IMPACT VAN HET COVID-19 VIRUS OP DE HUISARTSENPRAKTIJK

Florence De Potter & Marie-Sophie De Wilde, KU Leuven
Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 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.

INHOUDSTAFEL

Abstract……4

Inleiding……5

Methoden……6

Onderzoeksvragen……6

Design en vragenlijsten……6

Populatie en verspreiding……6

Analyseplan……6

Ethische overwegingen……6

Resultaten……7

Demografie……7

Zorg……7

Praktijkmanagement……8

Steun……9

Welbevinden……10

Discussie……12

Conclusie……14

Persoonlijke reflecties……15

Referenties……17

Bijlagen……18

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité……18

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité……22

Bijlage 3: Informatiebrief huisartsen en patiënten……24

Bijlage 4: Vragenlijsten huisartsen en patiënten……26

ABSTRACT

INLEIDING Eind 2019 leidde het SARS-CoV-2 virus tot een wereldwijde pandemie met een enorme impact op alle domeinen van onze maatschappij. Reorganisatie van de eerstelijnszorg was essentieel om de verspreiding van het virus zoveel mogelijk tegen te gaan. Teleconsulten en shiften in triagecentra maakten deel uit van het takenpakket van de huisarts. Niet-urgente en chronische zorg voor de patiënt werd uitgesteld. De impact van de eerste en tweede COVID-19 golf op zowel het management van de huisartsenpraktijk als het welbevinden van de huisarts en zijn patiënt worden in deze studie bevraagd.

METHODEN Er werden twee vragenlijsten opgesteld. De ene werd gericht aan patiënten die tijdens de COVID-19 crisis hun huisarts contacteerden, de andere aan Vlaamse en Brusselse huisartsen. De vragenlijsten werden begin 2021 verspreid via sociale media en via e-mail naar vier lokale huisartsenkringen. Ze werden anoniem ingevuld. Met behulp van Qualtrics werden de gegevens verzameld en geanalyseerd.

RESULTATEN 264 patiënten en 199 huisartsen vulden de enquête volledig in. Ten gevolge van de COVID-19 crisis bleek het management in de eerstelijnszorg te veranderen: minder huisbezoeken, meer teleconsulten, aanpassing van de agenda en wachtzaal en opzet van triagecentra. 42,2% van de huisartsen spendeerden meer dan twee uur per dag aan administratie. Huisartsen (87%; n=173) ervaarden een meerwaarde van hun huisartsenkring, maar voelden zich weinig gesteund vanuit de overheid. Ze voelden zich verbonden met andere zorgverleners (79,4%), maar 63,3% dacht er ooit aan om tijdens de crisis te stoppen met de job. Patiënten stelden hun zorg uit, uit angst om de arts te storen of om besmet te geraken, maar waren over het algemeen tevreden met de aanpak van hun huisarts (94,3%). Ze voelden zich geholpen (92,8%) en gerustgesteld (88,7%) na een consultatie. Er was meer nood aan psychische hulp (15,9%) en er werd meer medicatie (6,9%), alcohol (12,8%) en tabak (5,7%) geconsumeerd ten gevolge van de COVID-19 crisis.

CONCLUSIE Consultaties werden voornamelijk door patiënten uitgesteld zonder dat artsen het gevoel hadden veel pathologieën te hebben gemist. Teleconsulten blijken veelbelovend te zijn bij de communicatie tussen de huisarts en zijn patiënt. De COVID-19 crisis benadrukte de flexibiliteit en samenwerkingszin van de huisartsen. Er wordt wel een oproep gedaan naar eenduidige en rechtstreekse communicatie alsook naar meer psychologische steun voor zorgverleners en patiënten in tijden van crisis.

INLEIDING

Eind december 2019 werd het SARS-CoV-2, een nieuw type coronavirus, voor het eerst gedetecteerd in Wuhan, China (1). Al snel ontstond een pandemie en bereikte het ook onze contreien. Om verdere verspreiding van het virus tegen te gaan werd op 16 maart 2020 door de federale overheid een noodplan afgekondigd voor de huisartsgeneeskunde (2). Reorganisatie van de eerstelijnszorg was essentieel. De kerncompetenties van de huisarts, beschreven door WONCA Europe in 2002, werden uitgedaagd (3).

Niet-urgente zorg werd uitgesteld met als doel de meest dringende medische zorg te kunnen blijven garanderen. Om een consultatie of huisbezoek te plannen, moest de vraag of klacht van de patiënt eerst telefonisch door een arts gehoord en geëvalueerd worden. Het medisch advies werd indien mogelijk via de telefoon aan de patiënt doorgegeven. De meeste fysieke consultaties werden tijdelijk vervangen door teleconsulten. De huisarts werd het eerste aanspreekpunt voor patiënten met bezorgdheden en vragen omtrent het COVID-19 virus, wat een overvloed aan telefoons betekende. Om deze correct te beantwoorden, was het noodzakelijk dat huisartsen op de hoogte waren van de COVID-19 richtlijnen. Deze werden continu aangepast. Duidelijke protocollen omtrent het correct uitvoeren van teleconsulten ontbraken. Later werd een extra vergoeding voor huisartsen voorzien voor het uitvoeren van teleconsulaties, wat een welgekomen steun was in deze tijden van crisis (4). Bij symptomen die mogelijks konden wijzen op een COVID-19 infectie kon de patiënt eerst worden doorgestuurd naar één van de vele triagecentra. Regio-afhankelijk werd het ene sneller opgericht dan het andere. Zeven dagen op zeven werden deze triagecentra bemand door medisch personeel dat patiënten onderzocht, testte en zo nodig doorverwees naar de dienst spoedgevallen.

Deze maatregelen hadden tot op heden een grote impact op de organisatie van de eerstelijnszorg. Een hervorming van de werking binnen de huisartsenpraktijk drong zich op. Naarmate de epidemie vorderde, slaagden meer en meer praktijken er in om opnieuw meer patiënten in de huisartsenpraktijk te ontvangen (5). Op 4 mei 2020 werd dan ook het noodplan huisartsgeneeskunde beëindigd (6). Chronische zorg was weer mogelijk, maar het bleef uiteraard belangrijk om mogelijke COVID-19 patiënten te onderscheiden van de anderen. Teleconsulten en shiften in triagecentra bleven een belangrijk deel uitmaken van het snel veranderende takenpakket van de huisarts.

Niet alleen de toegenomen werkbelasting, maar ook de financiële en emotionele impact die de COVID-19 crisis met zich meebracht, beïnvloedde het welbevinden van de huisarts. Uiteraard ervaarde de patiënt eveneens deze aanpassingen in de zorg. Het consulteren van hun huisarts vereiste een andere aanpak, de chronische zorg werd uitgesteld en ze werden geconfronteerd met voortdurend veranderende richtlijnen die hun dagelijks leven beïnvloedden. Dit alles leidde tot soms onverwachte en minder aangename situaties in het contact tussen arts en patiënt. Anderzijds brachten deze aanpassingen ook fijne momenten teweeg, waarbij gevoelens van dankbaarheid en verbondenheid werden ervaren.

In dit onderzoek werd de impact van het SARS-CoV-2 op de huisartsenpraktijk in kaart gebracht tijdens de eerste en tweede COVID-19 golf (maart 2020 - december 2020) (7). Er werd ook nagegaan wat de gevolgen van de pandemie zijn voor zowel de huisarts en zijn patiënt en als voor hun onderlinge relatie.

METHODEN

Onderzoeksvragen

Dit prospectief kwantitatief onderzoek biedt inzichten over de impact van de eerste en tweede COVID-19 golf op de huisarts en zijn patiënt. In een eerste onderzoeksvraag wordt nagegaan wat de gevolgen van de pandemie zijn op het management van de huisartsenpraktijk. In een tweede onderzoeksvraag wordt gekeken hoe de huisarts en de patiënt dit gewijzigde zorgaanbod ervaarden.

Design en vragenlijsten

Er werden artikels geraadpleegd uit Domus Medica en HuisartsNu waarin reeds uitgevoerde enquêtes rond de COVID-19 epidemie in België werden bestudeerd. Daarnaast werden de referenties van deze artikels bekeken en werden bronnen geselecteerd die de opzet van ons onderzoek vorm gaven. Aangezien de pandemie net was gestart, was het aanbod aan informatie echter beperkt. Op basis van de gevonden literatuur werd een lijst met potentiële vragen opgesteld die aansloten bij de onderzoeksvragen. Hieruit werden de meest relevante geselecteerd. De eerste enquête werd gericht aan huisartsen. De tweede enquête werd gericht aan patiënten die tijdens de eerste en tweede COVID-19 golf hun huisarts contacteerden. Om de respons rate te maximaliseren, werden de vragen eenduidig opgesteld en het aantal vragen beperkt. Dit resulteerde in 36 vragen voor de enquête aan huisartsen en 30 vragen voor de enquête aan patiënten. Deze werden gedurende één maand opengesteld (09/01/2021-10/02/2021).

De vragen werden ingevoerd in Qualtrics, een online platform dat enquêtes helpt ontwikkelen en verdelen. Met deze software werd nadien ook de data geanalyseerd op een eenvoudige en overzichtelijke manier.

Populatie en verspreiding

Begin januari 2021 werd de enquête die gericht was aan patiënten verdeeld over sociale media. De link naar de enquête werd verspreid via het Facebookprofiel van beide auteurs van dit artikel. Het bericht werd in totaal 23 keer gedeeld door Facebookvrienden waardoor ook een publiek buiten de eigen vriendenkring werd aangesproken. Ter herinnering werd na negentien dagen de link een tweede maal gedeeld om een hogere respons rate te bekomen. De responder moest aan twee inclusiecriteria voldoen: inwoner zijn van Vlaanderen of Brussel en tijdens de COVID-19 crisis de huisarts gecontacteerd hebben.

Ook de enquête die gericht was aan huisartsen werd diezelfde dag verspreid over sociale media. De link naar de correcte enquête werd op Facebook in twee groepen gedeeld: “Covid-19 voor artsen” met op dat moment 15100 leden (bestaande uit zorgverleners) en “HAIO’s KUL 2019-2022” met 235 leden (bestaande uit huisartsen-in-opleiding). De link werd op 05/01/2021 ook per mail verzonden naar vier huisartsenkringen waar de auteurs doorheen hun ManaMa Huisartsgeneeskunde werkzaam waren, namelijk Huisartsenkring Ijzerstreek en Westkust, Middenkust, Gent en Zuid-West-Vlaanderen. Op deze manier werden bijkomend 600-tal huisartsen bereikt. De huisarts moest werkende zijn in Vlaanderen of Brussel.

Analyseplan

Er werden beschrijvende analyses uitgevoerd met behulp van het Qualtrics-programma. Indien de enquête niet volledig werd ingevuld, werd deze niet geanalyseerd. Hierna beschreven en bediscussieerden we de meest opmerkelijke bevindingen en knelpunten. Voor een vlotte interpretatie werden de resultaten ‘vaak’ en ‘heel vaak’ alsook ‘eerder wel’ en ‘helemaal wel’ samengevoegd tot één resultaat. De resultaten van beide enquêtes werden volgens thema ingedeeld: demografie, zorg, praktijkmanagement, steun en welbevinden. De adviezen voor de toekomst van zowel de artsen als de patiënten werden hierin verwerkt.

Ethische overwegingen

Elke deelnemer had toegang tot een informatiebrief alvorens de enquête aan te vatten. Alle antwoorden op de vragenlijsten werden anoniem ingevuld en opgeslagen. Het onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van de KU Leuven onder referentienummer MP017005.

RESULTATEN

De enquêtes die gericht waren aan patiënten en huisartsen bevroegen eerst het profiel van de responder. Nadien werd gepeild naar hun visie over de geboden zorg, het praktijkmanagement, de ervaren steun en hun welbevinden tijdens de eerste en tweede COVID-19 crisis.

Demografie

In totaal zijn 403 patiënten gestart met de enquête; 65% hiervan (n=264) vulden deze volledig in. De patiëntenkenmerken zijn terug te vinden in onderstaande tabel (Tabel 1).

In totaal zijn 238 huisartsen gestart aan de enquête, waarvan 199 deze volledig invulden. Kenmerken van de deelnemende huisartsen worden in Tabel 2 weergegeven.

Tabel 1: Kenmerken van deelnemende patiënten

GESLACHT	
Man	20,1% (n=53)
Vrouw	79,9 % (n=211)
Onbepaald	0,0% (n=0)
LEEFTIJD (JAREN)	
< 20	1,5% (n=4)
20-30	40,2% (n=106)
30-50	25,4% (n=67)
50-65	29,2% (n=77)
> 65	3,8% (n=10)
POSITIEVE COVID-TEST GEHAD	
Ja	14,0% (n=38)
Nee	86,0% (n=226)
CHRONISCHE ZIEKTE	
Aanwezig	4,9% (n=13)
Afwezig	95,1% (n=251)
WOONPLAATS	
West-Vlaanderen	76,9% (n=203)
Andere (exclusief Wallonië)	23,1% (n=61)
GEZINSSAMENSTELLING	
Alleenstaand met kinderen	5,3% (n=14)
Alleenstaand zonder kinderen	19,3% (n=51)
Gezin met kinderen	50,0% (n=132)
Gezin zonder kinderen	25,4% (n=67)
OPLEIDINGSNIVEAU	
Basisonderwijs	2,3% (n=6)
Secundair onderwijs	18,9% (n=50)
Hogeschool	39,0% (n=103)
Universitair	39,8% (n=105)

Tabel 2: Kenmerken van deelnemende huisartsen

GESLACHT	
Man	31,67% (n=63)
Vrouw	67,3% (n=134)
Onbepaald	1,0% (n=2)
LEEFTIJD (JAREN)	
< 30	30,2% (n=60)
30-50	49,3%(n=98)
50-65	17,1% (n=34)
> 65	3,5% (n=7)
HAIO	
Ja	11,1% (n=22)
Nee	88,9% (n=177)
CRA	
Ja	11,1% (n=22)
Nee	88,9% (n=177)
IK WERK IN...	
West-Vlaanderen	40,7% (n=81)
Oost-Vlaanderen	21,6% (n=43)
Antwerpen	16,6% (n=33)
Limburg	10,6% (n=21)
Vlaams-Brabant	6,5% (n=13)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	4,0% (n=8)
TYPE PRAKTIJK	
Solopraktijk	16,6% (n=33)
Duopraktijk	16,6% (n=33)
Groepspraktijk	62,3% (n=124)
Wijkgezondheidscentrum	4,5% (n=9)
POSITIEVE COVID-TEST GEHAD	
Ja	18,6% (n=37)
Nee	81,4% (n=162)
RISICOPATIËNT	
Ja	11,6% (n=23)
Nee	88,4% (n=176)

Zorg

In de enquête van de patiënten werd aan de hand van vier vragen gepeild naar de uitgestelde zorg en de beschikbaarheid van de huisarts. Hieruit bleek dat volgens 96,2% (n=254) van de patiënten nooit een afspraak werd uitgesteld tijdens de COVID-19 crisis, noch door de patiënt, noch door de huisarts. Indien een afspraak werd uitgesteld, bleek dit vooral uit angst om de arts te storen (19,7%; n=52). Het tweede meest gerapporteerde argument was de angst om besmet te geraken in de praktijk (12,5%; n=33). Een minderheid dacht dat het niet was toegestaan om op consultatie te gaan (0,03%; n=8) of was bang om anderen te besmetten (0,02%; n=7). Volgens de huisartsen werd de zorg wél vaak door patiënten uitgesteld (91,0%; n=181), maar zelden door henzelf (68,9%; n=137).

Het overgrote merendeel van de huisartsen (92,0%; n=183) had de indruk zelden tot nooit ernstige pathologieën te hebben gemist ten gevolge van de uitgestelde zorgverlening. Toch vond 14,6% (n=29) dat er vaak meer hospitalisaties waren door de uitgestelde zorg. De helft van de huisartsen (52,3%; n=104) benaderde hun patiënten proactief tijdens de crisis. Dit deden ze voornamelijk bij ouderen (n=76) en chronisch zieken (n=74), in mindere mate bij sociaal (n=37) en psychisch (n=37) kwetsbare patiënten. 17,4% (n=46) van de patiënten gaven aan spontaan te zijn opgebeld door hun huisarts tijdens de COVID-19 crisis ter evaluatie van hun gezondheidstoestand (Tabel 3).

Tabel 3: Zorg

UITSTEL AFSPRAAK VOLGENS PATIËNT	NOOIT	ZELDEN	VAAK	HEEL VAAK
Uitstel door huisarts	96,2% (n=254)	3,4% (n=9)	0,4% (n=1)	0,0% (n=0)
Uitstel door patiënt	96,2% (n=254)	3,4% (n=9)	0,4% (n=1)	0,0% (n=0)
UITGESTELDE ZORG VOLGENS HUISARTS	NOOIT	ZELDEN	VAAK	HEEL VAAK
Uitstel door patiënt	1,0% (n=2)	8,0% (n=16)	76,9% (n=153)	14,1% (n=28)
Uitstel door huisarts	6,0% (n=12)	68,9% (n=137)	24,6% (n=49)	0,5% (n=1)
Gemiste emstige pathologieën	20,6% (n=41)	71,4% (n=142)	8,0% (=16)	0,0% (n=0)
Meer hospitalisaties	15,6% (n=31)	69,9% (n=139)	14,6% (n=29)	0,0% (n=0)
Meer sterfgevallen	40,2% (n= 80)	56,8% (n=113)	2,5% (n=5)	0,5% (n=1)
VOLGENS PATIËNT	HELEMAAL NIET	EERDER NIET	EERDER WEL	HELEMAAL WEL
Terecht kunnen bij huisarts	0,0% (n=0)	5,7% (n=15)	36,7% (n=97)	57,6% (n=152)
PRO-ACTIEVE BENADERING DOOR ARTS	NEEN		JA	
Volgens huisartsen	47,7% (n=95)		52,3% (n=104)	
Volgens patiënten	82,6% (n=218)		17,4% (n=46)	

Praktijkmanagement

Tijdens de eerste COVID-19 golf dacht 73,1% (n=193) van de patiënten dat de huisarts niet meer op huisbezoek kwam. Tijdens de tweede golf gaf 68,6% (n=71) aan dat dit niet meer gebeurde (Tabel 4). De meerderheid van de patiënten (68,2%; n=180) gaf aan nooit een teleconsult te hebben gevoerd met hun huisarts tijdens de COVID-19 crisis. 194 patiënten (79,6%) wensen in de toekomst toch gebruik te maken van teleconsulten (Tabel 4). De voornaamste redenen hiervoor zijn 'het verkrijgen van voorschriften en attesten' (n=174) met vervolgens de 'opvolging van bestaande aandoeningen' (n=67) en op de derde plaats 'het bespreken van nieuwe klachten' (n=29).

Tabel 4: Type contact arts en patiënt

VOLGENS PATIENT	NEEN		JA	
Huisbezoek tijdens 1e golf	73,1% (n=193)		26,9% (n=71)	
Huisbezoek tijdens 2e golf	68,6% (n=181)		31,4% (n=83)	
Gebruik teleconsult na crisis	20,4% (n=70)		79,6% (n=194)	
VOLGENS PATIENT	NOOIT	ZELDEN	VAAK	HEEL VAAK
Teleconsult gevoerd	68,2% (n=180)	26,9% (n=71)	4,6% (n= 12)	0,4% (n=1)

Bij 87,4% (n=174) van de huisartsen werden er algemene praktijkrichtlijnen afgesproken omtrent de aanpak van de COVID-19 crisis. 74,1% (n=129) van deze artsen stelden de richtlijnen meteen op in het begin van de eerste golf, bij 22,6% (n=45) gebeurde dit pas na enige tijd zoeken.

Bij nagenoeg alle huisartsen (96,5%; n=192) werd de indeling van de agenda aangepast. De meest doorgevoerde aanpassingen waren het scheiden van infectieuze en niet-infectieuze raadplegingen (n=145), het inplannen van buffers tussen de raadplegingen (n=126) en het voorzien van extra ruimte voor teleconsulten (n=103). Een aantal huisartsen planden meer tijd in per consultatie (n=87) en splitsten infectieuze van niet-infectieuze huisbezoeken (n=48). Uit onze enquête bleek dat 67 huisartsen (33,7%) de vrije raadpleging hebben afgeschaft omwille van de COVID-19 crisis, slechts 14 van hen (20,9%) zou deze na de crisis weer heropstarten (Tabel 5).

Bijna alle huisartsen pasten ook de indeling van hun wachtzaal aan om het besmettingsrisico zo laag mogelijk te houden (97,5%; n=194). De drie meest doorgevoerde aanpassingen waren het reduceren van het aantal zitplaatsen (n=147), het aansporen van patiënten om pas enkele minuten voor de consultatie aanwezig te zijn (n=133) en het meer tijd laten tussen consultaties (n=114). Minder populaire aanpassingen waren het laten wachten van de patiënten in hun auto (n=78), een extra wachtruimte voorzien (n=54) en het gebruik van scheidingswanden (n=7).

Tijdens de COVID-19 crisis werden huisbezoeken voornamelijk uitgevoerd voor urgente pathologie (n=162), chronische pathologie bij niet-mobiele patiënten (n=103) en voor bewoners in woonzorgcentra (n=98). 28 huisartsen (14,1%) pasten hun strategie niet aan en planden hun huisbezoeken in zoals vòòr de crisis. Indien de artsen niet meer op huisbezoek gingen, adviseerden ze de patiënten af te wachten (n=9), stuurden ze hen sneller door naar spoedgevallen (n=7) of planden ze een huisbezoek in via de huisarts van de triagepost (n=2).

Tijdens de eerste golf was er een duidelijke toename in het aantal teleconsulten per huisarts ten opzichte van voor deze crisis. Een groot deel van de huisartsen (41,7%; n=83) gaf aan dagelijks meer dan vijftien teleconsulten te voeren. Deze groep werd voornamelijk vertegenwoordigd door duo- en groepspraktijken. Tijdens de tweede golf daalde het gemiddelde aantal tot 6 à 10 teleconsulten per dag per arts (46,7%; n=93) (Tabel 6). 75,9% (n=151) van de huisartsen zou na de crisis de teleconsulten willen behouden. De administratieve last ten gevolge van de eerste COVID-19 golf was bij de grootste groep huisartsen (42,2%; n=84) meer dan twee uren per dag. Ten gevolge van de tweede COVID-19 golf meldde de grootste groep gemiddeld 1 à 2 uur per dag aan administratie te besteden (43,2%; n=86) (Tabel 6).

De financiële belasting van de huisartspraktijk werd voornamelijk bepaald door derving (76,9%; n=153) en directe kosten (aankoop materiaal, verbouwingen,...) (56,8%; n=113). Bij 26 huisartsen (13,1%) was de financiële belasting ook te wijten aan uitval door ziekte. Anderen (4,9%) gaven echter aan geen extra financiële belasting te ervaren door o.a. een forfaitair systeem of zelfs extra inkomsten te bekomen door teleconsulten.

Tabel 5: Logistiek

VOLGENS HUISARTS	NEEN	JA
Praktijkrichtlijnen	12,5% (n=25)	87,4% (n=174)
Aanpassing agenda	3,5% (n=7)	96,5% (n=192)
Afschaffing vrije raadpleging	66,3% (n=132)	33,7% (n=67)
Testen in aparte ruimte	50,8% (n=101)	49,3% (n=98)
Aanpassing wachtzaal	2,5% (n=5)	97,5% (n=194)
Behoud teleconsulten	24,1% (n=48)	75,9% (n=151)

Tabel 6: Vergelijking COVID-19 golven o.b.v. teleconsulten en administratieve last

TELECONSULTEN	VOOR COVID-19 CRISIS	1e GOLF	2e GOLF
0 tot 5	80,4% (n=160)	8,0% (n=16)	18,1% (n=36)
6 tot 10	13,6% (n=27)	20,1% (n=40)	46,7% (n=93)
11 tot 15	2,5% (n=5)	30,2% (n=60)	21,6% (n=43)
>15	3,5% (n=7)	41,7% (n=83)	13,6% (n=27)
ADMINISTRATIE	VOOR COVID-19 CRISIS	1e GOLF	2e GOLF
0-30min	/	5,5% (n=11)	9,6% (n=19)
30min-1u	/	15,1% (n=30)	27,6% (n=55)
1u-2u	/	37,2% (n=74)	43,3% (n=86)
>2u	/	42,2% (n=84)	19,6% (n=39)

Steun

De methoden die patiënten het vaakst gebruikten om zich te informeren over de symptomen van een COVID-19 infectie en de algemene hygiënemaatregelen waren de media (tv, radio,…) (n=135), het internet (n=66), hun eigen huisarts (n=46) en via folders/brieven (n=9). Huisartsen informeerden zich over de COVID-richtlijnen voor zorgverleners voornamelijk via de site van Sciensano (n=183). De tweede meest gebruikte methode was via toegestuurde info-mails (Domus Medica, Zorg & Gezondheid,...) (n=147), de derde via de huisartsenkring (n=118), de vierde via de media (n=79) en de vijfde via collega's binnen de praktijk (n=60).

65% (n=130) van de huisartsen voelden zich te weinig gesteund door de overheid wat betreft informatieverschaffing. 56% (n=112) vond dat ze te weinig werden bijgestaan inzake materiaalvoorziening; 52% (n=104) voelde zich wel financieel gesteund. De meeste huisartsen (87%; n=173) vonden tijdens de crisis dat de huisartsenkring een meerwaarde bood bij de kennisgeving van de COVID-richtlijnen. Ook tijdens de wachtdiensten vond het merendeel (78,9%; n=157) dat ze op de huisartsenkring beroep konden doen (Tabel 7).

Tweeënvijftig respondenten (19,7%) bezochten tijdens de eerste en tweede COVID-golf een triagecentrum. Over het algemeen waren patiënten tevreden over de werking van deze centra. Redenen hiervoor waren een goede organisatie (n=36), vlotte beschikbaarheid (n=28) en veilige omgeving door goede beschermingsmaatregelen (n=10). Redenen voor ontevredenheid waren onvoldoende tijd om de klachten te bespreken (n=5), onvoldoende

organisatie (n=3), minder vertrouwen in de artsen die er werken (n=2), angst voor besmetting (n=1) en onvoldoende klinisch onderzoek (n=1) (Tabel 7).

Tabel 7: Steun aan de huisarts (HAK = huisartsenkring)

STEUN AAN HUISARTS	HELEMAAL NIET	EERDER NIET	EERDER WEL	HELEMAAL WEL
Informatieverschaffing	19,1% (n=38)	46,2% (n=92)	32,2% (n=64)	2,5% (n=5)
Materiaalvoorziening	15,6% (n=31)	40,7% (n=81)	38,7% (n=77)	5,0% (n=10)
Financiële bijdrage	10,6% (n=21)	37,2% (n=74)	44,2% (n=88)	8,0% (n=16)
Meerwaarde HAK voor info	3,5% (n=7)	9,6% (n=19)	31,2% (n=62)	55,8% (n=111)
	NEEN		JA	
Back-up van kring tijdens wachtdienst	21,1% (n=42)		78,9% (n=157)	
Bezoek van patiënt aan triagecentrum	80,3% (n=212)		19,7% (n=52)	

Welbevinden

Indien huisartsen besmet zouden zijn met het COVID-19 virus, hadden ze voornamelijk schrik om anderen te besmetten (90,5%; n=180) en arbeidsongeschikt te zijn (65,8%; n=131). Huisartsen voelden zich tijdens de eerste en tweede COVID-19 crisis vaak tot heel vaak verbonden met andere zorgverleners (79,4%; n=155), gefrustreerd (77,4%; n=154), gewaardeerd (71,4%; n=142), strijdlustig (68,9%; n=137) en uitgeblust (52,8%; n=105). Een gefrustreerd en uitgeblust gevoel werd voornamelijk ervaren door vrouwelijke huisartsen (74%; n=114) en huisartsen jonger dan 50 jaar (85,7%; n=132). Huisartsen die zelf een COVID-19 besmetting doormaakten, voelden zich vaker neerslachtig (48,6%) dan artsen die hiervan gespaard bleven (33,3%). Uit ons onderzoek blijkt dat 63,3% van de artsen (n=126) er tijdens de eerste en tweede COVID-19 crisis ooit aan dacht om te stoppen met hun job (Tabel 8).

Huisartsen voelden zich zelden onder druk gezet door patiënten tijdens de COVID-19 crisis. Indien dit zich wel voordeed, was dit voornamelijk om een medicatievoorschrift te schrijven (47,8%; n=95) of een ongelegitimeerd attest op te maken (41,3%; n=82). HAIO's hadden over het algemeen vaker het gevoel onder druk gezet te worden door patiënten t.o.v. afgestudeerde huisartsen.

Tabel 8: Welbevinden van de huisarts

SCHRIK VOOR BESMETTING EN…	HELEMAAL NIET	EERDER NIET	EERDER WEL	HELEMAAL WEL
Zelf emstig ziek te worden	14,6% (n=29)	43,2% (n=86)	28,6% (n=57)	13,6% (n=27)
Arbeidsongeschikt te zijn	7,0% (n=14)	27,1% (n=54)	43,7% (n=87)	22,1% (n=44)
Anderen te besmetten	2,0% (n=4)	7,5% (n=15)	40,2% (n=80)	50,3% (n=100)
Beoordeeld te worden door omgeving	22,1% (n=44)	38,7% (n=77)	24,6% (n=49)	14,6% (n=29)
GEVOEL/EMOTIE	NOOIT	ZELDEN	VAAK	HEEL VAAK
Gefrustreerd	4,0% (n=8)	18,6% (n=37)	51,3% (n=102)	26,1% (n=52)
Uitgeblust	12,6% (n=25)	34,7% (n=69)	39,7% (n=79)	13,1% (n=26)
Neerslachtig	15,1% (n=30)	48,7% (n=97)	30,2% (n=60)	6,0% (n=12)
Strijdlustig	3,0% (n=6)	28,1% (n=56)	56,8% (n=113)	12,1% (n=24)
Verbonden met andere zorgverleners	2,0% (n=4)	18,6% (n=37)	57,3% (n=114)	22,1% (n=44)
Gewaardeerd	0,5% (n=1)	28,1% (n=56)	56,8% (n=113)	14,6% (n=29)
Schuldig	44,2% (n=88)	40,7% (n=81)	13,1% (n=26)	2,0% (n=4)
Willen stoppen als huisarts	36,7% (n=73)	45,2% (n=90)	13,6% (n=27)	4,5% (n=9)
ONDER DRUK DOOR PATIËNTEN OM…	NOOIT	ZELDEN	VAAK	HEEL VAAK
Een niet-geïndiceerde COVID-test uit te voeren	4,0% (n=8)	58,3% (n=116)	32,7% (n=65)	5,0% (n=10)
Een ongelegitimeerd attest te schrijven	6,5% (n=13)	52,3% (n=104)	36,3% (n=72)	5,0% (n=10)
Op huisbezoek te gaan	16,1% (n=32)	67,3% (n=134)	15,6% (n=31)	1,0% (n=2)
Een medicatievoorschrift te schrijven	8,0% (n=16)	44,2% (n=88)	34,2% (n=68)	13,6% (n=27)
Conflicten met patiënten	9,6% (n=19)	72,4% (n=144)	16,1% (n=32)	2,0% (n=4)
	HELEMAAL NIET	EERDER NIET	EERDER WEL	HELEMAAL WEL
Beter voorbereid op 2^{e} COVID-19 crisis	2,0% (n=4)	8,5% (n=17)	73,4% (n=146)	16,1% (n=32)
Gevoel betekenisvolle rol als huisarts	0,5% (n=1)	9,6% (n=19)	57,3% (=114)	32,7% (n=65)

Over het algemeen waren de patiënten tevreden over de aanpak van hun huisarts tijdens de COVID-19 crisis (94,3%; n=249). 84,5% (n=223) van de patiënten hadden nooit het gevoel in de steek gelaten te zijn door hun huisarts. Conflictsituaties die ontstonden tijdens de COVID-19 crisis waren eerder beperkt; 13 personen meldden dat dit zelden (n=12) of vaak (n=1) gebeurde (Tabel 9).

Door de COVID-19 crisis werd door de patiënten vaak tot heel vaak meer medicatie ingenomen (6,9%; n=18), alcohol geconsumeerd (12,8%; n=33) en gerookt (5,7%; n=15). 15,9% (n=42) zegt vaak tot heel vaak meer nood

te hebben gehad aan psychologische hulp. Patiënten voelden zich tijdens de eerste en tweede COVID-19 crisis vaak tot heel vaak tevreden (91,3%; n=241), geholpen (92,8%; n=245) en gerustgesteld (88,7%; n=234) na het voeren van een consultatie bij hun huisarts. Wel zien we dat patiënten zich iets minder vaak gerustgesteld (75%; n=198), tevreden (75,7%; n=200) en geholpen (77,7%; n=205) voelden na het voeren van een teleconsult dan na het voeren van een fysieke consultatie (respectievelijk: 88,7%; n=234; 91,3%; n=241; 92,8%; n=245) (Tabel 9).

Tabel 9: Welbevinden van de patiënt

	HELEMAAL NIET	EERDER NIET	EERDER WEL	HELEMAAL WEL
Voldoende informatie over maatregelen	1,1% (n=3)	6,4% (n=17)	63,2% (n=167)	29,2% (n=77)
Betere vertrouwensband met huisarts	26,2% (n=70)	40,5% (n=107)	30,3% (n=80)	2,7% (n=7)
Tevreden aanpak van uw huisarts	1,5% (n=4)	4,2% (n=11)	53,4% (n=141)	40,9% (n=108)
CONFLICT	NOOIT	ZELDEN	VAAK	HEEL VAAK
In de steek gelaten door huisarts	84,5% (n=223)	15,2% (n=40)	0,4% (n=1)	0,0% (n=0)
Conflictsituaties met uw huisarts	95,1% (n=251)	4,6% (n=12)	0,4% (n=1)	0,0% (n=0)
DOOR ANGST/ONRUST MEER...	NOOIT	ZELDEN	VAAK	HEEL VAAK
Medicatie genomen	75,4% (n=199)	17,8% (n=47)	6,1% (n=16)	0,8% (n=2)
Alcohol geconsumeerd	62,9% (n=166)	24,6% (n=65)	11,7% (n=30)	1,1% (n=3)
Gerookt	90,2% (n=238)	4,2% (n=11)	4,9% (n=13)	0,8% (n=2)
Nood gehad aan psychologische hulp	59,9% (n=158)	24,2% (n=64)	12,5% (n=33)	3,4% (n=9)
GEVOEL NA CONSULTATIE	NOOIT	ZELDEN	VAAK	HEEL VAAK
Onbegrepen	81,1% (n=214)	15,5% (n=41)	3,4% (n=9)	0,0% (n=0)
Angstig	76,5% (n=202)	19,7% (n=52)	3,4% (n=9)	0,4% (n=1)
Ontgoocheld	79,9% (n=211)	16,3% (n=43)	3,8% (n=10)	0,0% (n=0)
Gefrustreerd	81,4% (n=215)	13,6% (n=36)	4,6% (n=12)	0,4% (n=1)
Tevreden	4,6% (n=12)	4,2% (n=11)	55,3% (n=146)	36,0% (n=95)
Geholpen	4,6% (n=12)	2,7% (n=7)	49,6% (n=131)	43,2% (n=114)
Gerustgesteld	6,1% (n=16)	5,3% (n=14)	52,7% (n=139)	36,0% (n=95)
GEVOEL NA TELECONSULT	NOOIT	ZELDEN	VAAK	HEEL VAAK
Onbegrepen	81,8% (n=216)	13,3% (n=35)	4,2% (n=11)	0,8% (n=2)
Angstig	86,0% (n=227)	12,5% (n=33)	1,5% (n=4)	0,0% (n=0)
Ontgoocheld	86,0% (n=227)	12,9% (n=34)	1,1% (n=3)	0,0% (n=0)
Gefrustreerd	84,9% (n=224)	12,9% (n=34)	2,3% (n=6)	0,0% (n=0)
Tevreden	20,1% (n=53)	4,2% (n=11)	42,4% (n=112)	33,3% (n=88)
Geholpen	19,7% (n=52)	2,7% (n=7)	43,6% (n=115)	34,1% (n=90)
Gerustgesteld	19,7% (n=52)	5,3% (n=14)	42,4% (n=112)	32,6% (n=86)

DISCUSSIE

Ons onderzoek biedt een inzicht over de impact van het COVID-19 virus op de huisartsenpraktijk en de arts-patiëntrelatie tijdens de eerste en tweede golf.

Uit onze studie blijkt dat huisartsen vinden dat patiënten heel vaak hun consultaties uitstelden, terwijl patiënten zelf weergeven dat dit amper gebeurde, noch door henzelf, noch door hun huisarts. We merken dus een discrepantie tussen beide standpunten. In gelijkaardige enquêtes beweren patiënten dat consultaties wel door hun huisarts werden uitgesteld omwille van de maatregelen (8). Onze bevinding kan worden verklaard door de jonge patiëntenpopulatie in ons onderzoek, die mogelijks minder vaak een consultatie plannen ten opzichte van de oudere bevolking. Huisartsen beweren zelden zelf een afspraak geannuleerd te hebben, met als gevolg dat ze ook niet het gevoel hadden veel ernstige pathologieën te hebben gemist. Dit kan enerzijds getuigen van een goede telefonische triage. Anderzijds bestaat de kans dat veel 'gemiste' pathologieën op het moment van onze enquête nog niet werden ontdekt. Uit de Belgian Cancer Registry bleek echter dat in 2020 maar liefst 5000 kankerdiagnoses werden gemist ten gevolge van uitgestelde zorg door de COVID-19 pandemie (9). Volgens onze studie stelden patiënten voornamelijk hun afspraak uit omwille van angst om hun huisarts te storen of om besmet te geraken. Zowel nationale als internationale studies tonen gelijkaardige resultaten (10,11). Duidelijkere communicatie vanuit de huisartsenpraktijk naar de patiënten toe zou deze angst kunnen reduceren. Om de continuïteit van de zorg te trachten garanderen, belde meer dan de helft van de huisartsen hun patiënten pro-actief op. Dit werd ook gerapporteerd in het artikel van Verhoeven et al. (5).

Uit onze enquête bleek dat patiënten er zich van bewust waren dat de huisarts minder huisbezoeken deed. Artsen pasten wel degelijk hun huisbezoeken aan, de meerderheid bezocht wel nog hun niet-mobiele patiënten die urgente zorg nodig hadden. Vaak werd de patiënt geadviseerd om af te wachten, wat binnen de huisartsgeneeskunde een veilige optie kan zijn, maar op zijn beurt ook een risico vormt voor het missen van aandoeningen. In Wanat et al. wordt beschreven dat een risico-inschatting door de huisarts zonder visuele 'cues' onzekerheid met zich meebrengt. Het is een uitdaging om de niet-COVID pathologie accuraat te blijven diagnosticeren (12).

Het merendeel van de patiënten zegt nooit een teleconsult te hebben gevoerd, hoewel blijkt dat huisartsen tijdens de pandemie vooral via de telefoon werden geconsulteerd. Mogelijks bekomen we deze resultaten omdat het begrip 'teleconsult' voor patiënten niet volledig duidelijk was. De grote meerderheid van zowel huisartsen als patiënten wenst in de toekomst blijvend gebruik te maken van teleconsulten. Hieraan zijn zeker voordelen verbonden, reeds uitvoerig beschreven in voorgaande artikels, maar ze brengen ook uitdagingen met zich mee (12,13).

Er werd snelle flexibiliteit en samenwerking verwacht van de huisartsen. Bij meer dan 80% van de huisartsen werden praktijkrichtlijnen opgesteld om een veilige en gestructureerde continuïteit van de eerstelijnszorg te garanderen. De grootste aanpassingen werden doorgevoerd in de reorganisatie van de agenda en de indeling van de wachtzaal, ook uitgebreid beschreven door Verhoeven et al. (5). Vrije raadplegingen werden grotendeels afgeschaft. Na de crisis zou slechts een minderheid dit heropstarten. Tachtig procent van de geïnterviewde patiënten gaf aan nooit een triagecentrum bezocht te hebben. Gezien er door huisartsen zoveel inspanningen werden gedaan deze op te richten, lijkt dit ons een klein percentage (12). De reden hiervoor werd in ons onderzoek niet bevraagd. Mogelijke verklaringen zijn dat deze zorg voor patiënten niet vereist was, dat de drempel om er naartoe te gaan te groot was of dat de huisarts deze zorg zelf bleef aanbieden in de praktijk. Over het algemeen was de patiënt tevreden over de werking van een triagecentrum.

Het is opmerkelijk dat huisartsen zich via veel verschillende kanalen over de COVID-maatregelen informeerden. Dit toont het gebrek aan eenduidige informatieverschaffing naar de eerstelijn. De maatregelen veranderden heel regelmatig en waren soms contradictorisch (12). Hierdoor konden patiënten uiteenlopende adviezen krijgen, leidend tot verwarring en stress. Deze informatie bleek volgens huisartsen ook vaak te laat te komen. Artsen vernamen de aangepaste richtlijnen vaak via de media, wat volgens onze enquête tot veel frustraties leidde. Zowel voor updates van de pandemie in de lokale regio als voor een vlot verloop van de wachtdiensten bood de huisartsenkring tijdens deze COVID-19 crisis duidelijk een meerwaarde. Dit toont het belang aan van een goede samenwerking tussen huisartsen binnen de lokale regio, zoals ook in het artikel van Wanat et al. wordt benadrukt (12).

Ons onderzoek toont aan dat artsen in de eerste lijn paraat stonden voor hun patiënten en minder schrik hadden voor hun eigen gezondheid. Ze hadden voornamelijk te kampen met angst om anderen te besmetten of om uit te vallen op het werk. De COVID-19 crisis lokte bij de huisartsen zowel positieve als negatieve emoties uit. Ze voelden zich enerzijds strijdlustig en verbonden met anderen, maar anderzijds ook uitgeblust en gefrustreerd. Deze laatste emoties werden meer gerapporteerd door vrouwelijke huisartsen jonger dan 50 jaar. Uit eerdere studies bleek ook dat vrouwen een grotere psychologische weerslag ervaren dan mannen tijdens de COVID-19 crisis (14,15,16).

Ander onderzoek toonde een toename in stress, neerslachtigheid en angstgevoelens bij huisartsen omwille van de COVID-19 crisis (14,15). Voldoende mentale ondersteuning van de zorgverleners is essentieel om de zorg voor de patiënt te garanderen (12). De grote administratieve overlast, wat eveneens tot veel frustratie leidde, werd ook beschreven in de interview-studie uitgevoerd in Vlaamse huisartsenpraktijken (5). HAIO's voelden zich vaker onder druk gezet door patiënten, voornamelijk om afwezigheidsattesten of medicatievoorschriften op te maken. Dit zou kunnen worden verklaard door de grotere kwetsbaarheid bij minder ervaren artsen of omdat patiënten sneller druk durven uitoefenen op jongere artsen.

Uit onze enquête bleek dat de patiënt over het algemeen tevreden was over de aanpak van hun huisarts tijdens de COVID-19 crisis. Na het voeren van een consultatie voelde de patiënt zich geholpen of gerustgesteld. Patiënten blijken zich wel iets minder geholpen of gerustgesteld te voelen na het voeren van een teleconsult in vergelijking met een fysieke consultatie. Het lijkt ons opportuun om van deze crisis gebruik te maken om deze teleconsulten te optimaliseren en zo de zorg in de toekomst nog verder te verbeteren. Patiënten merkten wel op dat er haast enkel nog werd gecontroleerd op COVID en dat de aandacht voor niet-COVID gerelateerde pathologie wat verloren ging. Opvallend is dat patiënten omwille van de COVID-19 crisis meer alcohol dronken, meer rookten en meer medicatie innamen omwille van angst of onrust. Mogelijks wordt er laagdrempeliger gegrepen naar tabak en alcohol tijdens thuiswerk. Andere studies beschrijven ook een toename van tabak, alcohol, slaap- en kalmeringsmiddelen tijdens de eerste COVID-19 golf (17,18). Patiënten uit onze studie gaven aan meer nood te hebben gehad aan psychologische hulp. Een duidelijke toename van depressie, angststoornissen en eenzaamheid ten gevolge van de stress en het sociale isolement tijdens de COVID-19 crisis werd reeds in andere studies aangehaald (11,16). Volgens patiënten werd te weinig nadruk gelegd op de psychologische impact. Meerdere malen benadrukten ze het belang van het contact met de patiënt niet uit het oog te verliezen, met ouderen en kwetsbaren in het bijzonder. Een recent KCE-rapport toonde de noodzaak van psychologische hulp bij long-COVID patiënten (19). Onze studie toont dat dit resultaat mag worden doorgetrokken naar alle patiënten.

We vroegen zowel aan huisartsen als patiënten welk advies ze hebben om dergelijke crisis anders aan te pakken in de toekomst. Het blijkt dat het grootste deel van de problemen en frustraties te wijten zijn aan een gebrek aan correcte en eenduidige communicatie. Er is dus nood aan rechtstreekse, transparante en tijdige communicatie vanuit de overheid naar de eerstelijnszorg. Huisartsen vragen ook meer inspraak in de vorming van de COVID-richtlijnen. Er wordt geijverd naar een snel toepasbaar en praktisch protocol voor toekomstige pandemieën. Initieel ervaarden huisartsen weinig ondersteuning, maar naarmate de crisis vorderde, werden reeds veel aanpassingen doorgevoerd. Helaas lieten deze een tijd op zich wachten.

Sterktes en limitaties van deze studie

Ons onderzoek bevat enkele beperkingen. Door de enquêtes te verspreiden via onze eigen profielpagina op sociale media moet er rekening worden gehouden met selectiebias in zowel de patiënten- als huisartsenpopulatie. De meerderheid zijn jonge vrouwen, wonende in West-Vlaanderen. Enkele vragen in onze enquêtes waren niet volledig bruikbaar voor elke geïnterviewde. Het was niet altijd mogelijk de optie 'geen idee' of 'niet van toepassing' aan te duiden, wat mogelijks tot bias leidde.

De respons rate van deze studie is hoog bij zowel patiënten als huisartsen. Er zijn op heden weinig studies die deze materie reeds onderzochten in Vlaamse en Brusselse huisartsenpraktijken, wat de studie waardevol maakt. De enquête leek ook een welgekomen uitlaatklep te zijn voor huisartsen. Bovendien kan ze een aanzet zijn voor een betere aanpak van gelijkaardige situaties in de toekomst.

CONCLUSIE

Onze studie beschrijft een duidelijke verandering in de eerstelijnszorg in België ten gevolge van de COVID-19 crisis. De niet-urgente zorg werd uitgesteld, maar met behulp van teleconsulten en triagecentra trachtte de huisarts de zorg voor zijn patiënt tijdens deze crisis toch te garanderen. Teleconsulten blijven sindsdien ook deel uitmaken van het takenpakket van de huisarts. Samenwerking met collega's en een enorme flexibiliteit van de huisartsen waren noodzakelijk in de strijd tegen het COVID-19 virus. De studie bleek een uitlaatklep te zijn voor huisartsen waarbij wordt gepleit naar meer rechtstreekse, transparante en tijdige communicatie in gelijkaardige situaties in de toekomst. De patiënten deden een oproep naar meer aandacht voor de psychologisch impact van de crisis en een blijvende focus op niet-COVID gerelateerde pathologie. Ook bij huisartsen bleek het belangrijk om de mentale impact niet te onderschatten.

PERSOONLIJKE REFLECTIE

Florence De Potter

In oktober 2019 waren we allebei net gestart als HAIO in een huisartsenpraktijk. Na een vijftal maanden onze weg zoeken, kwam het COVID-19 virus de kop opsteken. Spanningen waren merkbaar bij zowel huisartsen als patiënten. Er heerste chaos en stress. Aangezien we in dezelfde regio werkten, brachten we elkaar geregeld een bezoek en deelden we onze frustraties en bezorgdheden. Dit deed enorm deugd en leidde ons tot ons thesisonderwerp. We merkten op dat er tussen de twee praktijken grote verschillen waren in aanpak. Ook de lokale kringen werkten niet helemaal op dezelfde manier. We ventileerden wekelijks bij elkaar en kwamen zo al snel tot de verschillende topics van onze vragenlijsten. Een klein aantal bijkomende vragen vonden we na opzoekwerk op het internet. Over het algemeen hebben we heel veel samen gewerkt. Ik heb mijzelf iets meer toegespitst op de vragenlijst van de huisartsen, Marie-Sophie op deze van de patiënten. Nadien overlegden we wel samen beide vragenlijsten. Ik maakte bijgevolg de informatiebrief en uitnodiging (voor sociale media en mail) van de huisartsen; Marie-Sophie deze van de patiënt. De documenten voor de ethische commissie hebben we samen bekeken. Meestal startte de ene HAIO met het opstellen van een tekst of document en werd het nadien bekeken en verder aangepast door de andere. Nadien bespraken we de teksten, meestal bij fysiek contact, vooraleer we iets doorstuurden naar onze promotor of naar de lokale huisartskringen.
Tijdens de verspreiding van onze enquêtes spitsten we ons verder toe op de inleiding. In het begin van het proces maakten we de tekst samen op, maar we merkten dat het schrijven vlotter verloopt wanneer je alleen bent. Zo maakten we een google drive waarbij we allebei op eender welk moment aan onze tekst konden schrijven. We deden suggesties naar elkaar wanneer we de tekst van de andere HAIO anders zouden formuleren en bespraken samen wat het meest geschikt was. Over het algemeen was het schrijven van inleiding en methoden mooi in evenwicht.
We voerden elk een enquête in in Qualtrics. Hierdoor zag ik, na de verspreiding van de vragenlijsten, de resultaten van de huisartsen binnen komen en Marie-Sophie deze van de patiënten. Na het afsluiten van onze enquêtes maakten we van de resultaten een PDF-document en stuurden we dit naar elkaar door. We analyseerden initieel elk apart de resultaten van de enquête in onze Qualtrics. Deze fase nam het meest tijd in beslag. We spraken nadien af om alles samen nog eens te bekijken en te overleggen. We bekeken ook nog eens welke crosstabs opmerkelijke resultaten toonden en ons relevant leken om te vermelden. Tijdens de bespreking van onze resultaten haalden we de topics van de discussie reeds aan.
Nadien startte Marie-Sophie met het opsommen van de meest relevante opmerkingen en bedenkingen van de resultaten. Ik bekeek deze nadien, vulde aan waar nodig en goot het in een tekst. Nadien pasten we elk nog zaken aan om de tekst vlot leesbaar te maken. We kregen van de promotor de feedback dat onze tekst van de resultaten en discussie te lang was. Zelf vond ik het niet vanzelfsprekend om informatie te schrappen, zeker nadat het analyseren ervan al die tijd had gevraagd. Marie-Sophie kon hier sneller de knoop doorhakken. We bespraken wat we minder relevant vonden.

In het begin van onze thesis was er nog weinig literatuur omtrent dit topic beschikbaar. Na 2 jaar was dit echter wel het geval waardoor we onze discussie aan andere studieresultaten konden toetsen. Hiervoor hebben we elk onze research gedaan in de journals die onze promotor ons had aangeraden. Veel gevonden artikels kwamen logischerwijs overeen. We brachten elk nog relevante andere artikels aan en haalden er de belangrijkste gelijkenissen en verschillen uit.
Nadien stelden we de conclusie op. De referenties zijn in de loop van het schrijven ontstaan. Deze hebben we samen op punt gebracht; de ene persoon linkte de artikels aan de tekst, de andere persoon zette ze in de Vancouver-stijl.

De tabellen hebben ons ook wat energie gevraagd. In de beginfase hebben we deze elk apart per enquête opgesteld in een grove lay-out. Nadien plakte Marie-Sophie deze in Excel waarna ik ze op punt stelde en zorgde dat ze op een overzichtelijke en eenvoudige manier in Word konden geplaatst worden.

Ik vond over het algemeen dat we de taken goed verdeeld hebben. We namen wisselend initiatief bij de start van elk gedeelte en boden nadien per deel onze bijdrage. We pleegden nagenoeg continu overleg.
We hebben ook allebei verschillende keren contact opgenomen met de promotor.
Ik vond dat er een evenwichtige samenwerking was waarbij we allebei beroep konden doen op onze eigen kwaliteiten tijdens het schrijven van de thesis. Eenmaal we het idee en de kapstok van onze paper hadden, is alles vlot verlopen.

Aangezien we onze thesis beginnen schrijven zijn in het begin van de COVID-19 crisis waren er toen uiteraard niet veel studies die gelijkaardige topics als onze studie onderzochtten.
Onze studie biedt een inzicht in de gevolgen van de eerste en tweede coronagolf op de werking in de huisartsensenpraktijk. Doorheen het schrijfproces werden reeds andere studies omtrent hetzelfde onderwerp uitgevoerd, maar onze studie bekijkt zowel de visie van de huisartsen als deze van de patiënten. Aangezien zowel de impact op het praktische domein als op de persoon zelf wordt nagegaan, geeft deze studie ook een heel globaal overzicht. Bovendien is het een uitlaatklep gebleken voor huisartsen. Bij de vrije tekst beschreven huisartsen voluit hun ergernissen en hoe dit anders had kunnen verlopen of aangepakt worden. Hieruit vloeiden hun adviezen voor gelijkaardige situaties in de toekomst, wat heel zinvol blijkt te zijn. Ook patiënten kregen in hun vragenlijst de kans hun advies voor de huisarts mee te delen. Het is interessant de frustraties van zowel patiënten als artsen op hetzelfde tijdstip eens naast elkaar te leggen. Uit onze thesis concludeer ik in grote lijnen dat transparant en eerlijk

communiceren de basis is in zowel samenwerking tussen huisartsen als bij de arts-patiënt relatie. Ten tweede moet er zeker voldoende aandacht besteed worden aan de psychologische impact van dergelijke crisissen op zowel de patiënt als de zorgverlener.

Ten slotte wil ik nog onze promotor prof. dr. Schoenmakers, onze STACO's en onze praktijkopleiders bedanken voor hun tips en adviezen omtrent de keuze van het onderwerp, de opzet van de vragenlijsten en de begeleiding bij het verder verloop van onze masterpaper. We kregen heel nuttige en vlotte feedback van onze promotor.

Marie-Sophie De Wilde

Initieel werd ik toegewezen aan mijn promotor, professor Birgitte Schoenmakers, zonder thesisonderwerp. Begin januari werd door haar een thesis kick-off georganiseerd, waarbij alle huisartsen-in-opleiding (HAIO's) werden uitgenodigd die professor Schoenmakers als promotor hadden. Daar werden mogelijke onderwerpen besproken die gekozen konden worden, maar eigen ideeën waren ook zeker welkom om te delen. Op dat moment werd ook aangeraden om de thesis te schrijven in duo of in groep en al snel vond ik deze in mijn goede vriendin en mede-HAIO Florence De Potter. Het idee voor deze thesis kwam tot stand tijdens het prille begin van de COVID-19 pandemie. We waren nog niet zo lang gestart aan onze opleiding tot huisarts en een ongeziene wereldwijde crisis kwam op ons af. Als HAIO merkte ik dat er heel wat veranderingen werden doorgevoerd in de huisartspraktijk, waardoor ik graag iets wou doen over dit nieuwe onderwerp. Veranderingen werden zowel gezien op organisatorisch vlak als op mentaal vlak. Het voeren van consultaties veranderde, chronische zorg werd uitgesteld, nieuwe taken kwamen erbij (triagecentra, teleconsultaties betreffende richtlijnen etc…). Op emotioneel vlak voelde ik angst, eenzaamheid en boosheid bij patiënten, maar ook bij artsen zelf voelde ik soms onzekerheid, angst en frustratie.

Samen met mede-HAIO Florence stelden we dit onderwerp voor aan onze promotor, die direct warm was om over dit thema een masterproef te begeleiden. We begonnen aan het lezen van toen nog beperkte bronnen en brainstormden over mogelijke vragen die we in onze enquête konden gebruiken. Gezien we dicht bij elkaar woonden, was het makkelijk om fysiek af te spreken en zo samen de enquêtes op te stellen en te verspreiden. Ikzelf stelde de enquête voor patiënten op in Qualtrics, terwijl Florence de enquête voor huisartsen voor haar rekening nam. Wanneer de enquêtes ingevuld waren door de artsen en patiënten, lieten we de thesis toch enkele maanden aan de kant liggen. We hadden elkaars aanmoediging en steun nodig om de analyse van de resultaten uiteindelijk aan te vatten. Nadien analyseerde ik vooral de enquête die de patiënten invulden en mijn mede-auteur de enquête van de huisartsen. Daarna las ook ik de ingevulde enquêtes van de artsen op het programma 'Qualtrics' en bij vragen konden we steeds bij elkaar terecht. De volgende stap was het neerschrijven van de resultaten, ook hier nam ik vooral de resultaten van de patiënten voor mijn rekening en Florence die van de artsen. Nadien voegden we dit samen tot een mooi geheel. Bij het aanvangen van de discussie, schreven we eerst elk apart onze meest opmerkelijke bevindingen neer, zodat we niet gebiased zouden zijn door elkaar. Op die manier merkten we of we beiden gelijkaardig opmerkingen hadden, wat vaak wel het geval was. Nadien zoomden / belden we vooral om ook dit weer in een vloeiende tekst te gieten. Ik heb het gevoel dat het schrijven van onze masterproef gelijkwaardig verdeeld is geweest, de meeste zaken deden we met twee waarna we elk apart onze opmerkingen probeerden te verbeteren.

Er zijn verschillende redenen waarom ik vind dat het schrijven van deze thesis nuttig is voor het huidige werkveld, alsook voor toekomstige crisissituaties. Allereerst was er bij de aanvang van dit schrijven nog maar bitter weinig te vinden over de impact van de COVID-19 crisis op de huisartsenpraktijk. Naarmate de tijd vorderde is er hier nu al heel wat meer over te vinden, maar toch was het op dat moment een nieuw onderwerp die we van naderbij wilden bekijken. Het in kaart brengen van de impact van de COVID-19 crisis op de huisarts en zijn patiënt is naar mijn mening zeker geslaagd. In onze thesis bespreken we zowel de kant van de huisarts als van de patiënt, in vele andere studies wordt er vaak maar één kant van het verhaal belicht. Ook de combinatie van het praktische alsook het psychologische aspect vind ik een meerwaarde, waardoor deze thesis een breed aspect behandelt. Heel wat veronderstellingen worden in deze thesis bevestigd, desondanks lijkt het me zeker belangrijk dat er blijvend nadruk wordt gelegd op het toegenomen gebruik van middelen en toename van nood aan psychologische hulp in tijden van crisis. Ook geeft de thesis duidelijk weer dat de flexibiliteit van huisartsen onontbeerlijk was in het doen slagen van deze veranderingen in de eerstelijnszorg. Vaak gaat het in de media over de drukte en uitgestelde zorg in de ziekenhuizen, maar de aanpak en inzet van huisartsen wordt naar mijn mening nog vaak onderschat. Deze thesis beklemtoont deze aspecten nog eens extra. Door het invullen van deze masterproef konden huisartsen en patiënten hun frustraties en zorgen kwijt, het bleek een uitlaatklep te zijn voor hen. Ook bij het lezen van deze masterproef denk ik dat zowel artsen als patiënten een verbondenheid kunnen voelen. Als laatste punt geeft deze thesis tips en aanbevelingen voor gelijkaardige situaties in de toekomst, wat hopelijk kan leiden tot een vlottere en comfortabelere aanpassing van de eerstelijnszorg voor iedereen.

Om af te sluiten wil ik graag onze promotor professor Birgitte Schoenmakers bedanken. Gedurende ons proces kregen we regelmatig en snel feedback. Daarnaast bedankt aan mijn PO, dr. Koen Viaene, om de paper kritisch te lezen. Ook wil ik mijn familie en vriend bedanken voor de steun de voorbije jaren, zonder hen was dit nooit gelukt.

REFERENTIES

1. Zhou P, Yang X, Wang X, Hu B, Zhang L, Zhang W et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature. 2020;579(7798):270-273.

2. Domus Medica. Noodplan huisartsgeneeskunde afgekondigd. (2020, 17 maart). Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/actueel/noodplan-huisartsgeneeskunde-afgekondigd. Geraadpleegd op 10 mei 2021.

3. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. et al. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract. 2002;52(479):526-7.

4. Domus Medica. Domus Medica zorgt voor vergoeding bij telefonisch consulten. (2020, 16 maart). Beschikbaar via: , van https://www.domusmedica.be/actueel/domus-medica-zorgt-voor-vergoeding-bij-telefonisch-consulten. Geraadpleegd op 16 juni 2021.

5. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. BMJ Open. 2020;10(6):e039674.

6. Overlegorganen Gezondheid België. (2020, 17 april). Veilige heropstart van reguliere zorg voor patiënten NIET verdacht van COVID-19. Geraadpleegd op 25 mei 2021, van https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/synthesedocument_veilige_heropstart_van_reguliere_zorg_27-04-2020.pdf

7. Bustos N., Bossuyt N., Braeye N., Haarhuis F., Peeters I., Proesmans K. et al. OVERSTERFTE TIJDENS DE EERSTE EN TWEEDE GOLF VAN DE COVID-19-EPIDEMIE IN BELGIË (gegevens van 10 maart 2020 tot en met 14 februari 2021). Sciensano. (2021, Augustus).

8. Vlaams Patiëntenplatform. Wordt zorg bij personen met een chronische aandoening uitgesteld wegens het coronavirus COVID-19? Heverlee: Vlaams Patiëntenplatform vzw; 2020.

9. Peacock H, Tambuyzer T, Verdoodt F, Calay F, Poirel H, De Schutter H et al. Decline and incomplete recovery in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Belgium: a year-long, population-level analysis. ESMO Open. 2021;6(4):100197.

10. Resultaten enquête 4 | Coronastudie | Universiteit Antwerpen [Internet]. Uantwerpen.be. 2020 [cited 10 April 2022]. Available from: https://www.uantwerpen.be/nl/projecten/coronastudie/resultaten/resultaten-vierde-enquete/

11. Lim J, Broughan J, Crowley D, O'Kelly B, Fawsitt R, Burke M et al. COVID-19's impact on primary care and related mitigation strategies: A scoping review. European Journal of General Practice. 2021;27(1):166-175.

12. Wanat M, Hoste M, Gobat N, Anastasaki M, Böhmer F, Chlabicz S et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. British Journal of General Practice. 2021;71(709):e634-e642.

13. Opsomer S, Petit S, Becks M, Van Baelen S, De Decker A, Pint G, Van Goethem B, Van Nuland M. Hoe het teleconsult vlot laten verlopen? Stappenplan volgens het Leuvense consultatiemodel. Huisarts Nu. 2021;50:222-6.

14. Jefferson L, Golder S, Heathcote C, Avila A, Dale V, Essex H et al. GP wellbeing during the COVID-19 pandemic: a systematic review. British Journal of General Practice. 2022;:BJGP.2021.0680.

15. Aragones E. et al, Psychological impact of the COVID-19 pandemic on primary care workers: a cross-sectional study, British Journal of General Practice 15 March 2022; BJGP.2021.0691

16. Wong S, Zhang D, Sit R, Yip B, Chung R, Wong C et al. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. British Journal of General Practice. 2020;70(700):e817-e824.

17. Tweede covid-19 gezondheidsenquête: eerste resultaten. Sciensano [Internet]. Sciensano.be. 2021 [cited 16 April 2022]. Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/report2_covid-19his_nl.pdf

18. Vanderbruggen N, Matthys F, Van Laere S, Zeeuws D, Santermans L, Van den Ameele S et al. Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. European Addiction Research. 2020;26(6):309-315.

19. Castanares-Zapatero D, Kohn L, Dauvrin M, Detollenaere J, Maertens de Noordhout C, Primus-de Jong C et al. Behoeften en opvolging van patiënten met langdurige COVID – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2021. KCE Reports 344As.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN
Template 2019.10

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	De impact van het COVID-19-virus op de functionering van de huisartsenpraktijk
Version 1: Date submission	Date:19/11/2020
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Birgitte Schoenmakers
	Telephone: /
	E-mail: birgitte.schoenmakers@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES**	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. **YES**	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: /
	Telephone: /
	E-mail: /
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Marie-Sophie De Wilde
	Student number: r0385903
	Telephone: /
	E-mail: mariesophie.dewilde@student.kuleuven.be
	Name: Florence De Potter
	Student number: r0386120
	Telephone: /
	E-mail: florence.depotter@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Eind 2019 leidde het SARS-CoV-2 virus al zeer snel tot tot een wereldwijde pandemie met een enorme impact op alle domeinen van onze maatschappij. Zoals in vele landen was ook in België de reorganisatie van de gezondheidszorg essentieel om de verspreiding van het virus zoveel mogelijk tegen te gaan.
Het takenpakket van de huisarts veranderde drastisch. Deze veranderingen hadden niet enkel een impact op de betrokken zorgverlener, maar uiteraard ook op de patiënt.

In dit onderzoek wordt nagegaan wat de impact van de COVID-19-pandemie is op de werking van de huisartsenpraktijk. Daarnaast wordt nagegaan wat de impact van de pandemie is op het welzijn van huisarts en patiënt in de specifieke context van de huisartsenpraktijk.

De wetenschappelijke relevantie van onze studie is een weergave bieden van de impact van het coronavirus op de eerstelijnsgeneeskunde. Van daaruit kan de aanpak van gelijkaardige crisissituaties als gevolg van een pandemie in de toekomst geoptimaliseerd worden.

3. STUDY OBJECTIVES

Wat is de impact van de COVID-19-pandemie op de werking van de huisartsenpraktijk en op het welzijn van huisarts en patiënt in de specifieke context van de huisartsenpraktijk?
Nadien wordt de focus gelegd op de meest merkwaardige bevindingen binnen de verzamelde data. Vanuit onze conclusies kunnen nieuwe strategieën voortvloeien om toekomstige situaties efficiënter aan te pakken.

4. RESEARCH METHOD

Het design van ons onderzoek bestaat uit een dwarsdoorsnede zonder verdere opvolging. De uitkomstmaten bestaan uit de veranderingen in de praktijkorganisatie binnen de huisartsenpraktijk tijdens de coronacrisis en de impact op het welbevinden van deze veranderingen bij zowel huisarts als patiënt. Op basis van alle resultaten willen we een aanbeveling maken om in de toekomst gelijkaardige crisissituaties te kunnen optimaliseren.

We richten de ene enquête aan huisartsen die werkzaam zijn in Vlaanderen en Brussel; de andere enquête naar patiënten met een huisarts binnen diezelfde regio.

De twee vragenlijsten worden beiden verspreid over sociale media. De vragenlijst voor de huisartsen zal ook worden verspreid via lokale huisartsenkringen nl. HAK Middenkust, HAK Zuid-West Vlaaderen, HAK Ijzerstreek & Westkust. Om eveneens de oudere populatie te bereiken, die minder toegang heeft tot het internet, worden in een huisartsenpraktijk te Nieuwpoort ook papieren enquêtes meegegeven, die nadien anoniem in een brievenbus worden gedeponeerd. Ook aan hen wordt de informatiebrief bezorgd. Beide vragenlijsten worden anoniem ingevuld.

De online vragenlijst zal worden gecreeërd met het programma Qualtrics van de KULeuven.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

In onze studie includeren we zowel huisartsen als patiënten die tijdens de coronacrisis hun huisarts gecontacteerd hebben. Deelnemers moeten de Nederlandse taal machtig zijn en een huisarts hebben in Vlaanderen of Brussel. De bevraagde huisartsen moeten werkzaam zijn in Vlaanderen of Brussel.

5.2 Expected duration

We plaatsen de enquêtes gedurende 1 maand online op de sociale media. In de huisartsenpraktijk te Nieuwpoort zal gedurende 1 maand één werkdag in de week de enquête meegegeven worden aan patiënten. Indien er onvoldoende respons komt na 2 weken, zullen we opnieuw een herinnering rondsturen om meer personen te kunnen bereiken.

5.3 Recruitment

Studenten zullen de deelnemers uitnodigen tot deelname aan de studie via e-mail of sociale media. De enquête voor huisartsen zal via facebook worden verspreid alsook via mail verstuurd worden naar verschillende huisartsenkringen. We doen dit naar de 4 verschillende huisartsenkringen van de praktijken waar de studenten werkzaam zijn tijdens hun HAIO-jaren (zie puntje 4). De enquête voor patiënten zal ook via facebook worden verspreid alsook via mail worden doorgestuurd naar het patiëntenbestand van de huisartsenpraktijk Medihaven in Nieuwpoort om ook patiënten die niet actief zijn op sociale media te includeren. De mail zal worden verzonden met volgende mailadres: info@medihaven.be.

Wanneer personen willen deelnemen, klikken ze op een link die hen naar de Qualtrics-applicatie leidt.
Bij de start van de vragenlijst zal de deelnemer de informatiebrief (toevoegen als annex) te lezen krijgen waarin duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's en nadelen

verbonden aan de deelname. Enkel wanneer de deelnemer de informatiebrief gelezen heeft en instemt met deelname, zal de afname van de vragenlijst van start gaan. Zowel in de informatiebrief als bij de start van de vragenlijst wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Op geen enkel moment zullen persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer, e-mailadres, IP-adres,...) verzameld worden door de onderzoekers of zullen antwoorden van de vragenlijsten door de onderzoekers gekoppeld kunnen worden aan de identiteit van de deelnemers.

6. ANALYSIS

Er zullen naar schatting een 300-tal patiënten en een 100-tal huisartsen onze enquête invullen.

De univariate analyses worden in Excel afgeleverd via de Qualtrics-applicatie. De papieren versies zullen we zelf manueel in Excel invoeren. Univariate beschrijvende analyses in antwoord op de onderzoeksvraag worden aangevuld met multivariate analyses met de impact op de organisatie en op welbevinden als afhankelijke uitkomstmaten.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een vragenlijst informatie (namelijk de visie en het welzijn van

huisarts en patiënt in de specifieke context van de huisartsenpraktijk tijdens de coronacrisis) worden verzameld. Enkel relevante informatie wordt verzameld en dit wordt beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. Er zullen geen persoonsgegevens worden verzameld. De informatie die met behulp van de vragenlijst wordt verkregen, zal op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument verzameld worden. Indien mogelijk zal dit bestand bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server van KU Leuven of UZ Leuven, in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, of in REDCap. Zoniet, wordt een persoonlijke computer gebruikt die beveiligd is met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt..

Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He/sheaccepts,duringandafterthecompletionoftheMaster'sthesis,theobligationtostrictlyobservethe confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He/shewillonlyprocessandcollectdatathatisrelevantandnecessaryforhis/herMaster'sthesis;*
- *He/shewillnotshareinformationwithpersonsnotdirectlyinvolvedwithintheframeworkofhis/herresearch;*
- *He/shewilltakeallnecessarystepstoprotecttheconfidentialityofInformationandtheprivacyofthoseinvolved;*
- *He/shewillhandlewithcareandresponsibilitytheInformationandtheaccessgrantedtohim/hertoinformation systems and digital media.*

Alle data zullen tijdens het project met vertrouwelijkheid worden behandeld. We zullen gebruik maken de Qualtrics-module om onze enquête op te stellen en de date te verzamelen.

Alles wat de respondenten in de enquête delen, zal volledig anoniem gebeuren.

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of

personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In onze informatiebrief wordt zowel het e-mailadres van de promotor als van beide studenten weergegeven. Hierop kunnen zowel patiënten als huisartsen terecht met al hun vragen, dit wordt ook duidelijk meegedeeld in de informatiebrief.
Op heden kunnen er geen duidelijke adverse events worden beschreven, behoudens mogelijks mentale last door Covid-19 gerelateerde slechte herinneringen op te halen.

9. APPROV AL

We kregen de goedkeuring van de praktijkopleider werkzaam in de huisartsenpraktijk Medihaven te Nieuwpoort om de vragenlijst ook te verspreiden onder de patiëntenpopulatie van bovenstaande praktijk (met name dr Filip Dewulf, filip.stap@telenet.be).

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

/

13. ANNEXES

Informatiebrief aan huisarts & patiënt
Uitnodiging gericht aan huisarts (social media/mail) en aan patiënt (sociale media/papieren versie) Enquête gericht aan huisarts & patiënt

Vragenlijst ikv corona-pandemie:

Will it be possible to respect the federal and institutional rules, e.g. social distancing, protective measures..? Yes

Is additional protective material needed in order to execute the study? Please specify. No

How many additional persons (researchers/observers) are envisaged in the interaction with the participants? Zero

In which room/building will the study take place? Study takes places via computer surveys
If the study takes place in another institution, has this institution approved the re-start in writing? NA

Is there a need for modifying the ICF, and if so, please provide a changed version with track changes. NA

Is there a need for modifying the protocol, and if so, please provide a changed version with track changes. No

BIJLAGE 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Ons kenmerk: MP017005
Uw kenmerk: Masterproef studie: De impact van het COVID-19-virus op de functionering van de huisartsenpraktijk
Leuven, 08-12-2020

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Marie-Sophie De Wilde, Florence De Potter

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 08-12-2020

(Goedkeuring) Het betreft een prospectieve studie waarbij men door middel van enquêtes afgenomen bij huisartsen & patiënten, in kaart wil brengen wat de impact is van de COVID-19-crisis op de werking van huisartsenpraktijken. De uitnodig

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

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

Dit gunstig advies betreft de indiening van 24-11-2020 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

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

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

Met vriendelijke groet,

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

Prof. dr. Pascal Borry

Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

BIJLAGE 3: Informatiebrief huisartsen en patiënten

AAN HUISARTSEN:

De impact van het COVID-19-virus op de functionering van de huisartsenpraktijk.

Geachte,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar het effect van de coronacrisis op de reorganisatie van de huisartsenpraktijk en de gevolgen hiervan voor zowel de huisarts als de patiënt.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie wil de impact van het COVID-19-virus op de zorg binnen de huisartsenpraktijk in kaart brengen. Iedereen ondervond op vele domeinen de invloed van het virus op het dagelijkse leven. De gezondheidszorg werd gereorganiseerd. We willen met onze studie het effect van deze veranderingen nagaan bij zowel de huisarts als de patiënt. We bevragen daarom zowel het welbevinden van huisarts als van de patiënt en hun beider visie op deze zorgaanpassingen.

Wij vragen u om aan deze studie deel te nemen omdat elke huisarts op zijn eigen manier de coronacrisis heeft ervaren. Hoe meer huisartsen deze enquête invullen, hoe meer gegevens we voorhanden hebben om de eerstelijnszorg in tijden van crisis te verbeteren.

Aan deze studie zullen een 100-tal huisartsen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, dient u werkzaam te zijn in Vlaanderen of Brussel, de Nederlandse taal machtig zijn en te beschikken over een toegang tot het internet.

We vragen u hierbij om een vragenlijst in te vullen die peilt naar uw standpunt met betrekking tot de adaptaties in de huisartsenpraktijk tijdens de coronacrisis. Ook wordt de psychologische impact van deze wijzigingen bevraagd. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal afgenomen worden hetzij via een link die wordt verspreid op sociale media hetzij via mail van uw lokale huisartsenkring.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan een betere organisatie van de zorg bij de huisarts in tijden van crisis.

Deelnemen aan het onderzoek kost tijd: maximaal 10 minuten

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- ·Deze studie opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.
- ·Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- ·De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- ·Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers
- ·Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))
- ·Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt,

kan u contact opnemen met de florence.depotter@student.kuleuven.be of mariesophie.dewilde@student.kuleuven.be Schoenmakers Birgitte) via e-mail birgitte.schoenmakers@kuleuven.be.

Alvast bedankt voor uw deelname aan onze studie.

De Potter Florence en De Wilde Marie-Sophie

AAN PATIËNTEN:

De impact van het COVID-19-virus op de functionering van de huisartsenpraktijk.

Geachte,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar het effect van de coronacrisis op de reorganisatie van de huisartsenpraktijk en de gevolgen hiervan voor zowel de huisarts als de patiënt.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie wil de impact van het COVID-19-virus op de zorg binnen de huisartspraktijk in kaart brengen. Iedereen ondervond op vele domeinen de invloed van het virus op het dagelijkse leven. De gezondheidszorg werd gereorganiseerd. We willen met onze studie het effect van deze veranderingen nagaan bij zowel de huisarts als de patiënt. We bevragen daarom zowel het welbevinden van arts als van de patiënt en hun beider visie op deze zorgaanpassingen.

Wij vragen u om aan deze studie deel te nemen omdat iedereen op zijn eigen manier de coronacrisis heeft ervaren. Hoe meer onze enquête wordt ingevuld, hoe meer gegevens we voorhanden hebben om de zorg in tijden van crisis te verbeteren.

Aan deze studie zullen ongeveer 300 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u de Nederlandse taal machtig zijn en woonachtig zijn in Vlaanderen of Brussel.

We vragen u hierbij om een vragenlijst in te vullen die peilt naar uw standpunt met betrekking tot de veranderingen in de huisartsenpraktijk tijdens de coronacrisis. Ook wordt de psychologische impact van deze wijzigingen bevraagd. Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. De link naar de vragenlijst zal enerzijds verspreid worden over sociale media en anderzijds ook via mail worden verstuurd naar patiënten binnen één bepaalde huisartsenpraktijk.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan een betere organisatie van de zorg bij de huisarts in tijden van crisis.

Deelnemen aan het onderzoek kost tijd: maximaal 10 minuten

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- ·Deze studie opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.
- ·Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- ·De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- ·Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers
- ·Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))
- ·Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt,

kan u contact opnemen met de florence.depotter@student.kuleuven.be of mariesophie.dewilde@student.kuleuven.be Schoenmakers Birgitte) via e-mail birgitte.schoenmakers@kuleuven.be.

Alvast bedankt voor uw deelname aan onze studie.

De Potter Florence en De Wilde Marie-Sophie

BIJLAGE 4: Vragenlijsten huisartsen en patiënten

Antwoordmogelijkheden via Likert schaal:
Schaal frequentie: bv nooit – zelden – vaak – heel vaak
Schaal intensiteit: bv helemaal niet – eerder niet – eerder wel – helemaal wel

VRAGENLIJST HUISARTSEN:

Geslacht
• Man
• Vrouw
• Onbepaald

Leeftijd
• <30j • 30-50j • 50-65j • >65j

HAIO
• Ja
• Nee

CRA
• Ja
• Nee

Provincie
• West-Vlaanderen
• Oost-Vlaanderen
• Antwerpen
• Limburg
• Vlaams-Brabant
• Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Praktijk
• Solopraktijk
• Duopraktijk
• Groepspraktijk (huisartsen of multidisciplinair)
• wijkgezondheidscentrum?

Bent u zelf covid-positief geweest?
• Ja
• Nee

Bent u een risicopatiënt?
• Ja
• Nee

Praktijkorganisatie

- Heeft u de indruk dat er tijdens de coronacrisis veel zorg uitgesteld werd?
  o door de patiënt? (schaal frequentie)
  o door de arts? (schaal frequentie)
- Leidde de uitgestelde zorg binnen uw patiëntenpopulatie tot meer sterfgevallen? (schaal frequentie)
- Leidde de uitgestelde zorg binnen uw patiëntenpopulatie tot meer hospitalisaties? (schaal frequentie)
- Heeft u de indruk dat u bepaalde acute pathologieën (bv. appendicitis, acuut coronair syndroom, tumoren,...) heeft gemist tijdens de coronacrisis door de uitgestelde niet- dringende zorgverlening? (schaal intensiteit)
- Werden er praktijkrichtlijnen opgesteld omtrent de aanpak van de coronacrisis?
  o Ja, meteen vanaf het begin van de 1e golf o Ja, maar pas na enige tijd sukkelen
  o Nee, iedereen had zijn eigen methode

- Heeft u in de huisartsenpraktijk een aparte ruimte (voorzien) om potentiële COVID- patiënten te onderzoeken/testen?
  o Ja
  o Nee
- Hoe heeft u de indeling van de wachtzaal aangepast? (meerdere antwoordmogelijkheden)
  o niet
  o met scheidingswanden
  o door het aantal stoelen te verminderen
  o door extra wachtruimte te voorzien
  o door patiënten in de auto te laten wachten in plaats van de wachtzaal

o door patiënten te vragen slechts enkele minuten voor de consultatie aanwezig te zijn
o door meer tijd te laten tussen de consultaties o andere (open ruimte)

- Ging u tijdens de coronacrisis nog op huisbezoek? (meerdere antwoordmogelijkheden)
  o Nee, ik heb patiënten sneller doorgestuurd naar spoedgevallen o Nee, ik heb voornamelijk advies gegeven om af te wachten
  o Nee, dit gebeurde via een huisarts van de triagepost
  o Ja, voor urgente pathologie bij niet-mobiele patiënten
  o Ja, voor chronische pathologie bij niet-mobiele patiënten
  o Ja, naar woonzorgcentra
  o Ja, idem zoals voor de coronacrisis

- Heeft u tijdens de coronacrisis pro-actief kwetsbare patiënten benaderd ter evaluatie van hun toestand? (meerdere antwoordmogelijkheden)
  o Nee
  o Ja
  § ouderen
  § chronische zieken
  § sociaal kwetsbare patiënten
  § psychisch kwetsbare patiënten

- Hoeveel teleconsulten voerde u per arts gemiddeld dagelijks uit?
  o vòòr de coronacrisis
  § 0-5
  § 6-15
  § 16-25
  § >25
  o Tijdens de 1e golf
  § 0-5
  § 6-15
  § 16-25
  § >25
  o Tijdens de 2e golf
  § 0-5
  § 6-15
  § 16-25
  § >25

- Wie voerde de teleconsulten uit? (meerdere antwoordmogelijkheden)
  o ikzelf, gezien solopraktijk
  o de specifieke arts die door de patiënt wordt geprefereerd
  o onderlinge beurtrol tussen de collega's
  o de HAIO
  o het secretariaat en pas bij nood aan medische info doorschakeling naar arts

- Zou u de mogelijkheid van teleconsulten behouden na de coronacrisis?
  o Ja
  o Nee

- Werd uw agenda-indeling aangepast tijdens de coronacrisis? (meerdere antwoordmogelijkheden)
  o Nee
  o Ja, er werd ruimte voorzien voor teleconsulten
  o Ja, er werd onderscheid gemaakt tussen infectieuze en niet-infectieuze consultaties
  o Ja, er werd onderscheid gemaakt tussen infectieuze en niet-infectieuze huisbezoeken
  o Ja, er werd meer tijd voorzien per consultatie (bv buffers tussendoor,...)
  o Andere (open veld)

- Heeft u de optie 'vrije raadplegingen' afgeschaft omwille van de coronacrisis?
  o Nee, alles was reeds op afspraak
  o Nee, vrije raadplegingen liepen verder
  o Ja en ik herstart het niet
  o Ja en ik zal het opnieuw invoeren

- Hoeveel extra tijd besteedde u dagelijks aan administratie (eform, attesten,...) m.b.t. de coronacrisis?
  o 0-15min
  o 15min-30min
  o 30min-1u
  o 1u-3u
  o >3u

- Op welke manier(en) ontvingen uw patiënten hun voorschriften? (meerdere antwoordmogelijkheden)
  o Ter plaatse in de praktijk
  o Per mail

o Via het Helena-platform
o Rechtstreeks naar de apotheek
o In hun brievenbus

- Waardoor werd de financiële belasting binnen uw praktijk voornamelijk beïnvloed tijdens de coronacrisis? (meerdere antwoordmogelijkheden)
  o derving (verlies van inkomsten die je gewoonlijk wel krijgt) o directe kosten (aankoop materiaal, verbouwingen,...)
  o uitval door ziekte
  o niet van toepassing
  o andere (vrij veld)

- Voelde u zich als huisarts voldoende gesteund door de overheid?
  o Betreffende informatie verschaffing (Schaal intensiteit)
  o Betreffende materiaal voorziening (Schaal intensiteit)
  o Betreffende financiële bijdrage (Schaal intensiteit)

- Waar vond u de COVID-richtlijnen voor huisartsen die op dat ogenblik van kracht waren? (meerdere antwoordmogelijkheden)
  o Via de site van Sciensano
  o Via mail: Domus Medica, Zorg en Gezondheid,...
  o Via collega's binnen de praktijk
  o Via de huisartsenkring
  o Via de media
  o Andere (open veld)

- Werd er door de lokale huisartsenkring back-up voorzien tijdens de wachtdiensten (vb extra arts voor covidpatiënten, extra administratieve kracht,...)?
  o Ja
  o Nee

- Vormde de lokale huisartsenkring voor u een meerwaarde in de opvolging van de corona-toestand (maatregelen, positieve ratio,...) in uw buurt? (schaal intensiteit)

- Advies voor gelijkaardige situaties in de toekomst: (open veld)

Welbevinden

- Bent u bang geweest om zelf besmet te geraken?
  o Nee
  o Ja, om zelf ernstig ziek te worden (schaal intensiteit)
  o Ja, om uit te vallen in mijn job (schaal intensiteit)
  o Ja, om patiënten/collega's/familie/vrienden te besmetten (schaal intensiteit)

- Voelde u zich tijdens de coronacrisis meer ..... dan tevoren? (schaal intensiteit)
  o Machteloos?
  o Gefrustreerd?
  o Zenuwachtig?
  o Uitgeblust?
  o Neerslachtig?
  o In de steek gelaten?
  o Onzeker?
  o Nuttig?
  o Strijdlustig?
  o Competent?
  o Hoopvol?
  o Verbonden met andere zorgverleners? o Gewaardeerd?
  o Schuldig?
  o Andere (vrij veld)

- Heeft de coronacrisis u het gevoel bezorgd te willen stoppen als huisarts? (schaal frequentie)

- Voelde u zich tijdens de coronacrisis ooit onder druk gezet door één van uw patiënten?
  o om een niet-geïndiceerde covid-test uit te voeren (schaal frequentie)
  o om een ongelegitimeerd attest op te maken (schaal frequentie)
  o om op huisbezoek te komen (schaal frequentie)
  o om een medicatievoorschrift te schrijven (schaal frequentie)
  o andere (vrije veld)

- Heeft u tijdens de coronacrisis (meer) conflictsituaties gehad met patiënten dan voorheen? (schaal frequentie)
- Heeft u het gevoel door de 1e golf beter voorbereid te zijn op de 2e golf? (schaal intensiteit)
- In hoeverre had u het gevoel een betekenisvolle rol te spelen in de strijd tegen het coronavirus? (schaal intensiteit)

VRAGENLIJST PATIËNTEN:

Geslacht:
• Man
• Vrouw
• Onbepaald

Leeftijd:
• <20 • 20-30j • 30-50j • 50-65j • >65j

Provincie:
• West-Vlaanderen
• Oost-Vlaanderen
• Antwerpen
• Limburg
• Vlaams-Brabant
• Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Gezinssamenstelling
• Alleenstaand met kinderen
• Alleenstaand zonder kinderen
• Gezin met kinderen
• Gezin zonder kinderen

Opleidingsniveau
• Basisschool
• Secundair onderwijs
• Technisch beroepsonderwijs
• Hogeschool
• Universitair

Bent u zelf covid-positief geweest?
• Ja
• Nee

Lijdt u aan één van volgende chronische aandoeningen
• Suikerziekte
• Hartlijden
• Longlijden
• Nierlijden
• Kanker
• Immuniteitsstoornissen

Praktijkervaring

- Werden er tijdens de coronacrisis voorafgemaakte afspraken bij uw huisarts geannuleerd?

  o door mezelf? (schaal frequentie)
  o door de huisarts? (schaal frequentie)

- Om welke reden werden consultaties bij de huisarts uitgesteld tijdens de coronacrisis? (meerdere antwoordmogelijkheden)

  o uit angst om besmet te geraken
  o uit angst om anderen te besmetten
  o ik dacht dat het niet wat toegestaan op consultatie te gaan o ik was bang om de arts te storen
  o niet van toepassing
  o andere reden (open veld)

- Vond u dat u tijdens de coronacrisis nog steeds terecht kon bij uw huisarts? (schaal intensiteit)
- Op welke manier kon u uw huisarts bereiken tijdens de coronacrisis? (meerdere antwoordmogelijkheden)

  o Ik heb geen idee
  o Telefonisch
  o Via mail
  o Ter plaatse in de praktijk

- Werd u spontaan opgebeld door uw huisarts ter evaluatie van uw gezondheidstoestand?

o ja
o nee

- Hoe werd u door uw huisarts op de hoogte gebracht van de coronamaatregelen binnen de huisartsenpraktijk (hoe een consultatie/huisbezoek/voorschrift aanvragen, bij welke klachten wel/niet welkom,...)? (meerdere antwoordmogelijkheden)

o niet
o via affiches in de praktijk
o online, via de website
o via mail
o met een brief in mijn brievenbus
o telefonisch of door een ingesproken infobandje

- Op welke manier kreeg u uw voorschriften van uw huisarts? (meerdere antwoordmogelijkheden)

o Ik heb geen idee
o Ter plaatse in de praktijk
o Per mail
o Via het Helena-platform
o Rechtstreeks naar apotheek doorgestuurd
o Ik kreeg het in mijn brievenbus

- Kwam uw huisarts nog op huisbezoek tijdens de coronacrisis?

o Tijdens de 1e golf
§ Ja
§ Nee
o Tijdens de 2e golf
§ Ja
§ Nee

- Op welke manier won u informatie in omtrent de mogelijke COVID-symptomen en de opgelegde hygiënemaatregelen? (meerdere antwoordmogelijkheden)

o Via mijn eigen huisarts
o Via de media: tv, radio,...
o Via internet
o Via naasten (vrienden/familie)
o Via infobrieven/folders
o Andere kanalen

- Heeft u zelf uw huisarts gecontacteerd met specifieke vragen over de Covid- maatregelen? (schaal frequentie)

- Heeft u tijdens de coronacrisis een teleconsultatie gevoerd met uw huisarts? (schaal frequentie)

- Zou u in de toekomst blijvend gebruik willen maken van teleconsultaties? (meerdere antwoordmogelijkheden)

o Nee
o Ja, voor voorschriften, attesten,...
o Ja, voor opvolging van een bestaande aandoening Ja, voor de bespreking van nieuwe klachten

- Ging u tijdens de coronacrisis langs in een triagecentrum?
o Nee
o Ja

- Was u tevreden over de werking in een triagecentrum? (meerdere mogelijkheden)
o Nee, ik werd onvoldoende onderzocht
o Nee, ik had minder vertrouwen in de artsen werkend in het triagecentrum
o Nee, het was praktisch onvoldoende georganiseerd
o Nee, ik had schrik om besmet te worden door anderen
o Nee, er was te weinig tijd om klachten te bespreken
o Ja, het was praktisch goed georganiseerd
o Ja, het was veiliger door de beschermingsmaterialen
o Ja, je kon er snel terecht
o Andere (open veld)

Welbevinden

- Heeft u over het algemeen het gevoel (gehad) voldoende geïnformeerd te zijn over de COVID-maatregelen? (likert intensiteit)
- Voelde u zich na een consultatie in de huisartenpraktijk meer ... dan voor de coronacrisis? (Likert schaal intensiteit)

  o wantrouwig
  o verontwaardigd
  o onbegrepen
  o angstig
  o ontgoocheld
  o boos
  o moedeloos
  o opgelucht
  o tevreden
  o ontroerd
  o geholpen
  o gerustgesteld
  o andere (open veld)

- Hoe voelde u zich na een teleconsultatie met uw huisarts tijdens de coronacrisis? (Likert schaal)

  o wantrouwig
  o verontwaardigd
  o onbegrepen
  o angstig
  o ontgoocheld
  o boos
  o moedeloos
  o opgelucht
  o tevreden
  o ontroerd
  o geholpen
  o gerustgesteld
  o andere (open veld)

- Heeft u omwille van angst of onrust meer ... dan voor de coronacrisis? o medicatie genomen (schaal frequentie)
  o alcohol geconsumeerd (schaal frequentie)
  o gerookt
  o nood gehad aan psychologische ondersteuning

- Voelde u zich tijdens de coronacrisis in de steek gelaten door uw huisarts? (schaal frequentie)

- Heeft u tijdens de coronacrisis (meer) conflictsituaties gehad met uw huisarts dan voorheen? (schaal frequentie)

- Heeft u het gevoel een betere vertrouwensband te hebben gevormd met uw huisarts door de coronacrisis? (schaal intensiteit)

- Bent u tevreden over de aanpak van uw huisarts tijdens de coronacrisis? (schaal intensiteit)

- Opmerkingen (open veld)