Omgaan met familie als patiënt in de huisartsenpraktijk

Nobus Britt, Universiteit Antwerpen

Promotor: PhD Kris Van den Broeck, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

1. INHOUDSTABEL

1. Inhoudstabel.....2

2. Abstract.....3

3. Thesis: OMGAAN MET FAMILIE ALS PATIËNT IN DE HUISARTSENPRAKTIJK.....4

3.1 Inleiding.....4
3.2 Doelstelling.....5
3.3 Literatuurstudie.....6
3.3.1 Doelstelling.....6
3.3.2 Methode.....6
3.3.3 Resultaten.....8
3.4 Materiaal en Methoden.....10
3.5 Resultaten.....12
3.5.1 Eigen ervaring.....12
3.5.2 Wie zijn keuze?.....13
3.5.3 Plaats.....13
3.5.4 Medisch dossier.....15
3.5.5 Professioneel handelen.....15
3.5.6 Inhoud van de consultaties.....16
3.5.7 Emoties.....16
3.5.8 Conclusie.....17
3.6 Discussie.....19
3.7 Conclusie.....23
3.8 Referenties.....24

4. Bijlagen.....25

4.1 Goedkeuring Ethisch Comité.....25
4.2 Studieprotocol.....27
4.3 Informatiebrief huisartsen.....29
4.4 Toestemmingsformulier huisartsen.....30
4.5 Semi-gestructureerd interview.....31
4.6 Codeboek.....33

2. ABSTRACT

INLEIDING

Sinds het ontstaan van de geneeskunde kampen huisartsen met het dilemma of ze eigen familie als patiënt zullen behandelen of niet. Politieke meningen zijn verdeeld. Sommigen zeggen dat je eigen familie niet kan behandelen, het zou de objectiviteit beïnvloeden waardoor er professioneel anders gehandeld wordt, anderen zeggen dat het nog steeds de keuze van de huisarts blijft, maar dat deze bedacht moet zijn op verwikkelingen. In deze studie wordt op zoek gegaan naar de mening en ervaringen van Antwerpse huisartsen. Er wordt nagegaan of zij eigen familie behandelen en of dit verschilt van hun aanpak naar andere patiënten toe.

METHODE

Voor deze studie wordt een kwalitatief onderzoek opgesteld. Veertien Antwerpse huisartsen, negen vrouwen en vijf mannen tussen de 25 en 65 jaar, worden ondervraagd door middel van semi-gestructureerde diepte-interviews om een antwoord te bekomen op de doelvragen. Deze huisartsen hebben ooit al eens voor de keuze gestaan om eigen familie al dan niet te behandelen. De verkregen data worden verzameld en geanalyseerd.

RESULTATEN

Onze Antwerpse huisartsen vinden over het algemeen dat huisartsen eigen familie mogen behandelen als patiënt, er worden in deze populatie verschillende wijzen van aanpak gezien. Sommige huisartsen kiezen ervoor geen vaste huisarts te zijn van familie, andere om enkel het gezin te behandelen, nog andere om enkel het gezin niet te behandelen, enzovoort… Toch stellen onze huisartsen enkele algemene voorwaarden op waaraan idealiter voldaan moet kunnen worden om een goede huisarts te zijn voor eigen familie, gezien ze zelf opmerken dat hun medisch handelen beïnvloed wordt door verschillende factoren. Zo moeten zowel de huisarts als de patiënt akkoord gaan met deze arts-patiënten relatie, ze moeten zich er beiden goed bij voelen. Voor een consultatiemoment moet een rustige omgeving opgezocht worden en er moet structuur zijn in zo'n consult om de arts-patiënten rol zo optimaal mogelijk te houden. Het medisch dossier moet volledig en correct bijgehouden worden. Verder moet er rekening mee gehouden worden dat emotionele factoren en gevoelige gespreksonderwerpen het professioneel handelen kunnen beïnvloeden. In de praktijk worden deze voorwaarden niet altijd toegepast, waardoor onze huisartsen zich wel eens ongemakkelijk voelen, ze anders gaan handelen of waardoor er soms ook conflicten ontstaan. Echter zijn onze huisartsen zich hier grotendeels wel bewust van. Ze streven er over het algemeen naar deze ideaalomstandigheden te bereiken en als er gevoeld wordt dat het professioneel handelen beïnvloed wordt, ligt de drempel laag om familie door te verwijzen naar een collega-arts.

CONCLUSIE

In de literatuur zijn de meningen verdeeld, maar uit dit onderzoek blijkt dat Antwerpse huisartsen in het algemeen van mening zijn dat het moet toegestaan zijn dat huisartsen hun eigen familie als patiënt behandelen, indien er aan enkele voorwaarden voldaan wordt. Er zijn meerdere factoren die het professioneel medisch handelen in het gedrang kunnen brengen en hierdoor wordt vaak gezien dat de houding van de huisarts tegenover familie verschilt van zijn houding tegenover een gewone patiënt. Het is belangrijk om zich als huisarts bewust te zijn van deze beïnvloedende factoren en tijdig door te verwijzen naar een collega-arts als er gevoeld wordt dat de professionele rol in het gedrang komt. Het is bevorderlijk voor de gezondheid van de familie van de huisarts als deze in het begin van diens carrière al reeds heeft kunnen nadenken of hij in staat zal zijn om aan deze voorwaarden te voldoen, en hij zichzelf dus capabel voelt om zijn eigen familie te behandelen.

3. THESIS: OMGAAN MET FAMILIE ALS PATIËNT IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

3.1 INLEIDING

Reeds sinds het ontstaan van de geneeskunde wordt de huisarts geconfronteerd met het dilemma om al dan niet zijn of haar eigen familie te behandelen [1]. Onder behandelen wordt acute en chronische zorg verstaan, inclusief het opstellen van voorschriften voor onderzoek of medicatie, doorverwijzen voor specialistische zorg en opvolging van de toestand. Daarnaast vallen onder dit begrip ook de preventieve geneeskunde en alle andere handelingen die genezing tot doel hebben. De laatste jaren werd er meer onderzoek gedaan omtrent dit onderwerp en ontstonden verschillende ethische discussies in de politiek. Landen zoals Canada, de Verenigde Staten, Nieuw-Zeeland en Australië raden het niet aan om eigen familie te behandelen, omdat het de objectiviteit van de arts en zo de continuïteit van de zorg beïnvloedt. [2,3,4] Andere landen zoals Engeland en Singapore vinden dat de (huis)arts vrij moet zijn in zijn keuze wie hij wel of niet behandelt. [2,4,5] De Orde der Artsen in België heeft geen apart hoofdstuk omtrent dit gevoelige thema. Behandelen van familie wordt toegestaan, zolang medische acties legaal blijven. Dit onderzoek richt zich op Antwerpse huisartsen en gaat op zoek naar de ideeën, meningen en ervaringen van deze artsen bij het behandelen van eigen familie.

3.2 DOELSTELLING

In deze studie wordt nagegaan of Antwerpse huisartsen bereid zijn om hun eigen familie al dan niet als patiënt te behandelen en wat hun beweegredenen zijn voor deze keuze. Is hun aanpak bij familie verschillend tegenover hun aanpak bij een gewone patiënt?

Door te vragen naar ervaringen wordt onderzocht of er bepaalde factoren zijn die een invloed kunnen hebben op de medische gedachtegang en het medisch handelen van de huisarts en op welke manier huisartsen hier rekening mee houden. Bestaat er een ideale situatie om eigen familie te behandelen als patiënt? Wordt dit in de praktijk toegepast?

We hopen een antwoord te verkrijgen op de vraag of huisartsen in het algemeen vinden of het al dan niet toegestaan mag zijn om eigen familie te behandelen, of er voorwaarden aan gekoppeld moeten worden en of er uitzonderlijke situaties bestaan waarbij deze voorwaarden zouden mogen vervallen.

3.3 LITERATUURSTUDIE

3.3.1 Doelstelling

Met deze literatuurstudie proberen we te achterhalen of het in het algemeen als (huis)arts al dan niet aangeraden wordt om eigen familie te behandelen. Worden er bepaalde voorwaarden of uitzonderingen gesteld in de literatuur? We gaan op zoek naar verschillende topics waar (huis)artsen mee kunnen worstelen wanneer ze eigen familie behandelen.

3.3.2 Methode

De zoekstrategie wordt toegepast vanuit een vooropgestelde PICO (tabel 1).

	Mogelijke trefwoorden
Person, People	Doctors, family doctors, general practitioners
Intervention	Treating family, treating family members
Comparison	-
Outcome	Ethics

Tabel 1: PICO

Er wordt gezocht naar literatuur uit verschillende elektronische databanken en tijdschriften via gekende zoekmachines als Pubmed, Springer Link en Refseek. Ook worden enkele artikels gevonden uit de referenties van de geselecteerde artikels. Via de VPN-server wordt er verbinding gemaakt met de bibliotheek van Universiteit Antwerpen, zodat alle volledige artikels gedownload kunnen worden, waarvoor Universiteit Antwerpen een licentie heeft of die gratis verkrijgbaar zijn.

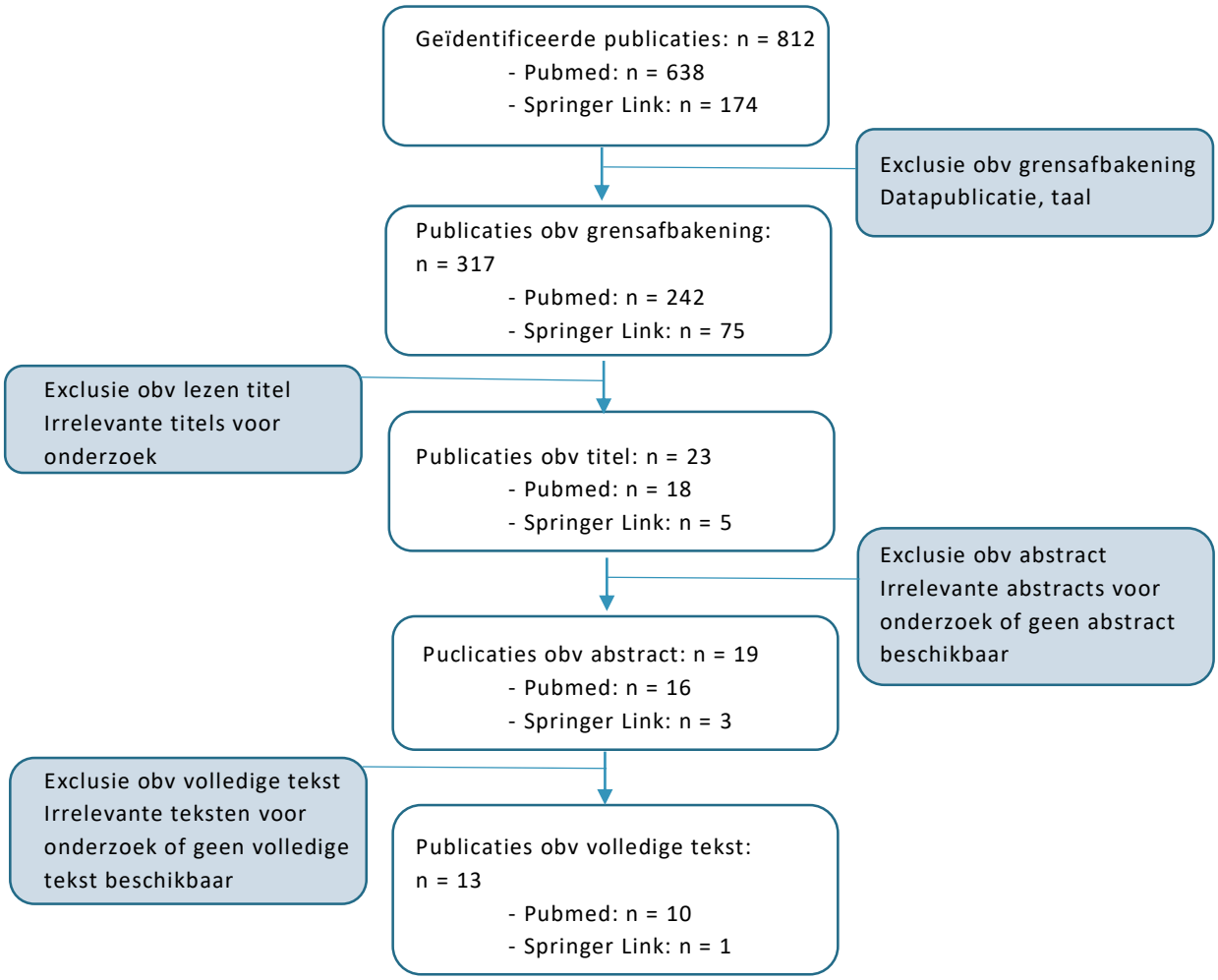
Meerdere zoektermen worden in bovenstaande zoekmachines gebruikt: *doctors treating family, doctors AND family, doctors AND treating family, family doctors treating family, general practitioners treating family, doctors treating family members, doctors AND treating family AND ethics, ethics AND treating family*.

Bij het gebruik van bovenstaande zoektermen geven alle zoekmachines een overvloed aan resultaten weer. Via *advanced searching* wordt getracht de resultaten in te perken door het gebruik van volgende inclusiefactoren: Engelstalige artikels, een publicatiedatum tussen 2008 en 2019 en de zoektermen moeten in de titel voorkomen. Alsook worden er extra termen toegevoegd die niet relevant zijn en zeker niet in de teksten moeten voorkomen om de resultaten verder in te perken, namelijk treatment(s), protein(s) en mutation. Deze zoekcriteria maken de zoekopdracht minder sensitief, maar wel specifiek, wat te verantwoorden valt door het grote aantal artikels dat gevonden wordt omwille van het vage onderwerp. Voor Springer Link wordt ook een beperking op data publicatie gezet, waarbij alleen artikels geselecteerd worden die tussen 2008 en 2019 gepubliceerd werden. In tabel 2 kunnen de zoeksleutels teruggevonden worden die de beste resultaten geven.

Internetbron	Zoeksleutel	Zoekresultaten
Pubmed	○ treat*[Title] AND famil*[Title] NOT (treatment OR treatments OR protein OR proteins)	242
Springer Link	○ doctors AND “treating family”	75
Refseek	○ doctors AND treating family AND ethics	> 10 000
Referenties artikels	-	7

Tabel 2: Zoekstrategie Deel 1

Verdere exclusie gebeurt op basis van de titel. Indien de titel niet relevant lijkt voor het onderzoek, wordt het artikel geëxcludeerd. Indien de titel wel relevant lijkt, wordt het abstract gelezen. Ook hier geldt dat als het abstract niet nuttig lijkt, het artikel wordt geëxcludeerd en als het abstract wel nuttig lijkt, wordt gekeken of de volledige tekst beschikbaar is. De beschikbare teksten worden gelezen en gebruikt voor het literatuuronderzoek indien deze relevant zijn. Artikels waarvan de volledige tekst niet beschikbaar is, worden alleen gebruikt als het abstract reeds belangrijke informatie bevat. Tabel 3 toont de zoekstrategie met de gebruikte exclusiecriteria.



Tabel 3: Zoekstrategie Deel 2

Uit de belangrijkste zoeksleutels worden er in totaal 11 artikels geselecteerd. 7 artikels worden nog extra bekomen via referenties vanuit geselecteerde artikels. Deze volledige teksten worden ook teruggevonden via zoekmachines als Refseek en via deze weg wordt de volledige tekst bemachtigd. Uiteindelijk worden 18 artikels geselecteerd, verder uitgediept en verwerkt in de literatuurstudie.

3.3.3 Resultaten

Uit de literatuurstudie blijkt dat de aanpak van artsen naar familie als patiënt toe wel degelijk verschilt van de aanpak naar gewone patiënten toe. Er kunnen zes steeds wederkerende topics teruggevonden worden waarin deze aanpak kan verschillen. Hieronder worden de zes topics beschreven met als laatste de algemene conclusie vanuit de literatuur op de vraag: 'Mag een arts eigen familie behandelen als patiënt?'

Bij het behandelen van familie moet als arts rekening gehouden worden met het feit dat het **professioneel handelen** beïnvloed kan worden. De professionele objectiviteit kan, meestal onbewust, verstoord worden waarbij er een invloed ontstaat op medische beslissingen. [2,4-12] Echter mag er niet getwijfeld worden dat de arts steeds uit de beste intenties naar zijn familie toe probeert te handelen. [4,7,13,14] Toch kunnen artsen enerzijds te veel zorg verlenen, ze wensen hun familielid de snelste genezing toe of voelen zich verplicht om hulp te bieden. [3,4,9,15] Anderzijds kunnen artsen te weinig zorg verlenen, ze kunnen belangrijke signalen over het hoofd zien en minimaliseren. [9,10,16] Beide kunnen tot incorrect medisch handelen leiden, waarbij richtlijnen niet volledig gevolgd worden, de kwaliteit van de behandeling minder goed is of waarbij zorg verleend wordt die buiten de medische expertise van de arts valt. [3-5,7,9,10,16] Verschillende factoren kunnen hierbij een rol spelen zoals emoties, inhoud en plaats. Deze worden hieronder uitvoerig besproken. Het is belangrijk dat de arts tijdig doorverwijst als hij voelt dat zijn professioneel handelen in het gedrang komt. [5,12,13,17]

Tijdens het behandelen van eigen familie kunnen er verschillende **emoties** circuleren bij de arts, waar dikwijls weinig controle over gehouden kan worden. [3,12,16] Deze emoties kunnen positief zijn, het kan de familiale band versterken [10,15], maar emoties kunnen ook negatief zijn. Ze kunnen ervoor zorgen dat het medisch oordeel beïnvloed wordt waardoor de arts anders gaat handelen [8,9,16] of ze kunnen aanleiding geven tot de vorming van relationele conflicten [9,10,12]. Het is belangrijk als arts te beseffen dat deze emoties aanwezig kunnen zijn en hiermee rekening te houden. Als emoties de overhand gaan nemen en een invloed hebben op het medisch handelen, kan ook op dit moment het best beslist worden om de zorg door een collega-arts te laten overnemen. [12,13,17]

Daarnaast is er de **inhoud van de consultaties** die een verschil kunnen maken in het geneeskundig handelen van de arts. In meerdere studies komen twee onderwerpen naar boven die in de praktijk door de arts het liefst gemeden worden wanneer ze eigen familie behandelen: gevoelige onderwerpen (psychologie, psychiatrie ed.) en intieme onderwerpen (seksueel, urologie, gynaecologie ed.). [2-4,9,10,18] Artsen kunnen hierdoor geneigd zijn hun anamnese beperkter te houden waardoor essentiële informatie gemist kan worden of hun klinisch onderzoek minder uitgebreid uitvoeren, waardoor ook de behandeling minder correct zal zijn. [3,4] Het is daarom belangrijk dat wanneer de arts voelt dat zijn medisch handelen in het gedrang komt of als hij voelt dat het familielid niet alles kan vertellen [2,4], hij dit ook open communiceert naar het familielid toe en deze op tijd doorverwijst. [13,17]

Een andere factor die het professioneel handelen kan beïnvloeden is de **plaats van de consultaties**. Er wordt aangeraden alle consultaties in een professionele setting te laten doorgaan. [2,15,16] Alles wat daarbuiten gebeurt, kan het gedachtenpatroon en het medisch handelen van de arts beïnvloeden. [2,16]

Elke arts is verplicht om alles wat tot een medische handeling behoort, te noteren in een **medisch dossier** van de patiënt. [3,5,16,18] Er wordt vaker gezien dat onderzoeken, vaccinaties en andere

gegevens ontbreken in de dossiers van familieleden. [4,15] Ook als er bijvoorbeeld door een familie-(huis)arts slechts tijdelijke zorg verleend wordt aan een familielid en hij dus niet de hoofd-huisarts is, moet deze medische akte genoteerd worden en doorgestuurd worden naar de huisarts, wat in de praktijk vaak niet gebeurt. [7,9,10]

Een belangrijke factor om goede geneeskunde uit te voeren, is dat beide partijen, zowel arts als patiënt, akkoord moeten gaan met de medische relatie. De patiënt moet de **eigen keuze** hebben om zich al dan niet door een arts van de familie te laten behandelen [2,10,12-14,17], alsook moet de arts de keuze hebben om familie al dan niet te behandelen [2,3]. Als één van beide partijen merkt dat hij niet alles kan vertellen of vragen, of zich niet goed voelt in een situatie, kan er geen goede arts-patiënten relatie bestaan en kan er best gezocht worden naar een beter alternatief. [15] Een hieraan gerelateerd ethisch dilemma betreft de behandeling van de eigen kinderen, wat voor veel artsen een evidentie is. Voelt het kind zich hier beter bij, omdat hij behandeld wordt door een vertrouwd persoon [13,14], of heeft hij moeite met te communiceren dat hij zich niet comfortabel voelt in deze situatie? [2,3,5,9]

Als **algemene conclusie** uit de literatuurstudie kan gesteld worden dat de meningen over het al dan niet behandelen van eigen familie verdeeld zijn. De meeste studies opteren ervoor dat artsen hun eigen familie beter niet zouden behandelen. [3,4,6,8-11,16,18] De rol van dokter en de rol van familielid worden verweven, waardoor beide rollen minder goed vervuld worden. [8] Het brengt een grote verantwoordelijkheid met zich mee. [8] Doch vinden andere studies dat artsen eigen familie wel mogen behandelen, met als vereiste dat dit een eigen keuze is van zowel de arts als van de patiënt. [1,2,12-16] Er wordt vermeld dat artsen ook zeker bewust rekening moeten houden met alle bovenstaande factoren: dat emoties, bepaalde onderwerpen en de plaats van consultatie een invloed kunnen hebben op het professioneel handelen, en dat het professioneel handelen een invloed kan hebben op het medisch dossier, de gezondheid van de patiënt en op de relationele status tussen de huisarts en het familielid. Als er door één van bovenstaande factoren twijfel bestaat dat het medisch handelen in gedrang zou kunnen komen, moet er nagedacht worden over of de huisarts nog correct medisch handelt en wordt er vanuit de literatuur aangeraden om te overwegen om deze medische akte al dan niet te laten overnemen door een andere bevoegde collega. [9,17]

De studies stellen **uitzonderlijke situaties** waarbij de arts verplicht is om eigen familie te behandelen. Het gaat over noodsituaties of situaties waarbij geen andere arts beschikbaar is en het familielid toch medische zorg vereist. [2-4,6,9,12,15,16,18] Behandeling van familieleden op korte termijn of voor kleine problemen verlopen meestal probleemloos en worden ook als aanvaardbaar bevonden in de studies, zolang de behandeling niet te complex wordt. [2,3,5-7,9,16,18]

3.4 MATERIAAL EN METHODEN

Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen, wordt een kwalitatief onderzoek opgezet met behulp van semigestructureerde diepte-interviews. Deze interviews worden opgesteld op basis van een *topic list*, samengesteld uit de verkregen gegevens vanuit de literatuurstudie. De *topic list* is bijgevoegd als bijlage 4.5. Het onderzoek verloopt vanaf maart 2018 tot en met januari 2019, het moment waarop de studie beëindigd wordt.

Na goedkeuring van het Ethisch Comité (bijlage 4.1 en 4.2), dit wil zeggen vanaf maart 2018, wordt op zoek gegaan naar een goede studiepopulatie. Huisartsen moeten voldoen aan volgende inclusiecriteria: het zijn actieve huisartsen, die zich gevestigd hebben in de Huisartsen Regio Mortsel (HRM) in Vlaanderen. Alsook moeten zij in het verleden reeds voor het dilemma gestaan hebben om eigen familie al dan niet te behandelen. Er zijn geen exclusiecriteria. Verschillende huisartsen, zo bekeken om een zo groot mogelijk gevarieerde groep op basis van leeftijd en geslacht te bekomen en uitgekozen uit de groep artsen die op deze momenten aanwezig waren, worden persoonlijk aangesproken tijdens bijeenkomsten van de huisartsenwachtkring en krijgen nadien een mail met meer informatie. Een informatiebrief en *Informed Consent* worden op het moment van aanspreken persoonlijk meegegeven (bijlage 4.3). 14 huisartsen reageerden nadien op de mail en maakten een persoonlijke afspraak voor het interview op een moment dat voor hen het beste uitkwam. Deze groep bestaat uit 9 vrouwen en 5 mannen tussen 25 en 65 jaar. In tabel 4 kan de verdeling van deze artsen gezien worden.

Huisartsen	Leeftijdsgroep	Praktijkervaring	Geslacht	Praktijkorganisatie	Eigen familie behandeld in verleden?
HA 1	25-27j	0-2j (HAIO)	V	Groepspraktijk	Ja
HA 2	25-27j	0-2j (HAIO)	V	Groepspraktijk	Ja
HA 3	25-27j	0-2 j (HAIO)	M	Groepspraktijk	Ja
HA 4	28-30j	3-5j	M	Groepspraktijk	Ja
HA 5	28-30j	3-5j	V	Duopraktijk	Ja
HA 6	30-40j	5-15j	V	Groepspraktijk	Ja
HA 7	30-40j	5-15j	M	Groepspraktijk	Ja
HA 8	30-40j	5-15j	V	Duopraktijk	Ja
HA 9	30-40j	5-15j	V	Groepspraktijk	Ja
HA 10	40-50j	15-25j	M	Groepspraktijk	Ja
HA 11	40-50j	15-25j	V	Groepspraktijk	Ja
HA 12	40-50j	15-25j	V	Groepspraktijk	Ja
HA 13	50-65j	25-40j	V	Groepspraktijk	Ja
HA 14	50-65j	25-40j	M	Groepspraktijk	Nee

Tabel 4: Demografische kenmerken

Voor de aanvang van ieder interview wordt nogmaals het doel, de inclusiecriteria en het verwerkingsproces meegedeeld aan de huisarts, waarna het schriftelijk *Informed Consent* of toestemmingsformulier (bijlage 4.4) getekend wordt. De huisarts geeft hierbij zijn mondelinge en schriftelijke toestemming tot deelname. Deelname is geheel op vrijwillige basis en de huisarts kan op elk moment beslissen om de studie te stoppen.

Elk interview duurt 30 tot 60 minuten en vindt plaats in een rustige omgeving, te bepalen door de huisarts. De huisarts is vrij om zijn of haar mening te uiten en voorbeelden te geven naargelang hij of zij dat wil. Het interview wordt vastgelegd met behulp van een audio-opname en notities van de interviewer.

De verzamelde data worden via een *framework-analyse* in Excel geanalyseerd [19]. Relevante citaten voor de onderzoeksvragen worden gecodeerd tot een subthema en zo gelinkt aan één van de zeven topics, dewelke reeds vanuit de literatuurstudie overgenomen waren. De codering gebeurt door zo correct mogelijk een citaat te beschrijven, dit wordt een *descriptieve code* genoemd. Achteraf worden de descriptieve codes met gelijkaardige betekenissen samengevoegd in een interpretatie. Deze nieuwe code wordt een *interpretatieve code* genoemd. Op het einde van de verwerking blijven er per thema de meest relevante interpretatieve codes over (zie bijlage 4.6) en deze worden gebruikt voor de uiteindelijke verwerking van de resultaten [19]. De interpretatieve codes zijn de belangrijkste factoren per thema, die de keuze van de huisarts om al dan niet eigen familie te behandelen, bepalen. Deze factoren doen ook nadenken over wat voor de huisarts de meest correcte manier is om familie te behandelen.

3.5 RESULTATEN

Voor de vraag hoe huisartsen omgaan met familie in de eigen huisartsenpraktijk worden 7 thema's uitvoerig bevraagd. Deze thema's zijn de volgende: Eigen ervaring, Wie zijn keuze?, Medisch Dossier, Professioneel handelen, Inhoud van de consultaties, Emoties, Plaats.
Deze thema's bepalen of een huisarts al dan niet anders handelt bij eigen familie en helpen de huisarts in hun keuze om familie al dan niet te behandelen. De thema's laten huisartsen stilstaan bij hun gedrag en de gevolgen voor de patiënt en de praktijk, er wordt nagedacht over wat de meest ideale situatie zou zijn om familie te behandelen en hoe hiertoe bijgedragen kan worden. Op het einde wordt de algemene conclusie bevraagd door de vraag te stellen 'Mag een huisarts eigen familie behandelen?' Hieronder worden de verschillende thema's en de uiteindelijke conclusie van onze huisartsen besproken.

3.5.1 Eigen ervaring

Over het algemeen behandelen huisartsen hun eigen familie. Er worden verschillende thema's en ervaringen bovengehaald die laten blijken dat dit niet altijd even evident is en dat er best wel wat zaken zijn waar onze huisartsen mee worstelen bij het behandelen van eigen familie.

13 van onze respondenten behandelen hun eigen familie, 1 mannelijke huisarts van de oudere generatie heeft beslist dit niet te doen.

Enkele jongere huisartsen zijn liever geen vaste huisarts van familieleden en proberen dan ook geen verantwoordelijkheid te nemen voor klachten of problemen van het familielid. Zij raden familie aan om naar hun eigen vaste huisarts te gaan of een vaste huisarts te zoeken. De meeste huisartsen van deze groep maken nog wel uitzonderingen voor meer acute of banale klachten en geven ook *second opinions* als de familie hierom vraagt.

> *Anderzijds als familie belt omdat er iets acuut is, bv. ons mama heeft koorts ofzo, of er is iets in het weekend, dan ga ik er sowieso wel naartoe gaan. Dan behandel ik ze liever misschien zelf dan de dokter van wacht, omdat ik dan zoiets heb van, ik wil wel zeker zijn dat het in orde is.* [HA6].

De meerderheid van de bevraagde huisartsen is wel vaste huisarts van bepaalde familieleden. Enkele huisartsen van deze groep geven aan dat ze de eigen partner toch liever niet behandelen, omdat die te dicht bij hen staat.

> *Bij mijn vriendin wil ik gewoon standaard dat ze een andere huisarts zoekt. … Dat kan ik echt niet objectief. Met de beste wil van de wereld, ook gewoon door de frequentie van klagen. … Waardoor het moeilijker is om een juiste inschatting te maken. Dus ik wil dat echt niet.* [HA3].

De familieleden die geen patiënt zijn, worden ook hier over het algemeen slechts bij meer acute of banale dingen geholpen en ook *second opinions* worden gegeven indien het familielid dat geen patiënt is hierom vraagt. Echter wordt er over het algemeen geprobeerd nooit te mengen in het beleid of de keuzes van de vaste huisarts.

In deze studie werd niet specifiek bevraagd **wanneer** een huisarts familie behandelt, echter wordt dit door de meeste huisartsen van de groep die wel eigen familie behandelt toch aangehaald en besproken. Familie kan de huisarts elk moment van de dag bereiken, zowel in de week als in het weekend, zowel overdag als 's avonds. De huisartsen die dit onderwerp aanhalen, vertellen dat ze

voor hun familie deze grenzen overschrijden, dat ze voor hun familie uitzonderingen maken om ook beschikbaar te zijn naast hun werkuren. Enkele huisartsen zien dit als een lichte frustratie, anderen beschouwen dit als normaal. Er wordt enkele keren aangehaald door huisartsen uit verschillende leeftijdscategorieën dat zij zelf de **beste zorg** kunnen verlenen naar hun familie toe. Dit is ook een van de redenen waarom er in het weekend of 's avonds minder snel naar een huisarts van wacht zal gegaan worden.

> *Bij wijze van spreken, als ons mama hier straks binnen staat en zegt dat ze pijn heeft bij het plassen, zelfs als die een eigen huisarts in Deurne zouden hebben, laat je die toch niet afzien? Het is zondag, je kunt toch niet de dokter van wacht bellen? Ik kan zelf een urinestickje steken. Je neemt toch een stukje verantwoordelijkheid op.* [HA12];

> *Langs de andere kant is dat ook moeilijk, want voor familie ben je altijd beschikbaar. Die verwachten ook echt dat ze altijd bij jou terecht kunnen, in het weekend, 's avonds, tijdens vakantie.* [HA8].

3.5.2 Wie zijn keuze?

Bij dit onderwerp is een duidelijke afbakening te zien. De huisartsen die geen vaste huisarts zijn van familieleden kiezen hier zelf om: familie mag niet bij hen op consultatie komen, zij willen geen vaste huisarts worden van familie.

> Heb je ooit al eens eigen familie als patiënt behandeld? *Zeer zeer weinig. Omdat ik dat eigenlijk niet wil. Dat is heel duidelijk.* [HA14].

De huisartsen die wel vaste huisarts zijn voor familieleden vertellen dat het familielid hier zelf voor kiest. Familieleden kiezen zelf of ze al dan niet als patiënt met hun dossier naar de huisarts komen. Kiest een familielid van de huisarts om vast te blijven komen naar deze huisarts, dan kan de huisarts hier in meegaan of kiezen om familie alsnog te weigeren. Zo zijn er enkele huisartsen die bijvoorbeeld weigeren hun eigen partner te behandelen.

> *Mijn vriendin die heeft ook geen eigen vaste huisarts, maar ik ben ook zeker niet haar vaste huisarts. We hebben afgesproken dat ik niet haar huisarts ben.* [HA7].

Een uitzondering hierop zijn de kinderen van de huisartsen. Hierin zijn het de ouders die beslissen welke huisarts ze voor hun kind willen en bij de bevraagde huisartsen die eigen familie behandelen, behandelt ook elke huisarts zijn eigen kinderen.

> *Ik denk in een gezin met kinderen en een partner, groeit dat gewoon, maar zo nichten en neven, da's een keuze van hen, want niet al mijn nichten en neven komen uiteraard naar mij. … Dus het is de keuze van de patiënt als je zo in 2e en 3e lijn gaat. Alé, de eerste lijn gaat als organisch eigenlijk…* [HA13].

3.5.3 Plaats

Huisartsen zeggen dat de ideale plaats om familie te behandelen op de praktijk of op huisbezoek is. Echter worden er in de praktijk heel wat verschillen gezien.

De huisartsen die geen vaste huisarts zijn, zijn over het algemeen strikter en zien hun familie alleen op consultatie of op huisbezoek.

> *En ook als ze willen dat ik iets doe, moeten ze bij mij op consultatie komen.* [HA1].

Een uitzondering wordt hierin soms wel gemaakt voor het gezin, wat dan gemakkelijker al eens thuis gebeurt. Een andere huisarts vertelt dat als er zich een acuut probleem voordoet, dit ook op familiebezoek kan nagekeken worden.

Bij de groep huisartsen die wel vaste huisarts zijn van familie worden er grotere variaties gezien, die niet aan leeftijd of geslacht gelinkt kunnen worden. Heel wat huisartsen geven aan dat ze hun familie het liefst op de praktijk of op huisbezoek behandelen, maar in grote lijnen wordt er vaak afgeweken van hun wens. Velen maken een verschil tussen het gezin en andere familieleden. Vaak wordt het gezin thuis behandeld omdat dit gemakkelijker is volgens de huisartsen.

> *En naar kinderen toe, weet je, als je wakker wordt en die hebben 39°C koorts ga je toch niet zeggen 'Kom, we zullen naar de praktijk gaan.' De praktijk is ook niet thuis he. Misschien als je je praktijk aan huis hebt, dat je wel zegt 'kom we gaan naar de onderzoeksruimte.' Maar ik ga niet in de auto stappen om een stethoscoop op die hun buikje te houden of om te kijken of ze een oorontsteking hebben. Ale, dat is zo onlogisch.* [HA12].

Daarnaast zijn er enkele huisartsen die aangeven dat het moeilijk is om daar zo strikt in te zijn. Zij geven gemakkelijker toe aan de wens van de familie en bieden meteen hulp als daar om gevraagd wordt. Dit gebeurt dan vaak op de plaats waar het familielid het verkiest.

> *Dat is meer de keuze van de patiënt hé, van de familie. Zij die zeggen: 'Seg mag ik niet eens zondag even binnenspringen voor mijn bloeddrukpillen?' Ja, dus die zoekt ook niet dat professionele, maar die wilt dan in één keer er een bezoekje aan koppelen. … Dus het is wel ook patiëntgebonden of dat dat in een professioneel kader gebeurt of tussen de soep en de patatten. Het is vooral de keuze van de patiënt*. [HA13].

Als een familielid met een medische vraag afkomt tijdens een familiebezoek, wordt er door de huisartsen over het algemeen wel **advies** gegeven, maar slechts weinig echt onderzocht of behandeld. Het is een algemene trend dat huisartsen voor verder onderzoek een rustigere plaats en een rustiger moment verkiezen. Enkelen zonderen zich dan met het familielid af op het feest, maar de meeste huisartsen kiezen ervoor om het familielid op een later tijdstip terug te zien op de praktijk of op huisbezoek.

> *Nu, dat gebeurt wel eens, ook op familiefeesten dat ze iets vragen, maar ik probeer dat altijd af te blokken daar. Ik zorg ook altijd dat ik nooit materiaal bij heb, dat ik ook geen voorschriften papiertjes bij heb. Dus ik geef dan kort advies als het nodig is, maar ik zeg dan als er echt een probleem is, dat ze eigenlijk een afspraak moeten maken op de praktijk*. [HA5].

Wat er ook gezien wordt, zowel bij de oudere als bij de jongere generatie, is dat consultaties soms via de **telefoon** gebeuren. Huisartsen doen hun anamnese en geven adviezen aan familie over de telefoon. Tegenwoordig wordt er al eens vaker gebruik gemaakt van *whatsapp*. Er wordt door de familie vragen gesteld en er kunnen ook foto's aan toegevoegd worden. Huisartsen die eigen familie niet behandelen doen hier doorgaans niet aan mee en blokken deze vragen sneller af.

> *Maar de mensen van mijn leeftijd met zelf nog kleine kindjes, dat blijft toch vaak bellen of foto's door whatsapp'en van hun kleine die uitslag heeft, ja, da's iets moeilijker.* [HA8].

3.5.4 Medisch dossier

De huisartsen die geen vaste huisarts zijn van familieleden vragen niet voor een dossierovername. Zij zijn geen houder van het gehele dossier. Als er uitzonderingen voor acute of banale situaties gemaakt worden, maken de huisartsen meestal wel een notitie en sommige huisartsen sturen de verslagen dan ook door naar de vaste huisarts van het familielid.

> *Ja bv als ik antibiotica start voor een urineweginfectie, dan ga ik daar wel zo'n wachtverslag van proberen te maken, normaal probeer ik dat toch te doen, naar de GMD houdende huisarts, zodat dat mee in het dossier kan, dat ze mee op de hoogte zijn. Een cultuurtje, een kopie sturen en zo van die dingen.* [HA6].

De grote meerderheid van de huisartsen die wel de vaste huisarts worden van het familielid zorgen ervoor dat zij het volledige dossier kunnen bemachtigen. Er zijn huisartsen die altijd notities maken, maar er zijn ook huisartsen waarbij dit heel erg verschilt. Bij huisartsen die familie thuis of op huisbezoek behandelen, wordt vaker gezien dat zij geen notities maken. Dit in tegenstelling tot wanneer familie op consultatie komt, dan wordt er altijd een notitie gemaakt.

> *Dus de nichten en de tantes en de nonkels die naar de praktijk komen, daar heb je ook echt een dossier van. … Mijn gezin heeft op zich wel een dossier in de praktijk en ik denk zelfs een GMD, alé ja. Maar je vergeet daar natuurlijk soms wel eens wat dingen in te noteren. Dus dat is natuurlijk niet echt gedetailleerd, of up-to-date of met alle informatie.* [HA9].

3.5.5 Professioneel handelen

Bijna alle huisartsen vermelden dat hun professioneel handelen beïnvloed wordt tijdens het behandelen van eigen familie.

De groep huisartsen die geen vaste huisarts is van familie is ervan overtuigd dat medische beslissingen beïnvloed worden en halen dit dan ook aan als voornaamste reden om familie niet te behandelen. Onder deze groep wordt er een angst vernoemd dat klachten geminimaliseerd of juist gedramatiseerd zouden worden en dat alarmsymptomen gemist zouden worden. Dikwijls is er omwille van een eerdere slechte of onzekere ervaring beslist geweest om familie niet te behandelen en bij al deze huisartsen werd deze beslissing reeds in het begin van hun carrière gemaakt.

> *Awel, het zeer grote probleem is dat je nooit correcte inschattingen kan maken. Want ofwel dramatiseer je iets en zeg je 'Oei, dat is hier iets heel ergs.', ofwel minimaliseer je het omdat je het erge niet wil zien. En er zijn geen tussenwegen. Zelfs voor banale dingen kan dat moeilijk zijn. Soms zie je wat gebeuren, denk je 'Het is dit of dat.', maar je kan dat nooit in een goed perspectief zetten. Niet voor uw vrouw, niet voor uw kinderen, niet voor uw ouders.* [HA14];

> *Mijn andere oma dan misschien, dat was toen ik nog maar pas begon eigenlijk, dat die, ze hadden daar al langere tijd een aorta-aneurysma vastgesteld, en dat bleef groeien en het was nu op de grens om behandeld te worden. … Maar zij wou eigenlijk liever niet meer geopereerd worden, maar de familie heeft mij dan toch zo wat 'Ja, je moet er een beetje op inpraten, en misschien als jij met haar naar de onderzoeken gaat, dat ze het wel ziet zitten.' Dus ik heb dat dan inderdaad gedaan. … En uiteindelijk is die ook in die ingreep gestorven … En ook al was dat volgens de richtlijnen misschien wel beter om dat te laten doen, uiteindelijk is het niet beter geweest. Dus, dat heeft mij toen ook wel een beetje afgeschrikt, zolang ik nog niet zo veel ervaring heb, ga ik ook wel zeggen dat ze gewoon*

naar iemand anders moeten gaan. [HA6].

Ook in de groep huisartsen die wel vaste huisarts is van familie geeft de meerderheid toe dat medische beslissingen beïnvloed worden. Hierbij wordt vooral gezien dat huisartsen sneller onderzoeken aanvragen of sneller hun familie gaan doorverwijzen naar specialisten. Meermaals wordt vermeld dat er sneller antibiotica wordt gestart bij kinderen. Huisartsen geven aan voorzichtiger te zijn opdat ze zeker niets zouden missen en opdat er zich zeker geen dramasituaties zouden voordoen.

> *Dan is het vooral het verhaal van mijn moeder dat een goed voorbeeld is. Die plots last kreeg van hartkloppingen en zich slecht voelde, waarbij ik dan veel sneller doorverwijs, dat ik dan zelf direct de telefoon pak, een afspraak maak met de specialist, dat die dan snel mag komen.* [HA11].

Er wordt door meerdere huisartsen aangehaald dat het 'anders' professioneel handelen ook positief kan zijn. Huisartsen doen vaker meer moeite voor hun eigen familie, hier omschreven als 'voorkeursbehandeling'. Zo gaan huisartsen bijvoorbeeld sneller onderzoeken of afspraken bij specialisten vergaren voor hun familie. Ze doen extra telefoontjes met specialisten om meer informatie te weten te komen. Ook kunnen er al eens gemakkelijker gratis stalen van medicatie meegegeven worden. Daarnaast is een huisarts voor de familie altijd en overal beschikbaar, wat ook tot de voorkeursbehandeling hoort.

> *Zelfs als ze een eigen huisarts hebben. Als ze zo merken van 'Seg ik heb gebeld en ik moet 6 weken wachten. Kunde gij eens niet bellen?' 'Tuurlijk kan ik bellen'. En dan doe je dat hé, alé, voor familie doe je, ja, toch iets meer hé.* [HA13].

3.5.6 Inhoud van de consultaties

Huisartsen geven over het algemeen aan meer moeite te hebben met onderwerpen die te maken hebben met gêne: bv. urologie, gynaecologie. De meeste huisartsen staan er wel voor open hun familie te onderzoeken of te behandelen voor deze onderwerpen, maar geven aan dat de patiënt hier zelf de aanleiding toe moet geven. De familie beslist zelf of ze met een gênant probleem verder geholpen wil worden door de huisarts of liever wenst doorverwezen te worden. Sommige huisartsen maken een verschil tussen eerste- en tweedegraads familie. Eerstegraads familie ligt voor hen gevoeliger en wordt voor de intieme onderwerpen dan sneller doorverwezen naar collega-huisartsen of specialisten.

> *Een uitstrijkje bij je mama, dat zou ik ook raarder vinden. Maar dat is ook omdat zij daar zelf ook minder voor open staat. Terwijl mijn stiefmama die zegt: 'Oh, doe maar'. En als die dat niet erg vindt, dan… Dus dat is ook hetgeen wat de patiënt zelf wilt he. … Als die zelf zegt 'Dat vind ik lastig', dan zou ik er wel sneller voor doorverwijzen, om dat te laten doen*. [HA1].

Een beperkt groepje van de huisartsen vindt ook psychologische onderwerpen moeilijker en zou ook hier sneller voor doorverwijzen.

3.5.7 Emoties

Wanneer huisartsen eigen familie behandelen, kunnen deze consultaties gepaard gaan met heel wat emoties. Een grote meerderheid van de huisartsen, ook hier kan geen link gelegd worden met leeftijd of geslacht, erkent een zekere mate van ongerustheid, (over)bezorgdheid of angst bij het behandelen van eigen familie. Er wordt toegegeven dat dit de objectiviteit van het medisch handelen kan beïnvloeden. Vooral bij ernstigere klachten zijn de meeste huisartsen geruster als

ook een collega-arts eens meekijkt naar de patiënt en zijn ze dus geneigd om sneller door te sturen. Bij ernstigere klachten gebeurt het vaker dat huisartsen deze zorgen mee naar huis nemen.

> *Ja, zo voor de banale kwaaltjes als die nu varicella hebben, maar als die echt ziek zijn en ik weet het zo niet goed, dan ga ik er ook niet naar zitten raden. Dan zal ik ofwel eens naar een specialist gaan ofwel eens vragen aan een collega 'Wat is uw idee erover?'* [HA8];

> *Je zult er wel al eens langer over nadenken als je in je bed ligt, van 't zal toch wel goed komen? Of een nicht met een kindje dat slecht was: 'Hopelijk slaat die antibiotica aan'. Bij gewone patiënten denk je daar niet meer aan, maar natuurlijk als je iemand kent als familielid, ga je er soms toch wel langer over nadenken 'Het slaat toch wel aan hopelijk? Heb ik het goed gedaan?'.* [HA9].

Enkele huisartsen vernoemen een frustratie te ervaren wanneer ze eigen familie behandelen. Dit kan om verschillende redenen zijn. Enkelen vertellen dat eigen familie minder snel adviezen opvolgt, anderen vertellen dat familie hen medisch gezien niet meer met rust laat. Zo ontstaat het dat er op gewone familiebezoekjes vaak over het medische gesproken wordt en dat huisartsen ervaren dat ze voor hun familie steeds 'de huisarts' zijn in plaats van gewoon 'familie'.

> *Maar wel bv het verhaal van mijn schoonmoeder, was ik daar op de duur echt kwaad op he. Ik was echt kwaad. 'Mens, je wilt je niet laten helpen. Laat het niet door mij zijn, maar dan door iemand anders, dat maakt mij niet uit.' Maar die verwaarloosde zich… Alé, kwaadheid… had ik dan tegenover haar.* [HA11];

> *Ook elke keer als je bij de bomma langsgaat, gewoon voor bij familie te zijn, krijg je constant vragen daarover, je krijgt constant laboresultaten. … Ik wil gewoon uw kleindochter zijn.* [HA1]

Naast verschillende negatieve gevoelens is er ook een positief gevoel dat bij een groot deel van de huisartsen terugkomt. Veel huisartsen ervaren voldoening wanneer ze hun familie hebben kunnen helpen en sommigen vertellen dat het medische ook een reden kan zijn om familie terug te zien.

> *Maar ik ben vooral blij als ik ze geholpen krijg*. [HA13].

3.5.8 Conclusie

Ter conclusie wordt aan de huisartsen gevraagd of zij vinden dat huisartsen eigen familie mogen behandelen en of er bepaalde voorwaarden of uitzonderingen bestaan waarbij dit wel of niet zou mogen. Op één enkele uitzondering na vonden alle huisartsen van deze kring dat huisartsen eigen familie mogen behandelen.

Als de huisarts verkiest om vaste huisarts te zijn van familie, worden verschillende voorwaarden vermeld. De belangrijkste voorwaarde, die bij de meerderheid van de huisartsen terugkomt, is dat er een echte **arts-patiënten relatie** moet zijn. De patiënt moet de huisarts als 'zijn huisarts' zien en niet als familie. Er moet een professionele relatie zijn, die gescheiden kan worden van de privé.

> *Meer dan wanneer je echt je familielid gaat zien van 'Nu komt die binnen als patiënt en nu behandel ik die ook echt als patiënt.' En als die terug buitengaat, is dat weer gewoon mijn mama of mijn broer. Ik denk dat je als je het zo aanpakt, heel zwart wit, dat je dan wel een goede huisarts kunt zijn voor je familie.* [HA2].

Tot de bevorderende factoren om deze **professionaliteit** te kunnen bewaken horen onder andere dat de consultatie het best in de **praktijkruimte** kan doorgaan, dat er **structuur** moet zijn (medische en privé babbeltjes mogen niet gepaard gaan) en dat huisartsen zich bewust moeten zijn van hun subjectiviteit, dat bepaalde gedachten en **emoties** het medisch handelen kunnen beïnvloeden.

> *Maar je moet je heel hard bedacht zijn van het feit dat dat uw objectiviteit een beetje kan beïnvloeden. Dus je moet je daar wel heel bewust van zijn dat je die probeert te behandelen op dezelfde manier dat je je andere patiënten behandelt. En dat is de reden dat ik probeer iedereen in de praktijk te zien omdat dat voor mij dat gemakkelijker toelaat om die op dezelfde manier gelijk dat ik iemand anders behandel, en dat ik ook probeer de structuur van mijn consultatie daar wat op aan te passen, éh, dat ik zie dat we eerst het medische doen, en dat we dan gewoon efkes babbelen.* [HA5].

Wat bij meerdere huisartsen naar boven komt, is dat huisartsen het recht moeten hebben om familie als **patiënt te weigeren**. Alle huisartsen van de groep die geen vaste huisarts zijn van hun familie hebben dit reeds in het begin van hun carrière duidelijk gecommuniceerd naar hun familie toe. De artsen die dit niet reeds in het begin hebben gedaan, vinden het op latere leeftijd moeilijker om familie nog te weigeren als patiënt.

> *Mijn grootouders van mijn vaders kant bv, mogen niet bij mij komen omdat ik weet dat die mij niet alles gaan vertellen. ... Ik heb dan ook gezegd 'Als ik niet alles mag weten, niet alles mag bekijken, dan kan ik ook de huisarts niet zijn.'* [HA4].

Er wordt vaker aangehaald dat als ervoor gekozen wordt familieleden niet te behandelen, dat er ook **niet gemengd wordt in het beleid** van de vaste huisarts. Adviezen en *second opinions* worden meestal toegestaan, maar als er om andere redenen gemengd wordt in het beleid, zijn de meeste huisartsen het eens dat de vaste huisarts steeds op de hoogte moet worden gebracht zodat er niet met dubbele dossiers gewerkt wordt en er geen gegevens verloren kunnen gaan. Tot deze andere redenen, en dit zijn dus de uitzonderingen die het meest vernoemd worden, behoren volgens sommige huisartsen de meer **acute zaken** die plaatsvinden op momenten dat de eigen huisarts niet bereikbaar is of eerder **banale zaken** waarbij het soms sneller en gemakkelijker is als de huisarts van de familie ernaar kijkt.

> *Ik denk dat je wel moet kiezen van 'Doe ik wel kleine, acute dingen: een bovenste luchtweginfectie, een rug dat eens wat vast zit'. Maar als dat echt een complexe situatie wordt met veel polyfarmacie, multimorbiditeit, dat je wel moet kiezen van 'Oké, nu doe ik alles en vraag ik ook alle gegevens op van de huisarts en word ik de huisarts' ofwel dat je echt zegt van 'Nee, dit doe ik niet, en dat je zelf zegt dat je de chronische medicatie dan ook niet voorschrijft. Misschien eens een klein doosje als ze echt niet toekomen, maar dat je anders zegt 'Hier moet je voor naar de huisarts gaan, want die volgt u op.' Dat je daar wel echt duidelijk in bent naar familie toe. Ik denk dat dat heel belangrijk is.* [HA1].

Als laatste wordt best de '**Eed van Hippocrates**' nog vernoemd. Alle huisartsen zijn het erover eens dat patiënten, hetzij familie, hetzij geen familie, moeten geholpen worden in noodsituaties. Op dat moment mogen de plaats, het tijdstip en de andere omstandigheden geen invloed hebben op de beslissing om al dan niet de medische taak (tijdelijk) over te nemen.

3.6 DISCUSSIE

Het onderzoek toont een verrassende variatie aan hoe huisartsen omgaan met eigen familie. Voor enkele thema's is er mogelijks een saturatie bereikt en worden er voorlopig geen nieuwe gegevens meer verkregen, voor andere thema's liggen de antwoorden meer verspreid en is meer onderzoek nodig. De belangrijkste pijlers worden hieronder besproken.

Onze huisartsen geven over het algemeen aan dat ze **eigen familie behandelen**, maar er wordt toegegeven dat hun aanpak op sommige vlakken wel verschilt tegenover hun aanpak bij een gewone patiënt.
Sommigen gaan ermee akkoord de vaste huisarts te worden van familie, anderen willen geen vaste huisarts zijn. De keuze is zeer persoonlijk en is niet gelinkt aan geslacht of leeftijd, hoewel uit de interviews de idee ontstaat dat onze huisartsen van vroeger het toen eerder normaal vonden om familie te behandelen en de jongere artsen al meer vrijheid ondervinden in hun keuze.
Zij die geen vaste huisarts willen zijn, geven vaak toch adviezen, *second opinions* of behandelen familie toch voor banale of acute zaken. In de literatuur wordt dit als aanvaardbaar beschouwd. [1-3,5-7,9,18] Vragen die hierbij gesteld kunnen worden zijn 'Waar trekt men de grens? Wat is banaal? Wat is acuut?'. [16]
In deze studie hebben de huisartsen die geen vaste huisarts van familie, zijn reeds bij aanvang van hun carrière beslist om dit niet te doen, heel vaak doordat ze een slechte of onzekere ervaring hebben meegemaakt in het verleden, waarbij klachten geminimaliseerd of alarmsymptomen gemist werden. Enkele oudere huisartsen voelen zich niet altijd even goed in de situatie om eigen familie te behandelen, maar bij hen ligt het gevoeliger om dit aan de familie over te brengen en zij voelen zich sneller verplicht om toch te behandelen, omdat al die jaren die gewoonte reeds werd gecreëerd. Ook dit wordt in de literatuur reeds beschreven en er wordt benadrukt dat artsen het best in het begin van hun carrière hun keuze reeds overwegen of ze al dan niet familie willen behandelen. [10,12,16]

In de literatuur wordt meermaals benadrukt dat zowel de arts als het familielid de **vrijheid van keuze** hebben om al dan niet een arts-patiënten relatie aan te gaan met familie. [1-3,10,12-14,16,17] Idealiter kiest eerst de arts of hij al dan niet familie wilt behandelen en kiest daarna de patiënt of hij met zijn medisch dossier bij de familie-arts wilt komen, indien die akkoord gaat. In de praktijk wordt gezien dat de patiënt toch nog steeds de bovenhand heeft in deze beslissing. Huisartsen voelen zich vaak nog verplicht om hulp te bieden aan familie en ondervinden daardoor ook vaker relationele conflicten, tenzij er vanaf het begin duidelijke grenzen gesteld zijn, wat bevestigd wordt in de literatuur [16].
Het ethisch dilemma dat kinderen van artsen weinig vrijheid hebben over de keuze van hun behandelend arts [2,3,5,9], komt ook in deze studie naar boven. Alle huisartsen die eigen familie behandelen, behandelen ook hun kinderen, als vanzelfsprekend. Kinderen krijgen hier weinig keuze in, dikwijls omdat ze nog te jong zijn om deze beslissing initieel te maken of omdat ze geen weet hebben van een andere aanpak. In deze studie werden hier nooit ethische problemen over gezien. Wat wel wordt opgemerkt, is dat kinderen flauwer doen bij hun ouder-huisarts dan bij andere artsen. Het is voornamelijk belangrijk om als huisarts te zien dat wanneer hijzelf of het kind zich niet goed voelt bij de situatie, hij dan ook bereid is de hulp uit eigen handen te laten nemen.

Alle huisartsen zijn het erover eens dat de ideale **plaats voor consultatie** de praktijk is, of, als het niet anders kan, op huisbezoek. Dit komt overeen met de literatuur, die beschrijft dat de arts het best in zijn professionele rol zit als de consultaties doorgaan in het kabinet. [2,15,16] Echter wordt hier in de praktijk vaak van afgeweken. Er worden uitzonderingen gemaakt voor het gezin, op vraag van het familielid of voor adviezen. Toch proberen de meeste huisartsen de vraag van de patiënt te

verplaatsen naar een consultatiemoment of een rustig plekje op te zoeken waarbij er tijd gemaakt wordt en er niet gestoord kan worden.

Wat in de literatuur minder uitvoerig wordt besproken, maar in deze studie toch als belangrijk wordt aangehaald, is dat huisartsen **altijd beschikbaar** zijn voor de familie. Sinds het tijdperk van de *smartphone* en het internet, kan familie heel laagdrempelig en snel om advies vragen. Waar de huisarts zich ook bevindt (thuis aan tafel, in de winkel, op reis), hoe laat het ook is ('s avonds, in het weekend), hij is altijd bereikbaar. Ook hier kan een preventieve aanpak helpen. Beginnende artsen zouden moeten communiceren naar de familie wat ze wel of niet tolereren en kunnen best reeds vanaf de eerste dag duidelijke grenzen stellen. Doch gezien artsen vaak vinden dat ze **zelf de beste zorg verlenen** aan hun familielid, omdat ze hun familie het best kennen, stellen ze zich vaak veel flexibeler op en gaan ze sneller grenzen overschrijden, ondanks soms negatieve gevoelens. Dit laatste gegeven wordt wel reeds aangehaald in de literatuur en is vergelijkbaar met de bevindingen van deze studie. [4,10,14]

Het **medisch dossier** moet volgens de literatuur in orde zijn bij alle patiënten, ook bij familie. Elke arts is verplicht om elke medische handeling te noteren in een medisch bestand en, als hij de vaste (huis)arts niet is, deze notities door te geven aan de vaste huisarts. [3-5,7,9,10,15,16,18] In de praktijk wordt ook hier nog veel van afgeweken. Voornamelijk wordt van de consultaties die niet op de praktijk gebeuren vaak achteraf vergeten een notitie te maken in het dossier, wat een typische fout is die ook aangehaald wordt in de literatuur [4,16]. Consultaties die wel worden genoteerd door huisartsen die zelf het medisch dossier niet bezitten, worden vaak als banaal beschouwd en niet doorgestuurd naar de vaste huisarts. Onze huisartsen beseffen dit wel, maar doen dit nog te weinig.

Zowel uit de literatuur als uit deze studie is duidelijk dat het **professioneel handelen** bij de huisarts beïnvloed wordt als hij eigen familie behandelt. [2,4-12] Het zijn de huisartsen die eerder al gingen minimaliseren en alarmsymptomen hadden gemist, die beslist hebben geen vaste huisarts meer te zijn. Dit fenomeen wordt in de literatuur reeds beschreven. [12,16]. Huisartsen die wel vaste huisarts van familie zijn gaan eerder voorzichtiger te werk door sneller technische onderzoeken te doen of sneller door te verwijzen, om zeker niks te missen of omwille van een factor ongerustheid, alsook vergelijkbaar met situaties uit de literatuur [4]. Al onze huisartsen zijn er zich wel bewust van dat hun gevoel hierin meespeelt en dat ze hierdoor mogelijks minder goede geneeskunde uitoefenen. In de praktijk worden er nog vaak fouten gezien. De huisartsen zeggen dat ze hierop proberen te letten en als ze dit gevoel ervaren, al eens sneller gaan overleggen met collega's of specialisten om hun beleid te peilen. Enkele studies in de literatuur geven aan dat het belangrijk is dat huisartsen hier besef rond hebben. [2,12,13,15]

De **inhoud van de consultaties** zou volgens de literatuur een invloed hebben op het medisch handelen. Twee gevoelige onderwerpen komen hierbij naar boven: het intieme en het meer psychologische. [2-4,9,10,18] Bij navraag aan de huisartsen in deze studie klopt dit over het algemeen wel, het psychologische wordt minder vaak aangehaald dan het intieme. Sommige huisartsen hebben er helemaal geen moeite mee. Echter wordt wel gezien dat als de huisarts en/of het familielid zich niet goed voelt bij het onderwerp, dat er dan ook altijd doorverwezen wordt naar een collega-arts. Huisartsen vinden dat ze hierdoor geen slechtere geneeskunde uitvoeren en ook de literatuur beschrijft dat dit de beste methode is om met deze gevoelige factoren om te gaan. [13,17]

Over dat **emoties** het medisch handelen kunnen beïnvloeden zijn zowel de literatuur als de huisartsen uit deze studie het eens. Veel huisartsen erkennen een positief gevoel wanneer ze familie kunnen helpen. [10,15] Heel wat huisartsen worden in hun carrière ook geconfronteerd met

negatieve gevoelens, die dikwijls leiden tot moeilijkheden in de familiale relaties. [8-10,12,16] Als er gevoelens van frustratie, bezorgdheid of ongerustheid worden ervaren, wordt er meestal ook overlegd met collega-artsen of doorverwezen, wat door de literatuur aanvaard wordt. [12,13,17] Een aspect dat hierin naar boven komt en ook door de literatuur bevestigd wordt, maar niet specifiek bevraagd wordt in de interviews, is dat familie de huisarts zo kan inpalmen dat de huisarts kan ervaren dat hij meer een arts is voor zijn familielid dan **familie**. Als dit ervaren wordt, moet dit worden gecommuniceerd naar het familielid toe en moeten ook hier duidelijke grenzen worden opgelegd. Anders kan de arts-patiënten relatie volgens de literatuur beter stilgelegd worden en overgenomen worden door een andere collega-arts. [12,13,17] In deze studie hebben alle huisartsen die dit ervaren hebben dit wel gecommuniceerd naar het familielid toe. Sommigen hebben besloten om geen vaste huisarts meer te zijn, anderen hebben gemerkt dat het gesprek de familiale band versterkt heeft en kunnen nu hun privé-werk setting beter scheiden.

De **algemene conclusie** uit de literatuurstudie of huisartsen eigen familie mogen behandelen is verdeeld. De meeste studies zeggen dat de huisarts dit beter niet zou doen [3,4,6,8-11,16,18], terwijl andere studies vinden dat dit wel zou mogen, als er aan bepaalde voorwaarden voldaan wordt. [1,2,12-16] In deze studie vinden alle huisartsen, op één na, ook dat huisartsen hun eigen familie mogen behandelen. Ook zij geven bepaalde vereisten aan, die grotendeels overeenkomen met de literatuur. De vereisten die het meest naar voor kwamen, zijn dat zowel de huisarts als het familielid akkoord moeten gaan met de arts-patiënten relatie. Ook moet de huisarts steeds de privé- en werksetting gescheiden houden, hij moet zijn artsenrol kunnen bewaken. Er moet voldoende structuur geboden worden aan het familielid, het familielid moet weten wanneer en waar hij de huisarts mag bereiken voor medische vragen. Daarnaast moet de huisarts het besef hebben dat het professioneel handelen beïnvloed kan worden door bepaalde emoties of gevoelige onderwerpen. Als laatste moet het medisch dossier altijd correct bijgehouden worden en eventueel doorgestuurd worden naar de behandelende huisarts. Als er voldaan wordt aan deze voorwaarden, mag volgens onze huisartsen een huisarts zijn eigen familie behandelen. De reden voor deze strikte voorwaarden, is dat huisartsgeneeskunde een grote verantwoordelijkheid met zich meebrengt, elke medische vraag moet correct behandeld kunnen worden. Het draait allemaal om de gezondheidszorg van het familielid, en die mag niet verschillend zijn van die van een andere patiënt.

Uitzonderlijke situaties waaraan niet aan bovenstaande vereisten moet voldaan worden, zijn volgens de huisartsen uit deze studie de gevallen van overmacht. Het gaat over noodsituaties of situaties waarbij geen andere arts beschikbaar is en het familielid toch medische zorg vereist. Dit komt overeen met de literatuur, in deze situaties is een huisarts ALTIJD verplicht familie te helpen volgens de Eed van Hippocrates. [2-4,6,9,12,15,16,18]

Beperkingen

Er moet rekening gehouden worden met het feit dat deze studie zeer kleinschalig is. Er is slechts een beperkte groep geselecteerd vanuit de regio Mortsel. Het kan zijn dat de resultaten van deze studie gebonden zijn aan deze regio. Ook wordt er in deze studie een meerderheid aan vrouwelijke artsen en een meerderheid aan jonge artsen gezien. Resultaten kunnen hierdoor een vertekend beeld geven.

Daarnaast wordt slechts één huisarts geselecteerd die nooit, uit bewuste overwegingen, eigen familie behandeld heeft. De mening van deze huisarts wordt steeds mee opgenomen in deze studie, maar dit kan vertekende resultaten opleveren. Het gaat over één mening, namelijk dat huisartsen eigen familie niet mogen behandelen omdat het de objectiviteit en daardoor ook het professioneel handelen beïnvloedt. Moesten er meer meningen en ervaringen kunnen bekomen

worden van huisartsen die hun eigen familie niet behandelen, zou dit misschien andere resultaten met zich meebrengen.

Als laatste dient opgemerkt te worden dat een kwalitatief onderzoek van deze aard voor een stuk gekleurd wordt door de eigen interpretatie van de onderzoeker.

Sterktes

Voor de meeste *topics* wordt er vermoed een saturatie bereikt te zijn, waardoor voor de Huisartsenkring Regio Mortsel vermoedelijk een goed algemeen beeld verkregen wordt over hoe huisartsen in deze regio omgaan met familie als patiënt in hun praktijk. De bevindingen komen grotendeels overeen met de literatuur. Toch worden er in deze studie een aantal extra *topics* vernoemd, die veel minder vaak beschreven worden in de literatuur: 'Kan een huisarts een goede huisarts zijn voor familie, maar ook tegelijk mama of broer of dochter of…?' 'Wanneer is een huisarts bereikbaar voor familie? Kunnen hier grenzen in gesteld worden en hoe?' 'Wat met de nieuwe technologieën? Kan een huisarts goede adviezen geven via *whatsapp* en snelle *chats*?' 'Zijn er verschillen die afhankelijk zijn van het type van familiale band, 1^e graad vs. $2^e/3^e$ graad?'

Aanbevelingen

Uit deze studie blijkt dat huisartsen nog vaak vastlopen op bepaalde vlakken en dat meer onderzoek in de toekomst meer duidelijkheid zou kunnen creëren, alsook een stevigere basis zou kunnen opstellen voor het behandelen van eigen familie [16].

Zo kunnen er reeds aan de studenten bijvoorbeeld richtlijnen meegegeven worden vanuit de studie geneeskunde met voor- en nadelen bij het behandelen van eigen familie. Voorlopig wordt dit nog te weinig gedaan vanuit de schoolbanken [1,16]. Studenten kunnen zo al snel aan het denken gezet worden en voor zichzelf afwegen of ze het zien zitten eigen familie te behandelen of niet. Door in het begin van hun carrière reeds grenzen te stellen, zouden in de toekomst ongemakkelijke situaties met relationele conflicten misschien vermeden kunnen worden.

Er kunnen strengere regels opgesteld worden voor wat betreft het medisch dossier. Huisartsen zouden verplicht kunnen worden, met eventueel meer controle, om dossiers volledig in orde te houden, zowel voor familie als voor andere patiënten.

In de toekomst kunnen best grootschalige studies gebeuren over heel België met een evenwichtige populatie, rekening houdende met geslacht en leeftijd, maar ook met bijvoorbeeld huisartsen die verkiezen een vaste huisarts te worden familie en zij die dit niet doen. De extra *topics* die uit deze studie gehaald worden (zie 'sterktes') kunnen alsook in grotere studies opgenomen worden.

3.7 CONCLUSIE

In tegenstelling tot meerdere grote artikels uit de literatuur, maar ook in overeenkomst met enkele andere artikels, vinden huisartsen vanuit de regio Mortsel over het algemeen dat huisartsen eigen familie mogen behandelen.

Welke familieleden de huisartsen van deze regio wel of niet behandelen, is zeer gevarieerd en hangt af van een persoonlijke keuze. Er kan geen duidelijke lijn in getrokken worden tussen jongere en oudere artsen, of tussen mannelijke en vrouwelijk artsen. Iedere huisarts heeft zijn eigen mening en zijn eigen manier van aanpak.

Toch merken de huisartsen dat er op een aantal belangrijke vlakken een verschil wordt ondervonden bij het behandelen van familie tegenover het behandelen van gewone patiënten. Er worden enkele *topics* opgesomd waar de huisartsen het meest mee worstelen en waar in de praktijk de meeste fouten gezien worden. Op basis van deze *topics* en hun ervaringen, stellen de huisartsen enkele voorwaarden samen waaraan een huisarts idealiter moet voldoen om de zorg voor hun familielid zo optimaal mogelijk te houden en om het verschil met de aanpak van de gewone patiënt zo klein mogelijk te houden. Deze voorwaarden zouden kunnen gebruikt worden als leidraad voor de praktijk. Ze wijzen erop dat de huisarts vanaf het begin van zijn carrière voor zichzelf de keuze moet maken of hij familie al dan niet wilt behandelen door te overwegen of hij aan al deze voorwaarden kan voldoen.

Vooreerst moet de huisarts voor zichzelf de keuze kunnen maken of hij al dan niet de vaste huisarts wilt zijn van eigen familie. Hij moet familieleden kunnen weigeren als patiënt. Een huisarts mag zich nooit verplicht voelen om eigen familie te behandelen. Als hij de vaste huisarts niet wilt zijn, moeten banale of acute problemen, alsook adviezen of tweede opinies kunnen toegestaan worden. Er mag nooit gemengd worden in het beleid van de vaste huisarts. Daarnaast moet ook het familielid het recht hebben op vrije keuze van huisarts.

Een andere voorwaarde is dat de huisarts zo goed als mogelijk in zijn artsenrol moet zitten. Dit kan het beste door de consultaties in de praktijk of op huisbezoek door te laten gaan, zonder storende factoren. Privé en werk moeten in de mate van het mogelijke van elkaar gescheiden worden, ook tijdens het consult zelf. Er moet structuur zijn en deze moet duidelijk zijn naar het familielid toe.

Verder moet de huisarts bewust zijn van het feit dat zijn professioneel handelen verstoord kan worden. Het onderwerp van de consultatie, alsook de verschillende emoties die doorheen de huisarts kunnen gaan, kunnen maken dat het medisch handelen beïnvloed wordt. De huisartsen melden dat als opgemerkt wordt dat het professioneel handelen ook maar het minste wordt beïnvloed, de huisarts ofwel moet overleggen met een collega, ofwel moet doorverwijzen naar een collega opdat optimale zorg gegarandeerd kan blijven.

Een laatste voorwaarde wordt gesteld dat het medisch dossier van het familielid steeds in orde moet blijven. Elke medische handeling, hoe klein ook, moet genoteerd worden. Als de huisarts geen vaste huisarts is van de patiënt, moet deze notitie telkens doorgegeven worden aan de behandelende huisarts.

Wanneer aan al deze voorwaarden voldaan wordt, kan een huisarts eigen familie correct behandelen. Om af te sluiten bestaan er situaties waarin de huisarts geen rekening moet houden met bovenstaande voorwaarden. Het gaat over de noodsituaties of dringende situaties waarbij geen enkele andere arts beschikbaar is. In deze situaties is een (huis)arts volgens de Eed van Hippocrates altijd verplicht zijn familie zorg te verlenen.

3.8 REFERENTIES

[1] HUTCHISON, C., McCONNELL, P.C. (April 2019). The Ethics of Treating Family Members. *Current Opinion in Anaesthesiology,* Volume 32, Number 2, p169-173.
[2] Good Medical Practice (GMC). (Augustus 2011). *Treating family members. Should doctors provide medical care for their families?* Geraadpleegd op 6 februari 2018, http://www.gmc.uk.org/guidance/10247.asp.
[3] American Medical Associations (AMA). (Augustus 2018). *Treating Self or Family. Code of Medical Ethics Opinion 1.2.1*. Geraadpleegd op 13 april 2019, https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/treating-self-or-family.
[4] OOI, K. (Maart 2018). A doctor in the house: Ethical and practical issues when doctors treat themselves and those they are close to. *Asian Bioethics Review,* Volume 10, Number 1, p3-19.
[5] DOUGLAS, K. (26 juni 2014). Doctors treating their families. *British Medical Journal (BMJ)*, 348, g4281.
[6] N.N. (Mei 2012). The AMA Code of Medical Ethics' Opinion on Physicians Treating Family Members. *AMA Journal of Ethics*, Volume 14, Number 5, p396-397.
[7] The College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO). (Juni 2017). *Physician Treatment of Self, Family Members, or Others Close to Them.* Geraadpleegd op 6 februari 2018, https://www.cpso.on.ca/admin/CPSO/media/Documents/physician/polices-and-guidance/policies/physician-treatment-of-self.pdf
[8] PLESS, C. (April 2011). Should family physicians treat members of the same family? *Canadian Family Physician*, Volume 57, Number 4, p403-404.
[9] GOLD, K.J., M.D., GOLDMAN, B., J.D., KAMIL, L.H., J.D., e.a. (25 September 2014). Ethical Challenges in Treating Friends and Family. *The New England Journal of Medicine*, 371, 13.
[10] ANYANWU, E.B., ABEDI, H.O., e.a. (2014). Ethical Issues in Treating Self and Family Members. *American Journal of Public Health Research*, Volume 2, Number 3, p99-102.
[11] JACOBS, C.A. (Juli 2016). Never Treat your own Family. *British Medical Journal,* 345, 4794.
[12] KERRIGAN, J., ROVELSTAD, S., KODNER, I.J., e.a. (Maart 2011). All in the Family: How Close is Too Close? The Ethics of Treating Loved Ones. *Surgery,* Volume 149, Number 3, p433-437.
[13] CHRISTMAN, K.D., M.D. (2011). AMA Attacks Physicians Caring for Their Families. *Journal of American Physicians and Surgeons*, Volume 16, Number 3.
[14] KARAZIVAN, P. (April 2011). Should Family Physicians Treat Members of the Same Family? Yes. *Canadian Family Physician.* Volume 57, Number 4, p402-404.
[15] KRALL, E.J., M.D. (2008). Doctors who doctor self, family and colleagues. *Winconsin Medical Journal (WMJ)*, Volume 107, Number 6.
[16] GRUSHCHAK, S., GRANT-KELS, J.M. (Februari 2019). "Sweetheart, you should have that looked at": Ethical Implications of Treating Family Members. *Journal of the American Academy of Dermatology,* Volume 80, Number 2, p571-573.
[17] ABBATE, A., M.D. (18 December 2014). Ethical Challenges in Treating Friends and Family: Reply. *The New England Journal of Medicine*, 371, 25.
[18] CLICK, M. (11 mei 2018). *Should Doctors Treat Family Members?* Geraadpleegd op 26 maart 2019, https://www.thehastingscenter.org/doctors-treat-family-members/.
[19] GALE, N.K., HEATH, G., CAMERON, E., e.a. (September 2013). Using the Framework Method for the Analysis of Qualitative Data in Multi-disciplinary Health Research. *BMC Med Res Methodol,* 13,117.

4.1 GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ

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

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Onsia

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Dr. K. Van Den Broeck

Universiteit Antwerpen
CAPRI

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Omgaan met familie als patiënt in de huisartsenpraktijk (Manama huisartsgeneeskunde Britt Nobus)

Belgisch Registratienummer: B300201835792

datum	ons kenmerk	contact
12/03/2018	18/09/097	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Peggy Jacobs ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 12/03/2018 .

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

- CV onderzoeker
  Nobus Britt
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 27/02/2018
  Versie 1.1
- Protocol dd. 27/02/2018
  Versie 1.1

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

Opmerkingen bij het informatie- en toestemmingsformulier
1) Het toestemmingsformulier vermeldt dat het een formulier voor de patiënt is. Dit moet 'de deelnemer' zijn vermits er geen patiënten deelnemen aan de studie.
2) De termen 'anoniem' en 'gecodeerd' worden door elkaar gebruikt. Gecodeerde persoonsgegevens zijn gegevens die slechts door middel van een code in verband kunnen worden gebracht met een identificeerbaar natuurlijk persoon. Bij anonieme gegevens is een terugkoppeling naar de persoon noch direct, noch indirect mogelijk.

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

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 18/09/097

datum
12/03/2018

ons kenmerk
18/09/097

contact
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

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

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Michielsen
Waarnemend voorzitter Ethisch Comité

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

PROTOCOL STUDIE: OMGAAN MET FAMILIE ALS PATIËNT IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Algemene informatie

Britt Nobus
Huisarts in Opleiding, 1e ManaMa
Universiteit Antwerpen

Begeleider:
Dr. Marleen Plettinx
Huisarts en praktijkopleider
Hove

Promotor:
PhD. Kris Van den Broeck
Psycholoog-gedragstherapeut en post-doctoraatsonderzoeker
Wilrijk

1. Inleiding

Reeds sinds het ontstaan van de geneeskunde wordt de huisarts geconfronteerd met het dilemma om al dan niet zijn of haar eigen familie te behandelen. Onder behandelen wordt acute en chronische zorg verstaan, inclusief het opstellen van voorschriften voor onderzoek of medicatie, doorverwijzen voor specialistische zorg en opvolging van de toestand. Daarnaast vallen onder dit begrip ook de preventieve geneeskunde en alle andere handelingen die genezing tot doel hebben. De laatste jaren werd er meer onderzoek gedaan omtrent dit onderwerp en ontstonden verschillende ethische discussies in de politiek. Landen zoals Canada, de Verenigde Staten, Nieuw-Zeeland en Australië raden het niet aan om eigen familie te behandelen, omdat het de objectiviteit van de arts en zo de continuïteit van de zorg beïnvloedt. Andere landen zoals Engeland en Singapore vinden dat de (huis)arts vrij moet zijn in zijn keuze wie hij wel of niet behandelt. De Orde der Artsen in België heeft geen apart hoofdstuk omtrent dit gevoelige thema. Behandelen van familie wordt toegestaan, zolang medische acties legaal blijven. Dit onderzoek richt zich op Antwerpse huisartsen en gaat op zoek naar de ideeën, meningen en ervaringen van deze artsen bij het behandelen van eigen familie.

2. Onderzoeksvragen en –doelen

In deze studie zal worden nagegaan of en wanneer Antwerpse huisartsen bereid zijn om al dan niet eigen familie als patiënt te behandelen, en wat hun motieven zijn voor hun keuze. Door te vragen naar ervaringen zal onderzocht worden of persoonlijke emoties van de huisarts een invloed (kunnen) hebben bij het verder inzetten van een geschikte behandeling. Ook zal onderzocht worden of deze behandeling dan nog overeenkomt met de standaardnormen. Als laatste onderzoekt deze studie tevens of de huisarts capabel mag gesteld worden om eigen familie te behandelen en of daar voorwaarden of uitzonderingen aan verbonden zijn.

3. Doelgroep

Er zullen aan dit onderzoek 10 actieve huisartsen uit de regio Mortsel deelnemen, waaronder 5 vrouwen en 5 mannen. Zij zullen allen onder de leeftijdsmarge van 26 tot 67 jaar vallen met een zo groot mogelijke spreiding. Een vereiste tot deelname is dat zij in het verleden reeds voor het dilemma hebben gestaan familieleden al dan niet te behandelen.

4. Materiaal en methoden

Als eerste werd er een literatuurstudie gedaan met behulp van Reference Search, Springer Link en Pubmed. Belangrijke thema's in verband met het behandelen van familie werden verzameld.

Vervolgens wordt er een kwalitatief onderzoek opgesteld. Op basis van de literatuurstudie zal een een *topic list* met enkele bijvragen worden samengesteld die als leidraad zal dienen voor semigestructureerde diepte-interviews bij de hoger beschreven doelgroep. De interviews zullen doorgaan op een rustige plek, waarbij onderzoeker en huisarts niet gestoord kunnen worden door derden. De plaats zal door de huisarts bepaald worden. Met goedkeuring van de respondent zal het interview via een videocamera opgenomen worden.

Onderstaande onderwerpen worden zeker in de interviews meegenomen:
1. Familie behandelen: wens van de arts of eerder een verplichting?
2. Setting van de consultaties: thuis vs. praktijk, invloed op beslissing tot behandeling?
3. Emoties: stress, angst, verdriet, ongemak,…
4. Inhoud van de consultaties: risico op familiale ruzies, gênante situaties, anamnese even uitgebreid?
5. Professioneel oordeel en objectiviteit: sneller of trager doorverwijzen voor diagnostiek of behandeling?
6. Administratieve kant: wordt alles even goed genoteerd in de patiëntenbestanden?
7. Ten slotte de beslissing: familie als patiënt mogelijk? Zijn er uitzonderlijke situaties waarbij dit wel of niet zou mogen? Voorwaarden?

5. Data-analyse

De verzamelde data zullen op vertrouwelijke basis verwerkt worden. De data zullen open en axiaal gecodeerd worden, gebruikmakend van Excel, om te komen tot een overzicht van factoren die de keuze van de huisarts bepalen om al dan niet in te stemmen met de behandeling van een familielid. De video's zullen enkel met initialen van de huisarts opgeslagen worden en na analyse en rapportage meteen vernietigd worden. Ook alle andere verkregen data zullen na verwerking verwijderd worden.

6. Tijdsverloop

De studie zal lopen van 01/05/2018 tot en met 31/01/2019.

7. Ethische aspecten

De huisartsen zullen door de onderzoeker gecontacteerd en ingelicht worden over deze studie, via een persoonlijk gesprek. Zij krijgen een informatiebrief mee, alsook een toestemmingsformulier die zij geheel vrijblijvend mogen tekenen. Zij krijgen voldoende bedenktijd en mogen ook te allen tijde de studie stopzetten zonder repercussies. De kans op risico's van welke aard ook is klein tot onbestaande.

INFORMATIEBRIEF DEELNEMER

Beste collega,

Ik ben Britt Nobus, huisarts in opleiding in de groepspraktijk van dokter Plettinx Marleen en dokter Liekens Nadine te Hove.

Voor mijn masterproef bestudeer ik het onderwerp 'Omgaan met familie als patiënt in de huisartsenpraktijk'. Dit onderzoek wordt geleid door het Centrum voor Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen, met behulp van mijn promotor PhD Kris Van den Broeck.

Wellicht hebben we als arts allemaal wel al eens voor het dilemma gestaan om iemand van onze eigen familie te helpen met medische adviezen, voorschriften, onderzoeken aan te vragen, doorverwijzingen of noem maar op. Echter wat voor effect heeft dit op de kwaliteit van de behandeling? En welke gevolgen kunnen er zijn indien u een behandeling weigert? In mijn studie probeer ik de voor- en nadelen van dit fenomeen zo goed mogelijk in kaart te brengen.

Graag had ik hierbij uw hulp gehad. De bedoeling is dat ik bij u een interview afneem, het liefst in een rustige omgeving waarbij we niet gestoord kunnen worden. Het zal niet langer dan 1 uur van uw tijd in beslag nemen. Ik zal vragen aan bod laten komen in verband met de setting van een consultatie met familieleden, de emoties die tot uiting kunnen komen, de inhoud van deze consultaties, de gevolgen naar behandeling toe en de administratieve kant van de zaak. Het interview zal worden opgenomen met behulp van een audio-camera, zodat de gegevens na het gesprek vlotter kunnen verwerkt worden. Het spreekt voor zich dat deze gegevens strikt vertrouwelijk en anoniem zullen verwerkt worden. De beelden zullen bij afronden van de masterproef ook meteen vernietigd worden. Het onderzoek werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van de Universiteit Antwerpen.

Deelname aan deze studie is geheel vrijwillig. Indien u wenst deel te nemen, gelieve dan het toestemmingsformulier van deze studie te ondertekenen. U heeft steeds het recht de studie stop te zetten indien u dit wenst, alsook heeft u steeds een inzagerecht in uw persoonlijke gegevens. De kans op risico's van welke aard ook bij deelname aan deze studie is klein tot onbestaande.

Indien u verdere vragen heeft, kan u mij en mijn promotor steeds bereiken via onderstaande contactgegevens.

Alvast bedankt voor uw deelname!

Dr. Britt Nobus
Huisarts in opleiding
Onderwijsstraat 5, 2540 Hove
0479/966.639
britt.nobus@student.uantwerpen.be

PhD. Kris Van den Broeck (promotor)
Psycholoog en gedragstherapeut, post-doctoraatsonderzoeker
Universiteit Antwerpen, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk
03/265.24.16
Kris.VandenBroeck@uantwerpen.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMER

Omgaan met familie als patiënt in de huisartsenpraktijk.

Dit document voorziet in de toestemming van:

Naam en voornaam:

……

Geboortedatum:

……..

om deel te nemen aan bovengenoemde studie.

Ik heb het informatieformulier van de studie gelezen en begrepen. Ik heb de mogelijkheid gekregen om vragen te stellen over mijn deelname aan de studie. Ik ga akkoord om deel te nemen aan deze studie. Ik weet dat ik het recht heb om deelname te weigeren. Ik weet dat ik mij, ook na ondertekening, op elk moment uit de studie kan terugtrekken en dat dit geen gevolgen kan hebben voor mij op korte of lange termijn. Ik weet dat alle informatie die ik gegeven heb strikt vertrouwelijk en anoniem blijft.

Datum:

……

Handtekening van de deelnemer:

……

De onderzoeker verklaart dat hij/zij de bovengenoemde deelnemer of zijn/haar vertrouwenspersoon correct heeft ingelicht over de deelname aan de studie.

Handtekening van de onderzoeker:

……

SEMI-GESTRUCTUREERD DIEPTE-INTERVIEW

INLEIDING

Beste collega,

Graag had ik u willen bedanken voor uw deelname aan dit interview. Ik ben Britt Nobus, huisarts in opleiding bij dr. Plettinx. Ik studeer aan de Universiteit van Antwerpen en voer samen met mijn promotor PhD Kris van den Broeck onderzoek voor mijn masterproef 'Omgaan met familie als patiënt in de huisartsenpraktijk'. Met dit interview helpt u me een heel eind op weg. Het is voornamelijk de bedoeling dat u uw ervaringen deelt omtrent dit onderwerp. Goede of slechte antwoorden bestaan niet.

Vooraleer we starten, wil ik u nogmaals wijzen op enkele reeds vooraf besproken praktische zaken.
Dit interview kan ongeveer één uur duren, ziet u dit nog steeds zitten?
Dit gesprek wordt ondertussen opgenomen via een audio-opname. Deze opnames worden achteraf beluisterd om uw informatie te verwerken, maar alleen door de onderzoekers. Dit gebeurt uiteraard anoniem, uw naam zal nooit gebruikt worden om gegevens mee op te slaan. Ook namen of plaatsen die u vernoemt, zullen anoniem gemaakt worden indien deze nuttig zijn voor ons onderzoek. De beelden worden na verwerking meteen verwijderd. De resultaten kan u achteraf steeds opvragen.
Geeft u hiervoor uw toestemming?
Bij deze wil ik u nogmaals benadrukken dat u steeds vrij bent om vragen waarop u niet wil antwoorden te weigeren en het interview vervroegd te beëindigen.

Ons onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie. Graag had ik u gevraagd het Informed Consent te ondertekenen.

PRAKTISCHE GEGEVENS

Geslacht: Man – Vrouw
Leeftijdscategorie: 25-30j – 31-50j – 51-70j
Praktijkorganisatie: Solopraktijk – Duopraktijk – Groepspraktijk
Omgeving: Provincie Antwerpen

INTERVIEW met TOPICS

Vereiste: De huisarts heeft ooit al eens voor een dilemma gestaan om eigen familie te behandelen.

Openingsvraag: **Hoe ervaart u het behandelen van eigen familie? Kan u daar meer over vertellen?**

1. **In welk opzicht wordt uw professioneel oordeel en uw professioneel handelen bij deze consultaties beïnvloed?**
   Wat zijn moeilijkheden waar u op stoot? Hoe gaat u daarmee om?

hoe gebruikt u de richtlijnen bij familie?
Sneller klachten wegwuiven/minder au serieux nemen of juist voorzichtiger zijn en sneller handelen (doorverwijzen of behandelen)? Geef je hen prioriteit?
Wordt er een opvolging voorzien?
Wat zijn hier uw redenen tot anders handelen?

2. **Wat was de inhoud van deze consultaties?**
   Zijn er onderwerpen die u liever niet met familie bespreekt of waarvoor u familie liever niet behandelt? Welke?
   Banale of ernstige vraag?
   Uitgebreide anamnese kunnen afnemen?
   Zijn er onderwerpen die u moeilijker bespreekbaar vindt?
   Was dit éénmalig of komt dit familielid vaker?
   Hoe gaat u om met preventie?
3. **Welke emoties gingen er door u heen tijdens deze consultaties?**
   Neutraal, trots of ongemakkelijk? Stresserend?
   Bang dat je niet juist zou handelen of iets over het hoofd zou zien?
4. **Waar vonden deze consultaties plaats? Wat is voor u de ideale plaats voor zo'n consult?**
   Op de praktijk of ergens thuis?
   Op een rustig moment of tijdens een druk familiaal gebeuren?
   Is er tijd of gebeurt dit snel tussendoor?
5. **Hoe werkt u met het medisch dossier bij familie?**
   Houdt u een dossier bij of heeft uw familie een dossier bij een andere huisarts?
6. **Wie stuurde deze consultaties aan?**
   Gebeurde dit op vraag van uw familielid? Voelde u zich verplicht hierin toe te stemmen?
   Raad u zelf familieleden aan tot bij u te komen met vragen? Waarom?
7. **Uiteindelijke beslissing: Mag volgens u een huisarts familie behandelen? Zijn er bepaalde voorwaarden? Zijn er uitzonderlijke situaties mogelijk? Welke?**
   Voordelen/nadelen?
   Uitzonderlijke situaties waar het wel/niet mag?

4.6 CODEBOEK

TOPICS	INTERPRETATIEVE CODES
Ervaring	○ Ik ben vaste huisarts van enkelen van mijn familie, bij familie waar ik de huisarts niet van ben, doe ik wel acute/banale dingen en geef ik adviezen, ik meng niet in het beleid van de huisarts ○ Ik behandel ook partner en gezin ○ Ik behandel partner en gezin liever niet ○ Ik behandel partner en gezin niet ○ Ik ben geen vaste huisarts van familie, ik doe wel acute/banale dingen en ik geef adviezen, ik meng niet in het beleid van de huisarts ○ Ik ben geen vaste huisarts van familie, ik behandel familie NOOIT, tenzij in noodgevallen
Wie zijn keuze?	○ Ik kies, familie komt niet bij mij als patiënt ○ Patiënt kiest wie hij als huisarts wilt, maar ik mag weigeren
Plaats	○ Ik behandel familie alleen op consultatie of huisbezoek ○ Ik behandel familie alleen op consultatie of huisbezoek, met uitzondering van het eigen gezin dat altijd thuis behandeld wordt ○ Ik wens familie alleen op consultatie of huisbezoek te behandelen, maar dit gebeurt nog te vaak elders ○ Ik behandel familie waar zij het wensen --- ○ Adviezen op familiebezoek toegestaan --- ○ Telefonische adviezen toegestaan
Medisch dossier	○ Ik neem geen dossiers over en noteer niets ○ Ik neem geen dossiers over, maar maak wel notities ○ Ik neem geen dossiers over, maar maak wel notities en stuur dit door naar de vaste huisarts ○ Dossierovername van familie en ik noteer alle handelingen ○ Dossierovername van familie en ik probeer zo veel mogelijk te noteren, maar wat buiten de praktijk gebeurt, wordt vaker vergeten
Professioneel Handelen	○ Klachten minimaliseren en/of alarmsymptomen missen ○ Klachten dramatiseren ○ Sneller onderzoeken aanvragen ○ Sneller een behandeling starten ○ Sneller doorverwijzen ○ Voorkeursbehandelingen ○ Geen verschil in manier van handelen
Inhoud van de Consultaties	○ Alle onderwerpen zijn ok voor mij, indien limiterend voor patiënt, verwijs ik hem door ○ Intieme problemen moeilijk, maar ok als patiënt het vraagt ○ Intieme problemen moeilijk, dit doe ik niet ○ Psychologische problemen moeilijk, maar ok als patiënt het vraagt ○ Psychologische problemen moeilijk, dit doe ik niet
Emoties	○ Ongerustheid ○ Angst om iets te missen ○ Onzekerheid ○ Frustratie ○ Voldoening ○ Geen emoties die anders zijn dan bij gewone patiënten

Conclusie	○ Huisarts mag eigen familie behandelen ○ Je moet familie kunnen weigeren ○ Kiezen of je het volledig dossier overneemt, of enkel acute/banale zaken behandelt ○ Goede arts-patiëntenrelatie ○ In praktijkruimte ○ Bewust zijn van je objectiviteit/subjectiviteit ○ Uitzondering: noodsituaties ○ Huisarts mag eigen familie NIET behandelen