De arts-patiënt relatie in de eerste lijn in Vlaanderen: een pilootstudie in Wevelgem

Vandersteen Kenneth, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Bilsen Johan, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotoren: /

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

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

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

Dankwoord

Dit onderzoek kon nooit tot stand zijn gekomen zonder de medewerking en bijdrage van talloze mensen. Ik wil allereerst mijn promotor, prof. dr. Johan Bilsen, bedanken voor zijn eindeloze geduld en waardevolle advies en feedback. Ik wil tevens prof. dr. Patricia De Vriendt bedanken voor haar waardevolle input en advies omtrent kwalitatieve interviews, thematische analyses en dataverwerking. Ik wil ook dr. Maaike Fobelets bedanken voor haar advies en bijdrage omtrent kwalitatieve interviews en dataverwerking. Ik wil dr. Sven Van Laere bedanken voor zijn advies inzake statistische analyses en dataverwerking. Ook wil ik de coördinator van wachtpost De Meander, Tania Claeys, bedanken voor haar medewerking.

Tot slot wil ik iedereen bedanken die mij gesteund heeft tijdens het uitvoeren van dit arbeidsintensief, doch zeer lonend onderzoek. Ik heb persoonlijk erg veel geleerd zowel over kwalitatieve dataverzameling en -verwerking als uit de eigenlijke interviews met de huisartsen.

De bijdragen van al deze mensen waren cruciaal om dit onderzoek tot een succesvol einde te brengen.

Abstract

Doel

Er is weinig geweten omtrent het mentaal welzijn van huisartsen in België. Er bestaan vooral ramingen die erop wijzen dat de malaise groot is. In de literatuur wordt de hoge werkdruk herhaaldelijk vermeld als oorzaak. De covid-pandemie heeft hier ook aan bijgedragen. Het ziet er niet naar uit dat de werkdruk spoedig zal dalen voor artsen in België. Er bestaan echter vele factoren die een invloed hebben op het mentale welzijn. De factor met de meest directe impact op het welzijn van huisartsen zijn ongetwijfeld de patiënten. Hoe is het gesteld met de interactie tussen huisarts en patiënt? Is de onderlinge verstandhouding aangenaam of bestaan er spanningsvelden en/of conflicten? Verwachten huisarts en patiënt nog hetzelfde van hun interactie? Het doel van deze pilootstudie is om de verwachtingen van huisartsen en hun patiënten beter in kaart te brengen.

Methode

Een mixed method studie werd uitgevoerd in 2 fases. Als onderzoekspopulatie werden de huisartsen en patiënten uit de regio van het West-Vlaamse Wevelgem geselecteerd. De rekrutering ging uit van de lokale huisartsenwachtpost: De Meander. In de eerste fase werden patiënten uitgenodigd om een online vragenlijst in te vullen omtrent hun verwachtingen t.o.v. huisartsen. De data werden verzameld, geanalyseerd a.d.h.v. SPSS-software en neergeschreven in een verslag en een interviewguide. In de tweede fase werden de huisartsen en HAIO's uit de regio geïnterviewd op basis van de vooropgestelde interviewguide. Zo konden de huisartsen reageren op directe informatie van patiënten uit hun regio. De interviews werden opgenomen, getranscribeerd en onderworpen aan een thematische analyse. De analyse werd uitgevoerd met software van NVIVO.

Resultaten

De vragenlijst werd door 112 patiënten ingevuld, waarvan 85 de vragenlijst volledig hebben ingevuld. Er werden 4 huisartsen en 1 HAIO geïnterviewd. De huisartsen en patiënten waren in het algemeen tevreden over hun interactie met elkaar en hun verwachtingen stemden grotendeels overeen.

Patiënten verwachten een professionele dienstverlening van hun huisarts. Vriendelijkheid en beleefdheid, medische competentie en tijdig verwijzen zijn de belangrijkste eigenschappen van een huisarts. Verder bleek ook de eigenschap om te kunnen luisteren naar de patiënt, ook naar niet medische-problemen, erg belangrijk te zijn. De huisartsen waren akkoord met deze inschatting van de patiënten.

Er bestaat discrepantie tussen de verwachtingen van patiënten en huisartsen over bepaalde thema's. Deze hebben betrekking tot de beschikbaarheid van de huisarts, het verschil tussen dringende en niet-dringende hulpvragen en het omgaan met hoge werkdruk en tijdsdruk binnen de praktijk. Goede communicatie, shared decision en patiënt educatie zijn hier aangewezen.

Wanneer huisartsen en patiënten verschillende verwachtingen hebben, kan dit leiden tot frustraties en mogelijks conflictsituaties. Dit heeft negatieve gevolgen voor de arts-patiënt relatie, de werkvreugde die de huisarts ervaart en de tevredenheid van de patiënt. Mogelijks kan dit leiden tot het beëindigen van de arts-patiënt relatie. Wanneer huisartsen en patiënten gelijke verwachtingen hebben, ontstaat er een aangename verhouding waarbij huisarts en patiënt zich gerespecteerd voelen.

Conclusie

Deze pilootstudie toont aan dat de huisartsen en patiënten in de omgeving van Wevelgem tevreden zijn over hun interactie met elkaar. Huisartsen en patiënten hebben grotendeels gelijkaardige verwachtingen t.o.v. huisartsgeneeskunde op enkele thema's na: de beschikbaarheid van de huisarts, het verschil tussen dringende en niet-dringende hulpvragen en hoe om te gaan met hoge werkdruk en tijdsdruk binnen de praktijk. Om frustraties en eventuele conflicten te vermijden blijven goede communicatie, shared decision en patiënteducatie aangewezen. Grootschalig onderzoek is aangewezen om deze bevindingen te bevestigen, te nuanceren of te weerleggen.

Inhoudstafel

1. Inleiding 5
    1.1. Factoren met een invloed op het mentaal welzijn 5
    1.2. Gezondheidszorg, werkdruk en financiën 5
    1.3. De vergeten arts-specialist? 6
    1.4. Doel van de studie 6

2. Literatuurstudie: Verwachtingen in de eerstelijnszorg 6
    2.1. Zoekstrategie 6
    2.2. Resultaten literatuurstudie 7
    2.3. Conclusie literatuurstudie 8

3. Onderzoeksmethodiek 8
    3.1. Kwantitatief luik 8
        3.1.1. Onderzoekspopulatie 8
        3.1.2. Meetinstrument 8
        3.1.3. Dataverzameling 10
        3.1.4. Data analyse 10
    3.2. Kwalitatief luik 10
        3.2.1. Onderzoekspopulatie 10
        3.2.2. Meetinstrument 10
        3.2.3. Dataverzameling 10
        3.2.4. Data analyse 11

4. Resultaten 12
    4.1. Algemene informatie patiënten 12
    4.2. Verwachtingen t.o.v. huisartsen & ervaring met de eigen huisarts 14
    4.3. Wat als de huisarts het zelf moeilijk heeft? 17
        4.3.1. Intrinsieke stress bij huisartsgeneeskunde 17
        4.3.2. Factoren die bijdragen aan stress 18
        4.3.3. Factoren die de stress verlagen 18
        4.3.4. Transparantie naar de patiënt 19
        4.3.5. Dringende en niet-dringende hulpvragen 20
    4.4. In welke mate mogen huisartsen grenzen stellen? 20
    4.5. Algemene perceptie en waardering onderzoek door de huisartsen 25

5. Discussie 26

6. Besluit 28

7. Referenties 29

8. Bijlagen 30

1. Inleiding

1.1. Factoren met een invloed op het mentaal welzijn

Dit onderzoek werd uitgevoerd in navolging van een masterproef uit het academiejaar 2018-2019. Deze masterproef evalueerde het evenwicht tussen energiebronnen en stressoren bij artsen in het Universitair Ziekenhuis Brussel en het effect van dit evenwicht op de ontwikkeling van burn-out. (1)

Stressoren en energiebronnen zijn factoren die aanwezig zijn op de werkvloer in ieder beroepsdomein. Stressoren leiden tot fysiologische en psychische belasting. Energiebronnen zijn factoren die bijdragen tot het bereiken van iemands doelen, de belasting van stressoren verkleinen of de persoonlijke groei en ontwikkeling stimuleren. (2)

In de literatuur zijn talrijke stressoren en energiebronnen beschreven. Enkele stressoren zijn: hoge werkdruk, grote fysieke belasting, rolconflicten, gebrek aan waardering of beloning, onduidelijke verwachtingen, etc. Steun van collega's, autonomie, mogelijkheden tot zelfontwikkeling, een goed loon, orde en structuur op de werkvloer, zinvol werk, flexibele uren, etc. zijn dan weer voorbeelden van energiebronnen. (2)

Er bestaan diverse factoren die het mentale welzijn al dan niet positief beïnvloeden op de werkvloer.

1.2. Gezondheidszorg, werkdruk en financiën

In 2013 heeft de federale overheid onderzoek verricht naar burn-out bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen. Van de verpleegkundigen had 12,4% burn-out waarvan 6,9% zware burn-out. Van de artsen had 17,8% burn-out waarvan 5,4 % zware burn-out. Bij de artsen scoorde 39,9% positief op emotionele uitputting, het primaire teken van burn-out. Bij de verpleegkundigen was dit 31,1%.

In het besluit werden 4 adviezen geformuleerd ter preventie van burn-out: Het verlagen van de druk op de werkvloer, het verlagen van de emotionele belasting bij zorgverleners, het vermijden van rolconflicten en het stimuleren van sociale steun onder collega's. (3)(4) M.a.w. het evenwicht tussen energiebronnen en stressoren in de ziekenhuizen diende gecorrigeerd te worden.

In 2018 heeft de Belgische federale overheid onderzoek verricht naar burn-out bij de Belgische beroepsbevolking. Dit onderzoek was in navolging van een gelijkaardig onderzoek in 2010. Sinds 2010 waren de symptomen van burn-out, zoals uitputting, piekeren en gedaalde prestaties, toegenomen in frequentie. Werkdruk was in 2010 en 2018 het meest frequent gerapporteerde probleem. Gebrek aan hiërarchische ondersteuning en erkenning zijn de ontbrekende hulpbronnen die het meest vermeld werden. (5)

In 2019 werd het project 'gezondheid van artsen' gelanceerd in overeenkomst met Arts in Nood en Doctors4Doctors. Beide organisaties organiseren webinars, diverse activiteiten en bieden ondersteuning en begeleiding aan artsen die het moeilijk hebben. Ondertussen zijn beide organisaties uitgegroeid tot vaste waardes in de medische wereld. (6)(7)

In België is de hoge werkdruk bij artsen reeds jarenlang een gekend probleem. De werkdruk was reeds hoog voor covid-19 verscheen. Sindsdien lijkt deze nog meer toegenomen te zijn met nefaste gevolgen voor de mentale gezondheid van artsen. (8)(9) De bezuinigingen in de Belgische gezondheidszorg sinds 2008 hebben hier sterk toe bijgedragen. (10) Uit het laatste begrotingsrapport blijkt dat hier niet snel verandering in zal komen. (11)

Het lijkt onwaarschijnlijk dat de werkdruk bij Belgische artsen weldra zal afnemen. Werkdruk is slechts 1 stressor uit een lange lijst van stressoren. Het is misschien mogelijk om het mentaal welzijn bij artsen te bevorderen door specifieke actie te ondernemen die gericht is op andere factoren dan louter de werkdruk.

De factor met de meest directe impact op het welzijn van artsen zijn ongetwijfeld de patiënten. Verloopt de interactie tussen arts en patiënt nog kwaliteitsvol? Stemmen de verwachtingen van artsen en patiënten nog overeen of bestaan er (vermijdbare) conflicten? Heeft de covid-19 uitbraak een invloed gehad op de arts-patiënt relatie?

1.3. De vergeten arts-specialist?

Wanneer men naar de literatuur kijkt omtrent de werkdruk en het mentaal welzijn bij artsen in België, valt het op dat een bepaalde groep arts-specialisten vaak buiten focus blijft: huisartsen.

In 2010 heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een rapport gepubliceerd met actiepunten voor de aanpak van burn-out bij huisartsen. In dit rapport werd expliciet vermeld dat er geen wetenschappelijke gegevens bestonden over het aantal Belgische huisartsen dat met professionele uitputting of burn-out kampt. Er bestonden slechts ramingen waaruit bleek dat de malaise groot was. (12)

In 2013 werd een bevolkingsenquête gehouden op populatieniveau in België omtrent depressie. (13) De bovengenoemde studie naar burn-out uit 2013, uitgaande van de federale overheid, includeerde enkel artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen. (3)(4) Huisartsen bleven buiten focus.

Het lijkt er op dat de huisartsen ondertussen meer aandacht hebben verworven. In juni 2022 werd een nationaal onderzoek gelanceerd naar burn-out in de huisartsgeneeskunde, uitgaande van de KU Leuven en de Universiteit Luik. Dit onderzoek is actueel nog lopende. Tot op heden bestaan er geen cijfers omtrent het mentaal welzijn van huisartsen. Dit staat uitdrukkelijk op de website van 'Arts in Nood'. (14)

1.4. Doel van de studie

Het opzet van deze pilootstudie is om meer licht te werpen op huisartsen en hun beleving op de werkvloer.

Het hoofddoel is om de verwachtingen die patiënten en huisartsen hebben t.o.v. huisartsgeneeskunde te evalueren en te vergelijken.

De volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd:

1) Wat zijn de verwachtingen die patiënten hebben t.o.v. hun huisartsen?
2) Hoe reageren huisartsen op de verwachtingen van patiënten?
3) Zijn er verschillen in de verwachtingen t.o.v. huisartsgeneeskunde tussen patiënten en huisartsen?
4) Wat zijn de gevolgen wanneer huisartsen en patiënten verschillende of gelijke verwachtingen hebben t.o.v. huisartsgeneeskunde?

Door deze vragen te beantwoorden, hopen we meer licht te werpen op de beleving van huisartsen, eventueel tegenstrijdige verwachtingen aan het licht te brengen en factoren te identificeren om het mentaal welzijn van huisartsen te bevorderen.

2. Literatuurstudie: Verwachtingen in de eerstelijnszorg

2.1. Zoekstrategie

Een literatuurstudie omtrent de verwachtingen in de eerstelijnszorg werd uitgevoerd. Enkele databanken werden geraadpleegd.

De Medline database werd geraadpleegd via Pubmed. Deze globale database bevat miljoenen artikels, referenties en abstracts. De publicaties in deze database zijn erg divers en een gerichte zoekstrategie is vaak aangewezen.

Een opzoeking met de Mesh termen "expectations" AND "general practice physician" met een filter voor publicaties in de laatste 10 jaar, leverde 184 hits op. Wanneer de term "patient" werd toegevoegd aan de query bleven 8 artikels over, waarvan geen geschikt werd bevonden. Uit de lijst van 184 items werden wel 5 geschikte artikels weerhouden.

Meer huisarts-gerichte artikels zijn terug te vinden in de databank van Huisarts en Wetenschap. Uitgaande van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) worden hier talrijke artikels gepubliceerd ter ondersteuning van een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door de huisarts. (15)

Een zoekopdracht met de termen "Verwachtingen" en "Huisarts" leverde 28 items op, waarvan geen geschikt werd bevonden. De zoekterm "verwachtingen" werd ingevoerd met de filter "verwachtingen" in de titel. Omwille van de kleinere databank werd niet gefilterd op jaar van publicatie. Dit leverde 9 resultaten op. Er werden 2 artikels geïncludeerd. De oudste publicatie dateerde van 2008.

De database van Minerva werd tevens geïncludeerd. Minerva is een tijdschrift voor Evidence-Based Practice met als doelpubliek alle zorgverleners uit de eerste lijn. De database omvat talrijke publicaties uit de internationale literatuur. (16)

De eerste opzoeking werd uitgevoerd a.d.h.v. de zoekterm "verwachtingen". Dit leverde 10 artikels op, waarvan één artikel uit 2011 werd geïncludeerd. Alternatieve zoektermen leverden geen bijkomende, geschikte artikels op.

2.2. Resultaten literatuurstudie

In 2008 werd een artikel gepubliceerd via Huisarts en Wetenschap over de verwachtingen van patiënten met betrekking tot de communicatie van de huisartsen. Patiënten leken een aandachtige, vriendelijke, open en empathische dokter te willen, die goed luistert. (17)

In 2011 werd op Minerva een artikel gepubliceerd met de titel: "Wanneer patiënt en arts tegenstrijdige verwachtingen hebben…". Er werd gesteld dat het niet eenvoudig is voor een arts om alle verwachtingen van patiënten in te lossen. Soms weten artsen niet wat de patiënt precies verwacht en vaak zijn de verwachtingen van de patiënt onrealistisch. Goede communicatie en 'shared decision' bleken de oplossing te zijn bij tegenstrijdige verwachtingen. (18)

In 2015 verrichtte Huisarts en Wetenschap een studie getiteld: "Zijn de verwachtingen van patiënten realistisch?". De verwachtingen van patiënten over de voor- en nadelen van medische interventies leken niet te berusten op gedegen wetenschappelijke kennis en waren vaak niet realistisch. Hun verwachtingen berustten eerder op hoop en emotie dan op rede. Hoge verwachtingen leidden ongetwijfeld tot onnodige diagnostiek en overbehandeling. Er werd gesteld dat artsen niet moesten meegaan in die emoties en nog duidelijker moesten zijn in de informatievoorziening aan hun patiënten. (19)

In 2017 verscheen op Pubmed een studie omtrent de motieven en verwachtingen van migranten om buiten-de-uren eerstelijnszorg te contacteren. De hoofdmotieven en verwachtingen van migranten waren een dringende behoefte om een huisarts te spreken en een behoefte aan medische informatie. Deze motieven waren gelijkaardig aan die van de autochtone patiënten, doch niet-westerse migranten verwachtten vaker actie van de huisarts, zoals een onderzoek of een voorschrift. Niet-westerse migranten wouden minder vaak passieve vormen van hulp zoals informatie. Er werd aanbevolen om zelfzorg bij migranten te stimuleren, educatie te verschaffen omtrent het doel en de rol van een huisarts en de bereikbaarheid van de eerstelijnszorg te verbeteren. (20)

In 2020 werd een pilootstudie op Pubmed gepubliceerd die de verwachtingen van patiënten met een nieuwe kankerdiagnose beschreef jegens hun huisarts omtrent een optimale "End Of Life" (EOL) zorg. 7 factoren werden als essentieel beschouwd: toewijding en beschikbaarheid, het opbouwen van een therapeutische relatie, effectieve communicatie, psychosociale ondersteuning, voldoende symptoombehandeling, coördinatie van zorg en tot slot de noden van de mantelzorgers herkennen. (21)

In 2020 werd een studie op Pubmed gepubliceerd welke handelde over de determinanten bij huisartsen om een nieuwe praktijk op te starten. De hoofdreden om een praktijk te starten was het verlangen om de dagelijkse klinische routine te verbeteren. Dit betekende een lagere workload en meer tijd voor familie en vrienden. Aan de andere hand werd een behoefte vastgesteld bij huisartsen naar opleiding over het management van een eigen praktijk. (22)

In 2021 verscheen een studie op Pubmed omtrent de verwachtingen van mantelzorgers jegens de huisarts van een zorgbehoevend familielid. De 2 factoren die de tevredenheid over de huisarts negatief

beïnvloeden, waren enerzijds onvoldoende kennis over instanties welke advies en ondersteuning kunnen bieden en anderzijds het laattijdig identificeren en betrekken van familiale zorgfiguren. (23)

In 2022 werd een studie op Pubmed gepubliceerd omtrent de verwachtingen van vluchtelingen als patiënt jegens huisartsen. De resultaten van deze studie toonden aan dat het opheffen van een taalprobleem niet altijd leidt tot gelijke verwachtingen over kwaliteitsvolle zorg tussen huisarts en patiënt. De verwachtingen van mensen zijn een dynamisch gegeven welke voornamelijk beïnvloed worden door hun vooraf bestaande ervaringen. (24)

2.3. Conclusie literatuurstudie

Uit deze literatuurstudie kan men concluderen dat de verwachtingen van patiënten t.o.v. huisartsen erg divers zijn. De verwachtingen van patiënten zijn dynamisch en worden beïnvloed door hun persoonlijke ervaringen en culturele achtergrond. De verwachtingen van patiënten zijn niet altijd realistisch. Naast enkele algemene verwachtingen, zoals empathie, vriendelijkheid en een luisterend oor bieden, staan andere verwachtingen op de voorgrond bij verschillende groepen patiënten.

Goede communicatie, patiënteducatie en shared decision zijn aangewezen om de verwachtingen van huisarts en patiënt weer gelijk te stellen. Bovendien lijkt er een behoefte te bestaan bij huisartsen aan opleiding en ondersteuning omtrent het management van een eigen praktijk.

3. Onderzoeksmethodiek

Binnen dit onderzoekskader werd een mixed method studie verkozen, bestaande uit twee delen: een kwantitatief luik door middel van een online vragenlijst en een kwalitatief luik door middel van interviews.

3.1. Kwantitatief luik

3.1.1. Onderzoekspopulatie

Het kwantitatieve luik was gericht op de patiënten uit de omstreken van Wevelgem. De rekrutering van patiënten verliep via de huisartsenwachtpost, De Meander. Dit gebeurde in samenwerking met de coördinator van de wachtpost, Tania Claeys. Volgens de informatie, die door mevrouw Claeys verschaft werd, bestonden er geen gegevens over de totale patiëntenpopulatie uit de regio, ook geen ramingen.

3.1.2. Meetinstrument (Zie bijlagen)

Er werd gebruik gemaakt van een online vragenlijst. Deze werd opgesteld met software van Qualtrics conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Ethische goedkeuring werd toegekend door de commissie Medisch Ethiek (CME) onder het nummer B.U.N. 1432021000485. De vragenlijst werd opgesteld in 2 talen: het Frans en het Nederlands.

Na het geven van geïnformeerde toestemming konden de deelnemers de vragenlijst invullen. Zowel de bevraging als de dataverwerking gebeurden anoniem. Demografische eigenschappen van de deelnemers, zoals leeftijd, werden categorisch bevraagd. De software van Qualtrics zelf is conform de GDPR-richtlijnen. De privacy en anonimiteit van de deelnemers werden op deze manier gegarandeerd.

De vragenlijst omvatte vragen over 4 thema's:

1) ***Algemeen***

   Het eerste deel van de vragenlijst betreft algemene informatie over de patiënten. Leeftijd, geslacht, beroep, geloofsovertuiging en eigen gezondheid werden in dit deel bevraagd. Gezondheid werd bevraagd op een schaal van 0 tot 10. Bij de analyse van gezondheid worden 3 categorieën gehanteerd: {0-3} = slecht, {4-6} = matig en {7-10} = goed. Deze factoren zouden de verwachtingen van patiënten t.o.v. huisartsen kunnen beïnvloeden.

2) <u>Verwachtingen t.o.v. huisartsen & ervaring met de eigen huisarts</u>

Dit deel van de vragenlijst werd opgesteld op basis van de literatuurstudie. Een lijst werd opgesteld met eigenschappen die verwacht worden van een huisarts door patiënten. Deze eigenschappen zijn: vriendelijkheid en beleefdheid, medische competentie, shared decision, beschikbaarheid, tijdig verwijzen en helpen met niet-medische problemen (e.g. familiaal). Om de verwachtingen van de patiënten zo breed mogelijk in kaart te brengen, werden enkele eigenschappen toegevoegd aan deze lijst: een voorbeeld zijn van goede gezondheid, toegeeflijkheid, assertiviteit, zelfzorg, de patiënt voorop stellen en goedkoopheid.

Deze 12 eigenschappen werden bevraagd met een 5-punts Likertschaal op tweevoudige wijze.

- De verwachtingen van de patiënt:

  De patiënten werden gevraagd hoe belangrijk, van 1 tot 5, ze elke eigenschap vonden voor een huisarts. Deze scores van belangrijkheid werden als referentie gebruikt voor de verwachtingen van patiënten t.o.v. hun huisarts. Deze methode werd verkozen om te vermijden dat de deelnemers bij elke eigenschap 5/5 zouden geven. Indien één eigenschap (e.g. medische competentie) belangrijker is voor de patiënt dan een andere eigenschap (e.g. goedkoopheid) zal dit zichtbaar zijn in de resultaten.

- De ervaring van de patiënt:

  De patiënten werden gevraagd in welke mate, van 1 tot 5, ze akkoord waren met de stelling dat hun eigen huisarts elke individuele eigenschap bezit.

Door beide categorieën te vergelijken, kan men inschatten in welke mate huisartsen beantwoorden aan de verwachtingen van hun patiënten of net niet. Bijkomend kunnen kleine nuances en verschillen tussen de verwachtingen en ervaring van de patiënten aan het licht gebracht worden.

In een open vraag werden de patiënten tot slot gevraagd of zij nog andere eigenschappen belangrijk vonden voor hun huisarts.

3) <u>Wat als de huisarts het zelf moeilijk heeft?</u>

De deelnemers werden gevraagd, op een schaal van 0 tot 10, hoeveel stress zij denken dat het beroep van huisarts inhoudt. Daarna werd hen gevraagd hoeveel stress zij denken dat hun eigen huisarts ervaart. Ook werd hen gevraagd of zij ooit gemerkt hadden dat hun huisarts het moeilijk had.

Vervolgens werden 4 stellingen gegeven over het al dan niet wensen van de patiënt dat hun eigen huisarts zou aangeven wanneer deze moeilijkheden ervaarde. Van 1 tot 5 gaven de deelnemers aan in welke mate zij akkoord waren met de stellingen en of zij wensten dat hun huisarts zou aangeven dat hij/zij het zelf moeilijk had of niet.

Tot slot werd gevraagd of de patiënten niet-dringende hulpvragen zouden willen uitstellen als hun huisarts zou aangeven dat hij/zij minder uren wilt werken.

4) <u>In welke mate mogen huisartsen grenzen stellen?</u>

Dit deel van de vragenlijst focust op de grenzen die huisartsen stellen aan hun beschikbaarheid.

Er werden 7 stellingen gegeven omtrent het raadplegen van de huisarts met niet-medische problemen. De deelnemers gaven aan in welke mate, van 1 tot 5, zij akkoord waren met de stellingen.

Er werden 4 stellingen omtrent de bereikbaarheid van huisartsen gegeven. De deelnemers gaven aan in welke mate, van 1 tot 5, zij akkoord waren met de stellingen.

Er werden 3 stellingen gegeven over de zorgpermanentie. De deelnemers gaven aan in welke mate, van 1 tot 5, zij akkoord waren met de stellingen.

Tot slot werden 7 stellingen gegeven over het weigeren van een hulpvraag door een huisarts. De deelnemers gaven aan in welke mate, van 1 tot 5, zij akkoord waren met de stellingen.

3.1.3. Dataverzameling

De rekrutering gebeurde via huisartsenwachtpost, De Meander. Op 9 september 2021 verscheen een bericht op de website van de wachtpost dat informatie verschafte over het doel van de studie en tevens patiënten uitnodigde om via de URL de online vragenlijst in te vullen. In de wachtzaal werd tevens informatie voorzien over het onderzoek in de vorm van posters en flyers.

De vragenlijst bleef online voor een periode van 6 maanden. De response ratio bleef aanvankelijk zeer laag. Om deze reden werden huisartsen uit de regio uitgenodigd om patiënten actief te rekruteren. Huisartsen uit 3 praktijken reageerden positief op dit verzoek. In hun wachtzaal werden eveneens posters opgehangen en de huisartsen werden voorzien van flyers, die ze aan de patiënten konden meegeven. In de praktijk waar de uitvoerend onderzoeker actief was, werden ook patiënten gerekruteerd voor het onderzoek. Uiteindelijk gaven 124 patiënten de informed consent, waarvan 112 effectief aan de vragenlijst begonnen zijn. 85 patiënten hebben de vragenlijst volledig ingevuld.

3.1.4. Data analyse

Na afsluiten van de online vragenlijst werd de data geanalyseerd a.d.h.v. SPSS Statistics software. Het ging voornamelijk om beschrijvende statistiek door middel van frequentietabellen en gemiddelde scores. De resultaten werden neergeschreven in een gestructureerd verslag dat de deelnemende patiënten en hun verwachtingen beschreef. De verzamelde data werden strikt anoniem geanalyseerd en op geaggregeerd niveau gerapporteerd. Dit verslag fungeerde tevens als interviewguide voor het kwalitatieve luik van het onderzoek.

3.2. Kwalitatief luik

3.2.1. Onderzoekspopulatie

Het kwalitatieve luik was gericht op de huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) uit de omstreken van Wevelgem. De rekrutering verliep via de huisartsenwachtpost, De Meander. Dit gebeurde in samenwerking met de coördinator van de wachtpost, Tania Claeys. Volgens de informatie, welke door mevrouw Claeys verschaft werd, waren toenmalig 71 huisartsen ingeschreven uit 23 groepspraktijken en enkele solopraktijken.

3.2.2. Meetinstrument

In dit luik werd gebruik gemaakt van kwalitatieve interviews op basis van de vooropgestelde interviewguide. Deze guide bevatte de resultaten van de patiënten uit het kwantitatieve luik. De interviewguide had dezelfde structuur als de vragenlijst en had dezelfde thema's.

1) Algemene informatie over de steekproef van patiënten
2) Verwachtingen t.o.v. huisartsen & ervaring met de eigen huisarts
3) Wat als de huisarts het zelf moeilijk heeft?
4) In welke mate mogen huisartsen grenzen stellen?

3.2.3. Dataverzameling

De huisartsen en HAIO's uit de deelnemende praktijken werden uitgenodigd voor een kwalitatief interview op basis van de interviewguide. In de interviewguide werden de data collectief en anoniem gepresenteerd. Het opzet van de interviews is een fenomenologisch onderzoek dat op inductieve manier benaderd wordt.

Er werd verkozen om de responsen niet te categoriseren per praktijk. Het opzet van deze studie is immers niet om huisartsenpraktijken onderling te vergelijken. Bij aanvang werd geschat dat informatie saturatie zou optreden bij circa 10 à 15 interviews.

Uiteindelijk gingen 4 huisartsen en 1 HAIO in op deze uitnodiging.

Huisarts 1 (HA1): Een mannelijke huisarts van 60+ jaar in een solopraktijk zonder patiëntenstop.

Huisarts 2 (HA2): Een mannelijke huisarts van 30+ jaar in een groepspraktijk zonder patiëntenstop.

Huisarts 3 (HA3): Een vrouwelijke huisarts van 30+ jaar uit een groepspraktijk met patiëntenstop.

Huisarts 4 (HA4): Een mannelijke huisarts van 60+ jaar in een groepspraktijk zonder patiëntenstop.

HAIO: Een vrouwelijke 3de jaars HAIO van 25+ jaar die werkt in de praktijk van HA2.

3.2.4. Data analyse

De interviews werden opgenomen, getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd volgens thematische analyse. Bij de thematisering werden mini-units verkozen boven een woord-per-woord analyse. Er werd hiervoor gebruik gemaakt van software van Nvivo v.

4. Resultaten

4.1. Algemene informatie patiënten

124 mensen gaven de informed consent, waarvan 112 effectief aan de vragenlijst begonnen zijn. 85 deelnemers hebben de vragenlijst volledig ingevuld. Onvolledige antwoorden werden behouden tijdens de analyses.

Tabel 1. Algemene informatie patiënten (N =112)*

Deelnemers	Aantal	Procent
Partiële respons	112	
Volledige respons	85	
Geslacht (N=112)		
Man	42	37.5%
Vrouw	70	62.5%
Leeftijd (N=112)		
<18 jaar	2	1.8%
18-25 jaar	14	12.5%
26-35 jaar	19	17%
36-55 jaar	40	35.7%
56-65 jaar	18	16.1%
>65 jaar	19	17%
Werksituatie (N=112)		
Student	4	3.6%
Actief werkende	72	64.3%
Gepensioneerd	22	19.6%
Invalide	7	6.3%
Heden Werkzoekende	1	0.9%
Andere	6	5.4%
Geloof (N=112)		
Ja	38	33.9%
Nee	49	43.8%
Geen mening	25	20%
Zo ja, op welke basis rust uw geloof? (N=38)		
Katholicisme	38	100%
Eigen gezondheid (N=107); μ = 7,37		
Slecht (0-3)	2	1.9%
Matig (4-6)	17	15.9%
Goed (7-10)	88	82.2%
Type kwalen (N=107)		
Lichamelijk	24	22.4%
Mentaal	16	15%
Lichamelijk + mentaal	21	19.6%
Weinig tot geen	46	43%

De steekproef bestaat voornamelijk uit actief werkende mensen en mensen van middelbare leeftijd. Van de deelnemers is 33,9% gelovig en 100% op basis van het katholicisme. Het overgrote deel van de deelnemers (82,2%) beoordeelt de eigen gezondheid als goed. De gemiddelde score voor de eigen gezondheid was 7,37.

**N daalt naarmate de vragenlijst vordert. Dit gebeurt omdat deelnemers afhaakten tijdens het invullen van de vragenlijst. Onvolledige responsen bleven behouden bij de analyses.*

De steekproef was voor 3 huisartsen representatief voor de eigen patiëntenpopulatie. Huisarts 1 gaf aan dat de eigen patiëntenpopulatie meer gepensioneerde en invalide patiënten bevatte, alsook patiënten met een andere culturele achtergrond en moedertaal.

HA1: "Globaal genomen zal mijn patiëntenbestand wel iets ouder zijn… In het patiëntenbestand zijn er heel wat jongere, van vreemde origine, patiënten, die meer naar de islam neigen of niet-gelovig zijn."

HA3: "Ik denk dat dit zeer representatief is."

De huisartsen vermoedden dat er sprake was van enige selectiebias. Er was selectiebias door het gebruikte meetinstrument. Een online vragenlijst was minder toegankelijk voor oudere mensen, jongere kinderen en ernstig zieke mensen. Ook de beschikbare talen, Nederlands en Frans, vormden een bias. Anderstalige mensen konden de vragenlijst niet invullen. Mogelijks hebben mensen met een verschillende culturele of religieuze achtergrond minder neiging om deel te nemen aan een dergelijk onderzoek.

HA4: "…en we hebben een beperkt aantal mensen van islam… Ik denk dat je daar nog sneller een terughoudendheid zult hebben om dergelijke dingen in te vullen… een zekere bias. De meest zieke mensen komen sowieso niet. De meeste bejaarden komen sowieso niet, gaan ook die vragenlijst niet ingevuld hebben, dus je hebt er wel een zekere selectie-bias."

De eigen gezondheid van de patiënten kreeg gemiddelde score van 7,37. Dit stemde grotendeels overeen met de verwachtingen van de huisartsen. Eén huisarts vond deze score behoorlijk hoog voor een gemiddelde patiënt uit de wachtzaal. Vier artsen stelden zich ook vragen over de manier waarop patiënten hun eigen gezondheid inschatten en of ze deze mogelijks overschatten. Oudere mensen ondervinden diverse kwalen welke zij mogelijk niet herkennen als deel van hun gezondheid. Mogelijks onderschatten mensen de impact van mentale factoren op hun gezondheid of zelfs van gecontroleerde somatische aandoeningen. Hoe mensen hun eigen gezondheid inschatten bleef tijdens dit onderzoek buiten focus.

HA1: "Als men ouder wordt, komen er meer klachten van orthopedische/reumatische oorsprong, wat niet echt ziek is, maar meer leeftijdsgebonden klachten."

HA3: "Ja, dat vind ik eigenlijk al behoorlijk hoog, voor iemand die in de wachtzaal zit… Een groot deel van hen ziet niet in dat er ook een mentale factor bij hun lichamelijke klachten een rol speelt. … dat er veel meer mentale factoren zijn die een rol spelen zonder dat de mensen zich hiervan bewust zijn. "

HAIO: "Voor de patiënten die bij mij komen, ben ik wel akkoord met die staving. Ik denk dat de populatie van zowel mentale als fysieke kwalen, dat die zo mogelijk toch iets hoger is dan wat gegeven is. … of dat ze iets hebben wat door hen niet als een kwaal gezien wordt: bijvoorbeeld een opgevolgde, stabiele suikerziekte, die men dan niet ziet als een fysieke kwaal…"

4.2. Verwachtingen t.o.v. huisartsen & ervaring met de eigen huisarts

80 van de 94 deelnemers (85,1%) vonden dat er voldoende huisartsen in de omgeving gevestigd waren. 9 deelnemers (9,6%) vonden van niet en 5 deelnemers (5,3%) hadden geen mening.

3 huisartsen en 1 HAIO vonden dat er voldoende huisartsen in hun directe omgeving actief waren. In deze praktijken was er geen patiëntenstop van kracht. De 4de huisarts gaf aan dat er een groot tekort was aan huisartsen in de directe omgeving. Deze praktijk was overigens de enige praktijk waar een patiëntenstop van kracht was.

HA3: "In de omgeving zijn er echt veel te weinig huisartsen. In de omgeving hebben we hier echt een groot probleem…. Dus ik kan zeggen dat dit hier in de omgeving Wervik een groot probleem is."

Een huisarts uit de omstreken van Wevelgem gaf aan dat het invoeren van de wachtposten en het meer beperken van de werkuren van de huisartsen, kan bijdragen aan de perceptie dat er te weinig huisartsen zijn. Ook covid-19 werd vermeld als mogelijke factor van invloed op deze perceptie.

HA4: "Vanuit mijn standpunt denk ik dat er inderdaad voldoende huisartsen zijn op dit moment. … een aantal mensen zeggen van 'neen', omdat er sinds Covid en sinds het invoeren van de Wachtpost, algemeen wordt overgeschakeld na 19u naar de wachtdienst, terwijl we dat in de regio voordien niet deden. Er werd ook nog de zaterdag veel meer gewerkt enz. Dat is nu grotendeels weggevallen. Ik denk dat dat die score ook wel beïnvloedt."

Een andere huisarts uit de regio van Wevelgem was van mening dat er in het algemeen voldoende huisartsen zijn en dat veel afhangt van de ingesteldheid van de artsen zelf.

HA1: "Ik denk dat er overal nog huisartsen genoeg zijn. Dit niet enkel voor mijn regio, maar in het algemeen. Veel hangt af van hoeveel uur de huisarts werkt, hoe men wil werken, hoeveel tijdsbesteding men per patiënt wil hebben. Veel hangt af van het kader dat U zelf hanteert."

92 van de 94 deelnemers waren tevreden over de eigen huisarts. Zij gaven een minimum score van 7 op een 10-punts Likertschaal voor tevredenheid. Eén enkele deelnemer gaf een score van 6 en één andere deelnemer gaf een score van 4. De gemiddelde score voor tevredenheid was 8,65.

De huisartsen waren tevreden met deze score en hadden enkele interessante inzichten in de tevredenheid van hun patiënten.

HA1: "Mijn patiënten zijn 100% tevreden over mij. Al de anderen zijn al weg. Al wie niet tevreden was, is al veranderd van huisarts, dus ik vind dat die tevredenheid relatief is. Wie niet tevreden is, verandert. "

HA3: "Goed. Ja. Tevreden. Als ikzelf zo'n punten van mijn patiënten zou krijgen, dan zou ik heel trots zijn… De mensen/patiënten die terug komen, zijn mensen die tevreden zijn en dat voel je ook wel echt. Je voelt dat je door sommige mensen zeer geliefd bent, misschien soms wel … Ik vind het soms zelfs wat verstikkend. (lacht)"

Enkele huisartsen waren dankbaar voor de hoge score en zagen hierin bevestiging van het vertrouwen en het eigen kunnen.

HA2: "Misschien onderschat ik het dat ik het goed en correct doe en dat dit mij op bepaalde momenten beter lukt. Misschien onderschat ik dat wel van mijzelf."

Tabel 2. De verwachtingen en ervaringen van de deelnemers t.o.v. 12 eigenschappen van huisartsen. Scores op een schaal van 0 (onbelangrijk) tot 5 (zeer belangrijk). (N=92) *

Eigenschap	Verwachting (gemiddeld)	Ervaring (gemiddeld)
Tijdig verwijzen	4.65	4.47 (-0.18)
Medische competentie	4.61	4.47 (-0.14)
Vriendelijkheid en beleefdheid	4.59	4.59
Shared decision	4.10	4.24 (+0.14)
Goede zelfzorg	4.09	3.95 (-0.14)
Assertiviteit	4.05	4.06 (+0.01)
Voorbeeld van goede gezondheid	3.91	4.18 (+0.27)
Altijd beschikbaar zijn	3.64	3.66 (+0.02)
Stelt de patiënt voorop	3.32	3.72 (+0.40)
Goedkoopheid	3.27	3.68 (+0.41)
Toegeeflijkheid	3.09	3.53 (+0.44)
Helpen met niet-medische problemen	2.74	3.18 (+0.44)

De interne samenhang van de vragenlijst werd geanalyseerd. De Cronbach's alpha werd berekend voor de 12 eigenschappen die patiënten verwachten van een huisarts en ervaren bij hun eigen huisarts. De schaal voor *verwachtingen* bleek betrouwbaar met een Cronbach's alpha score voor de 12 items van 0,752. Deze score kon verbeterd worden tot 0,764 door het weglaten van de eigenschap *assertiviteit*. De schaal voor *ervaring* bleek eveneens betrouwbaar te zijn met een Cronbach's alpha score voor de 12 items van 0,855. Deze score kon niet verbeterd worden door een eigenschap uit de vragenlijst te verwijderen. De betrouwbaarheid van de vragenlijst is bijgevolg goed.

Tijdig verwijzen, medische competentie en vriendelijkheid en beleefdheid waren de 3 belangrijkste eigenschappen voor de patiënten. De ervaring van de patiënten scoorde op deze domeinen iets lager dan hun verwachtingen.

Helpen met niet-medische problemen, toegeeflijkheid en goedkoopheid waren de 3 minst belangrijke eigenschappen. De ervaring van de patiënten scoorde op deze domeinen hoger dan hun verwachtingen.

Tijdens de interviews leken de huisartsen te erkennen dat dit de belangrijkste eigenschappen zijn voor een huisarts. De algemene consensus over een goede huisarts lijkt te zijn: iemand die vriendelijk en beleefd is, goede medische competenties heeft en de grenzen van zijn/haar eigen kunnen respecteert. Tijdig verwijzen maakt deel uit van goede zorg.

HA1: "Volgens mij zijn de belangrijke punten inderdaad beleefdheid en de kennis van de geneeskunde. Doorverwijzing naar de specialist wanneer je iets niet weet, wordt ook zeer belangrijk geacht."

HA4: "Ik denk dat het de kerntaak van de huisarts is. Een goeie inschatting van de patiënt (van) wat hij van ons mag verwachten en wat wij te bieden hebben."

Hulpverlening bij niet-medische problemen was het minst belangrijk voor de patiënten uit deze steekproef. Toch bestond de consensus bij de huisartsen dat zij hier regelmatig mee geconfronteerd werden. De meeste huisartsen vonden dit ook logisch.

De huisartsen erkenden, naast het bieden van een luisterend oor, nog 2 andere eigenschappen waarmee zij van hulp konden zijn voor patiënten met dergelijke problemen. Ten eerste kunnen huisartsen de medische risico's beter inschatten die mogelijks met deze problemen gepaard gaan en de patiënten hiervoor proberen te behoeden. Ten tweede is de huisarts beter op de hoogte van de mogelijke hulporganisaties (sociaal, financieel, etc.). Dankzij deze kennis kan de huisarts de patiënt bijstaan en coördineren tijdens de aanpak van het probleem.

**N daalt naarmate de vragenlijst vordert. Dit gebeurt omdat deelnemers afhaakten tijdens het invullen van de vragenlijst. Onvolledige responsen bleven behouden bij de analyses.*

HA3: "Ik denk dat wij als huisarts de gevaren, van de eventueel verdere blootstelling aan die bepaalde zaken, medisch beter kunnen inschatten. Of dat bijvoorbeeld ziekteverlof of thuisonderwijs al dan niet noodzakelijk is."

HA2: "Ik ben wel een beetje ontgoocheld want… Wat mij betreft zijn werkvloer, familiale problemen, werkloosheid zaken die heel veel mentale en psychische problemen veroorzaken. Ik ben van mening dat patiënten met die problematiek veel vlotter naar de huisarts zouden moeten kunnen komen."

HA4: "Ik vind dat logisch. En niet in die zin dat we die problemen gaan kunnen oplossen, maar dat we een luisterend oor zijn en dat we kunnen helpen en de weg kunnen wijzen in het kluwen van al dan niet beschikbare hulpverleningsdiensten."

Over de toegekende scores per eigenschap maakte de HAIO een interessante bedenking. Mogelijks waren de patiënten strenger in hun beoordeling naarmate zij een eigenschap meer belangrijk vonden. Voor de meest belangrijke eigenschappen lijken de patiënten immers minder te ervaren dan zij van hun huisarts verwachten. Voor de minst belangrijk eigenschappen lijken de patiënten dan weer meer te ervaren dan zij verwachten. Mogelijks leiden hoge verwachtingen tot strengere evaluaties door de patiënten.

HAIO: "Ik denk dat het in de 2 richtingen logisch is. Ik denk dat als er aan je verwachtingen voldaan is, het minder hoog scoort op je prioriteitenlijst. Terwijl iets waarin je een tekort hebt en waarvan je zegt 't Is nog gelijk niet dat', je zal zeggen 'Ik zou willen dat mijn huisarts meer zo zou zijn'. Ik denkt dat het potentieel ook een rol speelt."

Ondanks de lage score die werd toegekend aan toegeeflijkheid, leken de huisartsen te ervaren dat er toch meer toegeeflijkheid van hen verwacht wordt. Bij grote ongerustheid van de patiënt is dit het geval. Wanneer deze een meer catastrofale inschatting maakt van zijn/haar kwaal dan de huisarts, wordt een consultatie of visite voornamelijk verricht om de patiënt gerust te stellen. Hieraan gerelateerd was de motivatie om conflicten en geassocieerde frustraties te vermijden. Toegeeflijkheid werd ook vermeld als mogelijke coping strategie bij hogere werkdruk en tijdsdruk. Zo worden conflicten vermeden en tijd gespaard.

HA1: "Iedereen gelooft dat zijn vraag of verzoek redelijk is. Wanneer wij vinden dat hun verzoek niet redelijk is en er ontstaat een discussie, dan zal dit niet geapprecieerd worden. Dus ik twijfel of toegeeflijkheid bij dergelijke situaties minder belangrijk zou zijn."

HA2: "Daar is er misschien een mismatch in de zin van 'Hoe dringend is een hulpvraag van een patiënt ?' en 'Wat is de grens tussen medisch dringend en service naar de patiënt toe?'"

HA3: "… ik heb ook ooit iemand gehad die mij om 21.00 uur belde om reden dat ze haar eerder die dag, om 15.00 uur 's middags, in een visgraad had verslikt… ik moest van die patiënt komen. Ze was aan het wenen en aan het panikeren aan de telefoon. Ze bleef aandringen dat ik moest komen om haar gerust te stellen. Dat vond ik echt frustrerend, dat ik dan nog om 21.00 uur een huisbezoek moest doen om iemand enkel en alleen maar gerust te stellen, terwijl jezelf al van veruit weet dat er niets is."

Op de vraag of huisartsen zich misschien toegeeflijker opstellen ten tijde van hoge werkdruk:

HA2: "Misschien wel. Misschien is dit een strategie die bewust of onbewust wordt ontwikkeld. Het zou goed kunnen."

Dat goedkoopheid minder belangrijk was voor de steekproef verbaasde de huisartsen niet. De steekproef bestond voornamelijk uit werkende mensen. Bovendien werken de meeste huisartsen enkel met het remgeld en wordt dit minder gevoeld door de patiënten.

HAIO: "Dat financiële verbaast mij minder, omdat de meeste huisartsen enkel met het remgeld werken. Daardoor wordt dit waarschijnlijk minder gevoeld door de patiënt. Dit verbaast mij dus minder."

32 deelnemers gaven aan dat zij nog andere eigenschappen belangrijk vonden voor een huisarts.

Tabel 3. Eigenschappen aangebracht door deelnemers

Eigenschap	Aantal vermeld
Kunnen luisteren, ook naar niet medische problemen, tijd nemen om te luisteren	11x
Geen arrogantie, geen vooroordelen, niet denken alles te weten, geen belangrijke diagnoses missen	4x
Patiënten kennen buiten het kader van hun dossier, geen nummertje zijn, mensenkennis	3x
Niet gejaagd zijn, mensen op hun gemak stellen	2x
Eerlijkheid	2x
Eenvoudig in de omgang, goede communicatie	2x
Empathisch vermogen	2x
Vertrouwen	2x
Directheid	1x
Eigen gebreken en grenzen erkennen	1x
Zich blijven bijscholen	1x
Uitleg geven over ziekte of kwaal/medicatie (mogelijks verslavend etc.) , niet enkel voorschrift meegeven	1x
Belangstelling in de familie	1x

De eigenschap om goed te kunnen luisteren naar de mensen was de meest vermelde eigenschap. Deze bevindingen staan in lijn met de bevindingen uit de literatuurstudie. De huisartsen waren akkoord met deze verwachtingen en zagen dit als deel van een professionele dienstverlening.

HA2: "…maar langs de andere kant verlangt de patiënt toch ook de dienstverlening, zoals ze die van een merk/bedrijf/instelling verwachten te krijgen."

HA4: "Ik denk dat als je met een professional te maken hebt, dat je dat mag verwachten van iemand in zijn bepaalde job."

Een huisarts zag enige tegenstrijdigheid in de scores van de deelnemers.

HA2: "Ik denk dat deze eigenschappen… het luisteren een beetje indruisen t.a.v. de eerste kerntaken. Niet medische problemen waren minder belangrijk, maar we moeten er wel naar kunnen luisteren… "

4.3. Wat als de huisarts het zelf moeilijk heeft?

4.3.1. Intrinsieke stress bij huisartsgeneeskunde

Wanneer de deelnemers gevraagd werd om in te schatten, van 0 tot 10, hoe stressvol het beroep van huisarts was, gaven ze een gemiddelde score van 8,20. Wanneer hen gevraagd werd hoeveel stress hun eigen huisarts ervaarde, gaven zij een gemiddelde score van 7.

De consensus bij de artsen leek te zijn dat de stress, die met het beroep gepaard gaat, varieert naargelang de werkomstandigheden. Over de intrinsieke stress van het beroep waren de meningen verdeeld. De oudere huisartsen leken minder stress te ervaren dan hun jongere collega's.

HA1: "Dit vind ik redelijk hoog ingeschat… Voor mij is het goed zo. Het mag zo blijven."

HA3: "Ja, goed. (Lacht) Ja, dat is representatief. In de COVID-golven vind ik dat het 9,9 op 10 was."

HA4: "Ik zou dat persoonlijk lager scoren. Er is stress, maar over het algemeen gezonde stress... Je moet dat zelf ook bewaken voor een stuk."

De patiënten scoorden de stress bij de eigen huisarts gemiddeld lager: 7 versus 8,20. De huisartsen verklaarden dit grotendeels als gevolg van hun professionaliteit met het oog op patiënttevredenheid. De consensus was dat een huisarts de eigen stress kon ventileren bij de collega's, naasten, vrienden en familie, maar niet bij patiënten. Mocht dit eenmalig toch gebeuren, is dit begrijpelijk. Als dit herhaaldelijk gebeurt, is dit minder acceptabel.

HA2: "Ik acht het mogelijk dat wij ons als huisarts ten aanzien van onze eigen patiënten misschien wat sterker opstellen dan we eigenlijk zijn… Dat is eigenlijk professionaliteit."

HA3: "Ik denk dat als ze zouden merken dat je teveel stress hebt… dat ze zien dat je emotioneel ook niet meer stabiel bent, dan komen ze ook niet meer. Dan is er ook minder vertrouwen in jou als arts."

HA3: "Tegen je secretaresse kan je misschien met de nodige emotie en intonatie in je stem zeggen 'Wat is dat hier allemaal?!' maar dat kan je natuurlijk niet doen bij je patiënten. Let op dat kan misschien eens gebeuren, maar dat moet wel eenmalig zijn!"

HA4: "Ja, als je daar, figuurlijk dan, als een verzopen kat zit, dan wekt dat ook niet veel vertrouwen. Het kan gebeuren bijvoorbeeld in griepperiodes, dat je zieker bent dan de patiënt, maar goed (lacht) … Dat hebben we wel al eens vaker gehad."

25 van de 92 deelnemers (27,2%) hadden ooit de indruk dat de eigen huisarts het moeilijk had.

Sommige huisartsen wijten dit aan factoren als vermoeidheid of prikkelbaarheid. Andere huisartsen menen dat dit mogelijks is doorgeschenen na conflictsituaties die zich in de praktijk hebben voorgedaan.

HA3: "… ik heb mensen tijdens covid-tijden of in de gang al heel kordaat aangesproken. Met meldingen van 'Dit doe je niet! Het wordt op TV genoeg aangehaald dat we het zo druk hebben en jij staat hier op mijn deur te kloppen wanneer ik consultatie heb!' Ik ben er mij van bewust dat bij dergelijke voorvallen de wachtzaal dat ook kan horen, maar op dat moment denk ik van 'Foert!' … Ik vind dat die persoon dat echt niet moet doen en dan kan ik echt wel eens boos uit de hoek komen."

HA4: "Goh, dat mag. Het zal ook van persoon tot persoon afhangen en van situatie tot situatie. Het zou wel kunnen dat ze zien dat ik moe ben. We zijn ook maar mensen.

HAIO: "Ik denk als ze bijvoorbeeld in hele drukke periodes… tijdens vrije consultaties… of de stroom aan Covid-testen blijft… Dat ze dan zien dat je je handen vol hebt, dat ze zien dat het zwaar is."

4.3.2. Factoren die bijdragen aan stress

De huisartsen ervaren hogere stresslevels wanneer zij en de patiënten verschillende verwachtingen hebben en deze herhaaldelijk niet gerespecteerd of geschonden worden. Hoge werkdruk, veel administratie en tijdsdruk werden ook vermeld als stressoren.

HA1: "Er is veel techniciteit bij, vooral computerwerk... Als je alles moet gaan invullen, kan je geen ander patiëntenwerk meer doen."

HA2: "…Want als ik al een slecht gevoel had wanneer ik thuis kwam, dan was het meestal omdat je als arts in discussie/conflict bent gegaan met een van je patiënten. Dat draag je zeker met je mee."

HA2: "Een grote factor hiervoor is tijd. … Ik begin om 07.30 à 07.40 uur te werken met de eerste consultatie en werk vaak tot 20.00 à 20.30 uur. Dus je werkt gemakkelijk 12 tot 14 uur per dag, 6 dagen op 7. En als je daar uw administratie nog bij rekent, dan merk je dat dat toch wat teveel is."

HA3: "Mensen mogen steeds heel veel verwachten. Ik heb ook veel verwachtingen voor mijn patiënten... maar als er veel niet voldoen aan uw waarden en normen dan gaat dat botsen en krijg je frustraties."

HA3: "Dat vind ik het meest stresserende in de job van huisarts. De tijdsdruk."

4.3.3. Factoren die de stress verlagen

In het kwalitatief luik vermeldden de huisartsen welke factoren de stress voor hen verlagen. Het aantal collega's in de buurt heeft een invloed. Een sterke organisatie in de praktijk met secretaresses en

verpleegkundigen verlaagt de werkdruk aanzienlijk. Sommige huisartsen plaatsen buffers in hun agenda. Zo is er plaats voor urgente hulp, wanneer deze nodig zou zijn. Het feit dat huisartsen in groepspraktijken van elkaar kunnen bijleren werd ook als aangenaam ervaren. Het invoeren van vrije consultaties werd gezien als mogelijke oplossing voor de tijdsdruk, hoewel de gevolgen op de werkdruk hierbij niet duidelijk zijn. Het duidelijk stellen van grenzen helpt om een gezonde balans tussen werk en privé te behouden. Positieve patiënt-gerelateerde factoren waren het ontvangen van erkenning of dankbaarheid voor de geleverde hulp en patiënteducatie wanneer dit aangewezen is.

HA3: "Ja, wanneer je een goed georganiseerde praktijk hebt en je hebt voldoende artsen in de omgeving, dan denk ik echt dat dit perfect moet lukken."

HA3: "Ik zet vaak grijze vakjes in mijn agenda, die online niet zichtbaar zijn. De patiënten moeten wel voor een afspraak bellen naar het secretariaat, die dan wel die vakjes nog kunnen invullen."

HA3: "Wat veel artsen dan zeggen, is dat vrije consultatie dan beter is, want dan zit je daar (tijdsdruk) niet mee in."

HA3: "Dus, ik vind dat er qua overheid, de stad soms serieuze heu… dat we de patiënten beter moeten informeren. Bijvoorbeeld 'Ga niet naar de huisarts na 1 dag kniepijn of ga niet naar de huisarts met 1 dag koorts, of ga niet naar de huisarts met 3 kinderen op 1 en dezelfde afspraak'. Dergelijke zaken. Gewoon patiënteducatie."

HA4: "Dat is zeer belangrijk. We hebben hier een zeer goede secretaresse, en we merken, als die in vakantie is of ziek is, of er niet is, dat ons stress-niveau omhoog gaat, omdat je alle telefoons dan zelf moet doen enzo."

HA4: "… Dat er zoveel dingen zijn die het rijker maken om samen te werken. Al is het maar bijvoorbeeld bijscholingsmogelijkheden … Dat biedt een meerwaarde en maakt de rest ook leuker."

HA4: "Echt onredelijk, neen, omdat we ondertussen toch al een heel stuk opvoedingswerk (patiënteducatie) gedaan hebben bij de patiënten van toen we startten."

De huisartsen ervaarden gevolgen van de covid-19 pandemie op hun werk-gerelateerde stress:

HA3: "Het is mogelijk dat Corona een invloed heeft gehad op deze resultaten. Ik vind dat de mensen, in het algemeen, negatiever ingesteld zijn… De werkdruk is toegenomen doordat de mensen sneller naar een huisarts gaan en ze zijn ook veeleisender geworden… Ik denk dat de meeste artsen nu echt nood hebben aan een twee à drie maanden dat het iets rustiger is, om terug tot adem te kunnen komen, hun batterijen terug op te laden en er nadien terug positief, met volle kracht en overtuiging tegen aan te gaan met een meer verdraagzame manier van werken naar de patiënt toe. Toch persoonlijk voor mij dan."

4.3.4. Transparantie naar de patiënt

53 van de 92 patiënten (57.6%) vonden het belangrijk dat hun huisarts aan patiënten zou aangeven wanneer hij/zij het moeilijk heeft. De overige 39 patiënten (42,4%) vonden dit niet belangrijk, waarvan 20 deelnemers (21,7%) oordelen dat de huisarts de plicht heeft om anderen te helpen en de eigen belangen niet mag laten primeren op die van anderen.

Er was een consensus bij de huisartsen dat de eigen grenzen gerespecteerd dienen te worden. Wanneer een huisarts in die mate problemen ervaart dat zijn/haar functie als arts eronder lijdt, moet hij/zij actie ondernemen en daarover communiceren. Enkele huisartsen vonden het egoïstisch en onverbiddelijk van de deelnemers die niet wilden dat de huisartsen over hun eigen problemen communiceerden. Een andere huisarts kaderde dit meer binnen de verwachtingen van een zorgpermanentie en een professionele dienstverlening. Er was ook de erkenning bij de huisartsen dat er gradaties zijn in de moeilijkheden die men kan ervaren. Sommige zaken, zoals dingen uit het privéleven, hoort men niet aan patiënten te vertellen.

HA1: "Ik denk dat iedere huisarts zijn best doet en ja… Het is ook een klein beetje show. 'The show must go on.' Wat in de ene consultatie moeilijk ligt, moet je in de andere consultatie kunnen verwerken."

HA2: "Ik denk dat het… waarschijnlijk zijn de meeste mensen bediende hé? En in een structuur van een werknemer in een bedrijf wordt er voorzien als mensen ziek vallen dat de structuur blijft draaien en hun afwezigheid wordt opgevangen… Ik denk dat ze daarbij aangeven, dat ze verwachten van 'Organiseer u zodanig dat wanneer het niet zou gaan dat het opgevangen wordt en dat de dienstverlening eigenlijk blijft bestaan.' Dit is misschien mijn eigen visie."

HA3: "Ik denk dat dit enkel puur egoïsme is of dat ze de bevraging niet voor 100% begrijpen. Dat ze misschien denken dat het over diepgaande problemen gaat. Ik denk dat ze dat inderdaad niet willen weten, maar als je eens een mindere dag… allee denk ik wel dat ze dat appreciëren."

HA4: "Als je het nuchter bekijkt, en opnieuw, het gaat ook een stuk in gradaties… Als je zelf een belangrijk probleem hebt… en je ervaart zelf dat het je functioneren beïnvloedt, dan moet je daar je conclusies uit trekken en effectief zelf als arts zeggen: 'Ok, dit kan niet. Ik moet efkes stoppen of ik moet inderdaad hulp zoeken.' Het mag je in die mate niet beïnvloeden dat je niet goed kan werken…"

4.3.5. Dringende en niet-dringende hulpvragen

72 van de 92 deelnemers (78,3%) waren bereid om niet-dringende hulpvragen uit te stellen indien hun huisarts zou aangeven dat deze minder uren wilt werken dan voordien. 20 deelnemers (21,7%) waren hier niet toe bereid.

De huisartsen waardeerden dit begrip van de deelnemers. Enkele huisartsen merkten op dat patiënten het onderscheid tussen dringende en niet-dringende hulpvragen niet altijd goed konden maken. De covid-19 pandemie en de communicatie die ermee gepaard ging, lijken wel tot meer sensibilisatie geleid te hebben. Een andere collega had de overtuiging dat patiënten eerder een andere arts zouden raadplegen i.p.v. te wachten met hun niet-dringende hulpvraag.

HA1: "Ik denk dat ze daar wel mee akkoord gaan, maar op dat moment zullen ze wel een andere huisarts raadplegen of zoeken."

HA2: "Ha ja, voilà, maar daar is er misschien een mismatch in de zin van 'Hoe dringend is een hulpvraag van een patiënt ?' en 'Wat is de grens tussen medisch dringend en service naar de patiënt toe?' "

HA3: "Ah ja, toch. Ik denk dat de mensen niet begrijpen wat niet-dringende hulpvragen zijn of wat dat eigenlijk inhoudt. Als wij dat lijstje selecteren, zouden ze schrikken waarvoor ze moeten wachten om te komen en zou dat percentage niet zo hoog zijn. Zij denken waarschijnlijk dat het gaat om 'een voorschriftje' of 'ik heb al 2 maanden een schimmelnagel'. Met dergelijke zaken zie ik ze wel wachten. Maar met zaken als 'een beetje keelpijn, een beetje koorts, een beetje hoesten,' daar gaan ze niet mee wachten.
Anders zou ik wel boos zijn dat ze nu wel perse moeten komen."

HAIO: "Ik denk ook gewoon, dat de termen die je gebruikt in je vraagstelling, zijn termen die ze nu ook veel meer gehoord hebben. Niet-dringende hulpvragen, niet dringende zaken, in het begin moest je dat uitleggen 'Wat is niet-dringend' en nu is dat al niet de eerste keer dat ze iets horen over dringend/niet-dringend en over het uitstellen ja dan neen… We zijn ook wel een paar Covid-golven gewend."

4.4. In welke mate mogen huisartsen grenzen stellen?

Er werden 7 stellingen gegeven omtrent het raadplegen van de huisarts met niet-medische problemen. De deelnemers gaven aan in welke mate, van 1 tot 5, zij akkoord waren met de stellingen. De resultaten waren als volgt:

Ik vind dat mensen hun huisarts horen te raadplegen bij: (N=92)*	**Gemiddelde score**
Financiële problemen (e.g. werkloosheid)	1,96
Problemen op de werkvloer (e.g. pestgedrag)	2,55
Familiale problemen (e.g. echtscheiding)	2,74

**N daalt naarmate de vragenlijst vordert. Dit gebeurt omdat deelnemers afhaakten tijdens het invullen van de vragenlijst. Onvolledige responsen bleven behouden bij de analyses.*

Sociale problemen (e.g. eenzaamheid)	3,05
Andere, niet-medische problemen (e.g. juridische problemen)	1,82
Alle bovenstaande, doch enkel als er gevolgen voor de gezondheid aanwezig zijn (e.g. slaapstoornis, angst, depressie, etc.)	4,22
Geen van bovenstaande. Een huisarts hoort enkel medische problemen te behandelen.	2,39

De deelnemers meenden overwegend dat een huisarts met niet-medische problemen mag geraadpleegd worden, wanneer er gevolgen voor de gezondheid aanwezig zijn (e.g. slaapstoornis, angst, depressie, etc.). Tijdens de interviews gaven de huisartsen reeds aan dat zij vonden dat patiënten ook met niet-medische problemen op consultatie mochten komen.

HA1: "In veel gevallen is er niet zoveel dat je kan doen. Familiale problemen, problemen op de werkvloer, relationele problemen, daar is er dikwijls niet veel meer aan te doen dan te luisteren. We moeten niet denken dat we alle problemen kunnen oplossen."

HA3: "Dat is logisch he. Maar er zijn wel heel veel mensen die bij de huisarts komen met betrekking tot financiële problemen en juridische problemen, omdat dit vaak ook stress veroorzaakt… Ik ben van mening dat alles een invloed heeft op uw gezondheid, maar ook op uw mentale gezondheid. Vaak geeft dat ook fysieke klachten."

HA4: "Ik vind dat logisch… Soms ben je de enige plaats waar ze terecht kunnen, zonder grote wachttijden enz. Terwijl bij andere, sommige sociale diensten, financiële diensten, zit je soms met wachttijden van weken, maanden enz. En dan is het handig dat ze het hier al een keer kunnen komen uitleggen en dat we misschien kunnen helpen zoeken naar een andere oplossing, een tussenoplossing of wat dan ook."

Op de vraag of mensen dan standaard met niet-medische problemen hun huisarts mogen raadplegen:

HA3: "Neen, niet standaard. Enkel als het een invloed heeft op de gezondheid van de persoon en het probleem al langdurig aansleept en ze al andere verschillende mogelijke oplossingen geprobeerd hebben zonder resultaat te hebben geboekt."

Er werden 4 stellingen omtrent de bereikbaarheid van huisartsen gegeven. De patiënten gaven aan in welke mate, van 1 tot 5, zij akkoord waren met de stellingen. De resultaten waren als volgt:

Stelling (N=90)*	**Gemiddelde score**
Huisartsen, ongeacht hun aantal, horen al hun patiënten te helpen en moeten dus altijd bereikbaar zijn voor hun patiënten.	2,97
Huisartsen mogen, afhankelijk van de situatie, bepaalde, niet dringende hulpvragen weigeren (e.g. Hoge werkdruk, eigen ziekte, etc.)	3,46
In bepaalde omstandigheden is het onmogelijk om altijd bereikbaar te zijn. Huisartsen moeten bereikbaar zijn op duidelijk vastgelegde uren, maar niet altijd.	4,08
Huisartsen zijn vrije mensen en zijn vrij in hun keuzes. Zij mogen zelf kiezen hoeveel uren zij willen werken.	4,07

De patiënten stelden zich begripvol op naar hun huisarts qua bereikbaarheid. Zij waren overwegend van mening dat huisartsen vrije mensen zijn die zelf mogen kiezen hoeveel uren zij willen werken. Het is wel belangrijk dat duidelijk vastgelegd wordt wanneer de huisarts bereikbaar is.

De huisartsen waren algemeen akkoord met deze inschatting van de patiënten.

HA2: "… Dat we vrij zijn en dat we ons mogen schikken, maar dat het voor de patiënten niet ten koste mag gaan van de bereikbaarheid en de toegankelijkheid… Ze verwachten iets, net zoals bij/in een organisatie. Je kan dat enkel maar opvangen door u met meerderen te organiseren hé."

**N daalt naarmate de vragenlijst vordert. Dit gebeurt omdat deelnemers afhaakten tijdens het invullen van de vragenlijst. Onvolledige responsen bleven behouden bij de analyses.*

HA3: "Ja, ik ben daar akkoord mee."

HA4: "Ik ga niet zeggen dat we 24/24u en 7/7 dagen ter beschikking moeten zijn, maar we zijn ook geen '9 to 5' job. Dus moeten we ergens de gulden middenweg vinden."

Omtrent de welwillendheid naar de vrije keuze van de artsen m.b.t. hun werkuren zei een huisarts:

HA1: "Dit lijkt mij logisch, maar misschien moest er een bijkomende vraag zijn: 'Ga je die huisarts dan nog raadplegen?' Ik denk dat je misschien niet zo'n overtuigende positieve score zou hebben (lacht)."

Er werden 3 stellingen gegeven over de zorgpermanentie. De deelnemers gaven aan in welke mate, van 1 tot 5, zij akkoord waren met de stellingen. De resultaten waren als volgt:

Stelling (N=89)*	**Gemiddelde score**
De zorgpermanentie, m.a.w. de continuïteit van de zorg, is van cruciaal belang. Deze moet steeds gehandhaafd worden ongeacht de omstandigheden.	4,09
De zorgpermanentie, m.a.w. de continuïteit van de zorg, is pas mogelijk wanneer er genoeg artsen beschikbaar zijn om deze te voorzien. De bereidwilligheid van de artsen speelt geen rol aangezien dit hun plicht is.	3,54
De zorgpermanentie, m.a.w. de continuïteit van de zorg, is pas mogelijk wanneer er genoeg artsen beschikbaar EN bereidwillig zijn om deze te voorzien.	3,82

De patiënten stelden zich tevens resoluut achter de zorgpermanentie. Deze dient steeds gehandhaafd te worden ongeacht de omstandigheden. Of er genoeg artsen beschikbaar en/of bereidwillig zijn om deze te voorzien, heeft een beperkte invloed op deze overtuiging. Ook de huisartsen erkenden de zorgpermanentie als een prioriteit.

HA2: "Maar ik denk dat ze daarbij aangeven, dat ze verwachten van 'Organiseer u zodanig zodat wanneer het niet zou gaan dat het opgevangen wordt en dat de dienstverlening eigenlijk blijft bestaan… Dat wil niet zeggen dat je individueel als huisarts moet bereikbaar zijn, want dat is haast onmogelijk."

HA3: "Het is een kwestie dat er iemand moet bereikbaar zijn."

HA3: "… ik vind natuurlijk wel dat we dat moeten doen. Waarmee ik wil zeggen: Je kunt niet zeggen dat je niet van wacht wilt zijn. Je kan natuurlijk wel zelf kiezen wanneer je eventueel van wacht wilt zijn en wie er van wacht zit."

Hoewel de huisartsen begrip opbrachten voor beide standpunten, merkten zij toch enige spanning op. Enerzijds is er de verantwoordelijkheid/verplichting van de huisartsen om de zorgpermanentie te voorzien. Deze werd ook door de huisartsen erkend als belangrijk. Anderzijds is er de vrije keuze die huisartsen gegund wordt omtrent het aantal werkuren dat ze willen presteren.
De zorgpermanentie leek als prioriteit erkend te worden boven de vrije beschikking van de huisarts, hoewel dit laatste ook als belangrijk werd erkend.

HA1: "Neen, dat is altijd zo… 'Dokter, je moet veel op congé gaan, je hebt er deugd van, je hebt er recht op…' En als je weg geweest bent, 'Verdorie, voor een keer dat ik je nodig had, je was weer niet in je kot.' Dat is altijd zo. Iedereen vertrekt vanuit zijn eigen standpunt."

HA2: "Ze hebben ergens wel respect voor de bereidwilligheid, de mogelijkheden, de beschikbaarheid, maar toch blijft er de verwachting van het feit dat er moet continuïteit zijn. Er zit ergens een spanningsveld."

HA2: "Aan een kant blijft de huisarts/geneeskundige/familiale band belangrijk, de persoonsgebonden kant, en ik denk dat die er nooit zal uitgaan. Langs de andere kant verlangt de patiënt toch ook de dienstverlening, zoals ze die van een merk/bedrijf/instelling verwachten te krijgen."

**N daalt naarmate de vragenlijst vordert. Dit gebeurt omdat deelnemers afhaakten tijdens het invullen van de vragenlijst. Onvolledige responsen bleven behouden bij de analyses.*

HA3: "Het is de wijze waarop je de vragen stelt. Op de eerste wijze kunnen ze zich inleven in de andere. Als je vraagt: Wat wil je zelf? Wil je altijd een dokter ter beschikking hebben, zal het antwoord altijd ja zijn. Als ze tussen de twee kunnen kiezen, gaan ze uiteindelijk toch voor zichzelf kiezen. Dan gaan ze het belangrijker vinden dat die zorgpermanentie er is en dan moet de huisarts maar wat meer werken… Ik denk dat de bevolking dit zou stemmen."

HA3: "Ik ben van mening dat de twee standpunten/belangen echt even belangrijk zijn, maar het lukt gewoon niet om aan de huisartsbelangen te voldoen om reden dat er niet voldoende huisartsen zijn hier in de buurt. Ze zijn alle twee belangrijk, maar als er geen huisartsen zijn, ja, dan kun je dit niet oplossen natuurlijk."

HAIO: "Ik merk daarin ook die mismatch, die dubbelzinnigheid, plus nog een keer bijkomstig: Als ze hun voorgaande waarden (aanhouden) dat er voldoende tijd is, dat er eerder een persoonlijke aanpak is… dus een arts die je kent, bijgevolg meestal dezelfde arts… dat dat een drieluik wordt. Je wilt dezelfde arts, die je kent, die persoonlijk is, die tijd heeft voor je, maar die mag ook gerust zijn eigen uren bepalen. Die mag minder uren werken, maar ik moet wel permanent geholpen kunnen worden. Ik zie de 3 alleszins niet samen. Ofwel moet je een persoonlijke arts hebben die veel tijd heeft voor jou, maar minder voor zichzelf, ofwel heb je een arts die minder uren doet en is continuïteit minder. Dan kan je niet garanderen dat het altijd dezelfde arts gaat zijn. Ofwel wil je een persoonlijke visie met continuïteit…"

Huisartsen erkenden dat het onmogelijk is om als individuele arts altijd bereikbaar te zijn. De oplossing leek te liggen in de organisatie van een sterke wachtdienst met voldoende collega's om de werkdruk leefbaar te houden.

Opvallend was tevens dat de huisartsenpraktijk, waar er een groot artsentekort werd aangegeven in de onmiddellijke regio, de enige praktijk was met een actieve patiëntenstop. Er lijken grenzen te zijn aan de werkdruk die een huisarts kan en wil opnemen bij onvoldoende ondersteuning van collega's in de buurt.

HA3: "Ja natuurlijk. Daarom ook de patiëntenstop. Als ze mij toch gaan pushen wel dan stop ik. Echt dan hoeft het niet meer voor mij."

Dit kan ook afgeleid worden uit een citaat van een oudere huisarts.

HA1: "Dit ligt er waarschijnlijk ook aan dat er vroeger toch meer huisartsen waren, dat er meer concurrentie was. Het was zo, dat toen je pas begon, dat je patiënten kon 'winnen' door zeer beschikbaar te zijn en te werken op momenten dat anderen niet werkten."

Des te meer artsen in een regio gevestigd zijn, des te lager is de werkdruk per arts en des te groter is de concurrentie. Waar in het verleden de werkdruk per huisarts erg laag was door het grote aantal beschikbare huisartsen, is de situatie tegenwoordig de omgekeerde. Er zijn regio's met een tekort aan huisartsen waar de druk op de huisartsen erg hoog is.

Huisartsen vormen dus steun voor elkaar en concurrentie voor elkaar. Zowel een teveel aan huisartsen en een tekort aan huisartsen brengen verschillende problemen met zich mee. De oplossing lijkt zich te bevinden in de gulden middenweg. Om deze uit te bouwen, is een sterk beleid en goede organisatie en samenwerking nodig.

HA4: "We moeten de gulden middenweg zoeken en de politiek moet zorgen dat er voldoende artsen beschikbaar zijn in alle mogelijke disciplines. Ik denk dat dat de taak is van de politiek, om daar de mogelijkheden toe te scheppen en dat wij dat op het terrein moeten uitvoeren… dat er moeten structuren zijn die dat kunnen waarborgen… maar dat er altijd respect moet zijn voor de huisarts als mens en als deel van een gezin zelf, enz…"

Tot slot werden 7 stellingen gegeven over het weigeren van een hulpvraag door een huisarts. De deelnemers gaven aan in welke mate, van 1 tot 5, zij akkoord waren met de stellingen.

De resultaten waren als volgt:

Een huisarts mag een hulpvraag weigeren wanneer: (N=85)*	Gemiddelde score
Dat wat hem/haar gevraagd wordt illegaal of strafbaar is	4,37
Hij/zij niet opgeleid is voor de hulpvraag die gesteld wordt (e.g. juridisch advies)	4,18
De persoon die de hulpvraag stelt ongepast gedrag vertoont (e.g. agressief, seksueel grensoverschrijdend, etc.)	4,24
Hij/zij zelf niet in staat is om te helpen (e.g. eigen ziekte, uitputting, etc.)	4,13
De weigering van de dokter geen gevaar oplevert voor de persoon in kwestie	4,09
Hij/zij zelf beslist om niet te helpen. De dokter mag zelf beslissen of hij iemand wil helpen of niet	2,94
Nooit. Hij/zij moet minimale hulp bieden of de persoon in nood verwijzen naar de juiste instanties, ongeacht de omstandigheden	3,85

De deelnemers erkenden dat een huisarts een hulpvraag mag weigeren indien hij hiertoe een grondige reden heeft.

De huisartsen erkenden dat onder bepaalde omstandigheden een hulpvraag geweigerd mag worden. Dit gebeurt eerder uitzonderlijk. Goede communicatie en een correcte attitude naar de patiënt waren in deze omstandigheden belangrijk.

HA2: "Ik vind dat logische criteria om als huisarts een hulpvraag te kunnen weigeren."

HAIO: "Ik denk dat het wel veel uitmaakt dat er goede communicatie is met de patiënt, hoe je omgaat met de mensen, dat je respect toont voor de mensen. Je moet er niet per se een uitleg bij hebben, maar de manier waarop… en een alternatief aanbieden… Als je een goede reden geeft, denk ik wel dat dit geen probleem is inderdaad."

Een huisarts merkte enige spanning op bij een score:

HA3: " 'Wanneer hij/of zij niet in staat is om te helpen door eigen ziekte of uitputting'. Ha ja dat scoort dan toch nog redelijk hoog. Omdat voordien naar voor kwam dat ze dat eigenlijk van hun huisarts niet moesten weten en dat de huisarts maar moet blijven functioneren…"

Naast patiënt-gerelateerde factoren om te weigeren (ongepast gedrag, illegaal verzoek, etc.) gaven de artsen enkele andere redenen om te weigeren. Wanneer de arts meent dat het contact de eigen gezondheid schaadt, kan een hulpvraag geweigerd worden. Eigen ziekte en een hoge werkdruk werden ook aangehaald als reden om een niet-dringende hulpvraag te weigeren. Tot slot bracht een huisarts aan dat een hulpvraag mag geweigerd worden, wanneer het om een zinloze hulpvraag gaat, waarvan de arts inschat dat deze de patiënt niet beter maakt. Of vermoeidheid een gegronde reden is om een hulpvraag te weigeren, daarover waren de meningen van de artsen verdeeld. De factor vermoeidheid lijkt dus af te hangen van de omstandigheden en de ernst van de hulpvraag.

HA1: "Soms gebeurt dit, heel zelden, maar ik heb een aantal mensen die kwamen voor drugproblematiek, waar ik geen doen aan zag. Of je weet vooraf dat het een spelletje wordt. Dan zeg je 'Neen dat doe ik niet', door voorafgaande kennis van de patiënt. Bijvoorbeeld het meerdere malen stellen van ongepast gedrag. Dat je weet dat het sowieso zal gaan over meer medicatie, meer verdovende middelen, waarvan dat je weet dat het miserie wordt. Wanneer ze niet komen met de bedoeling om te verbeteren, maar met de bedoeling om iets te bekomen, dan heeft dat niet veel zin. Dat gebeurt zeer zelden, maar als het geen zin heeft, dan heeft het geen zin."

HA2: "Wat misschien wat 'flouer' is dat je misschien 's avonds, wanneer je wat meer vermoeid bent, dat je iemand sneller naar de afdeling spoed gaat verwijzen… Dan heb je die eigenlijk niet geweigerd, maar afgeleid naar een andere dienst."

**N daalt naarmate de vragenlijst vordert. Dit gebeurt omdat deelnemers afhaakten tijdens het invullen van de vragenlijst. Onvolledige responsen bleven behouden bij de analyses.*

HA3: "Ik vind dat wij dit altijd zouden mogen weigeren als het niet dringend is in bepaalde omstandigheden als het om een eigen ziekte of hoge werkdruk gaat."

HA3: "Ik heb het trouwens opgezocht. De orde schrijft dat je eigenlijk altijd mag weigeren voor je eigen gezondheid. Als je meent dat je er zelf van afziet/onder lijdt door naar die patiënt te moeten gaan, dan hoef je daar niet meer naar toe te gaan. Dus dat wordt goedgekeurd door de orde. Ik denk dat we dus door de orde zeer goed beschermd zijn om zo'n zaken te weigeren."

4.5. Algemene perceptie en waardering onderzoek door de huisartsen

De algemene perceptie van de huisartsen was dat hun patiënten in goede overeenstemming waren met hun huisartsen. Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en occasionele conflictsituaties te vermijden, zou enige communicatie en patiënteducatie uitkomst kunnen bieden.

HA3: "Hm, ze zitten volgens mij nog steeds op dezelfde lijn, maar zullen toch nog een beetje moeten worden heropgevoed. Zoals onder andere over de snelheid om naar de huisarts te komen. Ja, ook inzake het eisende naar de huisarts toe."

Een huisarts deelde zijn inzicht in de evolutie in de mentaliteit van de patiënten nu in vergelijking met vroeger.

HA1: "Het valt inderdaad wel mee... Vroeger werd er meer geëist, was het normaal dat je iedere nacht, dat je iedere weekdag, iedere zaterdag en zondag beschikbaar was. Zij vonden dat gewoon normaal… En het 'patiënteel' … is eigenlijk wel milder geworden dan voor 30 jaar. Iedereen werkte veel meer vroeger. Iedereen werkte anders. Iedereen is naar ons toe zeker toleranter geworden. Als die gegevens kloppen…"

Tot slot werden tijdens de interviews met de huisartsen diverse positieve reacties geuit omtrent het onderzoeksopzet en de resultaten. Deze reacties werden geïncludeerd.

HA1: "Sommige dingen worden ook niet in uren of tijd gerekend, maar dat zijn wonderbare mooie scores."

HA2: "Misschien onderschat ik het dat ik het goed en correct doe en dat dit mij op bepaalde momenten beter lukt. Misschien onderschat ik dat wel van mijzelf."

HA2: "Nuttige resultaten."

HA3: "Ik vind het leuk om te zien hoe tevreden de mensen zijn."

HA4: "Ik denk dat de verwachtingen van de patiënt redelijk goed beantwoorden aan dat wat wij denken dat we moeten bieden aan de patiënten. En dat er wel een aantal zaken zijn waarin we wat verder kunnen gaan. Zoals inderdaad nog beter structureren enerzijds, goed afgelijnde duidelijke afspraken…"

HAIO: "Ik vind het wel interessant om te zien hoe we scoren."

HAIO: "Ik vind het wel "leuk" is niet het juiste woord, maar interessant dat dat toch erkend wordt door de gemiddelde patiënt in deze steekproef. Ik interpreteer dat als erkenning."

5. Discussie

Tijdens dit onderzoek kwam veel informatie aan het licht over de patiënten en huisartsen uit de omgeving van Wevelgem. Ook werden enkele sterktes en zwaktes van het onderzoek duidelijk.

Het feit dat het onderzoek in een kwantitatief en een kwalitatief luik werd opgedeeld, vormde een meerwaarde voor de verzamelde data. Door middel van de online vragenlijst kon op korte periode een grote groep patiënten bevraagd worden. Dit liet toe om de huisartsen informatie te presenteren van patiënten uit hun directe omgeving. Dit maakte de interviews relevant voor de deelnemende huisartsen.

Door de huisartsen op kwalitatieve wijze te interviewen, bleef de uitwisseling van informatie vrij. Zo was er ruimte voor persoonlijke aanvullingen en/of opmerkingen, wat in de gesloten setting van een kwantitatieve enquête niet mogelijk is. Deze methode liet toe om een uitgebreider inzicht te verwerven in de beleving van de huisartsen.

Met 85 volledige responsen op de vragenlijst bleef de statistische kracht van het kwantitatieve luik eerder beperkt. Er was sprake van selectiebias. Het is waarschijnlijk dat deze steekproef een beperkte representativiteit heeft voor de hele populatie in Wevelgem en omstreken.

Daar er slechts 4 huisartsen en 1 HAIO geïnterviewd werden, is het tevens onwaarschijnlijk dat er informatieverzadiging is opgetreden tijdens de interviews. Indien meer huisartsen en HAIO's konden geïncludeerd worden in deze studie, zou hoogstwaarschijnlijk meer informatie aan het licht zijn gekomen.

Deze beperkingen maken dat dit onderzoek een pilootstudie blijft. Grootschalig onderzoek is aangewezen om deze primaire data aan te vullen.

Ondanks de beperkingen van dit onderzoek, zijn interessante gegevens aan het licht gekomen welke voor de deelnemende huisartsen en hun patiënten wel van meerwaarde kunnen zijn.

De huisartsen waren blij met de positieve score die patiënten aan hun eigen gezondheid gaven. Ze stelden zich echter vragen over hoe de patiënten tot deze score waren gekomen. Het is onduidelijk hoe patiënten hun eigen gezondheid inschatten. Dit stemt overeen met de bevindingen uit de literatuur. De verwachtingen van patiënten over medische interventies lijken niet te berusten op gedegen wetenschappelijke kennis en zijn vaak niet realistisch. Hun verwachtingen berusten eerder op hoop en emotie dan op rede. Enkele huisartsen maakten de bedenking dat patiënten mogelijks de gevolgen en impact van psychologische kwalen op hun gezondheid onderschatten. Het is ook onduidelijk of oudere patiënten de 'ouderdomskwaaltjes' al dan niet includeren wanneer zij hun eigen gezondheid inschatten.

De patiënten en huisartsen waren het eens over de 3 meest belangrijke eigenschappen voor een huisarts: vriendelijkheid en beleefdheid, medische competentie en tijdig verwijzen.

De minst belangrijke eigenschappen voor de patiënten waren helpen met niet-medische problemen, toegeeflijkheid en goedkoopheid.

Ondanks dit gegeven merkten de huisartsen op dat zij regelmatig met niet-medische problemen geconfronteerd worden. De consensus was dat patiënten hun huisarts mochten raadplegen met dergelijke problemen wanneer zij gevolgen voor hun gezondheid ondervonden. Dan kon de huisarts een luisterend oor bieden, de geassocieerde risico's inschatten en indien nodig verwijzen naar de relevante instanties.

Een interessante bedenking kwam aan het licht tijdens de interviews. Mogelijks zijn patiënten strenger in hun evaluatie van eigenschappen naarmate zij deze meer belangrijk vinden. Topics die minder belangrijk voor hen zijn, worden mogelijks minder streng geëvalueerd. Dit fenomeen lijkt mogelijk, doch werd niet geëvalueerd binnen deze studie.

Bijkomend werd de eigenschap om goed te kunnen luisteren door de patiënten het meest vermeld als belangrijk voor een huisarts. De huisartsen erkenden dat patiënten terecht een professionele dienstverlening verwachten. Dit komt overeen met de bevindingen uit de literatuur.

Patiënten en huisartsen toonden een wederzijdse tevredenheid t.o.v. elkaar. De antwoorden van de patiënten werden grotendeels positief ontvangen door de huisartsen. De huisartsen gaven regelmatig aan

dat ze de antwoorden van de patiënten logisch en interessant vonden.

Vier van de vijf artsen vonden dat er voldoende huisartsen in hun omgeving gevestigd waren. Deze huisartsen schatten de intrinsieke stress van het huisartsenberoep tevens lager dan de patiënten. Geen van deze praktijken had een patiëntenstop ingevoerd.

De vijfde huisarts, die iets verder gevestigd was van deze 4 collega's, vond dat er onvoldoende huisartsen in de directe omgeving gevestigd waren. Deze huisarts stemde in met de hogere inschatting van de patiënten over de intrinsieke stress van het huisartsenberoep. Deze praktijk was tevens de enige in deze studie met een actieve patiëntenstop.

Het aantal beschikbare huisartsen in een regio lijkt in verband te staan met de werkdruk die de huisartsen ervaren en de noodzaak om al dan niet een patiëntenstop in te voeren.

Hoge werkdruk, tijdsdruk, veel administratie, conflicten en onduidelijke verwachtingen die niet ingelost worden, dragen bij tot hogere stresslevels bij de huisartsen. Deze bevindingen stemmen overeen met de literatuur over stressoren.

Als professional stelt de huisarts zich wat sterker op voor de eigen patiënten dan hij/zij werkelijk is. Dit is de meest aangehaalde verklaring voor het feit dat de patiënten hun eigen huisarts lager scoren met betrekking tot stress.

De meest vermelde energiebronnen zijn: voldoende huisartsen in de regio, een sterke organisatie binnen de praktijk met secretaresses/verpleegkundigen, buffers in de agenda, bijscholingsmogelijkheden en het stellen van duidelijke grenzen tussen werk en privé. Enkele patiënt-gerelateerde factoren zijn het uiten van erkenning of dankbaarheid en indien nodig patiënteducatie.

De covid-pandemie heeft een invloed gehad op het professionele leven van de huisartsen. Enkele huisartsen ervaarden dat hun patiënten, sinds de uitbraak van covid-19, meer negatief ingesteld waren en dat ze onverdraagzamer waren geworden. Bovendien leken mensen sinds covid-19 sneller hun huisarts te contacteren, zonder noodzakelijk een kwaal te hebben die dit verantwoordde. Enkele artsen gaven aan dat ze meer egoïsme bij hun patiënten vaststelden.

De meningen bij de deelnemende patiënten waren verdeeld omtrent het al dan niet wensen dat hun huisarts zou aangeven wanneer hij/zij zelf moeilijkheden ondervond. De huisartsen zelf waren wel in consensus dat de eigen grenzen gerespecteerd dienden te worden. Wanneer een huisarts in die mate problemen ervaart dat zijn/haar functie als arts eronder lijdt, moet hij/zij actie ondernemen en daarover communiceren. Er was ook de erkenning bij de huisartsen dat er gradaties zijn in de moeilijkheden die men kan ervaren. Sommige zaken, zoals dingen uit het privéleven, hoort men niet aan patiënten te vertellen.

De meeste patiënten waren bereid om niet-dringende hulpvragen uit te stellen wanneer hun huisarts zou aangeven dat hij/zij minder uren wilt werken. De huisartsen reageerden hier positief op. Zij stelden zich wel vragen bij het vermogen van patiënten om te onderscheiden tussen dringende en niet-dringende hulpvragen. Enige patiënteducatie over dit thema zou uitkomst kunnen bieden.

De patiënten waren empathisch en welwillend naar hun huisartsen en vonden dat deze vrij mogen kiezen hoeveel uren ze willen werken. Tevens vonden ze de zorgpermanentie cruciaal en wensten ze een continuïteit van de medische diensten. De huisartsen merkten deze enigszins tegenstrijdige standpunten op.

De oplossing leek voor de huisartsen te zitten in de organisatie van een sterke wachtdienst met voldoende collega's om de werkdruk te verdelen.

Tot slot waren de patiënten en huisartsen in consensus dat huisartsen bepaalde hulpvragen mogen weigeren als zij hier een geldige reden voor hebben. Wanneer zij geen geldige reden hebben, dient minimale hulpverlening verricht te worden of dient de patiënt naar de juiste instanties verwezen te worden.

De algemene perceptie van de huisartsen was dat de verwachtingen van de patiënten overeenstemden

met hun eigen verwachtingen. Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en occasionele conflictsituaties te vermijden, kunnen goede communicatie, shared decision making en patiënteducatie uitkomst bieden.

Deze bevindingen sluiten aan bij de bevindingen uit de literatuurstudie. Deze wezen eveneens op het belang van goede communicatie, goed kunnen luisteren, shared decision making en patiënt educatie.

Net zoals de geneeskunde doorheen de tijd lijkt te evolueren, zo lijken ook de mentaliteit en de verwachtingen van patiënten mee te evolueren, weliswaar met enige vertraging. Kwaliteitsvolle communicatie tussen huisarts en patiënt, over de wederzijdse verwachtingen, lijkt de sleutel te zijn tot een goede verstandhouding tussen beiden. Op die manier blijft de arts-patiënt relatie sterk en kunnen huisarts en patiënt de evolutie van de eerstelijnsgezondheidszorg samen opvolgen.

6. Besluit

Wanneer we de vooropgestelde onderzoeksvragen opnieuw stellen, kunnen we deze beantwoorden met de verzamelde informatie:

1) Wat zijn de verwachtingen die patiënten hebben t.o.v. hun huisartsen?

   Patiënten lijken een professionele dienstverlening te verwachten. Binnen dit kader lijken vriendelijkheid en beleefdheid, medische competentie en tijdig verwijzen de belangrijkste eigenschappen van een huisarts te zijn. De belangrijkste bijkomende eigenschap van een huisarts is de eigenschap om te kunnen luisteren naar de patiënt, ook naar niet medische-problemen.

2) Hoe reageren huisartsen op de verwachtingen van patiënten t.o.v. huisartsgeneeskunde?

   Huisartsen reageren in het algemeen positief op de verwachtingen van patiënten. De huisartsen zijn akkoord met de inschatting die patiënten maken over wat ze mogen verwachten van de huisarts.

3) Zijn er verschillen in de verwachtingen t.o.v. huisartsgeneeskunde tussen patiënten en huisartsen?

   Ja, er zijn verschillen in de verwachtingen van patiënten en huisartsen. Deze gaan voornamelijk over de bereikbaarheid van de huisarts, het verschil tussen dringende en niet-dringende hulpvragen en het omgaan met hoge werkdruk en tijdsdruk binnen de praktijk. Goede communicatie, shared decision en patiënt educatie zijn hier aangewezen.

4) Wat zijn de gevolgen wanneer huisartsen en patiënten verschillende of gelijke verwachtingen hebben t.o.v. huisartsgeneeskunde?

   Wanneer huisartsen en patiënten verschillende verwachtingen hebben, kan dit leiden tot frustraties en mogelijks conflictsituaties. Dit heeft negatieve gevolgen voor de arts-patiënt relatie, de werkvreugde die de huisarts ervaart en de tevredenheid van de patiënt. Mogelijks kan dit leiden tot het beëindigen van de arts-patiënt relatie.

   Wanneer huisartsen en patiënten gelijke verwachtingen hebben, ontstaat er een aangename verhouding waarbij huisarts en patiënt zich gerespecteerd voelen.

In conclusie kan men stellen dat de huisartsen en patiënten in de regio van Wevelgem een wederzijdse tevredenheid lijken te ervaren. Ondanks het feit dat de kwantitatieve draagkracht van deze studie beperkt is, bleken de data een positieve invloed te hebben gehad op de huisartsen. Deze studie kan een opstap zijn naar meer grootschalig onderzoek teneinde de kwaliteit van de gezondheidszorg in meer huisartsenpraktijken te verhogen en het welzijn van meer huisartsen te bevorderen.

7. Referenties

1) Bilsen Johan, De Couck Marijke, Vandersteen Kenneth. Burn-out in het Universitair Ziekenhuis Brussel. Het onevenwicht tussen stressoren en energiebronnen en het gebrek aan controle. [proefschrift]. Brussel: VUB; 2019.
2) Bakker, A.B., Schaufeli, W.B. & Demerouti, E. (1999). Werkstressoren, energiebronnen, en burnout: Het WEB-model. In J. Winnubst, F. Schuur & J. Dam (Red.), Praktijkboek gezond werken: Integrale oplossingen voor somatische, psychische en psychosociale klachten in de organisatie. Maarssen: Elsevier. Te raadplegen via: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/129.pdf. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
3) Vandenbroeck S et al. 2013. Burn-out bij artsen en verpleegkundigen. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid. Arbeid en Sociaal Overleg, te raadplegen via: http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=36139. Laatst geraadpleegd op 12 februari 2020.
4) Stefanie Versaevel. 2014. Burnout bij artsen & verpleegkundigen. KUL. Te raadplegen via https://www.nvkvv.be/file?fle=633052&ssn=482d6ea82113d2e822caa5cd5932e9b76be6a2. laatst geraadpleegd op 16 augustus 2020.
5) Isabelle Hansez et al. 2019. Onderzoek over burn-out in de Belgische bevolking. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Te raadplegen via: http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=45872. laatst geraadpleegd op 20 april 2019.
6) Onze steun aan het welzijnsaanbod voor zorgverleners. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. 23 maart 2021. Te raadplegen via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/Paginas/onze-steun-welzijnsaanbod-zorgverleners.aspx. Laatst geraadpleegd op 23 juli 2022.
7) Doctors4doctors vzw Zorg dragen voor het welzijn van artsen. Te raadplegen via: https://www.doctors4doctors.be/. Laatst geraadpleegd op 23 juli 2022.
8) Kris Vanhaecht, Deborah Seys, Luk Bruyneel, Bianca Cox, Gorik Kaesemans, Margot Cloet, Kris Van Den Broeck, Olivia Cools, Andy De Witte, Koen Lowet, Johan Hellings, Johan Bilsen, Gilbert Lemmens, Stephan Claes. 2021. COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. International Journal for Quality in Health Care. Te raadplegen via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33270881/. Laatst geraadpleegd op 22 december 2022.
9) Ashley Elizabeth Muller, Elisabet Vivianne Hafstad, Jan Peter William Himmels, Geir Smedslund, Signe Flottorp, Synne Øien Stensland, Stijn Stroobants, Stijn Van de Velde, Gunn Elisabeth Vist. 2020. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. Te raadplegen via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32898840/. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
10) Pauline Van Cutsem. 2016. Budget 2016: Federale Begroting 2016 van de Gezondheidszorg, CM. Te raadplegen via https://adoc.pub/federale-begroting-2016-van-de-gezondheidszorg.html. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
11) Saskia Mahieu. 2020. Begroting van de gezondheidszorg. Budget 2020: zorgverleners, zorgvoorzieningen, mutualiteiten en vakbonden vragen om een budget met visie en met voldoende middelen voor nieuwe initiatieven. CM. Te raadplegen via: CM-Info-Begroting-gezondheidszorg_tcm47-65705.pdf. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
12) Burnout bij huisartsen: hoe aanpakken? 2010. KCE. Te raadplegen via: https://kce.fgov.be/nl/over-ons/persberichten/burnout-bij-huisartsen-hoe-aanpakken. Laatst geraadpleegd op 24 april 2022.
13) T. Declercq et al. 2016. Richtlijn depressie bij volwassenen. Domus Medica. Te raadplegen via:https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20depressie%20bij%20volwassen en_0.pdf. Laatst geraadpleegd op 29 november 2021.
14) Arts in Nood. Het vertrouwensplatform voor psychologische hulpverlening aan artsen. Te raadplegen via: https://www.artsinnood.be. Laatst geraadpleegd op 29 november 2020.
15) Maak kennis met de H&W-redactie. Huisarts en Wetenschap. Te raadplegen via: https://www.henw.org/over-hw#. Laatst geraadpleegd op 23 juli 2022.

16) Wat is MINERVA? Minerva. Evidence-Based Practice voor nog betere zorg. 23 februari 2022. Te raadplegen via: http://www.minerva-ebm.be/Home/Minerva. Laatst geraadpleegd op 23 juli 2022.
17) Atie Van Den Brink-Muinen, Sandra Van Dulmen, H.P. Jung, J.M. Bensing. 2008. Communiceren huisartsen volgens de verwachtingen van hun patiënten? Huisarts en Wetenschap. Te raadplegen via: https://www.henw.org/artikelen/communiceren-huisartsen-volgens-de-verwachtingen-van-hun-patienten# . Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
18) Wanneer patiënt en arts tegenstrijdige verwachtingen hebben… Minerva 2011 Volume 10 Nummer 5 Pagina 53-53. Te raadplegen via: http://www.minerva-ebm.be/NL/Article/238. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
19) Bèr Pleumeekers. 2015. Zijn de verwachtingen van patiënten realistisch? Huisarts en Wetenschap. Te raadplegen via: https://www.henw.org/artikelen/zijn-de-verwachtingen-van-patienten-realistisch. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
20) Ellen Keizer, Peter Bakker, Paul Giesen, Michel Wensing, Femke Atsma, Marleen Smits, Maria van den Muijsenbergh. 2017. Migrants' motives and expectations for contacting out-of-hours primary care: a survey study. Pubmed. Te raadplegen via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29162044/. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
21) Claire E Johnson, Hugh Senior, Peta McVey, Victoria Team, Angela Ives, Geoffrey Mitchell. 2020. End-of-life care in rural and regional Australia: Patients', carers' and general practitioners' expectations of the role of general practice, and the degree to which they were met. Pubmed. Te raadplegen via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32488974/. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
22) Ruben Zwierlein, Frank Portenhauser, Kristina Flägel, Jost Steinhäuser. 2020. Determinants of Setting up a General Practice - a Qualitative Study. Pubmed. Te raadplegen via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32259870/. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
23) Julian Wangler, Michael Jansky. 2021. Support, needs and expectations of family caregivers regarding general practitioners - results from an online survey. Pubmed. Te raadplegen via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33658009/. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.
24) Pinika Patel, Danielle M Muscat, Lyndal Trevena, Dipti Zachariah, Hanaa Nosir, Nishanthie Jesurasa, Amina Hadi, Sarah Bernays. 2022. Exploring the expectations, experiences and tensions of refugee patients and general practitioners in the quality of care in general practice. Pubmed. Te raadplegen via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34951092/. Laatst geraadpleegd op 25 juni 2022.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst uit het kwantitatief luik

1. Wat is uw geslacht?
    a. Man
    b. Vrouw
    c. Andere

2. Wat is uw leeftijd?
    a. <18
    b. 18-25
    c. 26-35
    d. 36-55
    e. 56-65
    f. >65

3. Duid aan wat voor u het meest van toepassing is. Ik ben:
    a. Student

b. Actief werkende als:
    - Arbeider
    - Bediende
    - Ambtenaar
    - Zelfstandige
c. Gepensioneerd
d. Invalide
e. Heden werkzoekende
f. Andere (vrije tekst)

4. Bent u in enige mate gelovig?
    a. Ja
    b. Neen
    c. Geen mening

5. Zo ja: Op welke basis rust uw geloof? (Vraag verschijnt na "Ja" op vraag 4)
    a. Katholicisme
    b. Islam
    c. Jodendom
    d. Agnosticisme
    e. Andere (vrije tekst)

6. Van nul (slechtste score) tot 10 (beste score), welke score zou u aan uw eigen gezondheid geven?
    a. [0;10]

7. Duid aan wat voor u het meest van toepassing is:
    a. Ik heb voornamelijk lichamelijke kwalen (botbreuk, longontsteking e.d.)
    b. Ik heb voornamelijk mentale kwalen (stress, slaapgebrek e.d.)
    c. Ik heb zowel lichamelijke als mentale kwalen
    d. Ik heb weinig tot geen kwalen

8. Vindt u dat er voldoende huisartsen in uw omgeving gevestigd zijn?
    a. Ja
    b. Neen
    c. Geen mening

9. Van nul (slechtste score) tot 10 (beste score), hoe tevreden bent u over uw huisarts?
    a. [0;10]

10. Van 1 (helemaal niet belangrijk) tot 5 (heel belangrijk), hoe **belangrijk** vindt u volgende eigenschappen voor een **huisarts**?
    a. Een huisarts is vriendelijk en beleefd
    b. Een huisarts weet hoe hij/zij diverse problemen van de gezondheid kan oplossen
    c. Een huisarts laat de patiënt mee beslissen in het beleid dat hij/zij voor de patiënt opstelt.
    d. Een huisarts is een voorbeeld van goede gezondheid
    e. Een huisarts is altijd beschikbaar
    f. Een huisarts verwijst naar een specialist wanneer hij/zij zelf een probleem niet kan oplossen
    g. Een huisarts helpt mensen met niet-medische problemen (e.g. financiële problemen, problemen op de werkvloer, familiale problemen, etc.)
    h. Een huisarts is toegeeflijk (e.g. geeft extra afspraken op een reeds volle agenda)
    i. Een huisarts is assertief (e.g. weigeren van onterechte handelingen en attesten die mensen hem/haar vragen)
    j. Een huisarts zorgt goed voor zichzelf, ook wanneer hij/zij dan niet voor andere mensen kan zorgen
    k. Een huisarts stelt de patiënt voorop (ook op zichzelf)
    l. Een huisarts is goedkoop

11. Vindt u nog andere eigenschappen belangrijk voor uw huisarts?

a. Ja (vrij tekstvak)
b. Neen

12. Van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord), in welke mate bent u **akkoord** met volgende stellingen?
    a. Mijn huisarts is vriendelijk en beleefd
    b. Mijn huisarts weet hoe hij/zij diverse problemen van de gezondheid kan oplossen
    c. Mijn huisarts laat de patiënt mee beslissen in het beleid dat hij/zij voor de patiënt opstelt.
    d. Mijn huisarts is een voorbeeld van goede gezondheid
    e. Mijn huisarts is altijd beschikbaar
    f. Mijn huisarts verwijst naar een specialist wanneer hij/zij zelf een probleem niet kan oplossen
    g. Mijn huisarts helpt mensen met niet-medische problemen (e.g. financiële problemen, problemen op de werkvloer, familiale problemen, etc.)
    h. Mijn huisarts is toegeeflijk (e.g. geeft extra afspraken op een reeds volle agenda)
    i. Mijn huisarts is assertief (e.g. weigeren van onterechte handelingen en attesten die mensen hem/haar vragen)
    j. Mijn huisarts zorgt goed voor zichzelf, ook wanneer hij/zij dan niet voor andere mensen kan zorgen
    k. Mijn huisarts stelt de patiënt voorop (ook op zichzelf)
    l. Mijn huisarts is goedkoop

13. Van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord), in welke mate bent u **akkoord** met volgende stellingen? Ik vind dat mensen hun huisarts horen te raadplegen bij:
    a. Problemen op de werkvloer (e.g. pestgedrag)
    b. Financiële problemen (e.g. werkloosheid)
    c. Familiale problemen (e.g. echtscheiding)
    d. Sociale problemen (e.g. eenzaamheid)
    e. Andere, niet-medische problemen (e.g. juridische problemen)
    f. Alle bovenstaande, doch enkel als er gevolgen voor de gezondheid aanwezig zijn (e.g. slaapstoornis, angst, depressie, etc.)
    g. Geen van bovenstaande. Een huisarts hoort enkel medische problemen te behandelen.

14. Van nul tot 10, hoe stressvol zou u het beroep van huisarts in het algemeen inschatten?
    a. [0;10]

15. Van nul tot 10, hoeveel stress denkt u dat uw eigen huisarts ervaart?
    a. [0;10]

16. Had u ooit de indruk dat uw huisarts het moeilijk had?
    a. Ja
    b. Neen

17. Vindt u het belangrijk dat uw huisarts aan zijn/haar patiënten aangeeft wanneer hij/zij het zelf moeilijk heeft?
    a. Ja, hoe meer ik over mijn huisarts weet, des te beter.
    b. Ja, doch enkel wanneer zijn/haar problemen een negatieve invloed hebben op zijn/haar functie als arts: m.a.w. Als het een (in)directe invloed heeft op de zorg die hij/zij kan bieden.
    c. Neen, patiënten komen met eigen problemen en willen hulp. Als de dokter problemen heeft, moet hij/zij zelf hulp zoeken en zijn/haar praktijk zo nodig sluiten.
    d. Neen, patiënten komen met hun eigen problemen en willen hulp. De dokter is verantwoordelijk voor de gezondheid van veel mensen. De dokter mag zijn/haar eigen problemen niet laten primeren op die van anderen. Het is zijn/haar plicht om anderen te helpen.

18. Bent u bereid om niet-dringende hulpvragen uit te stellen, indien uw huisarts zou aangeven dat hij/zij minder uren wilt werken dan voordien?
    a. Ja

b. Neen

19. Van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord), in welke mate bent u **akkoord** met volgende stellingen?
    a. Huisartsen, ongeacht hun aantal, horen al hun patiënten te helpen en moeten dus altijd bereikbaar zijn voor hun patiënten.
    b. Huisartsen mogen, afhankelijk van de situatie, bepaalde, niet dringende hulpvragen weigeren (e.g. Hoge werkdruk, eigen ziekte, etc.)
    c. In bepaalde omstandigheden is het onmogelijk om altijd bereikbaar te zijn. Huisartsen moeten bereikbaar zijn op duidelijk vastgelegde uren, maar niet altijd.
    d. Huisarts zijn vrije mensen en zijn vrij in hun keuzes. Zij mogen zelf kiezen hoeveel uren zij willen werken.

20. Van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord), in welke mate bent u **akkoord** met volgende stellingen?
    a. De zorgpermanentie, m.a.w. de continuïteit van de zorg, is van cruciaal belang. Deze moet steeds gehandhaafd worden ongeacht de omstandigheden.
    b. De zorgpermanentie, m.a.w. de continuïteit van de zorg, is pas mogelijk wanneer er genoeg artsen beschikbaar zijn om deze te voorzien. De bereidwilligheid van de artsen speelt geen rol aangezien dit hun plicht is.
    c. De zorgpermanentie, m.a.w. de continuïteit van de zorg, is pas mogelijk wanneer er genoeg artsen beschikbaar EN bereidwillig zijn om deze te voorzien.

21. Van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord), in welke mate bent u **akkoord** met volgende stellingen? Ik vind dat een huisarts mag weigeren iemand te helpen wanneer:
    a. Dat wat hem/haar gevraagd wordt illegaal of strafbaar is
    b. Hij/zij niet opgeleid is voor de hulpvraag die gesteld wordt (e.g. juridisch advies)
    c. De persoon die de hulpvraag stelt ongepast gedrag vertoont (e.g. agressief, seksueel grensoverschrijdend, etc.)
    d. Hij/zij zelf niet in staat is om te helpen (e.g. eigen ziekte, uitputting, etc.)
    e. De weigering van de dokter geen gevaar oplevert voor de persoon in kwestie
    f. Hij/zij zelf beslist om niet te helpen. De dokter mag zelf beslissen of hij iemand wil helpen of niet
    g. Nooit. Hij/zij moet minimale hulp bieden of de persoon in nood verwijzen naar de juiste instanties, ongeacht de omstandigheden

Bijlage 2: ICF van deelnemende huisartsen en HAIO (geanonimiseerd)

Geachte collega,

Bedankt dat u interesse toont in deze studie.

Het onderwerp van dit onderzoek zijn de verwachtingen die huisartsen en patiënten hebben t.o.v. huisartsgeneeskunde. Het is gekend dat onze artsen tegenwoordig onder grote druk staan. Dit was reeds het geval voor covid-19 de kop opstak. Hoe gaan huisartsen met deze druk om? Wat verwachten patiënten van hun huisarts wanneer deze onder druk staat? Hebben huisarts en patiënt dezelfde verwachtingen of zijn er net grote verschillen in de verwachtingen van beiden?

Met deze studie hopen wij, de onderzoekers, de arts-patiënt relatie te verbeteren, de druk op de huisartsen te verlagen en de duurzaamheid van de gezondheidszorg in de eerste lijn te bevorderen.

In de eerste fase van dit onderzoek hebben patiënten uit huisartsenwachtpost De Meander een online vragenlijst ingevuld omtrent dit thema.

In de tweede fase van het onderzoek worden huisartsen en HAIO's uitgenodigd om te reageren op de antwoorden van de patiënten tijdens een kwalitatief interview.

Alvorens u deelneemt aan het interview, dient u het volgende te weten:

1) Uw deelname is vrijwillig. U beslist uit vrije wil om deel te nemen aan het interview of niet.
2) Uw identiteit is enkel gekend door de onderzoeker die het interview afneemt. Het interview wordt opgenomen en nadien uitgeschreven in een anoniem verslag.
3) De verslagen van de interviews worden na afloop van het onderzoek gebundeld en samen met de resultaten van de eerste fase neergeschreven in een wetenschappelijk verslag, kaderend binnen de MaNaMa-opleiding huisartsgeneeskunde.
4) Eenmaal het verslag van het interview is uitgeschreven, worden de opnames vernietigd.
5) De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
6) U kunt op ieder moment stoppen met het interview. U wordt echter wel verzocht, in het belang van de kwaliteit van de resultaten, om het interview volledig af te leggen.
7) Het gehele interview duurt ongeveer 30 minuten.
8) Indien u na publicatie een kopie van het wetenschappelijk verslag wenst te bekomen, kunt u uw e-mail adres hieronder invullen:

e-mail: [redacted]

Ik heb de bovengenoemde informatie gelezen en geef mijn toestemming om opgenomen te worden tijdens dit interview. Ik stem toe met de voorwaarden zoals hierboven beschreven:

(Gelezen en goedgekeurd)

[redacted]

INFORMATIE OVER DE VERWERKING VAN UW PERSOONSGEGEVENS.

De nieuwe Europese Algemene Verordening omtrent Gegevensbescherming (AVG), die sinds 25 mei 2018 van kracht is, legt bijkomende vereisten op over hoe bedrijven of organisaties uw persoonsgegevens mogen gebruiken. Een van die vereisten is dat de verantwoordelijke voor de verwerking u onderstaande informatie bezorgt.

Er worden in het kader van het onderzoek waar u aan deelneemt, persoonsgegevens van u verzameld. Wij, Vrije Universiteit Brussel, zijn verantwoordelijk voor de correcte verwerking en de informatieplicht die daarmee gepaard gaat. Daarom vragen wij graag nogmaals uw aandacht voor het feit dat naast gewone persoonsgegevens, zoals gegevens over uw leeftijd en geslacht, ook “bijzondere categorieën” van persoonsgegevens verzameld worden. Voorbeelden hiervan zijn:

- uw stem;
- uw uiterlijk;
- uw persoonlijke opvattingen;
- uw gezondheidstoestand en medische aandoeningen, inclusief uw medische voorgeschiedenis;
- uw behandelingen en uw respons op de behandelingen

Uiteraard mogen wij uw persoonsgegevens enkel gebruiken voor de wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden die beschreven staan in het formulier voor geïnformeerde toestemming, zoals door u ondertekend bij het begin van uw deelname aan het onderzoek.

Het kan dat uw gegevens worden ingekeken door personen die zich in landen bevinden die op het vlak van wettelijke bescherming van gegevens niet dezelfde normen gebruiken als de EU. In dat geval verbinden wij er ons toe om de voorwaarden van de Europese en de Belgische wetgeving rond de bescherming van persoonsgegevens te laten respecteren.

Vervolgens geven wij u graag nog mee dat, conform de relevante wetgeving, de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende minstens 20 jaar, of 30 jaar indien deze gegevens ook deel uitmaken van uw medisch dossier, worden bewaard [1] . Volgens de AVG hebt u een aantal rechten rond de verwerking van uw gegevens. Indien u hierover verdere vragen hebt, kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoekarts. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum, staat ter uwer beschikking. Hierbij vindt u zijn/haar contactgegevens: dpo@vub.be.

Tot slot heeft u ook het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming:

[1] De huidige wetgeving verplicht om persoonlijke informatie die deel uitmaakt van dit onderzoek gedurende 20 jaar te bewaren (en –indien van toepassing- verlengt de Europese Verordening betreffende klinische proeven met geneesmiddelen deze bewaartermijn tot 25 jaar). In geval van een onderzoekgeneesmiddel voor een innoverende therapie waarbij gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal, bedraagt deze bewaarperiode minimaal 30 jaar en maximaal 50 jaar in overeenstemming met de Belgische wet van 19 december 2008 inzake het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal en de geldende Koninklijke Besluiten. Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) Drukpersstraat 35, 1000 Brussel Tel. +32 2 274 48 00 e-mail: contact@apd-gba.be Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Geachte collega,

Bedankt dat u interesse toont in deze studie.

Het onderwerp van dit onderzoek zijn de verwachtingen die huisartsen en patiënten hebben t.o.v. huisartsgeneeskunde. Het is gekend dat onze artsen tegenwoordig onder grote druk staan. Dit was reeds het geval voor covid-19 de kop opstak. Hoe gaan huisartsen met deze druk om? Wat verwachten patiënten van hun huisarts wanneer deze onder druk staat? Hebben huisarts en patiënt dezelfde verwachtingen of zijn er net grote verschillen in de verwachtingen van beiden?

Met deze studie hopen wij, de onderzoekers, de arts-patiënt relatie te verbeteren, de druk op de huisartsen te verlagen en de duurzaamheid van de gezondheidszorg in de eerste lijn te bevorderen.

In de eerste fase van dit onderzoek hebben patiënten uit huisartsenwachtpost De Meander een online vragenlijst ingevuld omtrent dit thema.

In de tweede fase van het onderzoek worden huisartsen en HAIO's uitgenodigd om te reageren op de antwoorden van de patiënten tijdens een kwalitatief interview.

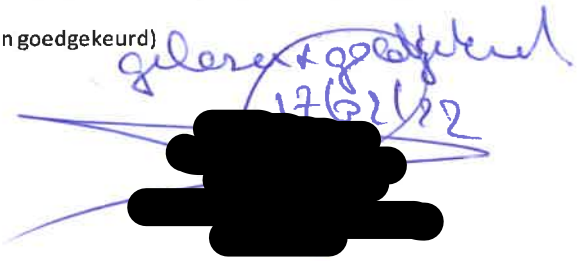
Alvorens u deelneemt aan het interview, dient u het volgende te weten:

1) Uw deelname is vrijwillig. U beslist uit vrije wil om deel te nemen aan het interview of niet.
2) Uw identiteit is enkel gekend door de onderzoeker die het interview afneemt. Het interview wordt opgenomen en nadien uitgeschreven in een anoniem verslag.
3) De verslagen van de interviews worden na afloop van het onderzoek gebundeld en samen met de resultaten van de eerste fase neergeschreven in een wetenschappelijk verslag, kaderend binnen de MaNaMa-opleiding huisartsgeneeskunde.
4) Eenmaal het verslag van het interview is uitgeschreven, worden de opnames vernietigd.
5) De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
6) U kunt op ieder moment stoppen met het interview. U wordt echter wel verzocht, in het belang van de kwaliteit van de resultaten, om het interview volledig af te leggen.
7) Het gehele interview duurt ongeveer 30 minuten.
8) Indien u na publicatie een kopie van het wetenschappelijk verslag wenst te bekomen, kunt u uw e-mail adres hieronder invullen:

e-mail: [redacted]

Ik heb de bovengenoemde informatie gelezen en geef mijn toestemming om opgenomen te worden tijdens dit interview. Ik stem toe met de voorwaarden zoals hierboven beschreven:

(Gelezen en goedgekeurd)



INFORMATIE OVER DE VERWERKING VAN UW PERSOONSGEGEVENS.

De nieuwe Europese Algemene Verordening omtrent Gegevensbescherming (AVG), die sinds 25 mei 2018 van kracht is, legt bijkomende vereisten op over hoe bedrijven of organisaties uw persoonsgegevens mogen gebruiken. Een van die vereisten is dat de verantwoordelijke voor de verwerking u onderstaande informatie bezorgt.

Er worden in het kader van het onderzoek waar u aan deelneemt, persoonsgegevens van u verzameld. Wij, Vrije Universiteit Brussel, zijn verantwoordelijk voor de correcte verwerking en de informatieplicht die daarmee gepaard gaat. Daarom vragen wij graag nogmaals uw aandacht voor het feit dat naast gewone persoonsgegevens, zoals gegevens over uw leeftijd en geslacht, ook “bijzondere categorieën” van persoonsgegevens verzameld worden. Voorbeelden hiervan zijn:

- uw stem;
- uw uiterlijk;
- uw persoonlijke opvattingen;
- uw gezondheidstoestand en medische aandoeningen, inclusief uw medische voorgeschiedenis;
- uw behandelingen en uw respons op de behandelingen

Uiteraard mogen wij uw persoonsgegevens enkel gebruiken voor de wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden die beschreven staan in het formulier voor geïnformeerde toestemming, zoals door u ondertekend bij het begin van uw deelname aan het onderzoek.

Het kan dat uw gegevens worden ingekeken door personen die zich in landen bevinden die op het vlak van wettelijke bescherming van gegevens niet dezelfde normen gebruiken als de EU. In dat geval verbinden wij er ons toe om de voorwaarden van de Europese en de Belgische wetgeving rond de bescherming van persoonsgegevens te laten respecteren.

Vervolgens geven wij u graag nog mee dat, conform de relevante wetgeving, de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende minstens 20 jaar, of 30 jaar indien deze gegevens ook deel uitmaken van uw medisch dossier, worden bewaard [1] . Volgens de AVG hebt u een aantal rechten rond de verwerking van uw gegevens. Indien u hierover verdere vragen hebt, kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoekarts. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum, staat ter uwer beschikking. Hierbij vindt u zijn/haar contactgegevens: dpo@vub.be.

Tot slot heeft u ook het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming:

[1] De huidige wetgeving verplicht om persoonlijke informatie die deel uitmaakt van dit onderzoek gedurende 20 jaar te bewaren (en –indien van toepassing- verlengt de Europese Verordening betreffende klinische proeven met geneesmiddelen deze bewaartermijn tot 25 jaar). In geval van een onderzoekgeneesmiddel voor een innoverende therapie waarbij gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal, bedraagt deze bewaarperiode minimaal 30 jaar en maximaal 50 jaar in overeenstemming met de Belgische wet van 19 december 2008 inzake het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal en de geldende Koninklijke Besluiten. Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) Drukpersstraat 35, 1000 Brussel Tel. +32 2 274 48 00 e-mail: contact@apd-gba.be Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Geachte collega,

Bedankt dat u interesse toont in deze studie.

Het onderwerp van dit onderzoek zijn de verwachtingen die huisartsen en patiënten hebben t.o.v. huisartsgeneeskunde. Het is gekend dat onze artsen tegenwoordig onder grote druk staan. Dit was reeds het geval voor covid-19 de kop opstak. Hoe gaan huisartsen met deze druk om? Wat verwachten patiënten van hun huisarts wanneer deze onder druk staat? Hebben huisarts en patiënt dezelfde verwachtingen of zijn er net grote verschillen in de verwachtingen van beiden?

Met deze studie hopen wij, de onderzoekers, de arts-patiënt relatie te verbeteren, de druk op de huisartsen te verlagen en de duurzaamheid van de gezondheidszorg in de eerste lijn te bevorderen.

In de eerste fase van dit onderzoek hebben patiënten uit huisartsenwachtpost De Meander een online vragenlijst ingevuld omtrent dit thema.

In de tweede fase van het onderzoek worden huisartsen en HAIO's uitgenodigd om te reageren op de antwoorden van de patiënten tijdens een kwalitatief interview.

Alvorens u deelneemt aan het interview, dient u het volgende te weten:

1) Uw deelname is vrijwillig. U beslist uit vrije wil om deel te nemen aan het interview of niet.
2) Uw identiteit is enkel gekend door de onderzoeker die het interview afneemt. Het interview wordt opgenomen en nadien uitgeschreven in een anoniem verslag.
3) De verslagen van de interviews worden na afloop van het onderzoek gebundeld en samen met de resultaten van de eerste fase neergeschreven in een wetenschappelijk verslag, kaderend binnen de MaNaMa-opleiding huisartsgeneeskunde.
4) Eenmaal het verslag van het interview is uitgeschreven, worden de opnames vernietigd.
5) De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
6) U kunt op ieder moment stoppen met het interview. U wordt echter wel verzocht, in het belang van de kwaliteit van de resultaten, om het interview volledig af te leggen.
7) Het gehele interview duurt ongeveer 30 minuten.
8) Indien u na publicatie een kopie van het wetenschappelijk verslag wenst te bekomen, kunt u uw e-mail adres hieronder invullen:

e-mail: [redacted]

Ik heb de bovengenoemde informatie gelezen en geef mijn toestemming om opgenomen te worden tijdens dit interview. Ik stem toe met de voorwaarden zoals hierboven beschreven:

(Gelezen en goedgekeurd)

gelezen en goedgekeurd.

3/03/2022

[redacted] HUISARTS

INFORMATIE OVER DE VERWERKING VAN UW PERSOONSGEGEVENS.

De nieuwe Europese Algemene Verordening omtrent Gegevensbescherming (AVG), die sinds 25 mei 2018 van kracht is, legt bijkomende vereisten op over hoe bedrijven of organisaties uw persoonsgegevens mogen gebruiken. Een van die vereisten is dat de verantwoordelijke voor de verwerking u onderstaande informatie bezorgt.

Er worden in het kader van het onderzoek waar u aan deelneemt, persoonsgegevens van u verzameld. Wij, Vrije Universiteit Brussel, zijn verantwoordelijk voor de correcte verwerking en de informatieplicht die daarmee gepaard gaat. Daarom vragen wij graag nogmaals uw aandacht voor het feit dat naast gewone persoonsgegevens, zoals gegevens over uw leeftijd en geslacht, ook “bijzondere categorieën” van persoonsgegevens verzameld worden. Voorbeelden hiervan zijn:

- uw stem;
- uw uiterlijk;
- uw persoonlijke opvattingen;
- uw gezondheidstoestand en medische aandoeningen, inclusief uw medische voorgeschiedenis;
- uw behandelingen en uw respons op de behandelingen

Uiteraard mogen wij uw persoonsgegevens enkel gebruiken voor de wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden die beschreven staan in het formulier voor geïnformeerde toestemming, zoals door u ondertekend bij het begin van uw deelname aan het onderzoek.

Het kan dat uw gegevens worden ingekeken door personen die zich in landen bevinden die op het vlak van wettelijke bescherming van gegevens niet dezelfde normen gebruiken als de EU. In dat geval verbinden wij er ons toe om de voorwaarden van de Europese en de Belgische wetgeving rond de bescherming van persoonsgegevens te laten respecteren.

Vervolgens geven wij u graag nog mee dat, conform de relevante wetgeving, de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende minstens 20 jaar, of 30 jaar indien deze gegevens ook deel uitmaken van uw medisch dossier, worden bewaard [1] . Volgens de AVG hebt u een aantal rechten rond de verwerking van uw gegevens. Indien u hierover verdere vragen hebt, kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoekarts. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum, staat ter uwer beschikking. Hierbij vindt u zijn/haar contactgegevens: dpo@vub.be.

Tot slot heeft u ook het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming:

[1] De huidige wetgeving verplicht om persoonlijke informatie die deel uitmaakt van dit onderzoek gedurende 20 jaar te bewaren (en –indien van toepassing- verlengt de Europese Verordening betreffende klinische proeven met geneesmiddelen deze bewaartermijn tot 25 jaar). In geval van een onderzoekgeneesmiddel voor een innoverende therapie waarbij gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal, bedraagt deze bewaarperiode minimaal 30 jaar en maximaal 50 jaar in overeenstemming met de Belgische wet van 19 december 2008 inzake het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal en de geldende Koninklijke Besluiten. Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) Drukpersstraat 35, 1000 Brussel Tel. +32 2 274 48 00 e-mail: contact@apd-gba.be Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Geachte collega,

Bedankt dat u interesse toont in deze studie.

Het onderwerp van dit onderzoek zijn de verwachtingen die huisartsen en patiënten hebben t.o.v. huisartsgeneeskunde. Het is gekend dat onze artsen tegenwoordig onder grote druk staan. Dit was reeds het geval voor covid-19 de kop opstak. Hoe gaan huisartsen met deze druk om? Wat verwachten patiënten van hun huisarts wanneer deze onder druk staat? Hebben huisarts en patiënt dezelfde verwachtingen of zijn er net grote verschillen in de verwachtingen van beiden?

Met deze studie hopen wij, de onderzoekers, de arts-patiënt relatie te verbeteren, de druk op de huisartsen te verlagen en de duurzaamheid van de gezondheidszorg in de eerste lijn te bevorderen.

In de eerste fase van dit onderzoek hebben patiënten uit huisartsenwachtpost De Meander een online vragenlijst ingevuld omtrent dit thema.

In de tweede fase van het onderzoek worden huisartsen en HAIO's uitgenodigd om te reageren op de antwoorden van de patiënten tijdens een kwalitatief interview.

Alvorens u deelneemt aan het interview, dient u het volgende te weten:

1) Uw deelname is vrijwillig. U beslist uit vrije wil om deel te nemen aan het interview of niet.
2) Uw identiteit is enkel gekend door de onderzoeker die het interview afneemt. Het interview wordt opgenomen en nadien uitgeschreven in een anoniem verslag.
3) De verslagen van de interviews worden na afloop van het onderzoek gebundeld en samen met de resultaten van de eerste fase neergeschreven in een wetenschappelijk verslag, kaderend binnen de MaNaMa-opleiding huisartsgeneeskunde.
4) Eenmaal het verslag van het interview is uitgeschreven, worden de opnames vernietigd.
5) De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
6) U kunt op ieder moment stoppen met het interview. U wordt echter wel verzocht, in het belang van de kwaliteit van de resultaten, om het interview volledig af te leggen.
7) Het gehele interview duurt ongeveer 20 minuten.
8) Indien u na publicatie een kopie van het wetenschappelijk verslag wenst te bekomen, kunt u uw e-mail adres hieronder invullen:

e-mail: .....[redacted]

Ik heb de bovengenoemde informatie gelezen en geef mijn toestemming om opgenomen te worden tijdens dit interview. Ik stem toe met de voorwaarden zoals hierboven beschreven:

(Gelezen en goedgekeurd)



INFORMATIE OVER DE VERWERKING VAN UW PERSOONSGEGEVENS.

De nieuwe Europese Algemene Verordening omtrent Gegevensbescherming (AVG), die sinds 25 mei 2018 van kracht is, legt bijkomende vereisten op over hoe bedrijven of organisaties uw persoonsgegevens mogen gebruiken. Een van die vereisten is dat de verantwoordelijke voor de verwerking u onderstaande informatie bezorgt.

Er worden in het kader van het onderzoek waar u aan deelneemt, persoonsgegevens van u verzameld. Wij, Vrije Universiteit Brussel, zijn verantwoordelijk voor de correcte verwerking en de informatieplicht die daarmee gepaard gaat. Daarom vragen wij graag nogmaals uw aandacht voor het feit dat naast gewone persoonsgegevens, zoals gegevens over uw leeftijd en geslacht, ook “bijzondere categorieën” van persoonsgegevens verzameld worden. Voorbeelden hiervan zijn:

- uw stem;
- uw uiterlijk;
- uw persoonlijke opvattingen;
- uw gezondheidstoestand en medische aandoeningen, inclusief uw medische voorgeschiedenis;
- uw behandelingen en uw respons op de behandelingen

Uiteraard mogen wij uw persoonsgegevens enkel gebruiken voor de wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden die beschreven staan in het formulier voor geïnformeerde toestemming, zoals door u ondertekend bij het begin van uw deelname aan het onderzoek.

Het kan dat uw gegevens worden ingekeken door personen die zich in landen bevinden die op het vlak van wettelijke bescherming van gegevens niet dezelfde normen gebruiken als de EU. In dat geval verbinden wij er ons toe om de voorwaarden van de Europese en de Belgische wetgeving rond de bescherming van persoonsgegevens te laten respecteren.

Vervolgens geven wij u graag nog mee dat, conform de relevante wetgeving, de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende minstens 20 jaar, of 30 jaar indien deze gegevens ook deel uitmaken van uw medisch dossier, worden bewaard [1] . Volgens de AVG hebt u een aantal rechten rond de verwerking van uw gegevens. Indien u hierover verdere vragen hebt, kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoekarts. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum, staat ter uwer beschikking. Hierbij vindt u zijn/haar contactgegevens: dpo@vub.be.

Tot slot heeft u ook het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming:

[1] De huidige wetgeving verplicht om persoonlijke informatie die deel uitmaakt van dit onderzoek gedurende 20 jaar te bewaren (en –indien van toepassing- verlengt de Europese Verordening betreffende klinische proeven met geneesmiddelen deze bewaartermijn tot 25 jaar). In geval van een onderzoekgeneesmiddel voor een innoverende therapie waarbij gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal, bedraagt deze bewaarperiode minimaal 30 jaar en maximaal 50 jaar in overeenstemming met de Belgische wet van 19 december 2008 inzake het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal en de geldende Koninklijke Besluiten. Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) Drukpersstraat 35, 1000 Brussel Tel. +32 2 274 48 00 e-mail: contact@apd-gba.be Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Geachte collega,

Bedankt dat u interesse toont in deze studie.

Het onderwerp van dit onderzoek zijn de verwachtingen die huisartsen en patiënten hebben t.o.v. huisartsgeneeskunde. Het is gekend dat onze artsen tegenwoordig onder grote druk staan. Dit was reeds het geval voor covid-19 de kop opstak. Hoe gaan huisartsen met deze druk om? Wat verwachten patiënten van hun huisarts wanneer deze onder druk staat? Hebben huisarts en patiënt dezelfde verwachtingen of zijn er net grote verschillen in de verwachtingen van beiden?

Met deze studie hopen wij, de onderzoekers, de arts-patiënt relatie te verbeteren, de druk op de huisartsen te verlagen en de duurzaamheid van de gezondheidszorg in de eerste lijn te bevorderen.

In de eerste fase van dit onderzoek hebben patiënten uit huisartsenwachtpost De Meander een online vragenlijst ingevuld omtrent dit thema.

In de tweede fase van het onderzoek worden huisartsen en HAIO's uitgenodigd om te reageren op de antwoorden van de patiënten tijdens een kwalitatief interview.

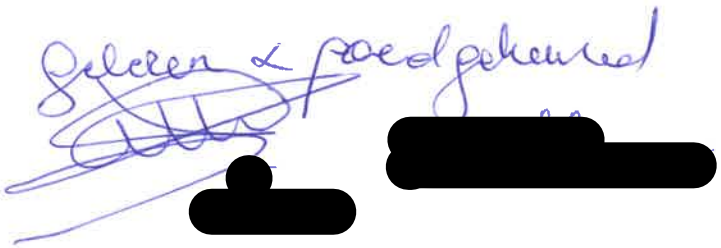
Alvorens u deelneemt aan het interview, dient u het volgende te weten:

1) Uw deelname is vrijwillig. U beslist uit vrije wil om deel te nemen aan het interview of niet.
2) Uw identiteit is enkel gekend door de onderzoeker die het interview afneemt. Het interview wordt opgenomen en nadien uitgeschreven in een anoniem verslag.
3) De verslagen van de interviews worden na afloop van het onderzoek gebundeld en samen met de resultaten van de eerste fase neergeschreven in een wetenschappelijk verslag, kaderend binnen de MaNaMa-opleiding huisartsgeneeskunde.
4) Eenmaal het verslag van het interview is uitgeschreven, worden de opnames vernietigd.
5) De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
6) U kunt op ieder moment stoppen met het interview. U wordt echter wel verzocht, in het belang van de kwaliteit van de resultaten, om het interview volledig af te leggen.
7) Het gehele interview duurt ongeveer 30 minuten.
8) Indien u na publicatie een kopie van het wetenschappelijk verslag wenst te bekomen, kunt u uw e-mail adres hieronder invullen:

e-mail: [redacted]

Ik heb de bovengenoemde informatie gelezen en geef mijn toestemming om opgenomen te worden tijdens dit interview. Ik stem toe met de voorwaarden zoals hierboven beschreven:

(Gelezen en goedgekeurd)



INFORMATIE OVER DE VERWERKING VAN UW PERSOONSGEGEVENS.

De nieuwe Europese Algemene Verordening omtrent Gegevensbescherming (AVG), die sinds 25 mei 2018 van kracht is, legt bijkomende vereisten op over hoe bedrijven of organisaties uw persoonsgegevens mogen gebruiken. Een van die vereisten is dat de verantwoordelijke voor de verwerking u onderstaande informatie bezorgt.

Er worden in het kader van het onderzoek waar u aan deelneemt, persoonsgegevens van u verzameld. Wij, Vrije Universiteit Brussel, zijn verantwoordelijk voor de correcte verwerking en de informatieplicht die daarmee gepaard gaat. Daarom vragen wij graag nogmaals uw aandacht voor het feit dat naast gewone persoonsgegevens, zoals gegevens over uw leeftijd en geslacht, ook “bijzondere categorieën” van persoonsgegevens verzameld worden. Voorbeelden hiervan zijn:

- uw stem;
- uw uiterlijk;
- uw persoonlijke opvattingen;
- uw gezondheidstoestand en medische aandoeningen, inclusief uw medische voorgeschiedenis;
- uw behandelingen en uw respons op de behandelingen

Uiteraard mogen wij uw persoonsgegevens enkel gebruiken voor de wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden die beschreven staan in het formulier voor geïnformeerde toestemming, zoals door u ondertekend bij het begin van uw deelname aan het onderzoek.

Het kan dat uw gegevens worden ingekeken door personen die zich in landen bevinden die op het vlak van wettelijke bescherming van gegevens niet dezelfde normen gebruiken als de EU. In dat geval verbinden wij er ons toe om de voorwaarden van de Europese en de Belgische wetgeving rond de bescherming van persoonsgegevens te laten respecteren.

Vervolgens geven wij u graag nog mee dat, conform de relevante wetgeving, de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende minstens 20 jaar, of 30 jaar indien deze gegevens ook deel uitmaken van uw medisch dossier, worden bewaard [1] . Volgens de AVG hebt u een aantal rechten rond de verwerking van uw gegevens. Indien u hierover verdere vragen hebt, kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoekarts. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum, staat ter uwer beschikking. Hierbij vindt u zijn/haar contactgegevens: dpo@vub.be.

Tot slot heeft u ook het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming:

[1] De huidige wetgeving verplicht om persoonlijke informatie die deel uitmaakt van dit onderzoek gedurende 20 jaar te bewaren (en –indien van toepassing- verlengt de Europese Verordening betreffende klinische proeven met geneesmiddelen deze bewaartermijn tot 25 jaar). In geval van een onderzoekgeneesmiddel voor een innoverende therapie waarbij gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal, bedraagt deze bewaarperiode minimaal 30 jaar en maximaal 50 jaar in overeenstemming met de Belgische wet van 19 december 2008 inzake het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal en de geldende Koninklijke Besluiten. Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) Drukpersstraat 35, 1000 Brussel Tel. +32 2 274 48 00 e-mail: contact@apd-gba.be Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Bijlage 3: Goedkeuring Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

KENNETH VANDERSTEEN
MENTAL HEALTH AND WELLBEING RESEARCH GROUP

Brussels, 2021-06-23

EC number: **EC-2021-139**

LEADING ETHICS COMMITTEE - SINGLE OPINION

Concerning :
The doctor-patient relationship in primary care in Belgium: an evaluation
BUN: 1432021000485

The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB reviewed the documents (see annex EC document list) concerning the above mentioned project from the ethical, legal and medical science points of view and in accordance with the Belgian Law of 7 May 2004 concerning experiments on the human person, Chapter VIII - Article 11 - § 4 : items 1 till 11

The Ethics Committee decided, during its meeting on 2021-06-23, that there are no objections to the study in its present form.

Please remark that the Green Light Procedure has to be completed before the study can be performed at UZ Brussel.

This approval is valid for the duration of the trial. The Committee wishes to obtain an annual trial status. Results of the trial should be transmitted to the Committee at the end of the trial (publication or summary if there is no publication planned). The Committee reminds the investigator of his/her personal responsibility for this project. The Committee does not take any responsibility for its favourable advice of the project. The Ethics Committee is organised and operates according to ICH-GCP and its applicable laws and regulations. The list of members is enclosed.

Kind regards,

Chairman
Vice-Chairman

Cc: FAGG, Departement R&D

EC Document List

STUDY REGISTRATION

CV

ICH GCP Certificaat

Onderzoeksteam

Ondersteunende afdeling

ICF Dokters Nederlands - correctie

ICF Nederlands

ICF Dokters Frans - correctie

ICF Frans

GDPR Register

Study Protocol template (VUB) (3)

Franse vragenlijst 2021

Rekrutering van deelnemers

Template interview met deelnemende huisartsen

Vragenlijst+consent

Verzekeringsaanvraag ManaMa-thesis

Verzekeringsattest

Advies Ethsiche Commissie met handtekeningen

Gelijkaardige studies

Handtekeningen Thesis

Antwoordbrief Ethische Commissie Rekrutering

van deelnemers

Universitair Ziekenhuis Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 2021-06-23

Ons kenmerk: EC-2021-139

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB (since 28-04-2021)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. D. Michielsen, MD, PhD	CHAIRMAN Urology UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Van Scharen, LLM	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Prof. Apr. Bert Bravenboer	Pharmacology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB - UZ BRUSSEL	M
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology /Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Mrs. R. Cools	Nurse UZ BRUSSEL	F
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Dr. P. Flamee, MD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Mr. B. Humblet	Patient representative External Member	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. M. Moens, MD PhD	Neurosurgery UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Mrs. S. Pirlotte	Nurse UZ BRUSSEL	F
Mr. T. Van Sande	Nurse UZ BRUSSEL	M
Dr. K. Vergaelen, MD	Intensive Care UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

GREEN LIGHT CHECKLIST

EC number: EC-2021-139
Principal investigator: Kenneth Vandersteen
Clinical trial Unit (department): Mental Health and Wellbeing Research Group (MENT)
Title in English: The doctor-patient relationship in primary care in Belgium: an evaluation

I, undersigned, declare that

- ☐ this study has been approved by the CME as Leading Ethics Committee on 2021-07-01
  or
- ☐ this study has been approved by the Leading Ethics Committee on and authorized by the CME as Local Ethics Committee on
  or
- ☐ this study has been approved according to the CTR Pilot Procedure on and authorized by the CME (Local opinion) on

- ☐ this study has been approved by the FAMHP (FAGG)
  - ☐ on :
  - or
  - ☒ not applicable
  - or
  - ☐ CTR Pilot procedure has been followed

- ☐ this study has been registered on
  - ☐ www.clinicaltrials.gov or ☐ other :
  - or ☒ not applicable

- ☐ the clinical trial agreement has been signed by all parties and by the CEO of UZ Brussel
  - on : or ☒ not applicable

- ☐ the initiation meeting has taken place on 2021-07-01

GREEN LIGHT CHECKLIST

In case one (or more) of the investigators or members of the study team has (have) a direct or indirect (financial) interest in this study (as indicated on the application form during the submission), the CoI declaration form has been completed.

□ the financial disclosure form has been signed

or [X] not applicable

□ IMP is available at the site

[ ] yes or [X] not applicable

□ IVRS or Master Randomization List is in place

[ ] yes or [X] not applicable

Signature PI:

Electronically signed by Kenneth Vandersteen on 01/07/2021 10:57:07 (document signed for approval)

Digitaal ontvangstbewijs

Dit ontvangstbewijs bevestigt dat Turnitin uw paper heeft ontvangen. Hieronder vindt u de ontvangstinformatie voor de door u ingediende paper.

De eerste pagina van uw inzendingen wordt hieronder weergegeven.

Auteur van inzending:	Kenneth Vandersteen
Opdrachttitel:	ManaMa Huisartsgeneeskunde 2021-2022 augustus
Titel van inzending:	De arts-patiënt relatie in de eerste lijn in Vlaanderen: een pi...
Bestandsnaam:	MANAMA-thesis_Finaal.pdf
Bestandsgrootte:	4.99M
Aantal pagina's:	48
Aantal woorden:	18,561
Aantal tekens:	101,612
Datum van inzending:	28-jul.-2022 10:52a.m. (UTC+0200)
Inzending-ID:	1876133812



De arts-patiënt relatie in de eerste lijn in Vlaanderen: een pilootstudie in Wevelgem

Vandersteen Kenneth, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Bilsen Johan, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotoren: /

Master of Family Medicine

Copyright 2022 Turnitin. Alle rechten voorbehouden.