Visie van patiënten met chronische pijn op de organisatorische vaardigheden van Vlaamse huisartsen.

Reinout Kissel, K.U.Leuven
Promotor: prof Dr. Marc Van Nuland, K.U.Leuven

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde – ACHG
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2018-2019

© Copyright ICHO vzw

This Master's Thesis is an exam document. Possibly assessed errors were not corrected after the defence. In publication, references to this thesis may only be made with written permission of the supervisor(s) and author(s) mentioned on the title page.

Dit proefschrift is een examendocument dat na verdediging niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. In publicaties mag naar dit werk gerefereerd worden, mits schriftelijke toelating van de promotore(en) en auteur(s) die met naam vermeld zijn op de titelpagina.

A. VOORWOORD

Deze thesis kwam mede tot stand dankzij de hulp van mijn promotor prof Dr. Marc Van Nuland. Ik wil hem bedanken voor zijn kritische blik, het verstrekken van informatie en het geven van waardevolle tips. Bovendien stuurde hij dit project in de goede richting en kon ik altijd rekenen op snelle feedback.

Daarnaast wil ik ook mijn co-onderzoeker, Dr. Isabelle Theetaert, uitdrukkelijk bedanken voor de fijne samenwerking. Ze was steeds vlot in het antwoorden en bracht goede opmerkingen aan. Ze deed mij ook regelmatig herinneren aan naderende deadlines.

Verder uit ik bijzonder veel dank aan de patiënten die hebben deelgenomen aan deze interviews. Dat zij hier hun tijd voor hebben vrijgemaakt wordt zeker geapprecieerd. Zonder hen was deze thesis nooit tot stand gekomen.

Ook dank aan mijn praktijk en praktijkopleiders Dr. De Naeyer Ludwig en Dr. Katrien Kiekens die regelmatig vroegen naar de stand van zaken en hun interesse toonden in dit onderwerp.

Zonder de kritische blik van mijn vriendin, Anneleen Vandeboel, had de finale versie van deze thesis niet zonder vocabulaire- of grammaticale fouten geweest. Ook jij bedankt om dit grondig na te lezen en hier verbeteringen in te brengen.

Tot slot wil ik ook mijn computer bedanken, die het al deze werkuren heeft volgehouden zonder te crashen. Ik bedank in het bijzonder ook de spatiebalk die het van alle toetsen toch het zwaarst te verduren kreeg.

B. ABSTRACT

1. Achtergrond

Het Vlaamse zorglandschap is door diverse socio-economische uitdagingen continu in verandering. De organisatie en het management van huisartsen moet hierdoor voortdurend aangepast worden naar de noden en behoeften van zowel de wetgever, huisarts als patiënt. Als men echter dieper ingaat op de beleving hiervan op deze verschillende niveaus, wordt al snel duidelijk dat er nog veel ruimte is voor verbetering.

Deze thesis heeft als doel een visie te creëren die patiënten met chronische pijn hebben over de organisatorische vaardigheden van Vlaamse huisartsen. Met de bekomen informatie wordt er gepoogd om zowel lacunes te formuleren als na te gaan welke implicaties of verbeterpunten deze kunnen betekenen voor de praktijk.

2. Methode

Op basis van een exploratieve literatuurstudie werd er een semi-gestructureerd kwalitatieve onderzoek uitgevoerd bij acht chronische pijnpatiënten verspreid over Vlaanderen, met uitzondering van West-Vlaanderen. Voor de interviews en verdere data-analyse werd er nauw samengewerkt met co-onderzoeker Dr. Isabelle Theetaert. De data-analyse werd uitgevoerd volgens het stappenplan van de Leuvense 'QUAGOL-methode'.

3. Resultaten

Deze studie stelt vast dat men verwacht dat de Vlaamse huisarts vooral een centrale rol binnen het zorglandschap dient op te nemen. Er is zeker ruimte voor verbetering in het begeleiden en opvolgen van de patiënt tussen verschillende multidisciplinaire instanties. Ook heeft men meer nood aan informatie en het krijgen van praktische tips en voldoende tijd (minstens 15 minuten) tijdens een consult.
Er zijn ook positieve kenmerken. Zo is men omwille van het afsprakensysteem erg tevreden over de bereikbaarheid van huisartsen en in het bijzonder voor dringende medische gevallen. Men geeft bovendien aan dat de huisarts over voldoende kennis van de biopsychosociale achtergrond van de patiënt beschikt, hetgeen noodzakelijk is in de bouw van een hechte vertrouwensband tussen huisarts en patiënt.

4. Besluit

We concluderen dat patiënten met chronische pijn over het algemeen tevreden zijn over 'hun' Vlaamse huisarts. Men beschouwt hem/haar voornamelijk als centrale vertrouwensfiguur. Verschillende veranderingen in de organisatie van Vlaamse huisartsen hebben hun positief effect bewezen op de algemene tevredenheid van patiënten. Toch dient men rekening te houden met de individuele behoeften van de patiënt. De voornaamste werkpunten zijn de multidisciplinaire samenwerking en het geven van voldoende tijd en uitleg.

C. INHOUDSTAFEL

A. VOORWOORD i

B. ABSTRACT ii

1. Achtergrond ii

2. Methode ii

3. Resultaten ii

4. Besluit ii

C. INHOUDSTAFEL iii

D. INLEIDING 1

E. VERKENNEND LITERATUURONDERZOEK 2

1. Inleiding 2

2. Methodologie 2

3. Resultaten 3

3.1 Inleiding 3

3.2 Wat is organisatie? 3

3.2.1 *De hiërarchie binnen de gezondheidszorg* 4

3.2.2 *Eigenschappen van een kwaliteitsvolle organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg* 5

3.2.3 *Hoe kwaliteitsvol zijn Vlaamse huisartsen?* 5

3.3 Een lijst met organisatorische elementen 6

4. Besluit 7

F. PATIËNTENVISIE OP DE ORGANISATIE VAN VLAAMSE HUISARTSEN 8

1. Inleiding 8

2. Methodologie 8

2.1 Recrutering 8

2.2 Data-analyse 9

3. Resultaten 10

3.1 De huisarts als centrale figuur 10

3.2 Continuïteit 13

3.3 Coördineren tussen 1e en 2e lijn 14

3.4 Bereikbaarheid 14

3.5 Tijd 15

3.6 Storende Telefoons 16

3.7 Computergebruik 16

3.8 Privacy 16
3.9 Bouwstructuur 17
4. Discussie 18
4.1 Kernbevindingen 18
4.2 Toetsing met de literatuur 18
4.3 Sterktes en zwaktes 20
4.4 Implicaties voor de praktijk 21
G. BESLUIT 23
H. REFERENTIELIJST 24

D. INLEIDING

Tijdens mijn stagejaren in het ziekenhuis en bij huisartsen ondervond ik regelmatig frustraties tussen verschillende zorgverleners onderling, aslook op niveau van de patiënt zelf. Opvallend was dat de oorzakelijke factoren meestal van communicatieve of organisatorische aard waren. Miscommunicatie leidde tot ondermaatse coördinatie tussen professionals onderling, alsook tot onduidelijkheid en een tekort aan ziekte-inzicht bij de patiënt. Organisatorische problemen namen dan weer een brede waaier aan ergernissen voor hun rekening (zoals bijvoorbeeld een te lange wachttijd, te veel storende telefoons tijdens het consult, etc.) en lieten zich voornamelijk tonen op niveau van de patiënten zelf.

Als 2e jaars huisarts in opleiding (HAIO) ben ik nog steeds overtuigd van het belang van open communicatie en een goede organisatie. Ook de *Europese Commissie* en de het *Vlaamse steunpunt voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* delen de mening dat deze twee entiteiten de basis vormen voor een kwaliteitsvol en kosten-efficiënt gezondheidssysteem. [1,2]
Daar waar de huisartsenopleiding instond voor een efficiënte voorbereiding via onder andere communicatietrainingen, werd dit tijdens de HAIO-jaren verder gemonitord door het interuniversitair samenwerkingsverband huisartsenopleiding (ISHO/ICHO) met behulp van ondermeer videoconsultaties.

Mijn keuze voor een thesisonderwerp omtrent communicatie werd gedeeld met collega-HAIO dr. Isabelle Theetaert. Na overleg met onze promotor prof Dr. Marc Van Nuland werd de volgende hoofdvraag geformuleerd: Wat is de visie van patiënten op het consultvoeren door de Vlaamse huisarts, vanuit het perspectief van chronische pijnpatiënten? Deze hoofdvraag werd verder opgedeeld in twee subthema's, namelijk de visie over de communicatieve- en organisatorische competenties.
Collega-onderzoeker dr. Isabelle Theetaert bestudeert de communicatieve vaardigheden van Vlaamse huisartsen en gaat na of deze in de lijn liggen met de verwachtingen die patiënten over het consult hebben. De resultaten van dat subthema vallen (deels) buiten het bestek van onderstaand onderzoek.

De thesis die hier gepresenteerd wordt, heeft als doel om een visie te creëren die patiënten met chronische pijn hebben over de organisatorische vaardigheden van Vlaamse huisartsen. Met de bekomen informatie wordt er gepoogd om zowel lacunes te formuleren als na te gaan welke implicaties of verbeterpunten deze kunnen betekenen voor de praktijk.
Dit onderzoek werd uitgevoerd bij chronische pijnpatiënten die enige connectie hebben met een zelfhulpgroep, omdat deze groep doorgaans veel ervaring heeft met de (eerstelijns)gezondheidszorg en normaliter meer gekend is met meningen en perspectieven van lotgenoten.

Uit de literatuur blijkt dat een kwalitatieve studie toelaat dat patiënten ongelimiteerd hun visie kunnen uiten, in tegenstelling tot wanneer ze gebonden zijn aan een vragenlijst. [3] Gezien ook de aard van de onderzoeksvraag en de kracht van samenwerking tussen twee onderzoekers werd er uiteindelijk gekozen om een semi-gestructureerde kwalitatieve onderzoeksmethode te gebruiken in een poging een antwoord op bovenstaande vraagstelling te formuleren.
De open vragen aan de deelnemers van het onderzoek zijn gebaseerd op bevindingen van een voorafgaand exploratief literatuuronderzoek.

E. VERKENNEND LITERATUURONDERZOEK

1. Inleiding

Dit proefstuk tracht de visie van chronische pijnpatiënten op de organisatorische omkadering rond Vlaamse huisarten in kaart te brengen. De vraagstelling kadert binnen een groter onderzoek dat de ervaring en mening van diezelfde populatie over het consultvoeren van Vlaamse Huisartsen bestudeert. Het doel is om met deze informatie verbeterpunten te vinden in de manier van consultvoeren. Collega Dr. Isabelle Theetaert onderzoekt het communicatieve luik binnen deze vraagstelling.
In dit verkennend literatuuronderzoek wordt er gezocht naar wat er binnen het organisatorisch domein reeds gekend is en waar nog opening lijkt voor verbetering. De gevonden informatie wordt gebruikt voor het opstellen van de semi-gestructureerde interviews en in de discussie.

2. Methodologie

Als eerste stap werden 3 verschillende databases gecontroleerd, zijnde 'PubMed', het online tijdschrift 'Huisarts en Wetenschap' en de database van scripties ter beschikking gesteld door het ICHO. De artikels uit de Vlaamse database van 'Huisarts Nu' konden niet geraadpleegd worden wegens gebrek aan toegankelijkheid zonder lidmaatschap.

PubMed werd als eerste onderzocht met als doel exploratie van internationale literatuur. Volgende MESH-termen werden hiervoor gebruikt: 'General Practitioner', 'Consultation', 'Consultation Model', 'Organisation', 'Management', 'Patient Satisfaction', 'Primary health care', 'Europe' en 'Belgium'. [3,5-6,8-9,16,19]
Met de verkregen informatie uit abstracts of 'full-text reports' werden aaneensluitend volgende databases geanalyseerd:

- The Community Research and Development Information Service (CORDIS): het wetenschappelijke ondezoeksteam onder leiding van de Europese Commissie (via www.cordis.europa.eu). [1]
- Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (via www.kce.fgov.be). [4]
- Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG): een samenwerkingsverband voor wetenschappelijke expertise van hoogleraren en onderzoekers tussen de vier Vlaamse universiteiten KU Leuven, Universiteit Gent, Vrije Universiteit Brussel en Universiteit Antwerpen (via www.steunpuntwvg.be). [2]

Vervolgens werden er in het tijdschrift 'Huisarts en Wetenschap' via www.henw.org enkele nuttige artikels gevonden. [7, 17] De kenwoorden 'Organisatie', 'Management', 'Huisarts', 'Gezondheidszorg' en 'Tevredenheid' werden hiervoor toegepast.

Tot slot werd ook de lijst van scripties uit de database van het ICHO doorzocht via https://old.icho-info.be/masterproeven/ met oog op bruikbare studies op nationaal domein. Gezien de beperkte relevantie na het gebruik van dezelfde bovenstaande kernwoorden, werden de titels en abstracts voornamelijk manueel overlopen. Enkel de artikels waarvan de abstract relevant leken, werden weerhouden. [10-13, 15,18, 20]

3. Resultaten

3.1 Inleiding

In de huidige literatuur bestaat er een opvallend onderscheid tussen het communicatief- en organisatorisch landschap. Een minderheid van deze studies analyseert simultaan deze beide domeinen. In tegenstelling tot het communicatief aspect, lijkt er bovendien geen consensus te zijn over een ideaal, algemeen 'organisatorisch model' van consultvoering bij huisartsen. Hierdoor zijn de studies over dit onderwerp vaak opgesplitst in gerichte deelonderzoeken zoals bijvoorbeeld 'de consultatieduur' [9-10], 'de samenwerking binnen een groepspraktijk' [11,13], 'de telefonie tijdens een consult' [12]... Wellicht speelt hier de uitgebreidheid aan mogelijke onderverdelingen binnen dit organisatorisch domein een rol in.

Tot voor kort waren er slechts een beperkt aantal recente studies beschikbaar die de organisatorische vaardigheden van huisartsen in kaart brachten, en al zeker niet op Vlaams niveau. Toch is hier een zekere nood aan, gezien de continue uitdagingen en veranderingen binnen de Vlaamse gezondheidszorg. [1-2,4-5] Deze uitdagingen zijn van demografisch-epidemiolgische aard (evolutie van acute pathologie naar chronische zorg wegens de 'vergrijzing') en wetenschappelijk-technologische aard (toename kost van de gezondheidszorg). Bovendien is de patiënt sinds de opkomst van het internet ook steeds beter geïnformeerd en bijgevolg mondiger. [4]
Detollenaere et al. stelt twee zaken verantwoordelijk voor dit gebrek aan relevante studies: enerzijds ligt de nadruk van de huidige gegevens vooral op de algemene gezondheidszorg in plaats van op niveau van de huisartsengeneeskunde. Daarnaast is de beschikbare data inhoudelijk voornamelijk administratief, hetgeen ook zijn beperkingen heeft. [2]

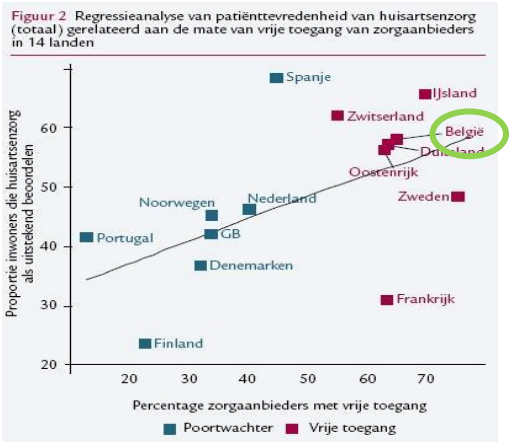
Een ander probleem is het tekort aan (recente) onderzoeken die dit bestuderen vanuit het perspectief van de patiënt . Het is vooral de 'QUALICOPC-studie' (Schäfer et al. 2013) die in opdracht van de Europese Commissie aan deze eis tracht te voldoen. [1] Dit onderzoek gaat via een uitgebreide vragenlijst voldoende in op het organisatorisch domein en biedt daarnaast ook een ruime steekproef aan (afhankelijk van de vraagstelling). Alle resultaten zijn bovendien vergelijkbaar tussen de 34 deelnemende landen, waaronder België en meer specifiek ook Vlaanderen. Een kanttekening hierbij is dat 'QUALICOPC' gebruik maakt van hypothesetoetsende exhaustieve vragenlijsten, die vooral gebaseerd zijn op voorafgaand kwantitatief onderzoek en slechts beperkt op kwalitatief onderzoek, terwijl vooral exploratieve kwalitatieve bevragingen van patiënten waarbij deze ongelimiteerd hun visie kunnen uiten, meer hypothesegenererend zijn. [3] In dat opzicht komen enkele studies binnen de ICHO-database beter tegemoet aan deze behoefte, maar zijn dan weer beperkt in het bereiken van voldoende datasaturatie of diversiteit van de steekproef. [10-13,18,20] Daarnaast worden er in 'QUALICOPC' geen gerichte vragen gesteld aan 'subcategorieën' van patiënten zoals bijvoorbeeld (chronische) pijnpatiënten.

3.2 Wat is organisatie?

Organisatie is een breed begrip waarbij de invulling afhangt van de context waarin het gebruikt wordt: op federaal niveau heeft dit bijvoorbeeld andere nuances dan op patiëntenniveau. De literatuur omschrijft geen obligaat wondermodel over hoe men de gezondheidszorg moet organiseren. Wel publiceerde de WHO in 2008 een rapport waar de eerstelijnszorg als fundamentele basis van een modern gezondheidszorgbeleid wordt aangeprezen. [5] Ook de Vlaamse overheid erkent in een recente synthesenota het belang van een goed georganiseerde eerstelijn. [4] Nu is de vraag welke structuurelementen en maatregelen nodig zijn voor een organisatorisch kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg. Een bijkomende vraag is of deze elementen ook invloed hebben op de mening van de patiënten binnen deze zorg. De 'QUALICOPC-studie' en het rapport van Detollenaere et al. trachten hier onder andere antwoord op te bieden. [1-2]

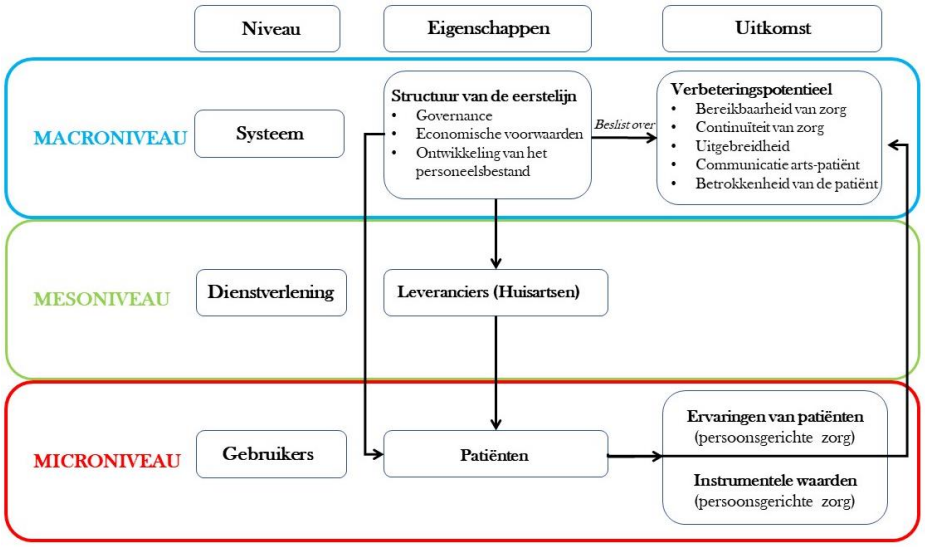
3.2.1 *De hiërarchie binnen de gezondheidszorg*

Vooreerst wordt de structuur van gezondheidszorg naar voorbeeld van de 'QUALICOPC-studie' op hiërarchische wijze onderverdeeld. Belangrijk is te vermelden dat elk niveau met elkaar in interactie kan treden: zo kan het laagste niveau (de patiënt) invloedt uitoefenen op een hoger niveau (zoals de overheid of de eerstelijnsgezondheidszorg) en vise versa. Een concreet voorbeeld: in Vlaanderen bestaat er geen 'gatekeeping' (= echolonering). [6] Dit wil zeggen dat een patiënt vrij is om zonder verwijzing naar een huisarts of specialist te gaan. De beslissing over deze structuur wordt sinds 2014 geregeld door de Vlaamse overheid en heeft invloed op de beleving en mening van de patiënt over bijvoorbeeld 'de bereikbaarheid van de gezondheidszorg'. Zo toont onderzoek bijvoorbeeld aan dat patiënten minder tevreden zijn over een geëcholoneerd zorgsysteem (Figuur 1). [1,4, 7]



***Figuur 1**: Regressieanalyse van patiëntentevredenheid van huisartsenzorg gerelateerd aan de mate van vrije toegang van zorgaanbieders in 14 landen. (Kroneman et al. 2006) [7]*

De hiërarchische niveaus kunnen als volgt worden ingedeeld (Figuur 2): het mega- (Europees), macro- (overheid), meso- (huisartsen) en microniveau (de patiënten). Het meganiveau omschrijft de organisatorische structuur binnen Europa. Exploratie van dit niveau valt buiten het bestek van deze thesis en zal ook niet verder worden toegelicht.



***Figuur 2**: Hiërarchische structuur van de gezondheidszorg waarbij elk niveau invloed heeft op elkaar. Het macroniveau (de overheid) beslist over de basisstructuur van de (eerstelijns)gezondheidszorg. Het mesoniveau biedt deze zorg aan met behulp van (huis)artsen en andere diensten. Het microniveau omvat de patiënten die hun ervaringen en verwachtingen terugkoppelen. Naar figuur 1 van hoofdstuk 6 uit de 'QUALICOPC-studie' (2013) [1]*

3.2.2 *Eigenschappen van een kwaliteitsvolle organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg*

Volgens de *'QUALICOPC-studie* zijn er vier structurele pijlers waarop een kwaliteitsvolle (eerstelijns)gezondheidszorg steunt:

- De huisarts als coördinerend persoon binnen het zorglandschap: de huisarts dient de patiënt te begeleiden in het gezondheidszorgsysteem.
- De continuïteit waarbij de biopsychosociale context van een patiënt in zijn geheel wordt opgevolgd. Dit wil zeggen dat met behulp van een dossier zowel de medische context als de persoonlijke levenssfeer wordt opgevolgd.
- De laagdrempeligheid die zowel van financiële als geografische aard is.
- Een uitgebreid zorgaanbod. Hierover werden vier fundamentele taakpaketten gedefinieerd dewelke een huisarts moet kunnen aanbieden: een behandeling instellen, kleine ingrepen uitvoeren, een preventieplan opstellen en het 1e aanspreekpunt zijn voor een patiënt. Hoe breder dit takenpakket, des te kwaliteitsvoller de huisarts. Figuur 3 toont de evolutie aan van dit zorgaanbod over een periode van 20 jaar (1993-2012).

Let wel, het feit dat een eerstelijnsgezondheidszorg kwaliteitsvol is, wilt niet steeds zeggen dat dit aansluit op de verwachtingen van de patiënt.

Appendix 4 Breadth of GP service profiles and relative changes between 1993 and 2012

	First contact care GP			Treatment of diseases			Technical procedures			Prevention		
	1993*	2012	Relative change	1993	2012	Relative change	1993	2012	Relative change	1993	2012	Relative change (%)
Austria	3.05	2.79	-8.6%	3.08	3.33	8.0%	2.14	2.08	-2.7%	0.33	0.3	-7.8%
Belgium	3.1	3.01	-2.9%	2.97	3.33	12.2%	2.57	2.35	-8.4%	0.22	0.17	-23.5%
Bulgaria	2.31	2.98	29.0%	2.76	3.17	14.7%	1.31	1.86	41.5%	0.28	0.21	-25.4%
Czech Rep.	2.99	2.45	-18.0%	2.83	2.71	-4.3%	1.62	1.49	-8.3%	0.19	0.23	18.2%
Denmark	3.5	3.39	-3.2%	3.11	3.54	13.8%	2.73	2.57	-6.1%	0.15	0.07	-53.6%
Estonia	2.58	2.75	6.6%	3.09	3.24	4.9%	1.35	1.68	24.5%	0.26	0.28	5.2%
Finland	3.06	2.73	-11.0%	2.82	3.28	16.5%	3.47	3.34	-3.7%	0.22	0.08	-65.5%
Germany	3.05	2.82	-7.6%	3.19	3.46	8.4%	2.29	1.82	-20.5%	0.46	0.36	-22.8%
Greece	2.79	2.64	-5.5%	2.92	3	2.7%	2.13	2.36	10.7%	0.23	0.35	49.6%
Hungary	3.22	2.7	-16.1%	3.04	3.34	10.1%	1.45	1.41	-2.9%	0.31	0.15	-52.2%
Iceland	3.11	2.73	-12.3%	2.96	3	1.2%	3.11	2.91	-6.5%	0.22	0.1	-56.7%
Ireland	3.41	3.25	-4.7%	3.2	3.59	12.3%	2.40	2.65	10.0%	0.21	0.2	-6.3%

Figuur 3: *De evolutie van taakprofielen van een huisarts over een periode van 20 jaar (1993 - 2012). (QUALICOPC, 2013) [1]*

3.2.3 *Hoe kwaliteitsvol zijn Vlaamse huisartsen?*

Op basis van bevindingen uit het 'QUALICOPC-onderzoek' heeft Detollenaere et al. in zijn rapport enkele probleemstellingen binnen de Vlaamse gezondheidszorg in kaar gebracht. [2]

In eerste instantie lijkt Vlaanderen koploper in wat betreft 'shared decission making' bij doorverwijzing naar de 2e lijn. Toch lijkt de coördinatie na deze doorverwijzing niet altijd vloeiend te verlopen: de contacten tussen huisarts-specialist nemen af, het terugkoppelen naar de huisarts verloopt stroef en de huisarts neemt steeds minder een centrale rol in de zorg op zich. Onvoldoende samenwerking met de arts-specialist kan mogelijks problemen geven op niveau van de patiënt. Tot nog toe lijkt er slechts weinig beterschap te zijn binnen dit domein van coördineren, ondanks enkele getroffen maatregelen, zoals het gebruik van Vitalink en het e-Health platform.

Vervolgens wijzen recente cijfers erop dat het huisartsenprofiel 'erodeert'. Dit impliceert dat de huisarts in mindere mate de 1e contactpersoon is voor gezondheidsgerelateerde problemen in vergelijking met 20 jaar geleden (Figuur 3). Dit staat in contrast met andere Europese landen waar een geëcholoneerd zorgsysteem bestaat. Echolonering zou dus kunnen bijdragen tot een meer performante zorgcoördinatie door de huisarts en mogelijks gepaard gaan met een aanzienlijke winst in efficiëntie en kosteneffectiviteit.

Onderzoek toont daarentegen aan dat patiënten minder tevreden zijn over een geëcholoneerd zorgsysteem (Figuur 1). [1,4,7]
Ondanks een aantrekkelijke dertebetalersregeling en een gunstige geografische verdeling van Vlaamse huisartsenpraktijken binnen een Europees perspectief, behoren Vlaamse patiënten tot de Europese top wat betreft het uitstellen van huisartsenzorg. Ongeveer 6% van de Vlaamse populatie stelt regelmatig een huisartsenconsult uit omwille van financiële redenen.
In tegenstelling tot de stijging van het totaal aantal huisartsen, daalt de globale capaciteit aan huisartsenzorg. In 2008 waren er zo gemiddeld 136 huisartsen actief per 100.000 inwoners. [6] Deze daling valt enerzijds te verklaren door de waarde die jonge huisartsen hechten aan een optimaal evenwicht tussen werk en privé. Anderzijds is dit het gevolg van het toegenomen aantal vrouwelijke huisartsen, dewelke vaker beperkingen rapporteren bij nieuwe patiënten of patiënten die niet binnen een afgebakend werkgebied wonen.
Een mogelijke oplossing ter bevordering van deze laagdrempeligheid zou volgens Detollenaere et al. een beter omschreven taakdifferentiatie en -delegatie van de huisarts zijn. Hierbij wordt de huisarts een centrale coördinator die de patiënt delegeert naar andere disciplines.

Verder scoren Vlaamse huisartsen heel goed op continuïteit door onder andere het gebruik van een elektronisch medisch dossier (EMD). Zo vermeldt 86% van de Vlaamse patiënten dat de gegevens van elk patiëntencontact worden bijgehouden. Dit in tegenstelling tot 69% van de gevallen op Europees niveau. [1] Het valt op dat slechts een minderheid van de huisartsen de sociale status en etniciteit registreren (respectievelijk 45% en 37%). Deze informatie is nochtans van groot belang voor het identificeren van de zorgvraag, de diagnosestelling en het uitstippelen van een behandelingsplan.

Tenslotte geven de meeste patiënten (94%) aan een vaste huisarts te hebben hoewel dit in Vlaanderen niet verplicht is. Vooral oudere patiënten rapporteren dit volgens Detollenaere et al.

3.3 Een lijst met organisatorische elementen

Hieronder worden in het kort enkele bijkomende thema's uit de literatuur beschreven waar patiënten hun mening over uiten. In de discussie verderop zal hier dieper op worden ingegaan en zal deze getoetst worden aan de bevindingen van dit onderzoek.

- De organisatie van een consultatie: uitleg krijgen, beleidvoering via shared decision, de perceptie over de consultatieduur en het telefonisch gestoord worden tijdens een consultatie. [1-2,8-10, 12]
- De multidisciplinaire samenwerking tussen 1^{e} en 2^{e} lijn. [1-2,8,11]
- Beschikbaarheid van de huisarts: zowel fysiek op gebied van openingsuren, wachttijden, huisbezoeken en wachtdienstregelingen als financieel. [1-2, 13]
- De continuïteit van zorg: verwijsbeleid, dossieropvolging via het EMD en het hebben van een vaste huisarts. [1-2, 7,11]

4. Besluit

Er lijkt geen consensus te zijn over het ideaal 'organisatorisch' model van consultvoering bij huisartsen. Hierdoor zijn de studies over dit onderwerp vaak opgesplitst in specifieke deelonderzoeken. [9-13,15,17-18,20] Een recent grootschalig Europees onderzoek tracht een limitatieve lijst van organisatorische elementen te definiëren die noodzakelijk zijn voor een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg. [1] Opvallend is dat dit onderzoek één van de weinigen is die ook de mening van de patiënt in kaart brengt . De term 'kwaliteit' doet volgens hen beroep op vier hoofdpijlers: laagdrempeligheid, het aanbieden van een breed takenprofiel, coninuïteit en coördinatie.
Andere organisatorische begrippen kunnen onderverdeeld worden in volgende thema's: de organisatie van een consultatie, de multidisciplinaire samenwerking en de beschikbaarheid.

F. PATIËNTENVISIE OP DE ORGANISATIE VAN VLAAMSE HUISARTSEN

1. Inleiding

De literatuur toont aan dat een kwalitatieve studie toelaat dat patiënten ongelimiteerd hun visie kunnen uiten, in tegenstelling tot wanneer ze gebonden zijn aan een vragenlijst. [3] Gezien ook de aard van de onderzoeksvraag en de kracht van samenwerking tussen twee onderzoekers werd er beslist om een semi-gestructureerde kwalitatieve onderzoeksmethode te gebruiken in een poging een antwoord op volgende vraagstelling te formuleren: wat is de visie van patiënten met chronische pijn op de organisatorische vaardigheden van Vlaamse huisartsen?
De vragen aan de deelnemers van het onderzoek zijn gebaseerd op bevindingen van een voorafgaand exploratief literatuuronderzoek.

2. Methodologie

2.1 Recrutering

Als studiegroep werd er gekozen voor chronische pijnpatiënten die connectie hebben met een zelfhulpgroep, omdat zij doorgaans veel ervaring hebben met de (eerstelijns)gezondheidszorg en normaliter meer gekend zijn met meningen en perspectieven van lotgenoten. Logischerwijs kan er hierdoor meer waarde gehecht worden aan diens visie.
Andere inclusiecriteria waren de leeftijd (meer dan 18 jaar) en de moedertaal (Nederlandstalig).

In februari 2018 stuurden we een uitnodigings- en informatiebrief naar de verantwoordelijke contactpersoon van verschillende Vlaamse zelfhulpgroepen voor chronische pijn. Hiermee werden patiënten onrechtstreeks uitgenodigd om deel te nemen aan ons onderzoek, zonder enige verplichting. Deze aanmeldingsprocedure liep tot september 2018. De geïnteresseerden konden ons telefonisch of via mail contacteren en kregen op dat moment nogmaals uitleg over het opzet van de studie. Bij blijvende belangstelling werd er naar zijn/haar schriftelijke toestemming gevraagd in de vorm van het informed consent.

19 proefpersonen meldden zich aan voor de studie. Uit West-Vlaanderen kregen we geen respons. Er werd geprobeerd om de studiepopulatie zo gevarieerd mogelijk te houden met oog voor leeftijd, geslacht, woonplaats en ziektebeeld. Uiteindelijk weerhielden we acht proefpersonen (Tabel 1). Dit aantal werd niet verder aangevuld wegens het bereiken van datasaturatie.

n	Geslacht	Leeftijd (jaar)	Woonplaats	Leeftijdscategorie huisarts (jaar)	Geslacht Huisarts	Praktijkvorm
I1	♀	52	Brussel	55-70	♂	Groepspraktijk
I2	♀	45	Deurne	25-40	♀	Groepspraktijk (forfaitair)
I3	♀	52	Gent	40-45	♂	Duo-praktijk
I4	♀	34	Gelrode	25-40	♀	Groepspraktijk
R1	♀	57	Hasselt	55-70	♂	Groepspraktijk
R2	♂	78	Lanaken	25-40	♀	Groepspraktijk
R3	♀	55	Tienen	55-70	♀	Duo-praktijk
R4	♀	65	Genk	55-70	♀	Groepspraktijk

Tabel 1: *Demografische verdeling van proefpersonen. n = gecodeerde naam voor de betreffende proefpersoon.*

Artroseproblematiek van de heup(en), knie(ën) of wervelkolom, al dan niet in kader van failed back surgery (I2, I3), kwam het meeste aan bod (I1, I2, I3, R2, R3, R4). Bij drie van deze patiënten lag een acuut trauma aan de basis van de pijn, zoals een whiplash trauma (R3, R4) en een val van een paard (I3). Fibromyalgie zorgt bij R1 en R4 voor de chronische pijn, terwijl trigeminusneuralgie en spanningshoofdpijn de oorzaak is bij I4.

Geen enkele patiënt(e) heeft de chronische aandoening minder dan 10 jaar. De specifieke verdeling in ziekteduur is als volgt: 10 tot 20 jaar (I2, R1, R3), 20 tot 30 jaar (I3, I4, R4) en meer dan 30 jaar ziekte (I1, R2).

2.2 Data-analyse

De interviews werden begin november en eind december 2018 bij de deelnemers thuis afgenomen. Proefpersonen I1 tot en met I4 werden ondervraagd door collega Dr. Isabelle Theetaert. Op voorhand werd er door de deelnemers een drop-off vragenlijst ingevuld en de geïnformeerde toestemming werd bij aanvang van het interview door beide partijen overlopen en ondertekend. De interviews werden opgenomen en vervolgens uitgetypt tot transcripts van gesprekken. Hierna werden de audio-opnames vernietigd. Dit alles gebeurde met controle op privacy en het beroepsgeheim. Geschenken of financiële vergoedingen werden niet aangeboden.

De data-analyse verliep volgens de Leuvense 'QUAGOL-methode'. [14] Hiermee kan de verkregen informatie via een 10-stappenplan op een wetenschappelijke manier geanalyseerd worden. Door met twee onderzoekers nauw samen te werken, werd er bovendien geprobeerd om subjectiviteit te minimaliseren en het inzicht van beide onderzoekers omtrent de vraagstelling verder te verreiken. Na uitgebreid onderling overleg konden er na acht interviews geen nieuwe inzichten meer gegenereerd worden uit de beschikbare data. Op dit punt was de datasaturatie bijgevolg bereikt, met de beperking dat er geen patiënten van solo-artsen geïncludeerd werden. Naast pen en papier werd er voor de data-analyse ook gebruik gemaakt van het softwareprogramma 'Nvivo 12'.

In eerste instantie werden initiële codes opgesteld op basis van informatie uit het tekstueel materiaal. Deze manier van inductief open coderen leidde tot datareductie waardoor het onderzoeksmateriaal beter hanteerbaar werd voor onderlinge vergelijking. De labelstructuur werd tijdens dit proces regelmatig geëvalueerd en zo nodig aangepast. Tegelijkertijd werd er per interview door beide onderzoekers apart een narrative report uitgewerkt.

De volgende fase bestond uit axiaal coderen waarbij de initiële codes werden onderverdeeld in thema's en subthema's. Elk narrative report werd daarnaast ook omgevormd tot een conceptueel schema. Belangrijk hierbij is dat elk (sub)thema of concept zo goed mogelijk tracht te antwoorden op het doel van het onderzoek.
Uit dit conceptueel schema werd vervolgens een conceptenlijst gegenereerd. De lijsten van beide onderzoekers werden opnieuw vergeleken en overlappende of vage concepten werden aangepast of heringedeeld. Ontbrekende concepten werden na overleg zo nodig toegevoegd aan de lijst.

Tot slot werd er door continue toetsing van de vooropgestelde thema's met de oorspronkelijke data een boomstructuur opgesteld (Figuur 4). Het softwareprogramma 'MindMasters' droeg bij aan de visualisatie hiervan. Deze fase van selectief coderen, waarbij de gevonden concepten worden uitgewerkt tot een theorie, wordt nader besproken in de resultatensectie. Enkel deze laatste stap werd individueel per onderzoeker verder uitgewerkt.

3. Resultaten

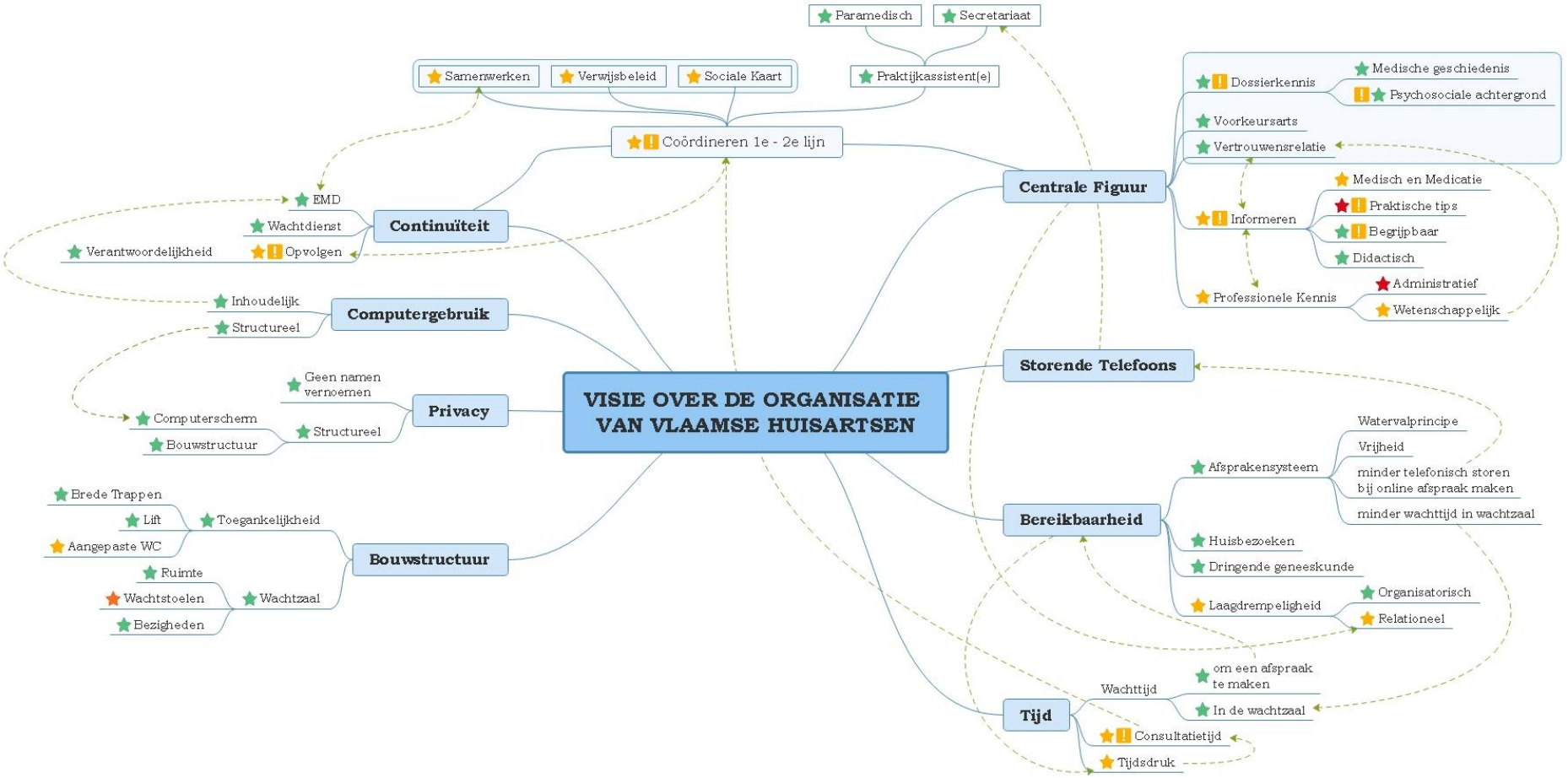
Er worden acht hoofdthema's weerhouden waarin de visie op de huisartsenorganisatie kan gekaderd worden. De onderwerpen gaan over: de huisarts als centrale figuur, continuïteit, bereikbaarheid, tijd, storende telefoons, computergebruik, privacy en de bouwstructuur. De hoofdconcepten 'continuïteit' en de 'huisarts als centrale figuur' hebben een gemeenschappelijk subthema, namelijk 'coördineren tussen 1e en 2e lijn'. Dit subthema zal bijgevolg als aparte entiteit binnen de resultatensectie besproken worden. Een visuele voorstelling van de conceptenboom en de onderlinge relaties wordt weergegeven in Figuur 4.

3.1 De huisarts als centrale figuur

Alle proefpersonen zijn het er unaniem over eens dat de huisarts een centrale rol moet opnemen binnen het zorglandschap. Belangrijke vereisten hiervoor zijn een uitgebreide kennis van zowel het medisch- als psychosociale dossier, de coördinatiecapaciteit tussen 1e en 2e lijn en het deskundig meedelen van informatie. Hoe beter een huisarts scoort op deze drie pijlers, des te meer patiënten hem/haar arts als vertrouwenspersoon beschouwen en hij/zij ook de huisarts van voorkeur wordt.
Bovendien zijn de subthema's 'dossierkennis', 'voorkeursarts' en 'vertrouwenspersoon' volgens de geïnterviewden onlosmakelijk met elkaar verbonden: ook hier draagt een uitgebreide kennis van het dossier fundamenteel bij tot de opbouw van een sterke vertrouwensband tussen huisarts en patiënt. Op zijn beurt is dit vertrouwen de voornaamste reden voor een patiënt om steeds opnieuw bij eenzelfde arts op consultatie te gaan.

Iedereen hecht opvallend veel belang aan een goede kennis van het medisch dossier. Ongeveer de helft bedoelt hier zowel de medische als psychosociale achtergrond mee. Of anders gezegd: de patiënt in zijn biopsychosociale totaliteit; *"...er moet aandacht zijn voor de achtergrond rond de zieke, de omgeving..."* (I3).
Er is een beperkte graad van tevredenheid hierover. Patiënten geven aan dat een medisch dossier inhoudelijk correct, volledig en transparant moet zijn. Bovendien mag men niet het gevoel krijgen dat een arts-specialist over een uitgebreidere kennis van het dossier beschikt dan een huisarts.
Tijdstekort en een gebrek aan motivatie lijken de voornaamste oorzaken te zijn van ontevredenheid: *"Een dossier van 10 jaar is echt een chaos. Heel slecht opgevolgd.. Geen tijd om volledig uit te pluizen van 'hoe zit dat nu' [...] ..is het moeilijk om iemand te vinden die zich daar wil in engageren."* (I2).

Verder is er een globale trend om binnen een groepspraktijk steeds bij dezelfde huisarts op consultatie te gaan, ook al is de patiënt niet altijd even tevreden over hem/haar (vb: proefpersonen I2, I4 en R2). Opvallend is dat enkel patiënt R2 bij zijn 'voorkeursarts' blijft gaan uit angst om te veranderen. De bovengenoemde trend dient genuanceerd te worden, omdat iedereen aangeeft dat dit vooral van toepassing is voor consultaties inzake chronische problematiek en in mindere mate voor dringende medische situaties. In dat laatste geval ondervindt niemand een drempel om te consulteren bij een collega-arts binnen dezelfde groepspraktijk. Het gedeeld elektronisch medisch dossier (EMD) biedt onder andere de mogelijkheid om bij een andere arts te gaan: *"Met vijf zijn ze, maar ik ga meestal wel naar dezelfde arts. [...] als het dringend was, kom ik ook bij de anderen terecht. Die hebben het dossier op de computer. Dan is dat ook geen probleem."* (R3).



Figuur 4: *Deze codeboom presenteert met behulp van het mindmapping-programma 'MasterMind' de onderlinge relaties tussen bekomen concepten na analyse volgens de 'QUAGOL-methode'. [14] De hoofdthema's worden weergegeven in donkerblouwe kaders. Sommige subconcepten worden gebundeld door een kader met lichtblauwe schijn. Deze heeft als betekenis dat er een sterke onderlinge wisselwerking optreedt tussen de desbetreffende concepten. De kleur van de ster naast de cijfers schetst een beeld over de graad van tevredenheid van dit concept. Bij een groene-, gele-, oranje- en rode ster zijn respectievelijk >75%, 50-75%, 25-50% en <25% van de patiënten tevreden over dit thema. Het symbool met het 'uitroepteken' geeft weer dat de proefpersonen dit onderwerp als (zeer) belangrijk beschouwen en heeft bijgevolg een grote impact op de weging van dat bepaald concept. De onderbroken groene pijlen tonen connecties en wisselwerkingen tussen verschillende subthema's aan. Deze kan in beide richtingen verlopen.*

"Ik heb vertrouwen in mijn dokter, daar begint het toch allemaal mee," of *"echt een vertrouwensrelatie opbouwen met de patiënt, dat lijkt mij belangrijk,"* zijn stellingen van respectievelijk R3 en R4 die doorgaans aangetroffen worden binnen alle interviews. Bij ongeveer de helft van de geïnterviewden voelt deze vertrouwensband bovendien vriendschappelijk aan. Opmerkelijk is dat dat deze huisarts-patiënt relatie bij studiepersonen I1 en I3 zelfs zo hecht is dat ze hier respectievelijk zelfs niet voor willen verhuizen of naar een wachtpost gaan buiten de consult-uren.
De voornaamste aandachtspunten voor het winnen van vertrouwen zijn het bieden van voldoende coördinatie en opvolging (I2, I4) en het meer uitleg geven of nemen van initiatief (R2). Andere bouwstenen voor deze vertrouwensrelatie zijn, in dalend belang, het beschikken over ruime kennis van het medisch dossier, zich empathisch opstellen, kunnen praten over niet-medische zaken, hebben van voldoende wetenschappelijke kennis en algemene ervaring (in jaartallen). Er dient daarnaast ook benadrukt te worden dat het vertrouwen moet groeien: "*Ik was 40 jaar mijn vorige huisarts gewoon en daarmee ben ik opgegroeid. Maar ik voel me de laatste jaren ook wel beter bij mijn nieuwe huisarts. Het begint los te komen. [...] Je moet elkaar leren kennen hé!"* (R3).

Enkele laatste aspecten waarvoor patiënten de huisarts als centraal persoon aanzien, zijn dat hij/zij een betrouwbare bron van informatie en professionele kennis is. Deze concepten dragen trouwens bij tot het versterken van de vertrouwensrelatie tussen arts-patiënt.
Hierbij is uitleg geven, bij voorkeur op eigen initiatief, van primordiaal belang om onder andere frustraties te vermijden: *"En als uw arts dat dan niet een beetje kan uitleggen.. [...] ..ja dan geraak je nog meer gefrustreerd en het is al zo frustrerend. Dus ik vind dat heel belangrijk,"* aldus R1. Enkele artsen bieden informatieve websites aan, maar het gebruik van folders wordt niet duidelijk vermeld.
Bijna iedereen verwacht dat dit informeren op een begrijpelijke wijze en voldoende uitgebreid moet gebeuren. Sommige artsen gebruiken hiervoor didactisch materiaal, hetgeen als positief wordt ervaren. Men is het erover eens dat huisartsen voldoende eenvoudig uitleg geven, maar niet iedereen is tevreden over de uitgebreidheid van die uitleg. Knelpunten hierbij zijn het niet spontaan aanbieden van voldoende informatie en het te weinig tijd hiervoor vrijmaken.
Opvallend is de dringend nood aan het adequaat meedelen van praktische tips. Men is hier hier collectief erg ontevreden over is: *"...maar wat is dat 'ermee leren leven'?. Leg dat dan uit wat het zo kunnen zijn. Dus in mijn geval was dat: 'probeer u aan te passen en wat nog kan en wat niet meer kan. Zoek hulp voor wat niet meer kan,"* (R1). Samen met het kaderen van het medicatiegebruik is dit volgens de patiënten een duidelijk werkpunt voor de doorsnee Vlaamse huisarts.

Tot slot wijst een deel van de proefpersonen op het belang van professionele kennis (I1, I2, I3, R3). Dit concept omvat zowel de wetenschappelijke- als administratieve kennis over het vakdomein.
Voldoende wetenschappelijke kennis maakt een huisarts geloofwaardiger, hetgeen op zijn beurt de vertrouwensband ten goede komt: "*Uiteindelijk vertrouw ik de opleiding die een arts heeft en als hij mijn idee met onderbouwde feiten kan weerleggen dan ben ik toch geruster.. [...] De uitleg is ook geloofwaardiger als je weet welke feiten en mechanismen er achter zitten,"* dixit R1. Een tekort aan knowhow kan dan weer leiden tot het te snel doorverwijzen van de patiënt naar de 2e lijn.
Voor enkele proefpersonen is er een hiaat in de administratieve kennis of het verloop van verschillende procedures. Dit geeft een duidelijk ongenoegen aangezien de patiënt hierdoor slachtoffer wordt van slechte coördinatie en opvolging tussen 1e en 2e lijn.

3.2 Continuïteit

Over continuïteit an sich wordt er weinig gesproken in de interviews. Wel komen de bijhorende subthema's als zijnde 'de wachtddienst', 'het EMD', 'opvolging' en 'het coördineren van 1e en 2e lijn' aan bod.

Er is geen eenduidige visie op hoe patiënten de continuïteit met betrekking tot wachtdiensten ervaren. De regeling voor dringende medische hulp buiten de consult-uren is over het algemeen voldoende gekend. Slechts één persoon vindt de komst van een wachtpost niet fijn, omdat haar eigen huisarts sindsdien minder beschikbaar lijkt te zijn.

Over het gebruik van het EMD is het merendeel lovend, aangezien dit bijdraagt tot de continuïteit van zorg in geval van dringende consulten bij andere artsen binnen dezelfde groepspraktijk. Bovendien lijkt niemand een privacy-probleem te ervaren wanneer dit EMD gedeeld wordt tussen huisartsen onderling. Een tweede voordeel van het EMD is de mogelijkheid tot opvolging van een medisch traject, tenminste als het dossier correct, volledig en gestructureerd wordt aangevuld. Volgens studiepersoon I2 is dit niet steeds vanzelfsprekend, maar ligt de oorzaak niet enkel bij de huisarts: *"Maar heel vaak zijn de verslagen niet volledig of is het in de computer verkeerd terechtgekomen. Nochtans zijn dat zaken die wel cruciaal zijn. Dit is niet enkel de fout van de huisarts, maar ook van de specialisten."*

Het belang van een nauwe opvolging van- en voldoende terugkoppeling omtrent de stand van zaken in het ziekteverloop komt meermaals aan bod. Hierover lijkt een evenwichtige (on)tevredenheid te bestaan zoals bijvoorbeeld R3: *"..dat ik eens nadien moet terugkomen om het effect van de nieuwe medicatie te evalueren. Dus dat vond ik wel fijn. Ze heeft mij dus constant opgevolgd,"* en R4:*"En als ze dan doorverwijst, dan zou ze het beter moeten kunnen opvolgen."* Dit heeft bijgevolg een belangrijke impact op de manier waarop huisartsen zich dienen te organiseren.
Het gevaar van slechte opvolging schuilt volgens proefpersoon R4 bovendien in het feit dat patiënten hierdoor gaan 'dokter-shoppen', hetgeen de chaos voor de zieke alleen maar completer maakt.
Terwijl iedereen van mening is dat dit voornamelijk de taak van de huisarts is, merkt proefpersoon I4 op dat de patiënten zelf ook deels verantwoordelijkheid dragen voor het opvolgen van diens medisch dossier:*"..ik kan die dat ook niet kwalijk nemen want die heeft zoveel patiënten en uiteindelijk moet je als patiënt zelf ook gewoon waken over je dossier en het wat opvolgen."*
Om deze lacune in de praktijkvoering op te lossen, zouden huisartsen meer tijd en initiatief moeten nemen. Ook het frequent maken van vervolgafspraken en het dagelijks lezen van specialistische verslagen zouden hier aan kunnen bijdragen. Volgens patiënten zijn een volledig, gestructureerd EMD en de weloverwogen coördinatiecapaciteit van de huisarts hiervoor onmisbaar.

Een correcte opvolging blijft volgens de geïnterviewden een belangrijk werkpunt voor Vlaamse huisartsen, omdat het een houvast biedt voor de patiënt(e) wat hem/haar op die manier weet gerust te stellen. Bovendien zegt men dat de huisarts hiermee zijn/haar verantwoordelijkheid opneemt, hetgeen het vertrouwen in de huisarts stimuleert. Sommige huisartsen hebben zelfs de gewoonte om de patiënt buiten de consult-uren te contacteren om hetzij resultaten te bespreken, hetzij voor een korte check-up. Dit wordt ten zeerste op prijs gesteld door o.a. proefpersoon I3: *"Ik vind het wel sympathiek dat hij zo wel aan mij denkt op momenten na de consultatie. Dat hij eventjes checkt soms als het wel lukt. Of als ik niet bel voor de resultaten, dat hij er zelf aan denkt om mij op te bellen. Dat getuigt toch van een zekere verantwoordelijkheid die hij voor mij voelt en dat vind ik geruststellend."*

3.3 Coördineren tussen 1e en 2e lijn

Dit subthema verbindt, zoals eerder vermeld, de concepten 'de huisarts als centrale figuur' en 'continuïteit'. Er kunnen verschillende niveaus van coördinatie onderscheiden worden , zoals die met de 2e lijn, de 1e lijn en binnen de groepspraktijk zelf (bijvoorbeeld: praktijkassistenten). Daarnaast kon dit subthema na analyse van de interviews verder onderverdeeld worden in volgende concepten: het samenwerken, het verwijsbeleid, de kennis van de sociale kaart en het gebruik van een praktijkassistent(e).

Hoewel de meerderheid het vanzelfsprekend vindt dat coördinatie of management de taak is van de huisarts, lijkt ongeveer de helft hier effectief tevreden over te zijn. Hiermee wordt voornamelijk de samenwerking met of verwijzing naar de 2e lijn gesuggereerd. Het ondermaats opvolgen en het te snel doorverwijzen naar 2e lijn zijn de belangrijkste knelpunten op dit domein. Men rapporteert vooral dat tijdgebrek, het nemen van te weinig initiatief in de behandeling door de huisarts zelf en een tekort aan wetenschappelijke kennis aan de basis liggen van deze hiaten.
Enkele geïnterviewden geven aan dat een slecht verwijsbeleid zorgt voor onnodige doorverwijzing en een onduidelijke taakverdeling binnen het zorglandschap. Deze gevolgen wekken bovendien de indruk dat de huisart onzeker is over zijn/haar stuk: *"Ik zou zelf meer initiatief nemen, niet meteen doorverwijzen. Mijn vorige huisarts verwees belange niet zo snel door. Soms geeft dat anders een onzekere indruk. En als ze dan ook doorverwijst, dan zou ze het beter moeten kunnen opvolgen,"* dixit R4.
Men stelt dat rechtstreeks communiceren met de 2e lijn een oplossing kan bieden voor dit probleem. Een ander voordeel hierbij is dat de patiënt op die manier mogelijks sneller een afspraak zou kunnen krijgen bij de specialist, hetgeen zeker geapprecieerd wordt. Bovendien komt het ook de opvolging ten goede. Het nut van dit rechtstreekse contact wordt immers bevestigd door de patiënten die wel tevreden zijn over de coördinatie van hun huisarts.
Volgens sommige patiënten biedt de kennis van een (voldoende) uitgebreide sociale kaart een tweede oplossing voor onnodige doorverwijzing.

Het management op niveau van de 1e lijn (bijvoorbeeld tussen verpleegkundigen of paramedici) lijkt in het algemeen weinig intensief te gebeuren. Geen enkele proefpersoon heeft hier een uitsproken mening over.

Tot slot is er nog de samenwerking op praktijkniveau tussen het secretariaat of een praktijkassistent(e). Dit wordt door elke proefpersoon als zeer positief ervaren. Slechts één patiënte heeft een huisarts zonder secretaresse, maar zou dit graag willen in de hoop de telefoonbelasting tijdens de consultaties terug te dringen.
Bij de helft van de geïnterviewden werkt er (deeltijds) een praktijkverpleegkundige. Ook hier is men tevreden over aangezien de huisarts op deze manier meer tijd kan uitrekenen voor de patiënten.

3.4 Bereikbaarheid

Globaal gezien zijn de meeste praktijken goed bereikbaar, zowel voor het rechtstreeks contact met een hulpverlener als in het maken van een afspraak. Hoewel het maken van een afspraak voor de meeste patiënten erg laagdrempelig is, ervaren sommigen een bepaalde weerstand om de huisarts persoonlijk te bereiken, aangezien ze in eerste instantie terecht komen bij het secretariaat. Men toont hier wel begrip voor, omdat de huisarts op die manier minder gestoord wordt tijdens de consultaties. Voor dringende medische gevallen is elke huisarts wel steeds vlot bereikbaar, zowel telefonisch als op basis van afspraak of huisbezoek. Dit wordt door iedereen sterk geapprecieerd.

Voorts maakt elke huisartsenpraktijk gebruik van een afsprakensysteem, al dan niet gecombineerd met vrije raadplegingen. Opvallend is dat de manier van afspraken maken bij iedereen via een bepaald stramien of 'watervalprincipe' verloopt: in eerste instantie moet de patiënt online een afspraak proberen te boeken. Als de afspraken online volzet zijn, pas dan kan de patiënt(e) bellen voor een afpsraak. Wanneer er na telefonisch contact nog steeds niet op tijd een afspraak gemaakt kanworden, dan bieden sommige praktijken vrije raadplegingen aan (bijvoorbeeld bij R1 en R3).
Slechts bij één proefpersoon wordt dit watervalprincipe als negatief ervaren omdat de huisarts deze online afspraken pas de ochtend zelf bekendmaakt, hetgeen voor stress en slapeloze nachten zorgt: *"Natuurlijk, het enige nadeel is dat als het dringend is alle afspraken via internet reeds vol zitten en je dan toch telefonisch een afspraak moet vragen. De afspraken voor de dag zelf worden 's morgens vrijgemaakt en dan moet ik soms mijn wekker zetten om 8u om een afspraak te kunnen krijgen voor die dag omdat alles anders bezet is. [...] Het geeft ook wel wat stress om zo'n afspraak te maken. Je slaapt daar ook minder goed door dan. Dat is het enige die wat vervelend is."* (I1).
Andere voordelen die gelinkt worden aan het gebruik van een afsprakensysteem in vergelijking met vrije raadplegingen zijn volgens de geïnterviewden het feit dat de patiënt(e) vrij is om een afspraak te kiezen op basis van zijn/haar persoonlijke agenda, dat de huisarts tijdens een consultatie minder snel gestoord wordt door telefoons en dat de wachttijd in de wachtzaal beduidend korter is.

Over de bereikbaarheid met betrekking tot huisbezoeken wordt geen duidelijk standpunt ingenomen. Enkel studiepersoon I1 lijkt er tevreden over dat haar huisarts enkel huisbezoeken aanbiedt voor oudere of immobiele patiënten of voor dringende medische gevallen.

Wat de 'laagdrempeligheid' betreft, valt het verschil op tussen 'organisatorische- een relationele laagdrempeligheid'. Daar waar de bereikbaarheid voor afspraken eerder moeilijk verloopt, wordt contact met de huisarts als minder laagdrempelig ervaren. Dit is eveneens het geval bij patiënten waarbij de arts-patiënt relatie minder open of spontaan is.

3.5 Tijd

De visie van de proefpersonen over de tijdsbeleving is een veelbesproken thema en kan worden onderverdeeld in drie subcategorieën: enerzijds heb je de wachttijd voor een consultatie of in de wachtzaal, vervolgens is er de consultatieduur en tot slot de tijdsdruk die men al dan niet ervaart.

De meesten zijn tevreden over de wachttijd voor een afspraak, omdat men meestal de dag zelf of de dag nadien bij een huisarts terecht kan. Het toepassen van het afsprakensysteem op basis van het 'watervalprincipe' speelt hier volgens hen een grote rol in. Een enkele uitzondering is hier minder tevreden over, omdat de consultaties via het online afsprakensysteem pas tijdens de ochtend zelf worden vrijgesteld.

Ondanks de opkomst van raadplegingen op afspraak hebben enkele patiënten alsnog moeite met de wachttijd in de wachtzaal, hoewel dit volgens hen veel minder frequent voorvalt dan tijdens vrije raadplegingen. Opvallend is dat deze ontevredenheid voornamelijk voorkomt bij personen die langer dan 30 minuten moeten wachten. Er is hier gaandeweg wel begrip voor, omdat men het erover eens is dat de duur van een consultatie niet mag primeren op de tijdsdruk. Als oplossing voor deze problematiek stelt men voor dat de huisarts een langere consultatieduur moet inplannen of dat er tussen de patiëten door meer ruimte moet worden gecreëerd. Volgens I1 kan de patiënt(e) daarentegen zelf ook anticiperen op dit probleem: *"Ik hou er eigenlijk toch wel rekening mee. Als hij in de namiddag zit probeer ik een afspraak te maken vroeg in de namiddag. Hoe later op de namiddag, hoe langer de wachttijd. Het kan meevallen, het kan tegenvallen.."*

Iedereen is het erover eens dat voldoende tijd nemen voor een consultatie cruciaal is. Dit heeft bijgevolg een enorme impact op tevredenheid van een patiënt(e) over zijn/haar huisarts. Ondanks dit belang, is de meerderheid ontevreden over de tijd die men krijgt voor een consult. Een gemiddelde consultatie duurt bij deze personen rond de 10 à 15 minuten, terwijl de tevreden patiënten doorgaans langer dan 15 minuten in het kabinet van de huisarts zitten. Alle ontevreden patiënten geven aan dat de oorzaak voor dit tijdstekort te wijten is aan drukte, maar niemand weet een effectieve oplossing voor dit probleem. De vlotte bereikbaarheid draagt bovendien bij tot de toenemende drukte binnen een praktijk volgens studiepersoon I3.
Men is het erover eens dat het gevolg van een te korte consultatie zich vooral vertaalt in een teleurstellend consult, omdat er te weinig diepgang zit in het gesprek, er een te snelle doorverwijzing naar 2e lijn plaatsvindt en er een slechte opvolging of coördinatie in het beleid voordoet.
De tevreden patiënten geven aan dat de huisarts juist wél durft uitlopen met de consultatietijd en dat hij/zij de indruk wekt dat tijdsdruk door wachtende patiënten in de wachtzaal niet primeert op de consultatieduur: "*Hij wist ook wel dat er mensen in de wachtzaal zaten maar hij heeft het toch gedaan,"* of "*Het is een heel drukke praktijk, maar ze nemen ook wel hun tijd,"* aldus respectievelijk I1 en R1.

3.6 Storende Telefoons

Op zijn minst de helft van de geïnterviewden menen regelmatig gestoord te worden door telefoons tijdens de consultatie. Dit wordt niet steeds als negatief ervaren, omdat men hier enigszins begrip voor heeft. Toch lijkt de frequentie van deze telefoons sinds de komst van het secretariaat en het afsprakensysteem volgens het 'watervalprincipe' sterk verminderd te zijn, hetgeen een positieve trend teweegbrengt.
Twee belangrijke gevolgen van dit storen zijn het feit dat er minder tijd overschiet voor de rest van het consult en dat de draad van het gesprek opnieuw dient opgenomen te worden: *"Maar het is er echt druk en ja, ik had de laatste keer, ik denk 4 telefoons. Dat is voor hem vervelend: hij moet telkens switchen en je moet het gesprek zo wat heropvatten. Zeker als het zo wat een beladen gesprek is."* (R1)
Als mogelijke oplossing wordt de invoering van een belmomentje gesuggereerd. Daarnaast is ook de frequentie aan storende telefoons volgens persoon I1 in bepaalde gevallen zelfs voorspelbaar, namelijk in de voormiddag met een maandagvoormiddag in het bijzonder. Mogelijks kan hier dus op geanticipeerd worden bij het maken van een afspraak.

3.7 Computergebruik

Niemand lijkt problemen te ondervinden met het gebruik van de computer tijdens de consultatie. Integendeel, het is volgens de geïnterviewden net nodig voor een goede opvolging of de didactische uitleg. Proefpersoon R4 geeft als enige aan dat het computerscherm aan de zijkant van de bureau staat. Dit geeft haar het gevoel dat ze meer aandacht krijgt van de huisarts.

3.8 Privacy

Op patiënte R4 na heeft iedereen er vertrouwen in dat de privacy gevrijwaard wordt. Minstens de helft hiervan stelt de term 'privacy' gelijk aan het niet noemen van namen tijdens een storend telefoongesprek. Deze vorm van privacy kunnen we bijgevolg onderverdelen als zijnde 'inhoudelijke privacy'. Enkel studiepersoon R4 denkt dat haar huisarts mogelijks persoonlijke informatie vrijgeeft aan vrienden of familie tijdens het 'roddelen', doch heeft ze hier geen echt bewijs voor. Ze vindt dit niet correct, maar is er blijkaar ook niet echt kwaad over.

Het wegdraaien van het scherm en de structurele opbouw van een wachtzaal ten opzichte van de kabinetten of de secretariaatsbalie kan worden toegeschreven aan de term 'structurele privacy'. Ook op dit niveau hebben de geïnterviewden het gevoel dat hun privacy gerespecteerd wordt. *"Als het niet gescheiden is zou ik er toch minder zeggen of vragen. Je weet nooit dat er een term valt of dat je een vraag hebt.."*, vermeldt studiepersoon I4. Hiermee bedoelt ze dat structurele afscheiding tussen wachtzaal en receptie ervoor zorgt dat ze bepaalde zaken durft zeggen tegen de secretaresse die ze anders niet zou durven vertellen.
Patiënte R3 meent dat het toilet duidelijk gescheiden moet zijn van de wachtzaal. Een WC buiten het kabinet kan er mogelijks voor zorgen dat de patiënten kunnen gezien worden door anderen in de wachtzaal wanneer ze tijdens het consult het toilet zouden moeten bezoeken. Ze meent dat dit een negatieve invloed geeft op haar privacy.

3.9 Bouwstructuur

Tot slot worden er enkele meningen geuit over de bouwstructuur van hun huisartsenpraktijk. Over het algemeen is men hierover tevreden. Toch lijkt de structuur an sich niet prioritair of even belangrijk te zijn voor iedereen. Dit hoofdconcept kan worden onderverdeeld in de subthema's structuur in de wachtzaal en fysieke toegankelijkheid.

De meerderheid heeft een positieve visie over de wachtzaal, omdat deze voldoende ruim en rustig is en er bezigheid wordt voorzien voor zowel jong (speelhoekje, TV) als oud (magazines). Er wordt herhaaldelijk ongenoegen geuit over oncomfortabele wachtstoelen. Bij slechts één studiepersoon zouden er aangepaste wachtstoelen bestaan, maar deze zijn schaars en meestal bezet. De slechte stoelen hebben bij al deze patiënten duidelijk een grote impact op de algemene ervaring over het structurele aspect van de huisartsenpraktijk. *"Wat ik het meeste haat in de wachtzaal is toch wel de stoelen! Ik zit daar te creveren van de pijn, want een gewone stoel kan ik niet op blijven zitten. Dat vind ik bij de meeste artsen wel zo! De dokters zitten daar natuurlijk zelf nooit op , maar man man man.. Ik voel mij al kapot voor ik binnen ga,"* dixit I3.

Verder lijken de meeste praktijken op fysiek vlak voldoende toegankelijk. Bij drie patiënten werd de praktijk recent gerenoveerd (minder dan vijf jaar geleden). Een aangepast lift, brede trappen met leuning en een aangepaste WC zijn zaken die duidelijk geapprecieerd worden. Studiepersoon R3 liet verstaan dat ze graag een aparte omkleedruimte en toilet binnen het kabinet zou willen.

4. Discussie

4.1 Kernbevindingen

Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten vooral nood hebben aan een huisarts die een centrale- en coördinerende rol inneemt binnen het zorglandschap. Ondanks deze gewichtige behoefte slaagt slechts een deel van de huisartsen in dit opzet. De voornaamste redenen hiervoor zijn de slechte opvolging van een medisch dossier, een ondermaatse multidisciplinaire samenwerking (met in het bijzonder tussen huisarts en specialist) en het gebrek aan initiatief nemen in het geven van (voldoende) uitleg.
Kennis van de biopsychosociale achtergrond van de patiënt draagt het meeste bij tot de bouw van een vertrouwensrelatie en is bijgevolg de grootste drijfveer om de huisarts als eerste aanspreekpunt te beschouwen.

Vlaamse huisartsen zijn over het algemeen eenvoudig bereikbaar, dit zowel telefonisch als voor een afspraak. Deze laagdrempeligheid heeft als rechtstreeks gevolg dat men tijdens een consultatie frequent gestoord wordt door telefoons, hetgeen doorgaans als negatief ervaren wordt.
Men is daarentegen wel tevreden over de wachttijd in de wachtzaal en de bereikbaarheid voor afspraken sinds de komst van het afsprakensysteem. Ook de beschikbaarheid van huisartsen voor dringende medische gevallen wordt ten zeerste geapprecieerd.

Daarnaast heeft de consultatieduur heeft een erg belangrijke impact op de algemene tevredenheid van de patiënt(e) over zijn/haar huisarts. Een consultatietijd van 15 minuten lijkt het keerpunt te zijn van tevredenheid. Bovendien geven alle misnoegde patiënten aan dat tijdsdruk de hoofdoorzaak is voor een kortdurend consult.

Tenslotte worden het computergebruik en het respectvol omgaan met de privacy door de meerderheid positief ervaren. Over de bouwstructuur van de praktijk is men unaniem tevreden, op de aanwezigheid van oncomfortabele wachtstoelen na.

4.2 Toetsing met de literatuur

De discussie zal de vergelijking maken met studies die voornamelijk een meer algemene patiëntenpopulatie onderzocht hebben in plaats van specifiek chronische pijnpatiënten zoals geïnterviewd in deze scriptie.

Zoals de geïnterviewden in aangeven, dient de huisarts ook volgens de vakliteratuur een **centrale rol** in het zorglandschap op zich te nemen. [1-2,7-8,11] Binnen dit domein toont de observationele kwantitatieve 'QUALICOPC-studie' de conclusie van deze scriptie over het belang van informeren op grote schaal aan: 95% van de Vlaamse patiëntenpopulatie (n=198) vindt het op zijn minst belangrijk dat men goed begrijpt wat de arts uitlegt. [1] De geïnterviewden uit ons onderzoek hebben vooral behoefte aan het meekrijgen van praktische informatie, maar dit wordt in geen enkele andere studie aangehaald.

Over de **kennis van het medische- en psychosociale dossier** heerst er binnen ons onderzoek ontevredenheid. Toch geeft zo'n 91% en 78% (n=1753) van de Vlamingen in de bovengenoemde 'QUALICOPC-studie' aan dat hun huisarts beschikt over voldoende kennis van respectievelijk diens medische- en sociale achtergrond. [1] Mogelijks speelt de uitgebreidheid en complexiteit van het dossier van een chronische pijnpatiënt hier een rol in.

Er moet genuanceerd worden dat de belangrijkste frustraties volgens onze geïnterviewden voortvloeien uit het onvolledig, incorrect of niet-transparant zijn van het **EMD** en niet zozeer uit het ondermaats kennen van het dossier an sich. Desalniettemin scoren Vlaamse huisartsen op Europees niveau juist heel goed in het systematisch bijhouden van het EMD, aangezien 86% van de aldaar bevraagde huisartsen aangeeft dat ze de gegevens van elk patiëntencontact bijhouden (in tegenstelling tot 69% op Europees niveau (n=3856)). [1] Sterker nog, 95% van de huisartsen geeft aan dat tijdsdruk geen reden is voor het niet- of onvolledig noteren van een consultatie in het EMD, terwijl dit volgens de geïnterviewden in onze scriptie als voornaamste oorzaak wordt aangegeven.
De kennis over de biopsychosociale achtergrond van een patiënt(e) draagt volgens ons onderzoek het meeste bij tot de bouw van een hechte **vertrouwensrelatie**. Deze directe relatie tussen dossierkennis en vertrouwen wordt ook aangetoond door een studie van Baker (1990). [16] Bovendien hechten patiënten erg veel belang aan de vertrouwensband met hun huisarts, aangezien dit zowel door onze geïnterviewden als door de 'QUALICOPC-studie' wordt gerapporteerd (88% (n=195) vindt de vertrouwensband op zijn minst belangrijk). [1]

Verder is de trend van ons onderzoek om een bepaalde **arts van voorkeur** te hebben, is ook op grote schaal zichtbaar: 93% (n=1804) van de Vlamingen vermeldt binnen een groepspraktijk één vaste huisarts te hebben. [1-2] Een Nederlandse studie toont aan dat vooral gepensioneerden, vrouwen en mensen met chronische aandoeningen nood hebben aan een vaste huisarts (Jabaaij et al. 2006). [17] Deze resultaten komen overeen met de bevinding in onze scriptie die stelt dat men vooral consulteert bij een vaste huisarts inzake chronische problematiek en in mindere mate voor dringende medische situaties. Bovendien komt de demografische verdeling van onze steekproef (7/8 van de geïnterviewden zijn vrouwen en 6/8 zijn ouder dan 50 jaar) overeen met de bevindingen van Jabaaij et al.

De gelijkenis met onze studie en bevindingen uit de literatuur over het ondermaats **opvolgen** van een bepaald ziektetraject is frappant: Vlaanderen scoort hier minder goed in dan andere Europese landen. Zo heeft bijvoorbeeld 'amper' 60% van de bevraagde Vlaamse huisartsen (n=1778) de afgelopen twee jaar ooit gevraagd aan de patiënt welke geneesmiddelen hij/zij allemaal gebruikt ten opzichte van 69% van de Europese huisartsen (n=32742). [1] Zoals ook in mijn onderzoek wordt aangegeven, is er dus ruimte voor verbetering.

Over de **coördinatiecapaciteit** van de huisarts kunnen er artikels teruggevonden worden op verschillende niveaus: op praktijkniveau en op het domein van de 1e en 2e lijn. Het nut en de tevredenheid van samenwerking met een secretaresse of praktijkassistent(e) wordt door verschillende studies bevestigd. [1-2,11,18] Er kan geen eenduidige mening worden geformuleerd over de samenwerking binnen de 1e lijn, noch in dit onderzoek, noch in de huidige literatuur.
Over de de samenwerking tussen huisarts en specialist is er enige discrepantie tussen theorie en praktijk. Hoewel Vlaamse huisartsen volgens de 'QUALICOPC-studie' hier theoretisch goed op scoren, tonen zowel onze thesis als een recent observationeel kwalitatief onderzoek aan dat patiënten in de praktijk hier toch ontevreden over zijn (Hadi et al. 2017). [19] De knelpunten die Hadi et al. in hun studie aanhalen, zijn vergelijkbaar met die van onze thesis: een gebrekkige multidisciplinaire samenwerking met de specialist en een ontoereikende medische kennis. Deze lacunes zorgen, ook volgens de geïnterviewden in ons onderzoek, voor een ongecoördineerd en 'zwak' verwijsbeleid. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er in beide onderzoeken specifiek chronische pijnpatiënten ondervraagd werden.

Verder is de stelling dat Vlaamse huisartsen erg **beschikbaar** en **toegankelijk** zijn zowel in ons onderzoek als in de huidige literatuur terug te vinden. [1] Er zijn geen vergelijkbare gegevens terug te vinden over hoe vlot Vlaamse huisartsen beschikbaar zijn voor dringende medische gevallen, terwijl de geïnterviewden in onze studie hier opvallend positief over zijn.

De tevredenheid binnen ons onderzoek over het **afsprakensysteem** in vergelijking met vrije consultaties ligt in lijn met een kleinschalige, observationele kwalitatieve studie uit 2014. [20] Net zoals onze geïnterviewden vermelden ook de patiënten uit die studie dat het afsprakensysteem zorgt voor het minder telefonisch gestoord worden tijdens een consultatie.

Er bestaan betrekkelijk weinig studies die de visie op de **wachttijd** voor een afspraak en het wachten in de wachtzaal analyseren. Toch lijken Vlaamse huisartsen hier goed op te scoren aangezien vier op de vijf Vlamingen binnen de 48u door een huisarts gezien kan worden en dat ruim 80% minder dan 30 minuten dienen te wachten in de wachtzaal. [1] Opvallend is dat deze wachttijd van 30 minuten in ons onderzoek als kantelpunt van (on)tevredenheid wordt vastgesteld.
Daarentegen is er een overvloed aan artikels die ervaringen van patiënten met betrekking tot de **consultatieduur** bestuderen. [1-2,16,19] Het belang van het voldoende tijd krijgen voor een consultatie wordt naast ons onderzoek ook door de vakliteratuur meermaals bevestigd. Volgens de 'QUALICOPC-studie' vindt 98% van de Vlamingen het 'op zijn minst belangrijk' dat men voldoende tijd krijgt. [1] Er wordt niet verder gespecifieerd hoeveel tijd dit exact inhoudt. Andere studies tonen een duidelijk onderscheid qua tijdsperceptie aan tussen doorgaans 'gezonde' patiënten enerzijds en anderzijds ouderen of personen met een chronische aandoening. Deze tweede groep (ouderen en chronische pijnpatiënten) heeft meer nood aan langere consultaties en is globaal gezien minder tevreden over de gekregen tijd. [2,16,19] De geïnterviewden in onze thesis kunnen het best vergeleken worden met deze tweede groep. Daarnaast komt ook het 'kantelpunt van (on)tevredenheid' van onze thesis opmerkelijk goed overeen met wat we er in de literatuur over aantreffen: een consultatieduur minder dan 10-15 minuten wordt doorgaans als 'te kort' ervaren en leidt tot een teleurstellend bezoek (met 15 minuten als kantelpunt in ons onderzoek). [2,16,19]

Vervolgens liggen de resultaten van onze studie met betrekking tot **storende telefonie** tijdens een consult in lijn met het observationeel kwantitatief onderzoek van Nieuwoudt uit 2009. [12] Deze stelde eveneens vast dat men regelmatig gestoord wordt en dat slechts een minderheid dit effectief als belemmerend ervaart, omdat men hier over het algemeen begrip voor heeft. Volgens Nieuwoudt houdt dit 'begrip' in, zoals ook vermeld door onze geïnterviewden, dat de wens om een huisarts telefonisch te bereiken primeert op het al dan niet gestoord worden tijdens een consultatie.
Volgens de 'QUALICOPC-studie' kan 54% van de Vlamingen horen wat er aan de receptie gezegd wordt door de assisstent(e). [1] Sterker nog, zo'n 6% kan zelfs horen of zien wat er in de spreekkamer van de huisarts gebeurt, hetgeen een belangrijke tekorkoming is in de 'structurele **privacy**'. De lacune omtrent het scheiden van wachtzaal en balie werd door één geïnterviewde binnen onze studie vermeld, doch ervaart de meerderheid hier geen noemenswaardige problemen mee.

Tot slot valt het in onze thesis op dat patiënten binnen het domein van de '**bouwstructuur**' vooral nood hebben aan comfortabele wachtstoelen. Mogelijks zijn pijnpatiënten hier extra 'gevoelig' voor. In de huidige vakliteratuur kan in geen enkel artikel de patiëntenvisie over deze bouwstructuur weerhouden worden.

4.3 Sterktes en zwaktes

De grootste troef van deze studie is dat er een conceptueel model geformuleerd werd aan de hand van 'grounded theory'. Door te kiezen voor een kwalitatief onderzoek ontstaan hypothesen uit een ongeremde gedachtegang van de deelnemende patiënten. Dit in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek, waarbij de studiegroep meestal gebonden is aan limitatieve vragenlijsten. Wel dient opgemerkt te worden dat er omwille van praktische redenen gebruik gemaakt werd van een semi-gestructureerd interview in plaats van

een volledig open interview. Bijgevolg is het aanhalen van bepaalde thema's mogelijks bijgestuurd door de interviewer zelf.
Door met twee onderzoekers nauw samen te werken, werd er bovendien geprobeerd om de invloed van een zekere subjectiviteit te minimaliseren. Dit samenwerkingsverband heeft ook als voordeel een kritische blik te kunnen werpen over de mate waarmee datasaturatie bereikt werd.

Een andere sterkte van deze studie is dat er hier onderzoek gedaan is vanuit patiëntenperspectief. Hier is op dit moment slechts een beperkt aantal recente data over beschikbaar, terwijl men hier duidelijk nood aan heeft. [4] Bovendien focussen de meeste studies zich enkel op een bepaald deelaspect van het organisatorisch zorglandschap bij voornamelijk niet-Vlaamse huisartsen.

Verder was het een weloverwogen keuze om chronische pijnpatiënten als studiegroep te gebruiken. Deze hebben gaandeweg vaker nood aan een artsenconsult, zowel in 1e als 2e lijn. Bijgevolg hebben ze meer ervaring met het Vlaamse zorglandschap en kan men logischerwijs meer waarde kunnen hechten aan diens visie.
Daarentegen heeft de keuze van deze steekproef de beperking dat frustraties die voortkomen uit de problematiek van chronische pijn mogelijks invloed hebben op de belevenis of perceptie van het consultvoeren bij Vlaamse huisartsen. Het ondervragen van doorgaans gezonde patiënten of personen met een andere vorm van chronische aandoening zou een interessante aanwinst zijn, maar was praktisch onhaalbaar voor onze studie. Ze kunnen het onderwerp zijn van aanvullend onderzoek.

Een interview bij slechts acht personen lijkt in eerste instantie relatief beperkt, maar door kritisch onderling overleg stelden we vast dat er na acht interviews datasaturatie bereikt werd. Wel dient opgemerkt te worden dat er een onevenwichtige demografische- en geografische verdeling heerst: slechts één proefpersoon is mannelijk en de populatie is vooral afkomstig uit Limburg (n=3) of Vlaams-Brabant (n=2). Bovendien werken in elke praktijk op zijn minst twee huisartsen. De visie over de organisatorische vaardigheden van solo-artsen valt dus buiten bestek van dit onderzoek

Een laatste potentiële zwakte van ons onderzoek is dat we volgens de voorschriften van ICHO ieder een afzonderlijke subvraag diende te behandelen, terwijl het in kwalitatieve studies gangbaar is om voor elke vraag onafhankelijk van elkaar de analyse door te voeren en met regelmatig overleg tot een consensus te komen. Door deze hoofdvraag op te delen (in dit geval tussen het communicatieve- en organisatorische aspect van consultvoering bij Vlaamse huisartsen) over de twee onderzoekers bestaat er de mogelijkheid van een mate van bias waarin elke onderzoeker te veel focus legt op de eigen onderzoeksvraag in de interviews. Hierdoor is de interviewer misschien niet even doortastend over het deelaspect dat hij/zij niet in hoofdzaak behandelt. Aangezien we toch voor beide onderzoeksvragen saturatie menen bereikt te hebben, relativeert dit in zekere mate de impact van deze vorm van bias.

4.4 Implicaties voor de praktijk

Deze studie toont aan dat men globaal gezien tevreden is over de organisatorische aspecten van een gemiddelde Vlaamse huisartsenpraktijk. Het vlot bereikbaar zijn omwille van het afsprakensysteem (voor acute gevallen in het bijzonder), het vertrouwen in de huisarts, de kennis over de medische en psychosociale leefwereld van de patiënt, de algemeen fysieke bouwstructuur, de privacy en de continuïteit met het gebruik van het EMD zijn topics waar huisarten anno 2018 goed in lijken te scoren. Deze lijn dient in de toekomst verder doorgetrokken te worden.

Toch worden er enkele lacunes in organisatie vermeld. Een eerste belangrijk aspect is 'tijd'. Ondanks mogelijke drukte, dient een huisarts zich ervan te gewissen de patiënt de (op zijn minst minmale) tijd te bieden die hij/zij nodig heeft. Een consultatietijd van 15 minuten lijkt hierbij een haalbaar minimum.

Daarnaast hebben patiënten ook nood aan meer uitleg. Hoewel dit reeds voldoende didactisch en eenvoudig wordt overgebracht, blijft het wenselijk dat huisartsen dit ook uit eigen initiatief blijven geven. Dit komt de vertrouwensrelatie tussen huisarts-patiënt niet alleen ten goede, maar biedt bovendien ziekte-inzicht, hetgeen onnodige visites en drukte kan vermijden.

In de organisatie omtrent het beleid heerst er een enorm tekort aan het meedelen van praktische tips teneinde zelfredzaamheid te bevorderen. Deze tips bieden een niet te onderschatten houvast in het dagdagelijkse leven van deze patiënten. Het is bovendien het knelpunt bij uitstek waar dringend meer aandacht aan besteed moet worden.

Een volgend verbeterpunt is de multidisciplinaire samenwerking met de 2e lijn. Vooral het rechtstreeks communiceren en terugkoppelend informeren tussen huisarts-specialist loopt stroef. Hierdoor dreigen Vlaamse huisartsen de patiënt onnodig door te verwijzen en ondervindt men een ondermaatse opvolging in zijn/haar ziekteproces. Rechtstreeks communiceren kan hier een haalbare oplossing op bieden, aangezien de samenwerking via het EMD met behulp van o.a. het 'eHealth-platform' op zich al voldoende vlot verloopt.
De samenwerking tussen medewerkers binnen eenzelfde praktijk loopt vlot en alle patiënten zijn hier tevreden over. Hoewel er niet steeds direct contact is tussen huisarts en andere paramedici binnen de eerstelijn (verpleegkundigen, psychologen, kinesitherapeuten), lijkt dit op eerste zicht geen belangrijk hiaat volgens Vlaamse patiënten. Desalniettemin kan een geografisch gecentraliseerde samenwerking van deze partijen de coördinatie en continuïteit van zorg alleen maar bevorderen.

Verder geeft men aan dat een consult bij de huisarts frequent gestoord wordt door telefoons. Hoewel men dit niet echt als iets negatiefs ervaart, kan er hoe dan ook enige inspanning gedaan worden om deze telefoonbelasting de reduceren. Het inschakelen van een secretariaat of inlassen van vaste belmomenten zijn hierbij potentiële oplossingen.

Tot slot kan het investeren in aangepaste stoelen voor chronische pijnpatiënten heel wat pijn en leed doen verzachten, zeker als de wachttijd voor een consultatie al eens durft uitlopen. Artsen die een praktijk bouwen of renoveren dienen bij voorkeur rekening te houden met de fysieke toegankelijkheid (rolstoelingang, brede trappen met leuningen en eventueel een lift), het comfort van wachtstoelen, een aangepast toilet en het structureel auditief en/of visueel gescheiden houden van wachtzaal met receptie en kabinet.

G. BESLUIT

Het Vlaamse zorglandschap is continu in verandering omwille van talrijke socio-economische uitdagingen anno 2018. Hierop dient het management en de organisatie van Vlaamse huisartsen zich voortdurend aan te passen, rekening houdende met zowel de regelgeving, de haalbaarheid voor de huisartsen in kwestie en de behoeften van de patiënten. Deze studie bracht het perspectief van chronische pijnpatiënten over de huidige belevenis, de verwachting en het belang van enkele organisatorische facetten in kaart.

Het is duidelijk dat er van de huisarts verwacht wordt een centrale rol binnen het zorglandschap op zich te nemen. Er is zeker ruimte voor verbetering in dit begeleiden en opvolgen van de patiënt doorheen de verschillende multidisciplinaire instanties. Daarnaast hebben patiënten meer nood aan uitleg en het meekrijgen van praktische tips teneinde hun zelfredzaamheid in het dagdagelijkse leven te bevorderen. Men kan slechts voldoen aan deze eisen als er voldoende tijd voorzien wordt voor een consultatie.

Toch is men globaal gezien tevreden over zijn/haar huisarts, aangezien men steeds bij eenzelfde arts van voorkeur blijft gaan. Het kennen van de biopsychosociale achtergrond in zijn totaliteit is hierin uitermate belangrijk en bovendien ook noodzakelijk in de bouw van een hechte vertrouwensband tussen huisarts en patiënt. Opvallend is dat men erg tevreden over de bereikbaarheid van de Vlaamse huisarts met in het bijzonder voor dringende medische gevallen.

Hoe dan ook zijn er aanvullende studies nodig om de actuele stand van zaken binnen het Vlaamse zorglandschap te monitoren. Als men een continu beeld blijft schetsen over de bestaande visie van de patiënt, kan men gericht inspelen op de nood en behoeften op dit niveau.

H. REFERENTIELIJST

[1] Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, De Maeseneer J, Greß S, Heinemann S, et al. Study protocol: QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Family Practice 2011, 12(1):115.

[2] Detollenaere J, Vos J, De Maeseneer J, Willems S. Vlaamse prioritaire thema's mbt de eerstelijnsgezondheidszorg: focus op de Vlaamse huisartsengeneeskunde. 2014. Beschikbaar via https://steunpuntwvg.be/publicaties .

[3] Bensing J, Rimondini M, Visser A. What patients want. Patient Educ Couns. 2013;90(3):287–90.

[4] De Maeseneer J. De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017. Beschikbaar via www.zorg-en-gezondheid.be .

[5] WHO. Primary Health Care: now more than ever! 2008. Beschikbaar via: http://www.who.int/whr/2008/en/ .

[6] Cartier T, Ryssaert L, Bourgueil Y. Belgium. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al. Building primary care in a changing Europe: Case studies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.)

[7] Kroneman MW, Maarse JAM, Van der Zee J. Rechtstreekse toegankelijkheid in de gezondheidszorg in relatie tot patiënttevredenheid: een Europees onderzoek. Huisarts Wet 2006, 49(5):248-53.

[8] Hadi MA, Alldred DP, Briggs M, Marczewski K, Closs SJ. 'Treated as a number, not treated as a person': a qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. BMJ Open. 2017;7(6).

[9] Wilson A. Consultation length in general practice: a review. Br J Gen Pract. 1991, 41(344):119–122.

[10] Jennes D, Van Nuland M. Hoe ervaren patiënten de consultatie(duur) bij hun huisarts en de huisarts-in-opleiding? Een verkennend observationeel onderzoek. 2015. Beschikbaar via https://old.icho-info.be/masterproeven/ .

[11] Joye S, Peremans L. De multidisciplinaire groepspraktijk: Patiëntenvisie. 2016. Beschikbaar via https://old.icho-info.be/masterproeven/ .

[12] Nieuwoudt FA, Deveugele M. bekijken van de telefonische contacten door patiënten tijdens de consultatie uren, in een huisartspraktijk. 2009. Beschikbaar via https://old.icho-info.be/masterproeven/ .

[13] Thys E, Goedhuys J. Voor- en nadelen van de groepspraktijk vanuit patiëntenperspectief. 2017. Beschikbaar via https://old.icho-info.be/masterproeven/.

[14] Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012, 49:360–371.

[15] Ali A, Goedhuys J. Optimalisatie van de patiëntenfolders in de huisartsenpraktijk. 2008. Beschikbaar via https://old.icho-info.be/masterproeven/ .

[16] Baker R. Development of a questionnqaire to assess patients' satisfaction with consultation in general practice. Br J Gen Pract 1990, 40 (341): 487-490.

[17] Jabaaij L, Schers H, van Essen T et al. Altijd dezelfde huisarts? Een onderzoek naar wens en waardering van patiënten. HUWE 2006, 49: 934.

[18] Vynckier E, Avonts D. Praktijkondersteuning in de huisartspraktijk. Welke akten kunnen gedelegeerd worden en wat is de visie van de patiënt hierop? 2017. Beschikbaar via https://old.icho-info.be/masterproeven/ .

[19] Hadi MA, Alldred DP, Briggs M et al. 'Treated as a number, not treated as a person': a qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. BMJ Open 2017, 12;7(6).

[20] De Ceukeleire L, Willems S. Vrije consultatie of op afspraak: wat vinden de patiënten? 2014. Beschikbaar via https://old.icho-info.be/masterproeven/ .

BIJLAGEN

Bijlage 1: Goedkeuring Ethische Commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP004789
Uw kenmerk: Masterproef studie: Visie van patiënten op de consultvoering door Vlaamse huisartsen, gezien vanuit het perspectief van chronische pijn patiënten
Leuven, 19-03-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Marc Van Nuland
Geachte Reinout Kissel, Isabelle Theetaert

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 19-03-2018

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 06-03-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

Bijlage 2: Informatiebrief Deelnemer

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

INFORMATIE VOOR DE DEELNEMER

Titel: Visie van patiënten op de consultvoering van Vlaamse huisartsen, vanuit het perspectief van chronische pijn patiënten

Promotor:
Prof. Dr. Marc Van Nuland, huisarts
Onderzoekers:
Dr. Theetaert Isabelle, huisarts in opleiding, isabelle.theetaert@hotmail.com
Dr. Kissel Reinout, huisarts in opleiding, reinoutkissel@gmail.com
Onderzoeksinstelling:
KULeuven

Doel van het onderzoek
Het doel van dit onderzoek is om een beeld te krijgen over de perspectieven en opinies die patiënten met chronische pijn hebben over de consultvoering van meerdere huisartsen in meerdere praktijkvormen.
Via interviews zullen wij proberen om punten in de consultvoering te formuleren waar de huisartsen enerzijds op communicatief vlak of anderzijds op organisatorisch vlak tekortschieten.
Ook zullen wij nagaan welke implicaties en verbeterpunten deze minpunten kunnen betekenen voor de praktijk.
Enerzijds is ons doel dus om de communicatieve vaardigheden van Vlaamse huisartsen in kaart te brengen en na te gaan of deze in de lijn liggen met de verwachtingen die patiënten hebben over de communicatie bij de huisarts.
Anderzijds trachten we een beeld te schetsen over zowel positieve- als knelpunten binnen het organisatorisch en praktijk-ondersteunend domein van de consultvoering in de eerstelijnsgeneeskude.

Implicaties voor de deelnemer
Aan elke deelnemer wordt gevraagd om tijdens een interview zijn mening over enkele vragen en thema's te delen met de onderzoeker. Deze vragen zijn gericht op de communicatie en organisatie van de Vlaamse huisarts. Wanneer de deelnemer dit zo wenst mag hij ook beslissen om op een vraag niet te antwoorden.
Elk interview zal vermoedelijk ongeveer één uur tijd in beslag zal nemen.

Vertrouwelijkheid van de gegevens
Zoals alle medische gegevens worden ook de gegevens die in het kader van de studie verzameld worden uiterst vertrouwelijk behandeld. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH-GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (onder meer de wettelijke vereisten zoals bepaald in de Belgische Wet van 8 december 1992 inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet van 22 augustus 2002 inzake rechten van de patiënt).

Bijlage 3: Geïnformeerde toestemming (Informed Consent)

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

INFORMED CONSENT

Ik, ondergetekende, ... verklaar hierbij dat ik, als testpersoon bij een studie van de Katholieke Universiteit Leuven,

(1) de uitleg over het doel en verloop van het onderzoek heb gekregen en dat mij de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen
(2) totaal uit vrije wil deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek
(3) de toestemming geef aan de onderzoeker om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren [1]
(4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden
(5) weet dat niet deelnemen of mijn deelname aan het onderzoek stopzetten op geen enkele manier invloed heeft op mijn relatie met de onderzoeker
(6) ervan op de hoogte ben dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen

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

1 De gesprekken zullen worden gefilmd en op een later moment volledig anoniem door de onderzoekers uitgetypt worden. Indien de gesprekken zijn uitgetypt, wordt het videomateriaal onmiddellijk vernietigd. De onderzoeker is bijgevolg de enige persoon die een verband kan leggen tussen de gegeven informatie en de deelnemer.

Ik ondergetekende, ... bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van de informatie- en toestemmingsfolder die door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen.

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

Bijlage 4: Voorafgaande vragenlijst (drop-off)

KU LEUVEN
UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

VOORAFGAANDE VRAGENLIJST

Interviewer	Reinout Kissel	Isabelle Theetaert	
Datum en uur van het interview			
Naam en voornaam			
Leeftijd			
Geslacht	M	V	
Woonplaats			
Werkstatus	Werkend	Invalide	Gepensioneerd
Aantal jaren ziek			
Aandoening(en)			
Welke behandelingen heeft u reeds ondergaan?			
Leeftijdscategorie van uw huisarts	25-40	40-55	55-70
De praktijk van uw huisarts is:	Solo	Duo	Groepspraktijk

Bijlage 5: Interviewgids inclusief checklist van de bespreken thema's

Interviewgids

Dropoff (via mail vooraf)

Interviewer – Datum en uur van interview – naam en voornaam – Leeftijd – Geslacht – woonplaats - werk(status) - # jaren ziek – Aandoening - Welke R/ huidig lopend en reeds gehad? – Leeftijdscategorie huisarts: 25-40 ; 40-55; 55-70

Inleiding

- Voorstelling van interviewer: wie zijn wij? Wat doen wij?
- Doel en achtergrond van studie: visie van patiënten op de consultvoering door Vlaamse huisartsen (vanuit perspectief van chronische pijnpatiënten). Met consultvoering worden zowel communicatieve als organisatorische aspecten bedoeld
- Verloop van interview bespreken: via opname hetgeen nadien wordt uitgetypt. Nadien wordt het opnamemateriaal vernietigd. Volledige anonimiteit wordt vrijwaard.

Openingsvraag:

- Kunt u mij wat meer over uzelf vertellen?

Inleidingsvraag:

- Kunt u mij even vertellen waarom u heeft besloten om deel te nemen aan dit onderzoek?

Transitievraag:

- In welke mate is uw huisarts betrokken in het u begeleiden met uw chronisch pijnprobleem?

Sleutelvraag:

- Wat is uw visie op de zorgverlening die u nu krijgt van uw huisarts?
- Wat zijn de moeilijkheden die je ervaart bij uw huisarts?
- Heeft u ook suggesties voor mogelijke oplossingen?

Besluitende vraag:

- Van alle zaken die hier aan bod zijn gekomen, welke is voor jou het belangrijkste?

Checklist van te bespreken thema's:

Communicatief

- Vertrouwensrelatie met de huisarts
- Wat wordt verwacht van de houding van een huisarts
- Hoe verzamelt de huisarts informatie (dus de interview capaciteiten van de huisarts)
- Informatie meedelen en uitleg geven
    - Hoeveel uitleg blijft er hangen?
    - Is de gewenste informatie meer of minder dan de informatie die wordt gegeven
- Besluitvorming door de huisarts
    - Shared decision making vs eerder paternalistisch
- Ondersteuning van self management
    - Tips tot coping en hoe omgaan met chronische pijn
- Aandacht voor emoties tijdens de consultatie

Organisatorisch

- Bereikbaarheid
    - week ⇔ weekend
    - afspraken plannen ((tele)secretariaat, online) ⇔ vrije raadpleging
    - wachttijd tot eerstvolgende afspraak
    - Resultaten meedelen
    - Vaste HA ⇔ groepspraktijk
- Tijd
    - wachttijd tot eerstvolgende afspraak
    - Wachttijd in wachtzaal
    - Consultatie indeling- en duur: heeft patiënt voldoende tijd gekregen?
- Privacy en vertrouwen
    - Durft patiënte alles kwijt?
    - Hoe ervaart de patiënt zijn/haar privacy (zowel in wachtzaal als in kabinet)?
- Samenwerking en opvolging
    - Met collega's (igv groepspraktijk) of praktijkassistent(e)
    - Met 1e lijn: VP, psycholoog, diëtisten, kinesisten
    - Met 2e lijn
    - Voldoende informatie gekregen?
- Praktisch
    - Gevoel bij kabinet: open ⇔ gelsoten (vb: computer tussenbeiden)
    - Onderbreken van consultaties (vb: door telefoons)
    - Hygiëne en comfort

Bijlage 6: Conceptenlijst per onderzoeker per interview

Consultvoering

I1 Isabelle	I1 Reinout	I2 Isabelle	I2 Reinout	I3 Isabelle	I3 Reinout	I4 Isabelle	I4 Reinout
Gevoelens	Betrokkenheid	Psychosomatiek	Begeleiden	Vertrouwensrelatie	Betrokkenheid	Attitude	Betrokkenheid
Psychosomatiek	Vertrouwenspersoon	Achtergrond	Opvolgen	Tijdsinvestering	Verantwoordelijkheid	Opvolging	Initiatief
Opvolging	Vriendschap	Holistische aanpak	Terugkoppelen	Achtergrond	Au Serieux	Terugkoppelen	Tijd nemen
Terugkoppeling	Professionaliteit	Au Serieux	Betrokkenheid	d	Empatisch	Tijdsdruk	Diepgang
Vertrouwensband	Empathie	Attitude	kennis	Au Serieux	Social Talk	Jump to conclusion	Oplossingsgericht
Attitude	Emoties	Tijdsinverstering	Motivatie	Uitleg	Professionaliteit	Luisteren	Openheid
Tijdsinvestering	Luisteren	Zelfredzaamheid	Holistisch	Opvolging	Opvolging	Verwijsbeleid	Shared decision
Ervaring	Holistisch	Terugkoppelen	Kennis VG	Attitude	Uitleg	Haalbaarheid	Uitleg
onderbouwde uitleg	Diepgang	Haalbaarheid	Praktisch	Luisteren	Verstaanbaar	Uitleg	Praktisch
Shared Decision	Social Talk	Opvolgen	Patiëntgericht	Toegankelijk	Shared decision	Au Serieux	Laten uitpraten
Zelfredzaamheid	Wetenschappelijk	kennis	Au Serieux	social talk	Holistisch	Achtergrond	Au Serieux
luisteren	Shared Decision	shared decision	Shared Decision	shared decision		Psychosomatiek	Holistisch
social talk	Interactie	uitleg	Interactie			Zelfredzaamheid	Vertrouwen
	Terugkoppeling		Uitleg			Tegenstrijdige info	Opvolging
	Praktische tips		Zelfredzaamheid			shared decision	Centraal Persoon
	Verwachtingen					vertrouwen	Empatisch
	Oplossingsgericht						Arts-Patiënt relatie
	Ervaring						

Organisatie

I1 Isabelle	I1 Reinout	I2 Isabelle	I2 Reinout	I3 Isabelle	I3 Reinout	I4 Isabelle	I4 Reinout
Bereikbaarheid	Afsprakensysteem	Kennis	Coördinatie	Dossieropvolging	Consultatietijd	Tijdsdruk	Tijdsgebrek
Communicatie Hulpeverleners	Bereikbaarheid	Dossier	Doorverwijzing	Overleg	EMD	Opvolging	Wachttijd
Dossierkennis	Centrale figuur	Tijd	Sociale Kaart	Verwijsbeleid	Coördinatie	Bereikbaarheid	Tijdsindeling
Huisbezoeken	Computergebruik	Overleg	Administratieve	Administratie	Verantwoordelijkhei	Wachtpost	Doorverwijzing
Logistiek	Consultatietijd	Bereikbaarheid	EMD	Wachtpost	Doorverwijzing	Logistiek	Samenwerking
Multidisciplinariteit	Continuïteit	Wachtpost	Structuur	Bereikbaarheid	rechtstreeks contact	Praktijkassistent	Eenduidig
Sociale Kaart	Coördinerend	Bespreken	Medische VG	Telefoon	Overleg	Verwijsbeleid	Externe informatiebron
Telefoon	Drukte	Wachttijd	Tijd	Wachttijd	Voorkeursarts	wachttijd	Vertrouwenspersoon
Wachtpost	Gedeeld Dossier	Multidisciplinariteit	Bereikbaarheid	Logistiek	Beschikbaarheid	telefoon	Coördinatie
Wachttijd	Kennis VG	Sociale Kaart	Afsprakensysteem	Attitude	Afsprakensysteem		Beschikbaarheid
	Laagdrempelig	Logistiek	Gecentraliseerde samenwerking		Wachttijd		Telefoon
	Sociale kaart	Opvolgen	Overleg		Structurele hulpmiddelen		Continuïteit
	Telefoon		Privacy		Wachtstoelen		Afsprakensysteem
	Voorkeursarts		Hygiëne		Privacy		Privacy
	Wachtstoelen		Wachttijd		Telefoon		Praktijkassistent
	Wachttijd						Wachtzaal

Consultvoering

R1 Isabelle	R1 Reinout	R2 Isabelle	R2 Reinout	R3 Isabelle	R3 Reinout	R4 Isabelle	R4 Reinout
Uitleg	Praktische tips	Open Communicatie	Transparantie	Attitude	Uitleg	Opvolgen	Vertrouwen
Shared Decision	Zelfredzaamheid	Uitleg	Uitleg	Uitleg	Duidelijkheid	Attitude	Au Serieux
Vertrouwenspersoon	Uitleg	Tijdsinvestering	Initiatief	Opvolgen	Initiatief	Verwijsbeleid	(Zelfredzaam)
Au Serieux	Centrale figuur	Vertrouwen	Verantwoordelijkhei	Terugkoppelen	en	Zelfredzaamheid	Initiatief
Luisteren	Holistisch	Attitude	Vertrouwen	Verwijsbeleid	Zelfkennis	Au serieux	Opvolging
Attitude	Vertrouwen	Zelfredzaamheid	Angst	Au Serieux	Shared Decision	Uitleg	Uitleg
Jump to Conclusion	Initiatief		Duidelijkheid	Achtergrond	Au Serieux	Vertrouwen	Emoties
Verwijsbeleid	Au Serieux		Stappenplan	Shared Decision	Luisteren	Emoties	To the point
Zelfredzaamheid	Luisteren			Zelfredzaamheid	Ontkleden bij KOZ		Doorverwijzing
Emoties	Opvolgen			logistiek	Betrokkenheid		
Psychosomatiek	Terugkoppeling			luisteren	Empathie		
opvolgen	verantwoordelijkheid				Vertrouwensrelatie		
					Vriendschap		
					Opvolging		

Organisatie

R1 Isabelle	R1 Reinout	R2 Isabelle	R2 Reinout	R3 Isabelle	R3 Reinout	R4 Isabelle	R4 Reinout
Groepspraktijk	Voorkeursarts	Privacy	Transparantie	Verwijsbeleid	Voorkeursarts	Verwijsbeleid	Voorkeursarts
Resultaten bespreken	Vertrouwen	Papieren dossier	Voorkeursarts	Overleg	Centrale figuur	Overleg	Kennis VG
Bereikbaarheid	Vertandhouding	Resultaten bespreken	Praktijkwerking	Bereikbaarheid	Wetenschappelijke kennis	Privacy	Centrale figuur
Telefoon	Opvolgen	Bereikbaarheid	Afsprakensysteem	Telefoon	Opvolging	Logistiek	Doorverwijzing
Wachttijd	Bereikbaarheid	Tijdsdruk	Online boeken	Privacy	Kennis VG	Telefoon	Rechtstreeks contact
Logistiek	Continuïteit	Wachttijd	Bereikbaarheid	Logistiek	Dooverwijzing	Computer	Groepspraktijk
Tijdsdruk	Afsprakensysteem	Logistiek	Wachttijd	Opvolgen dossier	Rechtstreeks contact	Groepspraktijk	Bereikbaarheid
Opvolgen	Belmoment		Consultatietijd		Computergebruik	Praktijkassistent	Praktijkassistent
	Wachttijd		Privacy		Bereikbaarheid	Bereikbaarheid	Resultaten
	Consultatieduur				Afsprakensysteem	Opvolging	Afsprakensysteem
	Privacy				Online Boeken	Tijd	Wachttijd
	Telefoon				Consultatietijd		Consultatietijd
	Wachtzaal				Telefoon		Privacy
					Structurele hulpmiddelen		Computer
					Kleedkamer		Telefoon
							Wachtruimte

Dit overzicht toont een oplijsting van concepten gegenereerd door beide onderzoekers tijdens analyse van de interviews. De termen 'I1-I4' en 'R1-R4' zijn codenamen voor de studiepersonen die respecievelijk door Dr. Isabelle Theetaert en Dr. Reinout Kissel geïnterviewd werden. De naam van de onderzoeker dat achter de codenaam staat heeft betrekking tot wie van beide onderzoekers voor de onderstaande codelijst gezorgd heeft. Afwijkende concepten werden per interview aangekleurd en nadien werd hier in detail over gediscussieerd en zo nodig aangepast of heringedeeld.