‘Daarom ben jij een goede huisarts’: visie van de patiënt en de huisarts

Leen Weyenberg, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

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.

Abstract

HAIO: Leen Weyenberg, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Titel: 'Daarom ben jij een goede huisarts': visie van de patiënt en de huisarts

Introductie: Kwaliteit van zorg en een goede communicatie zijn belangrijke factoren voor patiënten in de keuze voor een bepaalde arts. Dit zijn ruime begrippen, maar het is niet goed geweten wat dit nu juist betekent voor patiënten in de Vlaamse context. Het doel van deze masterproef is na te gaan wat een 'goede huisarts' is vanuit patiëntenperspectief en hoe de huisarts zelf de verwachtingen van de patiënt inschat.

Methodologie: Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd, in voorbereiding op het veldwerk. Aan de hand van ECLIPS werd in de ICHO-databanken, Pubmed en google scolar gezocht naar relevante artikels. Het veldonderzoek bestond uit een descriptief kwalitatief onderzoek waarbij een doelgericht staal van patiënten en artsen werd geïnterviewd. De topiclijst voor de interviews werd gebaseerd op de informatie uit de literatuurstudie. De interviews werden verbatim uitgetypt en thematisch geanalyseerd aan de hand van het programma Nvivo12.

Resultaten: Vier belangrijke thema's kwamen naar voor, namelijk de keuze van huisarts, de belangrijkste kwaliteiten van de arts als mens, praktijkmanagement en de arts-patiëntrelatie. Patiënten kiezen hun huisarts uit gewoonte. Ze blijven bij dezelfde huisarts waar ze als kind met hun ouders gingen. Bij verhuis zoeken patiënten een huisarts in de buurt van hun woonst.

De belangrijkste kwaliteit van een huisarts voor de patiënten zijn vooral luisteren, vriendelijkheid en vertrouwen. Ook bereikbaarheid vinden de patiënten belangrijk. De huisartsen zelf schatten die bereikbaarheid in als allerbelangrijkste factor. Empathie en uitleg geven vervolledigen bij hen de top drie.

Op gebied van praktijkmanagement schatten de huisartsen de patiënten correct in dat deze het belangrijk vinden dat hun dokter bereikbaar is. Zowel arts als patiënt heeft een voorkeur voor raadpleging na afspraak. Artsen en patiënten hechten veel belang aan een grondige anamnese en klinisch onderzoek voor de arts om tot een juiste diagnose te komen en voor de patiënt om zich serieus genomen te voelen. Alle artsen gaven aan dat ze de voorkeur geven aan shared decision making bij de keuze van een behandeling. Dit hoeft niet voor alle patiënten, maar de meerderheid geeft aan dat het fijn is om betrokken te worden bij belangrijke beslissingen. Het opbouwen van een vertrouwensband gebeurt volgens zowel patiënt als arts door middel van vorige ervaringen. De artsen denken dat mond-aan-mondreclame hierbij ook een rol speelt, terwijl de patiënten dit zelf niet vermelden.

Conclusie: Een heleboel factoren spelen mee, waarvan luisteren, vriendelijkheid, vertrouwen en bereikbaarheid de belangrijkste zijn voor de patiënten. Artsen weten wat hun patiënten belangrijk vinden, al is dit soms niet in overeenstemming met wat de arts zelf vindt.

1. Voorwoord

Graag wil ik mijn promotor, prof. Dr. Lieve Peremans, bedanken voor de nuttige feedback en de aanmoedigende woorden bij het schrijven van deze thesis.

Vervolgens wil ik graag mijn praktijkopleider, Dr. Filip Catry, bedanken voor de hulp bij de uitwerking van het onderwerp van mijn masterproef en voor de verdere medewerking bij de datacollectie. Ook de secretaresse, Tamara Ruysen, wil ik bedanken voor de hulp bij de inclusie van de patiënten.

Tot slot wil ik graag alle patiënten en artsen die hebben deelgenomen aan het interview bedanken voor hun medewerking.

2. Inhoudstafel

Abstract 3

1. Voorwoord 4

2. Inhoudstafel 5

3. Inleiding 6

4. Oriënterend literatuuronderzoek 8

4.1 Methode 8

4.2 Resultaten 10

4.3 Conclusie 16

5. Methodologie veldonderzoek 17

5.1 Introductie 17

5.2 Methode 17

6. Resultaten 19

6.1 Sociodemografische gegevens 19

6.2 Analyse interviews patiënten 20

6.3 Analyse interviews artsen 33

6.4 Datatriangulatie 43

7. Discussie 44

8. Besluit 46

9. Referenties 47

10. Bijlagen 49

3. Inleiding

In de eerste lijn is de arts-patiënt relatie één van de belangrijkste factoren voor een goede outcome. De patiënt die alles aan de arts durft te vertellen en zich goed voelt bij een arts is een eerste stap richting een juiste diagnose en een correct beleid, waarbij zowel arts als patiënt zich goed voelen. Wat zijn nu juist alle factoren waarop patiënten zich focussen bij het kiezen van hun huisarts? Wat denken patiënten enerzijds? Wat denkt de huisarts anderzijds? Zit hier een discongruentie op? Want indien dit zo is, heeft dit gevolgen voor management van de praktijk en ook voor die arts-patiëntrelatie. Het is dus een meerwaarde voor zowel arts als patiënt om hier een beter zicht op te hebben.

Welke factoren maken nu voor de patiënt dat hun huisarts een goede arts is? Welke factoren spelen er voor hen mee om graag tot bij hun huisarts te komen? Deze vraag gaat redelijk breed, dus dit kan zowel gaan over communicatie als beleid: moet een arts direct en “to the point” zijn of veel info geven? Moet hij veel ruimte laten om samen tot een beleid te komen of duidelijk zijn en zelf zeggen wat de patiënt moet doen? Zo zijn er nog vele vragen te beantwoorden. Speelt bereikbaarheid mee: verwacht een patiënt dat de huisarts ook elke avond en in het weekend bereikbaar is, wil de patiënt ook ’s morgens al vroeg terechtkunnen, zijn vrije raadplegingen nodig, moet een arts altijd op huisbezoek komen als de patiënt dit vraagt? Is het voor de patiënt van belang dat de arts stipt is of wacht hij liever wat langer als hij weet dat de arts dan ook voor hem zeker zijn tijd neemt? Is een gezellige wachtkamer belangrijk of is een steriele omgeving beter (zeker in tijden van corona)? Dit alles speelt mee in de gedachten van de patiënt en straalt door in de arts-patiëntrelatie en zo dus ook op de outcome van een consult.

Enkele van deze vragen kunnen al worden opgelost door internationale literatuur te raadplegen. *Kenny et al.* identificeerde vijf grote dimensies en onderzocht in welke mate patiënten deze belangrijk vonden. Volgens zijn resultaten was de kwaliteit van de zorg de belangrijkste factor, gevolgd door de kost. Hierna stonden de praktijkeigenschappen en beschikbaarheid, om af te sluiten met de soort zorg die geboden wordt. Voornamelijk het aspect ‘kwaliteit van de zorg’ komt in vele studies naar boven, voornamelijk op vlak van communicatie. (1) *Turabian* ging dieper in op verschillende aspecten van communicatie, meer specifiek met oudere patiënten. Ook hij stelt dat een goede arts-patiënt relatie, met aangepaste communicatie van belang is voor een goede ziekte-evolutie. (2) Met ‘dokter Google’ staan we tegenwoordig ook voor nieuwe uitdagingen, hoe gaan we hiermee om en waarom spelen mensen hun eigen dokter? Een studie van *De Rosis et al.* toont aan dat shared decision-making hierbij een belangrijke rol speelt. (3)

Deze studies tonen alvast aan dat er veel belang gehecht wordt aan de arts-patiëntrelatie en communicatie. Ook andere factoren spelen mee, zoals aangetoond door *Kenny et al*.

In masterproeven van de voorbije jaren zijn enkele studies uitgevoerd die gelijkaardig waren aan deze studie. Zo werd er nagegaan hoe de patiënt een huisarts kiest (4), wat zijn visie is op het huisbezoek (5), de visie van de chronische patiënt werd onderzocht (6), of patiënten liever afspraken of vrije consultatie hebben (7) en er was een onderzoek naar de patiënttevredenheid in de huisartsenpraktijk (8). De meerderheid hiervan heeft gewerkt met vragenlijsten. Voor dit onderzoek kan dus vertrokken worden van wat men gevonden heeft om hier dan dieper op in te gaan door middel van semi-gestructureerde interviews. Hiernaast is dit onderwerp breder, het omslaat alle

aspecten van de huisarts en de praktijk. Verder zal er vergeleken worden met de visie van de arts, iets wat nog niet eerder is onderzocht.

Er is tot op heden nog niet veel onderzoek gedaan naar de mening van de patiënt over de huisarts en het gevolg hiervan op de arts-patiëntrelatie. Ook de visie van de huisarts zelf is nog niet veel onderzocht. Dit is dus nog relatief onontgonnen terrein.

Dit betekent dat deze masterproef voor een deel kan bijdragen aan de gezondheidszorg door in het hoofd van de patiënt te kijken. Bij discrepanties tussen de visie van arts en patiënt zou dit onderzoek kunnen leiden tot een verandering in de aanpak van communicatie of management van de huisarts. Dit kan alleen maar een goede invloed hebben op de arts-patiëntrelatie.

Dit alles leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

Wat is een ‘goede huisarts’ vanuit patiëntenperspectief?

Wat denkt de huisarts zelf dat de patiënt verwacht als goede huisarts?

4. Oriënterend literatuuronderzoek

4.1 Methode

Voor het literatuuronderzoek gaan we op zoek naar bestaande literatuur en modellen over de karakteristieken van een 'goede' huisarts. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van ECLIPS, een model dat in de context van dit onderzoek bruikbaarder is dan PICO. De databanken waarin gezocht werd zijn *Google Scolar, Pubmed* en de ICHO-database. De laatste zoektocht dateert van 8 augustus 2020.

Als we de onderzoeksvraag vertalen in de ECLIPS-vorm, krijgen we volgende termen:

E (expectations)	Karakteristieken van huisartsen
C (client group)	Patiënten + huisartsen
L (location)	Landen met goede eerstelijnszorg (vb Europa, Australië, Canada,…)
I (impact)	Verbetering arts-patiëntrelatie
P (professionals)	Huisarts
S (service)	Eerstelijnsgezondheidszorg

Er zijn enkele inclusiecriteria die belangrijk zijn. Zo is het van belang dat de eerstelijnsgeneeskunde in de gebruikte artikels minstens even goed is als bij ons. Hiernaast mogen de artikels niet te oud zijn, aangezien er veel veranderd is in de huisartsgeneeskunde de laatste jaren. Daarom worden alleen artikels vanaf 2016 geïncludeerd.

Mijn zoektocht ben ik gestart in de ICHO-databank met masterproeven van de voorbije jaren. Daarin heb ik gezocht naar thesissen met een gelijkaardig onderwerp. Hierop heb ik me gebaseerd om mijn onderzoeksthema en onderzoeksvraag uit te werken.

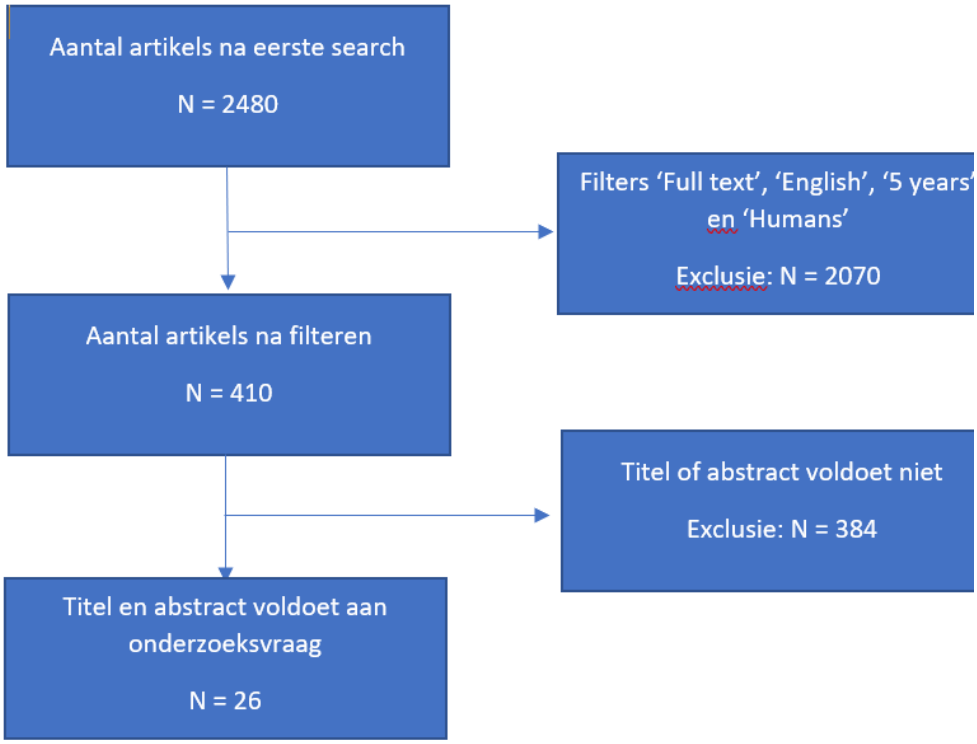
Voor de eigenlijke literatuurstudie heb ik gezocht via *Pubmed* op basis van volgende zoektermen: *family care practice, general practice, primary care, general practitioner, patient, preference, perspective en satisfaction*.

Omgezet in MESH-termen levert dit volgende termen op:
General practice, primary healthcare, general practitioners, patients, patient satisfaction

De uiteindelijke zoekopdracht was:

("general practice" OR "general practitioners") AND "patient satisfaction" [MeSHTerms]

Deze zoektocht levert 2480 artikels op. Met de filters 'Full text', 'English', 5 years en 'Humans' blijven er 410 artikels over. Daarom heb ik manueel geselecteerd op basis van titel en abstract. Artikels die niet binnen de onderzoeksvraag vielen, werden niet weerhouden. Zo behoud ik 26 interessante artikels. (9-34)



Figuur 1: Flowchart literatuuronderzoek

Hierna ben ik op zoek gegaan naar extra artikels op *Google Scolar*, met de zoekterm characteristics AND "general practitioner" AND "patient satisfaction". Dit levert 20 300 resultaten op. Met de filter 'Sinds 2016' blijven er nog 5970 resultaten over. Deze werden gesorteerd op relevantie en de titels en abstracten werden gelezen. Na het scannen van de eerste 100 abstracten en in de laatste 30 geen bruikbare artikels meer te vinden, werd besloten te stoppen met zoeken, gezien de relevantie van de zoektocht daalt. Hierbij werden nog 4 nieuwe artikels gevonden, evenals 3 artikels die al geïncludeerd waren via *Pubmed*. Bij het selecteren werden alle artikels uitgesloten die over ziekenhuisgeneeskunde gingen en artikels waarin geen factoren werden benoemd die de tevredenheid van de patiënt bepalen. (1, 35-37)

Tot slot werd nog één artikel aangebracht via de promotor. (38)

4.2 Resultaten

Het belang om te weten wat belangrijk is voor de patiënt is meervoudig. Het zorgt voor een betere kwaliteit van de zorg, wat op zijn beurt de kosten voor de gezondheidszorg kan doen dalen. Het heeft een positief effect op het gedrag van de patiënt, die meer therapietrouw wordt en sneller hulp zal zoeken bij een arts waarbij hij zich op zijn gemak voelt. Dit heeft dan weer een gevolg op de quality of life van de patiënt. (20)

Welke factoren spelen een rol bij het kiezen van een huisarts?

Dit kan worden onderverdeeld in vijf grote thema's: kwaliteit van zorg, bereikbaarheid, kost (tijd en financieel), kenmerken van de praktijk en aangeboden diensten (bijvoorbeeld in een multidisciplinaire praktijk).

Uit een Australische studie kwam naar voor dat de kwaliteit van zorg als belangrijkste factor wordt aangegeven. Kwaliteit van zorg omvat een goede arts-patiëntrelatie, technische handelingen en continuïteit van zorg. Onder een goede arts-patiëntrelatie worden communicatie, informatie en consultatieduur aangegeven als belangrijk. De technische handelingen bestaan uit een correct klinisch onderzoek en behandeling. Continuïteit van zorg omvat de beschikbaarheid van de huisarts en de mogelijkheid om telkens naar dezelfde huisarts te kunnen gaan.
De kost is niet onbelangrijk, met name de terugbetaling van het doktersbezoek.
Patiënten vinden het aanbod van verschillende diensten in de praktijk minder belangrijk. (1, 14)
Als patiënten op zoek gaan naar een nieuwe praktijk en dus de arts nog niet kennen, wordt er dikwijls gekozen op basis van aanraden van familie of vrienden. Hierbij zijn empathie, ervaring van de arts en het correct geven van informatie belangrijke factoren. Bij het blind kiezen van een huisarts spelen meer praktische zaken mee, zoals wachttijd tot consultatie en afstand tot de praktijk. (4)

Welke zaken spelen er over het algemeen mee in de patiënttevredenheid?

De tevredenheid van de patiënt met zijn arts hangt af van verschillende factoren. Deze kunnen ruwweg worden ingedeeld in twee grote groepen, namelijk de arts-patiëntrelatie en het praktijkmanagement. Hiernaast zijn er enkele patiëntspecifieke factoren die meespelen in de tevredenheid.

Wat vindt men het meest belangrijk en wat is er minder van belang? Ook deze vragen werden meermaals onderzocht.
De belangrijkste topics uit de categorie arts-patiëntrelatie worden ook het beste gescoord door patiënten. Andere categorieën die van belang zijn, zijn medische zorg, beschikbaarheid en bereikbaarheid, informatie en ondersteuning en continuïteit (8, 19, 30).
Om tevredenheid te meten, wordt er gekeken naar verwachtingen en ervaringen van de patiënt. Naast de arts-patiëntrelatie is de functionaliteit van de praktijk, met name de bereikbaarheid en de continuïteit van zorg belangrijk. Enkele verbeterpunten zijn de bereikbaarheid, met name na de uren, dus duidelijkheid over hoe de huisartsenwachtpost te bereiken is. Patient empowerment kan nog verbeterd worden, zodat de patiënt beter kan copen met zijn ziekte na de consultatie. (11)

Voor de meerderheid van de patiënten is het belangrijker om de arts naar keuze te zien dan om snel geholpen te worden. (20)

Het totale aantal patiënten van de huisarts zou ook een effect hebben op de patiënttevredenheid. Artsen met 'weinig' (<900) patiënten zouden minder beleefd zijn, minder tijd nemen per patiënt en minder vragen stellen. Artsen met 'veel' (>1300) patiënten kijken hun patiënten dan weer minder aan en patiënten hebben achteraf minder het gevoel te kunnen copen met hun problemen. (21)

Er werd ook specifiek onderzocht hoe tevreden mensen met multimorbiditeit zijn met hun arts. De deelnemers aan deze studie hadden gemiddeld 10 chronische aandoeningen en namen 7 soorten medicatie. Deze patiënten gaven de slechtste score aan 'snelle verlossing van symptomen' en hoge scores aan 'vertrouwelijke behandeling van data', 'luisteren' en 'preventie'. Op vlak van organisatie van zorg scoort 'wachttijd in de wachtkamer' het slechtste en 'behulpzaamheid van personeel' het beste. De tevredenheid is groter bij een jongere arts en bij een vrouwelijke arts. Deze patiënten geven de voorkeur aan een kleine praktijk. (29)

Arts-patiëntrelatie

Wat in de algemene studies overal naar boven komt, is het belang van een goede arts-patiëntrelatie. Heel wat studies hebben dan ook onderzoek gedaan naar dit specifieke onderwerp.

De basis van de arts-patiëntrelatie begint met de eerste indruk. Hieronder vallen nationaliteit, geslacht, leeftijd en uitstraling. De verbale en non-verbale communicatie van de arts tijdens de consultatie bepalen verder de mening van de patiënt. Voor het begin van het consult zijn er drie zaken belangrijk voor meer dan 69% van de patiënten: begroeting met een handdruk, dragen van een identificatiebadge en een witte jas. (38)

Het sleutelelement van de arts-patiëntrelatie is **empathie**. Als de arts empathisch is, is er meer patiënttevredenheid, is de relatie beter, heeft de patiënt minder bezorgdheden en zal hij beter participeren. Dit leidt op zijn beurt tot een betere diagnostische accuraatheid, therapie- en medicatietrouw.
Artsen onderschatten hun eigen empathie dikwijls, de door de patiënt ervaren empathie is significant hoger dan hoe de arts dit ervaart. (25)
Er is een verschil merkbaar tussen mensen met een hoge en lage sociaal-economische status (SES). Mensen met een lagere SES hebben vaak een slechtere gezondheid, meer psychosociale problemen en meer multimorbiditeit. Ze kennen de huisarts hierdoor beter, maar ervaren toch minder empathie. Volgens een Schotse studie was de verbale communicatie van de arts minder patient-centered en ook de non-verbale communicatie was minder goed. Dit zou kunnen worden verklaard doordat de arts moeilijker een gemeenschappelijke basis vond. (28)

Een relatie tussen arts en patiënt komt uiteraard van twee kanten, maar wat verwacht de patiënt dat de arts doet voor en tijdens de consultatie en wat moet van hun kant komen om de consultatie efficiënt te laten verlopen?

Er is een gedeelde verantwoordelijkheid voor een goede communicatie door middel van respect, eerlijkheid, informatie delen, time management, een open geest over de behandeling en het management van de behandeling. De arts heeft dan weer een grotere verantwoordelijkheid voor het stimuleren van actieve patiëntenparticipatie, begrip voor de situatie van de patiënt en een gepaste verwijzing naar een specialist. Andere belangrijke zaken zijn aandachtig luisteren, de patiënt als persoon behandelen en niet als ziekte, de patiënt serieus nemen en duidelijk uitleggen wat de patiënt moet doen als er iets fout gaat. De patiënt staat in voor het delen van informatie na de consultatie over het effect van de behandeling.
Als de patiënt een meer actieve rol speelt in de consultatie zal dit leiden tot betere therapietrouw, minder drop out van de behandeling en een grotere tevredenheid. (27)

Een Zweedse studie liet artsen en patiënten een vragenlijst invullen over de beleving van de patiënt: hierin werden de ideas, concerns en expectations bevraagd. De algemene tevredenheid van de patiënt was zeer hoog (10). Dit werd vooral bereikt door een goede uitleg van de arts, emotionele ondersteuning, respect en een goede communicatie. Ook over de mogelijkheid van shared-decision-making waren de patiënten tevreden.
Deze studie vond een discrepantie tussen de tevredenheid van de arts en de patiënt. Professionals willen immers meer bereiken in één consultatie dan dikwijls mogelijk is, maar er wordt zelden gevraagd hoe de patiënt dit zelf ervaart. Dit kan de arts stress geven. (10)

Enkele studies onderzochten specifiek de arts-patiëntrelatie bij de **oudere patiënt**. Deze mensen omvatten een heterogene groep, waarbij rekening gehouden moet worden met sensorieel verlies, een slechter geheugen, tragere verwerking van info, minder inspraak in het eigen leven, pensioen en scheiding van familie en vrienden.

Deze patiënten zijn nog gewend aan de paternalistische arts, waardoor ze autoriteit van de arts meer accepteren. Bij deze mensen wordt non-verbale communicatie belangrijker. Oogcontact is een teken van interesse en vertrouwen, ook empathie tonen en luisteren blijven belangrijk.
De verbale communicatie moet worden aangepast. Korte, gemakkelijke zinnen zijn beter te begrijpen. Er wordt best maar één topic per keer besproken, zodat de aandacht daarop gevestigd blijft. Het kan nodig zijn om luid en traag te spreken. De patiënt moet voldoende tijd en ruimte krijgen om vragen te stellen. De rol van familie en zorgverleners wordt groter. Er moet dus extra aandacht gaan naar psychosociale factoren. (2)
Ook bij patiënten in het woonzorgcentrum is het belangrijk begrip te hebben voor de persoonlijke situatie. Deze patiënten verdienen aandacht te krijgen als individu en vriendelijk en beleefd behandeld te worden. (9)

De arts-patiëntrelatie met een **chronische patiënt** ziet er ook iets anders uit, omdat deze patiënt de huisarts vaker bezoekt en de huisarts als coördinator van de zorg wordt beschouwd.
Hierbij is vertrouwen de belangrijkste factor, die nodig is opdat de patiënt alles durft te vertellen. Een open communicatie, waarbij tijd wordt genomen en actief geluisterd wordt, is hierbij belangrijk. Zorg dat de patiënt met zijn vragen terecht kan en zorg dat je hem goed kan informeren.
Deze patiënten hebben liefst een vaste huisarts met dossierkennis en ook patiëntenkennis, die zorgt voor een snellere en betere zorg. (6)

Tot slot moeten we tegenwoordig ook rekening houden met het gebruik van de **computer**, tijdens en voor de consultatie.
Hoe gaan we om met 'dokter Google'? Maar liefst 59% van de Europeanen zocht in 2016 online info over gezondheid. Dit brengt enkele moeilijkheden met zich mee. De patiënt is meer geïnformeerd, dit kan positief of negatief zijn. Dit zorgt voor een verandering in de arts-patiëntrelatie op vlak van shared-decision-making, er ontstaat een shift van de luisterende patiënt naar een patiënt die mee beslissingen neemt.
Het e-health gebruik is verbonden met de tevredenheid van de gezondheidszorg. Zo gaan mensen die minder tevreden zijn meer zelf opzoeken. Er is echter geen verband met de (on)tevredenheid over de huisarts. De rol van de huisarts blijft belangrijk, namelijk samenwerken en correct informeren. (3)

Hoe ervaart de patiënt het dan weer dat de arts de computer (en het EMD) gebruikt tijdens de consultatie?
Uit een studie in Libanon blijkt de computer geen effect te hebben op de kwaliteit van de communicatie. De balans tussen het gebruik van de computer en aandacht voor de patiënt is wel belangrijk. De meeste mensen hebben er geen probleem mee als de dokter aan het typen is, zolang het duidelijk is dat hij aandachtig is. Het zou wel een negatief effect kunnen hebben op de communicatie over persoonlijke en intieme zaken. (13)

Praktijkmanagement

Praktijkmanagement kan worden opgedeeld in verschillende onderdelen. Ook hierover zijn er vele studies te vinden.

Eerst gaan we in op de vraag **welk type praktijk** de patiënt prefereert.
Hieruit blijkt meteen dat zowel de solo-als de groepspraktijk voor- en nadelen heeft voor de patiënt. Zo is een groepspraktijk toegankelijker en is er sneller hulp voorhanden bij urgenties. Het nadeel hier is dat de artsen individueel minder beschikbaar zijn. Het grote voordeel in een solopraktijk is dan weer de continuïteit van zorg. (4)
Wat vinden patiënten van een **multidisciplinaire** praktijk? Dit blijkt vooral voor mensen met multimorbiditeit een groot pluspunt te zijn. Omdat alles samen is gelokaliseerd, is er minder risico op fragmentatie van de zorg, is er meer integratie en kan er interprofessioneel samen beslist worden. Andere voordelen zijn een efficiënter gebruik van tijd en middelen, communicatie en delen van informatie gaat vlotter en de interprofessionele relaties zijn beter. Deze voordelen worden uiteraard alleen gezien als er effectief interprofessioneel gewerkt wordt en de zorgverleners niet gewoon in hetzelfde gebouw werken. (16)
Wat wel van belang is, is dat de patiënt het soort hulpverlener kan zien dat hij wenst. Indien de patiënt een consultatie bij een arts vraagt, maar uiteindelijk bij de verpleging terecht komt, daalt het vertrouwen. De patiënt die een fysieke consultatie aanvraagt en uiteindelijk enkel telefonisch geholpen wordt, is ook minder tevreden. (31)
Geïntegreerde zorg voor ouderen met complexe problemen in het woonzorgcentrum neemt toe. Dit heeft een positief effect voor de patiënt. Zo zou dit zorgen voor een betere arts-patiëntrelatie, vooral op gebied van privacy, beleefdheid en vriendelijkheid. De bereidheid om te praten over fouten

verhoogt ook op deze manier en de samenwerking met andere zorgverleners verbetert. Ook voor de arts heeft dit voordelen, namelijk meer tevredenheid over de gegeven informatie en betere coördinatie van de zorg. (33)

Sinds het begin van de coronacrisis wordt er steeds meer na afspraak gewerkt. Maar wat heeft de voorkeur van de patiënt?
Het belangrijkste is dat de afspraak gemaakt kan worden op het moment naar voorkeur van de patiënt en zo snel mogelijk. Hiernaast is de tijd in de wachtzaal ook van belang.
Er zijn aan beide systemen enkele voor-en nadelen. De belangrijkste voordelen aan vrije consultatie zijn dat je kan gaan wanneer je wil en dat je zeker hulp zal krijgen, zeker in dringende gevallen. De nadelen zijn een lange wachttijd, met een volle wachtzaal en dus besmettingsgevaar.
Voordelen van een systeem na afspraak zijn de minder lange wachttijd, dat je zelf kan kiezen wanneer je kan, zonder tijdverlies, met minder stress. Het is ook gemakkelijker en praktischer in te plannen op een moment dat het past. Nadelen zijn dat je het op voorhand moet vastleggen, dat het kan zijn dat er geen plaats meer is en dat je niet altijd kan kiezen wanneer je exact gaat. Het is ook moeilijker in dringende gevallen. (7)
Als de arts relatief op tijd kan werken, geven de meeste patiënten de voorkeur aan een systeem met raadplegingen na afspraak. (4)
In Canada wordt er gewerkt met open access scheduling, waarbij een aantal afspraken open gelaten worden voor mensen die de dag zelf een afspraak maken. Dit zorgt voor meer flexibiliteit, minder uitstel van hulp en meer tevredenheid bij de patiënt. (15)

In verband met de openingsuren van de praktijk blijkt dat vooral de avondconsultaties na 18 uur als belangrijk worden aangegeven, meer nog dan consultaties op zaterdag. (4)
De meeste patiënten zijn tevreden met de bereikbaarheid tijdens de openingsuren. (17)
Een verband tussen de consultatieduur en de tevredenheid van de patiënt werd niet gevonden. Over het algemeen kan gesteld worden dat langere consultaties uiteindelijk een betere gezondheid geven, omdat er meer tijd is voor preventie en psychosociale problemen. (22)

Wat is het belang van het **huisbezoek** voor de patiënt en wat vindt de huisarts hiervan?
De belangrijkste voordelen van een huisbezoek zijn dat de patiënt zich niet moet verplaatsen, niet moet wachten en onafhankelijk is van familie om toch een arts te kunnen zien. Dit maakt dat het huisbezoek vooral van belang is voor minder mobiele mensen. De patiënt ervaart de kwaliteit van de zorg op een huisbezoek als even hoog als tijdens consultatie in de praktijk.
Een voordeel voor de huisarts is dat hij op deze manier ook de leefomstandigheden van de patiënt leert kennen. Het nadeel is dat het veel tijd in beslag neemt en dat klinisch onderzoek niet altijd even gemakkelijk kan worden uitgevoerd.
Dit maakt dat patiënten het huisbezoek meer appreciëren dan de huisarts. (5)

In sommige praktijken wordt er al gebruik gemaakt van sms'jes. Bijna alle patiënten in praktijken waarin dit gebruikt wordt (99%) zijn tevreden dat ze berichtjes krijgen. Dit kan zijn met testresultaten of reminders voor een consultatie. Het grote nadeel voor de patiënt is dat ze hierop niet kunnen antwoorden. Andere nadelen zijn medicolegaal (GDPR) en dat dit niet voor alle patiënten kan gebruikt worden omdat niet iedereen een gsm heeft.

Algemene voordelen zijn dat patiënten vaker komen opdagen en het kan gebruikt worden voor reminders voor vaccinatie en ziektemanagement (bvb. diabetes opvolgen). (26)

Wat vinden patiënten ervan als er een **stagiair** de consultatie meevolgt?
Uit een Australische studie blijkt dat 83,5% van de patiënten zich comfortabel voelt met de aanwezigheid van een student. Het enige nadeel dat wordt vermeld is dat er minder persoonlijke of gevoelige onderwerpen worden besproken in de aanwezigheid van een stagiair.
Sommige patiënten hadden juist het idee dat de zorg beter was met de student erbij, omdat de arts meer informatie gaf aan de student. Voor de arts zorgt dit eveneens niet voor minder tevredenheid over de consulatie. (32)

Tot slot werd er bestudeerd of het geslacht van de arts een invloed heeft op de tevredenheid van de praktijkorganisatie. Hieruit werd geconcludeerd dat de tevredenheid over het algemeen iets hoger is bij een arts van het andere geslacht. Dit zou kunnen liggen aan het verschil in stijl tussen mannelijke en vrouwelijke artsen of aan het feit dat mannen en vrouwen andere verwachtingen kunnen hebben. Zo spenderen vrouwelijke artsen meer tijd aan de consultatie, maar zijn ze op dat moment niet bereikbaar voor andere patiënten (telefonisch, urgenties). Mannen zijn meer kort en bondig en hebben minder wachttijd in de wachtzaal. (36)

Hoe loyaal zijn patiënten aan hun vaste dokter?

Dit is een complex en multifactorieel gegeven en is vooral gebaseerd op vertrouwen. Dit vertrouwen kan versterkt worden door als arts aandachtig te luisteren, zorgzaam te zijn, interesse te tonen in de persoonlijke situatie van de patiënt en te zorgen voor een goede kwaliteit van zorg. Dit zorgt ervoor dat de patiënt de arts veel kan toevertrouwen, dat er meer compliantie is en dat patiënten weigering gemakkelijker accepteren.
Het is een dynamisch proces, dat groeit over de tijd. Dit maakt dat loyaliteit dikwijls stijgt met de leeftijd en bij patiënten met chronische pathologie, die vaker bij hun huisarts moeten zijn.
Er is tegenover de huisarts dikwijls een generaties lange loyaliteit voor een familie. Mocht de arts eens niet kunnen tegemoetkomen aan alle verwachtingen, zorgt dit er niet meteen voor dat de loyaliteit gebroken is. (23, 24)

Er zijn hiernaast nog enkele algemene patiëntkenmerken die de patiënttevredenheid beïnvloeden. Over het algemeen zijn vrouwen, mensen met een lagere sociaal-economische situatie en eerste generatie migranten minder tevreden over hun huisarts.
Mensen met een slechte gezondheid hebben dikwijls een meer uitgesproken positieve of negatieve mening over hun arts terwijl mensen in goede gezondheid over het algemeen meer tevreden zijn.
De verwachtingen van de patiënt zijn in verschillende landen anders, wat maakt dat ook etniciteit een rol speelt. Het blijft dus zeer belangrijk de verwachtingen goed te bevragen.
Leeftijd en opleidingsniveau blijken geen rol te spelen op de tevredenheid. (18)
Tot slot zijn er nog enkele verschillen tussen dicht- en dunbevolkte regio's. Mensen die in ruraal gebied wonen, zijn kwetsbaarder, omdat artsen minder bereikbaar zijn. Er bestaan hier ook socio-economische barrières. Uit studies blijkt dat patiënten uit een rurale regio een sterkere band hebben

met hun arts, niet alleen op vlak van gezondheidszorg, maar ook op sociaal gebied. De artsen doen hier ook vaak een breder spectrum aan medische handelingen, omdat er minder specialisten in de buurt zijn. De huisarts is vaak het enige aanspreekpunt.
Het nadeel is dat er dus ook minder keuze is in artsen en er minder mogelijkheden zijn voor een second opinion. (37)

4.3 Conclusie

De vraag wat voor de patiënt een 'goede' huisarts is, is een vraag met vele facetten. Deze kan worden onderverdeeld in de arts-patiëntrelatie en praktijkmanagement.

Bij de arts-patiëntrelatie staat empathie centraal. Ook communicatie, informeren en de consultatieduur spelen een belangrijke rol. Hiernaast moet de arts een correct klinisch onderzoek uitvoeren en de patiënt de juiste behandeling geven of doorverwijzen naar een specialist. De patiënt wil dat er continuïteit van zorg is, bij voorkeur steeds bij dezelfde huisarts. Een goede communicatie is gebaseerd op respect en eerlijkheid. De arts moet aandachtig luisteren, de patiënt behandelen als persoon en niet als ziekte en de patiënt serieus nemen. De communicatie moet verlopen op het niveau van de patiënt, waarbij er rekening gehouden wordt met onder andere de leeftijd en het opleidingsniveau van de patiënt.

Op vlak van praktijkmanagement is er een minder duidelijke consensus.
Er is geen duidelijke voorkeur qua praktijktype, aangezien zowel solo-als groepspraktijken voor-en nadelen hebben.
De meerderheid van de patiënten geeft de voorkeur aan een raadpleging na afspraak, als de arts enigszins op tijd kan werken.
In verband met bereikbaarheid is de mogelijkheid van avondconsultaties belangrijk voor patiënten.
Ook huisbezoeken blijven belangrijk voor de patiënt, zeker als deze minder mobiel is.

Door meer te weten te komen over de voorkeuren van de patiënt, zorgen we dat de kwaliteit van de zorg stijgt, wat op zijn beurt invloed heeft op de kosten voor de gezondheidszorg. De therapietrouw van de patiënt verbetert en hierdoor ook de quality of life.

5. Methodologie veldonderzoek

5.1 Introductie

Om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen en zo te weten te komen wat de patiënt in de praktijk nu een 'goede huisarts' vindt, worden enkele patiënten geïnterviewd.

Hun antwoorden worden vergeleken met de antwoorden die de huisartsen op dezelfde vragen geven.

5.2 Methode

Dit onderzoek betreft een descriptief kwalitatief onderzoek bij meerderjarige, wilsbekwame patiënten en huisartsen op basis van een semi-gestructureerd interview.

Het gaat om een kwalitatieve studie waarbij naar de mening en ervaringen van patiënten en huisartsen wordt gevraagd. Dit met doel om te weten te komen welke factoren patiënten belangrijk vinden aan een goede huisarts en hoe de huisartsen hierover denken.

Onderzoekspopulatie

Aan verschillende volwassen, wilsbekwame patiënten in de eerste opleidingspraktijk werd door de onderzoeker en het secretariaat gevraagd of ze wilden deelnemen aan het onderzoek. Ze werden mondeling op de hoogte gebracht van het studieopzet en kregen nadien ook een schriftelijke informed consent.

Deze opleidingspraktijk (solo-arts + HAIO) bevindt zich in het Limburgse Koersel. Omdat er al voldoende deelnemers waren aan de studie, werden er in de tweede opleidingspraktijk geen deelnemers meer geïncludeerd.

De onderzoekspopulatie omvat een zo gevarieerd mogelijk doelgericht staal met betrekking tot de volgende demografische gegevens: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en afkomst.

Inclusiecriteria zijn: volwassenen (>= 18 jaar), wilsbekwaam, consulteren in de opleidingspraktijk.

In het tweede deel van de studie werden ook huisartsen geïnterviewd. Ook hier werd erop gelet dat er voldoende variatie was, zowel op basis van leeftijd als van geslacht en type praktijk.

Er werden uiteindelijk 15 patiënten en 5 huisartsen geïnterviewd, waarna er voldoende saturatie was van de resultaten.

Datacollectie

De data werden verzameld door middel van semi-gestructureerde interviews. Het voordeel hiervan is dat patiënten uitgebreid kunnen vertellen over hun ervaringen, waardoor we een meer genuanceerd beeld krijgen. Er werd de patiënten verzekerd dat hun antwoorden niet zouden worden doorverteld aan de huisarts en geen effect zouden hebben op de huidige arts-patiëntrelatie.

De onderzoeker heeft een topiclijst voorbereid met items die zeker aan bod moeten komen. Voor het opstellen van het script werd gebaseerd op de bestaande vragenlijst EUROPEP en de gegevens bekomen tijdens het literatuuronderzoek.

De interviews met de geïnteresseerde patiënten werden allen afgenomen bij de patiënt thuis, na ondertekening van het informed consent. Deze interviews duurden gemiddeld 30 – 45 minuten.

Data-analyse

De data wordt geanalyseerd door middel van een thematische analyse. De interviews worden verbatim uitgetypt. In een eerste stap worden de transcripten gelezen en worden er memo's aan toegevoegd (familiarisatie van de data). In een tweede stap worden de teksten gecodeerd (open codes). Deze worden nadien door een proces van interpretatie geherorganiseerd tot hogere codes (axiale codes). In een laatste fase worden ze ondergebracht onder thema's.

Voor de analyse wordt gebruikgemaakt van het programma NVivo 12.

Registratie en beveiliging van gegevens

De verzamelde gegevens worden alleen door de onderzoeker beluisterd en uitgeschreven. Uitspraken van patiënten en huisartsen worden gepseudominiseerd weergegeven in de studie.

De informed consents en oorspronkelijke data worden op het einde van de masterproef verwijderd uit de computer van de HAIO en overgedragen aan de promotor die ze op de server van de universiteit Antwerpen gedurende 20 jaar bewaart.

Voor deze studie werd toestemming verkregen van het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen op 18 januari 2021.

6. Resultaten

6.1 Sociodemografische gegevens

Patiënten

Er werden in totaal 15 patiënten geïnterviewd, waarvan acht vrouwen en zeven mannen. De leeftijd van deze patiënten bevond zich tussen de 26 en 90 jaar. De meerderheid van deze patiënten was afkomstig uit België, al was er ook één patiënt met Turkse roots en twee patiënten met een Nederlandse afkomst. Er waren evenveel patiënten met als hoogste diploma middelbare school als hoger onderwijs. Één patiënt had slechts een lagere school diploma.

Bij de geïnterviewde patiënten bevinden zich vijf koppels, die tesamen werden geïnterviewd.

Patiënt	Leeftijd	Geslacht	Opleidingsniveau	Afkomst
1	49	Vrouw	Middelbare school	Turkije
2	90	Man	Hoger onderwijs	België
3	81	Man	Middelbare school	België
4	78	Vrouw	Hoger onderwijs	Nederland
5	76	Man	Middelbare school	Nederland
6	55	Vrouw	Lagere school	België
7	53	Man	Middelbare school	België
8	39	Vrouw	Hoger onderwijs	België
9	37	Man	Hoger onderwijs	België
10	35	Vrouw	Middelbare school	België
11	61	Man	Middelbare school	België
12	58	Vrouw	Middelbare school	België
13	32	Vrouw	Hoger onderwijs	België
14	32	Man	Hoger onderwijs	België
15	26	Vrouw	Hoger onderwijs	België

Artsen

Er werden vijf huisartsen geïnterviewd, waarvan drie vrouwen en twee mannen. De leeftijd van deze artsen bevond zich tussen de 27 en 67 jaar, wat betekent dat er één HAIO werd geïncludeerd en één arts die bijna met pensioen is. Er was ongeveer een gelijke verdeling in soort praktijk, namelijk drie artsen werkzaam in een groepspraktijk en twee in een solopraktijk met HAIO.

Arts	Leeftijd	Geslacht	Soort praktijk
1	67	Man	Groepspraktijk
2	51	Man	Solopraktijk (+ HAIO)
3	36	Vrouw	Groepspraktijk
4	29	Vrouw	Groepspraktijk
5	27	Vrouw	HAIO (Solopraktijk + HAIO)

6.2 Analyse interviews patiënten

Uit de analyse van de patiënteninterviews komen vier thema's naar voor: Keuze van huisarts, belangrijkste eigenschappen van de huisarts, praktijkmanagement en arts-patiëntrelatie.

Keuze huisarts

De meest voorkomende 'keuze' van huisarts is gewoonte. De patiënten blijven gewoon bij dezelfde huisarts waar ze als kind met hun ouders gingen. Patiënten wisselden ook binnen dezelfde praktijk van vader naar zoon, toen deze erbij kwam in de praktijk. Nog anderen kwamen in een opleidingspraktijk bij de HAIO terecht of kwamen via hun echtgenoot bij hun huisarts terecht.

De afstand tot de praktijk is ook een belangrijke factor voor patiënten.

Er was zowel een patiënt die een bevriend persoon als huisarts had, als iemand die zei dat absoluut niet te willen, om de objectiviteit te garanderen.

"Je bent er zo mee in vertrouwen en ik weet niet, er moet een zekere objectiviteit bestaan vind ik. Een minimale afstand, maar die moet er zijn. Dat is mijn principe." (Patiënt 2)

Bij de zoektocht naar een geschikte huisarts, wordt er rekening gehouden met verschillende factoren. Zo zijn er enkele persoonlijke kenmerken van de huisarts die kunnen meespelen. De leeftijd van de arts wordt hierin het vaakst vermeld. Een jongere arts wordt beschouwd als zijnde moderner en de patiënt kan hier nog langer bij blijven komen.

Voor vrouwelijke respondenten speelde het geslacht van de huisarts een rol. Zij verkiezen een vrouwelijke arts voor gynaecologische klachten. Voor andere klachten waren ze indifferent naar geslacht van de arts.

Tot slot kwam nog naar voren dat de patiënten verwachten dat de huisarts verzorgd voorkomt, zowel op vlak van hygiëne, als kledij.

"We konden kiezen tussen zijn vader en hij en toen heb ik gezegd, we pakken de zoon, hij is net afgestudeerd en moet ook kansen krijgen en hij is toch wat moderner." (Patiënt 5)

"Er zijn bepaalde dingen dat je zegt, vragen stellen over vrouwelijke zaken, vind ik moeilijker als dat een man is. Dan ben ik meer op mijn gemak bij een vrouw." (Patiënt 12)

"Ik zou het raar vinden dat ik bij de dokter kom en die heeft vuile nagels en vuile handen ofzo, wat eigenlijk niet zou mogen, maar toch, je weet het niet, mensen die na 30 jaar beginnen slabakken." (Patiënt 15)

Ook de soort praktijk is van belang bij de keuze van de huisarts. Een groepspraktijk wordt naar voor geschoven als pluspunt, omdat er meerdere artsen aanwezig zijn die je kunnen helpen in dringende gevallen. De aanwezigheid van een website was voor één patiënt belangrijk.

Één patiënt was door een recente verhuis nog op zoek naar een nieuwe huisarts. Het was voor haar belangrijk om zich grondig te informeren alvorens een keuze te maken. Dit doet ze door enerzijds mond-aan-mondreclame, bijvoorbeeld via collega's. Anderzijds zoekt ze zelf info op via internet, websites van praktijken en google reviews.

Tot slot was er nog één patiënt die stelde dat er weinig keuze is en we dus gewoon die huisarts moeten nemen die beschikbaar is.

Welke eigenschappen heeft een goede dokter?

De eigenschappen die het meest vermeld worden, zijn luisteren, vriendelijkheid, vertrouwen en bereikbaarheid. Ook serieus nemen en tijd nemen zijn zaken die meerdere keren naar voor kwamen.

Onder 'luisteren' wordt onder meer ook verstaan dat dit op een niet veroordelende manier gebeurt. De patiënt verwacht dat de arts luistert naar zijn problemen en die problemen volledig doorgrondt. De huisarts mag hiervoor gerust goed doorvragen.

Patiënten willen vertrouwen kunnen hebben in hun huisarts. Dit kan onder meer worden verkregen door de patiënt tijdig door te sturen naar een specialist. Patiënten appreciëren het ook dat de huisarts dingen opzoekt als hij iets niet weet.

Andere eigenschappen die vermeld werden, zijn duidelijkheid, eerlijkheid, empathie, geruststellen, interesse, kennis van de patiënt en spreken op niveau van de patiënt, voldoende uitleg geven en aandacht voor de mens als geheel. De patiënt wil voldoende openheid om alles te kunnen vertellen en ruimte om vragen te stellen.

"Voor mij is dat iemand die probeert goed zijn patiënten te doorgronden, niet direct met pilletjes klaar staat, maar als er iemand is, bijvoorbeeld die heeft diarree, doorvragen, hoelang heb je dat al en zeker van iemand die zelf weinig vertelt." (Patiënt 5)

"Ja, ook de manier van met een dokter om te gaan. Een dokter die zo, ik heb dat al meegemaakt, die dan bijvoorbeeld, ik zeg niet onbeleefd, maar toch, dat heb ik niet graag. Ik praat eens graag tegen mijn dokter." (Patiënt 3)

"Alles hangt af van de vertrouwensband met de arts. Als je elkaar kent en vertrouwen hebt in elkaar, moet dat als vanzelfsprekend zijn." (Patiënt 5)

"En ik vind dat heel belangrijk van een huisarts en ook dat ze je de juiste richting uitsturen voor verdere opvolging als ze er zelf niet uitkomen. Dat vind ik heel belangrijk." (Patiënt 4)

"We hebben juist 2 maanden geleden een moeilijke tijd gehad en mijn schoonmoeder lag in het ziekenhuis en we hebben zo snel mogelijk informatie nodig en de huisarts heeft zelfs tijd gemaakt 's avonds, tegen half 11 mochten we langskomen om uitleg te geven." (Patiënt 1)

"Ik vind het ook belangrijk dat een huisarts niet enkel kijkt naar het fysieke. Er zijn zeker in de moderne tijd heel veel klachten die zich psychisch manifesteren. Ik vind dat een huisarts daar ook ogen voor moet hebben." (Patiënt 14)

"Niet dat je naar een huisarts gaat met het idee, dat ga ik vragen en dat je daar buiten komt en je het niet hebt durven vragen." (Patiënt 15)

De belangrijkste zaken die naar boven kwamen op vlak van de attitude van de arts, zijn opnieuw vriendelijkheid, tijd nemen en luisteren, maar ook humor.

Onder tijd nemen, worden nog enkele zaken onderscheiden. Zo wil de patiënt dat er voldoende tijd genomen wordt om naar hem te luisteren, maar is het ook niet nodig om onnodig tijd te rekken. De patiënten willen wel dat er de mogelijkheid is om een babbeltje te doen als er voldoende tijd is. De patiënten verwachten dat de arts het niet toont als hij in tijdsnood verkeert en de consultatie goed afrondt.

Er werd ook dieper ingegaan op het aspect 'luisteren'. Het voornaamste hierbij is dat de patiënt serieus genomen wordt en alle vragen kan stellen die hij heeft. Hiernaast moet de huisarts geduldig zijn, niet denigrerend naar de patiënt toe en niet met andere dingen bezig zijn ondertussen. Typen mag wel, zolang er op dat moment ook interesse getoond wordt in de patiënt, bijvoorbeeld door regelmatig oogcontact te maken.

Wat de patiënt ook belangrijk vindt, is dat de dokter zijn afspraken nakomt, dat hij beleefd en discreet is, niet boven de patiënt staat en niet over eigen problemen begint te zagen. Tot slot moet de huisarts constant mee zijn met de laatste veranderingen en dus levenslang blijven leren.

"Het gevoel ook hebben dat er tijd genomen wordt en niet het gevoel hebben dat je buiten gekeken wordt en dat je niets meer durft te vragen." (Patiënt 8)

"Als die wachtzaal vol zit, dan zullen we niet veel uitbreiden of zwanzen tegen de dokter, maar als er niets zit, wel." (Patiënt 7)

"Ik vind het wel leuk dat er tijd genomen wordt, dat het niet is dat er een klokje van 10 minuten gezet wordt. Ik denk dat er zo'n praktijken zijn, die timeboxen. Bij onze huisarts is dat niet. Er zijn momenten geweest dat ik op 2 minuten buiten was. Er zijn momenten geweest dat ik mijn verhaal moet doen, dat ik ook met emoties zit of met verdere vragen. Ik vind dat dat wel tijd voor genomen mag worden." (Patiënt 14)

"Als ik weet dat ze iets aan het typen zijn dat ik aan het vertellen ben, dat komt ergens nog geïnteresseerd over." (Patiënt 15)

"Toen we zijn gescheiden bleef hij nog altijd de huisarts van allebei. Maar we hebben nooit iets gehoord van elkaar." (Patiënt 1)

Praktijkmanagement

Bereikbaarheid

Onder bereikbaarheid van de huisarts, worden enkele zaken verstaan: de uren waarbinnen huisartsen bereikbaar (moeten kunnen) zijn; de telefonische bereikbaarheid; de wachttijd tot een afspraak en de mogelijkheid voor huisbezoek.

Over de bereikbaarheid is er eensgezindheid dat de huisarts zeker overdag bereikbaar moet zijn. Er is geen consensus over de bereikbaarheid 's avonds en 's nachts. Zo zijn er enkele patiënten die vermelden dat de huisarts vroeger altijd bereikbaar was, hoewel ze intussen ook gewend zijn aan het systeem van wachtdiensten. In het geval van een palliatieve patiënt wordt het wel geapprecieerd als er dag en nacht naar de eigen huisarts gebeld kan worden.

"Persoonlijk vind ik dat de dokter altijd moet beschikbaar zijn door de dag, maar nu op afspraak, als je serieus ziek bent moet je wachten tot je een afspraak hebt." (Patiënt 12)

"Wat vroeger misschien een beetje meer bestond, was dag en nachtdiensten. Toen kon je een gat in de nacht naar de dokter bellen en die kwam. Dat bestaat niet meer." (Patiënt 2)

Ook de telefonische bereikbaarheid is belangrijk. De patiënten verwachten altijd terecht te kunnen in de praktijk, al moet dit niet noodzakelijk rechtstreeks bij de dokter te zijn, maar mag dit ook via het secretariaat. Wat wordt aangehaald, is dat het belangrijk is ervoor te zorgen dat de patiënten kunnen binnengeraken. Als dit niet mogelijk is, wordt verwacht dat ze worden teruggebeld als ze iets inspreken op de voicemail. Één patiënt haalde aan dat ze het apprecieert dat er in de praktijk een nummer is die ze in het weekend kunnen bellen voor dringende zaken.

In bepaalde omstandigheden willen patiënten wel graag hun dokter kunnen spreken, dit is voornamelijk het geval als er iets dringend is. Ook in geval van een uitgebreide voorgeschiedenis of een gevoelige vraag, heeft de patiënt de voorkeur dit rechtstreeks met de dokter te bespreken. Slechts één patiënt was volledig tegen telefonische consultaties.

De patiënten vonden het belangrijk dat er een belmoment aanwezig was om de arts rechtstreeks te kunnen spreken. Dit moment moet lang genoeg zijn, zodat iedereen terecht kan bij de arts. Ze vermeldden ook dat het gemakkelijk vergeten wordt als dit slechts een korte tijdspanne is. Één patiënt vond het beter dat de arts zelf zou bellen om de uitslag van onderzoeken te bespreken.

"Ik denk dat het wel handig is dat je er door geraakt. Ik bedoel, stel dat je voor iets belt en het is heel de tijd bezet, dat je de optie moet hebben om iets in te spreken en dat daar effectief naar geluisterd wordt. Stel dat je echt een afspraak wilt maken, je belt heel de tijd, maar er pakt niemand op." (Patiënt 15)

"Als het ernstig is wel, dan zou ik dat liever hebben. Als er echt iets ernstig aan de hand is, zou ik liever hebben dat hij op eender welk moment belt en zegt dat het dringend is." (Patiënt 9)

"Ik zou eerlijk gezegd meer uren inlassen om de dokter te bellen, ik vind het naar de patiënt toe beter als ze langer kunnen bellen." (Patiënt 10)

In verband met de wachttijd tot een afspraak, komen twee antwoorden frequent naar boven. Dit is voor de patiënten voornamelijk afhankelijk van de ernst en in functie hiervan zijn de patiënten naar eigen zeggen flexibel. Enkele patiënten verwachten dat ze altijd de dag zelf nog gezien kunnen worden.

Voor het inschatten van de ernst, verwacht de patiënt dat de huisarts zijn patiënten kent. Indien nodig zijn ze tevreden als er eerst telefonisch de dringendheid wordt ingeschat. Één patiënt gaf aan de er eventueel patiënten konden worden verschoven als er iets heel dringend zou moeten tussenkomen. Enkele respondenten gaven aan dat ze vinden dat kinderen voorrang moeten krijgen.

"Ik bel naar de secretaresse en die vraagt voor een afspraak wanneer ik dat graag wil en wanneer het voor u vrij is. En dan is mij dat goed, want ik heb toch tijd. Als ik doodziek ben, heb ik niet veel tijd meer, dan wil ik ook snel geholpen worden." (Patiënt 3)

"Als ik lang moet wachten, hoop ik dat het is omdat ik heb aangegeven dat het niets dringend is. Ik heb er niets aan als ik denk dat ik een longontsteking heb, dat het 5 dagen duurt voor ik kan gaan." (Patiënt 15)

"Nee, ik zeg ook vaak, het kan ook morgen of overmorgen. Dan maakt dat niet uit. Je moet begrip hebben. Het werkt langs 2 kanten. Als je zelf tijd wilt, moet je ook anderen tijd kunnen geven." (Patiënt 6)

"Ik vind, als je ziek bent, dat is hetzelfde als ze mij in de winter opbellen voor een depannage, moet ik de mensen zeggen, blijf maar tot morgen in de kou zitten, dan gaat de klant ook niet gelukkig zijn." (Patiënt 11)

De geïnterviewde patiënten gaven aan zelf zelden een huisbezoek aan te vragen. Er waren zelfs enkele patiënten die hier eerder negatief tegenover stonden en liever naar de praktijk komen.

De redenen om toch een huisbezoek aan te vragen zijn bij ernstige ziekte, een gebrek aan vervoer en leeftijd.

"Als ik zelf niet meer in staat ben naar de dokter te gaan, als ik te slap ben om nog een stap te zetten." (Patiënt 4)

"Stel dat ik met 2 gebroken benen zit, zou dat praktisch zijn, maar eigenlijk, als je mobiel bent, zou ik dat niet echt thuis laten doorgaan." (Patiënt 13)

"Zeggen om de dokter te laten komen en geen moeite te doen, dat zou ik niet doen. Misschien als we op leeftijd zijn." (Patiënt 14)

Hierna werd er gevraagd hoe ze zouden reageren mocht er gevraagd worden om toch naar de praktijk te komen. Er waren enkele patiënten die aangaven dat ze hiervoor geen begrip zouden hebben. De overige patiënten zouden hiervoor wel begrip hebben. Sommigen wel op voorwaarde dat ze apart zouden kunnen zitten, dat ze niet te lang zouden moeten wachten, dat ze vervoer zouden vinden of dat ze een degelijke uitleg zouden krijgen waarom ze moeten komen.

"Als ik bel voor een huisbezoek en ik kan niet, dan kan ik niet, punt." (Patiënt 6)

"Of, ja, gelukkig heb ik nog mijn kinderen, ik zou nog mijn kinderen kunnen vragen me eventjes te brengen, maar ik moet dan tot 's avonds wachten. Daarom zou ik vragen om 's avonds langs te komen, als dat nog altijd te moeilijk is, kan ik mijn kinderen vragen me te brengen." (Patiënt 1)

"Als je een huisarts thuis vraagt te komen, heb je daar een goede reden voor en dan kan het zijn dat de huisarts die reden niet goed genoeg vindt, maar dan moet hij dat zeggen. Er moet altijd een dialoog zijn." (Patiënt 5)

Soort raadpleging

De grote meerderheid van de patiënten verkiest een raadpleging na afspraak. De overige patiënten waren niet uitgesproken voorstander van vrij of op afspraak.

Bij een raadpleging zonder afspraak kan je sneller terecht met je probleem en het is drempelverlagend. Je kan immers gaan op het ogenblik dat het jou past en je moet niet bellen om een afspraak te maken. Het nadeel is de lange wachttijd, maar dat is geen probleem voor de bevraagden, als ze tijd hebben.

"Als je tijd hebt, is dat handig, maar natuurlijk, dat hangt er vanaf, als ik vakantie zou hebben, vind ik het handig als je vrij kan gaan, dan ga je gewoon op het moment dat het past." (Patiënt 15)

Een raadpleging na afspraak biedt echter meer voordelen, onder andere dat je een afspraak, al dan niet online, kan plannen. Het allerbelangrijkste voordeel is echter de minder lange wachttijd, wat gemakkelijker is als werkende en aangenamer als je ziek bent. De minder volle wachtzaal wordt ook als positief ervaren. Één patiënt zou het daarenboven handig vinden om een digitale wachtrij te gebruiken, waarop wordt aangegeven hoeveel de dokter aan het uitlopen is, zodat patiënten hierop kunnen anticiperen.

"Dat is nu wel een beetje zo, ik vind dat heel aangenaam, dat je niet tijdens vrije consultaties in die bomvolle wachtruimtes zit." (Patiënt 13)

"Maar ook digitale wachtrij, dat je weet dat er 3 patiënten voor u zijn, de geschatte tijd is ongeveer zo laat met een marge en dan weet je ongeveer, ik kan zo laat aankomen. Zeker in de tijd van corona is dat belangrijk dat je zo min mogelijk in die wachtruimte zit, dat je idealiter kan doorschuiven van de deur." (Patiënt 14)

"Vind ik het heel belangrijk dat je daar niet in een wachtzaal moet zitten vol zieken en wachten op je beurt. Dat vind ik persoonlijk wel een verbetering." (Patiënt 8)

De meerderheid van de patiënten heeft begrip voor het uitlopen van een consultatie, maar ze vinden wel dat de huisarts zeker op tijd moet beginnen met zijn consultaties. Dit wordt beschouwd als een vorm van respect naar de patiënten toe.

De patiënten vertellen dat ze begrip hebben om te wachten, omdat ze het belangrijk vinden dat er ook voor hen voldoende tijd wordt genomen. Ze beseffen dat er soms dringende zaken tussen kunnen komen.

Sommige patiënten kaarten aan dat het toch invloed kan hebben op hun gemoed en op de consultatie achteraf als ze lang hebben moeten wachten. Ook met kinderen is het vervelend als er lang gewacht moet worden. Het wordt dan geapprecieerd als er voorgesteld wordt om dan bij een collega te komen die wel tijd heeft.

"Als het kan, als je wat moet wachten, moet je niet zagen, want je wil zelf je tijd ook. En je weet nooit wat de patiënt voor u te horen krijgt. Die kan er kerngezond uitzien, maar het kan ook om zijn vader of vrouw gaan." (Patiënt 2)

"Dat op tijd komen is een kwestie van respect." (Patiënt 5)

"Dan ben je je al aan het opjagen voor je binnengaat." (Patiënt 11)

Secretariaat

Van de onthaalmedewerkers wordt vooral verwacht dat ze behulpzaam en vriendelijk zijn. Verder mag de secretaresse zich niet moeien en moet ze de dringendheid van een oproep kunnen inschatten.

"Ik vind dat wel belangrijk. Als je naar een secretaresse belt en ze neemt al op op een manier... Als die al vriendelijk zijn als je een afspraak maakt, zal ik liever nog eens bellen om een afspraak te maken." (Patiënt 15)

Honorarium

Slechts één patiënt vond het honorarium te hoog. De overige patiënten vonden dit een correct tarief. Vooral de automatische terugbetaling door de mutualiteit wordt beschouwd als zeer handig. Enkele patiënten vinden het handiger om enkel het remgeld te moeten betalen. Er werd wel aangegeven dat de te betalen bedragen niet handig zijn vastgelegd. Twee patiënten merkten op dat het avondtarief duurder is, maar hadden hier geen problemen mee. Één patiënt stelde dat het honorarium dat gevraagd wordt niet bij elke huisarts uniform is, maar ging er vanuit dat het gevraagde bedrag in eer en geweten werd bepaald.

"Altijd veel te duur. Is er iemand die daar content over is? Ik ben nooit tevreden als ik moet betalen." (Patiënt 6)

"Ja, als iemand die gewoon moet betalen bij dokter of ziekenhuis of iets anders begint te zeuren, dat is helemaal oneerlijk. Gezondheid is altijd het eerste , als je niet gezond bent word je niet gelukkig, je kan niet gaan werken, je kan niets doen als je niet gezond bent. Daarom, als ik iets moet betalen, vind ik dat nooit te veel." (Patiënt 1)

"Het is al gemakkelijk dat het direct naar de ziekenkas gaat. Met die papieren was dat ambetant, maar nu niet." (Patiënt 12)

"Of alleen het remgeld betalen. Er zijn tegenwoordig veel mensen die het financieel moeilijk hebben, als je dan eerst €31 moet betalen… Er zijn er bij die misschien maar iets meer hebben om een week van te leven. Als je dat dan moet betalen en pas 2 dagen nadien terug krijgt, is dat veel geld." (Patiënt 11)

"Alleen liggen die bedragen raar. Komma zoveel. Dan heb ik liever een afgerond bedrag." (Patiënt 7)

De meerderheid van de patiënten was geen voorstander van een forfaitair systeem en vond dit maar raar of verkeerd. Onder hen waren er ook enkelen die misbruik vreesden bij dit systeem terwijl anderen het dan toch weer handig zouden vinden. Alle patiënten gaven aan dat het betaalde tarief echter geen invloed heeft op de frequentie dat ze naar de huisarts gaan.

Qua manieren om te betalen, staat bancontact duidelijk op de eerste plaats, hoewel patiënten het ook handig vinden als er cash toegelaten wordt. Een overschrijving en payconiq zijn minder populair.

"Ik vind dat er remgeld moet zijn, minimaal, maar het is psychologisch ook, mensen hebben dat nodig. Al is het maar een euro, maar er is remgeld. Het is een transactie." (Patiënt 5)

"Er zouden onmiddellijk misbruiken ontstaan denk ik." (Patiënt 2)

"Als die dokters een vergoeding krijgen, oké. De dokters moeten natuurlijk wel iets krijgen. Het zou anders niet juist zijn, dat zou geen fijn gevoel zijn. Het moet niet per se dat wij dat moeten betalen, maar de dokters moeten hun geld krijgen. Als ze het maar krijgen." (Patiënt 6)

"Nee, ik denk, of dat een verschil zou maken, of we sneller zouden naar de arts stappen, nee. Er zijn momenten dat we daar bijna een abonnement hadden. Dat zou niet uitmaken." (Patiënt 14)

"Ik zou heel graag bancontact hebben, want ik heb nooit geld in mijn portemonnee, dus ik moet echt naar de bank gaan." (Patiënt 10)

"Het gebeurt soms dat dat niet werkt. Het is altijd handig dat je ook nog cashbetalingen toelaat. Ik zeg niet dat je dat moet aanmoedigen, want het is handiger als je dat geld niet hebt liggen. Of praktijken die alleen met cash werken, dat is ook ambetant, omdat veel mensen dat tegenwoordig niet meer bij hebben. Als je een afspraak maakt, dan moet dat ook op de site staan of gezegd worden, dat je er niet staat en ze moeten zeggen, de bank ligt om de hoek." (Patiënt 15)

De wachtzaal

De hygiëne en de inrichting van de wachtzaal zijn belangrijk.

Op vlak van hygiëne verwachten patiënten afwasbare stoelen, voldoende ventilatie en (sinds covid19) voldoende afstand tussen de stoelen. Qua inrichting vinden de patiënten een speelhoekje voor kinderen belangrijk, boekjes en informatie in de wachtzaal. Deze informatie mag gaan over de wachtdienst, het telefonisch spreekuur of covid. Een sobere maar toch gezellige inrichting met een plant, een schilderij of kerstversiering die het geheel wat opfleuren wordt geapprecieerd.

"Stoelen die gemakkelijk afgewassen kunnen worden. Als daar pluchen zetels staan, vraag je je ook af wie daar al ingezeten heeft." (Patiënt 15)

"Ik vond het wel leuk dat er een bakje met speelgoed stond voor de kinderen. Nu met corona weet ik dat dat niet meer mag en dat dat in de toekomst ook minder kan zijn." (Patiënt 14)

Volgens enkele patiënten heeft de sfeer in de wachtzaal effect op de consultatie nadien. Dit wordt vooral in de positieve zin bedoeld. Een gezellige wachtzaal maakt dat de mensen vrolijker zijn.

"Maar dat is ook een beetje onze mentaliteit, Nederlanders zijn spontaner. Als wij in een wachtkamer zitten en het is daar muisstil en niemand zegt iets, dan denk ik nou, gezellige boel hier. Dan ben ik meestal de eerste die iets zegt en dan ineens komt iedereen los." (Patiënt 4)

Website

Over de noodzaak van een website waren de meningen verdeeld, waarbij vooral patiënten ouder dan 50 jaar eerder afkerig stonden omdat het overbodig of te moeilijk was voor ouderen. De overige patiënten vonden het wel een meerwaarde om een website te hebben.

De belangrijkste functies zijn de mogelijkheid om online afspraken te maken, info en foto's van de medewerkers, de openingsuren en het telefoonnummer van de praktijk en of er met of zonder afspraak gewerkt wordt. De website moet er professioneel uitzien en up-to-date zijn.

"Ik zou niet weten waarom, omdat je niets verkoopt. Er moet misschien een algemene website van artsen zijn waar je de huis en keukenmiddeltjes kan bekijken en algemene patiënteninformatie. Maar van de eigen huisarts specifiek, geloof ik niet dat het zin heeft." (Patiënt 5)

"Eigenlijk voor mij hoeft dat niet. Maar dat mag natuurlijk. Want eigenlijk nu, die jongeren zijn allemaal… Ik kom uit een ander tijdperk. Ik denk dat het voor de meeste ouderen zo is. Er zijn er ook veel die geen computer hebben of een smartphone. Ik heb dat wel, ik kan daar wel wat mee werken, maar ik ben er geen specialist in. Maar als dat er is, zal ik dat ook wel gebruiken." (Patiënt 3)

"Online afspraken misschien. Dan heeft de secretaresse ook minder werk natuurlijk." (Patiënt 9)

"Een website moet je ook onderhouden. Dat moet continu up-to-date zijn. Dat is veel tijd en geld."(Patiënt 5)

Arts-patiëntrelatie

Het consult

De patiënt vindt het heel belangrijk dat er een goede anamnese en klinisch onderzoek gebeuren om de ernst van het probleem in te schatten. Vooral de anamnese is volgens de patiënt hierbij van belang. Voor enkele patiënten is het noodzakelijk dat er altijd een klinisch onderzoek gedaan wordt en dat dit gericht gebeurt, op basis van hun klachten. Één patiënt vertelde dat ze het echter niet fijn vindt als er ook telkens wordt gewogen.

"Heel belangrijk. Ik vind als ik aankom met klachten, wil ik ook dat dat goed onderzocht wordt. Natuurlijk ook dat er een goede conclusie getrokken wordt, maar dat is niet altijd evident." (Patiënt 3)

"Dat is belangrijk, anders weet je niet wat je hebt en kan je evengoed naar de groentenboer gaan." (Patiënt 6)

"Eerst zelf zeggen waarvoor je komt en dan moet de dokter zijn vragen stellen. En hoe meer vragen hij stelt, hoe meer hij te weten komt." (Patiënt 11)

"Dat hij luistert en daarna als ik pijn heb in mijn linker oor, niet gaat kijken in mijn rechter oor. Of als ik buikpijn heb, dat hij niet gaat kijken naar mijn teen." (Patiënt 10)

"Je gaat speciaal voor hun expertise naar de dokter. Anders doe ik het ook wel via Google." (Patiënt 15)

Enkele patiënten merkten op dat de huisarts een coördinerende rol heeft en het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt.

"Ik heb ook een longarts en reumatoloog. Dat is anders. Maar ik zeg tegen mijn reumatoloog en longarts om alles naar mijn huisarts te sturen. Ik wil altijd dat hij op de hoogte is." (Patiënt 1)

"Ik vind ook, een huisarts is een centraal punt in heel je medische voorgeschiedenis ook." (Patiënt 14)

Keuze bij beslissingen

Patiënten zijn niet éénsgezind over de betrokkenheid bij de keuze van een behandeling. Het viel op dat het opnieuw vooral de oudere patiënten waren die vonden dat de arts hierover moet beslissen. Enkele patiënten willen zelf keuzes maken en komen soms ook zelf met een voorstel. De overige patiënten willen graag dat de opties worden meegedeeld om zo samen tot een beslissing te komen, in de vorm van shared decision making.

Patiënten willen geïnformeerd worden over de voorkeur van de arts, de voor- en nadelen van een bepaalde aanpak en wat er meestal gedaan wordt in een gelijkaardige situatie. Voor de patiënten is vooral de mondelinge informatie belangrijk, al zou een brochure of een verwijzing naar een website ook handig zijn.

Één patiënt gaf aan dat ze het belangrijk vindt dat er na de info tijd wordt gegeven om alles te laten bezinken en te bespreken met derden.

Tot slot waren er nog enkele patiënten die aangaven niet voor elke futiliteit mee te willen beslissen, maar alleen bij belangrijke keuzes, bijvoorbeeld bij kanker.

"De dokter zegt wat je moet doen. Ze moeten niet zitten zagen als ze zeggen dit en dat." (Patiënt 2)

"Dat moet je met elkaar kunnen bespreken als volwassen mensen en dan moet je op een gegeven moment ook aanvaarden als arts als mensen zeggen dat ze dat niet willen. Dan moet je het levenseinde nog een beetje aangenaam maken met medicatie en pijnbestrijding. Dat soort dingen vind ik heel belangrijk. Maar wij zijn senioren, dus dat is voor ons misschien meer belangrijk." (Patiënt 5)

"Maar je maakt altijd nog je eigen keuze. Je mag als arts proberen iemand te overtuigen als je denkt dat een bepaalde optie beter is, maar uiteindelijk kiest de patiënt wel zelf. Maar als de arts weet dat er meerdere mogelijkheden zijn en hij zegt, we gaan dit doen. Dan liever we kunnen dit, dit, dit en dit doen, maar ik verkies dit en daarom." (Patiënt 15)

"Uitleg is genoeg voor mij, ik moet niet alles op papier hebben." (Patiënt 1)

"En als het over iets belangrijks gaat, dat je dat niet binnen de 5 seconden moet beslissen." (Patiënt 15)

Foute diagnose of behandeling

Er werd gevraagd wat de patiënt zou doen in geval hij een verkeerde diagnose of verkeerde behandeling zou krijgen. Hierop reageerde iedereen begripvol, de patiënten begrijpen dat vergissen menselijk is. Ze zouden gewoon teruggaan naar hun huisarts om het probleem opnieuw te bespreken. Geen enkele patiënt zou op zoek gaan naar een andere huisarts, tenzij de arts bij herhaling fouten maakt.

Een fout heeft in de meeste gevallen geen effect op de arts-patiëntrelatie. De patiënt verwacht dan wel dat de arts een duidelijke uitleg geeft en zijn fout toegeeft. Als de fout toch een grote impact heeft op de gezondheid, of als de arts iets voor de hand liggend gemist heeft, dan heeft dit wel invloed op het vertrouwen in de arts-patiëntrelatie. Als er een fout gemaakt wordt bij familieleden, reageerde één patiënt wel gevoeliger.

"Ik denk er anders over, ik zeg, jullie vak is geen exacte wetenschap, het is trial en error. Je kan er enkele keren naast zitten met je diagnose en dat moet ik jullie vergeven. De verschijnselen zijn vaak niet duidelijk en dan kan je ook geen goede diagnose stellen. Dus dan vergeef ik dat." (Patiënt 5)

"Nee, want ze kijken naar wat ze kennen en ze gaan eerst voor de hand liggende dingen pakken en als dat niet werkt, gaat hij verder zoeken. Dat is ook logisch. Dat is zoals bij koken, je begint met kruiden en als dat niet smaakt, kap je dat, dat en dat erbij." (Patiënt 6)

"Ja, en met correct bedoel ik ook het kunnen toegeven van de arts, ik zat fout met de diagnose of met de medicatie. Je kan dat blijkbaar niet verdragen. We hebben hier een reeks van antibiotica die op dezelfde manier gaan werken, dus die gaan we niet nemen, we gaan nu een heel andere categorie nemen die je mogelijk wel gaat verdragen. Die uitleg daarbij versterkt het net, te kunnen zeggen dat we fout zaten, dan weten we dat, ik noteer dat ik het dossier dat we dat niet opnieuw doen. Dit is iets volledig anders en we gaan dat voorschrijven." (Patiënt 14)

"Dat groeit he, als dat een keer gebeurt per toeval, zou ik nog niet gaan lopen, maar als dat bij herhaling is. Dat is een kwestie van een goed gevoel te hebben als je gaat." (Patiënt 2)

"En als het daardoor ook een impact heeft. Als je daarna iets krijgt en het is meteen in orde, dan is het oké. Maar als het iets is dat je niet mag wachten met een behandeling en die had dat niet door, weet ik niet of die verhouding…. Niet dat ik die mens zou uitkafferen, maar ik zou misschien op zoek gaan naar een andere huisarts." (Patiënt 15)

Preventie

De vraag of ze preventie belangrijk vinden, was voor veel patiënten moeilijk om te beantwoorden, omdat ze hier nog niet stil bij gestaan hadden. Uiteindelijk bleek dat de meerderheid dit toch belangrijk vond, waarvan één persoon zelfs vond dat hier met aandrang mocht op worden ingegaan. Vooral kankerscreening is voor de patiënten dan van belang. Men wil dat de huisarts uitleg geeft over waarom en wanneer bepaalde onderzoeken nodig zijn.

Dit is niet iets dat elk consult moet worden besproken en de arts mag hier niet te radicaal over zijn.

Één persoon bracht aan dat het handig zou zijn als hiervoor een IT-systeem zou bestaan dat de mensen op de hoogte brengt als er een onderzoek moet gebeuren.

"We krijgen dat aan van de staat. Dus. Is dat belangrijk? Ik weet het niet." (Patiënt 6)

"Ik vind dat een huisarts ook tegen de mensen moet kunnen zeggen: u hebt last van obesitas, u moet afvallen. Dat moet je kunnen en durven zeggen. Dat geeft allerlei lichamelijke problemen." (Patiënt 5)

"Ik vind dat ook belangrijk, de dokter moet zich daarom niet actief ermee bezighouden. Maar een IT-systeem zou je daarbij kunnen helpen. Ik heb een reeks van controles die ik jaarlijks preventief moet laten uitvoeren en mijn patiënt bereikt die leeftijd. Je controleert dat 1 keer per jaar en stuurt die uitnodigingen uit. Maar ik vind dat niet de verantwoordelijkheid van de arts, maar het is mooi meegenomen." (Patiënt 14)

Vertrouwen

Vertrouwen in de huisarts wordt voornamelijk opgebouwd door een grondige aanpak en vorige ervaringen, door je tijd te nemen en door te luisteren, vertrouwen uit te stralen en je aan je woord te houden.

Onder een grondige aanpak wordt verstaan dat de patiënt tijdig wordt doorverwezen en dat er een specialist aanbevolen wordt om naartoe te gaan. Het ernstig nemen van de patiënt, opzoeken in geval van twijfel en goede algemene kennis spelen mee.

"Door de jaren denk ik. En door de ziektes van mijn kinderen of mijn eigen ziekte of zoiets." (Patiënt 1)

"Dat hij ook op tijd doorstuurt als hij zelf de weg niet meer vindt." (Patiënt 4)

"En ook het typische, do what you say, say what you do. Als hij zegt, dit gaan we doen, dit is mijn idee, je moet die onderzoeken laten doen en kom maar terug. Als hij je dan op een ander pad stuurt… die transparantie. En als je zegt, we gaan weer iets anders doen, want ik denk dat we er nog niet zijn." (Patient 14)

Communicatie

Goede communicatie is de kern van een goede arts-patiëntrelatie. Belangrijk is een directe, duidelijke en eenvoudige communicatie. De communicatie verloopt face to face, professioneel en respectvol. Hiernaast moet je als arts je patiënt kunnen geruststellen en moet het levenseinde bespreekbaar gemaakt kunnen worden. De huisarts kan goed informeren waarbij patiënten een goede uitleg krijgen, die bij voorkeur wetenschappelijk onderbouwd is en waarbij er afspraken gemaakt worden met de patiënt. De huisarts moet ook goede raad kunnen geven. Ook non-verbale communicatie is van belang.

"Hoe ernstig het ook is, maar ik vind, ik word er niet beter van als ze het verzwijgen. Ik denk dat ik dan er beter kan mee omgaan. Ik persoonlijk, iedereen is niet hetzelfde." (Patiënt 3)

"Ik vind niet als arts. Ik vind het een voorbeeldfunctie nog altijd. Heel geleerde functie. Dus wees een beetje professioneel." (Patiënt 14)

"Dat die communiceert. Wat die denkt, dat die dat ook effectief zegt en niet in je dossier ik weet niet wat zit te typen en er niks van zeggen. Open, duidelijke communicatie. Ik ben daar wel fan van." (Patiënt 15)

Hierna werd gevraagd hoe de patiënten het merken dat een arts belangstelling heeft in hen en in hun problemen. De belangrijkste factor hierbij is dat er aandachtig naar hen wordt geluisterd, al is ook oogcontact belangrijk. Enkele patiënten vermelden het storende effect van de telefoon. Zo is het ook storend als deze niet opgenomen wordt en blijft rinkelen. Als de arts toch opneemt, wordt het geapprecieerd als hij meteen daarna terug verder gaat met de consultatie. Door aan het einde van het consult te vragen aan de patiënt of er nog iets is en te vragen hoe het thuis is, worden de drempels verkleind om nog iets te zeggen en toont de arts belangstelling in de algemene toestand van de patiënt.

De patiënt heeft het gevoel dat de arts nog weet wat er in het vorige consult gezegd is, al wordt dit vooral toegeschreven aan het medisch dossier, of door lange tijd bij dezelfde dokter te zijn, waardoor hij je goed leert kennen. Het dossier openzetten tijdens de consultatie wordt beschouwd als een teken van belangstelling. Op voorhand al eens in het dossier kijken, is ook een goed idee, want niet meer weten dat de patiënt al meermaals met hetzelfde probleem langsgekomen is, komt niet goed over. Er zijn patiënten die het fijn vinden als er teruggevraagd wordt naar een vorig probleem, al zijn er ook twee die dit niet nodig vinden.

"Bij specialisten is dat meer, ja vertel eens en ondertussen zijn ze bezig. Dan is het niet duidelijk of ze aan het luisteren zijn." (Patiënt 7)

"Ook in de ogen kijken, dan weet je dat hij met je bezig is. Die zal ook wel bezig zijn terwijl hij iets anders doet, maar soms komt dat zo niet over. Met echt oogcontact wel." (Patiënt 8)

"Mijn huisarts vraagt altijd op het einde 'is er nog iets dat je mij wou vertellen?' om volgens mij de drempel kleiner te maken voor als er nog iets op je lever ligt. Als je voor iets fysiek gaat, of er iets psychisch is." (Patiënt 15)

"Ja, als je iets zegt is het 'ah ja, dat is juist'. En dat vinden we ook knap, want hij ziet toch veel mensen." (Patiënt 6)

Omgaan met emoties

De patiënt verwacht vooral ondersteuning, het tonen van medeleven, ook non-verbaal. Hij wil dat we luisteren en dat er tijd genomen wordt. Er wordt ook benadrukt dat de arts hier zelf niet aan onderdoor mag gaan.

Positieve emoties mogen bekrachtigd worden.

Negatieve emoties moeten bespreekbaar gemaakt worden door ze te benoemen en door te vragen hoe het gaat. Ze mogen vooral niet genegeerd worden. Als de patiënt begint te huilen, wil hij graag een zakdoekje krijgen. Vier patiënten willen ook graag fysiek contact, zoals een schouderklopje of een hand. Voor één patiënt is dit dan weer niet nodig.

"Medeleven, ja! Ik voel dat wel dat je naar mij luistert en ook medeleeft met mijn dingen. Zoals ik juist gezegd heb, ik heb je ogen gezien, toen ik zei van mijn ex, ik zie dat direct aan je ogen dat je dat ook spijtig vindt. Zo'n dingen." (Patiënt 1)

"Op zijn minst als iemand in tranen uitbreekt een zakdoekje geven en hem toespreken van, het is goed dat je eventjes huilt. Laat maar gaan, dat lucht op. Ik zou het op zo'n manier doen." (Patiënt 4)

"Dus ja, emotioneel moet je wel voelen dat de arts meevoelt. Maar je wil niet dat hij er zelf aan kapot gaat. Uiteindelijk moet hij de ondersteunende zijn." (Patiënt 6)

"Luisteren! Veel patiënten komen gewoon die hun verhaal kwijt willen. Daarvoor dient een dokter ook." (Patiënt 8)

"Negeren zou een vorm van disrespect zijn. Ik ben geen schouder om op te huilen, ik ben hier om te helpen. Zo'n attitude… Er wordt van een arts verwacht dat die objectief is, dat die de feiten goed aan elkaar kan knopen en tot een diagnose komen, langs de andere kant is er een menselijk aspect. Als er een patiënt voor je zit en die heeft een emotioneel moeilijk moment, dat je dat mag benoemen." (Patiënt 14)

"Positieve emoties is gemakkelijk. Stel dat je binnenkomt en je hebt een nieuwe job, dan kan je als dokter zeggen 'amai, tof' of weet ik veel." (Patiënt 15)

6.3 Analyse interviews artsen

Welke eigenschappen heeft een goede dokter?

Er werd aan de artsen gevraagd wat de patiënten volgens hen de belangrijkste eigenschap van een huisarts zouden vinden.

De meerderheid van hen dacht dat dit de bereikbaarheid is, zowel qua afstand als in tijd. Ook empathie en goed kunnen informeren, op een begrijpelijke manier met een duidelijke uitleg zijn volgens hen belangrijk. Andere belangrijke zaken zijn goed kunnen luisteren, betrokkenheid, kennis, vriendelijkheid, vertrouwen, overzicht kunnen bewaren, niet uit de hoogte doen en een klik met de patiënt hebben.

"Ja, ik denk dat een patiënt een eigen lijfarts wilt die dag en nacht, zondag en feestdag voor hem gaat zorgen." (Arts 1)

"Ik denk empathie. Dat denk ik dat het meest belangrijke is. Het aanvoelen, het meevoelen, dat de patiënt zich begrepen voelt, dat denk ik dat het belangrijkste is." (Arts 2)

"Luisteren en erkennen. Vooral, wat mij daar altijd in helpt, ook op dagen als ik het moeilijker heb, is gewoon beseffen dat als puntje bij paaltje komt niemand voor zijn plezier naar de dokter gaat en iedereen wel ergens mee zit of bezorgd over is. En dat soms luisteren en die bezorgdheid bevestigen en serieus nemen, dat dat gewoon het belangrijkste is dat patiënten gehoord worden." (Arts 3)

"Betrokkenheid. Je hebt er veel he, je moet bereikbaar zijn, je gaat geen huisarts zoeken die een uur verder woont, maar vooral iemand waar je je goed bij voelt, dat je voelt dat hij doet waarin jij je kan vinden. Dat denk ik wel." (Arts 4)

Praktijkmanagement

Volgens de artsen is het belangrijkste element van praktijkmanagement voor de patiënten de bereikbaarheid, in de zin van laagdrempeligheid, permanentie en een korte wachttijd telefonisch, in de wachtzaal en op huisbezoek. Ook een goed bereikbaar en vriendelijk secretariaat, privacy en een vlotte organisatie zijn van belang.

"Ik denk weer terug je bereikbaarheid, in de zin van laagdrempeligheid, dat ze geen schrik hebben om de telefoon op te pakken, dat er iemand is om de telefoon op te nemen, dat ze kunnen binnenlopen als er iets is, dat ze weten dat ze worden opgevangen als het nodig is." (Arts 4)

"Plus een goede permanentie, ik denk nog belangrijker dan dat je als eigen huisarts continu bereikbaar bent, dat er een goed opvangnet moet zijn, dat als een patiënt echt een dringend probleem heeft zoals een snijwonde of een blaasontsteking, dat hij altijd die dag gezien kan worden." (Arts 3)

"Dat alles wat men belooft ook gedaan wordt. Bijvoorbeeld als mensen een brief binnenbrengen om in te vullen, dat die niet verloren gaat maar ook ingevuld geraakt. Als mensen een afspraak krijgen op een bepaalde dag en bepaald uur, dat er ook tijd voor hen gemaakt wordt en dat niet blijkt dat die afspraak verloren is gegaan. Zo'n dingen denk ik dat patiënten echt belangrijk vinden dat alles vlot georganiseerd is." (Arts 2)

Bereikbaarheid

De meeste huisartsen zijn bereikbaar op de uren dat er geen wachtpost open is, dus van 8 tot 19 uur. Één arts gaf echter aan dat er bij hen in de praktijk met een ochtendtelefoon wordt gewerkt waarop er om de beurt een arts bereikbaar is vanaf 7 uur voor dringende zaken.

In verband met de telefonische toegankelijkheid waren de artsen het erover eens dat een secretariaat dat de telefoons tegenhoudt essentieel is en beter is voor de arts, omdat een telefoon anders snel allesoverheersend wordt. Te bereikbaar zijn is dan weer ambetant, zorgt voor minder levenskwaliteit van de arts. Één van de bevraagde artsen vond dit een moeilijk op te lossen probleem, omdat het wel een service is naar de patiënt toe om altijd bereikbaar te zijn. Ook een beluurtje tijdens de consultaties wordt als zeer vervelend beschouwd.

"Dat is wel telefonische bereikbaar, dus 's morgens wordt de telefoon overgeschakeld op één van onze artsen, elke dag is dat iemand anders die verantwoordelijk is voor de ochtendtelefoon tussen 7 en half 9. Vanaf dan is er fysiek iemand aanwezig in de praktijk en is de deur open. Dat vind ik dan weer relatief laat. Meestal is dat 8 uur of half 8, wat ik niet abnormaal vind voor mensen die gaan werken. Als ik het open zou zetten , zou het zich vullen." (Arts 4)

"Ik heb ooit een patiënt gehad die voor mij zat en ik kreeg mijn zesde telefoon toen ik zelf nog telefoon nam en die patiënt stond op en zei: 'Dokter, ik zal naar huis gaan, ik zal u bellen, dan heb je wel tijd voor mij.' En dat is de waarheid." (Arts 1)

"Ik denk dat veel praktijken dan zeggen, alleen als de secretaresse aanwezig is, kan je ze bereiken en als er geen secretaresse is… en de secretaresse kan meer kanaliseren." (Arts 2)

Bij alle geïnterviewde artsen kunnen de patiënten de dag zelf nog langskomen. Hiervoor worden verschillende manieren gebruikt. Zo wordt er gewerkt met dagafspraken in de digitale agenda of moet er gebeld worden naar de praktijk voor dringende zaken. Hiervoor wordt er dan geschoven in de agenda's van de artsen, of deze patiënten worden gezien door de HAIO. Indien nodig kan er ook langer worden gewerkt. Dit wordt door de patiënten geapprecieerd. In één praktijk werden mensen die nog laat belden voor een afspraak doorverwezen naar de wachtpost.

Één arts gaf aan dat hij doorwerkt zolang als nodig, omdat er anders wachtlijsten zouden ontstaan. De oplossing voor dit probleem zou volgens hem zijn om de administratieve ballast te verminderen.

"Ja, als het dringend is, zorgen we dat er tijd voor is en dan werken we desnoods wat langer." (Arts 3)

"Als ze 's avonds tijdens het beluurtje nog belden, kon het zijn als er bij mij nog plek was of als het meeviel, werd er soms iemand erachter geplakt, maar vaak werd ook gezegd, de wachtpost is open, want hier ga je nog te lang moeten wachten, als het echt iets heel urgent was." (Arts 5)

"Ik denk minder administratie voor de huisarts, dat de huisarts minder tijd verliest met administratie en meer voor zijn patiënt kan doen, meer patiënten per uur kan zien door efficiënte dingen. Ik vind dat wij heel veel van onze tijd verliezen in dingen waar je eigenlijk geen dokter moet voor zijn." (Arts 2)

Huisbezoeken moeten in alle praktijken telefonisch worden aangevraagd. In één van de praktijken moet dit voor 10 uur, in een andere in de voormiddag. Wanneer de mensen bellen, is het belangrijk je patiënten goed te kennen, om in te schatten of het nodig is om langs te gaan. Er wordt gevraagd waarom de patiënt een huisbezoek vraagt, want comforthuisbezoeken worden niet meer gedaan.

Wanneer toch wordt aangeboden op consultatie te komen, is het vooral van belang om dit goed te communiceren en uit te leggen. Dan wordt dit volgens alle bevraagde artsen aanvaard door de patiënt.

"Voor huisbezoeken zeker, we zijn er relatief streng in dat ze zeker moeten bellen in de voormiddag. Je hebt acute gevallen, van er is iemand gevallen en je moet nu langskomen, dat kan altijd, maar dat is niet voor de gangbare zaken of van ik heb al drie weken een hoest. Dan zal het voor morgen zijn. Ik denk dat we goed bereikbaar zijn, maar dat je ook wel op je strepen moet kunnen staan als huisarts." (Arts 4)

"Toen ik daar in het begin was wel, maar er werden zoveel huisbezoeken gevraagd, zeker met corona, dat ze niet durven naar de praktijk te komen, dat we daar wel in zijn beginnen selecteren. Dat er effectief gevraagd moest worden, dat er een "geldige" reden was dat het een huisbezoek moest zijn." (Arts 5)

"Na X aantal jaren ken ik ook mijn patiënten dat ik zeg oké, die is nog nooit in de praktijk geweest, dat zal ik niet meer kunnen veranderen, hoewel ze wel een crème kan gaan eten. Die discussie heb ik verloren, dus dat stop ik." (Arts 3)

"Enerzijds een vertekend beeld, want wij hebben de telefoon niet altijd, de verpleegkundigen vangen veel op. Meestal als je dat gewoon argumenteert of uitlegt, zijn de meesten begripvol. Ik denk niet dat iemand ooit echt colèrig wordt." (Arts 4)

Soort raadpleging

In alle praktijken van de geïnterviewde artsen werd er gewerkt op afspraak. Dit krijgt de voorkeur, omdat de patiënten dan minder lang moeten wachten. Vrije raadplegingen geven op piekmomenten meer stress door tijdsdruk.

Één van de artsen haalde ook de telefonische- en videoconsultaties aan. Het nadeel hiervan is dat er geen klinisch onderzoek kan worden gedaan. Het zou wel bruikbaar zijn voor de bespreking van resultaten en eventueel voor psychische consulten.

"In het begin heb ik gedacht om het terug in te voeren. Nu we anderhalf jaar op afspaak werken, denk ik niet dat ik het nog ga doen. Het nadeel van vrije raadpleging is dat je met serieuze piekmomenten zit, dat het werk niet te overzien is en de stress en stuk groter wordt." (Arts 2)

"Maar die psychologische enzo en die opvolgconsultaties om resultaten te bespreken, zou ik nog wel zien zitten om dat zo te doen. Dus op zich, dat is gemakkelijk voor de patiënt dat ze thuis kunnen zitten, moeten de verplaatsing niet doen, moeten niet in de wachtzaal zitten. en je kan wat meer een ding geven, je staat op mijn afsprakenboek om kwart na tien, zorg dat je ongeveer om die tijd in de buurt van je computer blijft en dan zal ik je een belsignaal sturen als we kunnen bellen. " (Arts 5)

Er werd gevraagd aan de artsen of het hen goed lukt om op tijd te werken. Wat opviel bij de antwoorden, was dat dit voor de mannelijke collega's een werkpunt was, maar dat de vrouwen toch redelijk klokvast zijn.

De artsen die dikwijls achterlopen op hun schema, geven aan dat ze dikwijls te laat beginnen. Volgens hen heeft dit geen invloed op de arts-patiëntrelatie en zijn de patiënten hier na verloop van tijd ook op ingesteld. De artsen geven echter wel aan dat het een vorm van respect is om op tijd te beginnen.

De dokters die proberen om mooi op tijd te werken, vertellen dat dit mogelijk is door met voldoende buffers te werken, die ook gebruikt kunnen worden voor telefoon of urgenties. Als het dan toch voorvalt dat patiënten wat langer moeten wachten, vinden zij dit niet erg.

Het gebeurt dat de artsen wel merken dat patiënten het wachten niet kunnen appreciëren, dit kan zijn doordat de patiënt nerveuzer is, boos, of slechtgezind. Wanneer dit wordt benoemd en als er excuses worden aangeboden, heeft dit geen effect op de arts-patiëntrelatie.

"Ik blijf het proberen, ik probeer dat al heel mijn leven, maar iets in mij houdt dat tegen, ik schat mijn tijd op het einde altijd verkeerd in, dan ga ik toch nog even naar het toilet of dan schenk ik toch nog een laatste kopje koffie in 's morgens en dan ben ik weer 10 minuten te laat." (Arts 1)

"Anderzijds hebben wij hier ook collega's die wel een halfuur-een uur gemakkelijk uitlopen, maar die patiënten zijn daar ook op ingesteld, dat ze weten dat ze een uur moeten wachten of dat ze op voorhand bellen 'hoeveel loopt hij uit? Dan kom ik wat later' ik vind dat ook niet optimaal." (Arts 3)

"Ja. Er zijn er een aantal die in het begin van de consultatie een stuk stuurser zijn. Als je dan even consultatie aan het doen bent, zijn ze wel een stuk rustiger. Maar je merkt soms dat ze in het begin stuurser zijn omdat ze je niet aankijken, dat merk je toch wel dat een aantal mensen dat niet leuk vinden." (Arts 2)

Honorarium

Allereerst werd gevraagd wat de artsen dachten dat de patiënten vinden van het honorarium. Hierop waren de meningen verdeeld. Drie artsen hebben hierover nog geen klachten gehad en denken dat de patiënten hier dus geen probleem mee hebben, zeker met de automatische terugbetaling en de derdebetalersregels. Volgens twee artsen vinden de mensen dat ze te veel moeten betalen. Één van deze artsen werkte gedeconventioneerd en haalde dit aan als reden waarom mensen klagen.

Twee artsen spraken zich duidelijk uit over een forfaitair systeem. Één was voorstander, de ander helemaal niet, omdat hij schrik had voor misbruik.

Bijna alle artsen denken dat het honorarium een invloed heeft op de frequentie van bezoeken. Slechts één arts dacht dat dit geen invloed zou hebben op het aantal consultaties.

In de meeste praktijken kan zowel cash als met bancontact worden betaald. In één praktijk kan dit alleen cash. Op twee plaatsen is er ook de mogelijkheid om met payconiq te betalen.

"Daar zijn opmerkingen over geweest. De praktijk was gedeconventioneerd. De patiënten waren dat gewoon en al de praktijken in de regio hadden dat onderling afgesproken om gedeconventioneerd te zijn, dus bij overname was de voorganger al gedeconventioneerd in afspraak met collega's uit de regio, dus dat is historisch zo gegroeid. Want voor haar maakte dat op zich niet uit. Maar de patiënten waren dat gewoon. Maar patiënten die van een andere regio kwamen, die zeiden wel, oei." (Arts 5)

"Ik heb mensen die dat benoemen, die zeggen, ik wil wel terugkomen, maar dat is dan weer €27. Dan zeg ik ook, voor het geld doe ik het niet, als je wilt regel ik het via de ziekenkas, dan is het €4, maar als dat voor u een discussiepunt is dan is dat niet nodig. Ik vind het belangrijker dat je op controle komt dan dat ik het geld krijg. Omdat we dat dan toch via die financiële noodsituatie kunnen regelen. Als dat echt een drempel is, benoem ik het wel." (Arts 3)

"Ja, ik ben daar van overtuigd, in 2 richtingen. Ik denk dat je enerzijds de drempel laag houdt voor degenen die het niet kunnen en soms niets vraagt omdat je weet dat ze het niet hebben. Langs de andere kant is het die populatie die veel aandacht nodig heeft en het feit dat je dan niks vraagt is voor hun heel gemakkelijk dat ze laagdrempelig komen. Dat je ze goed genoeg kan voorthelpen en een keer meer ziet bij wijze van spreken." (Arts 4)

De wachtzaal

De voornaamste inrichting in de wachtzaal is een speelhoekje voor kinderen, al wordt dit door twee artsen als niet hygiënisch beschouwd. Verder is er informatie aanwezig, in de vorm van posters, een TV of folders. Verder worden er nog boekjes en een plant vermeld.

Volgens de artsen heeft de sfeer in de wachtzaal invloed op de consultatie achteraf. Patiënten kunnen elkaar opjutten of gezellig zitten te babbelen. Ook de muziek op de radio kan invloed hebben op de sfeer.

"Zelf voor kinderen hebben we speelborden tegen de muur, maar dat is allemaal afgeplakt. We hadden daar vorig jaar in geïnvesteerd, januari-februari en in maart waren ze afgeplakt." (Arts 4)

"Dat is eigenlijk toch heel besmettelijk, niet alleen naar corona toe, maar een kind dat in de wachtzaal zit met een keelontsteking, er is er altijd een die een blokje in zijn mond steekt en de volgende … Dat is echt vuil." (Arts 2)

"Wij hadden ook een scherm in de wachtzaal, dan kon je daar filmpjes op laten spelen, dan was dat onder andere van wat is het bevolkingsonderzoek voor dikke darmkanker, hoe zit dat in elkaar, stel dat dat positief is, wat betekent dat dan? Dan waren er verschillende filmpjes, dan was dat een animatie van een coloscopie dat je in een darm keek. Of de griepvaccinatie-actie, daar informatie over. Dus wel goed." (Arts 5)

"Maar toen er een volle wachtzaal was en ik vrije raadpleging deed, dat er veel mensen in de wachtzaal zijn. Dan merk je dat er dagen zijn dat iedereen goedgezind binnenkomt en minder klaagt. Andere dagen komt iedereen slechtgezind binnen met heel veel klachten. Dan heb je de ene dag iemand in de wachtzaal die heel geanimeerd de mensen bezighoudt en interessante dingen vertelt en de andere dag is het heel stil met norse naar elkaar kijkende mensen. Dus ik denk dat dat wel de sfeer van het consult beïnvloedt." (Arts 2)

Website

Van de bevraagde artsen hebben er vier een website. Één arts is hierover aan het nadenken voor in de toekomst.

Op de website staan online afspraken, een voorstelling van de medewerkers in de praktijk en praktische info. Dit zijn voornamelijk interessante links, maar ook de verlofregeling en de afspraken rond het schrijven van voorschriften.

"Ja. Ik heb dat nooit als prioriteit gesteld in mijn praktijk, omdat andere dokters dat al 10 jaar hebben en het merendeel van de patiënten van de dokters zijn kindjes en oudere mensen, dat zijn 2 mensen die niet met de computer werken. Maar meer en meer beginnen ze wel met de computer te werken en meer en meer lijkt met dat wel nuttig om met een website te werken." (Arts 2)

Arts-patiëntrelatie

Het consult

Alle artsen vinden het belangrijk om een goede anamnese en klinisch onderzoek te doen. Niet alleen voor zichzelf, om de diagnose te stellen, maar ook de patiënten vinden dit belangrijk. Ze geven aan dat het klinisch onderzoek zeker altijd moet gebeuren, omdat de patiënt dit ook belangrijk vindt, om zich serieus genomen te voelen.

"Ik denk dat dat voor het arts-patiëntvertrouwen heel belangrijk is dat je altijd een goed klinisch onderzoek doet. Dat de mensen zich gehoord en betast voelen. Ik denk dat ze anders denken van ja, hoe kan de dokter nu dat advies geven, hij heeft me niet onderzocht of hij heeft me niet genoeg vragen gesteld." (Arts 1)

"Ik denk dat dat heel belangrijk is, ook alleen dat men zich begrepen voelt en aux serieux genomen voelt." (Arts 2)

"Voor mij super belangrijk, dat is de essentie van mijn beroep. Voor de patiënt… Toch ook. Ik denk als je niet luistert naar hun verhaal, gaan ze zich niet begrepen voelen. Als je direct ze op de tafel laat zitten, vragen ze zich ook af wat is er aan de hand." (Arts 4)

Keuze bij beslissingen

De artsen geven de voorkeur aan shared decision making, hoewel er ook altijd patiënten zijn die gewoon willen dat de arts een beslissing maakt of patiënten die zelf een voorstel aanbrengen.

Op vlak van communicatie is het van belang alle opties uit te leggen, met alle voor- en nadelen en de behandelduur. Ook de eigen voorkeur mag vermeld worden. Daarna moet de patiënt begeleid worden in zijn keuze en moet er worden afgetoetst wat deze al dan niet ziet zitten.

De informatie wordt zowel mondeling gegeven, als geschreven. Dit kan een folder zijn, een kleine tekening, of een website.

"Dat is ook heel verschillend. Ik denk dat de meeste mensen zeker willen uitleg hebben over hun behandeling, maar dat zeker niet alle mensen willen meebeslissen, er zijn zeker mensen die zeggen dokter, doe jij maar, je hebt ervoor gestudeerd en ik vertrouw u. En er zijn andere mensen, het andere uiterste, die zeggen van voila, hier se, ik heb dat en ik wil dat je dat voorschrijft, zo zijn er ook. En ik denk dat de gulden middenweg de beste is, shared decision making. Je blijft als arts de expert he, dat is wel zo he, maar de patiënt is natuurlijk degene die het moet doen, zijn behandeling moet volgen en die de nevenwerkingen voelt." (Arts 1)

"Ik denk dat dat meer is hoe we zelf zijn opgeleid. Ik denk als er verschillende mogelijkheden zijn, leg ik die uit. Als er een duidelijke voorkeur is voor één, zal ik die argumenten geven, maar ik zal die beslissing niet nemen. dan kan je niet meer doen dan de patiënt de uitleg geven voor zus of zo." (Arts 4)

"Ik denk dat dat belangrijk is, maar je moet dan ook wel de tijd nemen om uit te leggen wat de opties zijn en wat de voor- en nadelen zijn. Soms ligt dat zodanig voor de hand, maar soms zijn er keuzes waarbij het ene voor- en nadelen heeft en het andere ook. Dan moet je het aan de patiënt uitleggen en laten kiezen welk van de twee ze willen." (Arts 2)

"Ja, vragen, vooral op het einde of ze zich daarin kunnen vinden. Als je natuurlijk iets voorstelt en je toets dat niet af en ze gaan buiten en denken in hun eigen, ik ga dat toch niet doen, heb je niets gewonnen. Ik vraag meestal wel of alles duidelijk is en of ze dat haalbaar vinden." (Arts 3)

"Ja, ik ben ervan overtuigd dat mensen dat meer geloven dan ze mij geloven. Als ze het geschreven lezen. Vroeger zei ik altijd om te lachen 'Wat er in de reclame van vtm gezegd wordt geloven de mensen meer dan wat ik vertel.' En dat is denk ik nog altijd zo, als mensen dat geschreven zien staan, dan zijn ze gerust denk ik." (Arts 1)

"Ik doe dat altijd mondeling, maar ik denk dat het beter is af en toe om iets op papier mee te geven. Dat doe ik niet, maar ik denk dat het beter is van het op papier te doen." (Arts 2)

Foute diagnose of behandeling

Hoe reageren patiënten bij een foute diagnose of behandeling? Dit is volgens de geïnterviewde artsen afhankelijk van de ernst, maar er wordt wel begripvol gereageerd. Ook hier is de communicatie weer van belang. Als er duidelijk een plan wordt opgesteld, er open gecommuniceerd wordt en er een duidelijke uitleg gegeven wordt, heeft dit geen impact op de arts-patiëntrelatie. De patiënt weet dat we werken met vermoedens en dat we kunnen leren uit onze fouten.

"Ze kunnen dat wel hebben. Ze snappen dat we als huisdokter dikwijls werken met vermoedens en dat als ziektes in een heel vroeg stadium zijn, dat nog niet alle symptomen zich hebben ontwikkeld. Ik denk dat ze dat snappen. Ik denk dat ze snappen dat we het als huisarts niet altijd van de eerste keer bij het rechte eind hebben." (Arts 1)

"Als je het voldoende uitlegt, reageren ze daar niet raar op. Als je dat niet uitlegt, reageren ze daar helemaal verkeerd op, wat een domme dokter is dat, die weet het niet eens." (Arts 2)

"Ik denk dat het niet zozeer erover gaat dat je niet de juiste diagnose of behandeling hebt, ik denk dat je altijd ruimte moet laten dat als het niet betert, dat ze weten dat ze altijd kunnen terugkomen en dat je op die manier ook altijd bereikbaar blijft en dat je ze vooral betrekt waarom je een bepaald diagnose naar voor schuift, een bepaalde behandeling start en dat je ook benoemt wat je verwacht van de behandeling." (Arts 3)

Preventie

De artsen vinden preventie zelf allemaal heel belangrijk en willen hier nog meer op inzetten. De artsen denken dat het voor de patiënt dan weer individueel heel verschillend is of ze dit belangrijk vinden of niet. Dikwijls wil de patiënt wel langskomen voor een uitgebreid bloedonderzoek, maar willen ze niet horen van levensstijladvies.

"Heel belangrijk. 90% van de gezondheid van de maatschappij zit in preventie en gezond leven. De andere 10% is al de techniciteit met technische onderzoeken en behandelingen, daar gaat nu het meeste geld en aandacht naar. Als arts vind ik preventie enorm belangrijk, maar ik denk dat mijn patiënten, toch een deel daarvan, daar anders over denkt. Dus ik denk dat er verschil is in patiënt, er zijn patiënten die heel open staan voor preventie en daar heel rationeel mee omgaan, maar ik denk dat je degene die je zou moeten zien voor preventie te weinig ziet, die komen niet." (Arts 1)

"Ja, ik denk dat dat zeker belangrijk is. Vaak komt die vraag ook actief naar voor. Ik denk als die vraag niet actief naar voor komt, dat dat het grootste werkpunt is van alle huisartsen. In dat opzicht hoop ik gewoon dat de werkdruk gaat afnemen en we naar een iets ander systeem gaan dan het vroegere prestatiegerichte huisartsgeneeskunde, maar dat zal nog enkele jaren duren." (Arts 3)

Tijd

Twee artsen vinden dat er iets te weinig tijd per patiënt voorzien is. Twee anderen vinden dat er voldoende is ingepland en ondersteund wordt met buffers. Een laatste arts vertelde dat de tijd die genomen wordt is aangepast aan de noden van de patiënt.

Bij tijdsgebrek mag je je vooral niet haastig beginnen te gedragen en hierdoor het consult slecht afronden. In de plaats hiervan is het goed de problemen van de patiënt te agenderen en een nieuwe afspraak te voorzien. Als dit goed gecommuniceerd wordt, wordt dit ook aanvaard door de patiënt.

"Als je kijkt naar kwaliteit van zorg, dat ik soms te weinig tijd neem, hoe meer tijd hoe beter. Als je meer tijd kan geven, hoe betere gezondheidszorg je kan geven. Ik probeer toch meestal de patiënt pas buiten te laten gaan als die een gevoel heeft dat hij tevreden is met de consultatie en met de duur van de consultatie."(Arts 2)

"Ik probeer de tijd te nemen die ze nodig hebben. Als ze voor iets kort komen, ga ik dat ook niet onnodig uitmelken. Als het voor een pilvoorschrift is, ga ik kijken wanneer de bloeddruk nog is genomen, wanneer er een uitstrijkje en mammografie genomen is. Dan probeer ik wel op preventief vlak uit te zoeken. Maar als het kort is, is het kort. Als er daarna iemand komt die meer tijd nodig heeft, probeer ik daar ook rekening mee te houden." (Arts 3)

"We rekenen in principe een kwartier per patiënt, maar ik zie er 3 op een uur, dus ik reken een kwartier en een blokjes sowieso minstens. En zoals ik al zei, als er iemand opstaat met burnout of ik heb het moeilijk of schoolproblemen, dan blok ik het vakje daarachter altijd wel. Ik heb patiënten die dat weten als ze voor iets meer komen, dat ze meer blokken. Er zouden dat nog moeten doen, want sommigen staan er met 3 voor een blokje van 1 en dat is heel vervelend, maar ik probeer daarop in te spelen als ik dat zie, dat ik dat blok." (Arts 4)

"Wat je niet mag doen is je kregelig en haastig beginnen gedragen, want de patiënt ziet dat dan aan u en dat dan slecht afronden, dat nemen ze niet. Maar rustig zeggen van voilà, we hebben zeker nog niet alles besproken wat je wilt vertellen, ik hoor dat, ik voel dat en ik weet dat er zeker nog belangrijke dingen zijn, maar versta alstublieft dat ik daar nu geen tijd voor kan maken. Dat nemen ze wel." (Arts 1)

Vertrouwen

Vertrouwen moet worden opgebouwd op basis van vorige ervaringen, door de patiënt goed te begeleiden en serieus te nemen. Ook de mond aan mond reclame en een volle wachtzaal zijn belangrijke factoren.

Tot slot zijn bereikbaarheid, niet boven de patiënt staan en open communicatie zaken die het vertrouwen verhogen.

"Ik denk dat daar de mond aan mond reclame heel belangrijk is, enorm belangrijk. Dat je zeker in een dorp uw naam maakt door de mond aan mond reclame." (Arts 1)

"Ik denk dat de belangrijkste factor wel is ervaringen uit het verleden of met familieleden van patiënten." (*Arts 2)*

Communicatie

Het belangrijkste aspect van communicatie is actief luisteren, zowel verbaal als non-verbaal. Ook empathie, authenticiteit, een open en eerlijke communicatie zijn belangrijke factoren. Hiernaast wordt het belang van de ICE en goed informeren benadrukt. Informeren van de patiënt moet duidelijk zijn, op maat van de patiënt, in kleine stukjes en zonder moeilijke woorden. Achteraf is het goed om te polsen of de patiënt alles begrepen heeft.

"Patiënten laten uitpraten. Actief luisteren, dus knikken of iets herhalen van wat ze gezegd hebben, samenvatten, inpikken op dingen die ze zeiden, zo'n zaken dat dat heel belangrijk is." (Arts 5)

"Open, eerlijke communicatie. Als je het niet weet, zeg je het beter dan dat je iets zegt dat misschien niet waar is en ze achteraf op uitkomen en dat je ze dingen wijsmaakt." (Arts 4)

"Ik zeg het ook vaak tegen de jongere arts hier, je kan wel denken, ze is hier weer, wat komt ze nu weer doen, maar dan moet je je ICE bovenhalen en dat bevragen. Dan komt de vraag achter de vraag naar boven en dat maakt dat je wel begripvoller of toleranter bent." (Arts 3)

"En dan uw consultatie goed kunnen afronden, de patiënt nog eens het laatste woord geven, was er nog iets of is er nog iets waar je aan denkt?" (Arts 1)

"Toetsen of de patiënt begrepen heeft wat je hebt uitgelegd. Sommige mensen, als je iets uitlegt, hebben al een beetje achtergrond en zijn mee met het verhaal. Anderen zijn helemaal niet mee en snappen in de verste verte niet wat je aan het vertellen bent. Je kan dat eenvoudig wel toetsen. Dat moet je dan wat beter en opnieuw communiceren, soms tot je er zenuwachtig van wordt opnieuw uitleggen hoe de vork aan de steel zit. Ik denk dat toetsen belangrijk is." (Arts 2)

De artsen tonen belangstelling aan hun patiënten door te luisteren, de patiënt niet te snel te onderbreken, de patiënt serieus te nemen en open vragen te stellen. Ook aandacht voor de mens als geheel en voor de gevoelens van de patiënt zorgen voor een grotere belangstelling.

"In een gewoon consult is het puur luisteren, kijken en zien dat je alles doorhebt." (Arts 4)

"Door aandacht te hebben niet alleen voor hun ziekte, maar hoe ze met hun ziekte omgaan en ook hoe ze staan in hun gezin en in hun beroep en in hun werksituatie, die dingen, dus niet alleen de ziekte, maar ook…" (Arts 1)

Omgaan met emoties

Dit doen we vooral door emoties te erkennen en bespreekbaar te maken, door middel van gevoelsreflecties en soms ook door de emotie zelfs uit te lokken. De emoties mogen worden toegelaten, maar kunnen niet worden opgelost. Er moet een stilte gelaten kunnen worden en een zakdoekje aangeboden of een schouderklopje gegeven. Het is anderzijds ook wel belangrijk een grens te stellen en de eigen emoties niet te delen.

"Omgaan met de emoties van de patiënt, ik denk dat je daarover moet kunnen praten, ook weer communicatie, als je merkt dat de patiënt het moeilijk heeft, erop ingaan, zeggen van ik zie dat je het moeilijk hebt, wat scheelt er juist, voel je je niet goed? ik denk dat het belangrijk is om emoties bespreekbaar te maken." (Arts 2)

"Ook soms durven benoemen, want je ziet het heel vaak dat mensen tranen verbijten en zeker in deze tijden zeg ik ook, met dat plexischerm hier, zet je masker maar af." (Arts 3)

6.4 Datatriangulatie

Als we de antwoorden van de patiënten en de artsen naast elkaar leggen, merken we op dat er een grote overlapping bestaat. De artsen kunnen dus goed inschatten wat de patiënten belangrijk vinden.

De belangrijkste eigenschap van een huisarts voor de patiënten is vooral luisteren, vriendelijkheid en vertrouwen. Ook bereikbaarheid vinden de patiënten belangrijk. De huisartsen zelf schatten die bereikbaarheid in als allerbelangrijkste factor. Empathie en uitleg geven vervolledigen bij hen de top drie. Als we kijken naar de antwoorden die verder nog gegeven worden, merken we wel een duidelijke eensgezindheid tussen de patiënten en de huisartsen.

Tijdens het consult hechten zowel de arts als de patiënt veel belang aan een grondige anamnese en klinisch onderzoek. De arts om tot een diagnose te komen, de patiënt om zich serieus genomen te voelen. Alle artsen gaven aan dat ze de voorkeur geven aan shared decision making bij de keuze van een behandeling. Dit hoeft niet voor alle patiënten, maar de meerderheid geeft aan dat het fijn is om betrokken te worden bij belangrijke beslissingen. Er is een discongruentie op vlak van preventie. Alle huisartsen vinden dit zeer belangrijk, terwijl de patiënten hier geen duidelijke mening over hebben.

Opvallend is dat beiden aangeven dat de arts-patiëntrelatie behouden blijft in geval van een foute diagnose of behandeling. Een goede communicatie is hierbij echter van groot belang. Het opbouwen van een vertrouwensband gebeurt volgens zowel patiënt als arts door middel van vorige ervaringen. De artsen denken dat mond-aan-mondreclame hierbij ook een rol speelt, terwijl de patiënten dit zelf niet vermelden.

De manier waarop bij voorkeur gecommuniceerd wordt, is voor arts en patiënt hetzelfde. Ook de manier waarop we moeten omgaan met emoties is voor beide partijen gelijk.

Op gebied van praktijkmanagement schatten de huisartsen de patiënten correct in dat deze het belangrijk vinden dat hun dokter bereikbaar is. Het grootste pijnpunt dat hier naar boven komt, is de telefonische bereikbaarheid. Voor de artsen is het aangenamer werken als deze niet te hoog is en er een secretariaat als tussenpersoon zit. Patiënten vinden het echter nog steeds belangrijk hun huisarts zelf te kunnen spreken. Een telefonisch belmoment is hiervoor een mogelijke oplossing. De patiënten begrijpen dat de huisarts niet meer zo vaak op huisbezoek komt en staan er over het algemeen voor open om toch zelf naar de praktijk te komen.

De meeste praktijken hebben een website. Voor de jongere patiënten is dit een pluspunt. De oudere patiënten vinden dit niet noodzakelijk.

Zowel arts als patiënt heeft een voorkeur voor raadpleging na afspraak. Als patiënten toch langer moeten wachten op hun arts, kan dit effect hebben op hun humeur, maar niet op de arts-patiëntrelatie. Ook de artsen voelen dit zo aan. Op tijd starten, wordt wel gezien als vorm van respect. Zowel arts en patiënt verwacht een sobere en propere wachtzaal, waarbij vooral een speelhoekje voor kinderen van belang is.

Tenslotte vindt de grote meerderheid van de patiënten vindt het honorarium niet te hoog. Artsen denken eerder wel dat de patiënten vinden dat ze te veel moeten betalen.

7. Discussie

Wat mij het meeste is opgevallen door deze studie uit te voeren, is dat de artsen hun patiënten goed kennen. Zij kunnen over het algemeen goed inschatten wat de patiënten belangrijk vinden.
Opvallend is dat artsen en patiënten een verschillende visie hebben over het honorarium. Daarop gaven de patiënten aan dat ze dit niet te veel vinden en dat dit de frequentie van consultaties niet beïnvloedt. De artsen dachten echter dat dit soms wel het geval is. Om hier een duidelijker zicht op te krijgen, zouden er meer patiënten moeten worden geïnterviewd, van verschillende socio-economische niveaus.
Ook duidelijk is dat moet gezorgd worden voor een sterk secretariaat om zowel patiënt als arts tevreden te houden. De patiënt heeft iemand vriendelijk en behulpzaam nodig, die goed kan triëren. Voor de arts is dit ook van belang, om zo min mogelijk gestoord te worden tijdens de consultaties.

Een terugkoppeling naar de literatuur leert ons dat er heel veel zaken overeenstemmen.
Een eerste overeenkomst zien we in de keuze van de huisarts. Volgens de literatuur, wordt hiervoor beroep gedaan op familie en vrienden (4). Uit de interviews kwam ook naar boven dat de meeste patiënten hun huisarts behouden die ze gewoon zijn, via hun ouders.

Zoals ook in verschillende studies vermeld wordt, zijn vooral een goede arts-patiëntrelatie, anamnese en klinisch onderzoek en bereikbaarheid van belang (1).
Het belang van empathie in de arts-patiëntrelatie, komt ook in deze studie naar voor (25). Loyaliteit is gebaseerd op vertrouwen en dat valt op bij de patiënten die werden geïnterviewd. Goede ervaringen zorgen voor meer vertrouwen en zorgen dat de patiënt de arts kan vergeven als deze een foute diagnose stelt (23, 24).

De arts-patiëntrelatie met de oudere patiënt verloopt anders, omdat deze nog een paternalistische arts gewend is en hierdoor meer autoriteit van de arts accepteert (2). Ook dit verschil is uit de interviews naar boven gekomen. De oudste patiënten zijn geen voorstander van bijvoorbeeld shared decision making, maar hebben liever een arts die hen zegt wat ze moeten doen.

Op gebied van praktijkmanagement zien we ook gelijkenissen met de literatuur.
Zoals aangehaald in de literatuurstudie mag de computer tijdens de consultatie gebruikt worden, zolang er voldoende aandacht is voor de patiënt (13). De voorkeur voor een raadpleging na afspraak wordt bevestigd in deze studie (7), liefst met een arts die op tijd kan werken. De aanvraag van een huisbezoek gebeurt vooral als patiënten heel ziek zijn en zich niet kunnen verplaatsen. Dit kwam ook al naar voren in een eerdere studie (5).
Een pijnpunt blijft wel het organiseren van de bereikbaarheid.

Opvallend is dat de patiënten niets vertellen over het gender van de huisarts bij hun keuze terwijl dit in de literatuur toch naar voor komt.

Sterktes

Het wordt steeds belangrijker in de gezondheidszorg om tegemoet te komen aan de noden van de patiënt. Met deze studie zijn voor het eerst diepte-interviews gedaan. Zo zijn we nog meer te weten gekomen over de mening van patiënten en dieper ingegaan op wat al werd gevonden in studies gebaseerd op vragenlijsten. Hiernaast werd er ook vergeleken met wat de huisarts denkt. Zo was het mogelijk discrepanties te ontdekken tussen de visie van de patiënt en de huisarts.

Zwaktes

Het aantal patiënten en huisartsen dat geïnterviewd is, is niet zo groot. Dit onderzoek leert ons enkel iets over de visie van patiënten in een bepaalde regio. Ze zijn gewoon aan een bepaalde vorm van praktijkvoeren. Om nog een beter zicht te krijgen op de visie van patiënten, zou het beter zijn om een grotere steekproef te hebben. Een grotere spreiding over het land en verschillende types praktijken, kan meer info opleveren. Zo wordt er in deze studie niets verteld over de mogelijke meerwaarde van een multidisciplinaire praktijk voor de zorg van chronische patiënten.

Deze studie was onderhevig aan de vrijwillige medewerking van patiënten en huisartsen. Het gevaar bestaat dat enkele patiënten een zeer uitgesproken mening hadden, die niet correleerbaar is naar de hele populatie. Om dit te vermijden werd getracht een zo gevarieerd mogelijke studiepopulatie te bekomen.

Dit onderzoek betekent voor de huisarts in Vlaanderen dat hij goed bezig is en zijn patiënt goed kan inschatten. Belangrijk is om als huisarts te zorgen voor een goede bereikbaarheid, luisterbereidheid, vriendelijkheid en vertrouwen. De communicatie moet eerlijk, open en empathisch zijn.
Een sterk secretariaat is van belang, om zowel de patiënt als de arts tevreden te houden.
De voorkeur gaat naar een raadpleging na afspraak, waarbij het een vorm van respect is om als arts op tijd te starten met de consultaties.

Voor verder onderzoek kan er op deze studie worden verder gebouwd. Ideaal zou zijn om meer interviews af te nemen, bij een voldoende divers publiek uit verschillende regio’s in het land en uit verschillende soorten praktijken, waaronder ook multidisciplinaire en forfaitaire praktijken. Zo kan er duidelijker worden wat de meerwaarde van dit soort praktijken kan zijn. Er zou ook gekeken kunnen worden naar patiënten uit verschillende socio-economische niveaus en hun visie op het honorarium.

8. Besluit

Over het algemeen hebben artsen en patiënten een gelijklopende visie over wat een goede huisarts en een aangename praktijk inhouden. De voornaamste eigenschappen van een goede huisarts zijn luisterbereidheid, vriendelijkheid, vertrouwen en bereikbaarheid zowel voor de artsen als patiënten. De communicatie moet eerlijk, open en empathisch zijn. Het is een goed idee om bij de patiënt zelf te polsen in hoeverre hij of zij mee wil beslissen bij bepaalde keuzes.

Op vlak van praktijkorganisatie moet gezorgd worden voor een sterk secretariaat dat zowel patiënt als arts tevreden kan houden. Een goede onthaalmedewerker moet goed kunnen triëren. Zij moeten kunnen inschatten wanneer een patiënt dringend gehoord moet worden door een arts en wanneer niet. Verder geven zowel artsen als patiënten de voorkeur aan een raadpleging na afspraak en is het een vorm van respect om op tijd te beginnen met de consultaties.

9. Referenties

1. Kenny P, De Abreu Lourenco R, Wong CY, Haas M, Goodall S. Community preferences in general practice: important factors for choosing a general practitioner. Health Expect. 2016;19(1):26-38.
2. JL T. Differential Characteristics in Communication and Relationship of the General Practitioner with the Elderly Patient. Journal of Family Medicine Forecast. 2019;2.
3. De Rosis S, Barsanti S. Patient satisfaction, e-health and the evolution of the patient-general practitioner relationship: Evidence from an Italian survey. Health Policy. 2016;120(11):1279-92.
4. VanOudenhove A-S. De patiënt als consument. Hoe kiest men een huisarts? 2017.
5. Depuydt B. Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen. 2017.
6. Dochy E. De visie van de chronische patiënt op de rol van de huisarts. 2018.
7. DeCeukeleire L. Vrije consultatie of op afspraak: wat vinden de patiënten?
8. Vanhaecke C. Praktijk ondersteunend project: onderzoek naar de patiëntentevredenheid in de individuele huisartsenpraktijk.
9. de Waard CS, Poot AJ, den Elzen WPJ, Wind AW, Caljouw MAA, Gussekloo J. Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. Scand J Prim Health Care. 2018;36(2):189-97.
10. Freilich J, Wiking E, Nilsson GH, Olsson C. Patients' ideas, concerns, expectations and satisfaction in primary health care - a questionnaire study of patients and health care professionals' perspectives. Scand J Prim Health Care. 2019;37(4):468-75.
11. Sirdifield C, Godoy Caballero A, Windle K, Jackson C, McKay S, Schäfer W, et al. Comparing importance and performance from a patient perspective in English general practice: a cross-sectional survey. Fam Pract. 2016;33(2):179-85.
12. Grocott A, McSherry W. The Patient Experience: Informing Practice through Identification of Meaningful Communication from the Patient's Perspective. Healthcare (Basel). 2018;6(1).
13. Antoun J, Hamadeh G, Romani M. Effect of computer use on physician-patient communication using interviews: A patient perspective. Int J Med Inform. 2019;125:91-5.
14. Hudson Smith M, Smith D. Directing Improvements in Primary Care Patient Experience through Analysis of Service Quality. Health Serv Res. 2018;53(6):4647-66.
15. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):295.
16. Bonciani M, Barsanti S, Murante AM. Is the co-location of GPs in primary care centres associated with a higher patient satisfaction? Evidence from a population survey in Italy. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):248.
17. Cowling TE, Majeed A, Harris MJ. Importance of accessibility and opening hours to overall patient experience of general practice: analysis of repeated cross-sectional data from a national patient survey. Br J Gen Pract. 2018;68(672):e469-e77.
18. Detollenaere J, Hanssens L, Schäfer W, Willems S. Can you recommend me a good GP? Describing social differences in patient satisfaction within 31 countries. Int J Qual Health Care. 2018;30(1):9-15.
19. Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. Croat Med J. 2017;58(1):63-74.
20. Droz M, Senn N, Cohidon C. Communication, continuity and coordination of care are the most important patients' values for family medicine in a fee-for-services health system. BMC Fam Pract. 2019;20(1):19.
21. Eide TB, Straand J, Melbye H, Rortveit G, Hetlevik I, Rosvold EO. Patient experiences and the association with organizational factors in general practice: results from the Norwegian part of the international, multi-centre, cross-sectional QUALICOPC study. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):428.

22. Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos FA, Montague J, Campbell J, et al. Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. Br J Gen Pract. 2016;66(653):e896-e903.
23. Gérard L, François M, de Chefdebien M, Saint-Lary O, Jami A. The patient, the doctor, and the patient's loyalty: a qualitative study in French general practice. Br J Gen Pract. 2016;66(652):e810-e8.
24. Goetz K, Jossen M, Rosemann T, Hess S, Brodowski M, Bezzola P. Is patient loyalty associated with quality of care? Results of a patient survey over primary care in Switzerland. Int J Qual Health Care. 2019;31(3):199-204.
25. Hermans L, Olde Hartman TC, Dielissen PW. Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: a cross-sectional study in primary care. Br J Gen Pract. 2018;68(674):e621-e6.
26. Leahy D, Lyons A, Dahm M, Quinlan D, Bradley C. Use of text messaging in general practice: a mixed methods investigation on GPs' and patients' views. Br J Gen Pract. 2017;67(664):e744-e50.
27. Mazzi MA, Rimondini M, Boerma WG, Zimmermann C, Bensing JM. How patients would like to improve medical consultations: Insights from a multicentre European study. Patient Educ Couns. 2016;99(1):51-60.
28. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, McConnachie A, Lloyd SM, et al. General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. Ann Fam Med. 2016;14(2):117-24.
29. Mortsiefer A, Altiner A, Ernst A, Kadusziewicz H, Krahe A, Mellert C, et al. Satisfaction with general practice care in German patients with multimorbidity: a cross-sectional study. Fam Pract. 2017;34(4):452-8.
30. Paddison CA, Abel GA, Roland MO, Elliott MN, Lyratzopoulos G, Campbell JL. Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. Health Expect. 2015;18(5):1081-92.
31. Paddison CAM, Abel GA, Burt J, Campbell JL, Elliott MN, Lattimer V, et al. What happens to patient experience when you want to see a doctor and you get to speak to a nurse? Observational study using data from the English General Practice Patient Survey. BMJ Open. 2018;8(2):e018690.
32. Partanen R, Ranmuthugala G, Kondalsamy-Chennakesavan S, van Driel M. Is three a crowd? Impact of the presence of a medical student in the general practice consultation. Med Educ. 2016;50(2):225-35.
33. Poot AJ, Caljouw MA, Waard CS, Wind AW, Gussekloo J. Satisfaction in Older Persons and General Practitioners during the Implementation of Integrated Care. PLoS One. 2016;11(10):e0164536.
34. van den Hombergh P, van Doorn-Klomberg A, Campbell S, Wensing M, Braspenning J. Patient experiences with family medicine: a longitudinal study after the Dutch health care reforms in 2006. BMC Fam Pract. 2016;17(1):118.
35. Fang J, Liu L, Fang P. What is the most important factor affecting patient satisfaction - a study based on gamma coefficient. Patient Prefer Adherence. 2019;13:515-25.
36. Sebo P, Herrmann FR, Haller DM. Is patient satisfaction with organizational aspects of their general practitioner's practice associated with patient and doctor gender? An observational study. BMC Fam Pract. 2016;17(1):120.
37. Weinhold I, Gurtner S. Rural - urban differences in determinants of patient satisfaction with primary care. Soc Sci Med. 2018;212:76-85.
38. Nuno J, Fernandes S, Silva TR, Guimarães AC, Pereira BM, Laureano-Alves S, et al. What attributes do patients prefer in a family physician? A cross-sectional study in a northern region of Portugal. BMJ open [Internet]. 2021 2021/01//; 11(1):[e035130 p.].

10. Bijlagen

1. Goedgekeurd protocol (p. 50 – 54)

2. Gunstig advies Ethisch Comité Antwerpen (p. 55 – 57)

3. Informatieformulier en informed consent patiënt (separaat)

4. Semi-gestructureerd interview patiënt (separaat)

5. Informatieformulier en informed consent arts (separaat)

6. Semi-gestructureerd interview arts (separaat)

Onderzoeksprotocol

‘Daarom ben jij een goede huisarts’: visie van de patiënt en de huisarts

Versie 4 5 januari 2021

Inleiding en doelstelling

In de eerste lijn is de arts-patiënt relatie één van de belangrijkste factoren voor een goede outcome. De patiënt die alles aan de arts durft te vertellen en zich goed voelt bij een arts is een eerste stap richting een juiste diagnose en een correct beleid, waarbij zowel arts als patiënt zich goed voelen. Wat zijn nu juist alle factoren waarop patiënten zich focussen bij het kiezen van hun huisarts? Wat denken patiënten enerzijds? Wat denkt de huisarts anderzijds? Zit hier een discongruentie op? Want indien dit zo is, heeft dit gevolgen voor management van de praktijk en ook voor die arts-patiëntrelatie. Het is dus een meerwaarde voor zowel arts als patiënt om hier een beter zicht op te hebben.

Welke factoren maken nu voor de patiënt dat hun huisarts een goede arts is? Welke factoren spelen er voor hen mee om graag tot bij hun huisarts te komen? Deze vraag gaat redelijk breed, dus dit kan zowel gaan over communicatie als beleid: moet een arts direct en “to the point” zijn of veel info geven? Moet hij veel ruimte laten om samen tot een beleid te komen of duidelijk zijn en zelf zeggen wat de patiënt moet doen? Zo zijn er nog vele vragen te beantwoorden. Speelt bereikbaarheid mee: verwacht een patiënt dat de huisarts ook elke avond en in het weekend bereikbaar is, wil de patiënt ook ’s morgens al vroeg terechtkunnen, zijn vrije raadplegingen nodig, moet een arts altijd op huisbezoek komen als de patiënt dit vraagt? Is het voor de patiënt van belang dat de arts stipt is of wacht hij liever wat langer als hij weet dat de arts dan ook voor hem zeker zijn tijd neemt? Is een gezellige wachtkamer belangrijk of is een steriele omgeving beter (zeker in tijden van corona)? Dit alles speelt mee in de gedachten van de patiënt en straalt door in de arts-patiëntrelatie en zo dus ook op de outcome van een consult.

Enkele van deze vragen kunnen al worden opgelost door internationale literatuur te raadplegen. *Kenny et al.* identificeerde vijf grote dimensies en onderzocht in welke mate patiënten deze belangrijk vonden. Volgens zijn resultaten was de kwaliteit van de zorg de belangrijkste factor, gevolgd door de kost. Hierna stonden de praktijkeigenschappen en beschikbaarheid, om af te sluiten met de soort zorg die geboden wordt. Voornamelijk het aspect ‘kwaliteit van de zorg’ komt in vele studies naar boven, voornamelijk op vlak van communicatie. (1) *Turabian* ging dieper in op verschillende aspecten van communicatie, meer specifiek met oudere patiënten. Ook hij stelt dat een goede arts-patiënt relatie, met aangepaste communicatie van belang is voor een goede ziekte-evolutie. (2) Met ‘dokter Google’ staan we tegenwoordig ook voor nieuwe uitdagingen, hoe gaan we hiermee om en waarom spelen mensen hun eigen dokter? Een studie van *De Rosis et al.* toont aan dat shared decision-making hierbij een belangrijke rol speelt. (3)

Deze studies tonen alvast aan dat er veel belang gehecht wordt aan de arts-patiëntrelatie en communicatie. Ook andere factoren spelen mee, zoals aangetoond door *Kenny et al*.

In masterproeven van de voorbije jaren zijn enkele studies uitgevoerd die gelijkaardig waren aan deze studie. Zo werd er nagegaan hoe de patiënt een huisarts kiest (4), wat zijn visie is op het huisbezoek (5), de visie van de chronische patiënt werd onderzocht (6), of patiënten liever afspraken of vrije consultatie hebben (7) en er was een onderzoek naar de patiënttevredenheid in de huisartsenpraktijk (8). De meerderheid hiervan heeft gewerkt met vragenlijsten. Voor dit onderzoek kan dus vertrokken worden van wat men gevonden heeft om hier dan dieper op in te gaan door middel van semi-gestructureerde interviews. Hiernaast is dit onderwerp breder, het omslaat alle aspecten van de huisarts en de praktijk. Verder zal er vergeleken worden met de visie van de arts, iets wat nog niet eerder is onderzocht.

Er is tot op heden nog niet veel onderzoek gedaan naar de mening van de patiënt over de huisarts en het gevolg hiervan op de arts-patiëntrelatie. Ook de visie van de huisarts zelf is nog niet veel onderzocht. Dit is dus nog relatief onontgonnen terrein.
Dit betekent dat deze masterproef voor een deel kan bijdragen aan de gezondheidszorg door in het hoofd van de patiënt te kijken. Bij discrepanties tussen de visie van arts en patiënt zou dit onderzoek kunnen leiden tot een verandering in de aanpak van communicatie of management van de huisarts. Dit kan alleen maar een goede invloed hebben op de arts-patiëntrelatie.
Dit alles leidt tot de volgende onderzoeksvraag: Wat is een 'goede huisarts' vanuit patiëntenperspectief? Wat denkt de huisarts zelf dat de patiënt verwacht als goede huisarts?

Methodologie

Studieopzet

Descriptief kwalitatief onderzoek bij meerderjarige, wilsbekwame patiënten en huisartsen op basis van een semi-gestructureerd interview.
Het gaat om een kwalitatieve studie waarbij naar de mening en ervaringen van patiënten wordt gevraagd.

Onderzoekspopulatie
Aan verschillende volwassen, wilsbekwame patiënten in de opleidingspraktijken zal door de onderzoeker en het secretariaat gevraagd worden of ze willen deelnemen aan het onderzoek. Ze worden mondeling op de hoogte gebracht van het studieopzet en zullen ook een schriftelijke informed consent krijgen en tekenen indien ze interesse hebben om mee te doen.

De huidige opleidingspraktijk (solo-arts + HAIO) bevindt zich in het Limburgse Koersel. De tweede praktijk (duo-praktijk + HAIO) bevindt zich in de Antwerpse Kempen, in Kasterlee.

Er zal getracht worden om een zo gevarieerd mogelijke patiëntenpopulatie te laten deelnemen aan het onderzoek: De volgende demografische gegevens worden in beschouwing genomen: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, afkomst en frequentie van het huisartsbezoek.

Inclusiecriteria zijn: volwassenen (>= 18 jaar), wilsbekwaam, consulteren in de opleidingspraktijk.
In het tweede deel van de studie zullen ook huisartsen worden geïnterviewd. Ook hier zal erop gelet worden dat er voldoende variatie is, zowel op basis van leeftijd als van geslacht en type praktijk. Om aan een verscheidenheid van artsen te komen, zal gevraagd worden aan de PO's (praktijkopleiders) en promotor of zij artsen kennen die mogelijk geïnteresseerd zijn om deel te nemen. Daarna zal door de onderzoeker persoonlijk contact met hen worden opgenomen.

Er wordt getracht 10-20 patiënten en 5-10 huisartsen te interviewen.

Datacollectie

De data zullen verzameld worden door middel van semi-gestructureerde interviews. Het voordeel hiervan is dat patiënten uitgebreid kunnen vertellen over hun ervaringen, waardoor we een meer genuanceerd beeld krijgen.

De onderzoeker heeft een topiclijst voorbereid met items die zeker aan bod moeten komen.
Voor het opstellen van het script werd gebaseerd op de bestaande vragenlijst EUROPEP. De interviews met de geïnteresseerde patiënten worden afgenomen bij de patiënt thuis of in de praktijk na de werkuren. Hiervoor wordt per patiënt ongeveer een uur tijd uitgetrokken.

Duur van de studie

Om voldoende variatie te bekomen, zal de studie lopen tijdens de 2 periodes van de huisartsenstages, dus in 2 opleidingspraktijken. Hiertussen zit een periode van 6 maanden in het ziekenhuis, waar geen inclusie zal gebeuren. Het einde van de interviews is voorzien ten laatste in december 2021.

Data-analyse

De data wordt geanalyseerd door middel van een thematische analyse. De interviews worden verbatim uitgetypt. In een eerste stap worden de transcripten gelezen en worden er memo's aan toegevoegd (familiarisatie van de data). In een tweede stap worden de teksten gecodeerd (open codes). Deze worden nadien door een proces van interpretatie geherorganiseerd tot hogere codes (axiale codes). In een laatste fase worden ze ondergebracht onder thema's.

Rapportage

Er zullen enkele sociodemografische gegevens worden medegedeeld per patiënt, namelijk leeftijd, geslacht, opleiding, afkomst.

Verder zal een kwalitatieve analyse van de gesprekken worden gedaan, waarin zal gekeken worden in hoeverre de antwoorden van de patiënten overeenkomen en wat voor de patiënt belangrijke factoren bij een huisarts zijn. Ook zullen er quotes worden vermeld, die een verduidelijking geven van deze analyse.

Eenzelfde analyse zal gebeuren met de interviews van de huisartsen.

Hierna wordt gekeken of de visie van de patiënt overeenkomt met deze van de huisarts.

Ethische aspecten

Er wordt gebruikt gemaakt van een informatieformulier en informed consent. In dit document kan de deelnemer alle informatie terugvinden over het onderzoek. Indien de patiënt beslist deel te nemen aan het interview, wordt gevraagd deze informed consent te ondertekenen.

Er wordt verwacht dat de deelnemers aan dit onderzoek nog voor- nog nadelen zullen ondervinden. Deelname aan de studie gebeurt op vrijwillige basis en het niet deelnemen zal geen invloed hebben op de arts-patiëntrelatie.

Kosten

Dit onderzoek zal zonder kosten verlopen. Verplaatsingsonkosten worden niet vergoed.

Adverse events

Er worden geen bijwerkingen verwacht, aangezien enkel gevraagd wordt om deel te nemen aan een interview.

Registratie en beveiliging van gegevens

De verzamelde gegevens zullen alleen door de onderzoeker worden beluisterd en uitgeschreven. Uitspraken van patiënten en huisartsen zullen gepseudominiseerd worden weergegeven in de studie.

De informed consents en oorspronkelijke data worden op het einde van de masterproef verwijderd uit de computer van de HAIO en overgedragen aan de promotor die ze op de server van de universiteit Antwerpen gedurende 20 jaar bewaart.

SWOT-analyse

Sterktes

Met deze studie zal voor het eerst een diepte-interview gebeuren. Zo kunnen we nog meer te weten komen over de mening van patiënten en dieper ingaan op wat al werd gevonden in studies gebaseerd op vragenlijsten.

Hiernaast wordt er ook vergeleken met wat de huisarts denkt. Zo is het mogelijk discrepanties te ontdekken tussen de visie van de patiënt en de huisarts.

Zwaktes

Er zullen voldoende patiënten en huisartsen gevonden moeten worden om te interviewen. Dit zou moeilijk kunnen worden omwille van bijvoorbeeld tijdsgebrek.

Opportuniteiten

Het wordt steeds belangrijker in de gezondheidszorg om tegemoet te komen aan de noden van de patiënt. Dankzij deze studie zal de kennis omtrent deze noden weer iets groeien.

Bedreigingen

Deze studie is onderhevig aan de vrijwillige medewerking van patiënten en huisartsen. Het gevaar bestaat dat alleen mensen zullen willen meedoen met een zeer uitgesproken mening, die niet correleerbaar is naar de hele populatie. Daarom zal worden getracht een zo gevarieerd mogelijke studiepopulatie te bekomen.

Referenties

1. Kenny P, De Abreu Lourenco R, Wong CY, Haas M, Goodall S. Community preferences in general practice: important factors for choosing a general practitioner. Health Expect. 2016;19(1):26-38.
2. JL T. Differential Characteristics in Communication and Relationship of the General Practitioner with the Elderly Patient. Journal of Family Medicine Forecast. 2019;2.
3. De Rosis S, Barsanti S. Patient satisfaction, e-health and the evolution of the patient-general practitioner relationship: Evidence from an Italian survey. Health Policy. 2016;120(11):1279-92.
4. VanOudenhove A-S. De patiënt als consument. Hoe kiest men een huisarts? 2017.
5. Depuydt B. Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen. 2017.
6. Dochy E. De visie van de chronische patiënt op de rol van de huisarts. 2018.
7. DeCeukeleire L. Vrije consultatie of op afspraak: wat vinden de patiënten?
8. Vanhaecke C. Praktijk ondersteunend project: onderzoek naar de patiëntentevredenheid in de individuele huisartsenpraktijk.

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

COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. L. Peremans

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Peter Michielsen

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

'Daarom bij jij een goede huisarts': visie van de patiënt en de huisarts (ManaMa HA geneeskunde Leen Weyenberg)

Belgisch Registratienummer: B3002020000281

datum	ons kenmerk	contact
18/01/2021	20/49/655	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 18/01/2021 .

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

- Bewijs van "no-fault" verzekering dd. 12/11/2019
  Amlin insurance SE, polisnr.199.535.692, exp date 31/12/2020
- CV onderzoeker
  Prof. Peremans, dr. Weyenberg
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 5/01/2021
  ICF patiënt, versie 4
  ICF arts, versie 4
- Protocol aangepaste versie dd. 5/01/2021
  Versie 4
- Diverse aangepaste versie dd. 5/01/2021
  Topiclijst voor het interview:
  Patient, versie 4
  Arts, versie 4

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Graag de term 'PO' nog verklaren in het ICF.

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

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 20/49/655

datum	ons kenmerk	contact
18/01/2021	20/49/655	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Michielsen
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. L. Weyenberg, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

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

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 20/49/655

datum	ons kenmerk	contact
18/01/2021	20/49/655	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 1/11/2020.
Deze studie werd besproken op vergadering van 18/01/2021.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
MICHIELSEN Peter	Voorzitter/Gastro-enteroloog	M	+
Ondervoorzitter			
CRAS Patrick	Ondervoorzitter/Neuroloog	M	+
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	F	+
Leden EC UZA			
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	F	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	F	+
FIERENS Lina	Verpleegkundige	F	-
HENS Kristien	Ethicus	F	-
KWAKKEL-VAN ERP Hanneke	Pneumoloog	F	+
MICHIELS Barbara	Huisarts	F	+
PAELINCK Bernard	Cardiochirurg	M	-
SCHOETERS Veerle	Verpleegkundige	F	+
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	F	-
VAN DEN BRANDE Jan	Oncoloog	M	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN DYCK Pieter	Radioloog	M	-
VAN PRAAG Dominique	Psychologe	F	-
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
WYERS Griet	Apotheker	F	-
Toegevoegde leden UA			
BORTIER Hilde	Arts, emerita hoogleraar UA	F	-
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	F	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	F	-
Uitgenodigde Experten			
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	F	-
MOONS Pieter	Coördinator bio- en weefselbank	M	-
POSSEL Michael	Gezonde vrijwilliger	M	-
VAN DE WILDEBERGH Daphné	Jurist	F	+
VAN HONSTE Guy	Patiëntenvertegenwoordiger	M	+
VANDERMOTTEN Yves	Gezonde vrijwilliger	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.
The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and
their own written operating procedures.