Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind?

Aline Nguyen, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dirk Devroey, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Julie Vandevenne, Vrije Universiteit Brussel

Praktijkopleiders: Veerle Van Raemdonck en Kristien Frijns

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.

I. Abstract



Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind ?

Haio: Aline Nguyen
Promotor: Prof. Dr. Dirk Devroey
Praktijkopleiders: Veerle Van Raemdonck en Kristien Frijns

Context: Elke huisarts zal ooit in contact komen met pediatrische patiënten. Maar wat doet de huisarts als zijn/haar eigen kind medische hulp nodig heeft? Meerdere instanties zoals The American Academy of Pediatrics, The American Medical Association en The American College of Physicians raden het af om medische zorg te verlenen aan familieleden. Uit enkele onderzoeken lijkt het niet ongebruikelijk dat (huis)artsen medische zorg verlenen aan hun eigen kind. Via een kwalitatief onderzoek probeer ik te achterhalen hoe huisartsen uit de Provincie Antwerpen de medische omkadering ervaren van hun eigen kind wanneer deze medische hulp nodig heeft.

Onderzoeksvraag: "Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind?"

Methode: Als eerst werd een deel van de literatuurstudie verricht. Vervolgens werd een kwalitatief onderzoek verricht aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Tien vrouwelijke en vier mannelijke huisartsen uit de Provincie Antwerpen werden geïnterviewd omtrent dit onderwerp. Voor de data-analyse werd gebruik gemaakt van een aangepaste versie van "Grounded Theory", waarbij een deel van het literatuuronderzoek al voor de data-collectie en data-analyse plaatsvond. De analyse en de interpretatie van de data werden uitgevoerd met behulp van codering. Voor de verwerking en codering van de data werd gebruik gemaakt van het computerprogramma 'Nvivo'.

Resultaten: Wanneer gepeild wordt naar adviezen rond de medische omkadering van hun kind, komen er bij de ondervraagde huisartsen voornamelijk twee meningen naar boven: Een deel van de respondenten zou het eerder adviseren om voor de kinderen van huisartsen een externe huisarts als behandelende arts aan te stellen, terwijl een andere groep het aanvaardbaar vindt om medische zorg te verlenen aan diens eigen kind zolang men objectief kan blijven en de materie binnen diens competentiegebied valt.

Conclusie: Een groot deel van de resultaten komt overheen met de literatuur. Al de deelnemende huisartsen hebben wel eens medische zorg verleend aan hun eigen kind. Wanneer de deelnemende huisartsen medische zorg verlenen aan hun kind, kan deze verschillen in vergelijking met andere patiënten in die zin dat ze minder objectief zijn in hun klinische beoordeling, dat de structuur van de consultvoering anders verloopt, dat het medisch dossier niet altijd volledig is, dat de consultaties vaak bij hun thuis gebeuren en dat ze terughoudender zijn in het voorschrijven van medicatie. Wanneer de kinderen van de huisartsen in handen zijn van een externe arts, wilt een deel van de deelnemende huisartsen graag betrokken zijn bij de medische beslissingen die voor hen gemaakt worden, terwijl een ander deel de medische beslissingen eerder overlaat aan de behandelende arts.

E-mail: Aline.Cecile.Nguyen@vub.be **ICPC-code :** Algemeen en niet gespecifieerd

II. Inhoudstafel

I. Abstract 2

II. Inhoudstafel 3

III. Inleiding 5

IV. Oriënterend literatuuronderzoek 6

1. Onderzoeksvraag en subvragen 6
2. Methode 6
3. Databanken 6
   a) Databank masterproeven ICHO 6
   b) Pubmed 6
   c) Google 7
   d) Orde der artsen 7
4. Resultaten literatuuronderzoek 7
   a) cijfers 7
   b) Wat zeggen verschillende instanties? 8
   c) Bevindingen wanneer medische zorg aan een kind wordt verleend door zijn eigen arts-ouder 9
   d) Bevindingen wanneer medische zorg aan een kind wordt verleend door een arts die niet geen verwantschap heeft met het kind 11

V. Onderzoeksmethodiek veldonderzoek 12

VI. Resultaten 14

1. Wanneer medische zorg aan het kind wordt/werd verleend door de eigen ouder 14
   a) Medische zorgverlening aan eigen kind? 14
   b) Redenen om zorg te verlenen aan eigen kind 14
   c) Ervaring bij het verlenen van medische zorg aan eigen kind 15
   d) Objectieve bril? 16
   e) Structuur van de consultaties 17
   f) Psychologische luik 18
   g) Plaats van de consultatie en/of klinisch onderzoek 18
   h) Comfort van kind bij klinisch onderzoek 19
   i) Voorschrijfgedrag en antibioticagebruik 20
   j) Invasieve handelingen 20

k) Documentatie medische gegevens 21
l) Andere huisarts voor kind? 21
2. Wanneer medische zorg aan het kind wordt/werd verleend door een arts met wie hij/zij geen verwantschap heeft 22
a) Redenen om medische zorgverlening over te laten aan andere arts 22
b) Ervaring met andere artsen die geen verwantschap hebben met de kinderen van de huisartsen 22
c) Andere medische zorg voor kinderen van (huis)artsen? 22
d) Betrokkenheid 23
3. Adviezen 24
VII. Discussie 25
VIII. Zwakten van de studie 27
IX. Sterkten van de studie 27
X. Conclusie 28
XI. Referenties 29
XII. Bijlagen 31
1. Bijlage 1 : Gunstig advies Ethisch Comité 31
2. Bijlage 2 : Goedgekeurd Protocol 34
3. Bijlage 3 : Informatiebrief 41
4. Bijlage 4: vragenlijst 42

III. Inleiding

Elke huisarts zal ooit in contact komen met pediatrische patiënten. Maar wat doet de huisarts als zijn/haar eigen kind medische hulp nodig heeft? Voorziet hij/zij de hulp dan zelf aan zijn/haar kind of laat hij/zij de zorg over aan een andere arts?

De keuze voor dit onderwerp ontstaat vanuit mijn interesse voor de rol van de huisarts wanneer deze medische zorgverlening biedt aan zijn/haar eigen familieleden. Zelf was (en is) mijn huisarts een familielid van de 2de graad. Hierdoor werd medische zorg me heel vaak door deze laatste geleverd. Als huisarts in opleiding ben ik vaak een aanspreekpunt voor medische vragen van familie en vrienden en heb ik ook al medische zorgen verleend aan deze personen. Hierdoor besef ik dat het niet altijd evident is om naasten te behandelen in vergelijking met patiënten met wie ik geen verwantschap heb. Bij mijn opzoekwerk naar dit onderwerp, heb ik ontdekt dat er al twee thesissen bestaan omtrent dit onderwerp in de databank masterproeven van ICHO. (1,2) Bij het literatuuronderzoek heb ik eveneens een artikel van een kwalitatief onderzoek gevonden over hoe huisartsen omgaan met ziekten van hun kinderen. (3) Dit onderzoek werd uitgevoerd in Frankrijk. Bijgevolg leek het me dus boeiend om een onderzoek te doen naar de ervaring van huisartsen omtrent de medische omkadering van hun eigen kind in de provincie Antwerpen.

Meerdere instanties zoals The American Academy of Pediatrics, The American Medical association en The American College of Physicians raden het af om medische zorg te verlenen aan familieleden. (4,5,6) Dit onder andere om volgende redenen: de arts kan dan niet objectief handelen(4,5,6), gevoelige onderwerpen zouden vermeden worden(5,6) en de patiënt kan zich onwennig voelen bij de uitvoering van een intiem onderzoek. (5) Naast een artikel over het al dan niet aanrekenen van erelonen aan collega's en familieleden (7), bestaan er geen andere specifieke adviezen in de Belgische Code van medische deontologie rond de ethische aspecten van medische zorgverlening aan eigen familieleden. Volgens de Code van medische deontologie heeft elke patiënt de vrije keuze om zijn arts te kiezen. Hieruit kan dus afgeleid worden dat patiënten in België medische zorg mogen verkrijgen van hun eigen ouders. (8) Uit enkele onderzoeken die werden uitgevoerd in Frankrijk en in de Verenigde Staten lijkt het niet ongebruikelijk dat (huis)artsen medische zorg verlenen aan hun eigen kind. (3,9,10)

Via dit onderzoek probeer ik te achterhalen hoeveel huisartsen medische zorg verlenen aan hun eigen kind en hoe deze verschillend/vergelijkend is ten opzichte van andere patiënten. De rol van de huisarts wordt hier eveneens nagegaan wanneer zijn/haar kind in handen is van een andere arts die geen verwantschap heeft met zijn/haar kind. Tenslotte wordt er ook gepolst naar de adviezen die huisartsen te bieden hebben als hun kind medische hulp nodig heeft.

IV. Oriënterend literatuuronderzoek

1. Onderzoeksvraag en subvragen

- De hoofdvraag voor dit onderzoek is: Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind?
- De subvragen zijn volgende:
  - ✓ Hebben huisartsen ooit medische zorg verleend aan hun eigen kind(eren)?
  - ✓ Wanneer de arts-ouder de medische zorg aan zijn/haar kind(eren) verleent, hoe is deze dan verschillend of vergelijkbaar ten opzichte van andere patiënten?
  - ✓ Wat is de rol van de huisarts als medische hulp aan zijn/haar kind(eren) wordt voorzien door een arts die geen verwantschap heeft met het kind?
  - ✓ Welke ervaringen en adviezen kunnen huisartsen geven wanneer hun kind(eren) medische hulp nodig heeft/hebben of wanneer hun kind(eren) ziek is/zijn?

2. Methode

Om antwoorden te verkrijgen op mijn onderzoeksvraag en subvragen werden artikels gezocht op de databank van masterproeven op de website van ICHO, op Pubmed en op Google. De Nationale raad van de Orde der artsen werd eveneens aangesproken via mail.

3. Databanken

a) Databank masterproeven ICHO

Initieel heb ik gebruik gemaakt van de masterproeven afkomstig uit de databank masterproeven van de ICHO-website. In de zoekbalk typte ik de term “familie” in. Deze zoekactie leverde mij tien artikels op. Op basis van de titels van de masterproeven werd geëvalueerd of deze nuttig zouden zijn voor mijn studie. Twee van de tien studies werden weerhouden om ze te includeren in mijn studie. (1,2) Deze masterproeven gaan over huisartsen die medische zorgverlening bieden aan familieleden en/of vrienden. Meerdere artikels die in hun masterproef werden vernoemd, werden eveneens gebruikt als referentie voor mijn literatuuronderzoek.

b) Pubmed

Nadien heb ik zoekopdrachten uitgevoerd op Pubmed. Hiervoor werd gebruik gemaakt van volgende MESH- termen:

- "Physicians, Family"[Mesh]) AND "Parent-Child Relations"[Mesh] : 54 resultaten
- "Physicians/ethics"[Mesh]) AND "Family"[Mesh] : 145 resultaten

Op basis van de titels van deze artikels, werd hun abstract al dan niet gelezen. De artikels waarvan de abstracten relevant leken voor mijn onderzoek werden door mezelf gelezen en al dan niet geïncludeerd voor mijn onderzoek.

c) Google

Ook Google werd gebruikt om Franstalige artikels te vinden. Hiervoor werd volgende zoekterm ingevoerd : "*médecin généraliste de son enfant."* Deze zoekactie leverde mij 10.300.000 resultaten op. Op basis van de titels van de artikels, werd twee hiervan gelezen en geïncludeerd voor mijn studie. (3,10)

d) Orde der artsen

In augustus 2021 heb ik de nationale raad van de Orde der artsen per mail aangeschreven. Hierop heeft een telefonisch gesprek plaatsgevonden met Prof. Dr. Michel Deneyer op woensdag 15 september 2021 omtrent dit onderwerp. (11)

4. Resultaten literatuuronderzoek

In totaal werden 26 artikels gevonden omtrent dit onderwerp, waarvan 24 artikels werden geselecteerd om te verwerken in mijn literatuuronderzoek.

a) cijfers

In 1990 werden 353 artsen geïncludeerd voor een studie in Iowa (US) waarbij hun ervaring bij de medische opvolging van hun eigen kinderen werd onderzocht. Slechts 3.6% van de deelnemers liet weten dat zijzelf of eventueel de andere arts-ouder de behandelende arts was van hun eigen kind. 88% van de deelnemers liet weten dat de pediater de behandelende arts was van hun kind. Echter had 74% van de deelnemers zijn eigen kind al behandeld als het ging om een acute pathologie zonder koorts (verkoudheid, diarree, braken, ..) hoewel ze niet de behandelend arts waren van het kind in kwestie. De belangrijkste reden hiervoor was het gemak. De arts-ouder kan zijn medische kennis op dat moment toepassen en zou dan minder tijd verliezen door een andere arts te betrekken. Slechts de helft van de deelnemers (47%) liet weten dat ze een klinisch onderzoek deden alvorens een behandeling op te starten. Wanneer de kinderen van de deelnemers te maken hadden met een febriele aandoening, liet de grote meerderheid (88%) hun kinderen op raadpleging komen bij hun behandelende arts. Iets meer dan de helft (56%) van de deelnemers had al antibiotica of andere medicatie voor hun eigen kind voorgeschreven. (9)

In 2015 werden 17 Franse huisartsen geïnterviewd over hun betrokkenheid als arts-ouder bij de medische opvolging van hun kind. Wanneer hun de vraag werd voorgelegd of men huisarts mag zijn van zijn eigen kind, waren de meningen verdeeld. 5 artsen waren van mening dat dit geen probleem zou mogen vormen. 4 artsen vonden dat een arts zijn eigen kind medische zorg mag verlenen, maar dat hij het kind moet doorverwijzen wanneer hij tegen zijn grenzen aanloopt. 3 deelnemende artsen waren tegenstander van het idee, hoewel ze beseften dat dit in de praktijk niet altijd haalbaar is. 2 artsen konden hierover noch een positief noch een negatief antwoord op geven. (3)

In 1997 werd via enquêtes de bereidwilligheid van arts-assistenten nagegaan om medicatie voor te schrijven voor familie en/of vrienden aan de hand van 12 hypothetische situaties. Een enquête werd

voorgelegd aan 92 arts-assistenten in interne geneeskunde en huisartsen in opleiding in het Cristiana Care Health System(Wilmington). 74 van de 92 artsen hadden de enquête ingevuld. 77 % van hen zou zelf antibiotica schrijven voor hun kind met een acute middenoorontsteking. (12)

b) Wat zeggen verschillende instanties?

Hoewel het niet ongebruikelijk is dat artsen hun eigen kinderen van medische zorg verlenen, raden verschillende instanties het eerder af om arts te zijn van eigen familieleden.

The American Academy of Pediatrics vermeldt dat het verlenen van medische zorg aan diens eigen kinderen of aan de kinderen van vrienden/familie kan leiden tot ethische moeilijkheden en een minder goede medische zorg voor het kind in kwestie. Het verlenen van de zorg aan deze patiënten is bijgevolg afgeraden. Uitzondering mogen gemaakt worden indien het gaat om kleine aandoeningen, indien het gaat om urgente situaties of wanneer men zich in een onderbemande regio bevindt waarbij de zorg onmogelijk door een andere arts gegarandeerd kan worden. (4)

Volgens de richtlijnen van the AMA Code of Medical Ethics ,opgesteld in 1993, zouden artsen geen medische zorg mogen verlenen aan directe familieleden of aan zichzelf. Ook hier kan men afwijken van de richtlijn in volgende situaties: Wanneer het gaat om minieme kortstondige aandoeningen, wanneer de betreffende patiënt zich bevindt in een medisch urgente situatie of wanneer er geen andere bekwame arts in de omgeving aanwezig is om de zorg op zich te nemen.(5)

Volgens de American College of Physicians Ethics Manuel dienen artsen te vermijden om in de dubbele rol van arts-vriend of arts-familielid te treden. Wanneer artsen verzoek krijgen om medische zorg te bieden aan personen met wie ze in eerste instantie een niet-professionele relatie hebben, zouden ze eerst alternatieven moeten zoeken voor deze personen. Indien de arts toch wenst de medische zorg op zich te nemen, dient hij dit te doen met dezelfde toewijding die hij toepast bij alle andere patiënten. Bovendien is het belangrijk dat de arts de raadplegingen goed documenteert en dat hij handelt binnen de grenzen van zijn medische expertise. (6)

In de Belgische code van medische deontologie wordt vermeld dat elke patiënt de vrijheid heeft om zijn arts te kiezen. Hieruit kan ik dus ook afleiden dat huisartsen medische hulp mogen verlenen aan hun eigen kinderen. Naast een artikel over het al dan niet aanrekenen van erelonen aan collega's en familieleden (7), bestaan er geen andere specifieke adviezen in de Belgische Code van medische deontologie rond de ethische aspecten van medische zorgverlening aan eigen familieleden. Volgens de Code van medische deontologie heeft elke patiënt de vrije keuze om zijn arts te kiezen. Hieruit kan dus afgeleid worden dat patiënten in België medische zorg mogen verkrijgen van hun eigen ouders.(8)

c) Bevindingen wanneer medische zorg aan een kind wordt verleend door zijn eigen arts-ouder

Hoewel meerdere richtlijnen het afraden om eigen familieleden en dus eigen kinderen medische hulp te verlenen, lijkt het niet ongebruikelijk dat ouders dit in bepaalde situaties toch doen. In de literatuur komen onderstaande onderwerpen naar boven wanneer een arts zijn eigen kind in behandeling neemt.

Kinderen van artsen hebben minder **vrijheid om hun eigen huisarts te kiezen en/of geïnformeerde toestemming te geven bij het verkrijgen van medische zorg.** (2, 5,13-16) Om een arts-patiënt relatie vlot te laten verlopen, is het belangrijk dat de patiënt het recht heeft om zijn/haar behandelend arts te kiezen. Tegelijkertijd heeft de arts ook het recht om te kiezen aan wie hij medische zorg verleent. Indien de patiënt een familielid is van de arts, kan het gebeuren dat hij de zorg van de arts niet altijd durft te weigeren.(5,13-15) Dit is voornamelijk van toepassing indien de patiënt het kind is van de behandelend arts. (5,15) Indien een arts een patiënt medische zorg verleent, moet hij de voor-en nadelen van elke behandeling met deze laatste bespreken. (14) Op deze manier kan de patiënt zijn toestemming geven om de betreffende behandeling of onderzoeken te mogen starten. Wanneer de patiënt een verwante is van de arts, riskeert de arts deze stap over te slaan, veronderstellende dat de patiënt-verwante automatisch zal instemmen met de behandeling.(14,16)Hoewel het raadzaam is dat minderjarige patiënten mee beslissingen nemen in hun medische behandelopties, kan hun meningsuiting bemoeilijkt worden indien de zorg wordt verleend door een ouder. (15) Als arts-ouder is het dus belangrijk om rekening te houden met deze elementen wanneer hij/zij beslist om zijn kind medische hulp te geven.

Gebrek aan objectiviteit kan een probleem vormen bij de klinische beoordeling van het kind. Wanneer de arts iemand behandelt die hem/haar na aan het hart ligt, kunnen persoonlijke emoties bij de arts ontstaan die een invloed hebben op de klinische beoordeling die de arts vormt over de aandoening van het betreffende familielid. Hierdoor loopt de arts meer risico om de gezondheid van de patiënt in gevaar te brengen. (1-6,12-22) Dit is ook het geval als je de ouder bent van de patiënt. (18) Een voorbeeld hiervan is dat een moeder-arts haar kind per vergissing een overdosis aan antihistaminica heeft toegediend omdat ze niet in staat was helder na te denken toen haar kind zelf ziek was. Bijgevolg heeft ze haar kind dan ook naar de spoed moeten brengen omwille van dit voorval. (18)

Rollenconflict als arts-ouder kan ontstaan. Wanneer een kind ernstig ziek is, kan het gebeuren dat de arts-ouder emotioneel betrokken raakt door zijn/haar relatie met het kind. Deze bezorgdheid kan dan in tegenstrijd komen te staan met de medische objectiviteit die arts dient te bewaren bij de klinische beoordeling van patiënten. (1,3,17) Indien de arts dit ervaart, is het belangrijk dat hij/zij het kind tijdig doorverwijst naar een collega-arts om de medisch zorg te over nemen.

Wanneer een arts een familielid medische zorg verleent kan het gebeuren dat hij/zij zich ongemakkelijk voelt om **gevoelige informatie** te bespreken.(1,2,5,13-17,20-22,24,25) Anderzijds kan het ook zijn dat de patiënt zich niet op zijn gemak voelt om gevoelige informatie met de arts te delen. (5,14,15) Vooral onderwerpen in verband met seksualiteit, drugsgebruik en psychologische problemen worden dan minder besproken tijdens de raadpleging. (1,8,14) Dit kan tot gevolg hebben dat de patiënt niet al de

nodige informatie met de arts meedeelt, waardoor deze laatste minder goede medische zorg kan leveren.(20)

Een **intiem onderzoek** dient niet te ontbreken indien dit nodig is. De patiënt kan zich mogelijks ongemakkelijk voelen wanneer een intiem (urologisch, rectaal en/of gynaecologisch) onderzoek wordt uitgevoerd door het familielid/de ouder.(1,3,5,6,13-18,20,24) Men moet hier zeker rekening houden wanneer de patiënt een minderjarig kind is. (5) Daarover staat dat de arts het soms zelf onaangenaam vindt om een intiem onderzoek uit te voeren bij een familielid.(13,15) Desalniettemin mag deze stap niet worden overgeslagen wanneer deze belangrijk is voor het stellen van bepaalde diagnosen. Door een urologisch onderzoek over te slaan heeft een arts-ouder ooit de diagnose van teelbalkanker gemist bij zijn zoon. Dit omdat hij ervan uitging dat hij te maken had met een bijbalontsteking toen deze klaagde van pijn aan de teelbal.(18) Wanneer de patiënt zich niet comfortabel voelt om dit onderzoek door een familielid te laten uitvoeren, is het aangewezen om hem/haar naar een andere arts door te verwijzen.(3,18)

Wanneer artsen medische zorgverlening bieden aan familie en/of vrienden en dit gebeurt in een informele context (1,2,17), worden hun bevindingen niet altijd in hun **medisch dossier** gezet. Dit heeft tot gevolg dat de externe behandelende arts van deze patiënten niet altijd op de hoogte is van hun medische voorgeschiedenis, maar ook dat hun medisch dossier dan onvolledig is. Het is raadzaam om deze bevindingen juist te noteren in het medisch dossier van de patiënt. Het is eveneens de verantwoordelijkheid van de arts-familielid om deze informatie over te dragen naar de behandelende arts.(3, 6, 9,15, 20-22)

Een wederkerende stelling in de literatuur is dat kinderen vaak **onaangename herinneringen overhouden aan behandelingen** die hen werden toegediend door hun arts-ouder. (3,18,19) Wanneer een kind een medische behandeling moet ondergaan zoals het verkrijgen van een vaccinatie of het prikken van bloed, kan dit voor hem/haar een traumatiserende ervaring zijn. (3,18,19) Enkele arts-ouders getuigden dat deze handelingen heel vlot verliepen indien zij deze zelf bij hun kinderen uitvoerden. (3) Echter laten meerdere artikels weten dat indien deze handelingen worden uitgevoerd door de ouder van het kind dat dit geen goede indruk achterlaat.(3,18,19) Het kind kan het gevoel opwekken dat hij gestraft wordt door de ouder en kan het voor het kind moeilijk zijn om de identiteit van de ouder los te koppelen van zijn rol als kwaadaardige arts. (19) Het is daarom in het algemeen afgeraden dat arts-ouders invasieve behandelingen toepassen bij hun eigen kinderen.

Uit studies blijkt dat (huis)arts-ouders over het algemeen minder **medicatie** en voornamelijk minder antibiotica voorschrijven aan hun eigen kind in vergelijking met andere patiënten. Dit is te linken aan het feit dat ze de medische evolutie van hun kind regelmatig kunnen opvolgen en tijdig een behandeling kunnen starten indien die uit de hand dreigt te lopen.(3)

d) Bevindingen wanneer medische zorg aan een kind wordt verleend door een arts die geen verwantschap heeft met het kind

Een **grote betrokkenheid** van arts-ouders kan zowel een voordeel als nadeel zijn bij de medische zorgverlening aan hun kind wanneer deze in handen is van een arts die geen verwantschap heeft met het kind. (1,3,23) Door hun medische kennis kunnen arts-ouders gemakkelijker begrijpen welke medische zorg aan hun kind wordt verleend.(3) Zij kunnen er bijgevolg ook op toezien dat de voorgestelde onderzoeken en behandelingen correct verlopen.(3) Bovendien kan de zorg voor hun kind geoptimaliseerd worden als ze bevriend zijn met de behandelende arts van het kind.(3) De arts-ouders dienen er echter op toe te zien dat hun (over)betrokkenheid niet leidt tot intimidatie van de behandelende arts van het kind, die bijgevolg het risico loopt om irrationele beslissingen te maken voor het kind. (19,23)

Arts-ouders van zieke kinderen zouden een **vlottere communicatie** met specialisten hebben wanneer ze in het ziekenhuis worden opgenomen, zeker wanneer de arts-ouder een persoonlijke band heeft met de betreffende specialist. (3)

Volgens de studie die werd uitgevoerd in Frankrijk- waarbij huisartsen werden geïnterviewd- zouden de kinderen van huisartsen **minder lange wachttijden** hebben bij een externe arts in het ziekenhuis, zou de medische zorgverlening door een externe arts voor deze kinderen met **meer aandacht** geboden worden en zouden de huisarts-ouders een invloed hebben op de **duur van hospitalisatie** van hun kind in die zin dat deze minder lang moet opgenomen worden in het ziekenhuis ten opzichte van andere patiënten.(3)

V. Onderzoeksmethodiek veldonderzoek

Als eerst werd een deel van de literatuurstudie verricht. Hierbij werd gebruik gemaakt van Pubmed, Google, de databank van masterproeven van ICHO en werd per mail een advies gevraagd via de Orde der Artsen in België. Op basis van dit literatuuronderzoek werd een deel van de vragenlijst opgesteld.

Vervolgens werd een kwalitatief onderzoek verricht aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Hierbij werd er getracht huisartsen te vinden die actief zijn in de provincie Antwerpen om hen te interviewen omtrent hun ervaring rond de medische omkadering van hun eigen kind. Voor de rekrutering van deelnemers werd beroep gedaan op de huisartsenwachtpost Antwerpen Noord en de huisartsenwachtpost Antwerpen Oost. Bij de toelichting van het project heeft iedereen een informatiebrief meegekregen met meer details over de procedure. Al de geïnteresseerde huisartsen ontvingen vervolgens een toestemmingsbrief alsook de vragenlijst. Voor de samenstelling van de steekproef werd gestreefd worden om zoveel mogelijk diversiteit tussen de deelnemers te bekomen wat betreft geslacht, leeftijd, organisatie van de praktijk, aantal kinderen, etc. Voor het onderzoek moest men voldoen aan twee inclusie-criteria: 1. Huisarts zijn 2. Minstens één kind hebben. Voor dit onderzoek waren er geen exclusie-criteria.

Na goedkeuring van het studie protocol door de Commissie Medische Ethiek UZ Brussel – VUB (EC nummer: EC-2021-413) konden de interviews plaatsvinden. De interviews werden afgenomen vanaf februari 2022 tot en met november 2022.

De interviews vonden plaats op een locatie naar wens van de geïnterviewde huisarts of aan de hand van een online video-gesprek. De interviews vonden allen plaats in de Provincie Antwerpen. De interviews hadden een gemiddelde duur van 30 minuten. De interviews die live hebben plaatsgevonden werden met een voice-recorder opgenomen. Diegene afgenomen via Teams werden opgenomen via de opnamefunctie van het betreffende computerprogramma. Achteraf werden de opnames enkel door mezelf beluisterd en getranscripteerd. Anonimiteit van de deelnemers werd te allen tijde gegarandeerd bij de neerslag van de transcripties. Na het onderzoek zullen alle opnames vernietigd worden.

In totaal werden tien vrouwelijke huisartsen en tien mannelijke huisartsen geïnterviewd. In tabel 1 vindt men de onderverdeling van de huisartsen in functie van hun socio-demografische gegevens. Bij de indeling van de tabel dient vermeld te worden dat enkele huisartsen vroeger gewerkt hebben als solo-arts en nadien in een groepspraktijk te werk zijn gegaan. Deze artsen zullen onder de categorie van “praktijkorganisatie” zowel “solopraktijk” als “groepspraktijk” aangeduid krijgen in de tabel.

Tabel 1

Huisartsen	Geslacht	Leeftijd	Aantal kinderen	Leeftijd kinderen	Gebied werkplek	Orgisatie praktijk
HA 1	Vrouw	41-55 jaar	3	6-10 jaar / 11-15 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk
HA2	Vrouw	56-67 jaar	2	>18 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk
HA3	Man	56-67 jaar	3	>18 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk
HA4	Vrouw	24-40 jaar	1	0-5 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk
HA5	Vrouw	56-67 jaar	4	>18 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk – solopraktijk
HA6	Vrouw	56-67 jaar	3	>18 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk
HA7	Vrouw	24-40 jaar	1	0-5 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk
HA8	Man	24-40 jaar	1	0-5 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk
HA9	Vrouw	56-67 jaar	4	>18 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk-solopraktijk
HA10	Man	56-67 jaar	3	>18 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk-Solopraktijk
HA11	Vrouw	24-40 jaar	2	0-5 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk
HA12	Man	41-55 jaar	3	6-10 jaar/11-15 jaar	Stedelijk gebied	Solopraktijk
HA13	Vrouw	41-55 jaar	3	6-10 jaar/11-15 jaar/16-18 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk
HA14	Vrouw	24-40 jaar	1	0-5 jaar	Stedelijk gebied	Groepspraktijk

Voor de data-analyse werd gebruik gemaakt van een aangepaste versie van “Grounded Theory”, waarbij een deel van het literatuuronderzoek al voor de data-collectie en data-analyse plaatsvond. De analyse en interpretatie van de data gebeurde met behulp van codering. Hierbij werden fragmentstukjes uit verschillende verkregen data gekoppeld worden aan codes. Op deze manier werd structuur in de verkregen data bekomen worden en konden codes met elkaar vergeleken worden. Voor de verwerking en codering van de data werd gebruik gemaakt van het computerprogramma Nvivo.

VI. Resultaten

1. Wanneer medische zorg aan het kind wordt/werd verleend door de eigen ouder

a) Medische zorgverlening aan eigen kind?

Al de geïnterviewde huisartsen gaven aan ooit al zorg te hebben verleend aan hun kind. Eén respondent gaf aan minimale medische zorg te verlenen aan haar kinderen eerder in het kader van mama zijn en dat ze bewust met haar kinderen naar een collega gaat.

> *"Euhm ja, een wondzorg thuis, maar zo een prulleke zo. Als dat als medische telt, ja dan, maar ik denk dat elke mama wel eens pijntjes verzorgt. Euhm, als het gaat over euhm ja.. Mijn zoon is prematuur, dus die is gevolgd door een pediater. Die had een liesbreuk. Die is geopereerd door de kinderarts.. Allez nee, door een chirurg in Klina. Ik ga er bewust mee naar mijn collega's."* (HA11)

b) Redenen om zorg te verlenen aan eigen kind

Gemak werd vermeld door tien deelnemers wanneer hen de vraag werd gesteld waarom ze medische zorg bieden aan hun eigen kind. Hierbij valt te stipuleren dat ze die medische zorg op zich nemen zolang het gaat over banale aandoeningen. Vanaf het moment dat de situatie ernstiger dreigt te worden, nemen ze liever een collega in vertrouwen.

> *" De redenen? Ja, als het natuurlijk geen te ernstige zaken zijn en je bent er (lacht). Ik ga niet zegggen " Ja, je hebt keelpijn. Ga maar naar de dokter." Allez, ik bedoel(..) Voor ernstige zaken zou ik misschien gemakkelijker naar de specialist gaan. Euhm, maar, ja je bent direct thuis. Da's gemak hé. Geld zal nu niet meespelen. "* (HA2)

> *"Euhm ik denk vooral het gemak. Euh ook tot nu toe (...) Dat zijn geen uitdagende consultaties geweest. Euh , ik denk dat als ik op een punt kom dat (het) heel complex of ongewoon of gevaarlijk wordt ofzo, dat ik dan wel natuurlijk de stap naar een andere (arts) ga zetten. Maar nu is het vooral het gemak. Je komt 's avonds thuis, je neemt je gerief mee, uw trousse, euhm… en je kijkt kort naar je kindje dat jou ook vertrouwt en daar niet mee in zit. Da's geen nieuw gezicht ofzo, dus vooral gemak zou ik zeggen, ja."* (HA8)

Eén arts – behorende tot de leeftijdscategorie van 56-67 jaar – liet weten dat het zorgen voor eigen kinderen de **normale gang van zaken** was toen haar kinderen nog jong waren.

> *"Eigenlijk was dat in mijn generatie de normale manier van doen. Dat zou heel raar geweest zijn als ik dat aan een andere collega had gevraagd. Dat is pas later opgekomen. Mensen die 10 jaar*

jonger zijn dan mij, daar heb ik dat wel al aan gemerkt. Moest ik in een groepspraktijk gestaan hebben, dan zou ik dat wel gedaan hebben." (HA5)

Een andere arts – eveneens behorende tot de leeftijdscategorie van 56-67 jaar- gaf vooral **tijdsgebrek** aan als argument om de medische zorg van haar kinderen op zich te nemen.

"Dan denk ik… Omdat wij werkten, werkten, werkten en ik denk niet dat ik ooit tijd heb gehad om met mijn kind naar een andere dokter te gaan. Of toch niet dat ik daar mijn tijd aan wou besteden, denk ik. Maar ook omdat ze geen problemen deden hé." (HA9)

Verder was het **vertrouwen in eigen medische kunde** ook een motief voor twee huisartsen om hun eigen kind te behandelen.

"Goh vooral uit gemak. En ja de combinatie van gemak met voldoende vertrouwen in eigenvaardigheden. Niet dat ik per se meer vertrouwen heb in mijn eigen vaardigheden, maar als ik denk dat ik het even goed kan, ja dan vind ik dat wel gemakkelijk om dat gewoon 's avonds of 's morgens of in het weekend zelf te bekijken." (HA14)

Het **comfort van de kinderen** werd aangehaald door één huisarts als reden om zorg te willen bieden aan haar eigen kinderen.

Tenslotte werd door een huisarts **geen reden** vermeld om haar kind te behandelen omdat ze verkiest om de mama te zijn van haar kinderen in plaats van hun huisarts. Dit gaat om dezelfde arts die vermeld heeft dat ze bewust met haar kinderen naar een andere arts gaat. Voor medisch advies gaat ze liever met haar kinderen op consultatie bij haar collega.

"Ik vind dat ik een mama ben en vind ik dus niet dat ik dat moet doen, tenzij huis, tuin.. Allez , ik bedoel zo. Uw kind valt op straat en je bent zelf op wandel daarmee maar ik denk niet dat dat hetgene is dat je bedoelt, hé? Euhm als mijn kind ziek is (..) Gisteren belde mijn moeder wel naar mij en mijn zoon was ziek en dus dan vraag ik aan mijn collega "Wil je alstublieft eens mijn zoon nakijken?" Waarom? Omdat ik mama wil zijn en niet dokter. Ik schrijf geen attesten voor mijn kinderen ook niet, hé. Nooit. Nog nooit gedaan." (HA11)

c) <u>Ervaring bij het verlenen van medische zorg aan eigen kind</u>

Wanneer er gepeild wordt naar hoe huisartsen het ervaren hebben om medische zorg te verlenen aan hun eigen kind, zijn de meningen verdeeld.

Vijf van de veertien geïnterviewde artsen gaven aan een **positief gevoel** te hebben gehad bij de zorgverstrekking van hun eigen kind. Wederom moet hierbij vermeld worden dit het geval is zolang hun kind niet ernstig ziek is.

"Euhm, ik heb daar eigenlijk geen problemen mee. Ik denk ook dat mijn pluis/niet-pluis gevoel,dat dat goed zit en dat ik ze op tijd durf uit handen geven ook. Dus euh, ja." (HA1)

Twee huisartsen vinden het **niet aangenaam** om medische zorg te verlenen aan hun eigen kind en kiezen er meestal voor om hun kinderen op raadpleging te laten komen bij een collega.

> *"Ja ik doe dat liever niet. Ik zeg het, als ik het eens doe, dan is het puur uit gemak omdat het gewoon iets banaal is, allez niets ernstigs. Euh, maar vanaf dat ik twijfel ofzo denk ik dat ik een afspraak bij de huisarts zou maken. Dat heeft zich gewoon nog maar heel weinig voorgedaan."*(HA7)

Vier respondenten hadden eerder een **dubbel gevoel** bij het verlenen van medische zorg aan hun eigen kind. Enerzijds weten ze dat hun kind kunnen onderzoeken en behandelen als het gaat om niet-ernstige aandoeningen, maar anderzijds bestaat er een angst om als ouder iets te missen. Dit omdat ze niet altijd even objectief kunnen zijn.

> *"Ik had zelf schrik om niet objectief te zijn of om iets te missen. Ja…Ja.. Het is niet ideaal denk ik. Maar langs de andere kant, ik zeg het, als dat voor banale virale infecties is, dan vind ik het een beetje onnozel om elke keer naar een collega te gaan voor dan een snotneus hé, allez. Dus ja, het heeft voor-en nadelen. Euhm (…) Maar als die klein waren, ging ik toch liever naar de pediater."* (HA2)

> *"Euhm, ja een heel dubbel gevoel. Enerzijds wil je wat zekerheid bieden zoals dat je voor ouders van kindjes op consultaties zou doen. Alsof dat het uw zoontje niet was. Maar als je al aan die derde dag koorts zit van 39 graden, je vindt niet echt een duidelijke focus, dan begint er ook wel een motortje te draaien van "zou het niet deze ernstige ziekte zijn of dat of zus of zo" dat er allemaal toch wel een zekere angst in je leeft van "laat ik het niet te ver komen?" Maar ja, de volgende dag is die koorts dan weg en is eigenlijk alles terug in orde. Dus, ja."* (HA8)

d) <u>Objectieve bril?</u>

Twee huisartsen zijn van mening dat ze eerder **wel een objectieve klinische inschatting** kunnen maken over hun kinderen ten opzichte van andere patiënten. Eén van deze twee respondenten gaf aan dat dit het geval is zolang het gaat om huisartsenpathologie. Wanneer het gaat om specialistische ziekten, geeft ze de zorg liever door aan een collega-specialist. De tweede respondent gaf aan dat haar kind nog niet ernstig ziek is geweest, maar dat een serieuzere aandoening haar objectiviteit mogelijks wel in de weg zou kunnen staan.

> *"Voor banale zaken zoals deze denk ik dat ik dat ik dat zelf gemakkelijk kan opnemen. Ik heb een aantal complexere situaties gehad. Mijn zoon heeft eens een keer een euh (…) Ja, als die op één jaar begon te lopen kon die ineens niet meer stappen en had die eigenlijk een euh abces in zijn knie. (Toen) dachten ze dat dat een tumor was. En dan ben ik daar wel mee toen allez euh… Ja ik had dan zelf een RX voorgeschreven en daar was een tumor op te zien en dan ben ik daar verder gegaan om advies in te winnen daar over. En dan voor mijn andere zoon, die heeft een keer gehad dat die in de klas ineens brabbeltaal begon te schrijven tijdens een dictee. Dan ben ik ook naar de kinderarts daarmee gegaan. Dus, ja ik denk voor de banale zaken gelijk otitis en*

luchtwegeninfecties enzo dat ik dat euh wel zelf objectief kan beoordelen. Daar heb ik nooit nood gehad om second opinion." (HA1)

"Ja pff, ik denk op dit moment nog niet. Allez ja die is nog zo klein. Die heeft ook nog niets ernstig meegemaakt he. Ik bedoel als die nu krakingen op haar longen zou hebben...Dan zou mij dat wel ongemakkelijk maken, maar dat hebben we dus allemaal nog niet voorgehad."(HA4)

De twaalf overige huisartsen hebben geantwoord dat ze eerder **minder objectief** zijn in hun klinische beoordeling naar hun kinderen toe in vergelijking met andere patiënten. Iets meer dan de helft van deze huisartsen (zeven respondenten) gaven vooral aan dat de toegenomen **ongerustheid** van het ouder zijn hun objectiviteit als arts kan beïnvloeden. Bijgevolg willen ze vooral geen ernstige aandoening bij hun kinderen missen.

"Neen, eigenlijk niet. Ik was de huisarts van mijn vader en dat stervensproces …Voor een stuk kan je objectief blijven, maar voor een stuk is dat ook emotioneler en da's bij kinderen ook zo. Als dat over kleine dingen gaat, dan is dat niet erg he. Als dat over een valling gaat of een ooginfectie, dan is dat niet erg he, maar als dat over iets serieus gaat, dan is dat toch wel iets anders."(HA5)

Zes deelnemers gaven aan een meer **afwachtende houding** te hanteren bij de behandeling van hun eigen kind. Bijgevolg zijn deze artsen sneller geneigd om de medische situatie van hun kinderen te minimaliseren.

"Nee, eigenlijk niet (lacht). Omdat we eerder zo afwachtend zijn , denk ik. Allez als ik het niet zou laten inschatten door iemand anders misschien dat we dan te lang zouden afwachten."(HA7)

"Ik denk dat niet, hé. Onmogelijk hé. Ik denk dat je naar je kinderen toe veel harder bent, denk ik. Ja, ja veel harder. Ik denk dat ik veel softer ben naar andere mensen (toe) dan naar mijn eigen kinderen, ja absoluut." (HA9)

Opmerkelijk is dat de vier mannelijke deelnemende huisartsen spontaan aangaven dat ze vaak **aangestuurd worden/werden door hun vrouwelijke partne**r – al dan niet arts- om hun kind te onderzoeken.

"Gewoonlijk is het mijn vrouw dan die mij er attent op maakt dat ik eens naar de kinderen moet zien." (HA12)

"Mijn vrouw, allez… Die kon er wel meer in doordringen zo in onze kinderen, euhm, als er toch eens iets was en meer dan ikzelf. Ik blijf soms wat oppervlakkig denk ik." (HA3)

e) <u>Structuur van de consultaties</u>

Op één huisarts na, lieten al de deelnemende artsen weten dat de **structuur** die zij hanteren tijdens de consultvoering bij kun kinderen **anders** is/was in vergelijking met andere patiënten. Velen van hen gaven aan dat een groot deel van de anamnese reeds gekend en beperkter is doordat ze de klinische evolutie van hun kind zelf al hebben kunnen opvolgen of informatie hebben kunnen vernemen via hun

partner. Dit wilt daarom nog niet zeggen dat de informatie voor de anamnese helemaal correct is volgens hen. Bijgevolg is de 'consultvoering' dan vooral gericht op het klinisch onderzoek en het opstellen van een beleid. Er werd regelmatig door geïnterviewden herhaald dat de raadpleging tussen " de soep en de patatten" plaatsvindt.

> *"Nee, ik hanteer niet dezelfde structuur. Je kent ze ook al, hé. Allez, dan weet je al "Hoe lang is het al bezig, ligt die er wakker van of niet?" Allez, euhm, bij patiënten ga je dat wel allemaal een beetje systematisch vragen, terwijl dat je dat bij je kinderen weet. Of je denkt dat je dat weet hé, da's misschien niet altijd juist hé. Euhm en met banale ik zal zeggen virale infecties... Ja, zal dat wel juist zijn maar stel dat dat er wat meer(…) Dat die wat depressief worden ofzo, dan is dat wel moeilijker soms om in te schatten. Psychiatrie of psychische problemen of psychologische problemen zou je toch rapper doorverwijzen denk ik, omdat ik denk dat ze ook meer(..)"* (HA2)

> *"Da's eigenlijk tussen de soep en de pattaten. Da's niet gelijk het hoort. Er is natuurlijk een verschil of je een kleuter hebt, kleine kinderen of adolescenten. Bij kleine kinderen gebeurde dat vaak in mijn eigen living. Als het grote kinderen waren, dan gebeurde dat wel eens apart."* (HA5)

Eén huisarts informeerde me dat ze zelden haar kinderen onderzoekt en dat ze met haar kinderen naar een arts-collega gaat op raadpleging. Bijgevolg is de **structuur** voor haar kinderen **vergelijkbaar** met diegene die zij hanteert voor haar patiënten, maar dat er misschien meer uitleg wordt gegeven bij de verschillende stappen ten opzichte van niet medisch geschoolde ouders van een ziek kind.

> *"Als ik dus naar mijn collega ga…Ja, die weet natuurlijk mijn verhaal al van een paar dagen daarvoor. Maar als ik daar ben, ga ik wel bewust op de stoel zitten achter zijn bureau, doe ik mijn uitleg en dan pas zet ik mijn zoon op die zijn tafel."* (HA11)

f) <u>Psychologische luik</u>

Vijf respondenten gaven aan dat het **psychologisch luik en/of het psychiatrische luik** een domein in de huisartsgeneeskunde is die **niet altijd gemakkelijk aan te kaarten** is bij hun eigen kinderen. Hierbij gaat het vooral over de artsen uit de leeftijdscategorie van 56-67 jaar met kinderen die de leeftijd van 18 jaar gepasseerd zijn. Hiervoor zouden ze hun kinderen dan ook gemakkelijker doorverwijzen.

> *"Psychisch lijden is misschien wel het moeilijkst , denk ik. Ik denk dat psychisch lijden… De jongste heeft het vaak moeilijk gehad. Daar had ik wel mee moeten gaan naar een ander, da's waar. Psychisch lijden is het moeilijkst. Want dan heb je inderdaad die bezorgdheid die begint de wringen hé."* (HA9)

g) <u>Plaats van de consultatie en/of klinisch onderzoek</u>

Wederom lieten dertien van de veertien respondenten weten dat de raadplegingen voor hun kinderen bij hun **thuis** (living, keukentafel, slaapkamer,…) plaatsvinden. Voor sommigen wordt dit als een nadeel beschouwd omdat ze dan meer beperkt zijn in het klinisch onderzoek door een gebrek aan geschikt

medisch materiaal. Een ander deel van de artsen laat weten dat het klinisch onderzoek wel steeds met fatsoenlijk medisch materiaal gebeurt. Drie van deze dertien respondenten hebben wel een **praktijkruimte** nabij hun woning en laten hun kinderen soms daarheen gaan voor de consultvoering.

> *"In de thuissituatie, de living (lacht)… Maar wel met medisch materiaal hé, dus echt wel met trousse."* (HA1)

> *"Ja, awel… Veel in de keuken en soms wel eens als ik (…) Allez, nee, da's eigenlijk niet waar want ik heb hier een ruimte. Misschien dat ik die ongemerkt wel meenam. Jawel, want daar staat de behandelingstafel dus als ze buikpijn hebben, neem ik die ook mee naar de praktijk. Maar dat is niet… Ze gaan niet in de wachtzaal zitten. Da's helemaal anders als dat je naar de huisarts gaat hé. Ik zeg tussen de soep en de pattaten, we hebben gegeten en zegt er ene " Ik heb buikpijn", dan zeg ik "Oh, ga is effe op de tafel zitten" en dan doe je wel je anamnese en(…)Maar dat gaat allemaal op een minder strikte manier als dat je het in de praktijk doet, hé."* (HA9)

Eén huisarts zei dat de raadplegingen van haar kinderen altijd op de praktijk gebeuren. Dit gaat om dezelfde huisarts die aangaf dat ze haar kinderen zo goed als altijd bij haar collega op raadpleging laat komen.

h) <u>Comfort van kind bij klinisch onderzoek</u>

Het grootste deel van de huisartsen die zorg verlenen aan hun eigen kind gingen ervan uit dat hun kind in het algemeen **meer op zijn/haar gemak** is wanneer het klinisch onderzoek door de arts-ouders wordt uitgevoerd. Een klein deel van hen gaf aan dat zijzelf zich eerder ongemakkelijk voelen om hun kind te onderzoeken in vergelijking met andere patiënten.

> *"Ze is misschien iets meer op haar gemak, maar sowieso vindt ze dat niet leuk dus ik denk dat ik vooral minder op mijn gemak ben omdat haar dat aan te doen zelf"* (HA7)

Twee huisartsen **konden niet inschatten of hun kind meer comfortabel** is wanneer het klinisch onderzoek door de ouder wordt uitgevoerd.

Met uitzondering van één huisarts , zouden al de geïnterviewde huisartsen met een dochter deze vanaf een bepaalde leeftijd (10-12 jaar) naar een andere arts **doorverwijzen** indien een **gynaecologisch onderzoek** moet gebeuren. Enkele artsen (twee van de veertien huisartsen) vermeldden wel dat ze nog wel een intiem onderzoek zouden doen bij hun kind indien deze de pubertijd nog niet heeft bereikt.

> *"Ja dat doe ik nu nog zelf he. Op dit moment... Allez , zolang een kind nog niet zindelijk is allez ja , dan ben je daar wel gewoon met je neus op hé. Ik denk, moest dat zijn als ze twaalf jaar is ofzo dat er dan wel verandering in gaan komen. Ik ben er ook nog niet helemaal uit hoe dat ik dat dan zou doen, maar ja dat gaan we dan ook gewoon ook een beetje moeten zien hoe dat dat evolueert hé."*(HA4)

Drie artsen met minstens één zoon zeiden dat dat het voor hun zoon **nooit een probleem** was geweest om bij deze een **urologisch onderzoek** uit te voeren.

Vier artsen met minstens één zoon zou hun zoon **doorverwijzen** indien deze een **intiem onderzoek** nodig heeft vanaf een bepaalde leeftijd.

Vier artsen met minstens één zoon, die ondertussen al de leeftijd van achttien jaar hebben bereikt, zeiden dat ze **nooit** voor een situatie hebben gestaan waarbij ze een **urologisch onderzoek** moesten uitvoeren bij hun kind. Bijgevolg weten ze dus niet of ze hen hiervoor zouden doorverwezen hebben naar een andere arts.

i) Voorschrijfgedrag en antibioticagebruik

Met uitzondering van twee huisartsen, gaven al de respondenten aan dat hun voorschrijfgedrag van medicatie naar hun kinderen toe verschillend is ten opzichte van andere patiënten. Ze zouden op dit vlak een meer **beperkte en afwachtende houding** aannemen.

In vergelijking met andere patiënten zouden de meeste artsen (twaalf van de veertien huisartsen) **minder snel** antibiotica aan hun kind voorschrijven. Dit omdat ze de evolutie van de ziekte van hun kind regelmatiger zouden kunnen opvolgen ten opzichte van andere kinderen en bijgevolg kunnen ingrijpen wanneer ze merken dat de toestand van hun kind achteruitgaat.

> *"Ik denk minder snel, omdat ik het idee heb dat ik ze zelf goed in het oog kan houden en dat ik pas zou voorschrijven als ik echt merk dat het achteruitgaat.. Tegenover bij patiënten , ga je meer de richtlijnen volgen. Je weet dat je bij drie dagen koorts, ja dat je de derde of vierde dag wel met antibiotica moet starten. Bij mijn dochter, als ik merk dat haar situatie nog gelijkaardig is op dag vier, dan zou ik nog wel durven afwachten"*(HA14)

De twee overige huisartsen zouden **even snel** antibiotica aan hun kind voorschrijven ten opzichte van andere patiënten.

j) Invasieve handelingen

De meerderheid van de huisartsen heeft al relatief invasieve handelingen uitgevoerd bij hun eigen kind. Hierbij gaat het vooral over het plaatsen van vaccinaties, het nemen van bloed of het vriezen van wratten. Over het algemeen verliepen deze handelingen vlot en werden deze niet als traumatisch ervaren door de kinderen van de huisartsen.

Een kleiner deel van de geïnterviewde artsen (drie van de veertien respondenten) voert bewust geen invasieve handelingen uit bij hun eigen kind. Dit omdat ze liever hun kind als ouder willen ondersteunen tijdens deze momenten in de plaats van de rol van arts op zich te nemen.

k) Documentatie medische gegevens

Tien van de veertien huisartsen gaven toe dat ze **niet alles in het medisch dossier** van hun kind schrijven als het gaat om situaties die voor hen als banaal worden beschouwd. Wanneer deze huisartsen medicatie voorschrijven, wordt dit tegenwoordig altijd in het dossier genoteerd, mede dankzij het digitaliseren van de medische dossiers. Drie artsen, behorende tot de leeftijdsgroep van 56-67 jaar stipuleerden wel dat al de medische bevindingen meerdere tientallen jaren geleden nog op papier werden genoteerd. Dit maakte het voor hen dan ook moeilijker om medische bevindingen over hun kinderen steeds in hun medisch dossier te noteren.

> *"Ik was daar niet altijd zo goed in. Allez in vaccinatiedata wel he. Als die gewoon zeiden " mama ik heb keelpijn", ja nee dan deed ik dat niet. Je mag niet vergeten dat het destijds papieren dossiers waren. Ik heb een computer van 99'. Mijn oudste zoon is in 87' geboren, dus toen was die al twaalf."*(HA5)

Het overige deel van geïnterviewde artsen (drie van de veertien huisartsen) die hun kind al onderzocht hebben zeiden dat ze **wel** proberen om de **medische bevindingen in hun dossier** te noteren.

Een respondent die haar kinderen altijd bij haar collega op raadpleging laat komen gaat ervan uit dat de bevindingen uit de consultatie wel steeds worden genoteerd in hun dossier door haar collega.

l) Andere huisarts voor kind?

Elf huisartsen gaven aan dat hun kinderen **zelden naar een andere huisart**s zijn geweest omdat ze in staat zijn om de huisartsgeneeskundige pathologieën van hun kind op zich te nemen. Een aantal van hen waren wel van mening dat kinderen van huisartsen best een andere huisarts dan hun ouders kunnen hebben. Dit enerzijds om een objectievere inschatting te kunnen maken van hun klinische toestand, maar anderzijds ook om hen een vertrouwenspersoon te bieden bij het willen bespreken van delicate onderwerpen (zoals roken, drugsgebruik, anticonceptie,…) vanaf een bepaalde leeftijd.

> *"Ik denk ook op de moment dat ze wat ouder is, dat ze naar het middelbaar gaat, dat ik het dan wel nuttig zou vinden dat ze eens bij iemand anders gaat als ze vragen heeft of dat ze toch er toch een band mee kan opbouwen want ja, als je dan ineens met een moeilijk probleem zit en je zegt " Ik wil dat echt niet met mijn moeder of vader bespreken" Dat je dan toch een vertrouwenspersoon hebt die al een paar keer gezien hebt. En als ik natuurlijk alle kleine probleempjes ga blijven oplossen, ja , dan gaat die ook nooit een vertrouwensband kunnen krijgen met die andere arts."*(HA4)

Eén huisarts liet weten dat ze banale aandoeningen van haar kinderen **zelf kan behandelen**. Wanneer haar kinderen ernstiger ziek zijn, geeft ze de voorkeur om haar kinderen te laten onderzoeken door een **collega-huisarts.**

"Euhm de belangrijkste voordelen zijn, als dat kleine dingen zijn, zoals banale infecties enzo , dat het dan een beetje gek voelt om voor daarvoor dan naar een collega te lopen als je dat gewoon zelf snel in orde kan maken. Als ze zwaarder ziek zijn, ga ik in principe naar een collega, omdat ik dan graag een objectievere bril wil dan mijn eigen blik." (HA13)

Twee huisartsen hebben een **andere huisarts** dan zichzelf voor hun kind aangesteld bij wie ze zich wenden wanneer hun kind ziek is.

2. Wanneer medische zorg aan het kind wordt/werd verleend door een arts met wie hij/zij geen verwantschap heeft

a) Redenen om medische zorgverlening over te laten aan andere arts

Specialistische of complexe zorg is voor al de respondenten een reden om medische zorgverlening aan hun kind over te laten aan een andere arts.

Een groot deel van de huisartsen (negen respondenten) geeft de medische zorg liever door aan een andere arts als ze **ongerust** zijn of **onzeke**r zijn over de medische toestand van hun kind.

Verder werden **invasiviteit, intimiteit en ongeloof vanuit het kind** aangekaart door enkele artsen als reden om hun kind door te verwijzen naar een andere arts.

"Bijvoorbeeld mijn dochter, die heeft een periode gehyperventileerd en dan ben ik daar een keer mee naar de neuroloog geweest die dat dan bevestigde. Da was voor haar dan een stukje geruststelling."(HA6)

b) Ervaring met andere artsen die geen verwantschap hebben met de kinderen van de huisartsen

Op enkele uitzonderingen na, hebben al de geïnterviewde huisartsen het **goed ervaren** wanneer hun kind medische zorgverlening heeft gekregen van **een andere arts**, of het nu gaat om een collega-specialist of een collega-huisarts.

c) Andere medische zorg voor kinderen van (huis)artsen?

Wanneer de geïnterviewde huisartsen de vraag wordt gesteld of ze denken dat de medische zorgverlening (in de huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde) aan hun kind verschillend is ten opzichte van andere patiënten, zijn de meningen verdeeld.

Een aantal respondenten (zes van de veertien huisartsen) denken dat hun rol als huisarts een invloed heeft op de externe medische zorgverlening aan hun kind in die zin dat deze **sneller op raadpleging**

kunnen komen bij een externe arts. Dit zou ook te maken kunnen hebben met het feit dat de drempel voor de (huis)arts-ouder hoger ligt dan een niet-medisch geschoolde ouder om een specialist of huisarts te contacteren voor hun zieke kind. Eenmaal het kind van de huisarts in handen is van een andere arts, denken de respondenten niet dat de medische zorg voor hun kind anders is ten opzichte van andere patiënten.

> *"Ik denk dat niet. Natuurlijk, zelf ben je arts. Dus als ik nu zelf bel en ik zeg " Ik wil een dringende afspraak", (dan) ga je dat gemakkelijker krijgen dan als je dat gewoon als moeder doet. Als moeder ga je eerst met de huisarts en (..) Die regelt dan iets als het nodig is, hé. Maar, ik denk dat niet, neen. Ik denk dat niet. Als arts ken je gemakkelijker de weg, natuurlijk."* (HA2)

Twee huisartsen denken dat collega-artsen mogelijks **invasiever** zouden optreden voor hun kind wegens toegenomen ongerustheid van zowel de huisarts-ouders als de behandelende arts.

> *"Ja , ik denk het wel. Ik denk dat collega's ook rapper ongerust zijn en rapper invasieve onderzoeken zullen aanvragen omwille van het feit dat ze eigenlijk niets willen missen en wij collega's zijn. Mijn zoon heeft ooit met zijn hoofd onder de CT-scan gelegen. Ik weet niet of ze dat in andere situaties zouden gedaan hebben"* (HA1)

Een kind van een huisarts, lijdend aan brochiolitis met acute ademnood, werd in het verleden samen met zijn vader- zelf specialistische arts- naar huis gestuurd met aerosol adrenaline omdat de spoedarts ervan uitging dat de ouders, beide artsen op dat moment, in staat waren om de **medische toestand** van hun kind **zelf thuis op te volgen.**

> *"Ja, ik ga niet zeggen dat dat fout (is), maar ik wil zeggen(...) Mijn zoon was echt in ademnood en die zei "aerosol maar adrenaline thuis". Dus die had valse kroep toen op zes weken, hé, dus die had geen lucht thuis en ik was emotioneel en ongerust. Toen wel. Toen was ik geen arts."* (HA9)

Twee huisartsen **weten niet** meteen of de externe medische zorgverlening voor hun kind anders is ten opzichte van andere patiënten.

Een respondent liet weten dat ze het **beleid** voor haar kind van een specialistische arts heeft kunnen **wijzigen** en dat dit waarschijnlijk niet mogelijk was geweest als ze geen arts was.

d) <u>Betrokkenheid</u>

De helft van de geïnterviewde huisartsen gaf aan dat , wanneer hun kind in handen is van een andere arts, ze liever de beslissingen overlaten aan de behandelende arts. Voor deze respondenten is het wel belangrijk dat ze goed geïnformeerd zijn over de medische situatie en behandeling van hun kind. Over het algemeen hebben ze vertrouwen in de behandelende arts en is er niet vaak reden geweest om tegen de beslissing in te gaan van deze laatste.

"Oh ik denk dat die artsen zich daar vaak comfortabeler bij voelen om mij daar bij te betrekken omdat ze weten dat je ook huisarts bent, maar het feit dat ik naar daar ga, is omdat ik het zelf niet goed kan beslissen, dus eigenlijk volg ik wel dan wel wat dat zij adviseren."(HA7)

De andere helft van de respondenten wordt wel graag betrokken bij de medische beslissingen die worden gemaakt voor hun kind, wanneer deze in handen is van een andere arts.

"Je bespreekt dat toch altijd. Als ze weten van "Er is hier een arts", dan ga je een uitleg krijgen. Allez, aangepast. Dat is een andere uitleg dan dat je aan een leek zou geven. Als ze weten dat de mama huisarts is, dan gaan ze direct heel de uitleg geven en beslis je eigenlijk een beetje samen. Je kiest natuurlijk de specialist waarmee je zelf meewerkt, die je vertrouwt. Allez, ja eigenlijk gebeurt dat altijd een beetje vanzelf, in overleg, ja."(HA2)

3. Adviezen

Wanneer er gepeild wordt naar adviezen omtrent de medische omkadering van hun eigen kind, kwamen voornamelijk twee meningen naar boven.

Meerdere huisartsen zouden eerder adviseren om **externe huisarts** te zoeken voor hun eigen kind. Hierbij werd regelmatig vermeld dat ze vinden dat hun kind best een vertrouwenspersoon zou moeten hebben vanaf een leeftijd waarbij meer delicate onderwerpen (zoals start anticonceptie, drugsgebruik, roken,…) besproken moeten worden. Daarbovenop raden ze ook een externe huisarts aan om meer objectiviteit te verkrijgen over de medische toestand van hun kind. Desondanks denken ze dat het raadzaam is om de medische situatie van hun kind vanuit de zijlijn te blijven opvolgen en om waakzaam te blijven voor medische beslissingen die worden genomen voor hun kind door een andere arts.

"Ik vind dat zelf heel belangrijk dat ook kinderen van artsen een eigen huisarts hebben. Niet alleen nu- ondanks dat ik dat sowieso ook een groot voordeel vind-, maar ook voor als ze wat groter zijn, (zo)dat zij ook een vertrouwenspersoon hebben. Want ooit gaat er inderdaad zijn een moment zijn dat die dat absoluut niet willen dat wij dat doen, bijvoorbeeld een intiem onderzoek of ja weet ik veel , later vragen rond anticonceptie ofzo dat die niet van ons willen horen. Dan vind ik dat heel belangrijk dat die iemand hebben waarbij ze terecht kunnen, dus ik zou iedereen aanraden om een huisarts voor hun kind te zoeken."(HA7)

Een ander advies die gegeven werd door meerdere respondenten is dat je als huisarts best je **buikgevoe**l volgt omtrent de medische zorgverlening aan je eigen kind. Ze zijn van mening dat het aanvaardbaar is om medische zorgen te verlenen aan hun eigen kind zolang ze objectief kunnen blijven en de situatie niet te complex is. Wanneer ze voelen dat de situatie van hun kind te complex of emotioneel voor hen dreigt te worden, adviseren ze om de zorg uit handen te geven aan een andere arts.

"Ik denk dat het goed is dat je (..) Ik denk dat het niet verkeerd is dat je sommige kleine dingen zelf doet, denk ik. Maar ik denk dat het ook goed is dat je op tijd hulp inroept van een collega. Dat je niet alles voor je eigen kinderen zelf moet doen. Dat je kinderen ook het recht hebben om behandeld te worden door een andere dokter, ja ja, denk ik."(HA13)

VII. Discussie

Over het algemeen lijken veel elementen uit de literatuur overheen te komen met wat werd bevonden bij deze onderzoeksgroep, hoewel er ook enkele verschillen te vinden zijn.

Al de deelnemende huisartsen gaven aan al zorg te hebben verleend aan hun eigen kind. Gemak werd als de belangrijkste reden vermeld om medische zorgverlening te bieden aan hun eigen kind. Tijdsgebrek, de natuurlijke manier van handelen naar je eigen kind toe, vertrouwen in eigen kunde en het comfort van het kind werden eveneens ter sprake gebracht door onze huisartsen om hun kind te onderzoeken en te behandelen. In de literatuur wordt gemak tevens aangehaald als de belangrijkste drijfveer voor artsen om medische zorg te bieden aan hun eigen kind. (9)

Een groot deel van de deelnemende huisartsen hebben hun kinderen zelden naar een andere huisarts laten gaan. Dit staat in contrast met de rechten van de patiënt om een eigen huisarts te kiezen en geïnformeerde toestemming te kunnen geven aan de behandelende arts. (2,5,13-16) Het spreekt voor zich dat kinderen onder een bepaalde leeftijd niet in staat zijn om een eigen huisarts te kiezen, maar vanaf de moment dat ze wilsbekwaam zijn, zouden ze deze mogelijkheid aangeboden moeten krijgen. Een aantal van deze respondenten zouden het wel adviseren om kinderen van huisartsen bij een externe huisarts te laten gaan vanaf een bepaalde leeftijd. Dit ten eerste om hun objectieve beoordeling niet te laten beïnvloeden door hun persoonlijke band met hun kinderen en ten tweede om hun kinderen een vertrouwenspersoon te bieden voor medische zaken die ze niet willen bespreken met hun eigen huisarts-ouders. In de literatuur wordt inderdaad aangehaald dat patiënten zich mogelijks minder op hun gemak kunnen voelen bij het delen van gevoelige informatie wanneer deze medische zorgverlening krijgen van een familielid. (1,5,17) Wanneer een kind wordt opgevolgd door zijn/haar arts-ouder, kan het bijgevolg gebeuren dat deze gevoelige informatie achterhoudt voor de ouder, die mogelijks relevant kan zijn bij het leveren van optimale medische zorgen. (20)

Zoals eerder aangekaart, dient een intiem onderzoek niet te ontbreken wanneer deze nodig is voor het bepalen van een beleid. Het kan dan gebeuren dat een patiënt zich ongemakkelijk voelt wanneer deze wordt uitgevoerd door een familielid en/of ouder. (1,3,5,6,13-18,20,24) Ook de geïnterviewde huisartsen zijn bewust van dit delicate aspect tijdens hun consultvoering. Over het algemeen zouden de deelnemende huisartsen hun dochter ook doorverwijzen naar de gynaecoloog indien een intiem onderzoek dient uitgevoerd te worden. Indien een urologisch onderzoek dient uitgevoerd te worden bij de zonen van deze huisartsen, zijn de meningen verdeeld: een deel heeft nooit een urologisch onderzoek moeten uitvoeren, een ander deel heeft dit al gedaan zonder problemen en het laatste deel zou hun zoon hiervoor doorverwijzen indien aangewezen. Hieruit kan dus besloten worden dat een

intiem onderzoek niet aan de kant wordt geschoven indien deze stap als belangrijk wordt geacht voor de gezondheid van de patiënt.

Wanneer er wordt gepeild naar hoe de huisartsen het ervaren om medische zorg te bieden aan hun eigen kind, zijn de meningen toch verdeeld. Een deel heeft hier een positief gevoel bij, een ander deel vindt dit niet zo aangenaam en daarnaast zijn er huisartsen die hier een dubbel gevoel aan overhouden: Enerzijds voelen ze zich competent om hun zieke kind te helpen voor banale aandoeningen, maar anderzijds bestaat er een angst om iets te missen wegens gebrek aan objectiviteit. Een tekortkoming aan een objectieve beoordeling wordt tevens door de grote meerderheid van de geïnterviewde artsen aangehaald als nadeel bij het onderzoeken van hun kind. Dit is geen verrassend element, gezien dit reeds meermaals wordt herhaald door multipele instanties en richtlijnen die ik kon vinden in de literatuur. (1-6,12-24)

Over het algemeen lukt het de deelnemende huisartsen niet altijd om al de medische bevindingen omtrent hun kind in hun medisch dossier te zetten. Dit heeft deels te maken met het feit dat een klinisch onderzoek regelmatig thuis bij het kind/huisarts plaatsvindt en de artsen niet altijd hun werkcomputer bij de hand hebben. Voorschriften worden tegenwoordig wel altijd in hun medisch dossier gezet. Dit komt overheen met wat in de literatuur wordt gevonden. (1,2,6,14-17,21)

Elf van de veertien respondenten gaven aan zelf relatief invasieve handelingen (bloed trekken, wratten bevriezen, vaccinaties plaatsen) uit te voeren bij hun kind. Over het algemeen verliep dit altijd goed en boden de kinderen niet veel weerstand. Dit gegeven lijkt dus minder te stroken met wat in enkele artikels werd gevonden, namelijk dat kinderen van artsen deze handelingen door hun ouders als traumatiserend beschouwen. (3,18, 19)

De geïnterviewde huisartsen schrijven in het algemeen minder medicatie en voornamelijk minder antibiotica voor aan hun kinderen ten opzichte van andere patiënten. Dit omdat ze regelmatig de medische toestand van hun kind zelf kunnen opvolgen en ingrijpen met medicatie indien nodig. Deze gelijkaardige stelling werd ook aangehaald in een studie waarbij huisartsen uit Frankrijk werden geïnterviewd rond de medische omkadering van hun kind.(3)

Over het algemeen hebben de deelnemende huisartsen de communicatie met andere artsen goed ervaren. Een deel van hen denkt dat hun kind minder lang moet wachten om terecht te kunnen bij een externe arts. Ook in de literatuur gaat men ervan uit dat kinderen van (huis)artsen ten opzichte van kinderen van niet-medisch geschoolde ouders minder lang moeten wachten om bij een andere arts op raadpleging te mogen. (3)

Wanneer het kind van de geïnterviewde huisartsen in handen is van een andere arts, laten een aantal artsen weten dat ze niet mee betrokken moeten worden bij de medische beslissingen die worden gemaakt voor hun kind, maar dat ze wel goed geïnformeerd moeten worden hierover. Een ander deel van de geïnterviewde huisartsen vindt het wel belangrijk mee te mogen beslissen over de onderzoeken en behandelingen die worden toegepast op hun kind. In de literatuur wordt bevonden dat arts-ouders het een positief punt vinden dat ze erop kunnen toezien dat de juiste behandelingen worden toegepast op hun kind. (3) In de literatuur wordt vermeld dat een overbetrokkenheid van een arts-ouder

mogelijks tot intimidatie kan lijden van de behandelende arts van het kind, die bijgevolg irrationele beslissingen riskeert te maken voor het kind. (19,23) Hoewel deze stelling niet exact werd teruggevonden in de interviews, denken twee geïnterviewde huisartsen dat de behandelend arts van hun kind hen mogelijks een invasiever(e) behandeling/ onderzoek heeft laten ondergaan omwille van een grote ongerustheid van de huisarts-ouder en de behandelende arts uit.

VIII. Zwakten van de studie

Voor deze studie werd een populatie van veertien personen onderzocht in de regio Antwerpen en is deze onderzoeksgroep alleen dus niet voldoende representatief om een conclusie te vormen over de ervaringen die huisartsen over heel Vlaanderen – laat staan over heel België- hebben omtrent de medische omkadering van hun eigen kind. Dit is ten eerste het geval omdat de studie werd onderzocht op een beperkte groep van veertien personen. Ten tweede dient men rekening te houden dat de interviews werden gehouden bij artsen voornamelijk actief in een stedelijk gebied en dat de handelingen en gewoonten van de deelnemende huisartsen kunnen verschillen van de huisartsen die hoofdzakelijk hun beroep in een landelijk gebied uitoefenen.

Voor deze studie bestaat de onderzoeksgroep uit tien vrouwen en vier mannen en bestaat de groep dus beduidend meer uit vrouwelijke huisartsen. Hoewel ik meerdere mannelijke huisartsen heb aangesproken en gemaild, hebben er slechts vier deelgenomen aan mijn onderzoek. Bijgevolg bestaat er dus een selectiebias bij dit onderzoek.

IX. Sterkten van de studie

Een sterkte is dat er datasaturatie werd bereikt met deze studie voor de onderzochte groep. Regelmatig werden er gelijkaardige uitspraken gemaakt door de geïnterviewde huisartsen, waardoor multipele antwoorden vaak gegroepeerd konden worden onder dezelfde categorie.

Een tweede sterkte die voor mij naar boven kwam, is dat dit onderzoek heeft geleid tot meer inzicht bij de geïnterviewde huisartsen over hoe zij omgaan met hun zieke kind. Tijdens de interviews werden de kandidaten soms geconfronteerd met vragen waarover ze in het algemeen nog niet hadden nagedacht. Bijgevolg zet dit hen aan om bewuster na te denken over beslissingen die zij maken voor hun kind wanneer deze laatste medische hulp nodig heeft.

X. Conclusie

Uit dit onderzoek kunnen we vaststellen dat elke geïnterviewde huisarts wel eens zorg heeft verleend aan zijn/haar kind. De meeste deelnemende huisartsen hebben hun kinderen zelden bij een andere huisarts dan zichtzelf op raadpleging laten komen. Een groot deel van hen is wel van mening dat kinderen van huisartsen best op raadpleging gaan bij een externe huisarts. Dit om hen de mogelijkheid te bieden een vertrouwenspersoon te hebben voor het bespreken van delicate onderwerpen vanaf een bepaalde leeftijd, maar ook om een objectievere klinische beoordeling te kunnen maken. Wanneer de deelnemende huisartsen medische zorg verlenen aan hun kind, kan deze verschillen in vergelijking met andere patiënten in die zin dat ze minder objectief zijn, dat de consultaties minder op de praktijk plaatsvinden, dat de structuur van de raadpleging anders verloopt, dat ze minder snel medicatie en/of antibiotica voor hun kinderen voorschrijven en dat hun medisch dossier minder volledig is omdat de consultvoering vaak in een informele context plaatsvindt. Wanneer de kinderen van geïnterviewde huisartsen behandeld worden door een andere arts, hoeft een deel van hen enerzijds niet betrokken te worden bij de beslissingen die voor hun kind worden maakt en wilt het tweede deel anderzijds wel mee beslissingen kunnen nemen bij de onderzoeken en behandelingen die worden toegepast op hun kind. Wanneer gevraagd wordt om adviezen omtrent de medische omkadering van hun kind, komen vooral twee adviezen naar boven bij de respondenten: Een aantal respondenten zouden eerder adviseren om voor de kinderen van huisartsen een externe huisarts als hun behandelende arts aan te stellen, terwijl een andere groep het aanvaardbaar vindt om medische zorg te verlenen aan diens eigen kind zolang men objectief kan blijven en de materie binnen diens competentiegebied valt.

XI. Referenties

1. Faes J. Huisarts van eigen familie? Een kwalitatief onderzoek [Masterproef]. [Leuven]: Katholieke Universiteit Leuven; 2017. 43 p. Beschikbaar via {59ddb5da-1e56-94fa-bba7-d2d95cb04f3f}_Huisarts_van_uw_eigen_familie_(7).pdf
2. Nobus B. Omgaan met familie als patiënt in de huisartsenpraktijk [Masterproef]. [Antwerpen]: Universiteit Antwerpen; 2019. 34 p. Beschikbaar via NOBUS_Britt_Masterproef_Finaal_NB.pdf_68627cd35e8e8a9a6631875314ab8b36_(9).pdf
3. Goubet J-C. Le médecin généraliste face à la santé des ses enfants : peut-on soigner ses enfants? [Masterproef]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2016. 84 p. Beschikbaar via https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370751/document
4. Policy statement — pediatrician- family-patient relationships: managing the boundaries. American Academy of Pediatrics 2009; 124:1685-8.
5. The AMA Code of Medical Ethics' opinion on physicians treating family members. Virtual Mentor 2012; 14:396-7.
6. Snyder L. American College of Physicians Ethics Manual: sixth edition. Ann Intern Med 2012; 156:73-104.
7. Ereloon voor collega's en hun familie. Geraadpleegd op 12 oktober 2021, https://www.domusmedica.be/actueel/ereloon-voor-collegas-en-hun-familie .
8. Code van medische deontologie. Geraadpleegd op 15 oktober 2021, https://ordomedic.be/nl/code-2018/respect/15.
9. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. Physicians treating their own children. Am J Dis Children 1993; 147:146-9.
10. Douard F. La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste. Enquête quantitative auprès des médecins généralistes Français [Masterproef]. [Straatsburg]:Université de Strasbourg; 2019. 171 p. Beschikbaar via https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_DOUARD_Flora.pdf
11. Deneyer M, Telefonisch gesprek September 2021.
12. Aboff BM, Collier VU, Farber NJ, Ehrenthal, DB. Residents' prescription writing for nonpatients. Journal of the American Medical Association 2002; 288, 381- 385.
13. Annals of Emergency Medicine. (April 2020). Treatment of Family, Friends, Colleagues and Self. Geraadpleegd op 1 september 2021, https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(20)30451-0/fulltext
14. Anyanwu EB, Harrison OA, Efe AO. Ethical Issues in Treating Self and Family Members. American Journal of Public Health Research 2014; 2(3): 99-102.
15. Treating Self or Family. Code of Medical Ethics Opinion 1.2.1. American Medical Associations (AMA) 2018.
16. Kamerow D. Doctors treating their families. British Medical Journal 2014; 348: 4281.
17. Gold KJ, Goldman EB, Kamil LH, Walton S, Burdette TG, Moseley KL. No appointment necessary? Ethical challenges in treating friends and family. New England Journal of Medicine 2014; 371(13): 1254-1258.
18. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. "Common sense and a thick hide": physicians providing care to their own family members. Archives of Family Medicine 1994; 3: 599-604.
19. Nelson S. Is there a doctor in the house? Journal of the royal college of general practitioners 1981; 31: 715-722.
20. Hutchison C, McConnell PC. The Ethics of Treating Family Members. Current Opinion in Anaesthesiology 2019; 32(2): 169-173.
21. Eniola K. The Ethics of Caring for Friends or Family. Family Practice Management 2017. Geraadpleegd op 7 september 2021, https://www.aafp.org/fpm/2017/0700/p44.html

22. Scarf, JR. Why do physicians treat their relatives? Exploring the influence of social psychology. Psychological Reports 2013; 113(2): 647-653.
23. Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF, Pickett ME, Beasley B. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. Annals of Internal Medicine 2008; 149: 825-831.
24. Latessa R, Ray L. Should you treat yourself, family or friends? Family Practice Management Journal 2005; 12(3): 41-44.
25. Eastwood, GL. When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal and practical considerations. Journal of General Internal Medicine 2009; 24(12): 1333-1335.

XII. Bijlagen

Bijlage 1 : Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL





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

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

DIRK DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE EN

Brussels, 2022-01-26

EC number: **EC-2021-413**

LEADING ETHICS COMMITTEE – SINGLE OPINION

Concerning :
How do general practitioners experience the medical care of their child?
BUN: 1432021000688

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

The Ethics Committee decided, during its meeting on 2022-01-26, that there are no objections to the study in its present form.

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

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

Kind regards,

i.o. A. Van Schaen

Chairman
Vice-Chairman

Electronically signed by Filip Cools on 04/02/2022 10:05:02 (reviewed and approved)

Cc: FAGG, Departement R&D

EC Document List

STUDY REGISTRATION

CV Aline Nguyen 17/10/2021

Dirk Devroey private CV

GCP attest Aline Nguyen

GCP attest Dirk Devroey

GCP Julie Vandevenne

Geïnformeerde toestemming. Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind? Versienummer 2.0, Versiedatum 25/01/2022

Informatiebrief. Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind? Versienummer 2.0 , versiedatum 25/01/2022

GDPR Checklist Aline Nguyen. Versienummer 1.0, Versiedatum 30/11/2021

Studie Protocol Aline Nguyen. Versienummer 1.0 , versiedatum 16/11/2021

Vragenlijst. Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind? Versienummer 1.0, Versiedatum 30/11/2021

Verzekeringsfiche Aline Nguyen def

Vezekeringsattest. Aline Nguyen. Versienummer 2.0, Versiedatum 25/01/2022

Faes J, Goedhuys J. Huisarts van eigen familie? Masterproef 2017.

Goubet J-C. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants: peut-on soigner ses enfants? Thèse de doctorat en médecine 2019.

Nobus B, Van den Broeck K. Omgaan met familie als patiënt in de huisartsenpraktijk. Masterproef 2017-2019

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

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

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

Meeting date: 2022-01-26
EC number: EC-2021-413

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB
(since 26-01-2022)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	CHAIRMAN Neonatology UZ BRUSSEL	M
Prof. A. Van Scharen, LLM	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology /Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Mr. B. Colson	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Mr. P. De Knop	Patient representative External Member	M
Dr. P. Flamee, MD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Mrs. L. Goudman, PhD	Methodologist VUB	F
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. M. Moens, MD, PhD	Neurosurgery UZ BRUSSEL	M
Mrs. S. Pirlotte	Nurse UZ BRUSSEL	F
Mr. T. Van Sande	Nurse UZ BRUSSEL	M
Dr. K. Vergaelen, MD	Paediatric Intensive Care UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

1. <u>Bijlage 2 : Goedgekeurd Protocol</u>

Universitair Ziekenhuis Brussel

Clinical Trial Center

Studie Protocol

Titel van de studie: Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind?
Protocol versie en datum: Versie 1.0, 16/11/2021
Hoofdonderzoeker: Aline Nguyen, Huisarts in opleiding 2020-2023
Promotor/Verantwoordelijke: Prof. Dr. Dirk Devroey
Co-Promotor: Dr. Julie Vandevenne

De informatie in dit document is eigendom van de onderzoeker en mag niet gereproduceerd, gepubliceerd of openbaar gemaakt worden zonder toestemming van de onderzoeker.

Handtekening Protocol

Protocol versie en datum: Versie 1.0 , 16/11/2021

Titel Protocol: Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind?

Hoofdonderzoeker: Aline Nguyen

Promotor/Verantwoordelijke: Prof. Dr. Dirk Devroey

Co-promotor: Dr. Julie Vandevenne

Ik stem er mee in:

- **dat ik verantwoordelijkheid neem voor het goede verloop van de studie**
- **om het onderzoek uit te voeren in overeenstemming met dit protocol en eventuele toekomstige wijzigingen**
- **geen afwijkingen of wijzigingen van het protocol door te voeren zonder voorafgaande beoordeling en schriftelijke goedkeuring van de Ethische Commissie, behalve waar nodig om onmiddellijk gevaar voor de proefpersonen uit te sluiten, of voor administratieve aspecten van het onderzoek(waar toegestaan door alle wettelijke vereisten)**
- **om ervoor te zorgen dat al de deelnemers van de studie geïnformeerd worden over het doel van de studie**
- **dat ik op de hoogte ben van en zal voldoen aan de huidige richtlijnen voor goede klinische praktijken (Good Clinical Practice = GCP) en ethische principes zoals uiteengezet in de Verklaring van Helsinki**
- **het onderzoek uit te voeren in overeenstemming met alle toepasselijke wet-en regelgeving**

Aline Nguyen	**Handtekening**	**Datum**
		16/11/2021

Universitair Ziekenhuis Brussel

Clinical Trial Center

1. Inhoudstafel

Handtekening Protocol 1

1. Inhoudstafel 2

2. Samenvatting Protocol 3

3. Historiek Protocol Versie 4

4. Informatie hoofdonderzoeker/Promotor/Co-Promotor 4

5. Inleiding 4

6. Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen 5

7. Type onderzoek 5

8. Doelgroep en steekproefgrootte 5

9. Inclusie Criteria 6

10. Exclusie criteria 6

11. Plaats van het onderzoek 6

12. Loopdatum van het onderzoek 6

13. Materiaal en methoden 6

14. Data-analyse 7

18. Geïnformeerde toestemming 7

19. Ethische aspecten 7

21. Referenties 7

2. Samenvatting Protocol

Informatie	
Officiële titel:	Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind?
Type studie:	Interventionele studie zonder gebruik van een product of medical device - Sociologisch onderzoek
Doel:	Onderzoek doen naar de ervaring van huisartsen rond de medische omkadering van hun kind
Methodologie:	Aan de hand van semi-gestructureerde interviews met huisartsen zal een kwalitatief onderzoek uitgevoerd worden naar de ervaringen van huisartsen,actief in de Provincie Antwerpen, omtrent de medische omkadering van hun eigen kind
Studiepopulatie	Huisartsen
Steekproefgrootte	10-15 huisartsen
Plaats van onderzoek	Provincie Antwerpen
Inclusie criteria	1.Huisarts zijn 2. Minstens 1 kind hebben (gehad)
Exclusie criteria	Geen
Begindatum onderzoek	Na goedkeuring van het protocol door de Commissie Medische Ethiek
Einddatum onderzoek	30/09/2023

3. Historiek Protocol Versie

Versie Nummer.	Datum van goedkeuring door Commissie Medische Ethiek	Uitgave Datum
1.0		16/11/2021

4. Informatie hoofdonderzoeker/Promotor/Co-Promotor

Hoofdonderzoeker:
- Aline Nguyen
- Huisarts in opleiding, Vrije Universiteit Brussel
- E-mail: aline.cecile.nguyen@vub.be
- GSM-nummer: 0479/361578

Promotor/Verantwoordelijke:
- Prof. Dr. Dirk Devroey
- Vrije Universiteit Brussel
- E-mail: dirk.devroey@vub.be

Co-Promotor:
- Dr. Julie Vandevenne
- E-mail: julie.vandevenne@vub.be

5. Inleiding

Elke huisarts zal ooit in contact komen met pediatrische patiënten. Maar wat doet de huisarts als zijn/haar eigen kind medische hulp nodig heeft? Voorziet hij/zij de hulp dan zelf aan zijn/haar kind of laat hij/zij de zorg over aan een andere arts? Meerdere instanties zoals The American Academy of Pediatrics, The American Medical association en The American College of Physicians raden het af om medische zorg te verlenen aan familieleden(1,2,3). Dit onder andere om volgende redenen: de arts kan dan niet objectief handelen(1,2,3), gevoelige onderwerpen zouden vermeden worden(2,3), de patiënt kan zich onwennig voelen bij de uitvoering van een intiem onderzoek(2). Naast een artikel over het al dan niet aanrekenen van erelonen aan collega's en familieleden (4), bestaan er geen andere specifieke adviezen in de Belgische Code van medische deontologie rond de ethische aspecten van medische zorgverlening aan eigen familieleden. Volgens de Code van medische deontologie heeft elke patiënt de vrije keuze om zijn arts te kiezen. Hieruit kan dus afgeleid worden dat patiënten in België medische zorg mogen verkrijgen van hun eigen ouders.(5) Uit enkele onderzoeken die werden uitgevoerd in Frankrijk en in de Verenigde Staten lijkt het niet ongebruikelijk dat (huis)artsen medische zorg verlenen aan hun eigen kind(6,7,8).
Via een kwalitatief onderzoek zal ik proberen te achterhalen hoe huisartsen uit de Provincie Antwerpen de medische omkadering ervaren van hun eigen kind wan-

neer ze medische hulp nodig hebben. Bij dit onderzoek gaat het om de medische omkadering van de kinderen van huisartsen in de periode dat ze minderjarig zijn/waren (0-18 jaar).

6. Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

6.1 Doel van het onderzoek

Via een kwalitatief onderzoek zal ik proberen te achterhalen hoe huisartsen uit de Provincie Antwerpen de medische omkadering ervaren/hebben ervaren van hun eigen kind wanneer ze medische hulp nodig hebben/hebben gehad. Bij dit onderzoek gaat het om de medische omkadering van de kinderen van huisartsen in de periode dat ze minderjarig zijn/waren (0-18 jaar).

6.2 Hoofdvraag:

Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind?

6.3 Subvragen

- Hebben huisartsen ooit medische zorg verleend aan hun eigen kind(eren)?
- Wanneer de arts-ouder de medische zorg aan zijn/haar kind(eren) verleent, hoe is deze dan verschillend of vergelijkbaar ten opzichte van andere patienten?
- Wat is de rol van de huisarts als medische hulp aan zijn/haar kind(eren) wordt voorzien door een arts die geen verwantschap heeft met het kind?
- Welke ervaringen en adviezen kunnen huisartsen geven wanneer hun kind(eren) medische hulp nodig heeft/hebben of wanneer hun kind(eren) ziek is/zijn?

7. Type onderzoek

Interventionele studie zonder gebruik van een product of medical device – Sociologisch Onderzoek

8. Doelgroep en steekproefgrootte

Voor het onderzoek zullen 10 à 15 huisartsen actief in de Provincie Antwerpen deelnemen.
Voor de samenstelling van de steekproef zal er gestreefd worden om zoveel mogelijk diversiteit tussen de deelnemers te bekomen wat betreft geslacht, leeftijd, organisatie van de praktijk, aantal kinderen, etc.

9. Inclusie Criteria

1. Huisarts zijn
2. Minstens 1 kind hebben (gehad)

10. Exclusie criteria

Geen exclusiecriteria

11. Plaats van het onderzoek

Provincie Antwerpen

12. Loopdatum van het onderzoek

Vanaf de goedkeuring van het protocol door de Commissie Medische Ethiek tot 30/09/2023

13. Materiaal en methoden

1. Als eerst werd een deel van de literatuurstudie verricht. Hierbij werd gebruik gemaakt van Pubmed, Google, de databank van masterproeven van ICHO en werd per mail een advies gevraagd via de Orde der Artsen in België. Op basis van dit literatuuronderzoek zal een deel van de vragenlijst opgesteld worden.

2. Vervolgens zal een kwalitatief onderzoek verricht worden aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Er zal getracht worden 10 à 15 huisartsen die actief zijn in de Provincie Antwerpen te interviewen om hun ervaring omtrent dit onderwerp te onderzoeken. Voor de recrutering van deelnemers zal ik beroep doen op de huisartsenwachtpost Antwerpen Noord en de huisartsenwachtpost Antwerpen Oost. Bij de toelichting van het project zal iedereen een informatiebrief meekrijgen met meer details over de procedure. Al de geïnteresseerde huisartsen zullen vervolgens een toestemmingsbrief alsook de vragenlijst ontvangen. Voor de samenstelling van de steekproef zal er gestreefd worden om zoveel mogelijk diversiteit tussen de deelnemers te bekomen wat betreft geslacht, leeftijd, organisatie van de praktijk, aantal kinderen, etc.
   De interviews zullen plaatsvinden op een locatie naar wens van de geïnterviewde huisartsen. De interviews kunnen ook via een online video-gesprek via Teams afgenomen worden indien de deelnemers dit wensen. Naar schatting zullen de gesprekken een tijdsduur hebben van 30 à 60 minuten. De interviews die live plaatsvinden zullen met een voicerecorder opgenomen worden. De interviews afgenomen via Teams zullen opgenomen worden via de opnamefunctie van het betreffende computerprogramma. Achteraf zullen de opnames enkel door mezelf beluisterd en getranscripteerd worden. Anonimiteit van de deelnemers zal te allen tijde worden gegarandeerd bij de neerslag van de transcripties. Na het onderzoek zullen alle opnames vernietigd worden.

9. Inclusie Criteria

1. Huisarts zijn
2. Minstens 1 kind hebben (gehad)

10. Exclusie criteria

Geen exclusiecriteria

11. Plaats van het onderzoek

Provincie Antwerpen

12. Loopdatum van het onderzoek

Vanaf de goedkeuring van het protocol door de Commissie Medische Ethiek tot 30/09/2023

13. Materiaal en methoden

1. Als eerst werd een deel van de literatuurstudie verricht. Hierbij werd gebruik gemaakt van Pubmed, Google, de databank van masterproeven van ICHO en werd per mail een advies gevraagd via de Orde der Artsen in België. Op basis van dit literatuuronderzoek zal een deel van de vragenlijst opgesteld worden.

2. Vervolgens zal een kwalitatief onderzoek verricht worden aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Er zal getracht worden 10 à 15 huisartsen die actief zijn in de Provincie Antwerpen te interviewen om hun ervaring omtrent dit onderwerp te onderzoeken. Voor de recrutering van deelnemers zal ik beroep doen op de huisartsenwachtpost Antwerpen Noord en de huisartsenwachtpost Antwerpen Oost. Bij de toelichting van het project zal iedereen een informatiebrief meekrijgen met meer details over de procedure. Al de geïnteresseerde huisartsen zullen vervolgens een toestemmingsbrief alsook de vragenlijst ontvangen. Voor de samenstelling van de steekproef zal er gestreefd worden om zoveel mogelijk diversiteit tussen de deelnemers te bekomen wat betreft geslacht, leeftijd, organisatie van de praktijk, aantal kinderen, etc.
   De interviews zullen plaatsvinden op een locatie naar wens van de geïnterviewde huisartsen. De interviews kunnen ook via een online video-gesprek via Teams afgenomen worden indien de deelnemers dit wensen. Naar schatting zullen de gesprekken een tijdsduur hebben van 30 à 60 minuten. De interviews die live plaatsvinden zullen met een voicerecorder opgenomen worden. De interviews afgenomen via Teams zullen opgenomen worden via de opnamefunctie van het betreffende computerprogramma. Achteraf zullen de opnames enkel door mezelf beluisterd en getranscripteerd worden. Anonimiteit van de deelnemers zal te allen tijde worden gegarandeerd bij de neerslag van de transcripties. Na het onderzoek zullen alle opnames vernietigd worden.

2. Bijlage 3 : Informatiebrief

Informatiebrief: Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind?

Geachte collega,

Ik ben Aline Nguyen, huisarts in opleiding, ingeschreven aan de Vrije Universiteit Brussel.

Voor mijn masterproef doe ik een onderzoek naar de ervaringen van huisartsen bij de medische omkadering van hun eigen kind(eren) uit de Provincie Antwerpen.

Via dit onderzoek wil ik achterhalen hoeveel huisartsen medische zorg verlenen aan hun eigen kind en hoe deze dan verschillend/vergelijkbaar is ten opzichte van andere patiënten. Ook zal de rol van huisarts worden nagegaan wanneer zijn/haar kind in handen is van een andere arts die geen verwantschap heeft met zijn/haar kind. Tenslotte zal er gepolst worden naar adviezen die huisartsen te bieden hebben als hun kind medische hulp nodig heeft.

Voor dit onderzoek ben ik op zoek naar 10 à 15 huisartsen actief in de Provincie Antwerpen die tenminste 1 kind hebben om deel te nemen aan een interview om meer antwoorden te bieden op bovenstaande vragen. Indien u geïnteresseerd bent om hieraan deel te nemen, zal u vooraf de vragenlijst ontvangen om u voor te kunnen bereiden op het gesprek. Er zal u eveneens via mail of persoonlijk een toestemmingsformulier bezorgd worden. Het interview zal ongeveer 30 à 60 minuten duren. U mag zelf kiezen waar het interview zal plaatsvinden. Indien u wenst, kan het interview ook via video- conferentie (Teams) afgenomen worden. De persoonlijk afgenomen interviews zullen opgenomen worden via een dictafoon. De video-conferenties zullen opgenomen worden via de opname-functie van het computerprogramma 'Teams'. De opnames zullen enkel door mezelf beluisterd en getranscripteerd worden. Deze opnames zullen na het einde van het onderzoek vernietigd worden. Anonimiteit van de deelnemers zal te allen tijde gegarandeerd worden na de verwerking van de interviews.

U deelname is geheel vrijwillig. U kan zich op elk moment van het onderzoek terugtrekken zonder hiervoor een reden te moeten geven.

Wenst u graag deel te nemen aan het onderzoek of wenst u meer informatie omtrent dit onderzoek? Dan kan u me steeds contacteren via volgend e-mail adres: aline.cecile.nguyen@vub.be of op volgend gsm-nummer: xxx

Met vriendelijke groeten,

Dr. Aline Nguyen, Huisarts in opleiding 2020-2023

4. Bijlage 4: vragenlijst

Vragenlijst: Hoe ervaren huisartsen de medische omkadering van hun eigen kind?

1. Socio-demografische gegevens

- Naam en Voornaam:
- Geslacht: M-V
- Leeftijd: 24-40 jaar / 41-55 jaar / 56-67 jaar
- Aantal kinderen:
- Leeftijd kind(eren): 0-5 jaar/6-10 jaar/11-15 jaar/ 16-18 jaar/ >18 jaar
- Organisatie praktijk: Solopraktijk- Groepspraktijk- Wijkgezondheidscentrum
- Actief in een landelijk gebied – Actief in een stedelijk gebied

2. Vragenlijst voor de semi-gestructureerde interviews

♦ Algemeen

- Wie staat genoteerd als de beheerder van het GMD van jouw kind(eren)?
- Heb je ooit medische zorg verleend aan jouw kind(eren)?
- Wat zijn/waren redenen om zelf medische zorg te verlenen aan jouw kind (Geldbesparing- Gemak- Meer vertrouwen in eigen vaardigheden, etc..)?
- Wat zijn/waren redenen om medische zorg van jouw kind aan een andere arts over te laten?

♦ Wanneer medische zorg aan het kind wordt/werd verleend door de eigen ouder

• Invloed van relatie ouder-kind op klinische beoordeling

- Hoe beïnvloedt/beïnvloedde jouw persoonlijke relatie met jouw kind jouw klinische beoordeling over zijn/haar medische toestand?
- Heb/Had je het gevoel dat je even objectief kan/kon blijven naar jouw kind toe in vergelijking met andere patiënten?
- Tot welk moment of graad van complexiteit van aandoening lukt/lukte het voor jou om de dubbele rol van arts en ouder op jou te nemen als jouw kind medische hulp nodig heeft/had (bv gastro-enteris, bovenste luchtwegeninfectie, otitis media, dehydratie,...)?
- Op welk moment besef/besefte je dat je de zorg best doorgeeft/doorgaf aan een collega?

- Structuur van de consultatie
  - Kan je wat meer vertellen over de structuur (volgorde anamnese-klinisch onderzoek- beleid) van de raadpleging wanneer je medische zorg verleent aan jouw kind? Is deze verschillend van of vergelijkbaar met de structuur die wordt gehanteerd bij andere patiënten?

- Anamnese
  - Welke onderwerpen komen/kwamen het meest aan bod tijdens de anamnese?
  - Welke onderwerpen komen/kwamen het minst aan bod? Waarom komen/kwamen deze onderwerpen minder aan bod?

- Klinisch onderzoek
  - Welke voor-en/of nadelen ondervind/ondervond je wanneer je een klinisch onderzoek uitvoert/uitvoerde bij jouw eigen kind(eren)?
  - Voelen/voelden ze zich meer of minder op hun gemak wanneer jij het klinisch onderzoek uitvoert/uitvoerde?
  - Waar nemen/namen de meeste klinische onderzoeken van jouw kinderen plaats wanneer deze door jezelf wordt/werd uitgevoerd?
  - Welke stappen onderneem/ondernam je wanneer een intiem onderzoek uitgevoerd moet/moest worden bij je kind(eren)? Doe/deed je het onderzoek zelf of verwijs/verwees je ze door naar een andere arts?

- Voorschrijfgedrag
  - Welke medicatie schrijf/schreef je het meeste voor aan jouw kinderen?
  - In welk opzicht is/was het voorschrijfgedrag voor jouw kinderen verschillend/vergelijkend ten opzichte van andere patiënten?
  - Zou je sneller of juist minder snel geneigd zijn om antibiotica aan jouw kinderen voor te schrijven? Waarom wel/niet?

- Invasieve handelingen

➢ Heb je ooit (invasieve) behandelingen toegepast op jouw kind zoals het plaatsen van een vaccinatie of het nemen van bloed? Wat voor indruk heeft dit op jouw kind nagelaten? Was het een traumatiserende ervaring of eerder gemakkelijke handeling?

➢ Door wie worden/werden de meeste invasieve handelingen (bv plaatsen vaccinatie, bloed nemen, wratten bevriezen) toegepast bij jouw kinderen?

- Documentatie medische gegevens

➢ Kan je wat meer vertellen over de documentatie van de consultaties indien jouw kind bij jou op raadpleging komt/kwam?

➢ Worden/werden alle medische bevindingen in zijn/haar dossier genoteerd wanneer je hem/haar medische hulp verleent/had verleend? Zo neen, wat is de reden dat dit niet altijd gedocumenteerd staat/stond?

- Wanneer medische zorg aan het kind wordt/werd verleend door een arts met wie hij/zij geen verwantschap heeft

➢ Gaat/ging jouw kind regelmatig op raadpleging bij een andere huisarts? Waarom wel/waarom niet?

➢ Laat/liet je alle beslissingen over aan de behandelende arts van het kind of word/werd je graag mee betrokken bij die beslissingen?

➢ Hoe ervaar/ervaarde je de communicatie met specialisten en/of huisartsen die medische hulp aan jouw kind verlenen/hebben verleend?

➢ Indien de andere ouder van jouw kind(eren) niet werkt in de medische sector, ervaart/ervaarde hij/zij de communicatie over de medische toestand van jullie kind op dezelfde manier?

➢ Denk je dat de medische zorg (zowel in de huisartsgeneeskunde als in de specialistische geneeskunde) voor jouw kind is/was verschillend is ten opzichte van andere kinderen omdat je huisarts bent? Kan je hier meer uitleg over geven?

♦ Preventieve gezondheidszorg van het kind

- Bij wie gaat/ging jouw kind op consultatie voor preventieve gezondheidszorg?
- Wie staat/stond in de voor opvolging van de vaccinatiestatus van jouw kinderen?
- Zijn al de vaccinaties van jouw kind(eren) in orde?

♦ Ervaringen en adviezen

- Hoe heb je zelf ervaren om medische zorg te verlenen aan jouw kind?
- Hoe heb je het zelf ervaren wanneer jouw kind medische zorgverlening van een andere arts kreeg?
- Welke adviezen kan je meegeven omtrent de medische omkadering van jouw kind op basis van jouw eigen ervaringen en/of op basis van de vandaag besproken onderwerpen?