De huisarts als health advocate: patiënten visie

Een kwalitatief onderzoek

Lotte Michielsen, Katholieke Universiteit Leuven

Desiree Schrijnemakers, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Peter Decat, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Lowie De Loose, Universiteit Gent

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.

Abstract – Nederlands

Context
In de huisartsopleiding en het werkveld wordt gesproken over de rol van de huisarts als health advocate. Toepassing in de praktijk is echter moeilijk vanwege gebrek aan handvaten en bevorderende omstandigheden. Duidelijke verwachtingen van patiënten over de huisarts als health advocate werken motiverend voor huisartsen, de overheid en opleidingsinstituten om de rol van health advocate verder uit te bouwen en te ondersteunen.

Onderzoeksvraag
Wat verwachten patiënten van hun huisarts wat betreft zijn/haar rol als health advocate?

Methode
We voerden een kwalitatief onderzoek aan de hand van 6 focusgroepdiscussies bij 29 socio-demografisch diverse patiënten en/of sleutelfiguren in de wijk of gemeenschap. De deelnemers werden gerekruteerd uit 2 wijkgezondheidscentra, 1 huisartsengroepspraktijk en 1 solopraktijk in 3 verschillende stedelijke gebieden van Vlaams-Brabant en Limburg. Tijdens de focusgroepdiscussies werden voorbeeldsituaties in omtrent health advocacy op verschillende niveaus gebruikt om de visie van de deelnemers te bevragen. De interviews werden nadien gecodeerd en thematisch geanalyseerd.

Resultaten
Ons onderzoek toont aan dat patiënten in de eerste plaats belang hechten aan een huisarts die aandacht heeft voor de context van de patiënt. Patiënten dragen individuele preventie hoog in het vaandel en verwachten dat de huisarts hen aanspreekt op mogelijke gezondheidsproblemen. Daarnaast benoemen veel patiënten dat huisartsen een bevoorrechte plaats hebben in de maatschappij. Daardoor verwachten ze dat de huisarts zaken uit de gemeenschap opmerkt en signaleert naar hogere instanties. Het organiseren van gezondheidsbevorderende acties, daarentegen, wordt niet gezien als een kerntaak van de huisarts, maar mag gedelegeerd worden naar andere professionals. Patiënten benoemen de manier van praktijkorganisatie, de werkbelasting van de huisartsenpraktijk, de organisatie en financiering van het gezondheidszorgsysteem en het engagement van de huisarts als bepalende factoren voor de mate waarin de huisarts de rol van health advocate kan opnemen.

Conclusie
We besluiten dat de rol van health advocate voor patiënten een belangrijke rol is, zowel op individueel als op gemeenschapsniveau. In de praktijk zijn er echter veel belemmerende factoren, zowel op het niveau van de individuele huisarts of huisartsenpraktijk als op het niveau van de organisatie en financiering van de eerstelijnszorg. Dit vraagt om maatregelen die de huisartsen en de eerstelijnszorg ondersteunen in het uitoefenen van deze rol.

Abstract – English

Context

Both in education and in the work field, the role of health advocate for family doctors is highly discussed. However, application of this role in day-to-day life has proven to be difficult because of the lack of tools and favorable circumstances. Clarifying patients' expectations concerning family doctors as health advocates will work as a great motivator to general practitioners, the government, and educational institutions to further enroll and support the role of health advocate.

Research question

What do patients expect from their general practitioner concerning their role as health advocate?

Method

We performed a qualitative investigation by conducting six focus group discussions with 29 socio-demographically diverse patients and/or key figures in their neighbourhood or community. The interviewees were recruited in two district health centres, one group practice and one solo-practice in three different urban areas in Flemish Brabant and Limburg. During the focus group discussions example situations on different levels of health advocacy were used to question about the vision of the interviewees. Later, the interviews were coded and analysed thematically.

Results

Our investigation shows that patients primarily value a general practitioner who pays attention to the patients' context. Individual prevention is of paramount importance to patients, and they expect general practitioners to point out potential health problems. Besides, many patients identify that the general practitioner has a privileged position in society. Therefore, a vast number of patients expect their general practitioner to notice and signal tendencies in the community to higher authorities. The organisation of actions that promote health is not seen as a core task of the GP, but can be delegated to other professionals. According to patients, factors that determine the extent in which general practitioners are able to perform health advocacy are: practice organisation, workload of the practice, the organisation and financing of the healthcare system and the social engagement of the general practitioner.

Conclusion

We conclude that the health advocate role is important to patients on an individual level as well as on a community level. However, in day-to-day life there are many barriers, both on the level of the individual general practitioner or general practice as on the level of organisation and funding of primary health care. This requires measures that support general practitioners and primary health care in practicing health advocacy.

Inhoudsopgave

Abstract – Nederlands 3

Abstract – English 4

Inhoudsopgave 5

1. Inleiding 6

2. Methoden 8

2.1. Patiënt rekrutering 8

2.2. Opbouw van de interviews 8

2.3. Data analyse 9

3. Resultaten 10

3.1. Studiepopulatie 10

3.2. Inhoudelijke analyse 10

3.2.1 Huisarts en individu 11

3.2.2 Huisarts en gemeenschap 14

3.2.3 Politiek engagement van de huisarts 20

4. Discussie 22

4.1. Belangrijkste bevindingen 22

4.2. Vergelijking met de literatuur 22

4.3. Sterktes en zwaktes 24

5. Conclusie 25

Referentielijst 26

Bijlage I: Goedkeuring Ethische Commissie 28

Bijlage II: Uitnodigingsbrief 30

Bijlage III: Demografische vragenlijst 31

Bijlage IV: Informed consent 33

Bijlage V: Interview guide met vignetten 40

Bijlage VI: Code boom 43

Bijlage VII: Persoonlijke reflectie door Lotte Michielsen 45

Bijlage VIII: Persoonlijke reflectie door Desiree Schrijnemakers 46

1. Inleiding

De eerstelijnsgezondheidszorg is een integraal deel van het gezondheidssysteem. Bovendien vormt de eerste lijn meestal het eerste contact tussen het individu en de gezondheidszorg.[1] In de verklaring van Astana benadrukt de World Health Organisation (WHO) het belang van de eerstelijnszorg in het verbeteren van gezondheidsuitkomsten en het bevorderen van gezondheidsgelijkheid (health equity). Ze stellen dat het versterken van de eerstelijnszorg de meest inclusieve, effectieve en efficiënte manier is om zowel het lichamelijk en mentaal welzijn als het sociaal welzijn van mensen te verbeteren.[2]

De competentie van health advocate speelt hier een belangrijke rol in. Health advocate is één van de zeven rollen in het CanMEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialists) framework, aangesteld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Het CanMEDs framework werd in 1996 opgesteld met als doel het definiëren van de benodigde competenties voor de medische professional en het creëren van een standaard voor onderwijs en praktijkvoering in de medische sector.[3] Ook in België worden de CanMEDS-rollen gebruikt.[4]

In de rol van health advocate gebruiken artsen hun expertise en invloed om de gezondheid van de patiëntenpopulatie en gemeenschappen waarmee ze werken te verbeteren. Artsen werken hierbij samen met hun patiënten om hun noden bloot te leggen. Artsen vertegenwoordigen zodoende de patiënten en ondersteunen de mobilisatie van middelen om verandering teweeg te brengen.[5] Verschillende onderzoeken naar het concept health advocacy onderschrijven het belang van acties die niet alleen op het individuele niveau plaatsvinden, maar ook op gemeenschaps- en maatschappelijk niveau. Het concept health advocacy wordt in verschillende studies op andere manieren benaderd. De gemeenschappelijke noemer is dat deze rol verder reikt dan de zorg voor de individuele patiënt en daarnaast ook van toepassing is op de praktijkpopulatie en de gemeenschap.-[6,7,8,9]

In een kwalitatief onderzoek naar de visies van Vlaamse huisartsen over de rol van health advocacy werd er aangegeven dat health advocacy op individueel niveau behoort tot de basistaken van de huisarts om goede gezondheidszorg te leveren. Er werd eveneens benoemd dat het optreden als health advocate op hoger niveau voor veel Vlaamse huisartsen moeilijk is.[9] Dit fenomeen beperkt zich niet alleen tot Vlaanderen, want ook in andere gezondheidszorgsystemen ontbreekt het huisartsen en andere hulpverleners aan handvaten om individuele gezondheidssituaties te vertalen naar zorg op gemeenschapsniveau.[9,10] De verklaring van Astana benadrukt de rol van de regering in het creëren van die handvaten en in het bevorderen van de juiste omstandigheden voor health advocacy.[2] In lijn hiermee onderschrijven zowel de recente “New deal” van minister Vandenbroucke als het Visiedocument van Domus Medica de nood voor het uitwerken van een evenwichtig financieringsmodel dat beter kan inspelen op onder andere publieke gezondheid, preventie, patient-empowerment, intra- en interdisciplinaire samenwerking.[11,12] Preventie krijgt steeds meer aandacht in onze samenleving en levensstijl sturing wordt steeds belangrijker voor de huisarts. Huisartsen hebben een unieke positie binnen het zorglandschap, maar hebben momenteel onvoldoende impact op beleid. [1,2,10,12] Eén van de genoemde ambities is dat huisartsen zowel lokaal als (inter)nationaal proactief over gezondheid meedenken en adviseren, op maat van de noden en wensen van patiënten.[11,12] De verklaring van Astana ondersteunt het betrekken van individuen, gemeenschappen en de maatschappij bij het ontwikkelen en implementeren van beleidsplannen die een impact op de gezondheid hebben.[2]

Om individuen en gemeenschappen in dergelijke beleidsplannen te betrekken, is het noodzakelijk te achterhalen wat de noden en wensen van patiënten over de rol van health advocate daadwerkelijk zijn.
Tot op heden hebben weinig studies deze verwachtingen belicht. De studies die wel aandacht hadden voor het patiënten perspectief focusten voornamelijk op individuele preventie, shared decision making en toegang tot de gezondheidszorg.[13-16] We vonden geen studies die expliciet de visie van patiënten op de rol van health advocate in de gemeenschap bestudeerden.

Er zijn verschillende voordelen verbonden aan het blootleggen van de verwachtingen van patiënten en de gemeenschap met betrekking tot de huisarts als health advocate. Ten eerste helpt het ons om de hulpvragen van individuele patiënten en de gemeenschap te verduidelijken. Ten tweede kan op een meer gerichte manier ondersteuning voorzien worden voor huisartsen om deze rol uit te voeren. Tot slot kunnen huisartsen dankzij

concrete patiënten verwachtingen meer gestimuleerd worden om zich te engageren in deze rol en zo de algemene gezondheid van de bevolking naar een hoger niveau te tillen.

We richtten daarom een kwalitatieve studie op met als onderzoeksvraag: ”Wat verwachten patiënten van hun huisarts wat betreft zijn/haar rol als health advocate?”.

2. Methoden

We voerden een kwalitatief onderzoek uit naar de verwachtingen van de patiënt omtrent de rol van de huisarts als health advocate aan de hand van focusgroepen bij verschillende socio-demografisch diverse patiënten en/of sleutelfiguren in de wijk of gemeenschap. Het onderzoek werd uitgevoerd door twee huisartsen-in-opleiding, in de verdere tekst aangeduid als onderzoekers.

De keuze voor focusgroepen werd gemaakt omdat er op die manier 1) verschillende mensen tegelijkertijd geïnterviewd konden worden, 2) discussie mogelijk was in geval van verschillende meningen en 3) meer diepgang bereikt kon worden dankzij verschillende meningen en interacties tussen interviewees.[17]

Het onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie van Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent. (bijlage I)

2.1. Patiënt rekrutering

Om voldoende diversiteit bij de deelnemers te verzekeren, hanteerden we purposive sampling binnen enkele huisartsenpraktijken in Vlaams-Brabant en Limburg. De verschillende huisartspraktijken werden geselecteerd op basis van connecties die de onderzoekers hadden. Binnen de geselecteerde praktijken gingen we met behulp van de vaste artsen op zoek naar Nederlandstalige patiënten die weten wat er in de wijk of gemeenschap speelt. De techniek van doelgericht kandidaten rekruteren had de voorkeur omdat 1) zo de kans toenam dat de studiepopulatie onze onderzoeksvraag zo breed mogelijk zou kunnen beantwoorden en 2) dat we een zo groot mogelijke diversiteit in antwoorden konden bekomen door te selecteren op socio-demografisch diverse deelnemers.[18] Om extra diversiteit in antwoorden te bekomen, rekruteerden we onze studiepopulatie uit patiënten die aangesloten waren bij verschillende praktijkvormen (2 wijkgezondheidscentra, 1 groepspraktijk en 1 solopraktijk).

Inclusiecriteria voor deelnemers waren: leeftijd ouder dan 18 jaar, mondig genoeg zijn voor deelname aan een groepsinterview, bij voorkeur een sleutelfiguur in de wijk of gemeenschap. Exclusiecriterium voor deelnemers was: de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn.

Deelnemers werden telefonisch uitgenodigd en kregen nadien een bevestiging via e-mail met een uitnodigingsbrief (bijlage II) waarin de opzet en het doel van de studie nogmaals werden beschreven.

Elke focusgroep bestond uit 4 tot 8 deelnemers. Dit aantal werd vooraf zo bepaald 1) om elke deelnemer voldoende kans te geven zijn/haar mening te uiten, 2) om de duur van de focusgroepen niet te lang te maken en 3) om de drempel tot deelname zo laag mogelijk te houden. Bij het rekruteren van deelnemers werd er rekening gehouden met eventuele no-shows en werd er zodoende beperkt over-gerekruteerd. De focusgroepen werden om praktische redenen volledig in het Nederlands uitgevoerd.[19]

2.2. Opbouw van de interviews

Alle focusgroepen werden uitgevoerd door dezelfde twee onderzoekers, waarbij steeds één onderzoeker de focusgroep leidde en de tweede onderzoeker notities nam en aanvullende vragen stelde. Dit verzekerde eenlijnige systematiek en gaf de mogelijkheid om interessante gegevens uit eerdere interviews in latere interviews aan bod te laten komen.

Elk interview begon met een korte inleiding over het doel van de studie en het verloop van het interview. Deelnemers vulden een korte demografische vragenlijst in (bijlage III) en ondertekenden een informed consent (bijlage IV). Er was geen externe drijfveer voor deelname.

Vervolgens werd overgegaan tot de vraagstelling. De focusgroep discussies werden gevoerd aan de hand van enkele voorbeeldsituaties, verderop vignetten genoemd (bijlage V). De vignetten waren fictieve voorbeelden,

waarbij een opbouwende structuur werd gehanteerd. Aan de hand van de vignetten werd er een voorbeeldsituatie geschetst waarbij er eerst werd gefocust op health advocacy op individueel niveau, daarna op lokaal niveau en tot slot op gemeenschapsniveau. Er werd geopteerd voor het gebruik van vignetten om de deelnemers een concreet idee te geven over de toepassing van health advocacy in de praktijk. Bij elke situatie werd er aan de deelnemers gevraagd hoe een goede huisarts volgens hen in de beschreven situatie zou kunnen of moeten handelen en waarom. Op die manier probeerden we een zo volledig mogelijk beeld te verkrijgen van de verwachtingen van patiënten ten opzichte van de health advocate rol van de huisarts op alle niveaus.

Na het overlopen van de vignetten werd de WHO-definitie van de CanMEDS-rol van health advocate voorgelezen en toegelicht.[5] Vervolgens werd er stilgestaan bij de inhoud hiervan en de meningen en gevoelens die hierdoor bij de deelnemers naar boven kwamen.

Tijdens de focusgroep interviews gebruikten we niet de Engelse term “health advocate”, maar wel de Nederlandse vertaling “gezondheidsbevorderaar”. We hanteerden deze term, omdat alle interviews in het Nederlands werden afgenomen en we taalbarrières wilden vermijden. Het onderzoeksteam is echter van mening dat de term “gezondheidsbevorderaar” niet de volledige lading van “health advocate” dekt. Daarom wordt er in dit verdere schrijven steeds de Engelse term gehanteerd.

2.3. Data analyse

Alle interviews werden opgenomen als audiobestand op twee aparte toestellen en vervolgens letterlijk uitgeschreven door de onderzoekers. Bij het neerschrijven werden alle identificatiekenmerken verwijderd en werden de namen van de deelnemers gecodeerd. Na het uitschrijven werden de transcripten (met coderingssleutel) aan de deelnemers bezorgd voor verbetering of aanvulling van hun persoonlijke antwoorden.

De transcripten werden meermaals intensief gelezen en geïnterpreteerd door de onderzoekers. Zij codeerden de interviews door middel van thematische analyse met behulp van het softwareprogramma Nvivo. Initieel werden twee interviews door de beide onderzoekers afzonderlijk gecodeerd. Codes werden toegekend aan alle data en werden vervolgens ondergebracht in grotere groepen. In een tweede tijd werden de bekomen codes en code-structuren door de beide onderzoekers bekeken en bediscussieerd om tenslotte tot een gemeenschappelijke code-boom (bijlage VI) te komen. Deze code-boom zou na overleg met de co-promotor (L.D.L.) en promotor (P.D.) in het verdere proces gehanteerd en getoetst worden aan de bestaande literatuur. Aan de hand van de meest belangrijke codes werd er door de twee onderzoekers een samenvattende figuur opgesteld.

Na transcriptie werden de audiobestanden verwijderd. De neergeschreven en gecodeerde interviews blijven bewaard gedurende 25 jaar.

3. Resultaten

3.1. Studiepopulatie

We voerden 6 focusgroep discussies (FGD's) uit met telkens 4 tot 6 deelnemers. Een FGD duurde gemiddeld 86 minuten met een spreiding van 46 minuten tot 122 minuten. Meningen uit de laatste FGD konden allemaal ondergebracht worden onder reeds geïdentificeerde categorieën. Dit suggereerde dat we voldoende saturatie bereikten.

In totaal namen er 29 mensen deel aan de FGD's. De demografische gegevens van de deelnemers zitten vervat in tabel 1.

De deelnemers werden gerekruteerd uit 2 wijkgezondheidscentra, 1 huisartsengroepspraktijk en 1 solopraktijk in 3 verschillende stedelijke gebieden van Vlaams-Brabant en Limburg.

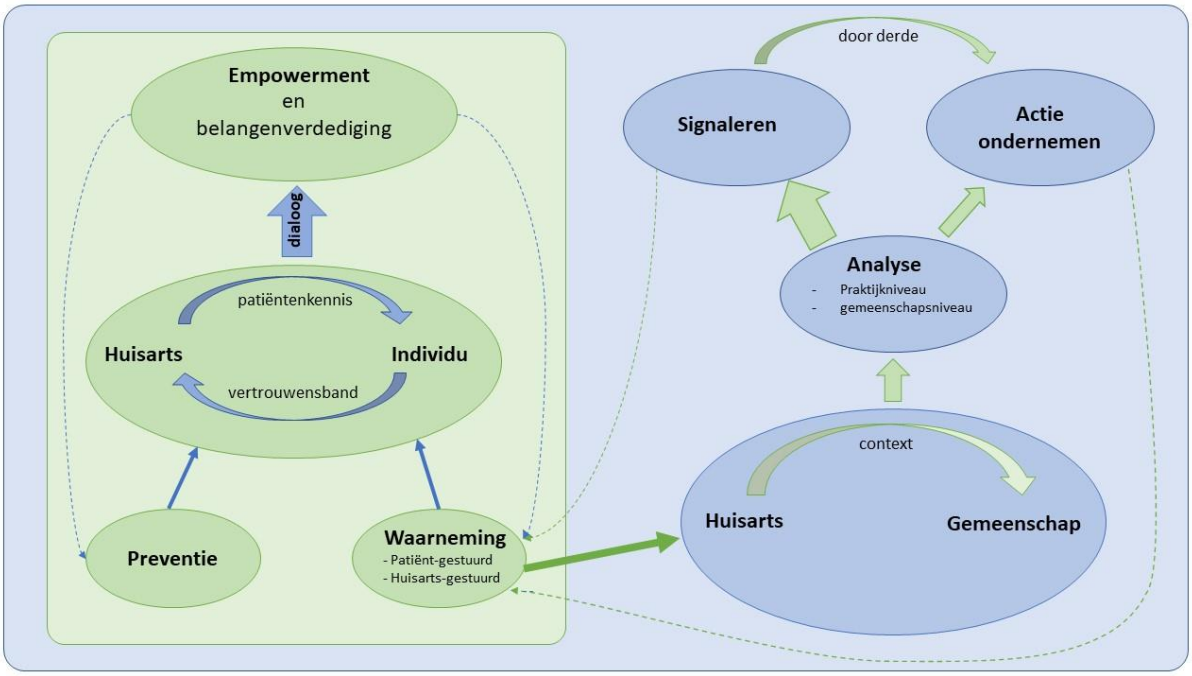
Demografisch kenmerk		Aantal (% van 29)
Geslacht	man	13 (45)
	vrouw	16 (55)
Leeftijd (jaar)	18-45	8 (28)
	46-65	11 (38)
	65-80	10 (34)
Nationaliteit	Belg	24 (83)
	Andere nationaliteit	5 (17)
Werksituatie	Student	1 (3)
	Werkend	9 (31)
	Werkloos	1 (3)
	Ziekte/Invaliditeit	3 (10)
	Gepensioneerd	11 (38)
Gezinssamenstelling	Alleenwonend	7 (24)
	Samenwonend	22 (76)
	Wel kinderen	17 (58)
	Geen kinderen	12 (41)
Financiële situatie	Erg moeilijk	0 (0)
	Moeilijk	3 (10)
	Normaal	22 (76)
	Makkelijk	3 (10)
	Erg makkelijk	1 (4)
Vaste huisarts	Ja	26 (90)
	Nee	3 (10)
Praktijkorganisatie	Solopraktijk	4 (14)
	Groepspraktijk	10 (34)
	Wijkgezondheidscentrum	15 (52)
Huisarts engageert zich buiten de praktijk	Ja	5 (17)
	Nee	1 (3)
	Weet ik niet	23 (79)

Tabel 1: Demografische gegevens van de studiepopulatie

3.2. Inhoudelijke analyse

Op basis van de thematische analyse van de FGD's hebben we de visie van de ondervraagde deelnemers over de huisarts als health advocate kunnen samenvatten (figuur 1).

Er werden door de deelnemers twee niveaus van health advocacy onderscheiden: het individuele niveau waarbij de huisarts 1 op 1 interageert met de patiënt die voor hem/haar zit en een hoger niveau waarbij de huisarts taken uitvoert met betrekking tot meerdere individuen tegelijk. Deze twee niveaus worden in figuur 1 weergegeven door twee in elkaar gelegen rechthoeken. De binnenste groene rechthoek vertegenwoordigt de taken van de huisarts met betrekking op het individuele niveau. Deze taken werden door alle deelnemers als vanzelfsprekend beschouwd. De buitenste blauwe rechthoek geeft de taken weer van de huisarts met betrekking op hoger niveau (gemeenschap en maatschappij). Over deze taken kwamen tijdens de FGD's verschillende meningen aan het licht. De twee niveaus worden met elkaar verbonden door een **pijl** die ontstaat wanneer de huisarts gelijkaardige waarnemingen doet bij meerdere patiënten



Figuur 1: de rol van de huisarts als health advocate: schematische weergave

3.2.1 Huisarts en individu

In de binnenste rechthoek zien we centraal een wisselwerking tussen de huisarts en de individuele patiënt waarbij enerzijds **kennis van de huisarts over de patiënt** en anderzijds een **vertrouwensband tussen de patiënt en de huisarts** cruciale elementen zijn. In alle FGD's werd door de deelnemers benadrukt dat het belangrijk is dat de huisarts de socio-demografische status en het karakter van de patiënt kent, om die info te kunnen gebruiken in het (h)erkennen van bepaalde factoren die onderliggend kunnen zijn aan gezondheidsproblematieken. Genoemde factoren waren: financiële status van de patiënt, werksituatie en sociale kader (zoals familie en zorg voor hulpbehoevende naasten).

> *"Ik denk dat het daarvoor goed is dat je een vaste huisarts hebt, die kent u, en door de jaren heen weet die ook wat er gaat achter zitten, hé."*

> *"Vaak weten huisartsen dat ook wel wat, hoe hun patiënten financieel ervoor staan"*

> *"...breder gaan dan puur het klassieke medische. Klassiek medisch is dan gebroken been, koorts en breder is dan de werkdruk, familiale stress. Dat zijn dingen die voor mij minder klassiek medisch zijn, maar de dag van vandaag wel heel belangrijk, in de context waarin we vandaag de dag leven."*

Door deze vertrouwensband wordt de communicatie van de huisarts naar de patiënt over bepaalde (gevoelige) onderwerpen makkelijker aangegaan. De deelnemers gaven aan dat een vertrouwensband daarnaast een belangrijke factor is in het aanvaarden van opmerkingen van de huisarts in verband met preventieve gezondheid. Opmerkingen van een nieuwe huisarts worden vaker naast zich neergelegd of kunnen zelfs weerstand uitlokken.

> *"De dokter kent zijn patiënt, dus hij weet hoe hij die moet aanpakken. Dat is ook belangrijk of de patiënt de eerste keer bij de dokter komt of niet."*

> *"Ik denk dat je meer aanneemt (van dokters die je kent). Nu zijn er verschillende nieuwe dokters. Als ik bij een nieuwe dokter zou komen, en die zegt iets over mijn gewicht op basis van het dossier, dan denk ik: 'so what, ik ben hier niet voor gekomen. Ik weet dat ik ben bijgekomen. Dat hoef ik nu niet te*

horen'. Ik denk wel dat als je dan gaat bij iemand waar je een vertrouwensband mee hebt, en die zegt dat, ja, dan neem je dat makkelijker aan."

De wisselwerking tussen huisarts en individu in het dokterskabinet wordt gestuurd door informatie uit twee bronnen: enerzijds de identificatie van gezondheidsproblemen door waarneming en anderzijds het reeds bestaande preventieve gezondheidskader.

De **waarneming** kan patiënt-gestuurd of huisarts-gestuurd zijn.
Met '**patiënt-gestuurd**' wordt bedoeld dat de patiënt een bepaald signaal geeft, waar de huisarts verder op kan inpikken. Voorbeelden die tijdens de FGD's gegeven werden, waren een patiënt die een opmerking maakt over zijn/haar vermoeidheid zonder dat dit de hoofdreden is voor de consultatie of een dreigende burn-out die de onderliggende reden kan zijn van verschillende doktersbezoeken kort op elkaar.
Huisarts-gestuurde waarnemingen zijn zaken die de huisarts opmerkt over de patiënt, waar de patiënt geen signaal over heeft gegeven. Voorbeelden die hierover werden gegeven waren: het opmerken van een abnormaal huidvlekje tijdens longauscultatie of cariës tijdens het inspecteren van een keel. Verschillende ondervraagden gaven aan dat ze het (bijna) een plicht vinden van de huisarts om alert te zijn en om hun patiënten te wijzen op een bepaald gezondheidsrisico, onafhankelijk van de reactie die hierdoor bij de patiënt uitgelokt zou kunnen worden.

"Ik denk bijvoorbeeld als je, als je voor iets rap komt hè, en in de conversatie zeg je dan: 'Ja, de laatste tijd voel ik mij moe'. Dan vind ik dat een dokter daar moet op springen om daar proberen uit te vissen, 'Hoe komt dat dat ge de laatste tijd heel moe zijt?'. Dat heeft niks meer te maken met die wrat, hé. Maar als de patiënt een signaal geeft, moet de dokter daarop springen."

"Zelfs al kent hij zijn patiënten en weet hij dat de patiënten het niet gaan appreciëren, vind ik dat hij dat tóch moet zeggen."

"Ik vind dat als de huisarts iets merkt, dat die dan bijna verplicht is om iets te zeggen. Als je met de auto naar de garage gaat voor probleem X en de garagist ziet een probleem aan de remmen, dan zegt die daar ook liefst iets van. Dat is voor de veiligheid, hé. Voor preventie, ik denk toch wel dat dat bijna moet eigenlijk."

Het bestaande **preventieve gezondheidskader** duidt op de parameters en onderzoeken die tot nu toe door hogere gezondheidsinstanties worden aangereikt. We denken hierbij onder andere aan de richtlijnen rond bloeddruk, BMI, rookgedrag, alcoholgebruik en de bestaande bevolkingsonderzoeken rond baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker.

Uiteraard is de opdeling van deze twee pijlers niet zwart-wit, maar worden waarnemingen gestuurd door geïnternaliseerde kennis en verwachtingen van huisarts en patiënt. De huidige maatschappelijke aandacht voor levensstijl en het bestaan van bepaalde kankerscreeningsprogramma's bepalen mede de manier waarop artsen en patiënten preventieve zorg invullen.

De interactie tussen huisarts en patiënt heeft, in de visie van de huisarts als health advocate, het doel om bepaalde gezondheidsproblemen aan te kaarten. Centraal hierbij staat de **dialoog** die hier door de arts als een tool gebruikt wordt om tot actie over te gaan en de patiënt op gepaste wijze te empoweren. Communicatie zit verweven in alle taken die de huisarts moet uitvoeren. De taal die de arts gebruikt moet hierbij respectvol en aangepast zijn aan de taal- en gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

"Die dokter gebruikte zo veel medische termen. Ik verstond dat ook niet, ik heb drie keer moeten vragen wat de dokter bedoelde. Dat kon die collega nooit verstaan, die sprak wel Nederlands, maar niet zo goed. Voor een gewone mens is medische taal soms al Latijn. Dat bedoel ik met communicatie. Dat is wat die collega tegen mij zei na het doktersbezoek: 'Als jij meegaat heb ik een hele andere consultatie.'."

Wat tijdens de FGD's regelmatig terugkwam over communicatie is dat de arts hiermee een veilige en open omgeving moet creëren om alle onderwerpen bespreekbaar te maken. Het is daarna steeds aan de patiënt om het mandaat te geven hierin mee te gaan of niet. Zoals eerder aangehaald, wordt de communicatie tussen arts en patiënt vergemakkelijkt door enerzijds de kennis van de arts over de patiënt en anderzijds de vertrouwensband tussen de patiënt en arts. Hoe groter het vertrouwen van de patiënt in de arts, hoe gemakkelijker de eerste adviezen van de laatste toelaat en opvolgt.

> *"Ik denk dat het wel de verantwoordelijkheid is voor de huisarts om iemand daarover aan te spreken en de situatie te bevragen, en dan is het aan de patiënt om te kiezen of die daar iets mee doet."*
>
> *Deelnemer 1: "De deur openzetten..."*
> *Deelnemer 2: "...en kijken of dat de patiënt mee binnenstapt."*

Empoweren van de patiënt omvat deze te informeren, aan te zetten tot actie en handvaten aan te reiken om de eigen gezondheid te managen. Deze drie elementen kunnen worden gezien als drie verschillende fases waarbij de patiënt steeds toestemming geeft aan de arts om hierop in te gaan en al dan niet de gegeven adviezen op te volgen.

> *"De deur naar het juiste pakket met de juiste middelen openzetten [...], het gesprek aangaan met de patiënten."*
>
> *"Ik denk dat je als huisarts ook een deurtje kan openen door informatie te geven over opties die er zijn, over bepaalde sociale hulp."*

In eerste instantie kan de huisarts de patiënt informeren. Dit omvat zowel informatie geven over de fysieke gezondheid en gevolgen van bepaalde aandoeningen als over de bestaande sociale kaart en de rechten van de patiënt.
Vervolgens kan de huisarts de patiënt aanzetten tot actie. Dit omvat zaken zoals het ondersteunen van de patiënt in zijn/haar gedragsverandering en de eventuele verwijzing naar een andere zorgverlener.
Het uiteindelijke doel van het informeren en aanzetten tot actie is de patiënt voldoende handvaten te geven om de eigen gezondheid te managen.

Deelnemers beseften dat er verschillen bestaan tussen patiënten, met name wat betreft gezondheidsvaardigheden en kwetsbaarheid. Bij een bepaalde groep patiënten werd dan ook gediscussieerd over de vraag of de huisarts meer moeite zou moeten doen om te empoweren, of zelfs om de **belangen van de patiënt te verdedigen** tegenover een externe partij, als de patiënt daar zelf niet toe in staat is. Dit bleek een moeilijke discussie. Veel deelnemers vonden wel dat de huisarts een extra inspanning mocht leveren, maar tegelijk werd er ook aangegeven dat zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij de patiënt mag worden gelegd.

> *"De huisartsen kennen hun patiënten, hé, die weten met wie ze te maken hebben. Sommige mensen hebben dat nodig, zo'n duwtje. [Mijn vorige huisarts] dat was mijn coach. Ik denk niet dat ik zo ver geraakt was zonder haar."*
>
> *"Ik vind dat uiteindelijk de taak van de patiënt zelf (...). Tenzij je natuurlijk in een bepaalde buurt werkt waarvan je weet dat de mensen daar (...) bijvoorbeeld de mentaliteit of de durf of de taalvaardigheid niet hebben. Als je dat weet als huisarts, ja, dan is er misschien wel zo'n morele plicht. (...) Ik vind dat je als huisarts moet proberen om zo'n persoon daaruit te helpen, om die daar extra steun in te geven. Maar niet jezelf in bochten gaan slaan."*

Ten laatste wordt er van de huisarts ook verwacht dat deze een **opvolgingsplan** met de patiënt opstelt in verband met het item waarrond de dialoog werd geopend. Dit teneinde de patiënt te kunnen blijven evalueren en coachen in zijn/haar/hun gezondheid. Zo wordt de cirkel in de binnenste rechthoek vervolledigd.

> *"Concrete afspraken maken en een eerste stap voorzien, en daarna opvolging voorzien. Opvolging vind ik heel belangrijk."*

"De huisarts moet dan eigenlijk een uitnodiging geven van: 'als je dat goed vindt, zou ik je graag nog eens zien over x tijd'."

"Opvolging. Ik denk concrete zaken afspreken. Wat spreken we af? Bijvoorbeeld terugkomen over 2 maand of 1 maand en dan ga je terug op de weegschaal staan. Om ergens te starten en daarna... misschien bij de diëtiste. Ik weet het niet, de huisarts moet ergens iets doen zodat hij de patiënt opvolgt."

3.2.2 Huisarts en gemeenschap

Wanneer er door de huisarts gelijkaardige waarnemingen gedaan worden bij meerdere individuen, kan de huisarts stappen ondernemen op een hoger niveau. Dit wordt in figuur 1 weergegeven door de buitenste blauwe rechthoek. In deze rechthoek wordt schematisch beschreven wat volgens patiënten de taken van de huisarts zijn met betrekking tot een hoger gezondheidsniveau (gemeenschap en maatschappij). Over deze taken kwamen tijdens de FGD's verschillende meningen aan het licht waarbij sommige deelnemers geen verwachtingen hadden en andere deelnemers wel.

"Ik vind dat het persoon per persoon is voor de dokter. Ik vind het niet de taak van de huisartsen dat zij ervoor zorgen dat het Vlaamse volk hun tanden poetst. Ik vind het meer een overheidstaak om daarover te informeren of preventie te doen."

"Het mag voor mij niet opgelegd worden, dat een huisarts iets meer moet doen dan het individuele niveau. Ik vind het fantastisch als het wel gebeurt, maar het mag geen verwachting of verplichting worden."

"Ideaal is de combinatie van de twee [individuele en groepsgestuurde aanpak], maar dat vind je niet in een individuele praktijk. Voordien bij mijn solo-arts, verwachtte ik dat niet van hem. Nu zit ik in een [wijkgezondheids-]centrum, dus verwacht ik wel dat die daar wat op voorlopen… Maar als individuele arts, nee."

"Ik vind die definitie [van CanMEDS health advocate] eerder een ideaalbeeld. Je kan ernaar streven om dat zo goed mogelijk te doen, maar in de praktijk lijkt me dat niet mogelijk."

De eerste pijl vertrekt vanuit een **waarneming** bij meerdere individuele patiënten in de praktijk. Dit kan opnieuw huisarts-gestuurd of (uitzonderlijk) patiënt-gestuurd zijn.

"Ik denk niet dat we moeten streven dat elk kind elk jaar zoveel keer naar de arts gaat voor elke check. Ik denk wel dat de huisarts zijn voelsprieten moet openhouden voor de mensen die je dan wel ziet."

Deze waarneming geeft input aan de huisarts voor zijn interactie met de gemeenschap. In de FGD's kwam naar boven dat de huisarts een bevoorrechte positie heeft in de maatschappij, maar dat het niet vanzelfsprekend is om iets met die positie te doen. De mate waarin een huisarts interageert met de omgevende gemeenschap en aan health advocacy zou kunnen doen, is afhankelijk van de individuele **context van de huisarts.** Deze context wordt bepaald door verschillende factoren. Factoren zoals sociaal engagement van de huisarts, praktijkorganisatie, werkbelasting van de huisartspraktijk, organisatie en financiering van het gezondheidszorgsysteem werden genoemd als factoren die een invloed hebben op de mogelijkheden voor health advocacy. Deze factoren pasten niet op overzichtelijke wijze in figuur 1 en worden daarom weergegeven in een aparte figuur (figuur 2).



Figuur 2: factoren bepalend voor de interactie huisarts-gemeenschap

Werkbelasting van de huisarts/praktijk

Een eerste bepalende factor voor de huisarts om meer of minder bezig te zijn met health advocacy op hoger niveau is de werkbelasting van de huisarts. Een algemeen idee was dat huisartsen overbelast zijn door het grote patiëntenbestand waar ze voor zorgen en de vele administratieve taken waar ze zich mee moeten bezighouden. Deze factoren zorgen ervoor dat de geïnterviewden minder hoge verwachtingen hebben ten aanzien van health advocacy op een hoger niveau dan het individuele. Het individuele patiëntencontact primeert fors op gemeenschapsgerichte interventies.

> *"Als jonge arts ergens starten, zonder te weten wat er allemaal rondom jou bestaat, dan is het moeilijk om je weg te vinden, hé. En dan ligt je hoofdtaak inderdaad in patiënten zien, want dan word je betaald. Dan is het normaal dat de rest wat naar achter gaat, denk ik."*

> *"Ik vraag me echt af in welke tijd je dat nog gaat doen als arts. Als je individueel niveau al vol zit, hoe doe je dan de rest nog?"*

> *"Ik denk dat veel huisartsen al overspoeld zijn met van alles. Werk en privéleven."*

> *"Als elke huisarts zoiets gaan aanbieden, dat er minder tijd is voor de zorg. Ik denk dat het beter is dat zo'n initiatieven via een grotere instantie gaan. Ik heb bijvoorbeeld kameraden die een sportclub hebben opgericht. Dat het dan beter die richting draait."*

> *"Ik vind dat ze dat wel moeten doen hoor, de attesten afschaffen. Dan moet de bedrijfsarts, de werkgever of de school het maar doen, niet de huisarts."*

Praktijkorganisatie

Nauw verbonden met de werkbelasting van de huisarts is de manier van praktijkorganisatie op de plek waar de huisarts werkzaam is. Deelnemers verwachtten minder van solo-artsen dan van artsen die verbonden zijn aan een groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum. Een reden hiervoor was dat de solo-arts geen collega's heeft om taken te delegeren en/of samen aan projecten te werken zoals het organiseren van infoavonden of andere groepsactiviteiten binnen de praktijkgemeenschap. Deelnemers die aangesloten zijn bij een wijkgezondheidscentrum lijken om dezelfde reden meer verwachtingen te hebben van hun huisarts wanneer het gaat om gezondheidsbevordering op hoger niveau.

> *"Als individuele huisarts kan je hier weinig mee doen, dan moet je kiezen voor een wijkgezondheidscentrum of een groepspraktijk waar je taken kan verdelen."*

> *"Maar kan een individuele arts dat doen? Als je nu een groep[spraktijk] hebt, dan heb je misschien wat meer ruimte om een aantal taakverdelingen door te voeren op dat vlak als*

daar behoefte aan is. Maar een individuele arts die dag in dag uit eh, voor zijn huishouden moet zorgen enzovoort, als het een vrouwelijke arts is? Ik denk, dat hangt ervan af, maar ik vind zeker niet dat het een kerntaak van de huisarts is."

"Omdat dat hier zo een multidisciplinair centrum is, vind ik van wel. We hebben hier een zaal, we hebben hier de mogelijkheid om dat terug nog eens te doen. Dat vind ik wel. Een huisarts op zich alleen, ja, die kunnen niet veel doen. Die kan alleen maar adviseren en preventief proberen uitleggen wat de gevolgen zijn als je niet gezond leeft."

Sociaal engagement van de huisarts

Een derde factor die volgens deelnemers meebepaalt in welke mate de huisarts health advocacy op een hoger niveau beoefent, is de mate waarin de huisarts sociaal geëngageerd is. Dit is uiteraard eigen aan de individuele huisarts en kan niet opgelegd worden. Hoe meer sociaal geëngageerd, hoe meer de deelnemers verwachten dat de huisarts zich ook engageert in health advocacy op een hoger niveau dan het individuele.

"Het hangt ook af van wie je als dokter bent: hoe sociaal bewogen ben je?"

"Ik denk dat het belangrijk is om, net zoals bij patiënten, dat de huisarts ook de vrijheid moet hebben om te doen wat hem of haar echt ligt. De huisarts mag daar zeker niet gedwongen in worden."

Beperkt bereik van de huisarts

Een andere factor die volgens de ondervraagden meespeelt, is het soort problematiek en de uitgebreidheid ervan. Hoewel de huisarts in de maatschappij een bevoorrechte positie geniet, stonden de meeste deelnemers sceptisch ten opzichte van de invloed die de huisarts kan hebben op problematieken in de gemeenschap en maatschappij. Zeer lokaal zou de huisarts nog een beperkte invloed kunnen hebben door het mobiliseren van de juiste instanties. Voor problematiek die verder reikt dan het lokale gemeenschapsniveau is de invloed van de huisarts volgens de deelnemers beperkt en wordt het nut van hier tijd en energie in te steken in vraag gesteld.

"Ik denk dat het jammer is als je dit als huisarts opmerkt, dat uw patiëntengroep veel met hetzelfde probleem kampt; dan denk ik dat je daar als huisarts weinig invloed op hebt."

"De vraag is of de huisarts iets extra moet doen omdat er veel patiënten dezelfde problematiek hebben. Als je zou zien dat het te wijten is aan de vestiging van een of ander bedrijf in de buurt, ja, dan mag hij daar wel iets aan doen."

"Dat is goed als je mensen kan mobiliseren. Ik weet niet of dit altijd in de mogelijkheden van de huisarts ligt. Ik vermoed dat sommige huisartsen daar meer toe geneigd zijn dan anderen."

"Er was ook ergens zo een wijk in het Gentse, met die sociale woningen, waar de huizen vol schimmel stonden. Als huisarts kun je daar niet veel aan doen, denk ik. Dat is politiek."

Organisatie van het gezondheidssysteem

Een laatste beperkende factor die tijdens de FGD's naar boven kwam, was dat de huidige organisatie van het gezondheidssysteem in België een eerder individualistische aanpak in de hand werkt. De meeste patiënten vinden het concept van gezondheidsbevordering op hoger niveau nuttig. Ze noemen het een verrijking en kostenbesparing voor de maatschappij. Echter zien de meeste deelnemers hun huisarts eerder als een op zichzelf werkende entiteit zonder ondersteunend/overkoepelend kader. Hierdoor blijft er, na het voltooien van gezondheidszorg op het individuele niveau, weinig tijd over voor de huisarts om aan gezondheidsbevordering op hoger niveau te werken.

"Zeer mooie visietekst [CanMEDS definitie van health advocate]. Maar ik vind alleen dat het moet geconcretiseerd worden en hoe pas je dat toe op de Belgische realiteit waarbij veel artsen nog individueel bezig zijn? En soms tijdens de corona-tijd eigenlijk ook helemaal overdonderd zijn met administratieve rompslomp, dan moet de maatschappij er ook voor zorgen dat dokters daar dan ook aan kunnen deelnemen. Ik denk dat dat in de praktijk nog onvoldoende ondersteund wordt."

"Ik denk dat [er meer mogelijk zou zijn] als de gezondheidszorg op een andere manier [georganiseerd is], minder individualistisch zou zijn, als de verantwoordelijkheid niet bij de individuele dokter zou liggen, maar dat de dokter of praktijk onderdeel is van een groter geraamte. Bijvoorbeeld, wij leerkrachten, wij zitten onder een geraamte. Wij zijn bezig met de leerlingen, maar wij zitten ook met de directie en de inspectie en een CLB en dit en dat; we zitten met van alles daarrond. Dus eigenlijk, ik ben daar vóór, dat een dokter deel uitmaakt van een groter geheel en niet op zichzelf staat, maar deel uitmaakt van een wijkgezondheids-opvatting."

Sommige deelnemers opperden spontaan de mogelijkheid om een ondersteunende en tegelijk overkoepelende functie aan te bieden voor huisartsen, in de vorm van een aanspreekpersoon. Zo kunnen huisartsen uit eenzelfde regio hun signalen doorgeven aan iemand die het netwerk kent en die iets met die signalen kan doen.

"*En misschien een aparte job creëren, buiten huisarts, iemand die specifiek misschien in aparte praktijken komt werken, zodat de huisarts dat aan die collega kan doorspelen."*

Een deelnemer maakte kort de vergelijking met de organisatie van het gezondheidssysteem in Cuba zoals deze persoon het 30 jaar geleden tijdens een reis had gezien. Hierbij werden artsen door de overheid verantwoordelijk gesteld voor de gezondheid van een bepaalde wijk en kregen zij steun van de overheid om hier proactief voor te zorgen.

"Ik ben 30 jaar geleden eens naar Cuba geweest en ik heb een wijkgezondheidscentrum bezocht. De huisartsen daar waren verantwoordelijk voor een bepaalde blok, om te kijken hoe de gezondheidstoestand was van mensen in een blok. [...] Dat was een meer preventief gerichte geneeskunde. De gezondheid van de populatie, daar was de arts toen verantwoordelijk voor. Terwijl in ons systeem de huisarts eigenlijk afwacht tot de patiënt afkomt. Daar was de huisarts verantwoordelijk voor een groep mensen, die moest de positieve en negatieve veranderingen in het oog houden. Dat is een ander concept van gezondheidszorg en ik vond dat positief. [...] Maar vanuit de overheid zelf was dat zo georganiseerd dat de artsen verantwoordelijk waren dat die wijk gezond blijft en dat de artsen de nodige maatregelen daarvoor moesten voorzien."

Na identificatie van de problematiek dient er vanuit de interactie huisarts-gemeenschap een **analyse** te gebeuren alvorens er actie kan worden ondernomen. De focusgroep-deelnemers identificeerden twee verschillende niveaus waarop deze analyse kan plaatsvinden. Het eerste niveau is een **analyse op praktijkniveau**. Enkele patiënten gaven aan dat deze analyse in handen van de huisarts kan blijven, maar dat het misschien eerder een taak voor externe/ondersteunende spelers is. Wanneer de analyse op praktijkniveau gedaan is, kan de huisarts de bevindingen toetsen aan de ervaringen van andere huisartsen of eerstelijnswerkers in dezelfde **gemeenschap**. Eén van de ondervraagden leek te verwachten dat alle huisartsen toegang hebben tot een centrale databank van gezondheidsgegevens.

"Moest de huisarts plots een bepaald type kanker zien opduiken of dingen die meer dan gemiddeld voorkomen, of daar eens data-analyse op loslaten vooraleer dat je zelf daar iets aanvoelt dat kan soms ook dingen boven brengen waar dat je eerst niet aan denkt. Ik denk dat dat wel een heel interessante taak is, om zoiets zelfs bijvoorbeeld in Leuven als groep te doen."

"Het is niet omdat jij dat in jouw praktijk ziet, dat dat ook in andere praktijken zo is. (...) eens kijken welke info je al hebt, qua gezondheidsgegevens in een databank ofzo, en kijken of je zo'n trend daar ook ziet."

"Nu, in de moderne praktijk, met zo veel hulpmiddelen, kunnen er wel trends geanalyseerd worden. Maar ik vind dat niet de taak van de huisarts."

Vanuit de analyse kan de huisarts overgaan tot actie**.** Er werden twee soorten actie geïdentificeerd door de deelnemers: signaleren en actie ondernemen.

In quasi alle FGD's werd er veel belang gehecht aan de **signaalfunctie** van de huisarts. Hiermee wordt bedoeld dat de huisarts, bij het waarnemen van bepaalde problemen, goed geplaatst lijkt te zijn om dit te signaleren naar externe instanties zodat die daar iets mee kunnen doen. Volgens de deelnemers kan signalering gebeuren naar andere eerstelijnswerkers op lokaal niveau, zoals de lokale maatschappelijk werkers, het OCMW, de scholen en het gemeentebestuur, maar kan ook gebeuren naar hogere niveaus zoals overheidsinstanties en politici. Het signaleren van gezondheidsproblematiek naar hogere niveaus wordt door veel geïnterviewden gezien als een belangrijke taak om de algemene bevolkingsgezondheid te verbeteren.

"Huisartsen moeten zich niet bezighouden met het luik van iets uit te voeren, maar wel signaleren. Als er bepaalde trends in de samenleving zijn, dan is dat hun verantwoordelijkheid dat ze dat signaleren, en dan zijn er andere partners in de samenleving die daarmee aan de slag kunnen."

"Inwerken op samenhangende problemen met de gezondheid, met huisvesting, met roken, met het aanbevelen van preventie... dat heeft wel iets. Je kan dat individueel aanpakken bij iedere patiënt afzonderlijk, dit moet je als huisarts zeker doen. Of je kan kijken of er geen manieren zijn om dat meer collectief aan te pakken, tja, maar dan moet je mensen bereid vinden om daar tijd in te investeren. Als individuele huisarts kan je dat natuurlijk wel signaleren, maar om dan zo'n actiegroep te vormen, tja, we zijn daar niet tegen, maar dat is niet evident om dat te doen, hé."

"Het verhaal van iets multidisciplinair misschien ook, waar dat een keer een gesprek met de wijkwerkers of de scholengemeenschap hier in de buurt, en dat je dan allemaal je bevindingen een keer samen legt. En dat je dus een signaalfunctie hebt om te kijken of er iets aan moet gebeuren of niet."

Naast signalering van problematiek, kan een huisarts ook persoonlijk **actie ondernemen.** Het uitdenken en organiseren van acties op praktijk- of gemeenschapsniveau werd, in tegenstelling tot signaleren, echter niet gezien als een kerntaak van de huisarts, maar eerder als een extra. Hierbij kiest de huisarts zelf hoeveel tijd en energie hij/zij hierin investeert. Of een huisarts dit doet, hangt volgens de patiënten deels af van het karakter van de huisarts en deels van de professionele context en ondersteuning van de huisarts, zoals hogerop beschreven.

"*Signaleren wel, hé. Ik denk dat dat een duidelijke taak voor de huisarts is, hé, zowel als doorverwijzen. Maar huisartsen hebben geen tijd voor actie te voeren, hé."*

Interviewer: "Moet een huisarts alleen ook zo'n dingen organiseren?"
Deelnemer: "Nee, dat vind ik te veel. Maar ik denk wel aanspreken, attent op maken, medische achtergrond meegeven.

De respons op acties op praktijkniveau verschilde tussen de FGD's. Voor sommigen was dit een compleet nieuw concept. Zij vonden het moeilijk om voorbeelden te geven van gezondheidsbevordering op een hoger niveau dan het individuele.

Andere deelnemers waren aangesloten bij een praktijk die zelf al meerdere acties op touw had gezet. Bij de vignetten over gezondheidspromotie in de gemeenschap kwamen zij vlot met voorstellen over het organiseren van infoavonden, het inrichten van een info-hoek in de wachtzaal, wandelgroepen, gezonde kooklessen en het

organiseren van bussen die in de verschillende wijken informatie verspreiden over algemene gezondheidsonderwerpen.

> *“Ik heb ooit ook eens meegedaan aan een wekelijkse groep bij een diëtiste en oefeningen bij de kine. Daar kreeg je oefeningen en hoe te letten op je eten. Ik ben toen 10 kilo afgevallen. Ik vond dat heel fijn.”*

Naast verschillen in ervaring hadden de patiënten ook een verschillende mening over het nut van acties op praktijkniveau. Sommigen juichten kleinschalige gezondheidsacties toe vanwege de mogelijkheid om een grotere groep mensen tegelijk te bereiken met algemene informatie over preventieve gezondheidsmaatregelen en gezonde levensstijl. Anderen vonden dergelijke groep-acties onpersoonlijk en niet efficiënt. Zij vonden dat je mensen met dezelfde aandoening niet over één kam mag scheren en dat iedereen een eigen aanpak nodig heeft die aangepast is aan het individu. Daarnaast ervaren zij een hogere drempel om aan groepssessies mee te doen door verlies van het vertrouwelijk één-op-één contact met de huisarts.

> *“Elke patiënt heeft zijn individuele aanpak. Het zijn individuele problematieken, je kan geen 10 man met overgewicht over dezelfde kam trekken. Een groepsgebeuren, ik denk dat dat als huisarts frustrerend is, maar dat je daar als huisarts weinig aan kan doen. Dat je best gewoon individueel kunt inlichten en streven.”*

> *"Ik denk dat je als patiënt liever hebt dat je eigen consultatie 10min langer duurt, dan dat er een blok werkuren wordt afgenomen om algemene sessies te plannen. Ik vind het belangrijk dat je voldoende tijd krijgt, alleen."*

> *Deelnemer 1: "Ik denk dat patiënten gewoon 1 op 1 met hun dokter over hun eigen dossier willen praten."*
> *Deelnemer 2: “Ja, dat lijkt mij ook vreemd om dat in een groep en niet individueel aan te pakken. Dat zou tijdswinst zijn voor de arts neem ik aan, maar als patiënt denk ik wel dat je het op prijs stelt om jouw specifiek geval te bekijken."*

Daarnaast vermeldden zij dat de moeite die wordt gestoken in het organiseren hiervan niet noodzakelijk garandeert dat een grote groep patiënten bereikt zou worden.

> *“Dat is wel een realiteit hé, als je zoiets organiseert, waarschijnlijk zijn er heel veel mensen die daar enthousiast over zijn, maar als het dan wordt toegepast of het begint, praktisch hé, dan zien we toch dat er maar weinig respons is. Spijtig, maar het is zo.”*

Die laatste groep had daarnaast ook bedenkingen over de professionele relatie tussen huisarts en patiënt. Zij zijn van mening dat er een zekere afstand moet blijven tussen arts en patiënt. Het organiseren van bijvoorbeeld wandelgroepen door de huisarts zelf zou deze afstand teniet kunnen doen. Het ontwikkelen van de ideeën voor dergelijke **acties** en de uitvoering hiervan **door derden**, andere praktijkmedewerkers bijvoorbeeld, werd beter ontvangen. Volgens de deelnemende patiënten kunnen artsen zeker deelnemen aan deze acties, maar eerder in een voorbeeldfunctie dan in een organiserende functie. Hierdoor blijft er voor de arts ook meer tijd over om zich met andere kerntaken bezig te houden. De signaalfunctie werd door de meeste patiënten meer op waarde geschat dan het voeren van actie.

> *“Ik vind wel dat er toch wat afstand tussen de patiënt en de dokter mag zijn. Als je te veel tussen de mensen komt, dan verwachten patiënten te veel van je. Dan kennen ze hun grenzen niet meer en dan gaan ze te veel eisen/vragen.”*

> *“Als elke huisarts zoiets gaan aanbieden, dat er minder tijd is voor de zorg. Ik denk dat het beter is dat zo’n initiatieven via een grotere instantie gaan.”*

Vanuit ‘signaleren’ en ‘actie’ loopt er een laatste pijl naar waarneming. Deze pijl staat voor evaluatie na het uitvoeren van opgezette acties. Hiermee is ook de cirkel in de buitenste rechthoek compleet.

> *“Misschien ook opvolgen, zien voor en na een campagne, of het werkt.”*

3.2.3 Politiek engagement van de huisarts

Een item dat niet is opgenomen in de figuur, maar wel ter sprake kwam in de FGD’s, is het topic van de huisarts in de politiek. Hoewel engagement geapprecieerd werd, wekte dit onderwerp bij veel deelnemers eerder negatieve gevoelens en bedenkingen op. Angst en ongemak was een gevoel dat bij veel deelnemers opkwam. Er was angst dat politiek engagement van de huisarts polariserend kan werken, terwijl een huisarts juist verbindend zou moeten werken. Veel deelnemers waren daarnaast bang voor schade aan de vertrouwensband tussen arts en patiënt wanneer beiden (openlijk) een andere politieke kleur zouden hebben. De algemene opinie in de FGD’s was dat een arts aan politiek mag doen, indien de arts dit wenst, maar dat politiek en huisartsenpraktijk strikt gescheiden moeten blijven. De huisartsenpraktijk mag niet gebruikt worden om stemmen te ronselen. Een aantal deelnemers vermeldden zelfs dat ze niet meer naar een arts zouden teruggaan indien er in de praktijk openlijk reclame wordt gemaakt voor een politieke partij.

> *“Politiek verdeelt soms de mensen. Niet dat ik tegen politiek ben, helemaal niet, maar in een patiënten praktijk moeten we zo veel mogelijk verbinding leggen.”*

> *“Een arts die in de politiek zit, kan inderdaad een hypotheek leggen op die vertrouwensrelatie. Als je als patiënt dacht dat je iemand/arts goed begreep, maar die blijkt dan een bepaalde politieke kleur heeft, dan verandert dat misschien wel, he.”*

> *“Als ik bij een huisarts kom en daar hangen affiches van een bepaalde partij, dan kom ik waarschijnlijk niet meer terug.”*

Een tweede veel voorkomende bedenking was het tijdsbestek dat een politieke carrière met zich meebrengt. Het is voor patiënten belangrijk dat hun huisarts toegankelijk en bereikbaar is en voldoende tijd heeft om goede zorgen te leveren. Een politieke carrière zou hier een hypotheek op kunnen leggen. Veel deelnemers waren van mening dat de combinatie van de beide carrières niet haalbaar is en dat een arts zich moet focussen op één van de twee.

> *“Ik zou liever hebben dat een huisarts de keuze maakt: ofwel huisarts of politiek, maar niet allebei. Als de huisarts denkt dat hij qua publieke gezondheid meer kan doen in de politiek, dan moet hij overstappen. Daar heb ik geen enkel probleem mee. Maar om ze alle twee te combineren, daar moet de tijd nog voor zijn.”*

> *“Een dokter heeft geen 40 uren week, he. Dat zijn er 80 of 100, hé. Een politieker heeft dat ook niet, hé. Er zijn maar zoveel uren in een dag, komt nooit goed.”*

De initiële reacties van heel wat deelnemers waren eerder negatief over dit onderwerp. Dit leek voort te komen uit negatieve ervaringen, uit vrees dat politiek geëngageerde huisartsen minder tijd zouden hebben voor hun patiënten en door het negatieve imago van de Vlaamse en Belgische partijpolitiek. Uiteindelijk volgden er ook wat meer neutrale uitspraken, onder voorbehoud van een goede scheiding tussen huisartsenpraktijk en politiek.

> *“Ik vind in principe dat een huisarts in de politiek mag gaan, maar hij moet een onderscheid maken tussen de politiek en zijn job.”*

De voordelen van een huisarts die zich politiek engageert, kwamen voor de FDG-deelnemers vooral neer op de mogelijkheid om medische expertise op een hoger niveau te kunnen implementeren en om

gezondheidsproblemen die in de samenleving spelen aan te kaarten. Daarnaast kan een huisarts met politiek engagement ook dienen als aansprekingspunt voor andere artsen.

> *"Ik zou eerder denken: als een arts in de politiek stapt, dat die arts ervoor zorgt dat die zich openstelt om het aanspreekpunt te zijn voor alle andere artsen. Dat alle artsen iemand hebben waarvan dat ze weten dat die ook bezig is met gezondheid en die veel beter en sneller contact kan hebben met de juiste instanties, omwille van dat die in de politiek zit."*

> *"Ik denk dat iedere bevolkingsgroep, iedere soort opleiding/beroep zou mensen moeten hebben die in de politiek aanwezig zijn"*

> *"Moet niet per sé een huisarts zijn, maar iemand met een medische opleiding kan ook. Het is niet verplicht denk ik, je kan je altijd laten adviseren he. Er zijn specialisten genoeg in België om mee samen te werken. Ik vind dat niet direct nodig, nee."*

4. Discussie

4.1. Belangrijkste bevindingen

Met deze kwalitatieve studie onderzochten we de verwachtingen van patiënten met betrekking tot de rol van de huisarts als health advocate. We bevroegen zowel verwachtingen van patiënten op individueel niveau als op gemeenschapsniveau.

Onze studie toonde aan dat patiënten vooral belang hechten aan de interactie tussen de individuele patiënt en zijn vertrouwde huisarts. Patiënten hebben de sterke verwachting dat de huisarts hen attent maakt op eventuele gezondheidsrisico's. De huisarts wordt geacht om op gepaste wijze en tijdstippen de patiënt te informeren en hem de weg te wijzen in het zorglandschap. Patiënten lieten zich eveneens positief uit over zaken die de huisarts voor zijn gemeenschap kan doen. De huisarts heeft namelijk een bevoorrechte positie in de wijk en is daardoor goed geplaatst om tendensen op te merken, te signaleren en actie te (laten) ondernemen. Patiënten vonden dat deze taken niet per sé op de schouders van de huisarts gelegd moeten worden, maar dat hiervoor andere professionals betrokken kunnen worden. Patiënten benoemen de manier van praktijkorganisatie, de werkbelasting van de huisartsenpraktijk, de organisatie en financiering van het gezondheidszorgsysteem en het engagement van de huisarts als bepalende factoren voor de mate waarin de huisarts de rol van health advocate kan opnemen. Politiek engagement van de huisarts wordt door de patiënten niet verwacht. Indien artsen zich toch politiek engageren, is het belangrijk dat de politiek gescheiden blijft van de praktijk en dat er voldoende tijd overblijft voor kwalitatieve zorg voor de patiënt.

4.2. Vergelijking met de literatuur

Tot op heden hebben weinig studies het patiënten perspectief op de (eerstelijns)gezondheidszorg belicht. De studies die hier wel aandacht voor hadden, focusten voornamelijk op individuele preventie, shared decision making en toegang tot de gezondheidszorg.[13-16] We vonden geen studies die de visie van patiënten op de rol van health advocate in de gemeenschap bestudeerden.

Daartegenover werd er een aantal jaren geleden een studie uitgevoerd die polste naar de kennis en visie van Vlaamse huisartsen over de rol van health advocate.[9] Hoewel de geïnterviewde huisartsen meer kennis van zaken hadden en zodoende meer verschillende aspecten van health advocacy konden benoemen, gaven onze ondervraagde patiënten grotendeels dezelfde krijtlijnen aan. Zo werden de vier stappen van health advocacy (identificatie, analyse, actie en evaluatie) op gelijkaardige, weliswaar indirecte, manier benoemd door onze deelnemende patiënten. Waar er in de studie van De Loose et al. verschillende niveaus van health advocacy werden benoemd (patiëntniveau, community niveau, populatieniveau, externe health advocacy), werden er bij ons slechts twee niveaus benoemd: het niveau van de individuele patiënt versus het gemeenschapsniveau.[9] De noemer gemeenschapsniveau dekt een brede lading, zijnde van de lokale wijk tot op nationaal niveau.

Op patiëntniveau zien we dat veel zaken die deelnemers benoemden als belangrijk ook in de visietekst Huisarts 2030 een prominente plaats krijgen.[12] Zo wordt in de visietekst benoemd dat het zeer belangrijk is dat huisartsen in verbinding (blijven) staan met de individuele patiënt en zijn directe leefomgeving. Er wordt opgemerkt dat preventie steeds meer leeft onder de bevolking en dat het nodig is dat de huisarts de patiënt individueel counselt.[12] Terwijl onze ondervraagde patiënten vooral focusten op de huisarts die ergens op reageert, werd in de studie van De Loose et al. ook dieper ingegaan op proactieve opsporing door de huisarts.[9] Dit kan bijvoorbeeld door systematische bevragingen en proactieve opsporing in medische dossiers. Dit was een onderwerp dat in ons onderzoek niet expliciet werd bevraagd, maar werd in één van de FGD's licht aangeraakt. We weten niet wat de mening van de deelnemers hierover zou zijn geweest.

De studie van De Loose et al., maar ook andere studies benoemden onder meer dat het voor veel huisartsen moeilijk is om de rol van health advocate in de gemeenschap op te nemen of goed te vervullen.[9,10,13,15] Huisartsen gaven aan dat handvaten en/of bevorderende omstandigheden ontbreken om zich te engageren en om individuele gezondheidssituaties te vertalen naar zorg op gemeenschapsniveau. Ook de "New Deal" van minister Vandenbroucke en het visiedocument Huisarts 2030 van Domus Medica wijzen op een onaangepast

financieringssysteem als het aankomt op zorg die verder reikt dan de muren van de consultatieruimte.[11,12] Daarnaast werd ook de noodzaak aan meer ondersteuning ten voordele van multidisciplinariteit en taakdelegatie benoemd, zowel naar andere medische beroepen als naar niet-medische beroepen toe (data-analisten, bijvoorbeeld). De noodzaak aan ondersteuning en financiële regeling voor zorg op gemeenschapsniveau wordt nog versterkt door het huidige tekort aan huisartsen. Deze factoren werden ook door onze geïnterviewde patiënten op tafel gelegd: de manier van praktijkorganisatie, de werkbelasting van de huisartsenpraktijk, de organisatie en financiering van het gezondheidszorgsysteem speelden volgens hen allemaal een rol in de mate waarin de huisarts zijn taak in de gemeenschap kan vervullen. Daarnaast hadden onze focusgroep deelnemers ook oog voor de persoonlijkheid van de huisarts en zijn sociaal engagement. Ze vonden dat een huisarts niet verplicht mag worden om iets te doen dat niet bij hem of haar past.

Wat betreft invloed op beleid, spreekt de visietekst Huisarts 2030 van een unieke positie van de huisarts binnen het zorglandschap, die op de dag van vandaag nog onvoldoende vertaald wordt in beleidsimpact.[12] Het participeren in beleidsvoering is namelijk één van de onderdelen van de rol van health advocate. Onze deelnemers waren enthousiast over de huisarts die signaleert en gezondheidsthema's positief tracht te beïnvloeden. Ze moedigen aan dat een huisarts "aan politiek doet". Tegelijk stelden ze zich vragen bij een huisarts met een politiek mandaat, gekoppeld aan een politieke partij. Velen van hen waren bezorgd om de negatieve impact die een politieke functie zou kunnen hebben op de vertrouwensband met en de beschikbaarheid van de huisarts in kwestie. Deze kritische houding werd mogelijks gekleurd door eerdere negatieve ervaringen van zichzelf of derden. We sluiten niet uit dat eerdere positieve ervaringen de discussie heel anders beïnvloed zouden kunnen hebben. We zijn van mening dat dit een volwaardig apart onderzoek topic is en buiten het bestek van deze paper valt.

Onder de deelnemers kwam een bepaalde vraag regelmatig terug: hebben huisartsen structurele overlegmomenten en signalisatie mogelijkheden over hun bevindingen uit de eerste lijn? Veel deelnemers zagen het belang hiervan in. Er bestaan verschillende instanties waar huisartsen aan zouden kunnen signaleren, maar het is onduidelijk of huisartsen deze goed weten te benutten. Momenteel zijn er enkele instanties die huisartsen samenbrengen en/of de brug slaan naar andere eerste- of tweedelijnswerkers. We zetten de huidige structuren hieronder op een rijtje.

Ten eerste zijn er de regionale lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) en huisartsenkringen waarin uitsluitend huisartsen zetelen. De LOK's bestaan uit acht tot twintig huisartsen en dienen voor bijscholing en bijhorende accreditatie. De huisartsenkringen verzamelen alle huisartsen uit één regio en fungeren als aanspreekpunt, zorgen voor de organisatie van wachtdiensten en onderhouden een samenwerking met de lokale eerstelijnszone (ELZ) en tweede lijn. Huisartsenkringen zijn daarom goed geplaatst om signalen van huisartsen te bundelen en verder te sturen. De manier waarop huisartsenkringen hun taak in preventie en signalisatie invullen, is echter niet aan bepaalde regels of financieringsvoorwaarden gebonden. Sommige huisartsenkringen zullen preventie en signalisatie belangrijker vinden dan anderen. Grotere huisartsenkringen hebben vaker meer draagvlak, meer middelen en meer personeel om bepaalde acties te ondernemen. Financiële ondersteuning voor huisartsenkringen wordt regelmatig aangevoerd vanuit het lokale bestuur. Dit suggereert dat de financiering vanuit de overheidsinstanties potentieel onvoldoende is.

Naast de huisartsenkringen zijn er de ELZ's. Dit is een relatief nieuw concept in het zorglandschap. In 2017 werd het idee van ELZ's in Vlaanderen gelanceerd, dewelke sinds 2020 actief zijn.[20] In een ELZ zitten verschillende zorgverstrekkers en zorgvragers uit een bepaald gebied samen met als doel om de werking op elkaar af te stemmen. Zij kijken ook naar de lokale zorg- en welzijnsnoden om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.[21] De bestuursorganen van de ELZ's zijn de zorgraden, die op hun beurt op (hoger) regionaal niveau en Vlaams niveau actief zijn.[22] De ELZ's hebben zodoende eveneens de tools om te signaleren. Ook hiervoor geldt dat ze niet aan bepaalde regels of financieringsvoorwaarden gebonden zijn en hun eigen prioriteiten mogen stellen. De ELZ's worden eveneens regionaal gedragen, waardoor er grote onderlinge verschillen bestaan. Op bepaalde plaatsen (bijvoorbeeld in regio Gent met de tweejaarlijkse Signalenbundel om knelpunten te signaleren[23]) wordt er veel aandacht besteed aan signalisatie, maar dit lijkt niet overal zo te zijn. Het is niet duidelijk in welke mate de ELZ's reeds gekend zijn bij de Vlaamse huisartsen en/of in welke mate

huisartsen momenteel beroep op hen doen. Daarnaast lijken niet alle ELZ's reeds voldoende operationeel om zorgverstrekkers te kunnen ondersteunen in hun rol als health advocate. Gezien hun relatief recente aanwezigheid in het Vlaamse zorglandschap kijken we uit naar wat zij in de toekomst kunnen betekenen voor de eerste lijn.

We merken op dat huisartsenkringen en ELZ's in een prima positie zitten om te signaleren vanuit het werkveld. Er zijn echter grote verschillen in de prioriteiten en mogelijkheden van lokale huisartsenkringen en ELZ's. Als signalisatie en impact op het beleid een prominentere plaats dienen te krijgen in het huisartsenberoep, is het belangrijk dat hiervoor financiële en logistieke ondersteuning wordt aangeboden.

Samenvattend kunnen we stellen dat de visie van de deelnemende patiënten grotendeels samenvalt met de visie van huisartsen en beleidsmakers. Onze deelnemers benadrukken dat de belangrijkste taak van de huisarts de zorg voor de individuele patiënt is. Wat betreft de rol op gemeenschapsniveau verwachten zij dat de huisarts signaleert waar mogelijk, maar verwachten ze verder niet dat de huisarts hier zelf actie onderneemt. Het is duidelijk dat de huisarts in de eerste plaats kort bij het individu moet staan. Verdere taken kunnen worden uitbesteed aan een multidisciplinair team.

Het feit dat de neuzen van patiënten, huisartsen en beleidsmakers in dezelfde richting staan, toont dat alle partijen voorstander zijn om meer middelen (financieel en organisatorisch) vrij te maken om huisartsen en eerstelijns praktijken in de rol van health advocate te ondersteunen. We pleiten dan ook voor een hervorming van het huidige financieringssysteem en voor het aanreiken van handvaten in de praktijk.

4.3. Sterktes en zwaktes

De 29 deelnemers werden gerekruteerd uit 2 wijkgezondheidscentra, 1 huisartsengroepspraktijk en 1 solopraktijk in 3 verschillende stedelijke gebieden van Vlaams-Brabant en Limburg. Hoewel we in verschillende praktijken en bij verschillende praktijkvormen deelnemers verzamelden, interviewden we geen patiënten uit een landelijke praktijk of uit een multidisciplinaire huisartsenpraktijk die per prestatie werkt. Tevens werden er geen patiënten geïnterviewd waarvan de huisarts politiek actief was en/of politieke boodschappen tot in de wachtzaal verspreidde.

De deelnemers werden niet ad random aangesproken, maar werden vooraf geselecteerd door de huisartsen. Dit zorgde voor een mondige groep patiënten met een goede socio-demografische spreiding, maar maakte ook dat we enige vorm van bias mogelijks accepteerden.

Gezien we een eerder beperkt aantal patiënten interviewden, is hun visie wellicht niet te extrapoleren naar de hele bevolking. Bij de laatste FGD identificeerden we echter geen nieuwe meningen of thema's meer.

Voor de uitvoering van de interviews kozen we ervoor om met voorbeeld vignetten te werken. Dit was een goede manier om deelnemers op weg te helpen en de discussie te openen. Een valkuil was echter dat het voor de deelnemers mogelijks moeilijker was om breder te denken dan de aangehaalde voorbeelden. Dit probeerden we op te vangen door de definitie van de CANMEDS-rol van health advocate nadien te bespreken. Het interview starten met de definitie voor health advocate zou aan de ene kant de deelnemers in staat hebben gesteld om diepere en meer doordachte antwoorden te geven. Anderzijds is het een zeer lijvige definitie die eveneens hun denken en antwoorden zou kunnen hebben beïnvloed.

Eén deelnemer merkte op dat hij de vragen graag vooraf had ontvangen, zodat hij vooraf reeds kon nadenken over de rol van health advocate. We kozen ervoor om niet in te gaan op die vraag, maar deelnemers kregen na deelname wel een transcript van het interview opgestuurd, waarbij ze werden uitgenodigd om opmerkingen en eventuele nieuwe inzichten met ons te delen. Er werden hier geen belangrijke aanvullingen of wijzigingen aangebracht door de deelnemers.

De verwerking van enkele FGD's gebeurde initieel door de 2 onderzoekers apart, waarbij ze elk apart een codering opstelden. De 2 onderzoekers legden nadien hun bevindingen samen en kwamen zo tot een gemeenschappelijke code structuur. Dit bood ruimte voor verschillende perspectieven en gaf een hogere kans op een volledige analyse.

5. Conclusie

Deze kwalitatieve studie onderzocht de verwachtingen van patiënten met betrekking tot de rol van de huisarts als gezondheidsbevorderaar. De studie toont dat patiënten in de eerste plaats belang hechten aan het individuele niveau. Daarnaast geven patiënten aan dat het een grote meerwaarde is dat de huisarts signalen kan oppikken uit de gemeenschap en hier aansluitend acties aan kan (laten) koppelen.

Patiënten, huisartsen en beleidsmakers lijken grotendeels dezelfde visie te hebben op de rol van gezondheidsbevorderaar, maar geven aan dat er nog veel belemmerende factoren zijn. We moedigen aan dat er op korte termijn meer middelen worden vrijgemaakt om huisartsen, en de eerstelijnszorg in het algemeen, hierin te ondersteunen.

Referentielijst

1. World Health Organisation. Declaration of Alma-Ata. [online]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471. [Accessed 22-03-2023].
2. World Health Organisation. Declaration of Astana. [online]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61. [Accessed 22-03-2023].
3. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. About CanMEDS. [online]. Available from: https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-e. [Accessed 22-03-2023].
4. Decat P, Demirören M, De Sutter A. Teaching the health advocacy role in family medicine: Trial and error. *Eur J Gen Pract.* 2019;25(4): 177-178. DOI: https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1674048
5. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS Framework: Health Advocate [online]. Available from: https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-health-advocate-e. [Accessed 22-03-2023].
6. Hubinette MM, Ajjawi R, Dharamsi S. Family physician preceptors' conceptualizations of health advocacy: Implications for Medical Education. *Acad Med.* 2014;89:1502-1509. DOI: https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000479
7. Dobson S, Voyer S, Regehr G. Perspective: Agency and activism: Rethinking health advocacy in the medical profession. *Acad Med.* 2012;87:1161-1164.
8. Carlisle S. Health promotion, advocacy and health inequalities: A conceptual framework. *Health Promot Int.* 2000;15:369-376.
9. De Loose L. De Vlaamse huisarts: een geboren health advocate?. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent; 2016.
10. MacFarlane AE. Optimising individual and community involvement in health decision-making in general practice consultatons and primary care settings: A way forward. *Eur J Gen Pract.* 2020;26(1): 196-201. DOI: https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1861245
11. Vandenbroucke F. Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk) [online]. Persbericht 17 juni 2022. Kabinet van vice-eerste minister en minister van sociale zaken en volksgezondheid Frank Vandenbroucke: Wetstraat 23, Brussel; 2022 [11/03/2023]. Available from: https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk
12. Domus Medica. Huisarts 2030: Visiedocument. [online]. Pantopicon: Antwerpen; 2022 [11/03/2023]. Available from: https://www.domusmedica.be/over-domus-medica/huisarts-2030-visiedocument
13. Cohidon C, Imhof F, Bovy L, Birrer P, Cornuz J, Senn N. Patients'and General Practitioners' Views About Preventive Care in Family Medicine in Switzerland: A Cross-sectional Study. *J Prev Med Public Health*. 2019;52:323-332. DOI: https://doi.org/10.3961/jpmph.19.184
14. Coulter A. The NHS revolution: health care in the market place: What do patients and the public want from primary care?.*BMJ*. 2005;331:1199-1201
15. Buetow SA. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. *Soc. Sci. Med.* 1995;40(2):213-221.
16. Tran VT, Riveros C, Péan C, Czarnobroda A, Ravaud P. Patients'perspective on how to improve the care of people with chronic conditions in France: a citizen science study within the ComPaRe e-cohort. *BMJ Qual Saf.* 2019;28:875-886. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008593
17. Bryman A. Social Research Methods. 4th Edition. Oxford University Press; 2012. p501-503.
18. Bryman A. Social Research Methods. 4th Edition. Oxford University Press; 2012. p418.
19. Bryman A. Social Research Methods. 4th Edition. Oxford University Press; 2012. p507.
20. Decruynaere F. "Eerstelijnszones en zorgraden: wat voorafging". [online]. Zorgnet Icuro: Brussels; 09/2020 [Accessed 21-03-2023]. Available from: https://www.zorgneticuro.be/artikel/eerste_lijn/eerstelijnszones-en-zorgraden-wat-voorafging#:~:text=%E2%80%9COp%20de%20Eerstelijnsconferentie%20van%202017,die%20het%20hele%20grondgebied%20bestrijken

21. Vlaanderen Eerstelijnszone. Wat is een eerstelijnszone?. [online]. [Accessed 21-03-2023]. Available from: https://www.eerstelijnszone.be/wat-een-eerstelijnszone
22. Vivel. Zorgraden. [online]. [Accessed 21-03-2023]. Available from: https://www.vivel.be/nl/zorgraden/
23. Beleidssignalen. Signalenbundel. [online]. Eerstelijnszone Gent: Gent. [Accessed 21-03-2023]. Available from: https://www.beleidssignalen.be/signalenbundels

Bijlage I: Goedkeuring Ethische Commissie

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
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-11406	NVT	29/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"De rol van de huisarts al health advocate in de gemeenschap: bekeken vanuit het patiëntenperspectief. Scriptie Lotte Michielsen"

B.U.N.: B6702021001220

* Adviesaanvraagformulier: dd. 22/11/2021 HAIO (manama volledig ontvangen dd. 29/11/2021)
* Begeleidende brief dd. 23/11/2021 (ontvangen dd. 29/11/2021
* Protocol: versie 2 dd. 23/11/2021
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier: versie 3 dd. 23/11/2021 voor de patiënt
* Interview Guide: ontvangen dd. 29/11/2021

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

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 7922

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

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
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-11407	NVT	29/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"De rol van de huisarts al health advocate in de gemeenschap: bekeken vanuit het patiëntenperspectief.Scriptie Desiree Schrijnemakers"

B.U.N.: B6702021001221

* Adviesaanvraagformulier: dd. 22/11/2021 HAIO (manama volledig ontvangen dd. 29/11/2021)
* Begeleidende brief dd. 23/11/2021 (ontvangen dd. 29/11/2021
* Protocol: versie 2 dd. 23/11/2021
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier: versie 3 dd. 23/11/2021 voor de patiënt
* Interview Guide: ontvangen dd. 29/11/2021

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

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 II: Uitnodigingsbrief

Jouw mening telt!



Deze studie werd opgezet in het kader van de opleiding master in de huisartsgeneeskunde van huisartsen-in-opleiding Desiree Schrijnemakers en Lotte Michielsen. Promotor en co-promotor van de studie zijn respectievelijk prof. Dr. Peter Decat en Dr. Lowie De Loose. De studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het universitair ziekenhuis Gent

Beste,

Wij zijn Lotte Michielsen en Desiree Schrijnemakers, twee huisartsen in opleiding.
Voor onze opleiding doen wij onderzoek naar de verwachtingen van u als patiënt over de verschillende taken van de huisarts als gezondheidsbevorderaar. De rol van gezondheidsbevorderaar wordt gezien als één van de belangrijkste taken van artsen, maar toch blijkt het soms moeilijk voor (huis)artsen om deze rol op te nemen.

Daarom hebben wij uw hulp voor nodig, want uw mening zeer belangrijk voor ons!

Voor ons onderzoek organiseren wij groepsinterviews en individuele interviews waarin we u aan de hand van enkele voorbeeldsituaties vragen wat volgens u de rol van de huisarts kan zijn en waarom. De groepsinterviews gebeuren in groepen van 4 tot 8 personen. Als u dit wil, kunt u op een tweede moment ook deelnemen aan een individueel interview waar er dieper wordt ingegaan op wat er tijdens de groepsinterviews gezegd is geweest. Een interview zal ongeveer 40 tot 60 minuten duren.

De interviews worden met een microfoon opgenomen (geen beeld) en worden nadien door ons uitgetypt en geanonimiseerd. Dit wil zeggen dat de namen van deelnemers worden weggelaten. Als de interviews zijn uitgetypt, krijgt u de mogelijkheid om ze na te lezen en eventueel aanpassingen te doen. De uitgeschreven interviews worden daarna door ons geanalyseerd. De geluidsbestanden worden verwijderd.

Voor de start van de interviews zal u een vragenlijst krijgen met algemene vragen over u zelf. Ook deze vragenlijst wordt anoniem verwerkt. U zal ook een geïnformeerde toestemming moeten ondertekenen waarin u verklaart dat wij u voldoende uitleg hebben gegeven over het onderzoek.

Indien u nog vragen heeft, aarzel dan niet om contact op te nemen via mail:
- lotte.michielsen@student.kuleuven.be
- desiree.schrijnemakers@student.kuleuven.be

Wij danken u alvast hartelijk voor uw deelname!

Met vriendelijke groeten,
Dr. Lotte Michielsen en Dr. Desiree Schrijnemakers

Bijlage III: Demografische vragenlijst

Beste,

Bedankt om deel te nemen aan ons onderzoek.
Voor de volledigheid vragen we u om de onderstaande vragenlijst in te vullen.
Deze gegevens worden anoniem verwerkt.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

1. Hoe oud bent u?

   ……

2. Hoe identificeert u zich?:
   - ☐man
   - ☐vrouw
   - ☐anders

3. Welke nationaliteit heeft u?

   ……

4. Wat is uw huidige werksituatie?
   - ☐ Ik werk, mijn beroep is: ……
   - ☐ Ik ben werkloos
   - ☐ Ik ben gepensioneerd
   - ☐ Andere: ……

5. Hoe is uw gezinssamenstelling?
   - ☐Ik woon alleen
   - ☐Ik woon samen met één of meerdere personen

6. Heeft u kinderen?
   - ☐Ja, ik heb …….. kinderen
   - ☐Neen

7. Hoe is uw financiële situatie?:
   - ☐Erg moeilijk
   - ☐Moeilijk
   - ☐Normaal
   - ☐Makkelijk
   - ☐Erg makkelijk

8. Heeft u een vaste huisarts?

……

9. In welk soort praktijk werkt uw huisarts?:
   - ☐Solopraktijk
   - ☐Groepspraktijk
   - ☐Medisch huis/wijkgezondheidscentrum

10. Is uw huisarts actief in de politiek?
   - ☐Ja
   - ☐Nee
   - ☐Dat weet ik niet

Bijlage IV: Informed consent

Informatiebrief voor de deelnemers aan een experiment

Titel van de studie: De rol van de huisarts in de gemeenschap

Officiële titel: De rol van de huisarts als health advocate in de gemeenschap: bekeken vanuit patiëntenperspectief

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een klinische studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger, of met andere personen van uw keuze. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan deze bundel te ondertekenen.

1 WAT IS HET DOEL VAN DE STUDIE?

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een klinische studie met als doel om na te gaan wat patiënten en hun gemeenschap verwachten van de huisarts wat betreft zijn/haar rol binnen de gemeenschap. Hiermee doelen we op specifieke handelingen en acties die de huisarts uitvoert om de algemene gezondheid in de gemeenschap waar hij/zij werkzaam is te verbeteren. Voor dit onderzoek nodigen we een diverse groep kandidaten uit die voeling hebben met wat er in de gemeenschap leeft.

De opdrachtgever van deze studie is Faculteit van Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen en meer specifiek Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent.

2 WAT HOUDT DEELNAME AAN DE STUDIE IN VOOR U?

In deze studie worden interviews afgenomen. Enkele interviews gaan in groep door, onder de vorm van focusgroepdiscussies. De meeste interviews zijn individueel. U zal gevraagd worden om aan één of enkele interviews deel te nemen.

3 HOEVEEL DEELNEMERS ZULLEN AAN DEZE STUDIE DEELNEMEN?

Er zullen in totaal een 30-tal personen aan deze studie deelnemen.

4 WAT IS DE DUUR VAN DEZE STUDIE?

De verwachte totale duur van de studie voor u is de interviewtijd met daarna de tijd die u wenst te besteden aan het doornemen van uw interview ter correctie. We verwachten dat één interview 40-60 minuten zal duren. Het doornemen van één interview ter correctie duurt wellicht 30 minuten.

5 WAT WORDT VERWACHT VAN DE DEELNEMER?

De deelnemers worden verwacht deel te nemen aan een focusgroepgesprek en/of een individueel interview.

In geval van deelname aan een focusgroepgesprek is het belangrijk dat u respectvol omgaat met de meningen van andere deelnemers.

6 WELKE PROCEDURES VINDEN TIJDENS DE STUDIE PLAATS?

6.1 Procedures:

In deze studie worden interviews afgenomen. Enkele interviews gaan in groep door, onder de vorm van focusgroepsgesprekken. De meeste interviews zijn individueel. U zal gevraagd worden om aan één of enkele interviews deel te nemen. U zal eveneens gevraagd worden om een korte vragenlijst met betrekking tot uw persoonsgegevens in te vullen, aansluitend met het interview. Achteraf krijgt u de kans het interview door te nemen en eventuele wijzigingen aan te brengen.

6.2 Studieverloop:

Indien u besluit deel te nemen aan de studie en aan alle voorwaarden voor deelname voldoet, zal u onderstaande fases doorlopen:

- Februari t.e.m september 2022: interviews in groep en/of individueel
- Februari t.e.m. november 2022: mogelijkheid tot doornemen van interview ter correctie

7 WAT ZIJN UW RECHTEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker of een behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

Uw deelname aan deze studie zal beëindigd worden als de onderzoeker meent dat dit in uw belang is. U kan ook voortijdig uit de studie teruggetrokken worden door de onderzoeker als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert.

Indien u uit de studie gehaald wordt, zullen de reeds verzamelde gepseudonimiseerde gegevens in de databank blijven voor analyse, maar er zal geen nieuwe data toegevoegd worden.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

7.1 Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1 (a) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 25 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoekers van de studie, Dr. Lotte Michielsen en Dr. Desiree Schrijnemakers (KULeuven). Het onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

7.2 Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer opdrachtgever UZ Gent BEL001889 – polisnummer opdrachtgever UGent BEL000862). Indien de onderzoeker van mening is dat er verband met de studie mogelijk is (er is geen verband met de studie bij schade ten gevolge van het natuurlijke verloop van de ziekte of ten gevolge van gekende bijwerkingen van de standaardbehandeling), zal hij/zij de aangifteprocedure bij de verzekering starten. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar. In het geval van onenigheid met de onderzoeker of met de door de verzekeringsmaatschappij aangestelde expert, en steeds wanneer u dit nodig acht, kunnen u, of in geval van overlijden uw rechthebbenden, de verzekeraar rechtstreeks in België dagvaarden (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00).

8 WAT ZIJN DE RISICO'S EN VERWACHTE VOORDELEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Uw deelname in de studie kan wel helpen om in de toekomst de gezondheidszorg te hervormen en patiënten beter te kunnen helpen.

9 ZIJN ER KOSTEN VERBONDEN AAN DE DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

10 IS EEN VERGOEDING VOORZIEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

U zult geen financiële compensatie of vergoeding van reiskosten ontvangen voor uw deelname aan deze klinische studie.

11 TOT WIE KUNT U ZICH RICHTEN IN HET GEVAL VAN PROBLEMEN OF INDIEN U VRAGEN HEEFT?

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team

Lotte Michielsen – lotte.michielsen@student.kuleuven.be

Desiree Schrijnemakers – desiree.schrijnemakers@student.kuleuven.be

Telefoonnummer secretariaat Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg UGent: 0032 9 332 36 28

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS AAN EEN EXPERIMENT

Referentienummer van de deelnemer voor deze studie	

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers aan een experiment” pagina 1 tot en met 5 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico’s en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijks willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever van de studie. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 25 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik begrijp dat mijn huisarts wordt ingelicht over mijn deelname aan deze studie.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen als ik onverwachte of ongebruikelijke symptomen ervaar. ☐

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum

Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard gedurende 25 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage V: Interview guide met vignetten

Interview guide

1. Welkom, korte voorstelling en dankwoord

Welkom allemaal en bedankt om hier vandaag aanwezig te zijn.
Wij zijn Lotte Michielsen en Desiree Schrijnemakers en wij zijn twee Huisartsen In Opleiding.
In het kader van onze opleiding doen wij onderzoek naar de verwachtingen van de patiënt naar de huisarts als gezondheidsbevorderaar. We zouden graag van u horen: 1) hoe de huisarts volgens u de gezondheid van u en van de gemeenschap kan verbeteren en 2) waarom dat volgens u wel/niet zijn/haar taak is.
We willen graag benadrukken dat we heel blij zijn met jullie medewerking en dat elke mening, van ieder van jullie, voor ons heel waardevol is. In dit gesprek zijn er geen juiste of foute antwoorden. We vragen dan ook om op een respectvolle manier met andermans mening om te gaan.

2. Praktische uitleg studie

Dit gesprek wordt met een audiobestand opgenomen en nadien uitgetypt. Hierbij wordt alles anoniem verwerkt. Dat wil zeggen dat we niet werken met jullie namen, maar dat iedere deelnemer een code krijgt. Als jullie willen, kunnen jullie achteraf de tekst nalezen en aanvullingen doen.
Na het interview zal u nog een lijst krijgen met korte vragen over uzelf, ook deze informatie zal anoniem verwerkt worden.
Tijdens het interview zal ### de vragen stellen. ### zal nota's maken.

3. Kort voorstellen van alle aanwezigen + naamkaartjes.

4. Informed consent

Om alles correct te laten verlopen, geven we nu bundeltjes met informatie over dit onderzoek door. Jullie mogen dat bundeltje rustig doorlezen en handtekenen op de laatste pagina. Ieder van jullie krijgt 2 bundeltjes: 1 bundeltje is voor jullie zelf, 1 bundeltje is voor ons.

5. Interview vragen

Tijdens dit gesprek gaan we enkele voorbeeldsituaties bespreken. Bij elke situatie horen we graag wat jullie ervan vinden. Hier komt de eerste voorbeeldsituatie:

- Vignet 0 (individueel niveau)
    - Patiënt A komt naar huisarts B om een wrat te laten verwijderen van de voetzool. Huisarts B merkt tijdens de consultatie op dat Patiënt A veel is bijgekomen sinds de laatste consultatie.
      → moet de HA hier iets mee doen? of is dat niet de taak van de HA? Waarom wel/niet?

      Huisarts B merkt dit probleem (gewichtstoename) bij meerdere patiënten in de praktijk op.
      → wat zou de HA hiermee kunnen doen?
      → moet de HA hier iets mee doen, of is dat niet de taak van de HA? waarom wel/niet?

- Vignet 1 (gemeenschapsniveau):
    - Huisarts X merkt dat er veel hoofdluizen op een school in de wijk voorkomen. →
      VERANDERING NAAR (vanaf 2e interview): Huisarts X merkt dat er veel kinderen in de wijk slechte tanden hebben.
      → wat zou de HA hiermee kunnen doen?
      → moet de HA hier iets mee doen, of is dat niet de taak van de HA? waarom wel/niet?

- Vignet 2 (wijk/externe populatie):
    - Huisarts Y merkt dat er in bepaalde wijken veel schimmel in de huurhuizen zit. Dit heeft een effect op de gezondheid van enkele patiënten.
      → wat zou de HA hiermee kunnen doen?
      → moet de HA hier iets mee doen, of is dat niet de taak van de HA? waarom wel/niet?

- Vignet 3 (gemeenschap):
    - huisarts Z gaat samen met patiënten wandelen. Een andere huisarts begint met start to run, samen met patiënten.
      → wat vinden jullie daarvan?
      → zou je graag hebben dat jouw HA zoiets organiseert? waarom wel/niet?

- Vignet 4 (externe populatie):
    - huisarts Q zit in de politiek.
      → wat denken jullie daarvan?
      → vinden jullie het belangrijk dat er HA'en in de politiek zitten? waarom wel/niet?
      → hebben jullie liever wel of liever niet dat je HA in de politiek zit? waarom wel/niet?

We hebben nu een aantal kleine voorbeelden besproken.
→ Kunnen jullie andere situaties bedenken die de HA kan doen om de gezondheid te bevorderen? Vinden jullie dat de taak van de huisarts? waarom wel/niet? Wat zou 'de ideale huisarts' doen?

- op niveau van individu
- op niveau van wijk/dorp
- op niveau van groter gebied/provincie/land

→ Hebben jullie graag dat jullie eigen HA zich met zo'n zaken bezighoudt? Waarom wel/niet?

Scenario's voorzien: wat als iedereen zegt "dit is niet de taak van de HA" of net wel → ook tegenwind kunnen bieden om argumenten pro/contra HA health advocacy aan bod te laten komen. "er zijn er die zeggen/vinden dat…"

- *pro health advocacy:*
    - *beter voor de 'totale' gezondheid van de mensen (dus niet enkel lichamelijk, maar ook psychisch, sociaal, preventief,...)*
    - *de arts empowert patiënten om hun eigen gezondheid beter te managen*
    - *de arts moet de gezondheid van mensen beschermen en ziekte zo veel als mogelijk vermijden*
    - *problemen kunnen voorkomen worden*
        - *Beter voor de individuele personen (betere gezondheid, minder financiële moeilijkheden door ziekte, dus beter leven)*
        - *beter voor de maatschappij (minder mensen op ziekenkas als ziekte wordt voorkomen, financieel)*
- *contra health advocacy:*
    - *de HA moet zich niet bemoeien met het privéleven van de mensen*
    - *De verantwoordelijkheid van de huisarts gaat enkel over lichamelijke gezondheid*
    - *De verantwoordelijkheid van de huisarts gaat enkel over zijn eigen patiënten en niet daarbuiten.*
        - *(je kan dan de bedenking maken: moeten huisartsen samenwerken om de gezondheid van een hele gemeenschap te bevorderen?)*
    - *Patiënten zijn zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid*
    - *als de HA zich hiermee bezighoudt, heeft hij/zij minder tijd om mensen op consultatie te zien*
    - *de HA wordt hier niet voor betaald*
        - *(hier kan je een discussie punt van maken: vinden jullie dat de huisarts hiervoor betaald moet worden?)*
    - *Een huisarts hoort niet in de politiek, dan kan hij niet goed voor zijn eigen patiënten zorgen*

Aanvulling met de definitie van health advocacy:

- De rol van health advocate, of gezondheidsbevorderaar, is de rol waarin artsen hun kennis en invloed gebruiken om gezondheid te bevorderen in samenwerking met patiëntenpopulatie en gemeenschappen. Hierbij werken artsen samen met patiënten om hun noden bloot te leggen, ze vertegenwoordigen hierbij de patiënten en ondersteunen de mobilisatie van middelen om verandering teweeg te brengen.

- Artsen zijn verantwoording verschuldigd aan de samenleving en erkennen hun plicht om bij te dragen om de gezondheid en het welzijn van hun patiënten, hun gemeenschappen en de bredere bevolking die zij dienen te verbeteren.
- Het verbeteren van de gezondheid is niet beperkt tot het verminderen van ziekte of trauma, maar omvat ook ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. Het verbeteren van de gezondheid omvat ook het bevorderen van gezondheidsgelijkheid, waarbij individuen en bevolkingsgroepen hun volledige gezondheidspotentieel bereiken zonder te worden benadeeld door bijv. ras, etniciteit, religie, geslacht, seksuele geaardheid, leeftijd, sociale klasse, economische status of opleidingsniveau.

Bijkomende vragen na definitie:

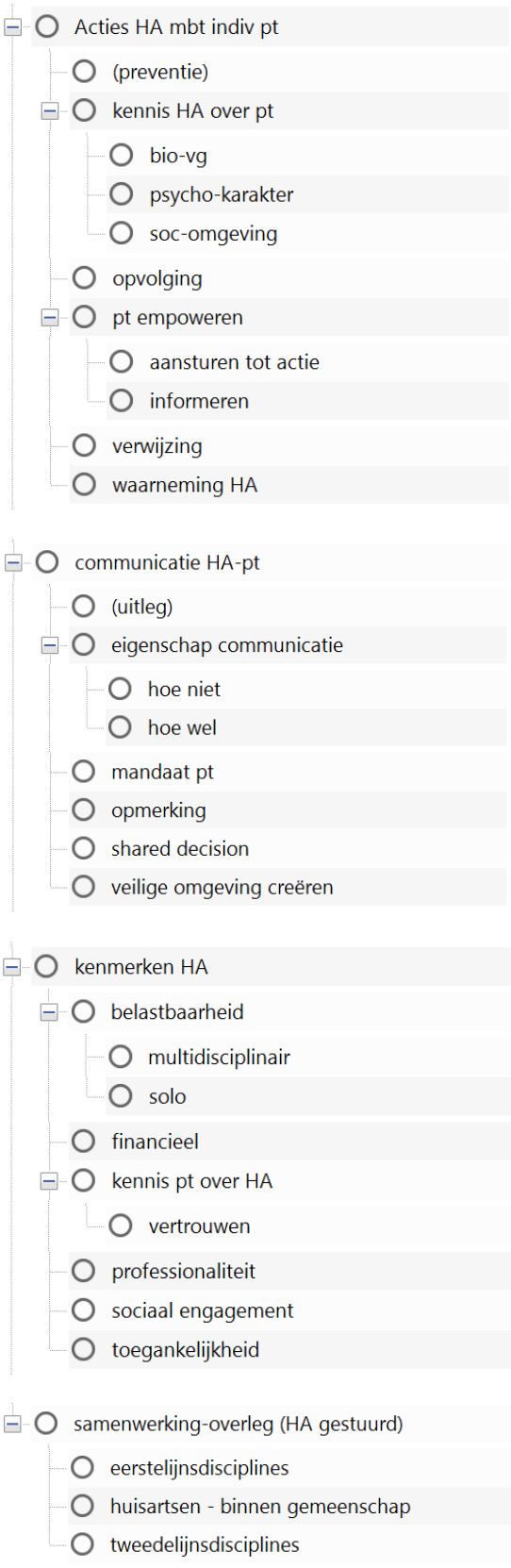
- wat vinden jullie van deze rol?
- wat vinden ze ervan dat dit een van de peilers van het artsenberoep is?

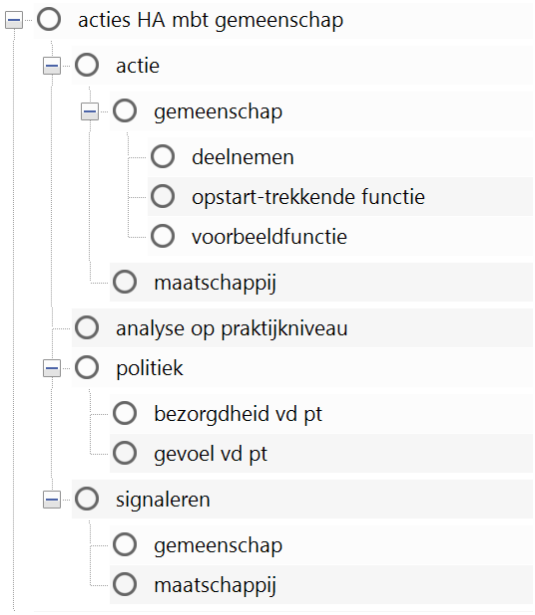
Eventueel nog aan te vullen met vragen naar standpunten die bij een vorig interview naar boven zijn gekomen. Op die manier toetsen we bepaalde ideeën af bij een grotere groep interviewees.

5. Afronding

We zijn nu aan het einde gekomen van het interview. We willen jullie graag bedanken voor jullie deelname.
Ter herinnering: al jullie gegevens worden anoniem verwerkt. Na het uitschrijven van de interviews zullen we jullie contacteren met de vraag of jullie het interview willen nalezen. Jullie mogen dan nog correcties doorgeven.
We geven nu nog een formulier door met enkele persoonlijke vragen. Ook dit wordt anoniem verwerkt.

Bijlage VI: Code boom




acties HA mbt gemeenschap
actie
gemeenschap
deelnemen
opstart-trekkende functie
voorbeeldfunctie
maatschappij
analyse op praktijkniveau
politiek
bezorgdheid vd pt
gevoel vd pt
signaleren
gemeenschap
maatschappij

Bijlage VII: Persoonlijke reflectie door Lotte Michielsen

Terugkijkend op het proces van de masterproef ben ik een tevreden student. Als ik aan anderen vertelde dat ik in weekend X of op avond Y gepland had om aan mijn masterproef te werken, kreeg ik vaak meewarige blikken. Dat laat duidelijk zien hoe de meeste mensen zo'n thesis ervaren. Ik kan gelukkig zeggen dat het voor mij meestal geen opgave was. Gedurende het hele traject van onze masterproef, van explorerend literatuuronderzoek over het opstellen van onze interviewvragen tot het verwerken van onze data, ben ik geboeid gebleven door het onderwerp. Ook nu vertel ik er nog graag over. Ik ben van mening dat we een zeer relevante onderzoeksvraag hebben gesteld en dat dit topic de komende jaren steeds meer aandacht zal krijgen. We leven in een maatschappij waarin patiënten mondiger worden en de zorg alsook de zorgwereld complexer wordt. Het lijkt me cruciaal dat er een duidelijke communicatie bestaat tussen patiënt en huisarts: wat kunnen en mogen de verschillende partijen verwachten? Onze thesis tracht al een deel van dat antwoord bloot te leggen door het bevragen van de patiënten visie op de rol van de huisarts als health advocate. Nu we dat meer op scherp hebben gesteld, kan er ook naar geluisterd en naar gehandeld worden. Dat ligt natuurlijk niet bij de individuele huisarts alleen, maar bij een uitgebreid netwerk rond de huisarts. Op microniveau heeft het invloed op hoe we onszelf als individuele huisarts of als groepspraktijk organiseren, op meso- en macroniveau vraagt het dat er wordt nagedacht over omkadering en financiering van de eerste lijn. Hoewel bij het begin van onze masterproef in het najaar van 2020 er nog geen sprake was van het visiedocument 2030 van Domus Medica en van de New Deal, leggen de deelnemers van onze interviews gelijkaardige topics op tafel. Ik denk dat het gaandeweg duidelijk is geworden dat ons thema aansluit op iets heel actueels en meestuurt richting een nieuwe visie op het huisartsenberoep. Ik denk dan ook dat onze masterproef goed getimed is om de noodzaak van "het moet anders" extra te belichten. Dankzij ons onderwerp ben ik me bovendien gaan begeven op onbekend terrein, meer bepaald de structuur van de eerstelijnszorg. Concreet kreeg ik een beter zicht op hoe huisartsen momenteel ondersteund zijn en hoe ze beter ondersteund zouden kunnen worden. Zo maakte ik kennis met de werking van de huisartsenkringen, de eerstelijnszones en Domus Medica. Dat zijn organen waar ik slechts weinig mee in aanraking kwam doorheen de opleiding. Ik vind het heel waardevol om nu een beter zicht te hebben op hun taken en op de manier waarop zij georganiseerd en gefinancieerd worden. Ik ben van mening dat dit een onderbelicht aspect is in de huisartsenopleiding. Door bezig te zijn met deze vorm van onderzoek en de implicaties voor het beleid merkte ik dat ik zowel door onderzoek als door nadenken over beleidsimpact geprikkeld werd. Ik hoop dat ik hier in de toekomst, als afgestudeerd huisarts, op een manier een steentje toe kan bijdragen. Ik zou bijvoorbeeld graag meedenken over de huisartsenopleiding, de toekomst van het huisartsenberoep en de verdere uitwerking van de New Deal. Ook zie ik mezelf een actieve rol opnemen in de huisartsenkring waar ik later terechtkom. Ik ben benieuwd welke opportuniteiten zich mogelijks nog aandienen.

Over de samenwerking met Desiree kan ik heel kort zijn: het liep fantastisch. Het was een beetje spannend om als goede vrienden aan de masterproef te beginnen, omdat zo'n gemeenschappelijk project toch druk kan leggen op de vriendschapsrelatie. Desiree en ik zaten gelukkig vaak op dezelfde lijn qua ideeën en invulling. We vonden goede afspraken belangrijk, we waren complementair in onze uitvoering van de interviews en de verwerking van de data én we waren ook nog eens een uitstekende match in het schrijfproces. We legden een paar maanden op voorhand onze gemeenschappelijke thesis-momenten en deadlines vast. Dit hielp ons om het onderwerp te blijven vasthouden en om snel te kunnen aftoetsen bij elkaar. Het feit dat we zo goed konden samenwerken, maakte dat het een aangenaam proces kon blijven voor ons allebei. Qua eigen aandeel hebben we beide zowat alle onderdelen vastgepakt. Meestal initieerde één persoon een bepaald onderdeel en diepte de ander het verder uit, om daarna opnieuw feedback te vragen aan de eerste. Dit deden we afwisselend, dus sommige onderdelen initieerde Desiree en andere onderdelen initieerde ik. Hierdoor waren we allebei goed op de hoogte van de verschillende topics. We begrepen vaak snel waar de ander naartoe wilde en konden gemakkelijk aanvullingen geven waar nodig. Ik had me geen betere samenwerking kunnen voorstellen en ik ben heel blij dat ik dit samen met Desiree heb kunnen doen.

Ik zou graag willen afsluiten met een kort dankwoord, in de eerste plaats aan Desiree voor de aangename samenwerking. Daarnaast konden we laagdrempelig terecht bij onze promotor Peter Decat en onze co-promotor Lowie De Loose. Ook aan hen een dikke dankjewel. Verder ben ik heel dankbaar voor de steun die ik kreeg van vrienden en familie. Het is mede dankzij hen dat ik deze masterproef tot een goed einde kon brengen.

Bijlage VIII: Persoonlijke reflectie door Desiree Schrijnemakers

Verloop van het groepsproces

Gedurende het hele thesisproces is de samenwerking tussen Lotte en mij zeer goed verlopen. Vanaf het begin hadden we een gelijkaardige visie op wat voor soort project we wilden uitvoeren, namelijk een project dat dieper inging op de huisarts en zijn/haar rol in de maatschappij. Dit leek ons zeer interessant, omdat de huisarts effectief een grote invloed kan hebben op het welzijn van de gemeenschap waarmee hij/zij werkt. Ook bij het uitwerken en uitvoeren van het project zaten we op dezelfde golflengte.
Gedurende het hele verloop was communicatie tussen ons helder en open en gemaakte afspraken werden nageleefd. Beiden waren we kritisch en vastberaden om het project zo goed mogelijk uit te voeren. Dit maakte dat we allebei open stonden voor constructieve feedback en kleine meningsverschillen steeds met onderbouwde argumentatie besproken werden om tot een oplossing te komen die door iedereen als de beste optie voor het project werd beschouwd.

Al vroeg in het project werd duidelijk dat onze sterktes en zwaktes elkaar complementeerden. Dit maakte dat we ons zo aanpasten dat onze individuele sterktes optimaal benut werden om de kwaliteit van het project naar een hoger niveau te tillen.
Zo werd tijdens het eerste interview duidelijk dat ik sterker was in het leiden van de interviews en het inspelen op zaken die door de deelnemers gezegd werden. Lotte was daarentegen weer sterker in het analyseren van de bekomen gegevens.
Als ik terugkijk, ben ik heel blij met hoe het project en de samenwerking met Lotte zijn verlopen. Ik had me geen betere thesispartner kunnen voorstellen!

Persoonlijke aandeel

Vanaf het begin van het project vonden Lotte en ik het zeer belangrijk dat we beiden op dezelfde lijn zaten over het onderwerp en de vormgeving van het project. Omdat we beiden erg geïnvesteerd waren in het project hebben we allebei in alle onderdelen onze hand gelegd. Onze werkwijze bestond erin dat één van ons twee een onderdeel initieerde en de ander het onderwerp verder uitdiepte waarna er weer feedback gegeven werd door de eerste persoon. Dit ging zo door tot we beiden tevreden waren over het onderdeel. Deze werkwijze hebben we op de hele thesis toegepast. Dit maakt dat we allebei onze eigen draai aan elk vlak in het eindproduct hebben kunnen geven en dat we allebei goed op de hoogte zijn van alle onderwerpen.

Persoonlijke visie

Met oog op het tekort aan huisartsen is het des te belangrijker dat huisartsen hun tijd optimaal benutten. Ik ben van mening dat de huisarts in de rol van health advocate hierin een grote rol kan spelen. Het is namelijk de rol waarin de arts het welzijnsniveau van de individuele patiënt én van de gemeenschap probeert te verbeteren door onder andere in te zetten op preventie en de patiënt te empoweren in het handhaven van hun eigen gezondheid. Ik ben van mening het verhogen van gezondheidsvaardigheden van patiënten een positieve impact heeft op de gezondheid van de patiënt en bijgevolg ook op het aantal consultaties van de individuele patiënt. Dit maakt dan weer dat deze consultaties kunnen worden ingevuld door andere patiënten.

Tijdens de literatuurexploratie op zoek naar hiaten was één van de wederkerende thema's dat health advocacy één van de belangrijkste CanMEDs-rollen is, maar dat het aan veel huisartsen ontbreekt aan handvaten om zich daadwerkelijk in te zetten op een niveau hoger dan het individuele.

Met de arts-patiëntrelatie waarin shared decision making en de steeds mondigere patiënt centraal staat word het steeds belangrijker te weten waar de patiënt waarde aan hecht wanneer het aankomt op de zorg voor hun gezondheid. Dit is cruciaal voor de zorgverlener en de zorgbehoevende om tot een gemeenschappelijke doelstelling te bekomen.

Dat patiënten veel waarde hechten aan individuele arts-patiënt contacten en preventie was weinig voor mij verrassend. Dit komt overeen met de bevinding dat artsen dit reeds als een taak in hun basispakket beschouwen. Ikzelf deel deze visie.

Wat betreft de gemeenschap, was het vooral de signaalfunctie die als belangrijkste taak van de huisarts beschouwd werd. Het ondernemen van acties mag door de arts gedelegeerd worden naar andere zorgprofessionals. Dit benadrukt het belang van een uitgebreid netwerk rond de huisarts. Deze netwerken zijn reeds uitgewerkt onder de vorm van huisartsenkringen en eerstelijnszones, maar kunnen nog verder uitgewerkt worden om optimaal benut te kunnen worden.

Het feit dat de bovenstaande inzichten door onze deelnemers op tafel werden gelegd nog vóór de publicatie van het visiedocument 2030 dan Domus Medica en de New Deal, bevestigt voor een deel nog eens de noodzaak dat er dingen in de huisartsenzorg efficiënter kunnen. En dat dit ook gevoeld wordt door de patiënten die hier ook een mening in hebben. Het bevestigt eveneens de noodzaak tot het ontwikkelen van een logistiek en financieel systeem die de huisarts in dit alles kan ondersteunen.

Door met dit onderzoek bezig te zijn werd ik geprikkeld om verder na te denken over wat ik belangrijk vind in de huisartsenpraktijk én daarbuiten. Al tijdens de opleiding was ik getriggerd door praktijk-verbeterende projecten door middel van audits. Dit onderzoek heeft me een beter zicht gegeven wat voor soort praktijkprojecten gewenst zijn door patiënten, zodat ik hiermee rekening kan houden in mijn praktijk later. Daarnaast hoop ik als afgestudeerd huisarts dit verder te kunnen uitbreiden door mijn eigen steentje bij te dragen in het verder uitrollen en verbeteren van overkoepelende instanties zoals de lokale huisartsenkringen en eerstelijnszone.

Tot slot nog een kort dankwoord aan iedereen die me heeft geholpen deze masterthesis tot een goed einde te brengen. Eerst en vooral aan Lotte voor de zeer fijne samenwerking, maar ook aan onze promotor Peter Decat en co-promotor Lowie De Loose voor hun bereikbaarheid en het delen van hun kennis over het onderwerp en ervaringen in het uitvoeren van kwalitatieve studies. Verder ben ik ook heel dankbaar voor mijn vrienden en familie die me steeds steunden doorheen het hele proces. Bedankt allemaal!