Communicatie en collegialiteit tussen huisartsen zonder samenwerkingsverband:

een beschrijvende studie van studentenpraktijken.

Silke De Maeyer, KU Leuven

Promotor: Jo Goedhuys, KU Leuven

Co-promotor: Maura Sisk, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011-2013

Dankwoord

Graag wil ik via deze weg een aantal mensen willen bedanken.

Eerst en vooral mijn promotor, Jo Goedhuys, voor de wegwijs in het opstellen van een goed onderzoeksplan, voor zijn adviezen tijdens de uitvoering van het onderzoek, alsook voor de snelle feedback die hij gaf tijdens het uitschrijven van deze thesis.

Als tweede bedank ik Maura Sisk, mijn co-promotor en praktijkopleidster tijdens academiejaar 2011-2012. Zij hielp me via brainstorming en discussie dit interessant onderzoeksthema vorm geven en stuurde me bij tijdens het opstellen van de interviews en de casussen.

Ik bedank ook mijn huidige praktijkopleider, Adelbert Schraepen, voor de interessante discussies over collegialiteit binnen het huisartsenberoep en het geven van de nodige tijd om deze thesis tot een goed einde te brengen.

Alle studentenartsen en vaste huisartsen die bereid waren om mij tijd te geven voor afnemen van een interview worden uiteraard ook niet vergeten. De gesprekken leverden zeer bruikbare informatie op en vormen het belangrijkste onderdeel van deze thesis.

Als laatste wil ik mijn ouders en mijn vriend Jochen bedanken voor hun niet aflatende steun, zowel op praktisch als op emotioneel vlak. Jullie motiverende woorden gaven me elke keer een duwtje in de rug.

Silke De Maeyer
April 2013

Abstract

Context: Een studentenarts wordt in de praktijk regelmatig geconfronteerd met een beleid dat niet overeen komt met de eigen diagnostische en therapeutische inzichten of gewoonten of met de huidige wetenschappelijke richtlijnen. Dit verschil in aanpak en confrontatie met fouten in beleid kunnen leiden tot moeilijke situaties op vlak van collegialiteit en uitstippelen van een vervolgbeleid, alsook op vlak van de communicatie naar de patiënt en zijn vaste huisarts.

Onderzoeksvraag: Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in welke problemen studentenartsen ervaren rond communicatie en collegialiteit, hoe zij hiermee omgaan in hun denken en hun doen. Dit met nadruk op hoe het beleid bepaald wordt, hoe gecommuniceerd wordt met de patiënt en met de vaste huisarts van de patiënt. Een secundair doel is inzicht krijgen in de verwachtingen van de vaste huisartsen omtrent deze materie.

Methode: De benadering van het onderwerp verliep op twee manieren. Eerst werd een literatuuronderzoek uitgevoerd waarbij gezocht werd in verschillende databanken naar studies over collegialiteit, onafhankelijkheid van medisch handelen en communicatie, met de focus op de situatie van huisartsen zonder samenwerkingsverband. Ook specifieke deontologische en juridische bronnen werden geraadpleegd.
Daarna volgde een eigen kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews bij studentenartsen enerzijds en anderzijds bij vaste huisartsen. De analyse gebeurde aan de hand van de Grounded Theory.

Resultaten: In de literatuurstudie vormde de code van geneeskundige plichtenleer de belangrijkste deontologische bron, met regels over communicatie, collegialiteit en de onafhankelijkheid van medisch handelen. Op juridisch vlak werden de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de patiëntenrechtenwet het referentiekader.
Voor het kwalitatief onderzoek werden 16 studentenartsen en 5 vaste huisartsen geïnterviewd. Studentenartsen geconfronteerd met een verschil in aanpak of een fout in het beleid van een andere huisarts samen met de patiënt komen tot een beleid. Hiervoor verzamelen ze informatie, verstrekken ze informatie en geven de patiënt hierbij soms een opdracht.
In hun communicatie naar de patiënt toe zullen de studentenartsen proberen de vaste huisarts uit de wind te zetten.
De drempel om met onbekende huisartsen te discussiëren over beleidsfouten, blijkt voor de meeste studentenartsen te hoog te zijn.
De verwachtingen van vaste huisartsen stemde in grote mate overeen met hoe studentenartsen hun beleid bepalen.

Conclusie: Samenvattend kan besloten worden dat de geïnterviewde studentenartsen elk individueel een communicatiestijl ontwikkelden om op collegiale manier om te gaan met patiënten en hun vaste huisartsen.
Verbeteringen op dit vlak kunnen vooral verwacht worden door training in communicatie- en argumentatievaardigheden en de verdere uitbouw van veilig elektronische communicatiekanalen.

Inhoudstafel

Dankwoord 1

Abstract 2

Inhoudstafel 3

1. Inleiding 4

2. Methode 5

3. Resultaten 8

4. Discussie 37

5. Besluit 40

6. Referenties 42

7. Bijlagen 44

Bijlage 1: Informatie voor studentenartsen 44
Bijlage 2: Informatie voor vaste huisartsen 45
Bijlage 3: De eed van Hippocrates 45
Bijlage 4: De verklaring van Genève 46
Bijlage 5: Europese handleiding voor medische ethiek 47
Bijlage 6: Artseneed van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren 51
Bijlage 7: Interview studentenartsen 51
Bijlage 8: Interview vaste huisartsen 53
Bijlage 9: Boomdiagram eerste presentatie resultaten studentenartsen 56
Bijlage 10: Boomdiagram tweede presentatie resultaten studentenartsen 57

1. Inleiding

In academiejaar 2011-2012 volgden 212 015 studenten een opleiding in het hoger onderwijs[1]. In Leuven wordt het aantal studenten op kot geschat op 35 000[2], voor heel Vlaanderen op 59 980[3]. Volgens gegevens van het RIZIV[4] gingen de 18-25 jarigen in 2010 en 2011 respectievelijk gemiddeld 2,04 en 2,07 keer op consultatie bij een huisarts.

Omwille van organisatorische redenen zullen studenten tijdens hun studententijd frequent ook een huisarts consulteren in de stad waar ze studeren en niet steeds hun eigen vaste huisarts.
De studentenarts wordt daardoor regelmatig geconfronteerd met een reeds ingesteld beleid. Dat beleid komt soms niet overeen met de eigen diagnostische en therapeutische inzichten of gewoonten van de studentenarts. Dit is op zich niet ongewoon, vermits iedereen een verschillende invalshoek kan hebben op dezelfde werkelijkheid[5-6]. Echter soms gaat het om een beleid dat niet strookt met de huidige wetenschappelijke richtlijnen.

Dit verschil in aanpak en confrontatie met fouten in beleid kunnen leiden tot moeilijke situaties op vlak van collegialiteit en uitstippelen van het vervolgbeleid, alsook op vlak van de communicatie naar de patiënt en zijn vaste huisarts.

Uit verschillende studies is gebleken dat een goede interprofessionele samenwerking verbetering geeft van de outcome van de patiënt[7] alsook een betere job tevredenheid bij artsen[8].
Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in welke problemen studentenartsen ervaren rond communicatie en collegialiteit, hoe zij hiermee omgaan in hun denken en hun doen. Dit met nadruk op hoe het beleid bepaald wordt, hoe gecommuniceerd wordt met de patiënt en met de vaste huisarts van de patiënt. Een secundair doel is inzicht krijgen in de verwachtingen van de vaste huisartsen omtrent deze materie.

Hiervoor werden de volgende concrete onderzoeksvragen geformuleerd: Hoe kan je correct medisch handelen zonder externe druk van een andere arts of van de patiënt? Hoe ga je om met informatie of een beleid van een andere arts, waarmee je zelf niet akkoord bent? Hoe communiceer je dit verschil in beleid met de patiënt zonder die andere arts-patiëntrelatie te schaden of oncollegiaal te zijn? Hoe verzorg je continuïteit van zorg?

De bekomen informatie wordt getoetst aan bestaande literatuur, inclusief het deontologisch en juridisch kader van communicatie en collegialiteit.

Definities:

Studentenarts: de huisartsen die als bediende of zelfstandige consultaties doen in de gebouwen van een universiteit of hogeschool en als dusdanig benoemd wordt op de website van die onderwijsinstelling, alsook huisartsen die hun praktijk hebben in een studentenstad en daardoor een groot aantal studenten op consultatie krijgen.
Student: persoon die studeert aan een universiteit of hogeschool, meestal tussen 18 en 25 jaar. Deze zal in de tekst soms als student, soms als patiënt beschreven worden.
Vaste huisarts: de huisarts waarbij de student tijdens zijn leven is gegaan, nabij zijn woonplaats.

2. Methode:

De onderzoeksvragen worden op twee manieren benaderd. De eerste manier is een onderzoek van de bestaande literatuur. De tweede manier is een eigen kwalitatief onderzoek aan de hand van interviews.

2.1 Literatuuronderzoek:

Tijdens de literatuurstudie werd op zoek gegaan naar elementen die verwezen naar collegialiteit tussen artsen, onafhankelijkheid van handelen en communicatie tussen artsen.

Hierbij werd voornamelijk gezocht naar literatuur over huisartsen die geen samenwerkingsverband hadden.
De ingevoerde zoektermen waren enerzijds combinaties van volgende Medical Subject Headings (MESH) termen “general practitioner”, “physicians, primary care”, “interdisciplinary communication”, “interprofessional relations” en “competitive behavior” en anderzijds de vrij gekozen termen “collegiality family doctor”, “communicatie eerste lijn”, “collegialiteit eerste lijn”. Met deze zoekwoorden werd de CEBAM databank en de PubMed databank doorzocht met als limiet artikels ouder dan 2000 of 2005, met als doel het aantal artikels te beperken tot maximaal van 300 hits. De beschikbaarheid van de volledige tekst was een tweede limiet die gehanteerd werd.
Titel en abstract bepaalden of een artikel weerhouden werd of niet. Referenties en gerelateerde artikels in het suggestiemenu konden ook leiden tot het weerhouden van literatuur.
Omdat deze zoekstrategie onvoldoende resultaat opleverde werden ook andere zoekstrategieën gehanteerd.
De abstractenboeken van de Manama-opleiding huisartsgeneeskunde van het Interuniversitair Centrum HuisartsenOpleiding van jaargangen mei en december 2010 en mei 2011, alsook de volledige lijst van voorgaande jaargangen beschikbaar via de website van het ICHO werd op bovenstaande thema’s doorzocht[9].
Ook het volledige archief van het tijdschrift ‘Huisarts Nu’ raadpleegbaar via de website van Domus Medica[10] werd op dezelfde manier doorgenomen om relevante literatuur te kunnen weerhouden.

Om de deontologische aspecten van dit thesisonderwerp te onderzoeken werd de cursustekst Inleiding tot de medische deontologie[11] onderwezen in academiejaar 2010-2011 aan de KULeuven als basis gebruikt. De deontologische bronnen waaronder ook de Code van geneeskundige plichtenleer[12] werden gelezen en geanalyseerd. Om bepaalde artikels van de Code beter te begrijpen werd uitleg gevraagd aan prof Spitz van de KULeuven en aan een lid van de Orde van geneesheren van Limburg. Daarnaast werd de adviezenlijst[13] van de Nationale raad van de orde van geneesheren doorzocht met als zoektermen ‘collegialiteit’ en ‘communicatie’ om relevante aanvullingen op de Code te bekomen.
Bij de Nationale raad van de Orde van Geneesheren en de Provinciale raad van Limburg werden de cijfergegevens van de tuchtprocedures en klachten in verband met collegialiteit opgevraagd.

Als uitgangspunt om het juridische kader te onderzoeken werd gebruik gemaakt van de cursustekst Medisch recht[14] van prof Nys van de KULeuven aan wie nog enkele verduidelijkingen gevraagd werden. De originele wetteksten werden geraadpleegd via de website van de Federale Overheidsdienst van justitie[15] en van het Rijksinstituut voor ziekte-en invaliditeitsverzekering (RIZIV)[16].

2.2 Praktijkonderzoek aan de hand van interviews

2.2.1 Opstellen interviews

Om de ideeën van studentenartsen, de communicatietechnieken met studenten en collega-huisartsen voldoende breed in kaart te kunnen brengen, werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek aan de hand van een semigestructureerd interview. Dit bood de mogelijkheid om op een gestructureerde manier antwoorden te verzamelen over de onderzoeksvragen en liet de vrijheid om bij interessante antwoorden verder door te vragen.

De vragenlijst werd gegenereerd vanuit de onderzoeksvragen en op basis van eigen praktijkervaring, dit in samenspraak met de copromotor van deze thesis, een studentenarts met 14 jaar werkervaring in het Medisch Centrum voor Studenten van de KULeuven. Hierbij kon geen beroep gedaan worden op reeds bestaande vragenlijsten, daar het onderwerp van dit onderzoek niet voldoende overeenstemde met voorgaande studies.

Het interview bestond uit een eerste luik waarbij persoons- en praktijkgegevens opgevraagd werden, een tweede luik waarbij drie casussen voorgelegd werden en een derde luik waarbij vragen over communicatie en collegialiteit tussen huisartsen zonder samenwerkingsverband gesteld werden.

Verwacht werd dat artsen moeite zouden ondervinden met het beantwoorden van gewone open vragen over dit onderwerp. Er werd daarom geopteerd om als tweede luik van het interview drie casussen aan te bieden. Hierdoor werden de artsen in een heel concrete situatie geplaatst wat het voor hen makkelijker zou maken om na te denken over en antwoorden te formuleren op de vragen over conflicten in communicatie en collegialiteit.
Door overleg met mijn praktijkopleidster, tevens copromotor van deze thesis werden drie casussen geselecteerd die we zelf waren tegengekomen in de praktijk. Ze bevatten elk een thema frequent voorkomend in de studentenpraktijk èn een beleid dat niet overeenstemde met de huidige richtlijnen.
Het doel dat hiermee nagestreefd werd was niet om te weten te komen hoe artsen in deze concrete situaties handelen, echter was het wel een manier om makkelijker meningen en andere informatie te verzamelen.

De vragen gesteld in het tweede en het derde luik waren voornamelijk open vragen, dit weerom om ruimte tot antwoorden te creëren.

Om de ideeën, reacties en verwachtingen van vaste huisartsen op dit onderwerp in kaart te brengen, werd een tweede semigestructureerd interview opgesteld.
Dit bestond uit dezelfde drie luiken als het interview voor de studentenartsen. De vragen werden aangepast aan de relatie die vaste huisartsen hebben ten opzichte van studentenartsen. De casussen waren dezelfde als deze voorgelegd aan de studentenartsen, maar waren aangevuld met een actie of een handeling van een studentenarts. Er werd aan de vaste huisarts gevraagd om in de rol te kruipen van de arts die een fout beleid had opgesteld en nu te reageren op het beleid dat de studentenarts had ingesteld.
De reacties van de studentenartsen die toegevoegd werden aan de casussen waren gebaseerd op de eerste interviewresultaten van de studentenartsen. Weerom werden de casussen enkel gebruikt om het formuleren van antwoorden over communicatie en collegialiteit te vergemakkelijken, waarbij het niet de bedoeling was om per casus de reactie van artsen weer te geven.

2.2.2 Studiepopulatie
De websites van verschillende Vlaamse universiteiten en hogescholen werd bezocht om studentenartsen te kunnen identificeren. Zowel erkende huisartsen als huisartsen in opleiding werden geïncludeerd.
Op deze manier werden de gegevens bekomen van de studentenartsen van de UGent, de KULeuven en de VUB, evenals de Leuvense huisartsen die via een netwerk verbonden zijn aan de studentenartsen van de KULeuven.
Daarnaast werd ook geprobeerd om gegevens te verzamelen van huisartsen waarnaar studenten van de Universiteit Antwerpen en de KULeuven campus Kortrijk en een aantal hogescholen verwezen werden bij ziekte. Daarvoor werden desbetreffende studentenvoorzieningen (STUVO) en studenten informatie punten (STIP) gecontacteerd.

Op deze manier ontstond een lijst van 45 studentenartsen. 25 van hen werden telefonisch gecontacteerd en waren bereid om het interview te laten afnemen. Zij ontvingen via e-mail een korte beschrijving met het onderwerp van de thesis en de onderzoeksvraag (bijlage 1).
De vaste huisartsen, nodig voor het tweede deel van interviews, werden gerekruteerd uit de VZW huisartsenkring Prometheus. Hiervoor werden de 92 leden aangeschreven (bijlage 2). Vijf artsen reageerden positief op deze uitnodiging tot medewerking. Ondanks de minieme respons, werd er geen tweede oproep gedaan, omdat deze tweede populatie enkel dient om een idee te krijgen hoe de werking van studentenartsen ervaren wordt.

2.2.3 Afname interviews
Er werd gestreefd om zoveel mogelijk de interviews af te nemen op locatie. Wanneer dit omwille van logistieke redenen niet mogelijk bleek, werd het voorstel gedaan om het interview telefonisch of via Skype® af te nemen. De interviews werden opgenomen op bandrecorder om nadien te worden uitgeschreven door twee jobstudenten aangesteld door het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding. Het audiobestand en de schriftelijke versie werden steekproefsgewijs gecontroleerd en indien nodig aangevuld.

2.2.4 Analyse
De analyse gebeurde aan de hand van de schriftelijke weerslag van de interviews.
Eerst werden de persoons- en praktijkgegevens verzameld en weergegeven. Omwille van de privacy werd geopteerd om deze gegevens volledig los van de rest van de resultaten te verwerken.
Voor de verdere analyse werd gebruik gemaakt van de Grounded Theory[17]. Dit houdt in dat de teksten gelezen werden en handelingen, gedachtegangen en uitspraken een code kregen die in categorieën ingedeeld werden. Omdat er voorafgaandelijk geen theoretisch kader voorhanden was, werd er op een inductieve wijze te werk gegaan[18].

Deze methode van analyse was een proces dat in stappen verliep. Verschillende pogingen werden ondernomen om codes en trefwoorden te formuleren en in logische categorieën of denkkaders in te delen. Wanneer het resultaat hiervan onbevredigend was, omdat er bepaalde dimensies verhuld bleven, werd een nieuwe poging ondernomen om de gegevens ordelijk en volledig te presenteren. Hierbij was het de bedoeling om zowel voor studentenartsen als voor vaste huisartsen een duidelijke weergave te geven van hoe zij de begrippen communicatie en collegialiteit in de praktijk hanteren, zowel in hun denken als in hun doen. Bij de vaste huisartsen werd vooral gefocust op hun verwachtingen naar studentenartsen.

3. Resultaten
3.1 Literatuuronderzoek

Het inbrengen van de zoekterm “collegiality family doctor” en “communication family doctor” in de databank van CEBAM leverde respectievelijk 10 en 38 hits op. Tijdens een PubMed search met als zoekterm “physicians primary care and interprofessional relations” werden 903 artikels gevonden, waarvan 219 met volledige tekst beschikbaar.
In totaal werden hier 16 artikels als relevant weerhouden.
Bij het doornemen van de abstractenboeken werd geen enkele thesis weerhouden.
Er werden 4 relevante artikels weerhouden bij de zoektocht in het archief van Huisarts Nu en 1 editoriaal uit Minerva.

Daar er geen artikel gevonden werd over de samenwerking tussen huisartsen zonder samenwerkingsverband, werden de resultaten van deze zoektocht niet als dusdanig beschreven maar werden in de discussie gebruikt als referentiekader voor de interviewresultaten of reeds gebruikt in de inleiding.

Het resultaat van de zoektocht in de deontologische en juridische bronnen wordt hieronder neergeschreven. De inhoud wordt gegroepeerd besproken met als thema’s collegialiteit, onafhankelijkheid van medisch handelen en communicatie. Dit om frequente herhaling te voorkomen en te benadrukken dat ze elkaar aanvullen.

Als deontologische bronnen werden weerhouden de eed van Hippocrates[19], de verklaring van Genève[20], de Europese handleiding voor medische ethiek[21], de artseneed[22] van de Orde van Geneesheren en de Code van geneeskundige plichtenleer[12]. Het doorzoeken van de adviezen verstrekt door de Nationale raad van de Orde van Geneesheren leverde geen bijkomende informatie op.

De Nationale raad van de Orde liet weten niet te kunnen antwoorden op de vraag naar het meedelen van cijfergegevens van tuchtprocedures en klachten in verband met collegialiteit. De Provinciale raad van Limburg heeft zijn statistische gegevens wel doorgegeven en worden hier verder besproken onder de 3.1.1 Collegialiteit.

De juridische bronnen waren de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen[23], de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen[24] en de wet betreffende de rechten van de patiënt[25].

3.1.1 Collegialiteit
De eerste deontologische bron, namelijk de eed van Hippocrates maakt melding van het respect tussen leermeester en leerling (bijlage 3). In de Verklaring van Genève wordt de collegialiteit uitgebreider beschreven als het beschouwen van collega’s als broeders en zusters (bijlage 4).
De Europese handleiding voor medische ethiek beschrijft dat de regels rond collegialiteit opgesteld zijn in het belang van de patiënten en hen behoeden voor deloyale concurrentie. Belangrijk te vermelden is dat het niet oncollegiaal is om de bevoegde beroepscolleges in kennis te stellen van inbreuken op de regels van de medische ethiek en van professionele nalatigheid of onkunde bij collegae (bijlage 5).
Ook de artseneed, die tegenwoordig door afstuderende artsen gezworen wordt, roept op tot collegiaal gedrag en respectvolle omgang met medewerkers (bijlage 6).

De meest uitgebreide deontologische bron is de Code van geneeskundige plichtenleer waar reeds in artikel 11 van hoofdstuk 2 zijnde de algemene plichten van de geneesheer, staat dat geneesheren goede collegiale betrekkingen met elkaar moeten onderhouden en elkaar bijstaan. In artikel 19 vinden we hiervan een concrete invulling, namelijk het verbod tot ronselen van patiënten en de oproep aan geneesheren om enkel een behandeling te wijzigen wanneer noodzakelijk. Wat de term noodzakelijk inhoudt, wordt niet expliciet gespecifieerd. Als invulling kan artikel 32 gebruikt worden namelijk dat een arts enkel beslissingen mag nemen op gewetensvolle wijze en op wetenschappelijke gronden. Onder titel IV: verhouding tussen geneesheren wordt hoofdstuk I volledig aan de collegialiteit gewijd. De collegialiteit moet beoefend worden in eerbied voor de belangen van de zieke (art 136). Artikel 137 vertelt ons dat artsen elkaar steeds morele bijstand moeten verlenen door elkaar te verdedigen, elkaar niet te belasteren of kwaad te spreken, geen geruchten te verspreiden die nadelig kunnen zijn voor het uitoefenen van het beroep.
Behalve in het tuchtrecht is er geen andere juridische omschrijving van collegialiteit.

Uit de cijfergegevens van de Provinciale raad van Limburg blijkt dat er 480 klachten door het tuchtrecht werden onderzocht gedurende de laatste 10 jaar. Dit komt overeen met 32% van alle klachten die geregistreerd werden. De overige 68% werd via het bureau van de Orde afgehandeld en ging niet verder naar een tuchtonderzoek. 40 van de 480 onderzoeken mondden uit in een tuchtstraf. In tabel 1 wordt weergegeven wat het thema voor de tuchtstraf was.

Onderwerp tuchtstraf	Aantal
Conflict met controlerende geneesheer	8
Betwiste vestiging bv na stageperiode	3
Onderhouden toxicomanie	2
Ongeoorloofd medisch handelen	4
Conflict met de huisartsenkring	2
Conflict bij dissociatie	4
Reclame	4
Schending beroepsgeheim	1
Collusie met kinesist	2
Conflict met specialist	3
Klacht van de vertrouwensarts	1
Ronselen van patiënten	3
Dichotomie	1
Overname praktijk	1
Schriftvervalsing	1

Tabel 1: Onderwerpen waarvoor een tuchtstraf uitgesproken werd door de provinciale raad van de orde van Limburg gedurende de laatste 10 jaar.

3.1.2 Onafhankelijkheid van medisch handelen

Dit wordt in de deontologische bronnen omschreven als diagnostische en therapeutische vrijheid in art 36 van de Code[12] en als morele en technische onafhankelijkheid in art 5 van de Europese handleiding[21]. Dit zonder art 34[12] uit het oog te verliezen, namelijk dat voor het stellen van de diagnose als voor het instellen en voortzetten van de behandeling de geneesheer zorgvuldig en gewetensvol de zorgen toedient die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis.

De juridische basis hiervoor vinden we terug in artikel 11 van de Wet betreffende de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen[23]. Bij geschillen wordt gebruik gemaakt van de zorgvuldigheidsregel die nakijkt welke diagnostische en therapeutische keuzen een normaal voorzichtige en toegewijde zorgverlener in gelijkaardige omstandigheden zou nemen[24]. Omgekeerd heeft de patiënt het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening beantwoordend aan de geldende behoeften en de geldende standaarden zoals die voortvloeien uit de stand van de wetenschap[25].

Het recht van een patiënt op vrije artsenkeuze staat in art 36[21] en art 27[12] van de deontologische bronnen en art 6 van de patiëntenrechtenwet[25].

3.1.3 Communicatie tussen artsen

Er bestaat de deontologische plicht om de collega geneesheer te verwittigen wanneer een patiënt van die collega in behandeling wordt genomen (art 30[21] en art 19[12]) alsook alle nuttige of nodige inlichtingen te verstrekken op vraag van de patiënt of met diens toestemming[12]. Deze communicatie heeft tot doel de continuïteit van zorg te vrijwaren (art 35[21] en art 113[12]). Art 8 en 13 van de WUG beschrijven deze continuïteitsplicht en plicht tot doorgeven van informatie op verzoek of met akkoord van de patiënt, maar bestraffing kan enkel met een tuchtsanctie door de Orde van Geneesheren.
Het medisch beroepsgeheim beschreven onder titel II hoofdstuk V[12] en artikel 458 van het Strafwetboek[26] geldt niet onder collega's, maar zowel deontologisch als juridisch wordt aangeraden om mondeling akkoord te vragen aan patiënt en hiervan melding te maken in het dossier.

3.2 Praktijkonderzoek aan de hand van interviews

3.2.1 Opstellen interviews

Het interview opgesteld voor de studentenartsen is bijgevoegd als bijlage 7, voor de vaste huisartsen als bijlage 8.
De casussen handelden over een soa-screening, reisadvies en een consultatie over orale contraceptie. Studentenartsen gaven tijdens de interviews aan dat dit herkenbare en frequent voorkomende situaties zijn in de studentenpraktijk.

3.2.2 Studiepopulatie

Van de 25 studentenartsen die initieel hadden aangegeven mee te zullen werken, werd uiteindelijk van 16 een interview afgenomen. De drop out kan verklaard worden doordat er geen geschikt moment gevonden werd voor de afname van het interview of omdat er geen gevolg meer gegeven werd aan uitnodigingstelefoons of e-mails.
Van de vijf vaste huisartsen die aangaven mee te willen werken, werd van vier artsen een interview afgenomen. De vijfde arts reageerde niet meer op de e-mails om een geschikt moment af te spreken. Dit interview werd vervangen door een extra huisarts buiten deze wachtkring te interviewen.
In totaal werden 16 studentenartsen geïnterviewd en 5 vaste huisartsen.

3.2.3 Afname interviews

In totaal werden er 19 interviews afgenomen en genummerd in de volgorde waarin ze afgenomen waren.
Interview 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 18 en 19 werden afgenomen van studentenartsen.
Tijdens interview 16 werden twee studentenartsen gelijktijdig geïnterviewd.
De andere interviews, namelijk 12, 13, 14 en 17 werden afgenomen bij vaste huisartsen. Interview 12 was ook een interview waarbij twee vaste huisartsen gelijktijdig geïnterviewd werden.
De interviews duurden allemaal tussen de 28 en de 52 minuten, met een gemiddelde van 37

minuten. Vijf interviews werden onderbroken door telefoon of een dringende consultatie. Bij het uittypen van de interviews bleek dat enkele zinnen van interview 3 onverstaanbaar waren, dit werd niet meer hersteld. Bij interview 17 bleek dat de geluidsopname gedurende 20 minuten mislukt was. Daarom werd arts 17 over dit deel een tweede maal geïnterviewd.

3.2.4 Analyse

A. De persoons- en praktijkgegevens

Deze worden in Tabel 2 weergegeven.

Kenmerk	Studenten artsen	Vaste huisartsen
Geslacht		
Aantal mannen	6	4
Aantal vrouwen	10	1
Leeftijd	28 – 58 jaar	26 - 59 jaar
Aantal jaar afgestudeerd als arts	1 – 33 jaar	2 – 34 jaar
Aantal huisartsen werkzaam in een studentenpraktijk	10	0
Aantal artsen die zowel in een studentenpraktijk als in een gewone huisartsenpraktijk werken	2	0
Aantal artsen werkzaam zijn in een gewone huisartsenpraktijk	4	5

Tabel 2: Kenmerken van de geïnterviewde studenten- en vaste huisartsen.

Om te kaderen wat de medische ervaring van de geïnterviewde studentenartsen en vaste huisartsen naast hun huisartsgeneeskundig werk, zowel in het verleden en als in het heden werd dit hieronder weergegeven.

Studentenartsen:
- sportgeneeskunde
- consultatiebureau arts bij Kind&Gezin
- artsen zonder grenzen
- arbeidsgeneeskundige raadplegingen
- spoedarts
- federale overheidsdienst volksgezondheid
- dienst vreemdelingenzaken
- instituut tropische geneeskunde
- arts in verslavingscentrum
- assistentschap psychiatrie en neurochirurgie
- bloedcollectes rode kruis
- vervanging in huisartsenpraktijk
- domus medica
- verzekeringsgeneeskunde
- onderzoek

Vaste huisartsen:
- consultatiebureau arts bij Kind&Gezin
- huisartsen- en wachtkring
- domus medica
- ontwikkelingssamenwerking
- inwendige geneeskunde
- controlegeneeskunde
- CRA arts

B. De omschrijving en interpretatie van het begrip collegialiteit

Aan alle artsen werd gevraagd om het begrip collegialiteit in eigen woorden te beschrijven. De antwoorden van studentenartsen en vaste huisartsen wordt hieronder gebundeld samengevat.

Collegialiteit wordt door de geïnterviewde artsen op verschillende manieren omschreven.
De meest gebruikte omschrijving is

"*dat je niet doet met een collega wat je niet graag zou hebben dat een collega met jou doet*"

Dit kan door op een respectvolle, verdraagzame manier samen te werken, elkaar te ondersteunen, elkaar te informeren, het voor elkaar op te nemen als beroepsgroep en elkaar te verdedigen. In samenwerkingsverband wordt onder dit begrip ook de praktische werkverdeling, voor elkaar inspringen en elkaar helpen om moeilijkheden te verwerken, verstaan.

Bij problemen probeert een collegiale arts de andere vooral niet openlijk aan te vallen of in de rug te schieten. Hij doet dit door de discussie weg te halen van bij de patiënt, geen negatieve uitlatingen te doen, door overleg te plegen en zijn kritiek rechtstreeks te bespreken met de collega.
Collegialiteit houdt ook in dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt bewaard wordt door zoveel als mogelijk het beleid van een collega niet te wijzigen.
Vooral de vaste huisartsen gaven aan dat ze het ook heel belangrijk vonden dat een collega zich zo opstelt naar de patiënt dat het duidelijk is dat hij er niet op uit is om die patiënt "*te pikken*".
Arts 3 omschrijft ook een negatieve connotatie van collegialiteit namelijk dat het misbruikt kan worden om wangedrag weg te stoppen

"*bv wat er is gebeurd bij kindermisbruik in de psychiatrie…. ook al wordt het gemeld, dat het dan niet zo echt in de openheid terecht komt*"

Het doel van het bewaren van een goede collegialiteit kan onderverdeeld worden in voordelen enerzijds voor de artsen en anderzijds voor de patiënten.

Door je als artsengroep collegiaal op te stellen verbetert de samenwerking en ga je een versnippering en diversifiëring van de geneeskunde tegen. Op die manier kan je eenzelfde boodschap naar de patiënt geven.
De uitspraak van arts 1

"*het komt toch in je gezicht terug*"

samen met uitspraak van arts 13

"*de bewustwording dat iedereen wel eens fouten maakt en het morgen aan mij is*"

tonen aan dat door collegialiteit het eigen beroepsleven beschermd wordt. Het is ook een win-win situatie door dingen van elkaar bij te leren.

Het tweede doel is vooral de patiënt niet schaden, hem toegang geven tot goede medische zorg en correct in te lichten. Oncollegiaal gedrag kan de arts-patiëntrelatie schaden en de therapietrouw verminderen.

Zowel studentenartsen als vaste huisartsen gaven een aantal situaties en omstandigheden die zij als moeilijk ervaren voor het naleven van collegialiteit.

Wanneer de wetenschappelijke basis geschaad wordt, namelijk artsen die niet evidence based werken, achterhaalde behandelingsstrategieën of alternatieve geneeskunde uitoefenen. Wanneer er mogelijk nadeel is voor de patiënt zoals dure onderzoeken of absurde behandelingen.

Arts 14: "*bepaalde collega's die aan kankerpatiënten van alle theorieën verkopen en blaasjes wijsmaken, zogezegd omdat ze hen dan gaan redden*".

Wanneer de afstand tussen artsen groter is. Naarmate men elkaar beter kent, kan men zich collegialer gedragen en zal men bij conflicten makkelijker contact opnemen. Wanneer men elkaar niet kent en alleen kan voortgaan op de verhalen van patiënten kan er makkelijker een vijandige houding ontstaan. Dit is ook het geval in streken waar er meer concurrentie heerst tussen de artsen.

Arts 16: *"Als je met 4 of met 5 in een dorp bent, als er dan een 6de bijkomt die met 20% van uw patiënten kan gaan lopen, dat is iets heel anders dan als je met 120 bent en er komt er eentje bij."*

C. Analyse van de interviewresultaten van de studentenartsen

Tijdens het proces van analyse en na het tot stand komen van een eerste presentatie van de onderzoeksdata werd gezien dat bepaalde aspecten en dimensies van het onderzoek verhuld bleven. De gemaakte categorieën waren ook niet mutueel exclusief, wat wil zeggen dat bepaalden items terugkwamen in verschillende categorieën.
Daarom werden de oorspronkelijke interviewresultaten volledig opnieuw doorgenomen en geanalyseerd en op een tweede manier te presenteren.
Omdat dit proces van coderen, het zoeken naar categorieën en het vinden van samenhang tussen verschillende onderdelen zo eigen is aan het verwerken van kwalitatieve resultaten volgens de Grounded Theory[17], werd geopteerd om deze twee presentaties ook weer te geven.

C.1 Eerste presentatie onderzoeksresultaten

In deze eerste analyse van de interviews afgenomen bij studentenartsen, werd volgende indeling gemaakt: omgaan met concrete probleemsituaties en contact met de vaste huisarts.
Het schema van deze analyse is weergegeven in bijlage 9. De nummering uit het schema wordt hier gebruikt om in deze beschrijving structuur te kunnen behouden.

1. Omgaan met concrete probleemsituaties

De gedachten, de communicatie en het handelen van studentenartsen kan opgedeeld worden in 4 subcategorieën.

1.1. Gerichtheid op het biomedische karakter van de casus

Bij het voorstellen van de casussen werd steeds als eerste gereflecteerd over het medische en wetenschappelijke karakter van de fout en hoe hierop werd ingespeeld.

1.1.1.Gedachtengoed over onjuist medisch beleid en onvoldoende kennis

Studentenartsen dachten na over fouten in de keuze van onderzoeken en behandelingen. Ook beschreven ze het gebrek aan kennis en gebruik van richtlijnen.

Interview 9: "*Ik denk dat er veel dingen gebeuren die niet kloppen of niet evidence based zijn*"
Interview 10: "*Dat zou toch standaard hier in Vlaanderen in een soa-screening moeten zitten. Terwijl ik toch besef dat dat bij heel veel huisartsen nog niet doorgedrongen is."*

1.1.2.Communicatie over biomedisch karakter

De eerste stap is het verder exploreren van het probleem. Anamnestisch wordt bevraagd welke soorten onderzoeken uitgevoerd en werden en wat het resultaat, de indicatie en nevenwerkingen van medicatie en de klachten en risicofactoren voor een bepaalde aandoening.

Daarnaast zal de studentenarts ook heel wat informatie geven en foute informatie weerleggen. Van de pathologie verklaart hij de symptomatologie, de beschermings- en behandelingsmogelijkheden en het voorkomen in de populatie, specifiek de studentenpopulatie. Hij overloopt de diagnostische methoden, wat ermee op te sporen valt en hoe de resultaten geïnterpreteerd kunnen worden.

Interview 16: *"Dat onderzoek, ik ga zeggen dat dat fout is. Ik bedoel dat dat onvoldoende is"*

Over de medicatie vertelt hij de werking, de nevenwerking en wat resistentie is. Bij vragen over de prijs van medicatie legt hij uit dat dit patent gerelateerd is en niet samenhangt met de kwaliteit van medicatie. Hij zal ook vertellen waarom hij kiest voor een bepaald product, dit op basis van wetenschappelijke argumenten en uitleg over de rol van farmaceutische reclame.

Interview 5: "*Dat wordt zo gekozen afhankelijk van de media wat er zo dan populair is"*

De student wordt ook geïnformeerd over de wetenschappelijke basis van medisch handelen. Er wordt verteld dat fouten kunnen gebeuren omdat er continu evolutie is in ziekten en medicatie en onze kennis daarover. Hierbij legt de studentenarts uit welke informatiebronnen hij gebruikt, hoe betrouwbaar en up-to-dat hij die inschat.

De technieken om al deze informatie over te brengen zijn grotendeels verbaal, maar er wordt ook gebruik gemaakt van hulmiddelen zoals het tonen en afdrukken van websites, tonen van boeken of meegeven van brochures.

1.1.3.Bepalen beleid

Puur biomedisch gericht zal de studentenarts zijn beleid bepalen, onafhankelijk van het feit of een andere arts reeds iets gedaan heeft of niet. De redenen om het beleid volledig naar hem toe te trekken zijn enerzijds omdat het beleid verandert moet worden om de patiënt te beschermen en anderzijds omdat het meestal om een acute situatie gaat en niet om beleidswijzigingen voor chronische pathologie.

1.2. Gerichtheid op de patiënt

Een tweede subcategorie die onderscheiden werd, is de focus van de studentenarts op de student zelf.

1.2.1.Gedachtengoed

1.2.1.1. Patiënt als informatiebron/communicator/boodschapper

Sommige artsen vonden dat patiënten deze verantwoordelijkheid toebedeeld mogen krijgen, daar ze meestal zeer goed op de hoogte zijn van het medisch gebeuren en intelligent en mondig genoeg zijn.

Interview 9: "*Ze weten vaak meer over de casus dan wij zelf. Als ze iets hebben opgezocht. Ze zijn echt wel op de hoogte*"

Interview 2: "*hier zijn het volwassenen die ook zelf kunnen communiceren*"

Andere artsen spraken dit tegen en vinden dat de communicatie tussen de artsen een verantwoordelijkheid is voor de artsen zelf. Zij ervaren de informatie van de studenten soms als onbetrouwbaar of onvolledig. Informatie kan vervormd geraken, vergeten worden of fout geïnterpreteerd worden door de student. De patiënt heeft ook geen kennis over het beslissingsproces van de vaste huisarts en kan dit dus ook niet doorgeven. Daarnaast wordt de eerlijkheid van de patiënt soms ook in twijfel getrokken.

Interview 7: "*dat er patiënten zijn die huisartsen tegen elkaar beginnen op te zetten om ze te testen, om te zien wat ze bij wie kunnen verkrijgen. Ik denk ook dat we soms moeten oppassen met uitspraken te doen over de eigen huisarts*"

1.2.1.2. Bezorgdheden

Bij confrontatie met een onjuist beleid, waren studentenartsen bezorgd over het gevolg hiervan op de gezondheid van de patiënt en vonden dat hij recht had op juiste informatie. Een andere bezorgdheid die geuit werd was dat het vertrouwen in de vaste huisarts geschonden kon worden door de eigen tussenkomst in het beleid. Wat op zich haaks staat op de vrees dat de eigen 'juiste' informatie niet aanvaardt zou worden door de student.

1.2.1.3. Verwachtingen

De studentenarts verwacht dat een student in zulke conflictsituaties een weloverwogen keuze kan maken wat betreft het verdere beleid en dit meningsverschil tussen studentenarts en vaste huisarts niet ervaart al een probleem.
Daarnaast verwacht de studentenarts dat de student kiest waar hij verder opgevolgd wil worden, zodat de continuïteit beter gegarandeerd kan worden.

Interview 16: *"Ofwel ga je voor die medicatie naar je huisarts, ofwel zorg je dat ik die labo resultaten krijg. Een van de twee, maar ik ga niet hij de onderzoeken doen en ik dan de consequenties daarvan oplossen"*

1.2.2.Communicatie

1.2.2.1. ICE (ideas, concerns en expectations) patiënt bevragen

De ideeën, kennis, verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt kunnen bevraagd worden om hiermee rekening te houden bij de informatie verstrekking en het bepalen van het verdere beleid.

1.2.2.2. Informeren

Als de patiënt meer wil weten of specifieke vragen heeft, zal de studentenarts hierop inpikken.

1.2.2.3. Patiënt motiveren

Inspelend op de verwachtingen geformuleerd onder 1.2.1.3, zal de studentenarts de student proberen overtuigen om zijn behandeling te volgen en het belang om bepaalde onderzoeken of behandelingen te laten uitvoeren.
De patiënt wordt gestimuleerd om veranderd beleid of nieuwe wetenschappelijke gegevens mee te delen aan zijn vaste huisarts.

1.2.3.Beleid bepalen

De studentenarts die gericht is op de patiënt zal meestal samen met de patiënt tot beleidsvorming komen. Indien nodig voor de situatie of op vraag van de patiënt wordt

het beleid bepaald samen met de vaste huisarts door deze meteen zelf te contacteren of dit over te laten aan het initiatief van de patiënt.

1.3. *Gerichtheid op de vaste huisarts*

De gedachten over de vaste huisarts en hoe deze betrokken wordt in aanpak van concrete situaties, wordt beschreven als derde subcategorie.

1.3.1. Gedachtengoed

1.3.1.1. Over kennis en medisch handelen

Studentenartsen antwoordden zowel met negatief beoordelende, als met verdedigende als met eerder neutrale uitspraken, wanneer hun gevraagd werd wat ze dachten over de vaste huisarts.

De negatief beoordelende uitspraken waren dat de kennis onvoldoende was en dat de competenties tot het zijn van een goede huisarts in vraag gesteld werden.

Interview 6: *"vind ik het eigenlijk wel jammer dat de foute informatie meegegeven wordt"*

Interview 7: *"Soms vraag ik mij af dat als je 9 jaar gestudeerd hebt dat je daarvoor een goede huisarts bent. Dan denk ik: daar zou ik niet graag bij gaan. Of mijn kinderen daarbij laten gaan."*

Als verdediging van de vaste huisartsen opperden de studentenartsen verschillende gedachten. Fouten werden eerder geïnterpreteerd als iets wat over het hoofd gezien werd en niet echt als fout. Hierbij werd gedacht dat de vaste huisarts de juiste kennis wel had en wordt hem dus het voordeel van de twijfel gegeven.

Interview 15: "*Voor mij kunnen deze dingen nog passen in vergetelheden of even een onachtzaamheid en dan vind ik niet dat je de huisarts zo op de vingers moet gaan tikken*"

Een tweede verdedigende gedachte was dat sommige pathologieën minder voorkomen in een gewone huisartsenpraktijk in tegenstelling tot een studentenpraktijk en dat het dan logisch is dat hierover minder kennis is.

Sommige artsen namen eerder een neutrale houding aan door geen oordeel te willen vellen over de vaste huisarts omdat ze enkel beschikten over –mogelijks vervormde- informatie meegebracht door de patiënt en omdat ze geen idee hadden van het achterliggende beslissingsproces van de vaste huisarts.

1.3.1.2. Over overleg met vaste huisarts

Studentenartsen staan eerder positief ten opzichte van overleggen met de vaste huisarts. Ze verwachten dat die ervoor open zal staan omdat ze overleg zien als een win-win situatie. Dit voordeel toont zich vooral bij overleg met artsen die de studentenarts kent of mee samen werkt.
Hierbij zien ze zichzelf niet als een concurrent van de vaste huisarts.

Interview 9: *"Het is de bedoeling van informatie uit te wisselen en er allebei beter uit te komen"*

Negatieve gedachten die geuit werden waren de mogelijkheid om de vaste huisarts in zijn eer te krenken of hem lastig te vallen door contact op te nemen.

1.3.1.3. Bezorgdheid

Parallel met de bezorgdheid naar de patiënt toe, beschreven in 1.2.1.2, is een bezorgdheid naar de vaste arts toe, het niet schenden van het vertrouwen tussen patiënt en vaste huisarts.
De studentenarts ziet zulke situaties als een moeilijkheid om de collegialiteit te bewaren. Hij probeert dit te doen door de patiënt correct te informeren en zich steeds beleefd en vriendelijk, niet agressief op te stellen.

1.3.2. Communicatie

In zijn communicatie naar de student toe zal de studentenarts beschermende uitspraken doen over de vaste huisarts. Hij zal vermijden te zeggen dat de vaste huisarts een fout heeft gemaakt, benadrukken dat het onmogelijk is om alles te weten en dat alles ook in evolutie is.

Interview 18: "*Ja, altijd een beetje er rond dansen moet je doen hé"*

Echter foute argumenten of informatie worden wel weerlegt en over alternatieve geneeskunde durft men zijn mening te zeggen zonder een blad voor de mond te nemen.

Interview 16: "*Je mag dat doen als je daar geld aan kunt uitgeven maar volgens mij is dat verloren geld, trekt dat op niks, is dat helemaal op niks gebaseerd."*

In sommige situaties zal de studentenarts proberen gewoon niet te communiceren over de werkwijze van de vaste arts.

1.3.3. Handelen

Voor het concrete handelen kiest de studentenarts tussen drie mogelijkheden.
Hij neemt contact op met de vaste huisarts om informatie te vragen, te overleggen over wetenschappelijke bronnen en een compromis te sluiten.
Hij verwijst de patiënt terug naar zijn vaste huisarts.
Hij bepaalt zelf het beleid zonder de vaste huisarts hierbij te betrekken.

1.4. *Gerichtheid op de studentenarts: zelfreflectie*

Bij het aanpakken van concrete casussen speelt de inwendige gevoelswereld van de studentenarts uiteraard ook een rol. Dit is de vierde subcategorie die beschreven wordt.

1.4.1. Commentaar geven

Studentenartsen zijn hier geremd in omdat ze dit zien als belerend. Ze willen niet overkomen als een arts die staat te zwaaien met een wijzend vingertje. Ze zien dit niet als hun taak of verantwoordelijkheid als collega-huisarts, dit in vergelijking tot de positie die een specialist wel heeft om commentaar te leveren.

Interview 10: "*Ik zou het ook heel vreemd vinden moest een andere huisarts mij opbellen. Een specialist, ja*"

Ook geven ze aan schrik te hebben voor de reactie van de andere huisarts, de mogelijkheid om toch zelf fout te zijn of om de eigen arts-patiënt relatie te schaden.

Deze argumenten gelden niet tot minder wanneer de artsen elkaar kennen of in eenzelfde praktijk werken.

1.4.2. Commentaar krijgen

De meeste studentenartsen geven aan dit als iets positiefs te beschouwen, op voorwaarde dat het op een respectvolle manier gebeurt. Ze zien dit als een manier om iets bij te leren, ook een mogelijkheid om de eigen werkmethode te verklaren of te verdedigen naar de andere arts toe en het gevoel te bekomen dat de dingen niet achter de rug gebeuren.

Interview 5: *"Ik denk dat het interessant is om het van iemand anders te horen"*

Andere studentenartsen gaven aan dat ze hier absoluut geen behoefte aan hebben en dit zelf vervelend zouden vinden. Als er contact is, wordt de directe methode zoals telefoon toch verkozen.

Interview 6: "*als er een email toekomt met de boodschap dat ik de verkeerde behandeling heb ingesteld en dat ik zou moet kijken naar dit of dat tekstboek, dan kan ik daar nog pinniger op reageren dan dat ik een telefoontje krijg"*

1.4.3. Eigen kennis

Studentenartsen voelen zich over bepaalde thema's experts zoals bijvoorbeeld soa-consultaties, maar geven toe dat ze op bepaalde andere vlakken zeker minder kennis hebben dan huisartsen die niet werken in een studentenpraktijk.
Ze betrouwen erop dat ze beroep doen op goede bronnen, evidence-based.

1.4.4. Positie als studentenarts

De meeste studentenartsen voelen zich volwaardig huisarts voor de student en niet zomaar een vervangende arts. Voor hunzelf en voor de patiënt vinden ze het belangrijk om hun eigen medisch handelen te controleren en te zorgen dat ze zelf goede geneeskunde doen.

Interview 19: *"bij de studenten zelf handel ik zeker echt naar hoe dat ik vind hoe het moet"*
Interview 11: "*Ik zal nooit iets tegen mijn goesting doen*"
Interview 15: "*Maar het is zeker niet inderdaad omdat een huisarts een bepaalde pil heeft opgestart dat wij standaard die pil klakkeloos gaan voorschrijven"*
Interview 16: *"Ik heb het ook altijd moeilijk met als de mensen komen en zeggen van "mijn huisarts." Ik bedoel, iemand die hier binnenkomt, op dat moment ben ik de huisarts van die patiënt."*

2. Contact met vaste huisarts

Artsen kunnen kiezen om wel of niet contact met elkaar op te nemen. Situaties en redenen worden hieronder beschreven. Daarnaast worden ook de ervaringen bij het nemen van contact en adviezen om communicatie in de toekomst te verbeteren beschreven.

2.1. Contact opnemen

Wanneer contact opgenomen wordt, houden artsen rekening met het beroepsgeheim. Meestal wordt mondeling bevraagd of de student akkoord is of wordt er intrinsiek toestemming gegeven doordat de student de gegevens van de vaste huisarts doorgeeft aan

de studentenarts. Enkele artsen noteren dit akkoord in hun dossier.

2.1.1.Van studentenarts naar vaste huisarts

2.1.1.1. Informatie opvragen

Informatie wordt opgevraagd wanneer een studentenarts onvoldoende gegevens heeft om zijn eigen beleid te kunnen uitstippelen. Hierbij kan het gaan om een simpele opvolging van een acute pathologie, maar ook om situaties waar het belangrijk is om de patiënt te kennen zoals gebruik van Rilatine®, anti-psychotica, anti-depressiva of slaap-en kalmeringsmiddelen, bij complexe pathologie of wanneer het vermoeden van doktershopping bestaat.

Enkele voorbeelden van informatie die opgevraagd wordt:

- Resultaten van technische onderzoeken zoals laboratoriumaanvragen om enerzijds het resultaat te kennen, te weten wat exact aangevraagd werd en indien nodig extra bepaling bij aan te vragen en anderzijds om te voorkomen dat een onderzoek onnodig opnieuw aangevraagd wordt.
- Ingestelde behandelingen wanneer de klachten niet verbeteren, wanneer de patiënt zelf niet meer goed weet wat de behandeling was of om te controleren
- Voorgeschiedenis van vaccinaties

2.1.1.2. Informatie doorgeven

De studentenarts zal contact opnemen met de vaste huisarts wanneer de vaste huisarts ook betrokken is bij een bepaald probleem. Dit kan voorvallen bij chronische ziekten en complexe problemen die reeds vroeger bij de vaste huisarts opgevolgd werden. Soms is dit ook situatie gebonden, zoals een student die omwille van een vakantieperiode terug in zijn thuisregio zal verblijven en daar zijn opvolging verkiest.

Vele studentenartsen gaan systematisch voorstellen om resultaten van laboratoriumonderzoeken in kopie te laten versturen naar de vaste huisarts. Ook wanneer de student uitdrukkelijk vraagt om gegevens door te geven, zal dit gedaan worden.

Een andere reden om contact op te nemen is de aanvulling van het medisch dossier van de vaste arts. Hierbij worden enkel belangrijke en ernstige nieuwe diagnosen zoals diep veneuze trombose, suïcidepoging, een ziekenhuisopname doorgegeven.

Contact opnemen om een fout mee te delen gebeurt enkel wanneer de patiënt hierbij in het gedrang kan komen.

Interview 3: "*omdat malaria toch een gevaarlijke ziekte is en verregaande gevolgen kan hebben"*

2.1.1.3. Om te overleggen

Overleggen gebeurt vooral om een beleid op elkaar af te stellen, wanneer een patiënt op de twee plaatsen opgevolgd wordt. Zo krijgt de patiënt op de twee plaatsen eenzelfde boodschap mee.

2.1.2.Van vaste huisarts naar studentenarts

Deze situatie komt zelden voor. Meestal gaat het om de opvolging van een klein probleem zoals wondverzorging of verwijderen van draadjes na een operatie. De communicatie verloopt dan meestal via een briefje dat de patiënt meekreeg.

Anderzijds komt het ook voor dat een complex probleem zoals een eetstoornis of faalangst doorgegeven wordt om bij de studentenartsen op te volgen wanneer een patiënt op kot gaat.

Een derde reden waarom de vaste huisarts soms contact opneemt met een studentenarts is om zijn expertise omtrent student gerelateerde problemen te vragen.

2.2. Geen contact opnemen

De redenen om geen contact op te nemen met de vaste huisarts kunnen onderverdeeld worden in praktische redenen, patiënt gerelateerde redenen, pathologie gerelateerde redenen en persoonlijke redenen van de studentenarts.

2.2.1.Praktische redenen

2.2.1.1. Tijd

Telefoneren, brieven schrijven, mailen en dergelijke zijn tijdsintensief en afhankelijk van de drukte in de praktijk is aan tijd juist gebrek.

2.2.1.2. Financieel

Er is geen stimulans of honorarium voorzien vanuit de overheid om communicatie tussen huisartsen te bevorderen. De patiënt wordt zelfs gestraft als hij een andere huisarts raadpleegt.

2.2.1.3. Organisatorisch

Er zijn geen gewoonten of afspraken rond de manier en de noodzaak om te communiceren met andere huisartsen.

Interview 7: *"Maar dat is altijd een gedoe. Je moet dan toestemming vragen, je moet het nummer opzoeken, dan contact opnemen met die huisarts, en die is niet altijd vast te krijgen."*

2.2.1.4. Beschikbaarheid van de vaste huisarts

Er wordt geen contact opgenomen omdat de vaste huisarts meestal niet makkelijk te bereiken is en omdat die dan ook gestoord wordt tijdens zijn werk.

2.2.1.5. Alternatieve communicatie

De studentenarts dient zelf geen contact met de vaste huisarts op te nemen wanneer het gaat om een verwijzing, daar het ziekenhuis de verslagen dan al rechtstreeks naar de vaste huisarts doorstuurt.

Een ander alternatief kanaal dat gebruikt wordt is informatie meegeven met de patiënt die dan als boodschapper dient.

2.2.2.Patiënt gerelateerde redenen

2.2.2.1. Verwachting van patiënt over communicatie

De ervaring van studentenartsen is dat patiënten dit meestal niet verwachten. Soms krijgen ze zelfs uitdrukkelijk het verzoek om gegevens niet door te geven. Dit laatste gebeurt vooral wanneer het gaat om delicate situaties zoals een soa-consultatie.

2.2.2.2. Verwachting van de studentenarts naar de patiënt toe

De meeste studentenartsen verwachten van de studenten dat ze zelf hun verantwoordelijkheid nemen in het overbrengen van informatie die belangrijk is voor continuïteit.

Ook verwachten studentenartsen dat een patiënt kiest waar hij wil opgevolgd worden en er dan voor zorgt dat die arts alle gegevens in handen heeft.

Interview 15: "*Vindt die dat echt nodig van dat te laten nakijken, dan moet hij ervoor zorgen dat ik de gegevens kan krijgen"*

2.2.3.Pathologie gerelateerde redenen

Alle studentenartsen geven aan dat het niet nodig geacht wordt om voor banale consulten contact op te nemen. Vooral wanneer het duidelijk gaat om eenmalige contacten die geen opvolging nodig hebben of gemakkelijk zelf opgelost zijn. Voorbeelden hiervan zijn verkoudheden, gynaecologische problemen zonder opvolging, een opstart van Ranitidine.

Ernstige diagnosen zijn dan weer wel belangrijk om door te geven, maar dit gebeurt dan meestal reeds via een ziekenhuisbrief.

2.2.4.Persoonlijke redenen van de studentenarts

2.2.4.1. Commentaar geven

Naast de redenen reeds vermeld onder 1.4.1 is ook angst voor de reactie van de vaste huisarts een reden om geen contact op te nemen. Studentenartsen hebben vooral schrik dat de vaste arts zich beschaamd of aangevallen gaat voelen of het niet zal accepteren dat hij op een fout gewezen wordt.

2.2.4.2. Nut van communicatie

Enerzijds wordt communicatie vaak niet nodig geacht omdat studentenartsen geleerd hebben om te werken met gegevens die ze hebben.

Interview 9: "*als studentenarts leer je vaak wel je eigen plan trekken. Maar je mist vaak wel iets, je moet precies altijd van nul beginnen. Anamnestisch navragen, zelf proberen uit te klaren"*

Anderzijds zijn ze hier gewoon ook niet mee bezig, omdat ze zichzelf eerder zien als een onafhankelijke arts en staan ze er niet bij stil dat vaste huisartsen dat soms verwachten.

2.3. Ervaringen

De frequentie van rechtstreeks contact met een vaste huisarts van een patiënt is zeer beperkt. Wanneer er toch contact opgenomen wordt gaat dit meestal vlot en snel. Meestal toont de vaste huisarts appreciatie voor het vragen van zijn mening, voor het op de hoogte brengen en ook wanneer er informatie over een aanbeveling wordt meegedeeld. De studentenarts kan meestal ook op begrip rekenen van de vaste huisarts.

Interview 10: *"En dat begrijpt die huisarts ook wel. Die zit hier nu met acute klachten. Hoe was dat resultaat en hoe kan het nu verder"*

Enkele artsen hadden wat lichte weerstand ondervonden van de andere arts of een arts die geërgerd had gereageerd omdat hij zich betrapt voelde of tekort gedaan.

Studentenartsen maakten enkele bedenkingen over communicatie en collegialiteit. Zo vonden sommigen dat er, nu ze erover nadachten door deze interviews, waarschijnlijk te weinig gecommuniceerd wordt met vaste huisartsen en dat tijd en andere praktische redenen om geen contact op te nemen eerder drogredenen zijn waarachter ze zich verschuilen.

Qua collegialiteit ondervonden ze weinig problemen met andere huisartsen, maar wel met specialisten. Daar merkten ze vaak oncollegiale uitspraken op en ervoeren ze minder begrip voor de positie van een huisarts.

2.4. Adviezen om contacten en verloop te verbeteren

Vooruitgang op vlak van ICT mogelijkheden zou communicatie tussen artsen veel makkelijker maken. Dit zou enerzijds kunnen door te zorgen dat met de huidige systemen op een eenvoudige manier een consultatieverslag en resultaten van technische onderzoeken naar een andere huisarts kunnen verzonden worden. De programma's die hiervoor geschikt leken waren Medibridge[27] en wachtmailer[28] maar werden in deze situatie niet gebruikt.

Invoering van een centraal medisch dossier is een tweede ICT verbetering die aangehaald wordt.

Interview 6: *"Dat ze daar geen meer energie in steken, een geüniformeerd dossier, dat te raadplegen is, ook in het ziekenhuis. Elke bloeduitslag, eender waar uitgevoerd in België zou ik moeten kunnen zien als de patiënt daar toelating voor geeft"*

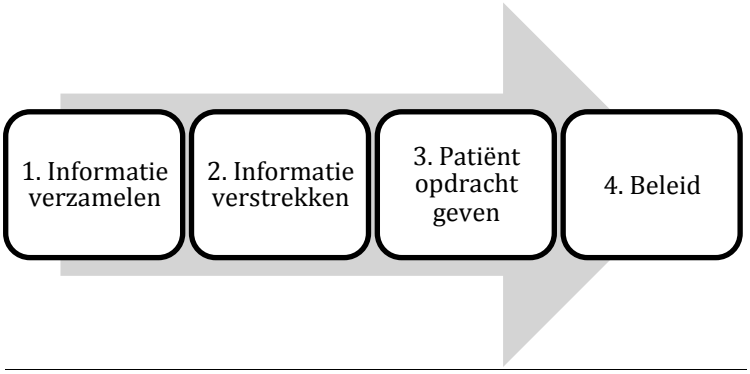
Naast verbeteringen op ICT vlak zien artsen ook het nut van bewustwording om te communiceren. Zo gaven enkele artsen aan dat ze na mijn interview, misschien wel meer moeite zullen doen.
Een mogelijkheid om verbetering te weeg te brengen is er aandacht aan te besteden tijdens de opleiding.

Interview 2: "*Ik denk wel dat het in de opleiding zou moeten zitten en dat de mensen weten dat dit een vak is dat niet zwart wit is*"

C.2 Tweede presentatie onderzoeksresultaten

Na het opnieuw doornemen van de uitgeschreven interviews werden drie grote delen onderscheiden.
Het eerste deel is het algemeen werkkader dat door studentenartsen gehanteerd wordt bij de aanpak van concrete situaties. Het tweede deel is de communicatie naar zowel de patiënt als de vaste huisarts. Het derde deel omvat de gedachtegang van de studentenarts.
De communicatie en het gedachtegoed van de studentenarts zijn als aparte entiteiten beschreven maar in werkelijkheid zitten ze volledig verweven in het werkkader waarbinnen een studentenarts een casus aanpakt en spelen ze hier een sturende rol in.
De boomstructuren met codes worden weergegeven als bijlage #.

1) <u>Werkkader van een studentenarts</u>



1. **Informatie verzamelen**
   Een studentenarts zal eerst en vooral proberen om zoveel mogelijk te weten te komen over de casus. Hij gebruikt hier vooral zijn anamnese bij de patiënt. Indien nodig zal hij zelf contact opnemen met de vaste huisarts om deze anamnestische gegevens aan te vullen of vraagt aan de student om deze taak op zicht te nemen.

2. **Informatie verstrekken**
   Daarnaast zal de studentenarts de student heel veel informatie verstrekken. Hij doet dit altijd maar zeker ook tijdens consultaties waarbij hij geconfronteerd wordt met een verschil in aanpak of een fout in het beleid van de vaste huisarts. Hij focust hierbij enerzijds op elementen met een biomedisch karakter zoals ziektetekenen, medicatiegebruik en diagnostiek. Anderzijds verstrekt hij ook informatie over hoe huisartsen werken, welke bronnen ze gebruiken, hoe een beslissing voor een beleid tot stand kan komen.

3. **Patiënt opdracht geven**
   Zeker in situaties waar de student voor eenzelfde probleem consulteert op twee plaatsen, zal de studentenarts de patiënt voor de keuze stellen waar hij verder wil opgevolgd worden.

   Interview 10: "*Als de student komt voor een pathologie voor een beleid of een aandoening dat lopende is, en die komt dan naar hier en vertelt dan 'ik heb dit en dit gehad en het is nog altijd niet beter' Dan heb ik nogal de neiging om die voor een keuze te stellen. 'Kijk, uw huisarts heeft al een bepaalde visie, een bepaald idee, het is lopende. Oké, dan wil ik het wel overnemen en dan wil ik ook weten wat er tot nu toe allemaal bekeken is. En dan vraag ik meestal aan de patiënt in kwestie om mij de onderzoeksresultaten, wat er al gebeurd is, door te sturen.*"

   Een andere opdracht die de student frequent krijgt, is de communicatie tussen de studentenarts en de vaste huisarts te voorzien. Deze communicatie kan bestaan uit het opvragen van gegevens uit het dossier, het doorgeven van medische gegevens om te integreren in het dossier, maar ook door te geven wanneer er een fout zat in het beleid van de vaste huisarts.

   Interview 6: "*Ja, ik zeg het terug te koppelen aan de huisarts, en die mag ons altijd dan nog contacteren als er vragen zijn*"

4. **Beleid**

De drie voorgaande punten dragen allen bij tot het tot stand komen van het uiteindelijke beleid.

4.1. <u>In eigen handen nemen</u>

De studentenarts zal het beleid in eigen handen nemen en verder bepalen. Dit gebeurt wanneer de student kiest om verder opgevolgd te worden bij de studentenarts. De achterliggende reden hiervoor is frequent situatie afhankelijk; de student zit op kot en kan tijdens de week niet op consultatie gaan bij zijn vaste huisarts. Anderzijds merken studentenartsen ook dat die keuze soms gestoeld is op het vertrouwen dat de student heeft in de studentenarts.

Een andere reden waarom de studentenarts het beleid in eigen handen neemt, heeft te maken met de manier waarop hij zijn eigen taak als arts invult. De meeste studentenartsen zien zichzelf als een onafhankelijke huisarts die de beste zorgen aan zijn patiënt moet geven.

Interview 15: "*Als zij op die moment bij ons komen dan voelen wij ons inderdaad verantwoordelijk naar die patiënt toe van 'kunnen wij die hier de beste zorg geven' en dan proberen we die ook te begeleiden in dat consult, op haar vragen hé en ja als dat niet altijd overeenkomt met de huisarts dan gaan we daar op in*"

4.2. <u>Terug verwijzen naar de vaste huisarts</u>

De studentenarts zal de patiënt terug naar zijn vaste huisarts sturen voor verdere opvolging wanneer het duidelijk is dat de vaste huisarts een bepaald probleem goed aan het opvolgen is. Hij houdt hiermee rekening met de wens van de patiënt en zijn vertrouwen in zijn vaste huisarts.

Een bijkomende factor die een rol speelt is weerom de situatie; een student die opvolging nodig heeft maar tijdens de blok- of vakantieperiode niet op kot zal verblijven.

4.3. <u>Samen met de vaste huisarts beleid bepalen</u>

In sommige situaties zal de studentenarts het nodig vinden om de vaste huisarts tijdens of na de consultatie te contacteren om akkoord te vragen voor het instellen van zijn beleid of in overleg het beleid te bepalen.

4.4. <u>Uitstel beleidsbeslissing</u>

Na het opvragen van informatie en het informeren gebeurt het soms dat er tijdens de consultatie geen beslissing voor het verdere beleid wordt genomen. Dit gebeurt vooral in situaties waar er geen gevaar is voor de gezondheid van de patiënt.

Interview 6: "*Dus bij dit verhaal zou ik niet zelf terugkoppelen, maar zeggen van beslis jij zelf, dit zijn de argumenten. En bespreek het met je huisarts achteraf*"

Interview 8: *"Ik heb de uitleg gegeven, het is de verantwoordelijkheid van de patiënt, en uiteindelijk mag ze zelf beslissen. Dus, ik probeer gewoon de juiste uitleg te geven zonder haar echt te willen overtuigen"*

2) Communicatie

1. **Met de patiënt**

In dit deel wordt de communicatie met de patiënt tijdens de consultatie beschreven.

1.1. Welk doel streef ik na

1.1.1. *Behandeling patiënt*

Het primaire doel tijdens de communicatie met de student is dat deze een goede behandeling krijgt. Hiervoor zal de studentenarts zorgen dat hij zelf voldoende weet van de situatie, dat foute behandelingen weerlegt worden en dat de juiste behandeling door de student aanvaard wordt.

1.1.2. *Arts-patiëntrelatie niet schaden*

Een tweede doel is dat de relatie van de student zowel met de vaste huisarts als met de studentenarts niet in het gedrang komt.

1.1.3. *Communicatie met de vaste huisarts*

Een derde doel dat door de studentenarts nagestreefd wordt in zijn communicatie met de student is dat bepaalde informatie van de consultatie doorstroomt naar de vaste huisarts. Hierbij gaat het zowel om patiënt gerelateerde informatie zoals resultaten van laboratoriumonderzoek, verandering van medicatie en belangrijke diagnosen als het doorgeven van wetenschappelijke informatie zoals bijvoorbeeld de inhoud van een goede screening naar seksueel overdraagbare aandoeningen.

1.2. Wat is de inhoud van de communicatie

1.2.1. *Biomedische informatie*

De grootste hoeveelheid uitgewisselde informatie heeft een biomedisch karakter. Verschillende facetten van pathologieën, onderzoeken, behandelingen waaronder medicatie kunnen hier deel van uitmaken.
Hij geeft ook informatie over de continue evolutie van de geneeskunde en de wetenschappelijke informatie waarop artsen zich baseren.

Interview 3: *"Dan zeg ik meestal gewoon dat de wetenschappelijke informatie steeds wordt bijgesteld."*
Interview 8: *"Misschien heeft die nog een boek waar dat dat product de eerste keuze is, maar die richtlijnen veranderen continu."*

1.2.2. *Ideeën, bezorgdheden, verwachtingen en kennis van de student*

De studentenarts laat de student aan het woord en probeert te ontdekken wat de 'ICE' van de student zijn en wat de student zelf weet over het onderwerp.

Interview 7: *"Ik toets echt af wat de patiënt zelf wil"*

1.2.3. *Uitspraken over de vaste huisarts*

Sommige studentenartsen gaven aan dat ze zeer bewust zouden proberen om niets te zeggen over het handelen van de vaste huisarts. Meestal echter gebeurt dit wel, waarbij zowel beschermende en verdedigende uitspraken als eerder negatieve, beoordelende uitspraken geregistreerd werden.

1.2.3.1. Beschermende uitspraken

De fouten van vaste huisartsen worden door de studentenarts verklaard door te zeggen dat het onmogelijk is om alles te weten, zeker omdat de wetenschap en de richtlijnen continu veranderen.
Of door te zeggen dat de huisarts werkt met een patiëntenpopulatie waar bepaalde specifieke studentenproblemen nu eenmaal niet frequent voorkomen.

Er wordt soms ook vermeld dat het niet echt een fout is, eerder iets wat door de vaste huisarts over het hoofd werd gezien.

Interview 2: "*Ik zeg dan wel dat die arts zich vergist heeft, en waarschijnlijk even verstrooid was geweest. Je moet daar wel een draai aan geven"*

1.2.3.2. Beoordelende uitspraken

Soms wordt het woord 'fout' wel in de mond genomen en vooral wanneer het gaat om alternatieve geneeskundige praktijken wordt er geen blad voor de mond genomen.

Interview 16: "*Ik heb daar eigenlijk geen problemen mee met gewoon te zeggen dat dat mis is."*
Interview 16: "*Als ze zich in dat circuit begeven dan zwijg ik niet. Je mag dat doen als je daar geld aan kunt uitgeven maar volgens mij is dat verloren geld, trekt dat op niks, is dat helemaal op niks gebaseerd."*

1.3. <u>Welke methoden ik hanteer</u>

1.3.1.*Uitleg geven*

Studentenartsen geven de informatie voornamelijk op een verbale manier, maar maken ook gebruik van hulpmiddelen zoals het tonen van websites, boeken of geven een brochure mee.

1.3.2.*Informatie verzamelen*

De informatie die de studentenarts denkt nodig te hebben om een casus te behandelen zal verzameld worden anamnestisch maar ook via het opvragen van gegevens door de patiënt.

1.3.3.*Hanteren van beroepsgeheim*

Meestal wordt er mondeling akkoord gevraagd. Soms maakt men gebruik van de veronderstelde toestemming.

Interview 3: "*Ik vraag aan de patiënt het telefoonnummer, en de naam. Dan zeg ik 'ik ga nu bellen"*

De toestemming wordt soms in het dossier geschreven.

Enkel wanneer er een volledig dossier moet doorgegeven worden, vraagt de studentenarts een schriftelijke toestemming.

1.4. Hoe breng ik het aan

Om delicate onderwerpen te bespreken, zoals een fout van een vaste huisarts, gaan studentenartsen zoveel mogelijk neutrale uitspraken proberen gebruiken, de dingen op een zachte manier ter spraken brengen en proberen alles te kaderen in een breder geheel.

1.5. Redenen om in te gaan op een onderwerp

Eerst en vooral gaan studentenartsen communiceren zoals ze altijd doen om goede geneeskunde na te streven. Ze gaan ingaan op fouten wanneer het belangrijk is voor de gezondheid van de patiënt of wanneer de patiënt ernaar vraagt.

2. **Met de vaste huisarts**

In dit deel wordt de communicatie met de vaste huisarts van de student besproken. Deze communicatie kan tijdens of na de consultatie verlopen, zowel op rechtstreekse als onrechtstreekse manier en zowel op initiatief van de vaste huisarts als de studentenarts.

2.1. Communicatie op zich

2.1.1. Wat is de inhoud van de communicatie

2.1.1.1. Patiëntengegevens

Wanneer de studentenarts het nodig acht, worden gegevens vanuit het dossier van de vaste huisarts opgevraagd of worden gegevens van het eigen dossier doorgegeven aan de vaste huisarts.

2.1.1.2. Wetenschappelijke informatie en bronnen

Dit kan inhouden dat de vaste huisarts wordt geïnformeerd over een bepaalde richtlijn of welke websites evidence based medicine bronnen aanreiken.

2.1.1.3. Proces van beleidsvorming

De studentenarts vraagt de mening van de vaste huisarts of informeert naar de bronnen die door hem gebruikt werden.

2.1.1.4. Studentgerelateerde informatie

De geïnterviewde studentenartsen werden reeds gecontacteerd door vaste huisartsen om hun expertise te vragen over een onderwerp zoals bijvoorbeeld examenstress en slaapproblemen.

2.1.2. *Welke methoden hanteer ik*

Deze informatie werd voor de overzichtelijkheid weergegeven in tabel 3. Daarin worden de verschillende methoden van communicatie die gebruikt werden vermeld, samen met de situaties waarin ze worden gebruikt en de gepercipieerde voor- en nadelen.

Methode	Situatie waarin gebruikt	Voordelen	Nadelen
Telefonisch	- Concrete, korte vraag - Meteen antwoord nodig - Controle verhaal patiënt	- Collegiaal: meest direct methode, overleg mogelijk, patiënt kan erbij zitten - Tijdsfactor: gaat snel, kan tijdens de consultatie, meest tijdsefficiënt - Gemakkelijk - Gebruik maken van stem en manier van verwoorden	- Bereikbaarheid vaste huisarts - Tijdsfactor: gebrek, uitstel leidt tot afstel, stoort altijd een consultatie - Bedreigend karakter
E-mail	- Opvragen resultaten technische onderzoeken - Uitgebreid probleem vb psychologisch/psychiatrisch verslag	- Toevoegen bijlagen - Toelichting uitschrijven - Snel	- Affectief: onpersoonlijk, kan aanvallend geïnterpreteerd worden - Praktisch: gaat verloren in veelheid mails, boodschap gaat verloren, kan probleem zijn voor privacy
Papier	- Overdracht dossier - Vraag tot opvolging - Om in het medisch dossier te zetten van vaste huisarts	-Kan meegegeven worden met patiënt	- Niet meteen beschikbaar in EMD - Je kent de manier niet waarop iets gezegd wordt.
Fax	- Verslagen doorgeven	- Gemakkelijk	
Elektronisch		- Meteen raadpleegbaar in EMD	- Pas zichtbaar bij opening dossier
Onrechtstreeks	- Kopie labo versturen - Ziekenhuisverslagen	- Gemakkelijk	
Patiënt als boodschapper	- Heel veel situaties - Als patiënt verkiest om bij studentenarts opgevolgd te worden	- Gemakkelijk - Zelf geen tijdsinvestering nodig	

Tabel 3: Communicatiemethoden door studentenartsen gebruikt.

2.1.3.*Hoe verloopt deze communicatie*

Meestal verloopt dit goed.

Men let erop om duidelijk, kort en efficiënt te communiceren. Belang wordt gehecht aan toon, beleefdheid, vriendelijkheid en dat de informatie niet wordt meegedeeld vanuit de hoogte. Studentenartsen erkennen dat vooral dat tweede element ervoor kan zorgen of communicatie goed of minder goed verloopt, maar merken op dat dit zeer karakterieel gebonden is.

Interview 1: *"ik merk wel in onderling overleg als je met die sterke karakters samen zit dat het nog moeilijker is om dan tot een eenduidige oplossing te komen"*

2.1.4. In welke situatie wordt er contact opgenomen

2.1.4.1. Gebrek aan gegevens

Dit gebeurt in situaties waar er een acute opvolging is van iets acuuts of wanneer het gaat om complexe pathologie met voorgeschiedenis.

Interview 11: *"Ik heb ook al contact opgenomen met de huisarts van een tetraplege patiënte om eens te zien, naar de zorg toe, of het oké is en om eens te overleggen wat er allemaal moet gebeuren"*

Een derde reden waarvoor steeds gegevens opgevraagd worden is voor het voorschrijven van bepaalde medicatie zoals Rilatine®. Ook om uit te sluiten dat de student aan het doktershoppen is.

2.1.4.2. Belangrijk voor de vaste huisarts

Bij belangrijke nieuwe diagnosen zal de studentenarts zorgen dat dit in het dossier van de vaste huisarts terecht zal komen.

In de interviews gaven de studentenartsen aan dit ook te doen wanneer het gaat om een opvolging die reeds gestart werd bij of voorzien wordt bij de vaste huisarts, zodat die op de hoogte is van de evoluties.

Ook als de studentenarts vindt dat de vaste huisarts moet weten dat hij een belangrijke fout heeft gemaakt, zal hij actie ondernemen.

Interview 3: *"In dit geval denk ik zou ik na de consultatie toch eventjes contact opnemen met die huisarts omdat malaria toch een gevaarlijke ziekte is en verregaande gevolgen kan hebben."*

2.2. <u>Beslissingsproces tot contact nemen</u>

2.2.1. Motivator - stimulans

2.2.1.1. Nagestreefd doel

De belangrijkste reden om contact met de andere arts op te nemen is te zorgen voor een goede behandeling en continuïteit van zorg voor de patiënt.

Interview 1: *"Als de patiënt maar goed geholpen is, dat is het belangrijkste"*

Dit kan door één van de artsen alle gegevens in handen te geven, maar ook door te zorgen dat er een gemeenschappelijk beleid uitgestippeld wordt.

Interview 7: "*als we met twee aan hetzelfde zeil trekken, en we op dezelfde golflengte zitten, dan gaan we samen de patiënt beter kunnen motiveren voor de behandeling of opvolging*"

Van elkaar leren is een ander doel dat nagestreefd wordt.

2.2.1.2. Vraag van de patiënt

De expliciete vraag om gegevens door te geven aan de andere arts is uiteraard ook een motivatie.

2.2.1.3. Contact met de vaste huisarts

Zowel positieve voorgaande contacten waarbij appreciatie werd gegeven, als het idee dat de andere arts open zal staan voor communicatie is een stimulans om opnieuw contact op te nemen.

2.2.1.4. Verantwoordelijkheid van de arts

De arts die zichzelf verantwoordelijk ziet voor de arts- arts communicatie, zal die ook opnemen en niet doorschuiven naar de patiënt.

Interview 1: "*eigenlijk zou je zelf het initiatief moeten nemen omdat je als huisarts zelf kan inschatten of dit belangrijk is voor een dossier of niet*"

2.2.2. Beperker- drempels

2.2.2.1. Praktische redenen

2.2.2.1.1. Tijd

Dit is de meest aangehaalde reden waarom artsen geen contact met elkaar opnemen. Het slorpt veel tijd op voor de initiatiefnemer, maar zeker wanneer er getelefoneerd wordt, wordt de andere huisarts ook onderbroken tijdens zijn werk.

2.2.2.1.2. Organisatie om contact op te nemen

De hele organisatie van telefoneren of brieven schrijven wordt als omslachtig ervaren.

2.2.2.1.3. Draagvlak voor communicatie is afwezig

Huisartsen hebben onderling niet de gewoonte om elkaar te contacteren, dit in tegenstelling tot het contacteren van specialisten, kinesisten en andere paramedische beroepen.

Financieel is er ook geen ondersteuning voorzien.

Een andere beperking op dit vlak is ook dat er gewoon geen vaste huisarts voor handen is om te contacteren. Dit valt voor bij buitenlandse studenten, maar ook bij studenten die al zeer lang niet meer bij hun vaste huisarts zijn geweest.

Interview 4: "*Je hebt dan ook een andere groep patiënten die heel vaak komen maar die hebben dan vaak ook geen contact meer met de eigen huisarts.*"

2.2.2.2. Patiënt gerelateerde redenen

2.2.2.2.1. Patiënt als boodschapper of informatiebron

De taak om de communicatie te voorzien wordt frequent bij de student zelf gelegd, omdat ze mondig zijn, de dingen begrijpen en verantwoordelijk genoeg zijn om die taak op zich te nemen.

Interview 7: "*Tegen de student of patiënt zeg ik: 'jij moet dat gaan vertellen aan de huisarts en ik stuur de technische gegevens door in kopie'. Maar wat er gebeurd is, dat moeten ze wel zelf eigenlijk vertellen*"

2.2.2.2.2. Verzoek van de patiënt

Zeker voor delicate onderwerpen, zoals soa-onderzoek, krijgt de studentenarts wel eens de expliciete vraag om dit niet door te geven aan zijn vaste huisarts.

2.2.2.3. Pathologie gerelateerde redenen

De meeste consulten van studenten zijn éénmalige consulten waarvoor geen opvolging nodig is of die te banaal zijn om te gaan melden aan een andere arts.

Interview 2: *"Zo algemene weetjes, die je gemakkelijk kan oplossen en waar niemand gevolgen van heeft. Dat vind ik geen gewoonte."*

Wanneer het daarentegen over ernstige pathologie gaat, die ze wel zouden doorgeven, rekenen ze op erop dat de communicatie verloopt via de ziekenhuisbrief, vermits ernstige zaken toch doorverwezen worden.

Interview 2: "*We hebben wel elk jaar een DVT of zo, maar daar is natuurlijk weer een ziekenhuis bij betrokken en dan gaan de verwijsbrieven van het ziekenhuis ook naar de huisarts. Dan ga ik niet nog eens een keer bellen en dan vragen of hij het gehoord heeft*"

2.2.2.4. Redenen verbonden aan de vaste huisarts

Hierbij speelt de schroom om iemand lastig te vallen en te beoordelen een belangrijke rol, vooral als het een arts is uit een andere regio, die men niet kent.

Interview 1: *"Ik hecht wel meer belang aan het contact met huisartsen uit mijn eigen regio."*

Een negatieve ervaring bij een vorige contact name, remt ook het initiatief om dit opnieuw te doen.

2.2.2.5. Redenen verbonden aan de studentenarts

De meeste studentenartsen ervaren het niet als hun taak om contact op te nemen met de vaste huisarts, ook niet in het geval dat de andere huisarts een fout heeft begaan.

Interview 5: *"Maar dan lijkt het zo alsof je het beter weet."*
Interview 16*: "Wij willen niet het professortje gaan uithangen"*

Ze gaven ook aan dat ze eigenlijk ook niet stil staan bij de noodzaak ervoor.

Interview 1: *"Het is de eerste keer nu dat ik erover terug denk en eigenlijk gebeurde dat vind ik achteraf veel te weinig"*

3) **<u>Gedachtegoed van de studentenarts</u>**
In dit derde deel worden de gedachten van de studentenarts geanalyseerd. Ze spelen uiteraard een rol in het bepalen van het beleid en ook in het communiceren met patiënt en vaste huisarts.

1. Over de patiënt

1.1. <u>Positieve gedachten</u>

De studentenarts ziet studenten als patiënten die mondig zijn, veel begrijpen en op een volwassen en verantwoordelijke manier omgaan met informatie en hun eigen gegevens. Ze denken ook dat de meeste studenten een meningsverschil tussen huisartsen niet zien als een probleem.

1.2. <u>Negatieve gedachten</u>

1.2.1.*Betrouwbaarheid als informatiebron*

Er wordt rekening gehouden met het feit dat informatie die doorgegeven wordt via de student, door interpretatie vervormd kan zijn. Ook het geheugen kan hier een rol in spelen.
Sommige artsen twijfelen of studenten soms niet doelbewust informatie vervormen of achterhouden.

Interview 1: "*de patiënt zet soms graag de meningen tegenover elkaar en speelt de artsen uit tegen over elkaar*"

1.2.2.*Begrip van de situatie*

Studenten begrijpen niet altijd welke gegevens belangrijk zijn voor studentenartsen en vaste huisartsen. Ook kennen ze het achterliggend beslissingsproces van de huisarts niet, waardoor ze hier ook geen goede informatiebron voor kunnen zijn.

2. Over de vaste huisarts

2.1. <u>Beschermende gedachten</u>

In gedachten wordt het handelen en de fouten van de vaste arts gerelativeerd. Zo beseffen studentenartsen dat je als arts niet alles kan weten en dat bepaalde pathologie geen dagdagelijkse praktijk is voor een vaste huisarts.

Interview 5 over de soa-consultatie: *"Misschien weet die niets af van chlamydia, dat kan inderdaad. En bij ons is het een problematiek die enorm veel voor komt, je bent er elke dag mee bezig"*

Ze interpreteren fouten eerder als vergetelheden en geven de vaste huisarts meestal het voordeel van de twijfel.

2.2. <u>Beoordelende gedachten</u>

Hierbij wordt vooral de kennis over de inhoud van richtlijnen of zelfs de kennis over het bestaan van richtlijnen beoordeeld.

Interview 18: "*Dat het vooral jonge mensen zijn die, jonge huisartsen die richtlijnen volgen waarbij dat je zeker de oudere huisartsen is dat toch wel… wordt er toch wel wat meer aan experience-based geneeskunde gedaan dus daar vind ik dat vaak wat lastig omdat daar ook de conflicten wel eens een keer gaan aankomen over het beleid en met specialisten heb je*

vaak de indruk dat ze zich baseren helemaal niet op wetenschap dus daar is vaak het conflict wel nog wat groter"

Er wordt ook gedacht dat de andere arts zich er soms wat te snel vanaf wil maken en dingen zal missen.

Interview 8: "*Ik zou bij mezelf toch denken dat het misschien iets te kort door de bocht is.*"

2.3. Neutrale gedachten

Niet alleen in hun uitspraken proberen studentenartsen zich te hoeden voor het beoordelen van de vaste huisarts, ook in hun denken gebeurt dit. Meestal omdat ze de waarde van onrechtstreekse informatie over een andere huisarts, in vraag stellen.

Interview 3: "*Want dit is eigenlijk zo via-via. Daar koppel ik meestal geen rechtstreekse conclusies aan omdat het vaak ook niet heel accuraat is.*"

3. Over mezelf

3.1. Positieve gedachten

De geïnterviewde studentenartsen vonden van zichzelf dat ze zich collegiaal gedragen omdat ze erop letten om niets negatief te zeggen over andere artsen.

Interview 7: "*Maar ik moet toegeven dat ik niet zal zeggen: jouw vriend heeft een slechte soa-screening gehad. Dat ligt dat wel op mijn lippen. Maar als ik heel eerlijk moet zijn, ga ik het niet zeggen omdat ik zo dat collegiaal gevoel wil behouden*"

Ze staan positief ten opzichte van commentaar krijgen. Ze vatten het niet op als een vingerwijzing, eerder als een manier om bij te leren.

Over hun kennis denken ze dat ze goede richtlijnen gebruiken en over bepaalde, student gerelateerde thema's beschouwd mogen worden als expert.

3.2. Negatieve gedachten

Sommige studentenartsen geven toe dat ze niet zo goed met commentaar om kunnen. Ze zouden het heel belerend vinden als iemand komt vertellen wat ze fout doen.

Ze beseffen dat ze zeker over bepaalde thema's veel minder kennis hebben dan andere vaste huisartsen.

Tijdens de interviews kwam soms ook het besef naar boven dat ze te weinig rekening hielden met de vaste huisarts en dat ze zich verschuilen achter drogredenen zoals te weinig tijd, om geen contact op te nemen met de vaste huisarts.

4. **Over de situatie**

Over de situatie waarbij de zorg voor een patiënt gedeeld wordt door twee huisartsen, uitten studentenartsen een aantal bezorgdheden en bemerkingen. Ze gaven ook enkele manieren om dit te verbeteren in de toekomst.

4.1. Bezorgdheden – bemerkingen

De eerste bezorgdheid die de artsen altijd uitten was de gezondheid van de patiënt.

Een tweede bezorgdheid waarmee studentenartsen in zulke situaties bezig zijn is de arts-patiëntrelatie die niet in het gedrang mag komen. Wanneer je een beleid wil veranderen of een fout van een andere arts wil rechtzetten moet je hier altijd heel voorzichtig mee omspringen.

Interview 4: "*Ja, het is altijd vervelend als je een behandeling moet veranderen. Maar ik denk dat de patiënt ook wel recht heeft op de juiste informatie en dan mag die daar mee doen wat ze wil*"

Een bemerking die gemaakt werd, was dat het niet nodig is om elk verschil in beleidsvoering tussen huisartsen als een probleem te beschouwen waarover gediscussieerd moet worden tussen artsen.

Interview 16: "*als er discussie over is, dan vind ik dat je het niet mag doen. Als er geen discussie over is, dan vind ik wel dat je je kunt inmengen in het beleid van iemand anders*"

Een andere bemerking die verschillende artsen maakten, was dat ze er toch altijd in slaagden om hun onafhankelijkheid in medisch handelen te bewaren.

4.2. Ideeën om het te verbeteren

Ondanks het feit dat de meeste artsen wel tevreden zijn over hoe het loopt tussen huisartsen onderling, in tegenstelling tot de contacten die er soms zijn met specialisten, werden toch enkele voorstellen tot verbetering geopperd.

De grootste rol in verbetering van communicatie is weggelegd bij de informatisering. Enerzijds zou dit kunnen verlopen door gegevens rechtstreeks vanuit het eigen dossier door te kunnen sturen op een beveiligde manier zoals bijvoorbeeld Medibridge[27].

Anderzijds zou een nog grotere stap en verbetering gemaakt kunnen worden door de invoer van een Centraal Medisch Dossier.

Interview 16: *"Dat dat centraal bewaard is en als de patiënt zijn sis-kaart geeft en zegt 'Jij mag in mijn dossier kijken'"*

Naast vooruitgang op informaticavlak, denken ze dat bepaalde problemen ook al verholpen zouden kunnen worden door zelf de verantwoordelijkheid te nemen om er meer aandacht aan te besteden en tijd in te investeren.

D. Analyse van de interviewresultaten van de vaste huisartsen

Voor de analyse werd gefocust op de uitspraken over de verwachtingen wat betreft communicatie over een gedeelde patiënt, verandering van beleid en hoe ze omgaan met kritiek van een andere huisarts.

1. **Verwachtingen over communicatie met een studentenarts**
   1.1. Communicatie wordt verwacht
   Als houder van het globaal medisch dossier verwachten vaste huisartsen dat alle belangrijke medische gebeurtenissen aan hen doorgegeven worden, zodat dit in het medisch dossier kan opgenomen worden. Een vaste huisarts zei hierover dat studenten de studentenarts toch niet echt zien als hun huisarts.

   Om te beslissen of iets belangrijk is, dient dezelfde regel die gebruikt wordt tijdens een wachtdienst gehanteerd te worden. Concreet omschreven ze situaties zoals verwijzingen naar spoeddiensten, allergieën voor medicatie, behandelingen die opgevolgd moeten worden of blijvende gevolgen hebben voor de patiënt.
   Ze willen graag dat de resultaten van bloed- en andere technische onderzoeken standaard doorgestuurd worden.

   Daarnaast vind de vaste huisartsen het goed dat de studentenarts contact met hem opneemt wanneer die informatie mist om zijn eigen beleid te kunnen afstellen.
   Hierbij ziet de vaste huisarts zichzelf als de expert van de patiënt en kan daardoor beter inschatten wat de beste behandeling is.

   Wanneer de studentenarts een fout opmerkt of kritiek heeft op de vaste huisarts, mag hij hiervoor ook contact opnemen. De voordelen die de vaste huisarts hierin ziet is de mogelijkheid om bij te leren uit eigen fouten en te vermijden dat hij plots geconfronteerd wordt met zijn fout op het moment dat de patiënt voor hem zit, wat een vervelende situatie kan opleveren.

   1.2. Communicatie wordt niet verwacht
   De vaste huisarts heeft geen behoefte aan de mededeling van banale diagnosen zoals verkoudheden en keelontstekingen noch vindt hij het nodig dat intieme zaken zoals psychische problemen of een screening voor seksueel overdraagbare aandoeningen doorgegeven worden, omdat het niet nodig is voor de volledigheid van het medisch dossier.

2. **Manier van communiceren**
   De vaste huisartsen geven graag informatie mee met de patiënt, ofwel verbaal ofwel via een schriftelijke notitie. Dit gaat snel en is voor de vaste huisarts ook weinig belastend, daarenboven weet hij zeker dat de patiënt bereid is om de informatie over te dragen.

   Telefonisch contact komt, zeker met studentenartsen zeer weinig tot niet voor. Het voordeel van deze methode is dat je kan overleggen en argumenteren. Het nadeel is dat het een heel directe manier van communicatie is waarbij niet alleen de inhoud maar ook de houding hoe iets wordt overgebracht, belangrijk is.

   Af en toe wordt ook e-mail gebruikt omdat het snel en gemakkelijk is. Negatief aan het huidig e-mail verkeer is dat het geen veilige manier van communiceren is, met oog op privacy en beroepsgeheim. In de toekomst zou dit opgelost kunnen worden via een centraal medisch dossier of het geëncrypteerd doorsturen van informatie.

3. **Houding van de vaste huisarts ten opzichte van veranderingen van hun beleid**
   Een belangrijke visie, die bij alle geïnterviewde artsen ter sprake kwam was dat de gezondheid van de patiënt centraal staat in beleidsbeslissingen.

Interview 12: *"Ik denk dat ons principe is "de mens moet zo goed mogelijk geholpen worden". Maar het gaat er niet om of wij alles in handen houden."*

Hierbij werd benadrukt dat patiënten het recht en de verantwoordelijkheid hebben om, na correct en voldoende geïnformeerd te zijn, een beslissing te nemen in hun behandeling.

Echter lokt het ook wel irritatie uit dat een andere arts zich moeit in het eigen beleid en vooral als het gaat om dingen die verschillend geïnterpreteerd kunnen worden, wordt het niet geapprecieerd.

Interview 17: *"Dat is natuurlijk omdat je niet gewoon bent dat ze naar een andere dokter gaan hé, normaal gezien als huisarts heb je meestal enkel je eigen beleid en heb je niemand om je te controleren en op zo'n moment gebeurt dat dan wel"*

4. Omgaan met commentaar en kritiek

4.1. Extern

Bij confrontatie met een gemaakte fout zal de vaste huisarts de discussie met de studentenarts aangaan en informeren naar wetenschappelijke bronnen en argumenten. Hij zal zijn fout toegeven wanneer blijkt dat hij inderdaad een fout heeft begaan.

4.2. Intern

De gedachten van de vaste huisarts bij confrontatie met een fout of kritiek van een andere huisarts kunnen opgedeeld worden in eerder positieve en constructieve gedachten en anderzijds gedachten waaruit blijkt dat de arts het moeilijk heeft met commentaar.

De positieve gedachten benadrukten vooral dat er uit fouten altijd iets te leren valt en dat het daarom beter is dat een andere arts het je vertelt. Ze relativeerden zichzelf hierbij door te vermelden dat vergissen menselijk is en dat iedereen fouten maakt.

De moeilijkheden met commentaar krijgen situeren zich vooral op het vlak van het opwekken van irritatie over het feit dat men een fout gemaakt heeft.

Interview 12: "*Wij zijn eigenlijk eerder kansberekeningen aan het maken. Maar het is heel vervelend als dan achteraf blijkt dat je je kansberekening niet goed hebt gemaakt of dat je iets over het hoofd hebt gezien of ergens niet aan gedacht hebt. Dat is eigenlijk wel je dagelijkse business he, om eigenlijk afwegingen te maken en risico's in te schatten en als ze dan zeggen van 'nee je doet dat niet goed', ja dat is wel het fundament van wat je doet he*"

Een arts verklaarde ook dat hij er absoluut geen behoefte aan had dat andere huisartsen hem vertelde hoe iets moest gebeuren, dit in tegenstelling tot wanneer specialisten dat doen.

4. Discussie

De communicatie en collegialiteit tussen huisartsen zonder samenwerkingsverband kan voor problemen zorgen.
Echter zowel uit de gegevens die ter beschikking werden gesteld door de Orde van geneesheren van Limburg als uit de ervaringen van studentenartsen en vaste huisartsen, blijkt dit in de realiteit niet frequent voor problemen te zorgen of als probleem ervaren.

De deontologie en dan vooral de Code van geneeskundige plichtenleer geeft door middel van verschillende artikelen een goede omschrijving van het begrip collegialiteit. Op praktisch vlak blijft ze echter wat vaag. Tijdens de interviews met studentenartsen en vaste huisartsen kwam tot uiting dat elke arts een eigen manier ontwikkeld heeft om zich collegiaal te gedragen ten opzichte van andere artsen. Deze manieren pasten volledig binnen het kader van de deontologische plichtenleer.

Zowel in de deontologische als in de juridische literatuur werd aandacht besteed aan de vrijheid van medisch handelen. Studentenartsen en vaste huisartsen vinden dit een belangrijke waarde en aanvaarden niet dat een patiënt of een andere arts zomaar kan beslissen wat hun medisch handelen zou moeten zijn. Ze hechten belang aan evidence-based medicine bronnen, waardoor ze voldoen aan de deontologische en juridische eis om te handelen volgens de thans geldende wetenschappelijke kennis.
Op basis hiervan eigenen studentenartsen zich het recht toe om hun eigen beleid uit te stippelen zonder hiervoor akkoord te vragen of overleg te plegen met de vaste huisarts. Ze passen dit ook toe wanneer ze het oneens zijn met een reeds ingesteld beleid.
De vaste huisarts is hier meestal akkoord mee, op voorwaarde dat de studentenarts voldoende informatie verstrekt heeft aan de patiënt en ook rekening heeft gehouden met diens wensen en verwachtingen. Deze manier van communiceren en beleidsvorming waarbij de patiënt centraal gezet wordt, wordt in de literatuur omschreven als shared decision making[29-31].

Op communicatievlak bestaat de deontologische en de juridische verplichting om de behandelende arts bij behandeling van diens patiënt, op de hoogte te stellen van alle nuttige en nodige inlichtingen. Uit de interviews met de vaste huisartsen zien we dat zij inderdaad de verwachting hebben om als houder van het globaal medisch dossier op de hoogte gesteld te worden.
Maar in de omschrijving van wat nuttig en nodig is, blijven zowel de deontologie als de geïnterviewde artsen vaag en zou dit eerder op eigen aanvoelen van de arts beslist moeten worden. Een manier waarmee de geïnterviewde vaste huisartsen probeerden te omschrijven wat ze nuttig en nodig vonden, was door te verwijzen naar de gegevens die men ook hoort door te geven tijdens een wachtsituatie.
Deze verplichting werd door studentenartsen gedeeltelijk toegepast wanneer het gaat om resultaten van technische onderzoeken, belangrijke medische gebeurtenissen alsook bij duidelijke situaties van gedeelde zorg. Maar in de vele gevallen gingen zij niet tegemoet aan de verwachting die geuit werd door de vaste huisartsen, omdat ze zichzelf ook zien als dè behandelende arts van de student en niet als een vervang- of wachtarts die een plicht moet vervullen naar de behandelende arts.
Het initiatief van studentenartsen om contact op te nemen met de vaste huisarts ontstaat vooral vanuit opportunisme, namelijk het nodig hebben van bepaalde gegevens om hun eigen beleid uit te kunnen stippelen.

Er werden een heel aantal moeilijkheden in communicatie blootgelegd. Dit zowel op vlak van de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen zonder samenwerkingsverband, als op vlak van het bespreken van fouten of meningsverschillen met elkaar.

De belangrijkste barrière was het tijdsgebrek en de tijdsinvestering nodig voor de arts-arts communicatie. Dit werd als argument aangehaald door alle geïnterviewde artsen en kwam ook in de literatuur naar boven als een belangrijke barrière[32].

Een manier om dit in de praktijk op te vangen was voor vele geïnterviewde artsen dat men rekende op de patiënt om de informatie over te brengen tussen de twee artsen.
De aangehaalde argumenten daarvoor waren de intelligentie van de studenten en hun begripsvermogen voor de inhoud en de belangrijkheid van de informatie. Anderzijds waren er ook artsen die eerder voorzichtig omgingen met de betrouwbaarheid van patiënten als informatiebron. Hierbij haalden ze vooral argumenten aan als vervormbaarheid, misinterpretatie en beperkt vermogen om medische informatie correct over te dragen.
Uit verschillende studies bleek inderdaad dat het vermogen van patiënten om medische informatie die gegeven werd tijdens een consultatie, opnieuw op te halen, eerder beperkt is[33]. Afhankelijk van de studies werden percentages bekomen van maar 29-72%[34]. Er werden een heel aantal beïnvloedende variabelen gedetecteerd, waaronder leeftijd en het opleidingsniveau. Medische informatie werd beter onthouden door jongere en hoger opgeleide patiënten[35].
In de context van deze studie kunnen we daarom stellen dat de studenten inderdaad behoren tot een geselecteerde populatie die gegevens accurater zullen onthouden en reproduceren dan de volledige patiëntenpopulatie. Desondanks lijkt het verstandig dat een arts de nodige voorzichtigheid aan de dag legt en de doorgegeven informatie met een korreltje zout neemt.

Een andere barrière om samen te werken, zeker wanneer het ging over commentaar geven, was dat de artsen mekaar niet kenden en daardoor moeilijk de reactie van de andere arts konden inschatten. Uit verschillende studies over het functioneren binnen een groepspraktijk is gebleken dat het geven van commentaar en discussiëren over elkaars werk een delicaat onderwerp is[6,36]. Als communicatiemethode wordt de face-to-face communicatie naar voor geschoven en verkozen boven telefonische contacten, het schrijven van brieven of mails. Daarnaast blijkt het ook belangrijk om organisatorisch ruimte te creëren om deze onderwerpen te bespreken, via bijvoorbeeld vaste overlegmomenten[37].
In de situatie van samenwerking tussen studentenarts en vaste huisarts is het onmogelijk om gebruik te maken van deze adviezen. Als oplossing hiervoor verkozen de meeste artsen de tweede meest directe communicatiemethode namelijk de telefoon om meningen uit te wisselen en heel patiëntgericht te kunnen werken.

Zowel de interviews als de literatuur bieden enkele mogelijkheden om de communicatie en collegialiteit tussen artsen zonder samenwerkingsverband te verbeteren.

De belangrijkste rol lijkt weggelegd voor verbeteringen op informaticavlak. Zo zouden de geïnterviewde artsen graag gebruik maken van een beveiligd elektronische postsysteem of een centraal medisch dossier beschikbaar voor elke arts mits akkoord van de patiënt.
Ook in de literatuur werd veelvuldig aangehaald dat dit een belangrijke opdracht is om in de toekomst gezondheidszorg beter te laten verlopen[32,38].
Op heden kunnen artsen reeds gebruik maken van de betalende toepassingen van MediBridge en MediMail om op een beveiligde manier patiëntengegevens naar elkaar door te sturen. De meeste huisartsen maken hier reeds gebruik van om verslagen en onderzoeksresultaten van specialisten te ontvangen. Uit de interviews bleek dat het bij de artsen onvoldoende bekend is om deze toepassing ook te gebruiken om eigen gegevens te versturen naar andere huisartsen.
Wachtmailer[28] kan enkel gebruikt worden voor huisarts-huisarts communicatie binnen een wachtkring en tijdens een wachtsituatie en is daarom in de onderzochte situatie niet bruikbaar.

Momenteel is in België de uitbouw van een geïntegreerd zorgverlenerpatiëntenplatform in volle ontwikkeling. Het eHealth-platform, een initiatief van de federale overheid, zal in de toekomst een gratis en veilige omgeving bieden om gegevens van patiënten op een beveiligde manier beschikbaar te maken voor alle zorgverstrekkers betrokken rond de zorg van een patiënt [39-40].
In Groot-Brittannië werd reeds een centraal medisch dossier ingevoerd. Of dit er ook in België komt, zal de toekomst uitwijzen.

Naast de rol van de ICT is er ook een belangrijke rol weggelegd voor de artsen zelf.
Enkele aandachtspunten die werden aangehaald waren het bewustzijn van het nut van communicatie en collegialiteit en hier de nodige tijd en verantwoordelijkheid voor nemen.
Zoals al eerder aangehaald in deze discussie blijkt uit de interviews dat communicatie over fouten en meningsverschillen als heel moeilijk ervaren wordt.

Hier ligt een weg open om communicatievaardigheden uit te bouwen.

Lanham et al[6] beschrijft dat het maken van medische fouten een onderdeel is van het werken in de gezondheidszorg, maar dat respectvolle interactie tussen zorgverleners ervoor kan zorgen dat je kan leren uit deze fouten.
Manieren om respectvol met elkaar om te gaan zijn het onderzoeken van de meningen van anderen, het vrijuit kunnen delen van meningen en bereid zijn om van gedacht te veranderen op basis van nieuwe elementen. Ook de collegialiteit vaart wel bij het trainen van de vaardigheid om redenen en argumenten met elkaar uit te wisselen[41].
Een eerste cruciale stap die hiervoor nodig is, is dat de artsen bewust zijn van welke andere artsen een plaats innemen rond de patiënt, wat de verwachtingen zijn voor de samenwerking en hoe de communicatie kan verlopen[42].
Ze dienen naast het inhoudelijke aspect ook oog te hebben voor het relationele aspect van communicatie. Zo zijn toon, intonatie en hoe iets verwoord wordt belangrijk over hoe de communicatie beleefd wordt. Door hiermee rekening te houden kunnen conflicten vermeden worden[5].

Een techniek die de geïnterviewde artsen reeds gebruikten is de shared decision making. Hierbij krijgt de patiënt inspraak in de beleidsbeslissingen maar op zo'n manier dat de klinische en wetenschappelijke expertise van de arts gerespecteerd wordt en dit zonder de arts-patiëntrelatie te compromitteren[43]. Uit de interviews blijkt dat deze techniek niet enkel de eigen arts-patiëntrelatie ten goede komt, maar ook nuttig is om de relatie tussen de patiënt en een andere betrokken dokter niet te schaden.

Beperkingen van de studie

Het onderzochte onderwerp, namelijk moeilijkheden qua communicatie en collegialiteit werd door studentenartsen weinig frequent ervaren. Dit probleem werd bij aanvang van de studie voorzien en een poging om dit op te vangen was werken aan de hand van casussen. Een heel aantal vragen moest gesteld worden op een hypothetische manier, bijvoorbeeld 'stel dat u het niet eens bent met het beleid van een andere huisarts, hoe zou u dit aanpakken?' Dit liet de mogelijkheid voor de geïnterviewde artsen om een maatschappelijk verantwoord antwoord te geven, wat mogelijks verschillend was met wat ze in werkelijkheid zouden doen. Daarom mogen de in de interviews geuite opinies niet beschouwd worden als perfecte voorspellers van het gedrag.

De geïnterviewde artsen lieten verstaan elke een eigen manier van communiceren en omgaan met collegialiteit te hebben ontwikkeld. De strategie die hierbij gebruikt werd, was soms gelijklopend maar soms ook heel verschillend tussen de verschillende geïnterviewde artsen.

Bij de analyse en de discussie moest abstractie gemaakt worden van sommige individuele details en werd gekozen voor meer algemene formuleringen. Hierdoor komt deze verscheidenheid in gedragingen en gedachtegangen van de verschillende artsen veel minder naar boven dan in werkelijkheid het geval was.

Er werden ook een aantal praktische problemen ervaren.
Tijdens het afnemen van de interviews was er soms een tijdsdruk, bijvoorbeeld omdat de arts moest beginnen aan een raadpleging, waardoor de laatste vragen soms heel snel moesten beantwoord worden en er geen tijd was om op interessante uitspraken in te pikken. De interviews werden ook regelmatig onderbroken door telefoongesprekken.
Tijdens het uittypen van de interviews, bleek dat de kwaliteit van de opname niet altijd optimaal gelukt was, waardoor soms enkele woorden, soms enkele zinnen niet konden uitgeschreven worden. Voor de verwerking werd enkel gebruik gemaakt van deze schriftelijke weergaven. Met informatie zoals pauzes tijdens het spreken, twijfel en kracht waarmee een uitspraak gedaan werd, kon daardoor geen rekening gehouden worden.

Suggesties voor verder onderzoek

Tijdens de interviews gaven enkele studentenartsen aan dat ze door toedoen van mijn interview in de toekomst misschien meer aandacht zouden besteden aan communicatie en collegialiteit. Daarom zou een nameting bij dezelfde studentenartsen kunnen uitgevoerd worden om te peilen naar veranderingen in gedrag om het effect van bevraging na te gaan.

Voor verder onderzoek over communicatie en collegialiteit kwam tijdens de interviews twee andere interessante studiepopulaties naar boven.
Een eerste interessante populatie is een huisartsenregio waar communicatie en collegialiteit stroef verlopen. Tijdens een lokaal verbeteringsproject zouden blokkerende elementen geïdentificeerd kunnen worden, verbeteringsadviezen geformuleerd en geïntegreerd kunnen worden.
Een tweede interessante studieterrein is de interactie die er is tussen huisartsen en specialisten, vermits de geïnterviewde artsen meermaals aangaven dat zij hiermee meer problemen ervaren.

Een laatste suggestie voor verder onderzoek is het in kaart brengen van de bestaande ICT mogelijkheden, de kennis en gebruik hiervan door huisartsen en de toekomstperspectieven op dit vlak.

5. Besluit

Uit deze studie blijkt dat studentenartsen geconfronteerd met een verschil in aanpak of een fout in het beleid van een andere huisarts te werk zullen gaan volgens een bepaald werkkader. Ze proberen zoveel mogelijk informatie te verzamelen via de patiënt of de vaste huisarts, ze verstrekken heel veel informatie ook over hun eigen manier van werken en hun ideeën over evidence-based werken en geven indien nodig de opdracht aan de patiënt om zelf gegevens op te vragen of een boodschap door te geven aan hun vaste arts. Op deze manier vormen ze samen met de patiënt een beleid.

In hun communicatie naar de patiënt toe zullen de studentenartsen proberen de vaste huisarts uit de wind te zetten.
Communicatie met de vaste huisarts verloopt meestal omwille van opportunistische redenen. De motivatie tot contact name is meestal het opvragen van gegevens om het eigen beleid te kunnen uitstippelen. Beperkende factoren waren vooral de tijdsinvestering en de organisatorische rompslomp. Daarnaast blijkt de drempel om met onbekende huisartsen te discussiëren over beleidsfouten, te hoog te zijn voor de meeste studentenartsen.

Eén contradictie tussen het handelen van studentenartsen en de verwachtingen van de vaste huisartsen hierover werd gedetecteerd. De vaste huisartsen verwachtten, als behandelende huisarts, dat zij van alle belangrijke events van hun patiënt op de hoogte gebracht worden. Terwijl de studentenarts zichzelf als de behandelende arts van de student ziet wanneer deze kiest om bij hem op raadpleging te komen en hier dus niet steeds de continuïteitsplicht aan vast knoopt.

Samenvattend kan besloten worden dat de geïnterviewde studentenartsen elk individueel een communicatiestijl ontwikkelden om op collegiale manier om te gaan met patiënten en hun vaste huisartsen.
Verbeteringen op dit vlak kunnen vooral verwacht worden door training in communicatie- en argumentatievaardigheden en de verdere uitbouw van veilig elektronische communicatiekanalen.

6. Referenties

1. Ministerie van Onderwijs en Vorming, Agentschap hoger onderwijs. Hoger onderwijs in cijfers – addendum: Kerncijfers m.b.t. studenten, financiering en personeel in het hoger onderwijs. 2012; p. 7. Beschikbaar via http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/werken/studentadmin/studentengegevens/default.htm.

2. K.U.Leuven Studentenvoorzieningen. Jaarverslag 2010, p.46.

3. Verlackt B. Studentenhuisvesting: Financiële uitdagingen voor de toekomst. VVKHO. 2012; p. 4.

4. Statistische gegevens verkregen via Dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsgegevens (communication@riziv.fgov.be).

5. Grouwels D, Goedhuys J. Van solo-arts naar team-arts. Samenwerking en management in duo- en groepspraktijken. HaNu. 2001;30(1): 22-27.

6. Lanham HJ, McDaniel RR, Jr., Crabtree BF, Miller WL, Stange KC, Tallia AF, et al. How improving practice relationships among clinicians and nonclinicians can improve quality in primary care. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2009 Sep;35(9):457-66.

7. Legare F, Stacey D, Graham ID, Elwyn G, Pluye P, Gagnon MP, et al. Advancing theories, models and measurement for an interprofessional approach to shared decision making in primary care: a study protocol. BMC Health Serv Res. 2008;8:2.

8. Scheurer D, McKean S, Miller J, Wetterneck T. U.S. physician satisfaction: a systematic review. J Hosp Med. 2009 Nov;4(9):560-8.

9. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproeven/.

10. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/huisartsnu/archief.html.

11. Spitz B. Inleiding tot de Medische Deontologie, nota's bij de colleges 2010-2011.

12. Nationale raad van de orde van geneesheren. Code van geneeskundige plichtenleer. Brussel: Ordomedic; jan 2013: p. 78.

13. Adviezen van de Orde van geneesheren. Beschikbaar via: http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/.

14. Nys H. Medisch recht. Cursusdienst faculateitskring Medica. Academiejaar 2010-2011.

15. Beschikbaar via: www.ejustice.just.fgov.

16. Reglementering verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/information/nl/regulation/index.htm.

17. Wester F. Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal. Huisarts wet 2004:47:565-70.

18. Pope C, van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. Qual Saf Health Care. 2002 Jun;11(2):148-52.

19. van Gool A.B. Hellas en Rome met hun voorgeschiedenis. Dekker & van de Vegt: Nijmegen; 1976; p. 158. Vertaling uit Hermeneus 53 (1981) Beschikbaar via: http://www.ordomedic.be/nl/orde/artseneed/eed-hippocrates.

20. World medical association. Declaration of Geneva 1948. Beschikbaar via:

http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html.

21. Europese handleiding voor medische ethiek. Parijs; 1987. Beschikbaar via: http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/europese-handleiding-voor-medische-ethiek.

22. Nationale raad van de Orde van geneesheren. Artseneed van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren van België; 2011. Beschikbaar via: http://www.ordomedic.be/nl/orde/artseneed/.

23. 10 november 1967. Koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Artikel 11, eerste alinea. Beschikbaar via: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1967111008.

24. Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994. Artikel 73 §4. Beschikbaar via: www.riziv.be.

25. Patiëntenrechtenwet, art 5 wet van 22 augustus 2002 BS 26 sept 2002. Beschikbaar via: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2002082245.

26. Art 458 van het strafwetboek. Beschikbaar via: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1867060801.

27.Beschikbaar via: http://www.medibridge.be/nl/home.

28.Beschikbaar via: www.wachtmailer.be.

29. Towle A, Godolphin W: Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 1999, 319:766-771.

30. Weston WW: Informed and shared decision-making: the crux of patient centred care. CMAJ 2001, 165:438-440.

31. Makoul G, Clayman ML: An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ Couns 2005, 60:301-312.

32. Dunn AS, Markoff B. Physician-physician communication: what's the hang-up? J Gen Intern Med. 2009 Mar;24(3):437-9.

33. Watson PW, McKinstry B. A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. J R Soc Med. 2009 Jun;102(6):235-43.
Ley P, Spelman M. Communicating with the patient. London: Staples; 1967.

34. Ley P. Satisfaction, compliance and communication. Br J Clin Psychol. 1982 Nov;21 (Pt 4):241-54.

35. Hekkenberg RJ, Irish JC, Rotstein LE, Brown DH, Gullane PJ. Informed consent in head and neck surgery: how much do patients actually remember? J Otolaryngol. 1997 Jun;26(3):155-9.

36. Brown JB, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Mechanisms for communicating within primary health care teams. Can Fam Physician. 2009 Dec;55(12):1216-22.

37. Crabtree BF, Miller WL, McDaniel RR, Stange KC, Nutting PA, Jaen CR. A survivor's guide for primary care physicians. J Fam Pract. 2009 Aug;58(8):E1.

38. Braga S. De toekomst van de huisartsgeneeskunde. Onze plaats heroveren.HaNu 2011;40(8):323-26.

39.Beschikbaar via: https://www.ehealth.fgov.be/nl/basic_service.

40.Beschikbaar via: https://www.ehealth.fgov.be/nl/over-het-ehealth-platform/missie/opdrachten.

41. Rentmeester CA. "Why aren't you doing what we want?" Cultivating collegiality and communication between specialist and generalist physicians and residents. J Med Ethics. 2007 May;33(5):308-10.

42. Kuziemsky CE, Varpio L. A model of awareness to enhance our understanding of interprofessional collaborative care delivery and health information system design to support it. Int J Med Inform. 2011 Aug;80(8):e150-60.

43. Poelman T. Wanneer patiënt en arts tegenstrijdige verwachtingen hebben… Minerva. 2011; 10(5):53.

7. Bijlagen

Bijlage 1: Informatie voor studentenartsen

Geachte collega,
Geachte studentenarts,

In het kader van mijn manamathesis huisartsgeneeskunde had ik graag uw medewerking gevraagd.

Ik deed mijn eerste jaar HAIO (academiejaar 2011-2012) in het Medisch Centrum voor studenten in Leuven en vervulde hier de rol als studentenarts.

Hier groeide het onderwerp voor mijn manamathesis: Communicatie en collegialiteit tussen huisartsen zonder samenwerkingsverband: een beschrijvende studie van studentenpraktijken.

In een studentenpraktijk consulteren vaak patiënten die “thuis” hun vaste huisarts hebben waardoor je, als studentenarts, geconfronteerd wordt met een beleid dat soms tegenstrijdig is met je eigen manier van aanpak of met de richtlijnen. Patiënten kunnen soms ook erg eisend zijn naar medicatievoorschriften of technische onderzoeken omdat zij dit gewoon zijn bij hun eigen arts.

Aan de hand van een interview wil ik in kaart brengen welke problemen u als studentenarts (en vaak dus niet de eigen huisarts van de patiënt) ervaart en hoe u hiermee omgaat, ook qua communicatie en collegialiteit.

Deze interviews zullen verwerkt worden waarbij de anonimiteit gerespecteerd wordt.

Algemene informatie -zoals geslacht, aantal jaren ervaring en typering van de praktijk- wordt losgekoppeld van de interviews zelf.

Ik plan deze interviews af te nemen in tot februari 2013.

U kan mij via onderstaande contactgegevens bereiken om een voor u geschikt moment af te spreken voor het interview. Neem zeker ook contact op indien u eerst nog verdere informatie wenst.

E-mail adres: silke.demaeyer@student.kuleuven.be of manamasilke@gmail.com
GSM: 0475/ 83 32 04

Met vriendelijke groeten,
Silke De Maeyer, Huisarts in Opleiding

Bijlage 2: Informatie voor vaste huisartsen

Geachte huisarts,

In het kader van mijn manamathesis huisartsgeneeskunde had ik graag uw medewerking gevraagd.

Ik deed mijn eerste jaar HAIO (academiejaar 2011-2012) in het Medisch Centrum voor studenten in Leuven en vervulde hier de rol als studentenarts.

Hier groeide het onderwerp voor mijn manamathesis: Communicatie en collegialiteit tussen huisartsen zonder samenwerkingsverband: een beschrijvende studie van studentenpraktijken.

Als studentenarts ben je bijna nooit de vaste huisarts van de patiënt. Hierdoor stuit je soms op verschillen in beleid, mis je belangrijke gegevens en kan je problemen ondervinden qua continuïteit, communicatie en collegialiteit.

Aan de hand van interviews probeer ik in kaart te brengen welke problemen studentenartsen ervaren en hoe zij hiermee omgaan.

Anderzijds wil ik ook de andere zijde, die van de vaste huisarts, belichten.

Hiervoor ben ik nog op zoek naar huisartsen die bereid zijn om zich te laten interviewen.

De interviews zullen verwerkt worden zodat de anonimiteit gerespecteerd wordt. Algemene informatie -zoals geslacht, aantal jaren ervaring en typering van de praktijk- wordt losgekoppeld van de interviews zelf.

De interviews duren maximaal 30 tot 45 minuten en worden op bandrecorder geregistreerd. Hiervoor kan ik een praktijkbezoek brengen of een afspraak regelen om het interview telefonisch af te nemen.

U kan mij via onderstaande contactgegevens bereiken om een voor u geschikt moment af te spreken.

Neem zeker ook contact op indien u eerst nog verdere informatie wenst.

E-mail adres: silke.demaeyer@gmail.com of manamasilke@gmail.com
GSM: 0475/ 83 32 04

Met vriendelijke groeten,
Silke De Maeyer, Huisarts in Opleiding
HAIO bij Dr Schraepen, Hasseltweg 56, 3600 Genk

Bijlage 3: De eed van Hippocrates

Ik zweer bij Apollo, de Genezer, bij Asclepius, Hygieia et Panaceia, en bij alle goden en godinnen, die ik tot getuigen roep, dat ik deze eed en deze verklaring, naar beste weten en vermogen, zal nakomen.

Ik zal hem, die deze kunst aan mij heeft onderwezen, beschouwen als een vader, hem laten delen in mijn levensonderhoud, en, als hij in schulden of nood zou geraken, hem op zijn verzoek steun verlenen. Zijn zonen zal ik gelijk stellen met mijn eigen broers; ik zal hun, als zij de wens daartoe te kennen geven, deze kunst leren zonder vergoeding en zonder schuldbewijs; tot mijn voorschriften, voordrachten en heel mijn verdere onderricht zal ik toegang geven aan mijn zonen, aan die van mijn leermeester en aan die leerlingen die zich bij mij hebben ingeschreven en gehouden zijn aan de medische wet; maar aan niemand anders.

Ik zal diëetregels naar beste weten en vermogen aanwenden tot heil der zieken, nooit tot hun verderf of schade.

Ik zal niemand een dodelijk geneesmiddel toedienen, ook niet aan iemand die dit van mij vraagt; zelfs een aanwijzing in die richting zal ik niet verstrekken.

Ik zal nooit aan een vrouw een middel toedienen ter vernietiging van ontkiemend leven.

Ik zal mijn leven en mijn kunst steeds zuiver en rein bewaren.

Ik zal geen operaties uitvoeren, zelfs niet bij lijders aan blaasstenen, maar ik zal dat werk aan deskundigen overlaten.

In welk huis ik ook binnentreed, ik zal er alleen binnengaan om de zieken te helpen; nooit zal ik er willens en wetens enig onrecht doen, in het bijzonder mij nooit schuldig maken aan sexuele omgang met man of vrouw, vrije of slaaf.

Ik zal, wat ik bij de uitoefening van mijn beroep ook zal horen of zien, of ook daarbuiten over het leven van mensen te weten kom aan dingen, die nooit bekend mogen worden, in stilzwijgen bewaren, en het beginsel hooghouden, dat dingen die mij zó bekend worden vallen onder de plicht van geheimhouding.

Als ik deze eed trouw in acht neem en niet ontwijd, moge ik dan in mijn leven en in mijn kunst gezegend worden, en aanzien genieten bij alle mensen, te allen tijde, - maar als ik hem schend en meinedig word, dan wil ik het tegendeel ondergaan.

Vertaling uit Hermeneus 53 (1981)
(in enigszins gewijzigde vorm overgenomen uit : Drs. A.B. van Gool, *Hellas en Rome met hun voorgeschiedenis*, 1976, Dekker & van de Vegt, Nijmegen, p. 158)
Bron: http://www.ordomedic.be/nl/orde/artseneed/eed-hippocrates/

Bijlage 4: de verklaring van Genève

At the time of being admitted as a member of the medical profession:
I solemnly pledge to consecrate my life to the service of humanity;
I will give to my teachers the respect and gratitude that is their due;
I will practise my profession with conscience and dignity;
The health of my patient will be my first consideration;
I will respect the secrets that are confided in me, even after the patient has died;
I will maintain by all the means in my power, the honour and the noble traditions of the medical profession;

My colleagues will be my sisters and brothers;
I will not permit considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between my duty and my patient;
I will maintain the utmost respect for human life;
I will not use my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat;
I make these promises solemnly, freely and upon my honour.

BRON: http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html

Bijlage 5: Europese handleiding voor medische ethiek.

Artikel 1
De arts heeft tot taak te waken over de fysieke en mentale gezondheid van de mens en diens lijden te lenigen in eerbied voor het menselijk leven en de menselijke persoon, ongeacht leeftijd, ras, religie, nationaliteit, sociale stand, politieke overtuiging of enig ander motief, en dat, zowel in vredes- als in oorlogstijd.

VERBINTENIS VAN DE ARTS
Artikel 2
Bij de uitoefening van de geneeskunde primeren de medische belangen van de zieke. De arts zal zijn medisch kennen en kunnen uitsluitend aanwenden ter verbetering of ter bescherming van de gezondheid van diegenen die zich aan zijn zorgen toevertrouwen, nooit om hen te schaden.
Artikel 3
De arts zal bij de uitoefening van zijn beroep nooit zijn persoonlijke, filosofische, morele of politieke overtuiging aan de patiënt opdringen.

«INFORMED CONSENT»
Artikel 4
Behoudens in spoedeisende gevallen wordt de arts geacht de patiënt inlichtingen te verstrekken over de te verwachten resultaten en gevolgen van de behandeling. Hij zal de toestemming van de patiënt vragen, vooral wanneer de voorgestelde handelingen een ernstig risico inhouden.
De arts mag zijn persoonlijke opvatting van de kwaliteit van het leven niet aan zijn patiënt opdringen.

MORELE EN TECHNISCHE ONAFHANKELIJKHEID
Artikel 5
Zowel in zijn rol van raadgever als van zorgenverstrekker, moet de arts volledige professionele vrijheid van handelen hebben in technische en morele omstandigheden die hem een complete onafhankelijkheid waarborgen.
Indien aan die voorwaarden niet zou worden voldaan, moet de patiënt daarvan worden verwittigd.
Artikel 6
Ingeval de arts optreedt voor rekening van een particuliere of openbare autoriteit of handelt in opdracht van een derde of een instelling, moet hij daarvan de patiënt eveneens in kennis stellen.

BEROEPSGEHEIM
Artikel 7
De arts is noodzakelijkerwijs de vertrouwenspersoon van de patiënt. Hij moet de patiënt de absolute geheimhouding waarborgen van alle verkregen informatie alsmede van alles wat hij door

zijn contacten met hem heeft vastgesteld.
Het overlijden van de patiënt ontheft de arts niet van zijn medische zwijgplicht.
Artikel 8
De arts moet de persoonlijke levenssfeer van de patiënt eerbiedigen en alle nodige maatregelen treffen om de geheimhouding van wat hij bij de uitoefening van zijn beroep verneemt, te waarborgen.
In geval van wettelijke uitzonderingen op het medisch beroepsgeheim, kan de arts vooraf het advies van zijn Orde of van het daarmee gelijkgestelde organisme inwinnen.
Artikel 9
Artsen mogen niet meewerken aan de uitbouw van electronische medische databanken die een bedreiging of een aantasting kunnen zijn van het recht van de patiënt op privacy, zekerheid en bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer. Elke gecomputeriseerde medische databank zou onder de ethische verantwoordelijkheid moeten staan van een daartoe aangestelde arts.
Medische databanken mogen op geen enkele wijze op andere databanken zijn aangesloten.

BEKWAAMHEID VAN DE ARTS
Artikel 10
De arts moet op adequate wijze alle medisch-wetenschappelijke verworvenheden ter beschikking stellen van zijn patiënt.
Artikel 11
Hij mag geen gewag maken van bekwaamheden die hij niet bezit.
Artikel 12
Hij moet een beroep doen op een meer bevoegde collega wanneer een onderzoek of behandeling zijn kennis overschrijdt.

STERVENSBEGELEIDING
Artikel 13
Geneeskunde betekent een nooit aflatende eerbied voor het leven, voor de morele autonomie en voor de vrije keuze van de patiënt. Bij een ongeneeslijk en terminale aandoening mag de arts zijn tussenkomst evenwel beperken tot het verlichten van de fysieke en morele pijn, door de patiënt de gepaste zorgen te verstrekken om deze laatste levensfase draaglijk te maken.
Hij moet de stervende tot het einde begeleiden en een menswaardige dood laten sterven.

ORGAANTRANSPLANTATIE
Artikel 14
Bij een zieke met een irreversibel en terminaal verlies van vitale functies die kunstmatig in leven worden gehouden, moet de dood door artsen worden vastgesteld aan de hand van de meest recente wetenschappelijke criteria.
Tenminste twee artsen zullen daarvan afzonderlijk een protocol opmaken.
Deze artsen mogen geen bindingen hebben met het transplantatieteam. Artikel 15
Artsen belast met het preleveren van voor transplantatie bestemde organen mogen specifieke behandelingen toepassen om deze organen in goede staat te houden.
Artikel 16
Artsen die organen preleveren moeten alles in het werk stellen om er zich van te vergewissen of de donor zich bij leven niet schriftelijk, of bij zijn naastbestaanden, tegen orgaanprelevatie heeft verzet.

VOORTPLANTING
Artikel 17

De arts zal de patiënt, en op diens verzoek, alle nuttige informatie over voortplanting en anticonceptie verstrekken.
Artikel 18
Conform de ethiek mag een arts, op grond van zijn eigen overtuiging, weigeren in het voortplantingsproces in te grijpen of tot een zwangerschapsonderbreking of abortus over te gaan door de betrokkenen aan te raden het advies van collegae in te winnen.

EXPERIMENTEN MET MENSEN
Artikel 19
Medische vooruitgang stoelt op research die experimenten met mensen vereist.
Artikel 20
Voor elk experiment met mensen moet het protocol voorafgaandelijk voor advies en raad aan een van de vorser onafhankelijke ethische commissie worden overgelegd.
Artikel 21
De proefpersoon wordt om zijn vrije en bewuste toestemming verzocht nadat hem volledige informatie werd verstrekt over de bedoelingen, methodes, verwachte resultaten, potentiële risico's en ongemakken van het experiment en hij ervan werd verwittigd dat medewerking eraan kan worden geweigerd of op elk gegeven ogenblik kan worden stopgezet.
Artikel 22
Medische zorgverlening en biomedische research mogen slechts worden gecombineerd voor zover deze biomedische research voor de zieke van potentieel diagnostisch of therapeutisch nut is.

FOLTERPRAKTIJKEN EN MENSONTERENDE BEHANDELINGEN
Artikel 23
De arts zal zich onder geen enkel beding, ook niet in geval van civiele of gewapende conflicten, lenen tot folteringen of op enige manier betrokken zijn bij andere wrede en mensonterende praktijken, ongeacht de aangevoerde argumenten (fouten, beschuldigingen, geloofsovertuiging).
Artikel 24
De arts mag zijn kennen en kunnen nooit aanwenden ter vergemakkelijking van folterpraktijken of andere wrede en mensonterende behandelingen om welke redenen ook.

ARTS EN MAATSCHAPPIJ
Artikel 25
Bij zijn humanitaire taak, heeft de arts zowel in tijd van vrede als van oorlog, recht op de wettelijke bescherming van zijn professionele onafhankelijkheid.
Artikel 26
De arts heeft tot taak persoonlijk of via de beroepsorganisaties de aandacht te vestigen op lacunes in het vlak van de kwaliteit van de zorgverlening en de professionele onafhankelijkheid van de practici.
Artikel 27
Artsen worden geacht hun medewerking te verlenen aan het uitwerken en realiseren van collectieve maatregelen ter verbetering van preventie, diagnostiek en therapeutiek en meer in het bijzonder medische bijstand te verlenen bij hulporganisaties o.a. in geval van rampen.
Artikel 28
Artsen moeten in de mate van hun kennen en kunnen, door research en een continue bijscholing, meewerken aan de voortdurende verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening om zodoende de patiënt conform de wetenschappelijke verworvenheden te kunnen behandelen.

COLLEGIALITEIT

Artikel 29

Regels van collegialiteit worden in het belang van de patiënten opgesteld met de bedoeling hen voor deloyale concurrentie onder geneesheren te behoeden. Het is de artsen wel toegestaan melding te maken van door hun gelijken erkende professionele kwaliteiten.

Artikel 30

De arts geroepen om zorgen te verstrekken aan een patiënt in behandeling bij een andere collega, zal zich in het belang van de zieke en behoudens diens verzet, met die collega in betrekking proberen te stellen.

Artikel 31

De arts getuigt niet van oncollegiaal gedrag wanneer hij de bevoegde beroepscolleges in kennis stelt van inbreuken op de regels van de medische ethiek en van professionele nalatigheid of onkunde bij collegae.

PUBLICEREN VAN ONTDEKKINGEN

Artikel 32

Ontdekkingen of conclusies van wetenschappelijk onderzoek inzake diagnostiek of therapeutiek moeten door de arts in de eerste plaats in vakbladen worden gepubliceerd. Hij moet zijn bevindingen en overwegingen op geëigende wijze aan de beoordeling van zijn collegae onderwerpen alvorens zich tot het grote publiek te wenden.

Artikel 33

Het publicitair uitbuiten van een medisch succes ten voordele van een persoon, een groep of een school is strijdig met de medische ethiek.

CONTINUITEIT VAN DE ZORGVERLENING

Artikel 34

Het is de plicht van de arts om, ongeacht zijn specialisme, dringende hulp te verlenen aan een zieke die in onmiddellijk gevaar verkeert tenzij hij er zich van heeft vergewist dat de nodige verzorging door andere daartoe bevoegde artsen kan worden verstrekt.

Artikel 35

De arts die de behandeling van een patiënt aanvaardt, moet, desgevallend met de hulp van assistenten, plaatsvervangers of associés met dezelfde bevoegdheid en kwalificatie, de continuïteit van de verzorging waarborgen.

VRIJE ARTSENKEUZE

Artikel 36

De vrije artsenkeuze door de patiënt is een grondbeginsel van de arts-patiënt relatie.
Elke arts moet deze vrije artsenkeuze eerbiedigen en doen eerbiedigen.
De arts mag zorgverlening weigeren behalve wanneer de patiënt in gevaar verkeert.

ARTSENSTAKING

Artikel 37

De arts die deelneemt aan een collectieve zorgenstaking wordt niet ontheven van zijn ethische verplichtingen ten overstaan van patiënten die dringende hulp behoeven of in behandeling zijn.

HONORARIA

Artikel 38

De geneesheer moet gematigd en bescheiden zijn bij het vaststellen van zijn ereloon.
Binnen deze perken zal de arts bij ontstentenis van een contract of een individuele of collectieve

overeenkomst, bij het opstellen van zijn honorarium rekening houden met de belangrijkheid van zijn tussenkomst, de bijzondere omstandigheden, zijn bevoegdheid en de economische situatie van de patiënt.

Bron: http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/europese-handleiding-voor-medische-ethiek

Bijlage 6: Artseneed van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren van België (versie juli 2011)

Nu ik toetreed tot de medische professie, beloof ik dat ik mij naar mijn beste vermogen voor een kwaliteitsvolle geneeskunde ten dienste van de medemens en de samenleving zal inzetten.
Ik zal het beroep van arts plichtsbewust en nauwgezet uitoefenen.
Ik zal boven alles voor mijn patiënten zorgen, hun gezondheid bevorderen en hun lijden verlichten.
Ik zal mijn patiënten correct informeren.
Ik zal geheimhouden wat ik krachtens mijn beroep van mijn patiënten weet, ook na hun dood.
Ik zal de professoren en allen die mij gevormd hebben, blijvend waarderen voor wat ze mij hebben bijgebracht.
Ik zal mij blijven bijscholen, de grenzen van mijn mogelijkheden niet overschrijden en waar mogelijk bijdragen tot de vooruitgang van de geneeskundige kennis.
Ik zal verantwoordelijk omgaan met de middelen die de maatschappij ter beschikking stelt en ijveren voor een gezondheidszorg die toegankelijk is voor iedereen.
Ik zal mij collegiaal gedragen en respectvol met medewerkers omgaan.
Ik zal ervoor waken dat mijn houding tegenover patiënten niet beïnvloed wordt door levensbeschouwing, politieke overtuiging, sociale stand, ras, etnie, nationaliteit, taal, gender, seksuele voorkeur, leeftijd, ziekte of handicap.
Ik zal het leven en de menselijke waardigheid eerbiedigen.
Zelfs onder druk, zal ik mijn medische kennis niet aanwenden voor praktijken die indruisen tegen de menselijkheid.
Dit verklaar ik plechtig, uit vrije wil en op mijn woord van eer.

Bron: http://www.ordomedic.be/nl/orde/artseneed/

Bijlage 7: interview studentenartsen

Personengegevens
1. Man/vrouw
2. Leeftijd
3. Aantal jaar afgestudeerd als arts + aantal jaar werkzaam in een studentenpraktijk
4. Medische activiteit buiten de studentenpraktijk

Kenmerken/organisatie van de studentenpraktijk
1. Aantal artsen werkzaam (vast aangenomen/ haio's)
2. Consultatie op afspraak of vrije raadpleging (uren)
3. Openingsuren
4. Aantal patiëntencontacten per week (gemiddeld academiejaar – dal perioden)voor de hele studentenpraktijk
5. Studenten van welke universiteiten/hoge scholen
6. Betalingswijze (cash/bank contact/ derde betalersregeling/ forfaitair)
7. Wachtsysteem binnen de praktijk en in een officiële wachtkring
8. Mogelijkheid om GMD te nemen in praktijk, wordt dit veel gedaan en door wie

(buitenlanders/Belgen?)
9. Opdracht als studentenarts: curatief – preventief?

Casussen:
Interview. Casus voorstellen tijdens interview zelf en zeer open vraag stellen: wat nu?
Volledig vrij laten ventileren en gedachtestroom laten komen.
Indien zeer beperkt antwoord kan het wat verder gekaderd worden. Evt bepaalde elementen expliciet bevragen indien niet aangehaald tijdens vrije ventilatie.

Vrouw van 21 jaar komt op consultatie voor een soa-screening naar aanleiding van een nieuwe relatie. Haar mannelijke partner liet zich al testen bij zijn eigen huisarts en na een bloedonderzoek stelde die hem helemaal gerust: "sowieso geen soa's aanwezig"
-> er werd geen urine onderzoek uitgevoerd dus een mogelijke chlamydia infectie kan niet gediagnosticeerd zijn
Wat denk je van het beleid en de voorlichting: op medisch-wetenschappelijk vlak? Als collega van die andere huisarts?
Wat denk je van de andere huisarts?
Hoe ga je hiermee om? Hoe communiceer je dit met je patiënt en hoe laat je de boodschap van noodzaak nieuwe test partner overbrengen? Neem je zelf contact op met andere huisarts? Laat je de boodschap doorgeven via de patiënt?
Hoe bewaar je de collegialiteit en hoe zorg je dat de arts-patiënt relatie van hen niet schaadt?

Patiënt van 23 jaar komt voor een vaccinatie voor hepatitis A in kader van een reis. Ze gaat op reis naar Zuid-Afrika in april, waar ze zeer avontuurlijk zal rondreizen en ook even de grens met Zimbabwe over gaat. Ze ging al langs bij haar eigen huisarts die haar uitleg gaf over muggenpreventie en haar voorschriftjes meegaf voor Nivaquine, welke ze wekelijks zou moeten innemen.
U kijkt nog even op de website van het tropisch instituut en ziet daar dat het noorden van Zuid-Afrika in malariagebied zone C ligt. Voor profylaxe is er keuze tussen Malarone, Lariam en Doxycycline.
-> Geen plaats voor Nivaquine als malariaprofylaxe in zone C!
Wat denk je van het beleid en de voorlichting: op medisch-wetenschappelijk vlak? Als collega van die andere huisarts?
Wat denk je van de andere huisarts?
Hoe ga je hiermee om/wat zeg je/ wat doe je? Hoe communiceer je dit met je patiënt? Pas je zelf het beleid aan of verwijs je terug naar de andere huisarts?
Hoe bewaar je de collegialiteit en hoe zorg je dat de arts-patiënt relatie van hen niet schaadt?

Een patiënte van 19 jaar komt voor een verlengvoorschrift voor Yasminelle. Ze neemt deze pil omwille van contraceptieve wens. Ze heeft hiervoor nooit een andere pil genomen. De eigen huisarts startte deze op omdat deze pil zeer lage dosis bevat van een meer natuurlijk hormoon.
-> Pillen met drosperinon zijn niet eerste keuze pillen en de prijs is heel hoog.
Neemt u zelf initiatief om dit ter spraken te brengen en hoe doet u dit?
Hoe gaat u om met de opmerking van patiënte dat haar arts speciaal voor deze pil gekozen heeft omdat deze veel minder hormonale nevenwerkingen heeft en heel goed verdragen wordt.

Communicatie: tussen GMD-houdende arts en studentenarts, in situaties waar belangrijke informatie vereist is voor de behandeling (resultaten van vorige onderzoeken,…) of conflictsituaties (patiënt die iets van jou verlangt waar jij niet mee akkoord bent, maar de GMD-houdende arts wel/ opmerken van medische onjuistheden/…)

1) Hoe vaak communiceer je met andere huisartsen over specifieke patiënten?
2) Hoe verloopt die communicatie praktisch gezien?
3) Hoe verloopt die communicatie inhoudelijk?
4) Hoe verloopt die communicatie 'emotioneel' of 'psychosociaal' of 'collegiaal'?
5) Op welke manier communiceer je dit met je gedeelde patiënt?
6) Welke problemen ervaarde u zelf al? Hoe werden ze opgelost? Hoe zou het ideaal moeten verlopen volgens u?
7) Hoe verzorg je zelf de continuïteit van zorg van een gedeelde patiënt? Events belangrijk voor de medische voorgeschiedenis melden aan vaste huisarts?
8) Schrijf je soms een verwijsbrief naar de vaste huisarts?
9) Waar leg je de verantwoordelijkheid voor het verzamelen van de medische informatie? De arts waarbij het GMD afgesloten is? Jijzelf, die info door moet geven aan de GMD houdende arts? De patiënt zelf? Ervaar je dat de studenten communicatie tussen de artsen verwachten?
10) Hoe vind je zelf dat dit soort communicatie zou moeten verlopen? Vast patroon zoals verwijsbrieven van en naar specialisten? Electronisch? In papieren versie enkel met toestemming van patiënte?
11) Mis je als studentenarts belangrijke informatie over patiënten voor behandeling? Hoe vraag je die op of behandel je volledig vanuit jezelf?

Collegialiteit
1) Wat versta je zelf onder collegialiteit?
2) Maak je hier een onderscheid tussen artsen binnen je eigen groepspraktijk, een netwerk waarbinnen je werkt of artsen waarmee je niet samenwerkt?
3) Wat denk je en wat doe je meestal wanneer je stuit op onenigheid met een andere huisarts? Informeren/ veroordelen/ eigen behandelingsvoorstel doorduwen/ compromis zoeken/ patiënt laten beslissen/…?
4) Hoe wordt je graag zelf benaderd door andere artsen wanneer zij het niet eens zijn met jouw werkmethode? Onderscheid groepspraktijk/netwerk/niet samenwerkende artsen?
5) Collegialiteit staat onder verschillende hoofdstukken van de code van geneeskundige plichtenleer. Speelt dit mee in je manier van werken?
6) Wat doe je als je vindt dat een andere arts de collegialiteit schaadt? Zou je zelf naar de orde stappen? Wat denk je van artsen die dit doen?
7) Vind je het belangrijk dat de orde hier een oogje in het zeil houdt? Moeten problemen gesanctioneerd worden?
8) Welke problemen ervaarde je zelf al op dit vlak? Voorbeelden… Hoe loste je dit op?

Bijlage 8: Interview vaste huisartsen

Personengegevens
1. Man/vrouw
2. Leeftijd
3. Aantal jaar afgestudeerd als arts + aantal jaar werkzaam als huisarts
4. Medische activiteit buiten huisartsenpraktijk

Kenmerken/organisatie van de praktijk
1. Aantal artsen werkzaam (geassocieerd/ haio's)
2. Consultatie op afspraak of vrije raadpleging (uren)
3. Aantal patiëntencontacten per week
4. Leeftijdsgrafiek patiënten

6. Betalingswijze (cash/bank contact/ derde betalersregeling/ forfaitair)
7. Wachtsysteem binnen de praktijk en in een officiele wachtkring
8. Verdwijnen studenten tijdens hun studententijd uit het patiëntenbestand of blijven ze toch bij jou op consultatie komen?

Casussen:
Ik ga u nu 3 casussen voorleggen die regelmatig voorkomen in de studentenpraktijk. Daarbij heeft de vaste huisarts een bepaald beleid ingesteld dat gewijzigd werd door de studentenarts.
Hierbij wil ik zeker niet veroordelend overkomen en niet beweren dat u dit beleid – niet correct volgens de richtlijnen – zou instellen. Maar u willen vragen om zich in de plaats te stellen van de behandelende arts en na te denken over wat u denkt over communicatie en collegialiteit met de studentenarts (in beide richtingen).

1. Uw 22- jarige patiënt komt opnieuw omwille van een soa – screening bij u op consultatie. Een tijdje geleden deed u om die reden al een bloedonderzoek en stelde hem gerust dat hij zowiezo geen soa's heeft. Zijn nieuwe partner is echter bij een studentenarts langs geweest, die haar vertelde dat een soa-screening maar volledig is als er een urine-onderzoek bij is met het testen van chlamydia. De studentenarts raadde aan om aan haar mannelijke partner te vragen of alle testen gebeurd waren en indien nodig toch terug te gaan naar de huisarts voor vervolledigen van de screening.

Wat denkt u? Wat zegt u tegen de patiënt?
Vindt u deze aanpak goed? Hoe heeft u het liefst dat zulke fouten rechtgezet worden? Contact rechtstreeks door de studentenarts of via de patiënt zoals hier beschreven?
Vindt u dat uw arts-patiëntrelatie en vertrouwen in het gedrang wordt gebracht? Hoe kan dit voorkomen worden?
Wat vertel je de patiënt over de werkwijze van de studentenarts?

2. Een patiënte van 23 jaar kwam bij u op consultatie omwille van een avontuurlijke rondreis in Zuid-Afrika en Zimbabwe. U gaf haar medisch reisadvies met ondermeer uitleg over muggenpreventie. Voor malariaprofylaxe gaf u een voorschrift mee voor Nivaquine, welke ze wekelijks moet innemen. Vermits zij nog niet gevaccineerd werd voor hepatitis A gaf u haar ook daarvoor een voorschrift mee. Jullie spraken af dat zij dit laat zetten door de studentenarts.
U wordt nu opgebeld door de studentenarts om te melden dat hij na het raadplegen van de website van het tropisch instituut de malariaprofylaxe heeft gewijzigd naar Malarone.

Wat denkt u? Hoe reageert u aan telefoon?
Wat denkt u van de studentenarts? Vindt u het nodig dat hiervoor contact wordt opgenomen en welke manier verkiest u? Moment (als patiënt nog bij studentenarts zit en dus mee kan luisteren wat uw reactie is, dat u er akkoord mee bent// na de consultatie, dat het nieuwe beleid al uitgelegd en ingesteld werd)
Wat is belangrijk als u hiervoor gecontacteerd wordt: medisch-wetenschappelijke onderbouwing, toon - intonatie, manier van aanspreken door andere arts?
Hoe collegiaal vindt u dit? Is uw arts – patiëntrelatie in het gedrang gebracht?

3. 3 jaar geleden startte u omwille van contraceptieve wens Yasminelle op bij een patiënte van 17 jaar. U koos voor deze pil omdat ze een zeer lage dosis bevat van een meer natuurlijk hormoon. Nu komt de patiënte terug bij u op consultatie voor een nieuw voorschrift. Vorig jaar ging ze langs bij de studentenarts die haar uitlegde dat Yasminelle een dure pil is en dat er goedkopere pillen op de markt zijn die even goed werken. Daarom neemt zij nu al een jaar Nora 30 en is hier tevreden over.

Wat denkt u? Wat zegt u tegen de patiënte?
Hoe gaat u in op deze switch? (aanvaarding, eigen argumentatie verdedigen, opnieuw switch)
Welke argumenten vindt u aanvaardbaar voor een studentenarts om het pilbeleid te veranderen (tolerantie, veiligheid, betrouwbaarheid, comfort, prijs)?
Hoe denkt u dat een studentenarts zo'n switch aanbrengt? Op welke manier lijkt het voor u het beste om uw arts- patiëntenrelatie niet te schaden?
Wat denkt u betreffende de collegialiteit?

Communicatie: tussen GMD-houdende arts en studentenarts, in situaties waar belangrijke informatie vereist is voor de behandeling (resultaten van vorige onderzoeken,…) of conflictsituaties (patiënt die iets van jou verlangt waar jij niet mee akkoord bent, maar de GMD-houdende arts wel/ opmerken van medische onjuistheden/…)

1) Hoe vaak communiceer je met andere huisartsen over specifieke patiënten? Met studentenartsen?
2) Hoe verloopt die communicatie praktisch gezien?
3) Hoe verloopt die communicatie inhoudelijk?
4) Hoe verloopt die communicatie 'emotioneel' of 'psychosociaal' of 'collegiaal'?
5) Op welke manier communiceer je dit met je gedeelde patiënt?
6) Welke problemen ervaarde u zelf al? Hoe werden ze opgelost? Hoe zou het ideaal moeten verlopen volgens u?
7) Hoe verzorg je zelf de continuïteit van zorg van een gedeelde patiënt?
8) Schrijf je soms een verwijsbrief naar een studentenarts? Verwacht je een schriftelijke/mondelinge communicatie met studentenarts
9) Waar leg je de verantwoordelijkheid voor het verzamelen van de medische informatie? De arts waarbij het GMD afgesloten is? De studentenarts die info door moet geven aan de GMD houdende arts? De patiënt zelf? Ervaar je dat de studenten communicatie tussen de artsen verwachten?
10) Hoe vind je zelf dat dit soort communicatie zou moeten verlopen? Vast patroon zoals verwijsbrieven van en naar specialisten? Electronisch? In papieren versie enkel met toestemming van patiënte?
11) Mis je als arts belangrijke informatie over patiënten voor behandeling tijdens en na studententijd? Hoe vraag je die op?
12) Moet een studentenarts uit eigen initiatief alles/belangrijke informatie doorgeven? Vraag je liever zelf iets op als je uitkomt op ingesteld beleid/onderzoeken/…?

Collegialiteit
1) Wat versta je zelf onder collegialiteit?
2) Maak je hier een onderscheid tussen artsen binnen je eigen groepspraktijk, een netwerk waarbinnen je werkt of artsen waarmee je niet samenwerkt?
3) Wat denk je en wat doe je meestal wanneer je stuit op onenigheid met een andere huisarts? Informeren/ veroordelen/ eigen behandelingsvoorstel doorduwen/ compromis zoeken/ patiënt laten beslissen/…?
4) Hoe word je graag zelf benaderd door andere artsen wanneer zij het niet eens zijn met jouw werkmethode? Onderscheid groepspraktijk/netwerk/niet samenwerkende artsen?
5) Collegialiteit staat onder verschillende hoofdstukken van de code van geneeskundige plichtenleer. Speelt dit mee in je manier van werken?
6) Wat doe je als je vindt dat een andere arts de collegialiteit schaadt? Zou je zelf naar de orde stappen? Wat denk je van artsen die dit doen?
7) Vind je het belangrijk dat de orde hier een oogje in het zeil houdt? Moeten problemen

gesanctioneerd worden?
8) Welke problemen ervaarde je zelf al op dit vlak? Voorbeelden… Hoe loste je dit op?

Bijlage 9: Boomdiagram eerste presentatie resultaten studentenartsen

3. Omgaan met concrete probleemsituaties
    3.1. Gerichtheid op het biomedische karakter van de casus
        3.1.1.Gedachtengoed over onjuist medisch beleid en onvoldoende kennis
            3.1.1.1. Onderzoeken
            3.1.1.2. Behandelingen
            3.1.1.3. Kennis
                3.1.1.3.1. Richtlijnen
        3.1.2.Communicatie over biomedisch karakter
            3.1.2.1. Exploreren
                3.1.2.1.1. Onderzoeken
                3.1.2.1.2. Medicatie
                3.1.2.1.3. Klachten en risicofactoren
            3.1.2.2. Informeren (+ foute informatie weerleggen)
                3.1.2.2.1. Thema's
                    3.1.2.2.1.1. Pathologie
                    3.1.2.2.1.2. Diagnostiek
                    3.1.2.2.1.3. Medicatie
                    3.1.2.2.1.4. Wetenschappelijke basis
                3.1.2.2.2. Techniek
                    3.1.2.2.2.1. Verbaal
                    3.1.2.2.2.2. Gebruik van hulpmiddelen die getoond of afgedrukt worden
        3.1.3.Bepalen beleid
    3.2. Gerichtheid op de patiënt
        3.2.1.Gedachtengoed
            3.2.1.1. Patiënt als informatiebron/communicator/boodschapper tussen artsen
            3.2.1.2. Bezorgdheden
            3.2.1.3. Verwachting
        3.2.2.Communicatie
            3.2.2.1. ICE (ideas, concerns en expectations) patiënt bevragen
            3.2.2.2. Informeren
            3.2.2.3. Patiënt motiveren
        3.2.3.Beleid bepalen
            3.2.3.1. Samen met patiënt
            3.2.3.2. Samen met huisarts
    3.3. Gerichtheid op de vaste huisarts
        3.3.1.Gedachtengoed
            3.3.1.1. Over kennis en medisch handelen
                3.3.1.1.1. Beoordelend
                3.3.1.1.2. Verdedigend
                3.3.1.1.3. Neutraal – geen oordeel te vellen
            3.3.1.2. Over overleg met vaste huisarts
                3.3.1.2.1. Positief
                3.3.1.2.2. Negatief
            3.3.1.3. Bezorgdheid
                3.3.1.3.1. Arts-patiënt relatie

3.3.1.3.2. Collegiaal zijn
3.3.2.Communicatie
3.3.3.Handelen
3.3.3.1. Contact opnemen met vaste huisarts
3.3.3.2. Patiënt terug naar vaste huisarts verwijzen
3.3.3.3. Zelf beleid bepalen, zonder vaste huisarts te betrekken
3.4. Gerichtheid op de studentenarts: zelfreflectie
3.4.1.Commentaar geven
3.4.2.Commentaar krijgen
3.4.3.Eigen kennis
3.4.4.Positie als studentenarts
4. Contact vaste huisarts
4.1. Contact opnemen
4.1.1.Van studentenarts naar vaste huisarts
4.1.1.1. Informatie opvragen
4.1.1.2. Informatie doorgeven
4.1.1.3. Overleggen
4.1.2.Van de vaste huisarts naar studentenarts
4.2. Geen contact opnemen
4.2.1.Praktische redenen
4.2.1.1. Tijd
4.2.1.2. Financieel
4.2.1.3. Organisatorisch
4.2.1.4. Beschikbaarheid van de vaste huisarts
4.2.1.5. Alternatieve communicatie
4.2.2.Patiënt gerelateerde redenen
4.2.2.1. Verwachting van patiënt over communicatie
4.2.2.2. Verwachting studentenarts naar patiënt toe
4.2.3.Pathologie gerelateerde redenen
4.2.4.Persoonlijke redenen van de studentenarts
4.2.4.1. Commentaar geven
4.2.4.2. Nut van communicatie
4.3. Ervaringen
4.4. Adviezen om contacten en verloop te verbeteren

Bijlage 10: Boomdiagram tweede presentatie resultaten studentenartsen

1) Werkkader van een studentenarts

1. Informatie verzamelen
2. Informatie verstrekken
3. Patiënt opdracht geven
4. Beleid
   4.1. In handen nemen
   4.2. Terug verwijzen naar de vaste huisarts
   4.3. Samen met de vaste huisarts beleid bepalen
   4.4. Uitstel beleidsbeslissing

2) Boomdiagram communicatie

1. Met de patiënt

1.1. Welk doel streef ik na
1.1.1. Behandeling patiënt
1.1.2. Arts-patiënt relatie niet schaden
1.1.3. Communicatie met de vaste huisarts
1.2. Wat is de inhoud van de communicatie
1.2.1. Biomedische informatie
1.2.2. Ideeën, bezorgdheden en verwachtingen en kennis van de student
1.2.3. Uitspraken over de vaste huisarts
1.2.3.1. Beschermende
1.2.3.2. Beoordelende
1.3. Welke methoden ik hanteer
1.3.1. Uitleg geven
1.3.2. Informatie verzamelen
1.3.3. Hanteren beroepsgeheim
1.4. Hoe breng ik het aan
1.5. Redenen om in te gaan op een onderwerp

2. Met de vaste huisarts
2.1. Communicatie op zich
2.1.1. Wat is de inhoud van de communicatie
2.1.1.1. Patiëntengegevens
2.1.1.2. Wetenschappelijke informatie en bronnen
2.1.1.3. Proces van beleidsvorming
2.1.1.4. Studentgerelateerde informatie
2.1.2. Welke methoden ik hanteer
2.1.3. Hoe verloopt deze communicatie
2.1.4. In welke situaties wordt er contact opgenomen
2.1.4.1. Gebrek aan gegevens
2.1.4.2. Belangrijk voor vaste huisarts
2.2. Beslissingsproces tot contact nemen
2.2.1. Motivator – stimulans
2.2.1.1. Nagestreefd doel
2.2.1.2. Actieve vraag van patiënt
2.2.1.3. Contact met vaste huisarts
2.2.1.4. Verantwoordelijkheid van de arts
2.2.2. Beperker – drempels
2.2.2.1. Praktische redenen
2.2.2.1.1. Tijd
2.2.2.1.2. Organisatie om contact op te nemen
2.2.2.1.3. Draagvlak voor communicatie is afwezig
2.2.2.2. Patiënt gerelateerde redenen
2.2.2.2.1. Patiënt als boodschapper of informatiebron
2.2.2.2.2. Verzoek van de patiënt
2.2.2.3. Pathologie gerelateerde redenen
2.2.2.4. Vaste huisarts gerelateerde redenen
2.2.2.5. Persoonlijke redenen

3) Gedachtengoed van de studentenarts

1. Over de patiënt

1.1. Positieve gedachten
1.2. Negatieve gedachten
1.2.1. Betrouwbaarheid als informatiebron
1.2.2. Begrip van situatie
2. Over de vaste huisarts
2.1. Beschermende gedachten
2.2. Beoordelende gedachten
2.3. Neutrale gedachten
3. Over mezelf
3.1. Positieve gedachten
3.2. Negatieve gedachten
4. Over de situatie: interactie student – vaste huisarts – studentenarts
4.1. Bezorgdheden - bemerkingen
4.2. Idee om het te verbeteren