Vrije keuze van huisarts in de Belgische WZC: Een exploratief onderzoek naar de mening van de patiënt.

Bavo De Clerck, UGent

Promotor: Dr. Diego Schrans, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 2023

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.

Voorwoord

In het kader van de master-na-masteropleiding in de huisartsgeneeskunde kwam dit proefwerk tot stand. Met het schrijven van een thesis dient de kandidaat huisarts aan te tonen dat hij/zij over de wetenschappelijke vaardigheden beschikt om gedurende zijn carrière op een kritische manier wetenschappelijke evidentie te benaderen. Het is het sluitpunt van een 9-jarige opleiding tot huisarts.

Men gaf de mogelijkheid zelf een onderwerp aan te brengen. Oorspronkelijk ging de interesse uit naar een evaluatie van het takenpakket van de Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) in Woonzorgcentra (WZC). In de loop van het eerste schrijfjaar werd er een zeer uitvoerige studie gepubliceerd door Kool et al. (1) die deze materie kundig onder de loep nam. Nadien volgden nog andere adviezen, wat de relevantie van dit onderwerp duidelijk maakte. Een bijsturing van het initiële onderwerp drong zich op gezien dit onderwerp sterk in beweging was en nog steeds is. Er werd besloten om de aanbeveling van de hiervoor vernoemde studie op te volgen, en dus te exploreren wat de mening is van toekomstige bewoners van WZC over hun recht op vrije keuze van huisarts. Alle recent geproduceerde aanbevelingen zijn namelijk op dit belangrijk principe gebaseerd.

Ik zou in dit voorwoord graag mijn promotor Dr. Diego Schrans danken voor zijn deskundige begeleiding tijdens het schrijfproces van deze thesis. Hij wees me de weg wanneer ik het bos door de bomen niet zag en stuurde bij wanneer nodig.

Graag bedank ik alle respondenten voor de bereidwilligheid om deel te nemen aan deze thesis. Het spreekt voor zich dat zonder hun bijdrage deze thesis geen waarde had. Het is mooi te zien hoeveel belang zij hechten aan een goede band met hun huisarts. Als toekomstig huisarts geeft dit een groot verantwoordelijkheidsgevoel maar ook een oprechte dankbaarheid dat ik deze mooie job mag uitoefenen.

Het schrijven van een thesis in combinatie met het werk als HAIO is een grote oefening in zelfdiscipline en planning. Er dient na de werkuren tijd vrij gemaakt te worden om dit werk kwalitatief vorm te geven. Op de stageplek kon er over de scriptie gereflecteerd worden met de opleiders en collega's. Ik wil dan ook ten stelligste mijn dankbaarheid uitdrukken naar de collega's met wie ik mijn opleiding heb doorlopen. Huisartsen Citadel, de dienst orthopedie en de dienst algemene interne ziekten van AZ Sint-Vincentius Deinze, en het Medisch Centrum Voskenslaan. Zij stonden steeds klaar om met een frisse blik naar deze thesis te kijken, en mij te motiveren op moeilijke momenten.

Het weest werk gebeurde weliswaar in de thuissetting. Woorden schieten tekort hoe ik mijn vriendin, Ariane Danneels, wil bedanken om steeds het lichtpunt te bieden tijdens dit proces. Zoals steeds was zij het die mij het vertrouwen gaf om dit tot een goed einde te brengen. Daarnaast wil ik mijn warm gezin en vrienden bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun tijdens de moeilijke periode waarin deze thesis werd geschreven.

De grootste dank gaat uit naar mijn moeder die het finaliseren van deze thesis jammer genoeg niet heeft mogen meemaken. Haar draag ik de rest van mijn carrière mee in mij als arts, als zoon.

Inhoudstabel

Voorwoord 4

Inhoudstabel 5

Abstract 6

Inleiding 7

Totstandkoming 7

De CRA: huidige situatie 8

Patiëntenrechten volgens de wet 10

Het beleid in Nederland 12

Vrijheid van keuze 13

Methodologie 14

Resultaten 16

Demografie 16

Arts-patiënten relatie 18

Patiëntenrechten 20

Vrije keuze van arts in WZC 21

Discussie 25

Demografie 25

Arts-patiënten relatie 25

Patiëntenrechten 26

Vrije keuze van arts in WZC 26

Sterktes 28

Zwaktes 28

Aanbevelingen 28

Conclusie 30

Referenties 31

Bijlagen 33

Bijlage 1: Advies Ethisch Comité 33

Bijlage 2. Informed consent 35

Bijlage 3: Begeleidende vragen semigestructureerd interview 37

Abstract

Inleiding: Tijdens de covidpandemie kwam er een grote druk te liggen op de Belgische gezondheidszorg en meer specifiek op de woon- en zorgcentra (WZC). Het werd duidelijk dat het huidige systeem, met een veelheid aan behandelende artsen in de WZC, niet garant staat voor een efficiënte manier van werken. Een oplossing voor deze problematiek zou kunnen gevonden worden in het inschakelen van de coördinerend en raadgevend arts (CRA) van WZC als behandelend arts. Momenteel is de taak van de CRA voornamelijk coördinerend en bestuurlijk. In Nederland bestaat er wel een systeem met vaste verpleeghuisartsen die de bewoners behandelen. Men gaat er in België echter steeds van uit dat de vrije keuze van een arts voor bewoners primeert. Deze vrijheid van keuze is dan ook verankerd in de Belgische patiëntenrechten. De vraag stelt zich hoe toekomstige bewoners van WZC tegenover deze keuzevrijheid staan. Is dit recht vandaag nog steeds een belangrijke basiswaarde voor hen? Hoe verhoudt dit recht zich ten opzichte van (een vaste equipe van) arts(en) verbonden aan het WZC?

Methodiek: Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd met behulp van PubMed, Google Scholar en Web Of Science, om de bestaande evidentie over het belang van keuzevrijheid van zorgverleners bij bejaarden en het huidig wettelijk kader van de CRA in kaart te brengen. Op basis van deze resultaten werd een vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst vormde de leidraad voor de semigestructureerde interviews die werden afgenomen bij 7 85-plussers. De interviews werden woordelijk getranscribeerd en nadien kwalitatief geanalyseerd met behulp van NVIVO Release 1.7.

Resultaten: Uit de interviews blijkt dat de respondenten tevreden zijn over de zorg die ze thuis krijgen. De respondenten hebben een lange vertrouwensrelatie opgebouwd met hun huisarts en zijn loyaal aan hun arts. Hoewel ze weinig kennis en bewustzijn hebben over hun patiëntenrechten, vinden de respondenten de vrijheid van keuze van arts zeer belangrijk omdat ze hun huisarts als vertrouwenspersoon zien. Liefst worden ze in het WZC door hun huidige arts opgevolgd. De deelnemers erkennen dat de keuzevrijheid niet absoluut is, bijvoorbeeld wanneer de huidige arts niet meer kan langskomen. In dit geval zijn de respondenten wel bereid om een nieuwe arts te zoeken; één respondent zou zijn keuze voor een WZC er van af laten hangen.

Discussie: Een verhuis naar een WZC wordt gepercipieerd als een verlieservaring, en het veranderen van huisarts kan dit gevoel in de hand werken. Hoewel de respondenten weinig kennis hebben over patiëntenrechten, vinden ze het recht op vrijheid van keuze van hun arts wel zeer belangrijk. Dit recht blijft dan ook nog steeds een van de belangrijkste principes in het Belgische gezondheidssysteem. De respondenten vinden deze vrijheid van keuze belangrijk omdat men de huisarts moet kunnen vertrouwen en er zich comfortabel bij wil voelen. De literatuur maakt duidelijk dat deze vrijheid de autonomie, de tevredenheid en de levenskwaliteit van ouderen aanzienlijk kan verbeteren. De voordelen van (een vaste equipe van) arts(en) in het WZC zouden een snellere en laagdrempeligere zorg zijn. Als tegenargumenten worden het gebrek aan kennis over de context van de patiënt en het verlies van de vaste arts genoemd.

Conclusie: De onderzoeksrespondenten zijn zeer loyaal aan hun arts en hebben vaak een lange vertrouwensrelatie opgebouwd. Het moeten veranderen van arts wanneer ze naar een WZC zouden verhuizen, betekent een verliessituatie voor hen. Het recht op een vrije keuze van arts is dus nog steeds heel relevant voor hen. De respondenten erkennen wel dat de keuzevrijheid niet absoluut is, bijvoorbeeld wanneer hun huidige arts niet meer in staat is langs te komen.

Inleiding

Totstandkoming

Tijdens het schrijven van deze thesis bevindt de wereld zich volop in de COVID-19 pandemie. Door het overdonderend karakter van deze pandemie kwam men terecht in een crisissituatie. De tekortkomingen van het Belgische gezondheidszorgsysteem werden op een pijnlijke manier blootgelegd, zowel in de eerste lijn als in de ziekenhuizen.

De bewoners van de woonzorgcentra (WZC)[1] waren bij de zwaarst getroffenen. Sinds het begin van de registratie in maart 2020 waren 50,8% van het totaal aantal COVID-19 sterfgevallen in België (25 374 sterfgevallen) bewoners van WZC (12889 sterfgevallen) (2). De COVID-19 pandemie legde de structurele limieten en problemen in de organisatie van de ouderenzorg pijnlijk bloot. De behoefte aan voldoende en correct betaald zorgpersoneel met de juiste competenties om te kunnen beantwoorden aan de complexe zorgnoden van kwetsbare ouderen werd duidelijk (3, 4). Er kwamen ook verschillende organisatorische pijnpunten aan het licht.

In hun relaas over het beleid tijdens de COVID-19 pandemie in hun WZC deden Van Heden et al. (5) hun aanpak en bedenkingen uit de doeken. Zo schreven ze het volgende:

> *"Bij de start van de epidemie kwamen verschillende behandelende huisartsen nog langs, maar gaandeweg werd dit onhoudbaar: sommige huisartsen wensten niet te komen, andere waren zelf ziek en nog anderen waren aan het werk in de triagecentra of andere corona gerelateerde posten. Bovendien was er nood aan een consequente beleidslijn rond testing/isolatie en ook een eenduidig medisch beleid. Daarom opteerden we voor een klein artsenteam dat alle medische zorg opnam tijdens de periode van de uitbraak tot aan de opheffing van de cohorteafdeling. De behandelende huisartsen van de bewoners werden wel vanop afstand geconsulteerd over zorgplanning en vooral bevraagd rond zinvolheid en wenselijkheid van eventuele hospitalisaties. Dit systeem liep meestal goed maar botste toch soms op limieten. De voornaamste limiet was tijdsgebrek om uitgebreid te overleggen over elke bewoner vooral in de beginfase van de uitbraak. Een andere limiet was dat er doorgewerkt werd in weekends en tijdens de talrijke feestdagen in de periode april en mei en niet alle collega's dan bereikbaar waren."*

Deze getuigenis toont aan dat de oude organisatie van het medisch beleid in de WZC niet voorzien was op een gezondheidscrisis van deze orde. De bovengenoemde reorganisatie van het medisch beleid in dit WZC toont dat er andere organisatievormen kunnen bestaan die mogelijks efficiënter zouden zijn. In dit geval was er een vast artsenteam dat de medische zorgen van de bewoners op zich nam.

Zorgnet ICURO (het Vlaams netwerk van zorgorganisaties) schreef in maart 2022 een visietekst omtrent de functie van de Coördinerenede en Raadgevende Arts (CRA) (6). Ze vermelden dat in een gemiddeld WZC met 120 woongelegenheden makkelijk een veertigtal huisartsen binnen en buiten lopen om hun bewoners op te volgen. Ze maken de bedenking dat dit een geüniformeerde zorg zeer moeilijk maakt. In hun nota pleiten ze er voor om verschillende beleids- en zorgmodellen toe te laten in WZC zodat de instellingen zelf kunnen kiezen hoe ze werken. Ook Kool et al. (1) vinden dat er steeds

[1] In deze thesis zal gebruik gemaakt worden van de term woonzorgcentra (WZC). Wettelijk is er een onderscheid tussen de rustoorden voor bejaarden (ROB) en de rust- en verzorgingstehuizen (RVT), die verschillende omkaderingsnormen hebben. De meeste WZC's hebben een gemengd statuut, met bedden in beide statuten.

naar de lokale en instellingscontext moet gekeken worden om tot een ideale zorgorganisatie te komen. Nu al ziet men dat in sommige WZC een kleine groep van toegewezen huisartsen alle bewoners in het woonzorgcentrum opvolgen.

De CRA: huidige situatie

In de huidige situatie in Vlaanderen heeft iedere resident van een WZC een behandelrelatie met de eigen huisarts die het regelement van inwendige orde ondertekent. Deze arts behandelt de patiënt naar eigen inzichten en mogelijkheden. In het weekend is het de regionale wachtdienst die deze zorg over neemt. Gemiddeld heeft de huisarts een 15 jaar durende relatie met de resident op het moment dat die wordt opgenomen in het WZC (1). Door deze relatie heeft de arts veel kennis van de voorgeschiedenis en de context van de bewoner.

Een belangrijke actor binnen het medische beleid van WZC is de Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA). Deze CRA heeft een verbindende functie tussen de instelling enerzijds (directie en verpleging) en de groep van behandelende huisartsen anderzijds (1). Het statuut van de CRA ontstond naar aanleiding van het Koninklijk Besluit (KB) 24/06/1999 en werd laatst aangepast in het KB van 9 maart 2014. Dit KB stelt dat elk bestuursorgaan van een rust- en verzorgingstehuis (RVT) een CRA dient aan te stellen, die huisarts is, en die ten laatste 4 jaar na de aanstelling een attest kan voorleggen van de specifieke opleiding. Zijn/haar taak bestaat uit zorg-gerelateerde taken zoals het organiseren van medische overlegmomenten, infectiepreventie, medische protocollen uitwerken, een farmaceutisch formularium opstellen, opmaken en bijhouden van de bewonersdossiers, continuïteit van medische zorg organiseren maar ook het organiseren van bijscholingen en vormingen voor het personeel en behandelende artsen (7,8). Dit takenpakket vervult hij veelal naast zijn werk als huisarts. In essentie is de CRA dus geen behandelde arts van de bewoners in WZC. Sinds het bestaan van deze functie is er steeds een discussie blijven bestaan. Sommigen vonden de functie overbodig terwijl andere instellingen erg tevreden waren. (1)

Met het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2021 wordt de uitbreiding van de functie en de financiering van de CRA naar alle bewoners in het WZC structureel verankerd in de regelgeving. Tijdens de COVID-19 pandemie werd beslist dat de vergoeding van de CRA diende uitgebreid te worden naar alle bewoners, in tegenstelling tot vroeger waar hij/zij enkel vergoed werd voor het aantal RVT[2]-bedden. Deze regeling is nu dus definitief gemaakt waarbij de CRA als volgt gesubsidieerd wordt: 0,63 euro x aantal bedden x aantal dagen. In de omzendbrief van het agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse overheid van 10/05/2021 (8) benadrukt men nog eens dat er verwacht wordt dat de prestaties van de CRA gemiddeld 2u20 min per week per 30 bewoners dient te bedragen. In de praktijk is hier natuurlijk weinig controle op. Zorgnet ICURO (6) maakt hierover de bedenking dat de CRA niet evenwichtig wordt gefinancierd in relatie tot de wettelijk verwachte inspanning aan werkuren. Voor een WZC met 120 bedden zou een huisarts 47 euro per uur verdienen, wat lager ligt dan bijvoorbeeld het werk in vaccinatiecentra, zijnde 81 euro per uur.

[2] Tot voor 1 juli 2021 werd er een verschil gemaakt in WZC tussen bedden voorzien voor zwaar zorgbehoevende ouderen (RVT-bedden) en 'gewone' bedden als Rustoord voor Bejaarden (ROB-bedden). De subsidies hingen dus af van de verdeling van deze bedden. Dit onderscheid wordt nu verlaten gezien ouderen in realiteit pas naar een woonzorgcentrum als er al een grote zorgbehoefte is.

Kool et al. (1) namen het huidige systeem onder de loep en formuleerden enkele voor- en nadelen over het huidige systeem en takenpakket van de CRA. Een mogelijk voordeel voor de patiënt is dat die zijn vertrouwde huisarts kan behouden. Deze kent de voorgeschiedenis, de context en de coping stijlen van de resident goed. De vaste huisarts is vaak goed op de hoogte van de doelen en waarden van de resident, dit komt de continuïteit ten goede. Tot slot maakt de specifieke opleiding van de CRA dat deze beter kan inspringen op complexe zorgbehoeften van ouderen.

Een mogelijk nadeel van het huidige systeem is de inefficiëntie. Dit valt wetenschappelijk moeilijk te objectiveren maar valt wel te vermoeden. Zo volgt 1 huisarts gemiddeld 3 residenten op, telkens via huisbezoek. Dit zorgt voor een tijdverlies door de vele verplaatsingen. Daarnaast is het moeilijk om op deze manier aan populatiemanagement te doen (1). Deze kwestie haalde het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek in hun advies nr. 78 van 9 juni 2021 (9) ook aan:

> *'Meerdere getuigen stellen zich vragen bij de rol van en het grote aantal huisartsen binnen eenzelfde instelling (gemiddeld 1 huisarts per drie bewoners). Hierbij stelt zich de vraag hoe het recht op de vrije keuze van huisarts verzoend kan worden met een doeltreffende institutionele organisatie die kwalitatieve zorg mogelijk maakt.'*

Het huidige systeem leidt vaak tot een gebrekkige samenwerking tussen de vele verschillende actoren (die elkaar niet kennen). Vaak is er sprake van fragmentatie van het medische dossier in het WZC en bij de huisarts. Vandaag de dag heeft de CRA geen enkele bevoegdheid op individuele zorg en het preventiebeleid van bewoners, noch voor het aansturen van de multidisciplinaire equipe. Hij kan het beleid wel proberen stroomlijnen maar heeft weinig concrete en werkende incentives en middelen om het beoogde beleid door te voeren. Een ander hiaat in het huidige systeem is de mogelijkheid dat huisartsen vaker langskomen dan noodzakelijk. Dit kan verklaard worden door perverse prikkels in het prestatiesysteem. Een gehoorde frustratie van de CRA's is dat 'in de praktijk het dossier vol bloeddrukmetingen staat, maar niets vernoemd wordt over het breder welzijn, de noden en de behoeften'. Er zijn vandaag de dag dan ook weinig incentives die het overleg tussen huisarts en CRA aanmoedigen (1).

Onder het moto 'never waste a good crisis' lijkt het dan ook zinvol te toetsen of de inhoud van het takenpakket van de CRA nog steeds relevant is vandaag de dag. Kool et al. (1) hebben samen met het Crataegus Platform en Domus Medica een reflectieproces op gang gebracht waaruit een discussiedocument naar voren kwam dat het vertrekpunt kan zijn voor de noodzakelijke aanpassingen aan de functie, de werking, de omkadering en de financiering van de CRA.

In dit document geven de auteurs aan dat de kern van de discussie zich veelal herleidt tot de spanning tussen het recht van vrije keuze van arts en het uitgangspunt van kwaliteit van zorg in het WZC. Ze raden dan ook aan verder te onderzoeken in hoeverre de patiëntenrechten en meer specifiek het recht van vrije artsenkeuze vandaag de dag nog steeds een kernwaarde is voor toekomstige bewoners. Hoe wegen zij dit recht af tegenover de garantie van kwalitatieve zorg? Zou het een optie kunnen zijn voor toekomstige bewoners dat een CRA ook een behandelend arts zou zijn?

Patiëntenrechten volgens de wet

Op 22 augustus 2002 werd de wet betreffende de rechten van de patiënt (patiëntenrechtenwet) afgekondigd die op 26 september 2002 in het Belgisch Staatsblad werd gepubliceerd (10). Het was de eerste keer in België dat de belangrijkste rechten van de patiënt in 1 wet werden geëxpliciteerd. De rechtspositie van de patiënt werd aanzienlijk versterkt met een duidelijke verankering van de patiëntenautonomie in de praktijkvoering van de gezondheidszorg tot gevolg. De patiëntenrechten zijn op te delen in 7 pijlers.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening
2. Recht op vrije keuze van zorgverlener
3. Recht op informatie over de gezondheidstoestand
4. Recht op geïnformeerde toestemming
5. Recht op een patiëntendossier
6. Recht op intimiteit en privéleven
7. Klachtrecht

Daarnaast bevat de wet ook enkele aanvullende regelingen zoals de regeling in verband met de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiging van de patiënt en de regeling over de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid.

Artikel 6 uit de wet betreffende de rechten van de patiënt stelt dat:

> *'De patiënt recht heeft op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht heeft op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen worden opgelegd krachtens de wet' (10).*

De wet bekrachtigt het principe van vrije keuze en dient beschouwd te worden als een specifieke toepassing van het recht op zelfbeschikking waarover iedere burger beschikt. Dit principe werd reeds lang beschermd in de medische deontologie, en maakt duidelijk dat boven het recht van vrije keuze van beroepsbeoefenaar, de patiënt ook het recht heeft om deze keuze te wijzigen (11).

De vrije keuze kan evenwel in sommige gevallen beperkt worden door de wet of door de omstandigheden die eigen zijn aan de organisatie van de gezondheidszorgen (bijv. bij gedwongen opname van een persoon met een geestesziekte, bij aanwezigheid van slechts één specialist in een ziekenhuis) (12). Over de afweging tot een efficiëntere werking wordt niets geschreven. In België is het zo dat de vrije artsenkeuze een fundament is van ons gezondheidssysteem. Een mogelijke efficiëntere werking weegt hier momenteel niet tegen op (dit is bijvoorbeeld wel het geval in Nederland met het poortwachtersysteem[3]) (13).

In het KB van 9 maart 2014 dat de regelgeving van WZC (14) bepaalt staat het volgende:

[3] In Nederland moeten patiënten een verwijzing van hun huisarts hebben voor ze een medisch specialist kunnen consulteren. Dat is de poortwachtersfunctie van huisartsen. De analogie met de poortwachter is maar een deel van het verhaal over de rol van huisartsen, want zij zijn tegelijk ook de gids die patiënten informeert en adviseert over de voor- en nadelen van nadere diagnostiek of behandeling en over de plaats en persoon die dat moet doen. Ondanks alle retoriek over het belang van keuzevrijheid van patiënten gaan zij bij hun keuze voor een specialist of ziekenhuis vaak af op het advies van hun huisarts (13).

'De vrije keuze van de bewoner van de behandelende arts en van het ziekenhuis wanneer dat nodig is, moet worden nageleefd en mag op geen enkele manier worden beïnvloed. Wanneer een bewoner geen huisarts heeft bij zijn opname of wanneer zijn huisarts verzaakt aan de voortzetting van de zorg aan zijn patiënt dient een geactualiseerde lijst met de beschikbare huisartsen aan de bewoner te worden overhandigd.'

Een gelijkaardige regelgeving is door de Vlaamse Gemeenschap opgenomen in artikel 65 van Bijlage 11 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 (15). Daar schrijft men bovendien het volgende:

"§5. De aanstelling van een coördinerende en raadgevende arts mag niet leiden tot een feitelijke beperking van de vrije keuze van de huisarts."

Gezien binnen ziekenhuizen deze vrije keuze van beroepsbeoefenaar niet absoluut is kan men zich afvragen of dit bij een WZC ook het geval kan zijn. De Nationale Raad van de orde van artsen onderzocht dit tijdens hun vergadering van 8 december 2012 (16). Zij is alsnog van mening dat indien de vrije keuze van de patiënt op de CRA valt, deze keuze zou moeten kunnen worden geëerbiedigd, precies om redenen van dit vrije keuzeprincipe. Dit betekent dat een CRA dus wel als behandeld arts zou moeten kunnen optreden, enkel indien de patiënt dit expliciet verkiest.

In een terugblik op het 20-jarig bestaan van de patiëntenrechtenwet stellen Goffin en Walraet (17) zich de vraag of deze wet nog wel geschikt is binnen de actuele benadering van de gezondheidszorg. Ondanks de vele evoluties binnen de wetenschap en technologie, het multidisciplinair karakter van de zorg en de sterke druk op privacy van patiënten is de patiëntenrechtenwet gedurende deze periode zelf niet significant gewijzigd. Tijdens het schrijven van dit proefwerk verscheen er een nieuwe geüpdatet versie van de patiëntenrechten door Tom Goffin (UGent) en Jacqueline Herremans (Balie van Brussel). Met dit nieuwe voorstel hoopt minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroecke eind 2023 naar het parlement te stappen. Het belang van vrije keuze van zorgverlener is in hun voorstel nog steeds één van de basispeilers (18).

Het beleid in Nederland

Het medisch beleid in WZC verschilt sterk van land tot land. Het kan nuttig zijn ons systeem te vergelijken met dat van andere landen. Men moet zich er echter goed bewust van zijn dat het gezondheidssysteem en haar betalingsmechanismen veel verschilt van land tot land. Een zeer diepgaande vergelijking zou buiten de scope van deze thesis vallen. Daarom beperken we ons echter rond het organisatorisch gegeven van het gezondheidsbeleid in WZC in Nederland.

Bij de discussie rond de functie van de CRA in België wordt er namelijk vaak verwezen naar de verpleeghuisartsen in Nederland. Er wordt hier onderscheid gemaakt tussen WZC/verzorgingshuizen (hier verblijven bewoners die door ziekte en ouderdom niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen), en verpleeghuizen/WLZ-instellingen[4]. In deze verpleeghuizen/WLZ-instellingen verblijven hoog complexe patiënten die gedurende 24 uur per dag zorg en toezicht nodig hebben. Dit zijn vaak ouderen met vergevorderde dementie of (jongere) mensen met een ernstige verstandelijke lichamelijke of zintuigelijke handicap (19). In deze WLZ-instellingen heeft men een 'verpleeghuisarts'. Dit is een arts die een specifieke, drie jarige, opleiding genoot tot specialist ouderengeneeskunde. Deze specialist ouderengeneeskunde behandelt en begeleidt dus de inwonende patiënten met een complexe zorgproblematiek.

De specialist ouderengeneeskunde neemt de regie over de zorg van de patiënten. Hij/zij verricht medisch onderzoek. Daarnaast biedt hij/zij passende medische behandeling, zowel bij langdurige verpleeghuisopname als binnen de kortdurende zorg zoals bij geriatrische revalidatie of eerstelijnsverblijf. Daarbij bepaalt de specialist ouderengeneeskunde ook welke aanvullende paramedische zorg (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie) nodig is en voert hij de regie over de multidisciplinaire behandeling. Bovendien schakelt hij zo nodig medisch specialisten in voor advies en ondersteuning bij de behandeling. De specialist ouderengeneeskunde heeft intensief contact met de familie van de patiënt. Hij/zij kijkt niet alleen naar het ziektebeeld, maar óók naar de gevolgen van de gezondheidsproblemen voor het dagelijks leven van de persoon en zijn omgeving. Bijdragen aan de kwaliteit van leven en de zelfredzaamheid en autonomie van de patiënt zijn de belangrijkste uitgangspunten in het werk van de specialist ouderengeneeskunde (1,19).

De specialist ouderengeneeskunde verschilt van een klinisch geriater. Klinisch geriaters hebben een meer neurologisch accent. Zij werken meestal in het ziekenhuis. Specialisten ouderengeneeskunde hebben een meer algemeen internistisch accent en werken met ouderen die revalideren, herstellen of chronische zorg nodig hebben. Zij werken vaak samen met de huisarts of in het verpleeghuis (20). In België worden beide specialismen erkend al geriater.

Kool et al. (1) bespreken de mogelijke voor- en nadelen van dit systeem. Zo is het positief dat de artsen een specifieke opleiding krijgen met kennis en kunde in de complexe ouderenzorg. Eenheid van commando komt de zorg ten goede. Overleg met directie en verpleging wordt makkelijker. Enkele nadelen zijn de minder persoonlijke band met de (nieuwe) bewoners. Er is minder kennis van het referentiekader van de (nieuwe) bewoners. De behandelrelatie tussen de patiënt en de oude huisarts stopt bij de opname. Dit vergroot de verlieservaring, die al groot is bij het verlaten van de oude woonst

[4] WLZ = De Wet langdurige zorg is bedoeld voor mensen die voortdurend (intensieve) zorg nodig hebben in de nabije omgeving, zoals chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige verstandelijke of lichamelijke beperking (21).

(22). Een implementatie van zo'n systeem in België lijkt zeer moeilijk gezien er heden nog geen opleiding op punt staat en er eveneens geen nomenclaturen bestaan.

Vrijheid van keuze

De vrijheid van keuze bij ouderen in WZC bevordert het gevoel van autonomie, de tevredenheid en de levenskwaliteit aanzienlijk (23, 24). In een levensperiode waarbij oudere vaak te kampen hebben met verlieservaringen en toenemende ziektelast moet deze keuzevrijheid zoveel mogelijk aangemoedigd worden. De tevredenheid van patiënten is namelijk gecorreleerd aan de graad waarin interventies hun keuzes, waarden en noden invullen (25). In veel culturen betekent het kunnen uitoefenen van vrije keuze een expressie van de identiteit. Een niet te minimaliseren waarde dus.

Deze vrijheid is echter ethisch gezien niet absoluut, bijvoorbeeld wanneer de keuze implicaties heeft voor anderen. Zo kan de keuzevrijheid van de ene persoon soms leiden tot het gebrek aan keuzevrijheid van de ander. Te veel inperken van keuzes leidt dan weer tot een harde paternalistische houding, wat eveneens dient vermeden te worden. Psychologisch kan een teveel aan keuzes ook leiden tot onnodige stress, dit onder het motto 'kiezen is verliezen' (24).

Het belang van vrijheid van keuze dient steeds afgewogen te worden tegen de efficiëntie en mogelijkheden binnen de organisatie van de zorg. Over het algemeen wordt aangenomen dat vrije keuze van zorgverstrekker leidt tot efficiëntie door het concurrentieprincipe. Dit liberale denken gaat er van uit dat een gebrek aan keuze intrinsiek inefficiënt is. Dit statement is echter weinig wetenschappelijk onderbouwd.

We zien bijvoorbeeld dat er een evolutie bestaat waarbij huisartsen meer en meer in groepspraktijken gaan werken. Dat zorgt ervoor dat de vertrouwensrelatie met de huisarts gaandeweg een andere invulling krijgt. De klassieke één-op-één relatie lijkt meer te vervagen. Er werd geen literatuur gevonden die aantoonde dat deze een nefast gevolg zou hebben op de zorg (6).

De vrijheid van keuze wordt vooral door de ouderen ervaren in hun dagdagelijkse taken zoals het eten, de dagelijkse hygiëne en hun activiteiten (25). Ook wensen ouderen inspraak in hun zorgplanning. Zo willen bewoners van WZC volgens een Finse studie een vertrouwde zorgverlener op uren die samen zijn afgesproken (23).

Tot nu toe slaagde men er niet in om wetenschappelijke literatuur omtrent de mening van ouderen over de keuzevrijheid van arts te vinden. Deze masterproef zal hierrond een explorerend onderzoek voeren aan de hand van semigestructureerde interviews. Men tracht een antwoord op volgende vragen: In hoeverre zijn de patiëntenrechten en meer specifiek het recht van vrije artsenkeuze vandaag de dag nog steeds een kernwaarde voor toekomstige bewoners? Hoe wegen zij dit recht af tegenover de garantie van kwalitatieve zorg? Zou het een optie kunnen zijn voor toekomstige bewoners dat een CRA ook een behandelend arts zou zijn?

Methodologie

In deze masterproef tracht men een idee te krijgen over hoe toekomstige bewoners van WZC tegenover de vrije keuze van hun huisarts staan. In hoeverre zijn de patiëntenrechten en meer specifiek het recht van vrije keuze van arts vandaag de dag nog steeds een kernwaarde voor toekomstige bewoners? Hoe wegen zij dit recht af tegenover de garantie van kwalitatieve zorg? Zou het een optie kunnen zijn voor toekomstige bewoners dat een CRA ook een behandelend arts zou zijn? Het doel van deze thesis is om dit op een kwalitatieve manier te exploreren.

Een uitvoerig literatuuronderzoek betreffende dit onderwerp werd uitgevoerd en in de inleiding uitgeschreven. Voor dit literatuuronderzoek werden relevante artikels gezocht met behulp van PubMed, Google Scholar en Web Of Science. Volgende MeSH-termen werden gebruikt: “Freedom of choice”, “healthcare provider”, “Elderly”, “Nursing homes”. Om het wettelijk kader betreffende de patiëntenrechten toe te lichten werd er gezocht naar desbetreffend Koninklijk Besluit uit 2002. Omdat dit onderzoek voortbouwt op het onderzoek van de Kool et al. (1), werd hun referentielijst eveneens gebruikt als bron van nuttige literatuur. Tot slot werd er advies ingewonnen bij de Expertisedomeinverantwoordelijke Chronische zorg van Domus Medica en de beleidsmedewerker van de Vlaamse ouderenraad. Zij verwezen naar hun visieteksten.

Aan de hand van het gevoerde literatuuronderzoek werd er een vragenlijst opgesteld voor de semigestructureerde interviews (zie bijlage 3). Het betroffen open vragen waar de respondenten zelf konden kiezen hoe diep men op bepaalde onderwerpen in ging. Soms werden er bijvragen gesteld om de mening van de respondent te verduidelijken.

Het protocol voor deze interviews werd voorgelegd aan het Ethisch Comité van het UZ Gent en er werd een gunstig advies bekomen op 28/12/2021 (zie bijlage 1). De rekrutering van de respondenten en dataverzameling ging van start in januari 2022.

De interviewer oefende het semigestructureerd interview eerst op een proefpersoon (deze werd niet geïncludeerd) en heeft de vraagstelling en interviewtechnieken aangepast waar nodig.

De respondenten waren steeds vrij te kiezen of ze al dan niet deelnamen aan de studie, en konden zich op elk moment bedenken. Er werd door alle respondenten een Informed Consent ondertekend, die eveneens werd goedgekeurd door het ethisch comité van 28/12/2021 (zie bijlage 2). Daarnaast werd mondeling het opzet van deze studie telkens nog eens toegelicht.

Bij dit onderzoek werden enkel 85-plussers geïncludeerd gezien deze groep een belangrijke populatie vormt in WZC. Er werd aan huisartsen bevraagd welke personen deel wouden nemen aan deze studie. Eveneens werden via huisartsenpraktijken patiënten aangebracht die mogelijks in de nabije toekomst naar een WZC zouden gaan. Hoewel er geen formele exclusiecriteria werden toegepast is het belangrijk te bedenken dat wilsonbekwame patiënten niet konden toe zeggen en aldus niet konden deelnemen aan deze studie. Uiteindelijk werden 7 interviews afgenomen, tot er sprake was van saturatie.

De interviews werden afgenomen door de hoofdonderzoeker en werden opgenomen door opnameapparatuur. Vervolgens werden de interviews geanonimiseerd door persoonsgegevens en gegevens over de huisarts uit de opname te halen waarna alle interviews woordelijk werden getranscribeerd door een tweede onafhankelijk persoon waarna ze nogmaals werden gecontroleerd

door de hoofdonderzoeker. Vervolgens werden de opnames definitief vernietigd om de privacy van de respondenten te waarborgen.

De transcripties werden kwalitatief geanalyseerd met behulp van het programma NVIVO Release 1.7, dat ter beschikking werd gesteld door de Universiteit Gent. De codering van de interviews werden overlopen met de promotor waarna de resultaten werden uitgeschreven.

Resultaten

De resultaten werden na het transcriberen en coderen opgedeeld in 4 delen om de resultaten beter te kunnen structureren. Eerst worden de demografische kenmerken en de thuissituatie van de respondenten besproken om te weten met wat voor onderzoekspopulatie men te maken heeft en hoe groot hun huidige zorglast is. Nadien wordt hun huidige visie op de relatie met hun arts toegelicht. Dan is er een luik dat toetst naar de kennis over patiëntenrechten en ten slotte werd er gevraagd naar hun mening over de vrije keuze van een huisarts in de WZC.

Demografie

De zeven geïncludeerde respondenten waren allemaal ouder dan 85 jaar. De oudste respondent was 91 jaar. De meerderheid van de respondenten waren vrouwen, er werd slechts 1 man geïncludeerd. Gezien de hoge leeftijd was er bij de meeste respondenten sprake van polymorbiditeit met polyfarmacie tot gevolg. Op de vraag naar hun voornaamste medische problemen en medicatie antwoordde men het volgde:

"Voor mijn schildklier en voor mijn bloeddruk. Soms durf ik ook eens een Dafalgan te nemen tegen de pijn in mijn handen." ***– respondent 1***

"Ik heb voornamelijk last van mijn rug. Vroeger zat er ook een zenuw in mijn rug geplet. Dat geeft een heel hardnekkige pijn. Daarnaast heb ik ook ouderdom suikerziekte en wat minder goed werkende nieren." "Ik neem 17 pilletjes over de dag verspreid." ***– respondent 2***

"Ik neem wel wat medicatie voor mijn hoge bloeddruk. Mijn huisarts heeft deze wat aangepast want ik stond op een bepaald moment op 20. Ik heb er eigenlijk geen last van. En dan neem ik nog een pilletje voor het hart. " **– respondent 3**

"Over het algemeen goed maar mijn grootste probleem is mijn zicht. Ik ben bij de oftalmoloog geweest, ze zeiden dat er water achter mijn netvlies zat. Ik ging naar een ander ziekenhuis en daar zagen ze dat het netvlies kapot is. Ik vind dat na alle onderzoeken mijn zicht ook verslecht is. Dat is een ouderdomsverschijnsel. Soms heb ik last van duizeligheid en kan ik daardoor moeilijker wandelen." "Ik neem er voor de bloeddruk, pijnstillers, een bloedverdunner en een pilletje om te kalmeren voor het slapengaan. En vitaminen voor mijn beenderen." **– respondent 4**

"Ik heb zo'n 20 à 30 jaar geleden een herseninfarct gehad. Toen ben ik geopereerd geweest. Ze hebben mijn hersenpan opengelegd. Ik ben daar goed van hersteld maar ik heb wel nog moeite met mijn geheugen. Ik kan zeer moeilijk onthouden. Daarnaast ben ik manisch depressief. Ik had dit acuut voor ik mijn huisarts kende. Mijn huisarts heeft de correcte medicatie gegeven en sindsdien heb ik er geen last meer van." "15 pilletjes per dag ongeveer." **– respondent 5**

"Dat valt mee, ik denk 8 pilletjes per dag. Soms komt er een verpleegster om ze klaar te zetten maar zoals vandaag komt ze niet en dan zet ik ze zelf klaar. Ik kan dat nog. Ik weet wat ik moet nemen." **- respondent 6**

"Ik neem pilletjes voor mijn hart. Ik neem ook een bloedverdunner want ik heb een beroerte gehad. Ik kon mijn hand niet meer bewegen en sindsdien moet ik dat nemen. Ik neem ook een pilletje voor mijn schildklier. Dan ook een pilletje voor mijn bloeddruk." **– respondent 7**

De meeste respondenten wonen alleen, één er van woont in een serviceflat, een andere woont samen met de dochter die eveneens mantelzorger is. De zorgbehoefte thuis bij de respondenten is zeer uiteenlopend. Over de uitgebreide organisatie van de zorg thuis zegt respondent 5 het volgende:

"'s Morgens komen ze me helpen aankleden. 's Middags maken ze mijn maaltijd klaar. 's Avonds komen ze om me uit te kleden." "Ja, ik heb een poetsvrouw en familiehulp. Ook komt er een verpleegster langs voor mijn medicatie." "Het kan niet beter. Iedereen moet goed communiceren met elkaar maar tot nu toe werkt dit goed." ***– respondent 5***

Er waren ook respondenten die nog zeer zelfstandig functioneren in hun thuissituatie. Ze geven aan dat hulp thuis momenteel niet aan de orde is.

"Ik doe nog alles zelf. Ik heb vroeger een kuisvrouw gehad maar ik doe het liever nog zelf. Ik ben tenslotte niet ziek he. Ik doe iedere dag een taakje. Ik heb hier niet veel gerief meer staan dus het is niet zoveel werk. Het kuist hier gemakkelijk. De plaatsen waar ik niet aan kan laat ik wel kuisen door mijn dochter. Bovenaan kan ik niet goed aan." ***– respondent 1***

"Neen hier komt geen verpleging, ik was mezelf elke dag en de medicatie doe ik ook zelf. Niet in de douche of bad. Maar ik was me zelf. Ik trek mijn plan." "Mijn vriend gaat voor een hele week inkopen doen en ik kook nog zelf. Dat doe ik graag. En we gaan soms gaan eten." **– respondent 4**

De andere respondenten hebben naast professionele zorgverleners ook familie die optreden als mantelzorgers.

"… omdat ik samenwoon met mijn dochter doen we veel zelf en helpen we elkaar. Ik doe mee de was en mijn dochter gaat naar de winkel. Het is een goede wisselwerking." ***- respondent 2***

"Familiehulp komt om de 14 dagen mijn boodschappen doen. Ik moet ze dus niet zelf doen. Mijn dochter komt bij mij en zij gaat naar de apotheek en helpt me ook. Familiezorg helpt ook bij het poetsen om de twee weken. Maar ik vind dat ik dit nog zelf moet kunnen." **– respondent 6**

Alle respondenten geven aan dat ze momenteel tevreden zijn met de organisatie van de zorg thuis. Niemand gaf aan dat er nood was aan meer uitbreiding van de zorg. De respondenten gaven unaniem aan dat ze liever niet naar een WZC gaan. Over het algemeen is hun beeld van WZC negatief en willen ze er alles aan doen om te vermijden om naar daar te moeten verhuizen.

> *"Daar heb ik een eeuwige schrik voor. Ik heb er al in veel rondgelopen. Ik heb veel familie in een home. Ik zeg altijd: ik geloof dat er geen goede homes bestaan. Ik heb daar al veel slechte dingen gezien. Als ik niet meer kan stappen en ik heb veel zorg nodig dan zal het wel moeten dat ik ga. Maar ik heb er toch echt veel schrik voor." –* **respondent 1**

> *"Ja, ik wil daar niet naartoe haha, mijn rusthuis is hier."* **– respondent 2**

> *"Ik weiger om naar een instelling te gaan. Ik wil het niet. Ik ben hier gelukkig." –* ***respondent 4***

Arts-patiënten relatie

De meeste respondenten hebben een lange vertrouwensrelatie met hun huisarts opgebouwd en zijn over het algemeen tevreden van de zorg die deze biedt. Respondent 2 en 7 zijn afgelopen jaren van arts moeten veranderen omdat de vorige arts niet meer kon langskomen.

> *"Ik kende hem al 30 jaar en vond hem een zeer goede arts, ik ben noodgedwongen veranderd omdat hij niet thuis kon langskomen als het nodig was."* **– respondent 2**

> *"Voor ik deze arts had zei mijn vorige huisarts dat hij tot hier zou komen, maar dat was niet zo. Hij kwam niet langs. Het was veel te ver tot hier. Toen heeft mijn schoondochter gevraagd of we niet beter een arts nemen van hier in de buurt. En ik vond dat een goed idee. Als er dan eens een spoedgeval is kan hij snel helpen. Ik had dan rondgevraagd wie er zou kunnen langskomen en de mensen die ik hier ken hebben mijn huidige huisarts aangeraden."* **– respondent 7**

Over de relatie met hun huidige huisarts zijn de meeste patiënten zeer tevreden.

> *"Ik heb mijn huisarts al heel lang en ik ben blij met hem." "Ik ben heel tevreden." –* **respondent 4**

> *"Ik ben heel tevreden van mijn huidige huisarts."* **– respondent 7**

Respondent 3 maakt de opmerking dat de routineuze huisbezoeken de laatste maanden moeilijker lopen en vindt dit jammer. En respondent 2 geeft duidelijk aan dat de vorige huisarts gemist wordt.

> *"Zeer goed, als hij komt…" "Ja de laatste keer loopt het wat moeizamer. Er is vorige maand niemand langs geweest. Ik belde naar de praktijk en de secretaresse zei dat het niet mijn vaste huisarts zou zijn maar dat er iemand anders zou komen. Mijn huisarts is op vakantie."* **– respondent 3**

> *"Hmm ja, goed als patiënt en dokter maar met mijn vroegere arts kwam ik beter overeen. Ik ging er dertig jaar bij en we waren bijna vrienden. Nu ga ik nog maar 2 jaar bij deze arts. Mijn vorige arts kon niet tot thuiskomen en toen mijn man ziek werd had ik wel iemand nodig die langskwam."* **Respondent 2**

De frequentie van de consultaties varieert, zo gaat het bij respondent 2 om een 3-maandelijks huisbezoek, en bij respondent 5 zelfs om een wekelijks huisbezoek.

> *"Ik heb die* (de huisarts) *niet nodig. Ik ga om de drie maand voor mijn bloedafname en dan krijg ik de medicatie voorgeschreven." "En als ik tussentijds iets nodig schrijft ze het van op afstand voor en kan ik zo naar de apotheek."* **– respondent 2**

> "Hij komt elke week langs op donderdag. Vaak is het de HAIO die langskomt maar mijn huisarts zie ik ook vaak. Meestal om de 2 weken, tenzij hij op verlof is." **– respondent 5**

Naast de routineuze controles werd er aan de respondenten gevraagd wat er gebeurt wanneer er tussen de vaste afspraken een dringende consultatie zou moeten plaats vinden. Respondent 1 vond het toch een drempel om te bellen en wou de arts niet storen.

> *"Soms vind ik het moeilijk om te bellen. Ik heb het gevoel dat ik de arts stoor en wil hem niet voor kleine onnozelheden laten langskomen. Ze hebben het zo al druk genoeg. Ik weet wel dat hij zou komen als het nodig is, maar toch wacht ik liever even af om te zien of het niet vanzelf zou overgaan. Je hebt ziek en ziek he, ik wil de arts niet belasten met pietluttigheden. Ik wil zeker zijn dat hij niet voor niets de verplaatsing moet doen."* **– respondent 1**

De meeste respondenten hebben echter geen probleem om te bellen in deze situatie en kunnen de dag zelf een huisbezoek van hun huisarts verkrijgen.

> *"Ja soms als ik verkouden ben dan bel ik het secretariaat en vraag ik dat hij vroeger langskomt." "Ja absoluut dat loopt vlot."* **– respondent 4**

> *"Ik bel hen op, of ik laat de familiehulp bellen en vraag of ze vroeger kunnen langskomen. Dit is meestal geen probleem."* ***– respondent 5***

Patiëntenrechten

Na uitvoerig te hebben toegelicht waarover deze masterproef gaat werd er gevraagd aan de patiënten wat ze weten over patiëntenrechten. Alle respondenten gaven aan niet uitdrukkelijk te weten waarover het gaat. Sommigen geven aan er wel al eens van gehoord te hebben.

"Hebben patiënten rechten? Dat is me niet bekend." **– respondent 1**

"Ik heb er al eens van gehoord." **– respondent 4**

"Ik deed economisch recht. Maar ik weet niet wat dit is." **– respondent 5**

"Van de rechten zelf heb ik nog niet gehoord." -**respondent 6**

Bij navragen wat ze denken dat tot deze rechten zou kunnen behoren gaven ze volgende voorbeelden.

"Ja er heeft ooit een gynaecoloog mij geopereerd voor een sterilisatie. Het was een kijkoperatie en hij had gezegd dat hij 1 eierstok had afgebonden maar de andere was omhoog gegaan tussen de darmen. Ik vroeg of hij had gesneden? En hij zei ja. Toen vertelde hij mij dat als ik een klacht zou indienen hij in de problemen zou komen." **– respondent 2**

"Soms hoor ik van mensen rondom mij dat ze een mindervalide parkeerkaart krijgen hoewel ze nog 2 keer in de week gaan petanquen." **– respondent 4**

"Ik weet wel toen mijn man heel ziek was dat we hadden beslist dat we hem niet meer naar het ziekenhuis wouden voeren. Toen hij 's nachts ziek geworden is is hij dan toch naar het ziekenhuis gebracht maar dan heeft mijn arts en mijn familie gebeld naar het ziekenhuis om te zeggen dat hij terug naar het woonzorgcentrum moest komen." – **respondent 7**

Na deze vraag werd uitgebreid toegelicht wat patiëntenrechten zijn. De meeste respondenten geven aan dat ze dit niet expliciet wisten maar voelden wel aan dat ze bepaalde rechten hadden.

Vrije keuze van arts in WZC

Er werd dieper ingegaan op 1 aspect van de patiëntenrechten, namelijk de vrije keuze van een arts. Hierover deelden de respondenten de mening dat ze deze keuzevrijheid zeer belangrijk vinden. Wanneer er dieper werd doorgevraagd om welke reden ze dit recht zo belangrijk vonden werden er enkele redenen gegeven. Er wordt meermaals aangegeven dat vertrouwen in de arts hier een belangrijk rol speelt.

"Mijn huisarts kent me zo goed, en ik heb veel vertrouwen in hem." **-respondent 1**

"Ik vind het belangrijk dat je je thuis voelt bij een dokter. Een dokter waar je niet op je gemak bij bent kan je niet vertrouwen!" **– respondent 2**

"Die vrijheid van keuze vind ik zeer belangrijk." "Het zijn mensen dat je goed kent. Vaak al jaren. Het geeft een vertrouwd gevoel." **- respondent 3**

"Natuurlijk vind ik dat belangrijk. Ik wil mijn huisarts behouden. Voor nu voel ik me heel goed bij hem*."* **– respondent 4**

"Ik vind dat men de vrijheid moet hebben een eigen arts te kunnen kiezen. Dit is heel belangrijk." **– respondent 5**

"Ik vind het belangrijk om mijn eigen keuze te hebben. Ik wil niet afhangen van iemand. Ik kan niet goed uitleggen waarom." **– respondent 6**

Respondent 2 geeft aan dat de vrije keuze belangrijk is omdat dit een gevoel van zelfbeschikking geeft. Anderen vinden het vanzelfsprekend dat ze deze keuze krijgen, ze vinden het logisch en hebben het niet anders geweten.

"Ik vind vrije keuze belangrijk. Je bent meester van je lichaam." - **Respondent 2**

"Je gaat bij een dokter dat je zelf kiest. Dat lijkt me logisch. Ik vind dat heel normaal dat dat zo is. " "het is een soort vrijheid die je hebt en dat vind ik wel belangrijk" **– respondent 6**

Haaks op deze meningen staat de mening van respondent 4, deze geeft aan op een leeftijd te zijn gekomen waar sommige beslissingen uit handen worden gegeven aan mensen die men vertrouwt. Men legt zich neer bij het feit dat men sommige dingen moet loslaten.

"Ja mijn mening is dat wat ze doen met mij het beste is wat ze kunnen. Eens op die leeftijd heb je een andere kijk op bepaalde zaken. Vroeger wou ik alles zelf in handen maar nu besef ik dat ik sommige dingen moet loslaten." - **respondent 4**

Sommige respondenten nuanceren het recht van vrije keuze van arts, zo brengen sommigen begrip op voor moest de arts stoppen. Daarnaast maakt respondent 2 de bedenking dat een absolute vrijheid van keuze van arts in de praktijk toch vaak niet zo evident is.

> *"Toen mijn vorige huisarts niet meer kon langskomen was het heel moeilijk om een arts te vinden. Eigenlijk is de keuze dus toch niet altijd zo vrij." "Ik snap dat het niet altijd makkelijk is van een huisarts te vinden dus we kunnen ook niet te kieskeurig zijn."* **- respondent 2**

> *"Zolang mijn huisarts kan langskomen zal ik hem verkiezen ""Maar moest hij stoppen wil ik wel iemand anders zoeken."* **– respondent 4**

Er werd vervolgens gevraagd wat de respondenten zouden doen moest de arts moeilijk, of niet tot in het WZC kunnen komen. Men geeft aan dat dit hun zou spijten maar brengt toch begrip op voor als dit het geval zou zijn.

> *"Ik zou het jammer vinden, maar je hebt geen keuze, ik zou dan een nieuwe arts zoeken die in de buurt woont. Dat zou ik echt niet graag hebben, ik wissel niet graag."* **- respondent 1**

> *"Als je iemand al zo lang kent en je zo lang behandeld zou ik graag hebben dat ik hem wel nog zie. Ze zeggen altijd dat je niet te afhankelijk mag zijn…" "Er zou dan een andere arts moeten komen maar ik zou het spijtig vinden. Heel spijtig."* **- respondent 3**

> *"Ik word 91 jaar, en als het niet meer gaat, dan mogen ze van mij doen wat ze willen. Het is me om het even. Je weet op deze leeftijd niet wat de toekomst geeft. Hoe het binnen 2 of drie maanden zal zijn is niet duidelijk. Dus ik vind dat als het dan zo ver komt dat ze mogen doen wat het beste is."***- respondent 4**

> *"Als het nodig is is het nodig, dan heb je niet veel te kiezen."* **– respondent 6**

Enkel respondent 2 geeft aan dat ze geen bezwaar zou hebben om te veranderen van arts, zoals eerder aangehaald kent deze respondent de arts nog niet lang, en zien ze elkaar niet frequent.

> *"De huisarts die ik nu heb die zou ik laten vallen, maar mijn vorige huisarts zou iets anders zijn."* **– respondent 2**

Er werd getoetst wat men zou vinden van een vaste (equipe van) arts(en) in WZC. Door respondent 4 werd er onder andere de vergelijking gemaakt de verpleegkundige in WZC, hier heeft men ook geen vrije keuze. Anderen zijn zeer radicaal tegen dit idee.

"Dat zou ik niet erg vinden."" Dan zou ik raad vragen aan familie en vrienden en bewoners over hoe deze arts is en dit mee in overweging nemen bij de keuze voor het woonzorgcentrum." **– respondent 2**

"Voor de patiënt zelf is het aangenamer dat ze hun eigen dokter hebben hé natuurlijk." – **respondent 3**

"Er zijn daar ook vast verpleegsters en zorgkundigen. Dus mij is dat eigenlijk al gelijk." **– respondent 4**

"Ik zou hem ontkennen. Ik zou zeggen, je moet hier niet komen!" **- respondent 5**

"Ik zou het liefst hebben dat mijn eigen huisarts mij blijft opvolgen. Maar als het nodig is dan is het nodig he. Dan mag die vaste arts mij ook opvolgen, ik ben niet moeilijk."- **respondent 6**

Enkele voordelen werden afgewogen. Hier wordt voornamelijk gedacht aan de goede beschikbaarheid van de arts.

"Ja het lijkt me goed dat hij snel kan langskomen. Het kan soms dringend zijn en dan kan de huisarts daar niet snel genoeg zijn." **– respondent 3**

*"Ja als er dringende zaken zijn. Een herseninfarct ofzo, dan kan de arts me heel snel zien. In plaats van de huisarts die pas zou kunnen langskomen na zijn consultatie drie uur later."***- respondent 4**

"Hij (de vaste arts) zou me van nabij opvolgen. Hij is er altijd." **–respondent 5**

"Ik denk voor de verpleegster dat het wel een geruststelling zou zijn dat er altijd een arts aanwezig is." - **respondent 7**

Men ziet echter ook enkele nadelen van zo een systeem. Hierover zeggen bijna alle respondenten dat het hun zou spijten de huisarts te moeten missen.

"Hij is niet vertrouwd met je leven. Hij kent je niet. Het zou moeilijk zijn om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Met mijn huisarts nu heb ik 50 jaar gedaan om dit op te bouwen. Ik zou het heel triestig vinden om dit te verliezen" ***– respondent 5***

Nog geen van de respondenten had afspraken gemaakt met de huisarts over hoe ze de zorg in de toekomst zullen organiseren. Men wist niet of de huisarts in staat zou zijn langs te komen in het WZC of dat ze een nieuwe arts zouden moeten zoeken.

Tot slot werd er gevraagd of de respondenten hun keuze van het WZC zouden laten afhangen van het feit of hun arts hun al dan niet kan opvolgen.

> *"Zoals ik al zei ken ik de arts nog niet zeer lang en is het ook niet makkelijk van nog beschikbare artsen te vinden. Je moet het nemen hoe het komt."***– respondent 2**

> *"Het zou spijtig zijn maar ik zou mijn keuze er niet van laten afhangen. Zoals gezegd kan je niet altijd kiezen op deze leeftijd hoe de zaken lopen. Ik zou mijn zorg vooropstellen aan de keuze welke arts me zou moeten verzorgen. Op die moment moet je geholpen worden en dan moet je nemen wie dat kan."* **– respondent 4**

> *"Ik zou het WZC kiezen waar mijn huisarts kan blijven komen. Dit zou doorwegen in mijn keuze." "Ik zou dan een ander WZC kiezen. Voor mij is het geen optie om een andere huisarts te kiezen. Mijn relatie met de huisarts is veel te diep geworteld, ik wil deze niet kwijt."* **– respondent 5**

Discussie

Demografie

Deze masterproef tracht de mening van 85+'ers te exploreren over de vrije keuze van huisarts in het WZC. Er werd een grondig literatuuronderzoek uitgevoerd waarna er semigestructureerde diepte-interviews werden afgenomen. De zeven geïncludeerde respondenten waren allen ouder dan 85 jaar en de meerderheid waren vrouwen. Men dient zeer bedacht met de gevonden resultaten om te gaan gezien de meningen niet geëxtrapoleerd kunnen worden voor de hele populatie van toekomstige bewoners van WZC.

Door de hoge leeftijd van de respondenten is er vaak sprake van polymorbiditeit en polyfarmacie. De zorgbehoeften van de respondenten thuis waren echter zeer uiteenlopend, waarbij sommigen nog volledig zelfstandig functioneren. De meeste respondenten krijgen hulp thuis van professionele zorgverleners of van familie die optreden als mantelzorgers.

De ziekte- en zorglast werden nagevraagd omdat dit mogelijks de mening van de respondenten zou kunnen beïnvloeden. Zo zou een patiënt met een hoge zorgnood mogelijks meer belang kunnen hechten aan een longitudinale zorgrelatie met de arts. Respondent 1 geeft bijvoorbeeld aan dat haar huisarts haar (en haar medisch dossier) goed kent en dat ze daardoor veel vertrouwen in hem heeft. Daarnaast is dit aspect van belang omdat bijvoorbeeld een wekelijks huisbezoek zoals bij correspondent 5 niet altijd vol te houden zal zijn als een patiënt naar een verder afgelegen WZC zou gaan.

Arts-patiënten relatie

Over het algemeen zijn de respondenten tevreden over de zorg die ze thuis krijgen. Een uitbreiding van de zorg leek voor hun niet nodig. De meeste zijn tevreden over hun huisarts en hebben een lange vertrouwensrelatie met hun arts opgebouwd. Uit de interviews kan men concluderen dat de patiënten loyaal zijn aan hun huisarts. Volgens Kool et al. (1) heeft de huisarts gemiddeld genomen een 15 jaar durende relatie met de resident op het moment dat die wordt opgenomen in het WZC.

Opvallend was dat de meeste respondenten zeer negatief staan ten opzichte van een potentiële verhuis naar een WZC. Zo gaf respondent 1 aan dat ze er al "veel slechte dingen" heeft van gehoord en dat ze "gelooft dat er geen goede homes bestaan". Sommigen weigerden resoluut om naar een WZC te gaan en anderen gaven aan dat ze er schrik voor hebben. Men kan dus stellen dat de respondenten een verhuis naar een woonzorgcentrum zouden beschouwen als een verlieservaring. Duncan-Myers et al. (25) geven aan dat in de levensperiode waarbij oudere vaak te kampen hebben met verlieservaringen en toenemende ziektelast de keuzevrijheid zoveel mogelijk aangemoedigd moet worden.

Patiëntenrechten

De patiëntenrechten werden in de literatuurstudie uitvoerig besproken. Hier werd aangegeven dat de rechten op 20 jaar tijd amper veranderd zijn. Op de site van minister van Volksgezondheid Vandenbroucke valt te lezen dat het na 20 jaar tijd is om diezelfde wet klaar te stomen voor de toekomst. Met behulp van Goffin en Herremans werd er een nieuw wetsontwerp opgemaakt. Hierin is het recht op vrije keuze van zorgverlener nog steeds één van 7 belangrijkste principes (18). Het is een fundament van ons gezondheidssysteem en een mogelijke efficiëntere werking weegt hier momenteel niet tegen op.

Uit de interviews blijkt dat er bij de respondenten weinig kennis en bewustzijn bestaat over hun patiëntenrechten. Sommigen geven aan dat ze hier wel eens van gehoord hebben, maar ze kunnen niet precies benoemen wat deze inhouden. Wanneer de rechten worden toegelicht aan de respondenten geven ze aan dat ze deze rechten wel "logisch" vinden en dat ze impliciet aanvoelen dat deze er moeten zijn. Ze geven nagenoeg allen aan dat ze deze vrijheid van keuze inderdaad zeer belangrijk vinden.

Het kan nuttig zijn om na de hervormingen van de patiëntenrechten acties te ondernemen om de kennis en bewustwording van deze patiëntenrechten bij de algemene bevolking, en meer specifiek bij ouderen, te vergroten.

Vrije keuze van arts in WZC

Alle respondenten geven aan dat ze de vrijheid van keuze van huisarts zeer belangrijk vinden. Als voornaamste reden gaf men aan dat men het vertrouwen in de arts zeer belangrijk vindt. Dit zou niet met eender welke arts kunnen worden opgebouwd. Ook het gevoel van zelfbeschikking beschrijven ze als heel belangrijk. Daarnaast vermeldt men dat men de huidige arts reeds goed kent en dat men deze niet wil verliezen. Ze vinden dat men zich als het ware 'op hun gemak' moet voelen bij de huisarts, aldus respondent 2.

Deze meningen worden erkend door de literatuur. De vrijheid van keuze zou namelijk de autonomie, de tevredenheid en de levenskwaliteit bij ouderen aanzienlijk verbeteren (23,24). De vrijheid van keuze gaat natuurlijk verder dan enkel de keuze van huisarts. Zo zou keuzevrijheid door ouderen ook ervaren worden in hun dagdagelijkse taken zoals het eten, de dagelijkse hygiëne en hun activiteiten (25).

Respondent 4 gaf aan dat ze, gezien haar leeftijd, liever bepaalde dingen loslaat. Ze zegt dat ze in tegenstelling tot vroeger bepaalde keuzes liever uit handen geeft aan mensen die ze vertrouwt, zoals haar kinderen. Psychologisch kan een teveel aan keuzes namelijk leiden tot stress, dit onder het motto 'kiezen is verliezen' (24). Bij deze stelling stelt zich de vraag of het advies van de familie en kennissen ook wel degelijk toegang geeft tot de 'beste' zorgverlener.

Respondenten 2 en 4 maken de bedenking dat een absolute vrijheid van keuze van arts in de praktijk vaak toch beperkt wordt. Zo moest respondent 2 al eens veranderen van arts omdat de vorige arts niet meer tot bij haar thuis kon komen. Het was moeilijk om een arts te vinden die geen patiëntenstop had en die eveneens tot bij haar thuis wou komen. Deze nuance maakt men ook in de wetgeving. Zo stelt men dat de vrije keuze van zorgverlener in sommige gevallen beperkt kan worden door de wet of door de omstandigheden die eigen zijn aan de organisatie (12).

Het zou de meeste respondenten spijten moest hun arts niet tot in het WZC kunnen komen. Ze erkennen dat dit mogelijk een probleem kan zijn. Respondenten 1, 3, 4 en 6 geven aan dat ze een nieuwe arts in de buurt zouden zoeken. Dit wordt gefaciliteerd door het KB van 9 maart 2014 dat de regelgeving van WZC bepaalt (16): "Wanneer een bewoner geen huisarts heeft bij zijn opname of wanneer zijn huisarts verzaakt aan de voortzetting van de zorg aan zijn patiënt dient een geactualiseerde lijst met de beschikbare huisartsen aan de bewoner te worden overhandigd."

Enkel respondent 5, die een grote zorglast heeft en zijn arts al van jongs af aan kent geeft resoluut aan dat hij niet naar een rusthuis zou gaan waar zijn huidige arts niet kan langskomen. Dit toont een grote loyaliteit aan zijn huidige huisarts. Men kan bij dit statement de bedenking maken hoe realistisch deze wil eigenlijk is. In de Vlaamse context waar vaak lange wachtlijsten bestaan voor WZC en waar huisartsen steeds meer overbevraagd zijn kan dit moeilijk haalbaar zijn. Zoals respondent 2 pragmatisch aanhaalt is in de praktijk de keuzevrijheid vaak niet zo absoluut als de wet impliceert.

Tot slot werd er naar analogie met het Nederlandse model, zoals beschreven in de inleiding, gevraagd aan de respondenten wat men zou vinden van een vaste (equipe van) arts(en). De meeste respondenten geven duidelijk de voorkeur aan het behoud van hun eigen arts. Als voordeel van zo'n systeem erkent men vooral dat er korter op de bal gespeeld kan worden. De arts zou door zijn permanente aanwezigheid in het woonzorgcentrum beter kunnen anticiperen op hun zorgnoden. Ook de drempel om zorg te vragen zou lager zijn. Respondent 1 gaf bijvoorbeeld aan dat ze de arts niet wou storen als ze ziek is tussen de routine huisbezoeken. Ze ziet haar zorg als een last voor de arts.

Kool et al. (1) zien enkele voordelen in een analoog systeem als dat van de Nederlandse specialist ouderengeneeskunde. Zo zou de specifieke opleiding die deze artsen krijgen tegemoetkomen aan de complexe ouderenzorg. Continuïteit zou makkelijker gegarandeerd kunnen worden. Overleg tussen verpleging, directie en arts zou makkelijker kunnen lopen. Ze geven aan dat eenheid van commando de zorg ten goede zou komen.

Ze erkennen echter ook verschillende nadelen, zo zou er minder kennis van het referentiekader van de bewoner zijn omdat de context/thuissituatie/familie/… minder gekend is dan bij de eigen huisarts. Het stoppen van de behandelrelatie tussen de arts en de patiënt zou de verliessituatie enkel vergroten. Dit erkennen de respondenten en is dan ook niet wenselijk voor hen.

Sterktes

In deze studie werden semigestructureerde interviews afgenomen bij 85+'ers. Er werd voor deze methode gekozen omwille van het weinig bestaande onderzoek over dit onderwerp. Dit is dan ook een van de sterktes van deze studie. De organisatie van WZC en de taakbeschrijving van de CRA is gebouwd op het principe van vrije keuze van zorgverlener. Het loont dus de moeite om te onderzoeken of toekomstige bewoners van deze WZC dit principe ook zo belangrijk vinden.

Er werd woordelijk getranscribeerd door een onafhankelijk persoon (na anonimiseren van de interviews) waarna de interviews nogmaals werden gecontroleerd door de onderzoeker zelf.

Het doel van deze studie was om de mening van verschillende 85+'ers te gaan exploreren en kwalitatief te gaan benaderen. Het voordeel van dit soort interview is dat het gedetailleerd de mening van de respondent kan weergeven. Er kan dieper ingegaan worden op bepaalde onderwerpen en bij onduidelijkheid kan men dit uitklaren. Voor veel van de aangehaalde onderwerpen werd er gegevenssaturatie behaald en werden de meningen door onafhankelijke respondenten herhaald.

Tot slot geeft de inleidende literatuurstudie een goede samenvatting van de huidige stand van zaken over de CRA-functie in WZC en belicht deze zowel enkele problemen maar ook mogelijke kansen voor de toekomst.

Zwaktes

De resultaten zijn niet te extrapoleren naar de volledige populatie van 85+'ers. Dit is zeer belangrijk bij de interpretatie van de resultaten. Het is eigen aan de gebruikte methodiek dat de validiteit lager ligt dan bij kwantitatief onderzoek.

In dit onderzoek is mogelijk sprake van research bias waarbij de interviewer ook de onderzoeker is en dit dus mogelijk de antwoorden van de respondenten heeft beïnvloed. Er werd een zo neutraal mogelijke positie ingenomen.

Een andere beperking in deze studie is het Hawthorne effect (of het observator effect) waarbij patiënten die weten dat ze worden geobserveerd (of geïnterviewd) om een bepaalde reden zich anders zullen gedragen dan in normale omstandigheden.

Tot slot is het belangrijk te vermelde dat sommige respondenten eveneens een zorgrelatie hadden met de onderzoeker wat ook voor bias kan zorgen.

Aanbevelingen

Zoals al aangehaald is deze studie louter exploratief. Om een beter beeld te krijgen van de mening van 85+'ers over de vrije keuze van huisarts in WZC kan men een grotere sample van deze populatie onderzoeken met behulp van een survey. Deze masterproef kan helpen om enkele standpunten te formuleren die dan kunnen afgetoetst worden bij een groter aantal participanten.

Aanvullend op de interviews met de respondenten die nog thuis wonen kan ook de mening van de bewoners van WZC geëxploreerd worden. Het lijkt interessant te onderzoeken wat hun mening over het behoud van hun arts is.

Het is belangrijk beter zicht te hebben op de mening van 85+'ers over de vrije keuze van huisarts zodat de organisatie van WZC en de functie van de CRA beter en efficiënter vorm kan krijgen. Deze hervormingen zijn al volop in de maak. Zo kan ons gezondheidssysteem beter gewapend zijn tegen de dagdagelijkse uitdaging (zoals beperkte zorgbudgetten, artsentekorten,…) alsook tegen uitzonderlijke situaties zoals de COVID-19 pandemie.

Conclusie

Over het algemeen zijn de respondenten tevreden over de zorg die ze thuis krijgen. Ze hebben een lange vertrouwensrelatie met hun huisarts opgebouwd en zijn loyaal aan hun arts. Er is weinig kennis en bewustzijn over hun patiëntenrechten. Toch vinden de respondenten de vrijheid van keuze van arts zeer belangrijk.

Er wordt wel erkend dat deze keuzevrijheid niet absoluut is, wanneer de huidige arts bijvoorbeeld niet meer kan langs komen. Men is dan meestal wel bereid om een nieuwe arts te zoeken hoewel één respondent zijn keuze van WZC er zou van laten afhangen.

Het gevoerde kwalitatief onderzoek exploreert de mening van 85'+ers over het belang van vrije keuze van huisarts in WZC. Het kan gebruikt worden als aanzet voor toekomstig onderzoek rond dit onderwerp om zo een duidelijker beeld te krijgen over de mening van de bewoners van WZC over de vrijheid van keuze van huisarts.

Referenties

1. Kool EM, Cordemans K, De Lepeleire J. De Coördinerende en Raadgevende Arts in Woonzorgcentra – naar een nieuwe functieomschrijving binnen sterk interprofessioneel teamwerk (2021). Vanuit een samenwerking van Crataegus, Domus Medica en de KU Leuven, 1-51.
2. Callies M, Int Panis L, Dequeker S, Latour K, Rebolledo Gonzalez J, Vandael E. COVID-19 surveillance in woonzorgcentra. Brussel, België : Sciensano; 2021 399p.
3. O'Neill D, Briggs R, Holmerová I, et al. COVID-19 highlights the need for universal adoption of standards of medical care for physicians in nursing homes in Europe. Eur Geriatr Med. 2020;11, 645–650. doi:10.1007/s41999-020-00347-6
4. Szczerbińska K. Could we have done better with COVID-19 in nursing homes?. Eur Geriatr Med. 2020;11(4):639-643. doi:10.1007/s41999-020-00362-7
5. Van Heden L, Maes S, Ghesquiere B, Vanhoren J, Van Pottelbergh G. De aanpak van een COVID-uitbraak in een woonzorgcentrum: ervaringen en leerpunten van een huisartsenteam. Huisarts Nu. 2020; 49:161-5
6. Zorgnet ICURO. Medisch Beleid in woonzorgcentra: "Het mandaat moet meer body krijgen" [internet]. [geraadpleegd op 15 juni 2022]. Beschikbaar via: https://www.zorgneticuro.be/artikel/het-mandaat-van-cra-moet-meer-body-krijgen
7. Koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels , zoals gewijzigd door het Koninklijk besluit van 4 juni 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging (B.S., 28 oktober 2004, p. 74004 en B.S., 1 juli 2008, p. 33516).
8. Brief van 10 mei 2021 van het Agentschap Zorg & Gezondheid betreffende onder andere "structurele verankering functie en financiering CRA voor alle bewoners al dan niet met bijhorend centrum voor kortverblijf type 1". [geraadpleegd op 15 mei 2022]. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/BriefBVR7mei2021_uitbreiding_functie_financieringCRA.pdf
9. Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 78 van 9 juni 2021 betreddende de gelijke behandeling en de autonomie van bewoners van woonzorgcentra in de contect van de covid-19-pandemie
10. Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Belgisch Staatsblad (26 september 2002).
11. Balthazar T. De krachtlijnen van de Wet Patiëntenrechten. Handboek forensische gedragswetenschappen. Antwerpen: Maklu; 2015. p. 81–99.
12. Federale overheidsdienst volksgezondheid, veligheid van de voedselketen en leefmilie. Patiëntenrechten [internet]. [geraadpleegd op 15 juni 2022]. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgvoorjezelf/patiententhemas/patientenrechten
13. Groenewegen P. Huisarts als poortwachter: betere gezondheidszorg dan in landen met vrij toegankelijke specialisten?. Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D88
14. Koninklijk besluit van 9 maart 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en

verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels
15. Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers
16. Nationale Raad Orde Der Artsen. Mag de coördinerende en raadgevende arts (CRA) van een rust- en verzorgingstehuis de behandelende arts van de bewoners zijn. Gepubliceerd op 08/12/2012.
17. Goffin T, Walraet P. Van patiëntenrechten naar patiëntenwaarden. Tijdschrift Voor Geneeskunde en Gezondheidzorg. 2021. doi:10.47671/TVG.77.21.125
18. Vandenbroucke Frank. Modernisering van de wet op patiëntenrechten [internet]. [geraadpleegd op 02 februari 2023]. Beschikbaar via: https://vandenbroucke.belgium.be/nl/modernisering-van-de-wet-op-de-pati-ntenrechten
19. Verenso. Competentieprofiel specialis ouderengeneeskunde, Voor optimale medische zorg aan kwetsbare oudere en patiënten met een complexe zorgvraag. 2019
20. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Kernvragen rondom klinische geriatrie [internet]. [geraadpleegd op 16 februari 2021]. Beschikbaar via: https://www.nvkg.nl/professionals/over-geriatrie/kernvragen-rondom-klinische-geriatrie
21. Zorgwijzer. Wet langdurige zorg (Wlz) [internet]. [geraadpleegd op 16 februari 2021]. Beschikbaar via: https://www.zorgwijzer.nl/faq/wlz
22. Rikmenspoel M. Geef huisarts een rol bij verpleeghuisopname [internet]. [geraadpleegd op 16 februari 2021]. Beschikbaar via: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/geef-huisarts-een-rol-bijverpleeghuisopname.html
23. Steffansson M, Pulliainen M, Kettunen A, Linnosmaa I, Halonen M. The Association between Freedom of Choice and Effectiveness of Home Care Services. International Journal of Integrated Care. 2016;16(1):5. DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.2448
24. Zolkefli Y. Evaluating the concept of choice in healthcare. Malays J Med Sci. 2017;24(6):92–96. doi:https://doi.org/10.21315/mjms2017.24.6.11
25. Duncan-Myers AM, Huebner RA. Relationship between choice and quality of life among residents in long-term-care facilities. American Journal of Occupational Therapy. 2000; 54: 504–8. doi: http://dx.doi.org/10.5014/ajot.54.5.504

Bijlagen

Bijlage 1: Advies Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Dr. Diego Schrans
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11409	NVT	29/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Vrije keuze van huisarts in de Belgische WZC: Een exploratief onderzoek naar de mening van de patiënt. Scriptie Bavo De Clerck"

B.U.N.: N.V.T.

* Begeleidende brief dd. 9/11/2021 (ontvangen dd. 29/11/2021)
* Adviesaanvraagformulier: versie 1 dd. 24/11/2021 HAIO (manama volledig ontvangen dd. 29/11/2021)
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier: voor de patiënt ontvangen dd. 29/11/2021
* Vragenlijsten: semigestructureerd interview ontvangen dd. 29/11/2021

Advies werd gevraagd door: Dr. Diego Schrans

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 2. Informed consent

UNIVERSITEIT GENT FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

ICHO VZW INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Vraag om medewerking aan onderzoek 'De vrije keuze van huisarts in de Vlaamse WZC: een exploratief onderzoek naar de mening van de patiënt'.

Geachte meneer,
Geachte mevrouw,

Ik ben Dr De Clerck Bavo, huisarts in opleiding te Gent. In het kader van de opleiding tot huisarts moet ik een masterproef schrijven. Ik koos ervoor te onderzoeken wat de mening van toekomstige bewoners van Woon- en ZorgCentra (WZC) is betreffende de vrije keuze van huisarts.

U deed sinds kort een aanvraag voor een kamer in het WZC. Vaak kiezen bewoners ervoor hun huisarts (waarmee ze vaak al lang een band hebben) te behouden. In andere gevallen is het praktisch zeer moeilijk voor uw huisarts om in het WZC te geraken en dient er een nieuwe huisarts gezocht te worden. Volgens de patiëntenrechten die gelden in België, heeft U steeds het recht zelf te kiezen welke arts er voor U zorgt.
Elk rusthuis heeft een Coördinerende en Raadgevende Arts (CRA). Deze CRA neemt geen rechtstreekse zorgtaak op maar helpt bij algemene (medische-) beleidsbeslissingen.
In andere landen verschilt dit soms. Zo heeft men in Nederland een huisarts die gespecialiseerd is in ouderenzorg die de zorg voor de bewoners overneemt van de voormalige huisarts. Hier is de vrije keuze van zorgverstrekker dus beperkter.

Concreet wens ik te onderzoeken wat toekomstige bewoners van WZC vinden over het al dan niet behouden van de eigen huisarts. Dit doe ik aan de hand van (anonieme) interviews. Via deze weg stel ik dan ook graag de vraag of U bereid bent een kort interview te laten afnemen. Dit zal maximaal 30 minuten duren. We spreken samen een geschikte plaats en tijdstip af. U blijft in dit onderzoek natuurlijk geheel anoniem en uw gegevens worden beschermd. U kan op elk moment beslissen om alsnog niet deel te nemen aan de studie of uw gegevens te verwijderen.

Als u graag deelneemt aan deze studie, of indien u vragen heeft, kan u dit doorgeven aan de medewerker van het WZC of u kan mij contacteren via volgende gegevens:

Dr Bavo De Clerck
Tel: 0472/95.65.28
E-mail: drdeclerckbavo@gmail.com

Hartelijk bedankt voor uw interesse,

Dr. De Clerck Bavo
i.s.m. Promotor: Dr. Diego Schrans

Betreft: DE VRIJE KEUZE VAN HUISARTS IN DE VLAAMSE WZC: EEN EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR DE MENING VAN DE PATIËNT.

Geïnformeerde toestemming tot medewerking

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan dit onderzoek onder de voorwaarden die in de informatiebrief zijn vermeld. Ik bevestig ingelicht te zijn omtrent de aard en het doel van het onderzoek, kon vragen stellen en kreeg hierop de nodige antwoorden. Tevens ben ik op de hoogte dat ik mij op elk ogenblik kan terugtrekken uit het onderzoek.

Naam van de deelnemer: .....

Datum: .....

Handtekening:

Naam van de onderzoeker door wie uitleg werd verstrekt: Bavo De Clerck

Datum: .....

Handtekening:

Bijlage 3: Begeleidende vragen semigestructureerd interview

1. Demografische gegevens
    a. Wat is uw leeftijd?
    b. Lijdt U aan (meerdere) chronische aandoeningen? Welke? En hoe worden deze behandeld?
    c. Wie zorgt er voor u thuis en hoe wordt dit georganiseerd?
    d. Wat weet u over patiëntenrechten?

2. Vrije keuze van arts?
    a. Hoe is de relatie met uw huidige huisarts?
        i. Hoe vaak ziet u hem/haar, in welke setting?
        ii. Waarom?
        iii. Hoe maakt u een afspraak?
        iv. Wat vindt U hiervan?
    b. Wat verwacht U van uw arts in het WZC?
        i. Hoe vaak wenst U uw arts te zien?
    c. Is uw huidige huisarts in staat de zorg voor U voort te zetten in het WZC?
        i. Welke afspraken maakte U met hem/haar hieromtrent?
        ii. Wat vindt u hiervan?
    d. Wat zou U ervan vinden om een vaste arts toegewezen te krijgen in het WZC?
        i. Wat zijn volgens jou de voordelen?
            1. Waarom?
        ii. Wat zijn volgens jou de nadelen?
            1. Waarom?
    e. Wat vindt u van een arts die meerdere dagen per week in het WZC aanwezig is, en de zorg op zich zou nemen?
    f. Heeft U zelf ideeën rond hoe de organisatie van huisartsen in WZC er uit zou moeten zien?
    g. Zou uw keuze voor een WZC veranderen moest U uw eigen huisarts niet kunnen behouden? Waarom? Op welke manier zou uw keuze voor het WZC veranderen?
    h. Wenst u hier nog iets aan toe te voegen?