.

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

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. MYRIAM DEVEUGELE
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 21 82
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: MYRIAM.DEVEUGELE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF .DR. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: HANNE CREUPELANDT
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 89 95
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: HANNE.CREUPELANDT@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

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

- NAAM: SOFIE DEMOEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0484 24 88 71
- E-MAIL: SOFIE.DEMOEN@UGENT.BE

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: TOM VANDEPUTTE
- ADRES: GRAAF JANSDIJK 44A, 8300 KNOKKE-HEIST
- TELEFOONNUMMER: 050 61 12 63
- E-MAIL: HUISARTSENPRAKTIJK.KNOKKEDORP@GMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK: DUOPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

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

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

- START ONDERZOEK: NA GOEDKEURING DOOR DE COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

- EINDE ONDERZOEK: 30/09/2018

7. SOORT ONDERZOEK

- ✓ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - **VERZAMELEN VAN PATIËNTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)**
  - **VRAGENLIJSTEN BIJ PATIËNTEN**
  - **INTERVIEW MET HUISARTSEN**

- ☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE

OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE

- ❑ WELKE PERIODE: ….

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

NB: IN UW TEMPLATE STAAN VRAGENLIJSTEN ONDER PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK, DAAROM HEB IK DIT OOK AANGEKRUIST. HET IS WEL ZO DAT ER OOK EEN VRAGENLIJST WORDT INGEVULD VOOR HET BEGIN VAN DE CONSULTATIE – IN DIE ZIN IS HET OOK VOOR EEN DEEL INTERVENTIONEEL ONDERZOEK – BEIDE ZIJN HIER DUS VAN TOEPASSING.

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

IN DEZE MASTERPROEF WORDT ONDERZOEK GEDAAN NAAR DE VERWACHTINGEN EN TEVREDENHEID VAN PATIËNTEN DIE MET PSYCHOSOCIALE KLACHTEN NAAR DE HUISARTS KOMEN. HET ONDERZOEK BESTAAT UIT VIER DELEN: EEN LITERATUURONDERZOEK, VRAGENLIJSTEN VOOR DE PATIËNTEN, INTERVIEWS MET MIJN COLLEGA-HUISARTSEN EN EEN ANALYSE.

DEEL 1: LITERATUURONDERZOEK

IN BELGIË WORSTELEN VEEL MENSEN MET PSYCHISCHE EN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN. UIT CIJFERS VAN DE MEEST RECENTE NATIONALE GEZONDHEIDSENQUÊTE (2013)(1) BLIJKT DAT ÉÉN OP DRIE PERSONEN ZICH SLECHT IN ZIJN VEL VOELT, WAT EEN PAK MEER IS DAN BIJ DE VORIGE ENQUÊTE IN 2008. PSYCHISCHE EN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN KOMEN STEEDS MEER VOOR, WAT ZEKER GEDEELTELIJK EEN GEVOLG IS VAN ONZE PRESTATIEGEDREVEN SAMENLEVING WAARIN ALLES STEEDS SNELLER EN BETER MOET GAAN. MEER EN MEER MENSEN GEVEN AAN SLECHT TE SLAPEN DOOR ZORGEN, VOELEN ZICH GESPANNEN, ONGELUKKIG OF VERDRIETIG, HEBBEN HET GEVOEL CONSTANT ONDER DRUK TE STAAN OF KAMPEN MET ANGSTEN OF DEPRESSIES.

In veel gevallen is de huisarts het eerste aanspreekpunt voor mensen met psychosociale klachten: in ongeveer 80% van de gevallen gaat de patiënt hiermee eerst bij de huisarts langs. (2) In de huisartsenpraktijk komen psychosociale klachten dan ook zeer frequent voor , de gemiddelde huisarts ziet dagelijks mensen die hiermee kampen. Ook bij mensen die op het eerste gezicht met somatische klachten komen spelen er vaak andere dingen mee: huisartsen geven aan dat bij ongeveer 20% van de consultaties psychische of sociale factoren meespelen.(3) Patiënten die kampen met psychosociale problemen consulteren vaak langer (gemiddeld 3,7 minuten langer) en komen frequenter terug dan patiënten met enkel somatische klachten (er zijn gemiddeld twee keer zoveel contacten op een jaar). (4)

Het is voor de arts niet altijd duidelijk wat een patiënt die met psychosociale klachten komt precies verwacht. Er is hier ook bijzonder weinig onderzoek naar gebeurd.

Uit een aantal studies (5,6) blijkt dat patiënten alleszins verwachten dat hun arts vriendelijk en empathisch is en voldoende tijd kan uittrekken voor hen. Een goed luisterend oor lijkt dan ook één van de belangrijkste factoren te zijn voor het welslagen van een consultatie. Globaal gezien blijkt dat patiënten meer tevreden zijn over de consultatie als de arts voldoende aandacht schenkt aan hun verwachtingen en noden.

Uit een studie die specifiek peilt naar de verwachtingen die patiënten met psychosociale problemen hebben van de huisarts (7) blijken "voldoende uitleg en informatie" en "voldoende tijd" heel hoog te scoren. Er bleek veel vertrouwen te zijn in de psychotherapeutische vaardigheden van de arts en de meeste deelnemers verwachtten dan ook dat de arts zelf instond voor psychologisch advies, behandeling en begeleiding. Mensen die eerder bij een psycholoog of psychiater geweest waren bleken veeleer op zoek naar een verwijzing.

Voor de huisarts zelf zijn psychosociale consultaties vaak moeilijk. De verwachtingen van de patiënt worden niet altijd goed nagevraagd of duidelijk verwoord, wat kan leiden tot lange en frustrerende consultaties. Er wordt vaak ook verwacht dat de huisarts adequate hulp en psychotherapie kan bieden terwijl dit in de huisartsenopleiding (te) weinig aan bod komt.

Kortom, Het gaat hier om zeer frequente problematiek waar nog weinig literatuur over te vinden is. Er is dus nog veel ruimte voor verder onderzoek op dit gebied.

In mijn masterproef zal door middel van vragenlijsten (voor patiënten) en interviews (met artsen) gepeild worden naar de verwachtingen van de patiënt die met psychosociale klachten komt naar de huisarts, of deze verwachtingen door de arts worden herkend en ingelost en of arts en patiënt achteraf tevreden zijn over de consultatie.

1. Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014

2. Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S. et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004; 420: 21-27.

3. Visscher A, Laurant M, Schattenberg G, Grol R. De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg, de resultaten van een landelijke enquête. Nijmegen: Center for quality of care research, UMC St Radboud 2002.

4. Van den Berg MJ, Kolthof DJ, de Bakker DH, van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004

5. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcome: a literature review. Arch Fam Med 2000; 9: 1148-55.

6. Van den Brink-Muinen A, van Dulmen S, Jung HP, Bensing J. Communiceren huisartsen volgens de verwachtingen van hun patiënten? Huisarts Wet 2008; 51: 141-46.

7. Fritzsche K, Armbruster U, Hartmann A and Wirsching M. Psycosocial primary care – what patients expect from their general practitioners a cross-sectional trial. BMC Psychiatry 2002, 2(5)

DEEL 2: VRAGENLIJSTEN

SETTING: IK WERK ALS HUISARTS IN OPLEIDING IN EEN STEDELIJKE DUOPRAKTIJK MET TWEE VASTE MANNELIJKE COLLEGA-HUISARTSEN. ENKEL PATIËNTEN DIE BIJ MIJN COLLEGA'S OP CONSULTATIE GAAN KOMEN IN AANMERKING VOOR INCLUSIE IN HET ONDERZOEK, PATIËNTEN DIE BIJ MIJ KOMEN ZULLEN NIET GEÏNCLUDEERD WORDEN.

DE DEELNEMERS AAN DIT ONDERZOEK WORDEN GEREKRUTEERD UIT DE PATIËNTEN DIE IN DE WACHTZAAL ZITTEN

TIJDENS DE ONDERZOEKSPERIODE EN OP CONSULTATIE GAAN BIJ EEN VAN MIJN TWEE COLLEGA-HUISARTSEN IN DE PRAKTIJK (IKZELF NEEM NIET DEEL AAN HET ONDERZOEK). ENKEL MEERDERJARIGE PATIËNTEN WORDEN GEÏNCLUDEERD. ER WORDT GEWERKT MET TWEE VRAGENLIJSTEN: EEN VRAGENLIJST VOOR DE CONSULTATIE EN EEN VRAGENLIJST NA DE CONSULTATIE. DE VRAGENLIJST VOOR DE CONSULTATIE PEILT NAAR DE REDEN VAN KOMST EN DE VERWACHTINGEN VAN DE PATIËNT VOOR DE CONSULTATIE. DEZE VRAGENLIJST (SAMEN MET EEN INFORMATIEFORMULIER EN EEN TOESTEMMINGSFORMULIER – CFR. BIJLAGEN 5 EN 6) WORDT AAN DE PATIËNTEN IN DE WACHTZAAL GEGEVEN TIJDENS DE ONDERZOEKSPERIODE EN WORDT DOOR ZOVEEL MOGELIJK MENSEN INGEVULD. DE INGEVULDE VRAGENLIJST INCLUSIEF TOESTEMMINGSFORMULIER WORDT IN EEN GESLOTEN ENVELOPPE AFGEGEVEN AAN DE ARTS WAARBIJ DE PATIËNT OP CONSULTATIE GAAT. DE ARTS GEEFT DEZE ENVELOPPE AF AAN MIJ ZONDER ZELF NAAR DE VRAGENLIJST TE KIJKEN.

DE ARTS SCOORT DE CONSULTATIE OP EEN VISUEEL ANALOGE SCHAAL, GAANDE VAN PUUR MEDISCH TOT PUUR PSYCHOSOCIAAL. NA DE CONSULTATIE KRIJGT DE PATIËNT EEN TWEEDE VRAGENLIJST + TOESTEMMINGSFORMULIER MEE, DIE PEILT NAAR DE TEVREDENHEID VAN DE PATIËNT ACHTERAF EN DE MATE WAARIN DE VERWACHTINGEN ZIJN INGELOST. DE PATIËNTEN DIE VOLGENS DE ARTS MET EEN OVERWEGEND PSYCHOSOCIALE KLACHT KWAMEN (EN DUS OVER DE HELFT SCOREN OP DE VISUEEL ANALOGE SCHAAL) KRIJGEN EEN MEER UITGEBREIDE VRAGENLIJST MEE, DE ANDERE PATIËNTEN KRIJGEN EEN KORTE STANDAARD VRAGENLIJST MEE. DEZE TWEEDE VRAGENLIJST (INCLUSIEF ONDERTEKEND TOESTEMMINGSFORMULIER) DIENT ZO SNEL MOGELIJK NA DE CONSULTATIE INGEVULD TE WORDEN EN WORDT IN EEN GESLOTEN ENVELOPPE TERUGBEZORGD IN DE PRAKTIJK (AAN DE SECRETARESSE, ÉÉN VAN DE AANWEZIGE ARTSEN OF IN DE BRIEVENBUS).

DEEL 3: INTERVIEWS

MIJN COLLEGA-ARTSEN GEVEN AAN DE PATIËNTEN DIE VOLGENS HEN MET EEN OVERWEGEND PSYCHOSOCIALE KLACHT OP CONSULTATIE KWAMEN TIJDENS DE ONDERZOEKSPERIODE DE ENVELOPPE MET DE UITGEBREIDE VRAGENLIJST MEE. INDIEN DEZE PATIËNTEN BEIDE VRAGENLIJSTEN

HEBBEN INGEVULD WORDEN DEZE CONSULTATIES GESELECTEERD VOOR VERDERE ANALYSE. ZO KORT MOGELIJK NA DE BETREFFENDE CONSULTATIE NEEM IK EEN SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW AF MET DE BEHANDELENDE ARTS, WAARBIJ IK PEIL NAAR WAT VOLGENS DE ARTS DE VERWACHTING VAN DE PATIËNT WAS, OF ZE DEZE INGEVULD HEBBEN EN OF ZE ZELF TEVREDEN ZIJN OVER HET VERLOOP EN DE UITKOMST VAN DE CONSULTATIE. DE INTERVIEWS ZULLEN WORDEN OPGENOMEN EN GETRANSCRIBEERD. DEZE GEGEVENS ZULLEN DOOR MIJZELF GEANONIMISEERD WORDEN EN VERDER VOLLEDIG ANONIEM WORDEN VERWERKT. NA HET VERWERKEN VAN DE GEGEVENS ZULLEN DE DATA VERNIETIGD WORDEN. DE ARTSEN WORDEN OP MONDELINGE WIJZE GEÏNFORMEERD OVER DE OPZET EN HET DOEL VAN DE STUDIE EN TEKENEN EVENEENS EEN INFORMED CONSENT VOOR DEELNAME AAN HET ONDERZOEK.

DEEL 4: ANALYSE

HIERBIJ WORDEN DE GEGEVENS UIT DE VRAGENLIJSTEN (PATIËNTEN) IN VERBAND GEBRACHT MET DE GEGEVENS UIT DE INTERVIEWS (ARTSEN). MIJN INTERESSE GAAT VOORAL UIT NAAR VOLGENDE PUNTEN: WELKE VERWACHTINGEN HEBBEN PATIËNTEN DIE MET PSYCHOSOCIALE KLACHTEN NAAR DE HUISARTS KOMEN? KAN DE HUISARTS DEZE VERWACHTINGEN CORRECT INSCHATTEN EN (AL DAN NIET) INLOSSEN? HOE IS DE TEVREDENHEID BIJ ARTS EN PATIËNT ACHTERAF? DIT ZAL OOK AFGETOETST WORDEN AAN DE TOT OP HEDEN BESCHIKBARE LITERATUUR.

9. IS HET ONDERZOEK

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

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ✓ **NEEN**

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

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN UNIVERSITEIT GENT,
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG.

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ✓ **NEEN**: PATIËNTEN IN DE WACHTZAAL DIE OP CONSULTATIE KOMEN BIJ DE HUISARTS.

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

- ✓ **JA**
- ❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN:

ENKEL CONSULTATIES DIE DOOR DE ARTS ALS VOORNAMELIJK PSYCHOSOCIAAL WORDEN GESCOORD (OVER DE HELFT OP DE VISUEEL ANALOGE SCHAAL) EN WAARBIJ DE PATIËNTEN BEIDE VRAGENLIJSTEN HEBBEN INGEVULD ZULLEN VERDER BESTUDEERD WORDEN IN HET ONDERZOEK EN GEVOLGD WORDEN DOOR EEN INTERVIEW MET DE BEHANDELENDE ARTS. STREEFDOEL IS OM ELKE ARTS TE INTERVIEWEN OVER EEN ZEVENTAL CONSULTATIES. DIT KOMT NEER OP 14 À 15 PROEFPERSONEN (PATIËNTEN) IN TOTAAL. MIJN COLLEGA-HUISARTSEN KUNNEN BESCHOUWD WORDEN ALS TWEE EXTRA PROEFPERSONEN. IN TOTAAL BETREFT HET DUS 17 PROEFPERSONEN.

D. LEEFTIJD : ENKEL MEERDERJARIGE PATIËNTEN WORDEN GEÏNCLUDEERD: DIT WIL ZEGGEN DAT ENKEL PATIËNTEN VAN ≥ 18 JAAR DEELNEMEN AAN HET ONDERZOEK.

E. GESLACHT : ZOWEL MANNEN ALS VROUWEN WORDEN GEÏNCLUDEERD.

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

AAN ALLE PATIËNTEN DIE TIJDENS DE ONDERZOEKSPERIODE IN DE WACHTZAAL KOMEN ZITTEN WORDT GEVRAAGD OF ZE DE EERSTE VRAGENLIJST WILLEN INVULLEN. BIJ DEZE EERSTE VRAGENLIJST ZIT EEN INFORMATIEBRIEF OVER HET ONDERZOEK EN EEN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DEELNAME. DE TWEEDE VRAGENLIJST WORDT NA DE CONSULTATIE MEEGEGEVEN AAN DE PATIËNT EN BEVAT OOK EEN TOESTEMMINGSFORMULIER. ENKEL PATIËNTEN DIE MET EEN VOORNAMELIJK PSYCHOSOCIALE KLACHT (OVER DE HELFT GESCOORD OP DE VISUEEL ANALOGE SCHAAL) OP CONSULTATIE KWAMEN ÉN BEIDE VRAGENLIJSTEN HEBBEN INGEVULD WORDEN GEÏNCLUDEERD IN HET ONDERZOEK. BEDOELING IS OM PER ARTS EEN ZEVENTAL CONSULTATIES TE ANALYSEREN – DIT KOMT DUS NEER OP 14 À 15 GEÏNCLUDEERDE PATIËNTEN. EENS DIT AANTAL BEREIKT IS KAN DE REKRUTERING BEËINDIGD WORDEN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ✓ **JA**
- ❑ NEEN

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

SCHRIFTELIJK :

- ✓ **JA**
- ❑ NEEN

MONDELING :

- ✓ **JA**
- ❑ NEEN

TOELICHTING: AAN DE DEELNEMENDE PATIËNTEN WORDT SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING GEVRAAGD (CFR. TOESTEMMINGSFORMULIER), AAN MIJN COLLEGA-HUISARTSEN WORDT MONDELINGE TOESTEMMING GEVRAAGD VOOR DE INTERVIEWS.

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

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

- ❑ JA
- ✓ **NEEN**

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ✓ **NEEN**
- ✓

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

✓ **JA**

❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

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

✓ **JA**

❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

DEELNEMERS AAN DEZE STUDIE ZIJN GEDEKT DOOR DE VERZEKERINGSPOLIS VAN DE UNIVERSITEIT GENT.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

ER IS IN DE LITERATUUR NIET VEEL ONDERZOEK TERUG TE VINDEN OVER DE VERWACHTINGEN VAN PATIËNTEN OVER PSYCHOSOCIALE CONSULTATIES (CFR. SUPRA).

IN DE NEDERLANDS(TALIG)E LITERATUUR IS ER EEN ARTIKEL UIT *HUISARTS EN WETENSCHAP* DAT ONDERZOEKT OF HUISARTSEN COMMUNICEREN VOLGENS DE VERWACHTINGEN VAN HUN PATIËNTEN.(1) HIERUIT BLIJKT VOORAL DAT PATIËNTEN EEN EMPATHISCHE ARTS WILLEN DIE GOED LUISTERT EN VOLDOENDE TIJD VOOR HEN NEEMT, WAT RELATIEF BELANGRIJKER WORDT BEVONDEN BIJ PSYCHOSOCIALE DAN BIJ PUUR SOMATISCHE CONSULTATIES. UITLEG EN ADVIES WORDEN OOK ALS BELANGRIJKER GESCOORD DAN EEN PRECIEZE DIAGNOSE.

IN DE ENGELSTALIGE LITERATUUR IS ER EEN ONDERZOEK TERUG TE VINDEN DAT SPECIFIEK PEILT NAAR DE VERWACHTINGEN BIJ PSYCHOSOCIALE CONSULTATIES.(2) HIERUIT KWAMEN GELIJKAARDIGE RESULTATEN: PATIËNTEN WILLEN VOORAL EEN GOED LUISTERENDE ARTS DIE TIJD VOOR HEN NEEMT EN HEN SERIEUS NEEMT. DE MEESTE DEELNEMERS VERWACHTTEN VAN HUN HUISARTS OOK ADVIES, BEGELEIDING EN ECHTE "COUNSELING"(PSYCHOTHERAPIE). EEN DEEL VAN DE PATIËNTEN DAT EERDER ERVARING HAD MET PSYCHOLOGEN OF PSYCHIATERS VROEG SNELLER OM EEN VERWIJZING.

MIJN ONDERZOEK VERTOONT HIERMEE RAAKVLAKKEN MAAR GAAT OOK VERDER: IK BEVRAAG NAAST DE VERWACHTINGEN VAN DE PATIËNT VOOR DE CONSULTATIE OOK DE TEVREDENHEID VAN DE PATIËNT ACHTERAF. DAARNAAST ONDERZOEK IK OOK OF DE HUISARTS DE VERWACHTINGEN VAN DE PATIËNT CORRECT KAN INSCHATTEN EN (AL DAN NIET) INLOSSEN EN HOE DE ARTS DE CONSULTATIE ERVAREN HEEFT. DIT BIEDT EEN INTERESSANTE AANVULLING OP DE HUIDIGE BESCHIKBARE LITERATUUR.

1. Van den Brink-Muinen A, van Dulmen S, Jung HP, Bensing J. Communiceren huisartsen volgens de verwachtingen van hun patiënten? Huisarts Wet 2008; 51: 141-46.

2. Fritzsche K, Armbruster U, Hartmann A and Wirsching M. Psycosocial primary care – what patients expect from their general practitioners a cross-sectional trial. BMC Psychiatry 2002, 2(5)

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ❑ JA
- ✓ **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

- ❑ JA
- ✓ **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ❑ JA
- ✓ **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ✓ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

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

NIET VAN TOEPASSING

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

- ✓ **JA**
- ❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? HUISARTSENPRAKTIJK KNOKKE-DORP: DR. TOM VANDEPUTTE, DR. RIK VAN OOTEGHEM, DR. SOFIE DEMOEN (HAIO)

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

- ✓ **JA**
- ❑ NEEN

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

- ✓ **JA**
- ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? TIJDENS DE WEEK OVERDAG: DR. TOM VANDEPUTTE, DR. RIK VAN OOTEGHEM, DR. SOFIE DEMOEN (HAIO). TIJDENS DE NACHT EN IN HET WEEKEND: HUISARTSENWACHTDIENST EN HUISARTSENWACHTPOST.

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

NIET VAN TOEPASSING

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

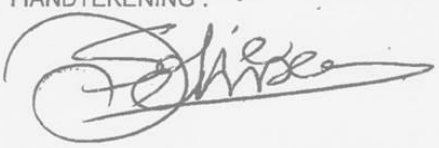
- ✓ **NIET VAN TOEPASSING**
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

    - ❑ ERELOON:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

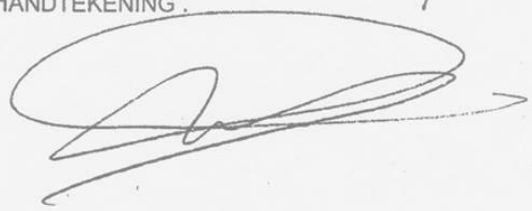
HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 27/02/17
NAAM : Sofie Demoen
HANDTEKENING :



PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 24/2/17
NAAM : Dr. Tom Vandepitte
HANDTEKENING :



PROMOTOR Prof. dr. N. Devroey

DATUM : 1/3/2017
NAAM :
HANDTEKENING :



CO-PROMOTOR

DATUM : 28/02/2017
NAAM :
HANDTEKENING : Hanne Crempelaadt



DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 28.2.2017
NAAM : Desutter A.
HANDTEKENING : i.o.v. Prof Dr Ellaerenen J.



Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0371	11-apr-17	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Patiënten met psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk: een onderzoek naar de beleving van patiënt en huisarts (MAnaMA Sofie Demoen)
Belgisch Registratienummer: B670201732010
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier (versie 1) dd. 1/03/2017 (volledig ontvangen dd. 16/03/2017) + aanpassingen ontvangen dd. 28/03/2017
Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 28/03/2017
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 28/03/2017 op opmerkingen EC dd. 19/03/2017
* Informatieformulier (versie 2) dd. 28/03/2017 *(cfr. bijlage 5 van de indiening)*
* Toestemmingsformulier (versie 2) dd. 28/03/2017 *(cfr. bijlage 6 van de indiening)*
* Toestemmingsformulier (versie 2) dd. 28/03/2017 *(cfr. bijlage 7 van de indiening)*
* Protocol (versie 2) dd. 28/03/2017 (*cfr. bijlage 5 van de indiening)*
* Vragenlijsten
  - Vragenlijst voor de patiënten in de wachtzaal (ontwerp)- versie 2 dd. 28/03/2017 (*cfr. bijlage 2 van de indiening)*
  - Vragenlijst meegegeven na de consultatie (ontwerp) - versie 2 dd. 28/03/2017 (*cfr. bijlage 3 van de indiening)*
* Semi-gestructureerd interview met de artsen (ontwerp) - versie 2 dd. 28/03/2017 (*cfr. bijlage 4 van de indiening)*

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 5/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 5/04/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 5/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 5/04/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/04/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/04/2017

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

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0371	11-apr-17	Zie "CC"

° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*

° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*

° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*

° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*

° *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel