De professionele grenzen bewaken als huisarts in de huisartspraktijk: een kwalitatief onderzoek

Verbeke Axelle, KU Leuven

Promotor: Schoenmakers Birgitte, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

INHOUDSOPGAVE

1. ABSTRACT 5

2. INLEIDING 6

2.1 Het belang van professionele grensbewaking 6

2.2 Opzet van de studie en onderzoeksvraag 6

3. MATERIAAL EN METHOUDEN 7

3.1 Onderzoeksmethode 7

3.2 Ethische implicaties 7

3.3 Selectie van de deelnemers 7

3.3.1 Inclusie en exclusie criteria 7

3.3.2 Sample size en populatie 7

3.3.3 Recrutering 7

3.3.4 Verwachte duur 8

3.4 Analyse 8

3.4.1 Descriptieve of beschrijvende statistiek 8

3.4.2 Bias 8

3.5 Data opslag en verwerking 8

4. RESULTATEN 9

4.1 De huisarts 9

4.1.1 Fysieke grenzen 9

4.1.2 Psychische grenzen 9

4.1.3 Interrelationele grenzen 9

4.1.4 Morele grenzen 9

4.2 De HAIO 10

4.2.1 Fysieke grenzen 10

4.2.2 Psyschische grenzen 10

4.2.3 Interrelationele grenzen 10

4.2.4 Morele grenzen 11

4.3 Contextueel grensoverschrijdend gedrag 11

4.4 Omgaan met grensoverschrijdend gedrag 17

5. DISCUSSIE 18

5.1 Verschillende vormen van grensoverschrijdend gedrag 18

5.1.1 Psychisch geweld tegen de huisarts 19

5.1.2 Werk-privé balans van de HAIO 19
5.1.3 Iedereen eigen grenzen 19
5.2 Contextueel grensoverschrijdend gedrag 19
5.3 Omgaan met grensoverschrijdend gedrag 20
5.4 Studiebeperkingen en bias 21
6. CONCLUSIE 21
7. DANKWOORD 22
8. REFERENTIES 22
9. BIJLAGEN 25
9.1 Goedkeuring Ethisch Comité 25
9.2 Vragenlijst professioneel grensoverschrijdend gedrag 27

1. ABSTRACT

INLEIDING: Uit voorgaand onderzoek blijkt dat artsen niet alleen blootgesteld worden aan verbaal, fysiek en seksueel ongewenst gedrag, maar ook aan een hoge drukuitoefening van patiënten en morele stress. Verschillende studies tonen reeds het belang aan van professionele grensbewaking en brengen de kwetsbaarheid van beginnende artsen en HAIO's aan het licht. Er is echter verder onderzoek nodig over de betekenis en impact van professioneel grensoverschrijdend gedrag.

METHODEN: In dit prospectief kwalitatief onderzoek wordt met behulp van Qualtrics KULeuven een anonieme vragenlijst uitgestuurd naar de Vlaamse, Nederlandstalige huisarts en HAIO. Aan de hand van beschrijvende analyses worden de resultaten verkend.

RESULTATEN: Aan dit onderzoek nemen 54 HAIO's en 96 huisartsen deel. Het merendeel van de huisartsen (69%) en HAIO's (48%) snijdt respectievelijk 'psychische grenzen' en 'interrelationele grenzen' aan in de omschrijving van professioneel grensoverschrijdend gedrag. Een grote groep HAIO's (45%) noteert een holistische benadering van het begrip waarbij de grenzen voor elke huisarts anders zijn en bijgevolg op een verschillende manier kunnen overschreden worden. De meeste artsen duiden één of meerdere casussen aan als professioneel grensoverschrijdend gedrag in de context 'spreekkamer', 'telefoon' en 'collega-huisartsen'. De impact van dit gedrag op het mentaal welzijn van de participanten vertaalt zich in zowel rationele (probleemoplossend denken) als emotionele (frustraties en een verminderde stemming) reacties.

DISCUSSIE: Er heerst een grotere respons rate bij de HAIO's dan bij de huisartsen in dit onderzoek. Huisartsen die al jaren in het werkveld staan, geven alsmaar meer signalen dat hun mentaal welbevinden onder druk staat. De meeste meldingen van agressie tegen huisartsen rapporteren verbaal en psychisch geweld. Voor de HAIO staat de werk-privé balans op de voorgrond. Wanneer in de arts-patiënt relatie het respect daarvoor afwezig is, geven HAIO's aan dat de eigen grenzen van respect worden overschreden. De holistische omschrijving van HAIO's sluit aan bij de universitaire interpretatie van grensoverschrijdend gedrag. Zo ondersteuning gewenst is, kunnen studenten aankloppen bij een vertrouwenscentrum. Niet alleen studenten, maar elke huisarts(-in-opleiding) dient de handvaten te worden aangereikt om de professionele integriteit en kwalitatieve zorg van het huisartsenberoep in de toekomst te waarborgen.

CONCLUSIE: Deze studie brengt specifieke casussen naar voren waarbij een groot aantal artsen professioneel grensoverschrijdend gedrag detecteert en bijkomstig zijn of haar opgeroepen emoties deelt. Niet alleen de casussen kunnen gebruikt worden in intervisiegroepen, e-learnings en workshops, maar ook de aangewende tips in het probleemoplossend denken.

2. INLEIDING

2.1 Het belang van professionele grensbewaking

Uit een grote enquête naar de werkomstandigheden onder artsen in 2017 bleek dat van de ondervraagde artsen de voorbije tien jaar 86,3% verbaal geweld, 27,6% fysiek geweld en 38,2% seksueel ongewenst gedrag ondervonden. (1) Een recente studie gecoördineerd door het Vlaams Geneeskundig StudentenOverleg (VGSO) onderzocht het potentiële slachtoffer percentage van seksueel geweld bij geneeskunde studenten aan de vijf universiteiten (bachelor, master, arts-specialist-in-opleiding, huisarts-in-opleiding). Binnen de totale onderzoekspopulatie gaf 38,73% aan slachtoffer te zijn geweest van ten minste één vorm van seksueel geweld. Dit percentage was het hoogst bij huisartsen-in-opleiding (HAIO's) (53%). Bij de meeste vormen van seksueel geweld reageerde niemand op dit gedrag. (2) Deze cijfers doen verschillende vragen rijzen. Hoe gaat het verder? Zijn er nog andere vormen van professioneel grensoverschrijdend gedrag? Wat is de impact en hoe gaan artsen hiermee om? Reeds in de opleiding ondervinden studenten geneeskunde en HAIO's moeilijkheden bij het bewaken van de persoonlijke en professionele grenzen. Er is duidelijk nood aan (h)erkenning en een professionele afhandeling van grensoverschrijdend gedrag.

Masterproeven die kwalitatief onderzoek verrichtten inzake burn-out tonen aan dat artsen het gevoel ervaren van continu onder druk te staan. Enerzijds professionele druk maar anderzijds ook druk vanuit patiënten. (3, 4) De artsen in de leeftijdscategorie 40+ merken een toegenomen mondigheid van de patiënt op, waardoor ze de deze laatste moeilijker in een bepaalde richting kunnen sturen. De ondervraagde huisartsen zagen de oplossing in het voldoende afbakenen van de eigen grenzen en het trainen van de eigen weerbaarheid. Uit het onderzoek blijkt reeds meteen dat het afbakenen van de grenzen naar de patiënt toe geen gemakkelijke opdracht is. Zij concluderen dat binnen de opleiding een belangrijke nadruk op communicatietraining dient gelegd te worden. Verschillende onderzoeken tonen aan dat het oefenen van moeilijke consultaties en grenzen stellen naar de patiënt toe een preventief effect oplevert naar burn-out. (5, 6) Verder ondervinden beginnende artsen het vaakst moeilijkheden in het stellen van de eigen grenzen. De praktijkopleider heeft dan ook de belangrijke taak om zijn HAIO hierin te begeleiden. Het leren om zichzelf soms voorop te plaatsen is een belangrijke stressreductie techniek die elke arts zou moeten kunnen toepassen. (6, 7) Kortom, studies tonen het belang aan van professionele grensbewaking en brengen de kwetsbaarheid van beginnende artsen en HAIO's aan het licht die baat zouden hebben aan verder onderzoek.

Naast dit verbaal en fysiek geweld, seksueel ongewenst gedrag door patiënten en de hoge drukuitoefening van patiënten, worden artsen onderworpen aan andere factoren die hun vermogen om volgens de eigen professionele en ethische waarden te kunnen handelen, belemmeren. (8–14) Wanneer een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg weet wat hij moreel zou moeten doen, maar door interne of externe beperkingen verhinderd wordt dit te doen, kan morele stress optreden. (15–17) Tijdens die ervaring verliest men een deel van de persoonlijke en professionele integriteit, komt de morele verantwoordelijkheid van het beroep in het gedrang en worden ethische beginselen overboord gegooid. (18–21) Artsen worden blootgesteld aan de aantasting van de professionele integriteit en dat komt de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven voor artsen niet ten goede.

2.2 Opzet van de studie en onderzoeksvraag

Het doel van de studie is de betekenis en impact van het topic 'professionele grensbewaking' bij huisartsen in kaart brengen. Zowel identificatie van het professioneel grensoverschrijdend gedrag als de gevolgen ervan, gevoels- en gedragsmatig.

Wat zijn de ervaringen van huisartsen met professioneel grensoverschrijdend gedrag en wat is de impact ervan op hun mentale en fysieke welzijn?

3. MATERIAAL EN METHODEN

3.1 Onderzoeksmethode

Het ontwerp van de studie is een prospectief kwalitatief onderzoek.

De populatie van dit onderzoek zijn huisartsen en huisartsen-in-opleiding.

De enquête voor dit onderzoek wordt opgesteld op Qualtrics KU Leuven en kan anoniem worden ingevuld door de deelnemers. (22) Zowel open vragen als meerkeuzevragen worden gebruikt, inclusief een combinatie van beide. De vragenlijst (zie bijlage 9.2: Vragenlijst professioneel grensoverschrijdend gedrag) bestaat uit twaalf hoofdvragen en is gebaseerd op literatuur en expertise van de promotor. (23–28) De eerste open vraag is een peiling naar de voorafbestaande kennis van professioneel grensoverschrijdend gedrag. De daaropvolgende meerkeuzevragen zijn ingedeeld volgens het type beroepscontact; de patiënt, collegae, paramedici, familieleden en vrienden. Er wordt telkens gevraagd aan te duiden wat men als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt. Daarna volgt een duidingsvraag met als doel te achterhalen hoe huisartsen en HAIO's met dergelijke situaties omgaan in de praktijk, zowel gevoels- als gedragsmatig.

3.2 Ethische implicaties

Het onderzoek is vrijblijvend en verzekert de anonimiteit van de deelnemers. Vooraf wordt een informatiebrief ter beschikking van de deelnemer gesteld. De verkregen data kunnen niet teruggebracht worden tot een bepaalde deelnemer.

3.3 Selectie van de deelnemers

3.3.1 Inclusie en exclusie criteria

De deelnemers die in aanmerking komen voor dit onderzoek zijn Vlaamse (West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Vlaams-Brabant, Antwerpen, Limburg) huisartsen en huisartsen-in-opleiding (fase 1, fase 2, fase 3) die Nederlands lezen, begrijpen en schrijven.

3.3.2 Sample size en populatie

Met behulp van een online calculator wordt het minimale aantal deelnemers berekend dat nodig is om aan de gewenste statistische vereisten te voldoen. (29)

De laatste cijfers (2021) tonen aan dat er 6907 actief praktijkvoerende Vlaamse artsen zijn. (30) Dit betekent dat 364 of meer deelnemers nodig zijn om een betrouwbaarheidsniveau van 95% te hebben zodat de werkelijke waarde binnen ±5% van de onderzochte waarde ligt.

3.3.3 Recrutering

De onderzoekers zullen de deelnemers uitnodigen tot deelname aan de studie via de nieuwsbrief van de lokale kringen waarin de hyperlink naar de online enquête beschikbaar is. De contactgegevens van de lokale kringen zijn openbaar beschikbaar. De HAIO's worden bereikt via de nieuwsbrief van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO). Ook de contactgegevens van het ICHO zijn openbaar voorhanden. Bij de start van de vragenlijst zal de deelnemer de informatiebrief te lezen krijgen waarin duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek (zoals de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname). Enkel wanneer de deelnemer de informatiebrief gelezen heeft en instemt met deelname, zal de afname van de vragenlijst van start gaan. In de informatiebrief wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het al dan niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. Op geen enkel moment zullen persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer, e-mailadres, IP-adres...) verzameld worden door de onderzoekers of zullen antwoorden van de vragenlijsten door de onderzoekers gekoppeld kunnen worden aan de identiteit van de deelnemers.

3.3.4 Verwachte duur

Voor de deelnemer duurt het invullen van de vragenlijst tussen de 10 en 15 minuten, afhankelijk van de precisie waarmee een deelnemer de vragen zal beantwoorden. De antwoorden op de vragenlijst worden verzameld in de periode van oktober 2023 tot en met maart 2024.

3.4 Analyse

3.4.1 Descriptieve of beschrijvende statistiek

De resultaten van het onderzoek worden bestudeerd door middel van univariate beschrijvende analyses waarbij zowel de spreiding als de gemiddelde drempelwaarden worden verkend.

3.4.2 Bias

Om *selection bias* tegen te gaan wordt er geen preferentiële selectie van artsen uitgevoerd (bijvoorbeeld het aantal jaar werkzaam als huisarts of de regio). Alle Vlaamse huisartsen en HAIO's worden uitgenodigd via de nieuwsbrief verspreid door de lokale kringen. Daarnaast zal aan de lokale huisartskringen en het ICHO gevraagd worden om herinneringen van het onderzoek te verspreiden, zoals dit gebeurt met andere poll-bevragingen of ander wetenschappelijk onderzoek om zoveel mogelijk deelnemers te bereiken en *non-response bias* te verkleinen.

Om *response bias* tegen te gaan wordt er geen gebruik gemaakt van ja-of-nee vragen maar van meerkeuzevragen en open vragen zodat de deelnemer zijn standpunt kan verduidelijken. De vragen worden neutraal geformuleerd om *extreme response bias* te vermijden en één per één aangeboden om verwarring te voorkomen.

Om *acquiescence bias (confirmation bias)* te vermijden zal na het aanduiden van een meerkeuzevraag (akkoord met de stelling) gevraagd worden om een duidingsvraag in te vullen zodat er zicht is op de impact van het akkoord.

Om *demand characteristic bias* te vermijden kan de vragenlijst online in de eigen comfortabele setting ingevuld worden na het lezen van een introductie die het doel van de studie verduidelijkt.

3.5 Data opslag en verwerking

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van de onderzoeksvraag zal aan de hand van een vragenlijst informatie (de kennis en vaardigheden rond professionele grensbewaking in contacten in de huisartspraktijk) worden verzameld. Enkel relevante informatie wordt verzameld en dit wordt beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. Er zullen geen persoonsgegevens worden verzameld. De informatie die met behulp van de vragenlijst wordt verkregen, zal op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument opgeslagen worden. Na afloop van het project zullen de bestanden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

4. RESULTATEN

Aan dit onderzoek namen 36% HAIO's en 64% huisartsen deel. Elf personen vulden deze vraag niet in. In deze kwalitatieve studie wordt gepeild naar de betekenis van professioneel grensoverschrijdend gedrag in het huisartsenberoep. De mening van de deelgenomen Vlaamse, Nederlandstalige huisartsen is verdeeld. De resultaten op deze open vraag kunnen in vier subcategorieën worden ondergebracht.

4.1 De huisarts

4.1.1 Fysieke grenzen

17 van de 54 antwoorden haalt deze subcategorie aan. Hieronder vermelden de huisartsen: ongepaste aanrakingen, ongevraagd fysiek contact: *'iemand die ongevraagd een knuffel geeft'*, fysieke agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

4.1.2 Psychische grenzen

37 van de 54 antwoorden bevatten deze subcategorie. Dit omvat volgens de antwoorden: uitbuiten (zo veel mogelijk voordeel uit iemand halen ten koste van die persoon), dwingen, dreigen, intimideren, discrimineren, ridiculiseren, racisme, pesten, manipulatie: *'als ik gemanipuleerd word bij een vechtscheiding bijvoorbeeld'* en verbaal agressief gedrag.

4.1.3 Interrelationele grenzen

In de arts-patiënt relatie wordt volgend gedrag als professioneel grensoverschrijdend ervaren (16 van de 54 antwoorden): een patiënt die overdreven familiair omgaat met de arts in kwestie of een patiënt die op ieder willekeurig moment telefonisch of per e-mail contact opneemt. Maar ook het peilen naar het privéleven (gezin, familiale aangelegenheden, financiën) van de arts en daar opmerkingen over maken: *'waarom heeft een vrouw zoals u nog geen kinderen? U moet er snel aan beginnen'* of *'gaat u daar werken om meer geld te verdienen, dokter?'*. Bijkomend verwachten van de arts dat hij of zij in het privéleven ook klaarstaat als huisarts voor de patiënt. Er worden voorbeelden gegeven zoals de huisarts in vakanties en na de werkuren via sociale media, sms, e-mail of aan het persoonlijk adres contacteren. Verder, de huisarts in een winkel aanspreken over al dan niet medische kwesties. Er wordt verwacht dat de huisarts zijn agenda ter beschikking stelt naar de agenda van de patiënt.

Omgekeerd wordt ook beschreven dat een arts professioneel grensoverschrijdend gedrag kan stellen naar de patiënt toe (4 van de 54 antwoorden). Bijvoorbeeld een voorkeursbehandeling leveren aan een bepaalde patiënt(populatie) of andere intenties dan professionele intenties vertonen. Ook geen rekening houden met de wilsverklaring van de patiënt of de patiënt onvoldoende informeren over onderzoeken en behandelingen worden aangehaald.

In een relatie tussen collega's onderling wordt er evenzeer professioneel grensoverschrijdend gedrag beschreven (4 van de 54 antwoorden) met name '*niet collegiaal gedrag'*. Bijvoorbeeld het uitbuiten, dwingen of intimideren van een collega of medewerker. Ook fraude of overtredingen zonder medeweten van andere collega's worden beschreven.

4.1.4 Morele grenzen

Dit omvat arts-patiënt contacten waarin de patiënt de arts belet om integer te werken (20 van de 54 antwoorden). Vooral het vragen of eisen van medicatie, onderzoeken en behandelingen die niet aangewezen zijn en waar de huisarts niet achter staat, berokkenen morele stress. Ook het vragen of eisen van attesten en documenten die niet stroken met de werkelijkheid zorgen voor morele stress. Niet alleen patiënten maar ook andere zorgverstrekkers eisen of dwingen een huisarts bepaalde handelingen te stellen. De patiënt heeft de verwachting zelf te kunnen beslissen wanneer bijvoorbeeld een bloedonderzoek of antibiotica voorschrift nodig is. *'De patiënt verwacht van mij dingen die niet bij mijn eigen waarden en normen passen'* of *'alles wat bij mij wringt en waarvan ik het gevoel heb dat ik het niet wil doen of schrijven'*. Huisartsen voelen zich vaak gedwongen om beslissingen te nemen die niet passen bij hun visie op professionaliteit, integriteit, respect en verantwoordelijkheid en zij bijgevolg niet ethisch verantwoord vinden: *'wanneer ik me gedwongen voel beslissingen te nemen die niet passen bij mijn visie van goede geneeskunde'*.

De artsen beschrijven ook dat wanneer ze niet ingaan op een bepaalde eis van een patiënt, de mogelijkheid bestaat dat deze patiënt fysiek of verbaal agressief wordt en vervolgens dreigt om zich naar een andere huisarts of de dienst spoedgevallen te wenden. Ook negatieve reviews worden op het internet achtergelaten omdat de arts een bepaalde eis of verwachting weigert.

Morele stress door de praktijkvoering (6 van de 54 antwoorden) komt eveneens aan bod. Artsen voelen zich gedwongen om meer uren te werken dan gewenst: *'administratie die de pas neemt op kliniek'* of *'dag en nacht werken en dromen van je patiënten'*. Tijd voor bijscholingen of nieuwe, professionele uitdagingen komt hierdoor in het gedrang.

De meerderheid antwoordt met voorbeelden uit de vier subcategorieën. De minderheid (5 van de 54 antwoorden) haalt deze subcategorieën niet expliciet aan maar geeft een holistische beschrijving van professioneel grensoverschrijdend gedrag. *'Elk gedrag door de een waardoor de ander zich ongemakkelijk voelt'* of *'als de grens persoon-professional niet gerespecteerd wordt'* of *'elk gedrag waarbij je je gekwetst of onveilig voelt'* of *'wanneer iemand buiten het vooropgestelde kader treedt van een professioneel contact, zonder toestemming of wens van de andere deelnemende partij aan dat professioneel contact'*.

5 van de 54 antwoorden uiten moeilijkheid bij het toelichten van professioneel grensoverschrijdend gedrag en 3 van de 54 antwoorden worden blanco gelaten. 42 huisartsen stoppen hier het invullen van de vragenlijst.

4.2 De HAIO

4.2.1 Fysieke grenzen

11 van de 31 antwoorden haalt deze subcategorie aan. Hieronder vermelden de HAIO's: ongepaste aanrakingen, ongevraagd fysiek contact: *'ik heb recent nog een patiënt gehad die over mijn arm streelde'*, fysieke agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag inclusief verkrachting.

4.2.2 Psychische grenzen

8 van de 31 antwoorden bevatten deze subcategorie. In de antwoorden komen de volgende voorbeelden aan bod: pesten, roddelen, ongepaste gebaren of uitdrukkingen, seksisme (discriminatie of intimidatie omwille van geslacht): *'persoonlijk vind ik seksistisch getinte mopjes pas echt grensoverschrijdend'*, uitbuiten, dwingen, dreigen, manipulatie en verbaal agressief gedrag.

4.2.3 Interrelationele grenzen

In de arts-patiënt relatie (9 van de 31 antwoorden) wordt onder andere het peilen naar het privéleven als professioneel grensoverschrijdend ervaren. Enerzijds polsen patiënten naar persoonlijke informatie van de HAIO tijdens de werkuren en anderzijds contacteren patiënten de HAIO via sociale media buiten de werkcontext. De werk-privé balans van de arts-in-opleiding wordt bijgevolg niet gerespecteerd. *'Een patiënt die me meevroeg op vakantie, ook dit beschouw ik als professioneel grensoverschrijdend gedrag'*. Ook bepaalde verwachtingen van patiënten worden door HAIO's als professioneel grensoverschrijdend gedrag benoemd. Zo hebben patiënten de verwachting dat de HAIO te allen tijde bereikbaar is en zijn of haar agenda ter beschikking stelt naar de agenda van de patiënt. Er worden voorbeelden gegeven zoals patiënten die per direct een afspraak eisen of meerdere personen meenemen naar hun afspraak.

In één antwoord wordt omgekeerd ook beschreven dat een arts professioneel grensoverschrijdend gedrag kan stellen naar de patiënt toe. '*De patiënt met onvoldoende respect behandelen, te familiair zijn met de patiënt, lichamelijke handelingen plegen die niet noodzakelijk zijn voor het correct behandelen van de patiënt.'*

In een relatie tussen collega's onderling wordt er evenzeer professioneel grensoverschrijdend gedrag beschreven (5 van de 31 antwoorden). Het gaat over collega's die de grenzen van HAIO's betreffende werkuren, weekendwerk en vakantieregeling overtreden. Specifiek voor HAIO's wordt ook machtsmisbruik van de praktijkopleider (PO) beschreven.

4.2.4 Morele grenzen

Dit omvat arts-patiënt contacten waarin de patiënt de HAIO belet om integer te werken (11 van de 31 antwoorden). Ook bij deze groep staat het vragen of eisen van medicatie, onderzoeken en behandelingen die niet aangewezen zijn en waar de HAIO niet achter staat, op de voorgrond. *'Ik denk dat veel huisartsen over hun grenzen gaan en dat vaak zo de integriteit aangetast wordt'*. Niet alleen patiënten maar ook collega's kunnen de HAIO dwingen om bepaalde handelingen te stellen: *'patiënten of collega's respecteren jouw waarden en normen als arts niet'.*

	Huisarts		HAIO	
Fysiek	31%	17	35%	11
Psychisch	69%	37	26%	8
Interrelationeel	44%	24	48%	15
Moreel	48%	26	35%	11

Tabel 1: Het aantal huisartsen en HAIO's dat een bepaalde subcategorie vermeldt in de persoonlijke omschrijving van professioneel grensoverschrijdend gedrag

14 van de 31 antwoorden hanteert een holistische benadering van professioneel grensoverschrijdend gedrag: *'dat één van beide partijen zich ergens niet goed bij voelt kan al genoeg zijn'*. *'Iedere vorm van handelen die niet past in het kader van het bereiken van een productieve samenwerking'*. De antwoorden van HAIO's wijzen op een individuele hantering van de definitie: *'wanneer de grenzen van u als huisarts niet worden gerespecteerd, dit kan voor iedereen anders zijn' of 'gedrag waarbij jouw grenzen overschreden worden, dit kan voor iedereen anders zijn' of 'patiënten/collega's die over uw persoonlijke grenzen gaan of u geen ruimte geven om grenzen te stellen' of 'de grenzen die je in een ideaalwereld voor jezelf stelt overschrijden'*.

2 antwoorden benadrukken de moeilijkheid van de vraag en geen enkele HAIO laat deze vraag oningevuld. Aangezien 31 HAIO's deze open vraag beantwoorden, stoppen 23 HAIO's hier het invullen van de vragenlijst.

4.3 Contextueel grensoverschrijdend gedrag

Na deze open vraag wordt er met behulp van meerkeuzevragen gepeild naar de betekenis van professioneel grensoverschrijdend gedrag binnen een specifieke context.

Wanneer patiënten te vroeg aanwezig zijn in de wachtzaal ervaart slechts 3% van de artsen dit als professioneel grensoverschrijdend gedrag. Het merendeel van de artsen (90%) vindt te laat aanwezig zijn problematischer dan op een verkeerd moment aanwezig zijn in de wachtzaal (40%).

Te vroeg aanwezig in de wachtzaal	3%	2
Te laat aanwezig in de wachtzaal	90%	56
Verkeerd moment in de wachtzaal	40%	25

Tabel 2: 'Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: wachtzaal'

Het merendeel van de artsen duidt de volgende situaties in de spreekkamer aan als professioneel grensoverschrijdend gedrag: een patiënt vraagt uw gsm-nummer (89%), een patiënt geeft u een kus (87%), een patiënt raakt u bewust aan (85%), een patiënt vraagt een retrograad attest werkonbekwaamheid (75%), een patiënt nodigt u uit voor een etentje of feestje (73%), een patiënt geeft een opmerking over hoe u eruitziet (65%) en een patiënt vraagt een attest sociaal verlof en het kind is niet aanwezig op consultatie (57%). Weinig artsen ervaren een geschenk (14%), 'vuistje' of 'elleboog' (17%) en een hand (1%) als professioneel grensoverschrijdend gedrag. Tussenin bevinden zich de volgende situaties: een patiënt vraagt medicatie die de voorgaande huisarts altijd gaf zonder duidelijke indicatie (44%), een patiënt vraagt biochemische analysen die voorgaande huisarts altijd bepaalde zonder duidelijke indicatie (46%), een patiënt stelt persoonlijke vragen (49%), een patiënt vraagt medicatie voor een niet-aanwezige patiënt van u (32%), een patiënt spreek u aan met de voornaam (25%) en een fysiek mishandelde patiënt vraagt een retrograad attest werkonbekwaamheid (23%).

Patiënt vraagt medicatie voor niet-aanwezige patiënt van u	32%	25
Patiënt vraagt medicatie die voorgaande huisarts altijd gaf zonder duidelijke indicatie	44%	35
Patiënt vraagt biochemische analysen die voorgaande huisarts altijd bepaalde zonder duidelijke indicatie	46%	36
Patiënt vraagt retrograad attest werkonbekwaamheid	75%	59
Fysiek mishandelde patiënt vraagt retrograad attest werkonbekwaamheid	23%	18
Patiënt vraagt attest sociaal verlof en het kind is niet aanwezig op consultatie	57%	45
Patiënt spreekt u aan met de voornaam	25%	20
Patiënt vraagt uw gsm-nummer	89%	70
Patiënt stelt persoonlijke vragen	49%	39
Patiënt geeft een opmerking over hoe u eruitziet	65%	51
Patiënt nodigt u uit voor een etentje/feestje	73%	58
Patiënt geeft u een geschenk	14%	11
Patiënt geeft u een hand	1%	1
Patiënt geeft u een kus	87%	69
Patiënt geeft u een 'vuistje'/'elleboog'	16%	13
Patiënt raakt u bewust aan	85%	67

Tabel 3: 'Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: spreekkamer'

Een patiënt die meerdere keren per dag telefoneert, beschouwt de overgrote meerderheid als professioneel grensoverschrijdend gedrag (96%). Daarna volgt het telefonisch aanvragen van attesten (59%) en meerdere keren per week telefoneren (49%).

Patiënt vraagt voorschriften	26%	20
Patiënt vraagt attesten	59%	45
Patiënt vraagt resultaten	8%	6
Patiënt telefoneert meerdere keren per dag	96%	73
Patiënt telefoneert meerdere keren per week	49%	37

Tabel 4: 'Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: telefoon'

Iedereen die de vraag betreffende de afspraken agenda beantwoordt, vindt een patiënt die één afspraak voor twee of meerdere personen maakt professioneel grensoverschrijdend gedrag (100%).

Patiënt maakt een afspraak voor zijn/haar nieuwe vriend(in)	15%	10
Patiënt maakt een afspraak voor zijn/haar vader/moeder die op bezoek is	16%	11
Patiënt maakt 1 afspraak voor 2 of meerdere personen	100%	67

Tabel 5: 'Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: afspraken agenda'

Voor 94% van de artsen is het vragen van medisch advies via sociale media professioneel grensoverschrijdend gedrag. 84% artsen rapporteert dit gedrag bij het ontvangen van een vriendschapsverzoek.

Patiënt initieert een vriendschapsverzoek	84%	58
Patiënt vraagt medisch advies	94%	65

Tabel 6: 'Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: sociale media'

De meerderheid (84%) duidt het overnemen van een GMD (globaal medisch dossier) na eenmalige consultatie bij een collega-huisarts als professioneel grensoverschrijdend gedrag aan. Daarna volgt het wijzigen van de chronische medicatie door de CRA (coördinerend en raadgevend arts) zonder vooraf overleg (66%). Ook de afwezigheid van een overkoepelende visie binnen eenzelfde praktijk inzake benzodiazepines (43%) en antibiotica (30%) beleid wordt door artsen als professioneel grensoverschrijdend gedrag bevonden.

Er is geen overkoepelende visie binnen de praktijk inzake antibiotica beleid	30%	22
Er is geen overkoepelende visie binnen de praktijk inzake benzodiazepines beleid	43%	32
Patiënt wordt in het WZC (woon- en zorgcentrum) door de CRA (coördinerend en raadgevend arts) gezien en hij/zij wijzigt de chronische medicatie zonder vooraf overleg met u	66%	49
Patiënt in het WZC kan niet worden gezien door de CRA (vrije namiddag) en de verpleging vraagt u om erlangs te gaan	19%	14
GMD (globaal medisch dossier) van patiënt wordt overgenomen na eenmalige consultatie bij een andere huisarts	84%	62

Tabel 7: ‘Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: collega-huisartsen’

De communicatie van collega-specialisten over de aanpak van de huisarts aan de patiënt wordt door de meerderheid (83%) als professioneel grensoverschrijdend gedrag bevonden. Ongeveer twee derde (69%) vindt ook de verwachting van de collega-specialist dat de huisarts de voorgestelde onderzoeken zal inplannen professioneel grensoverschrijdend.

Communiceren aan de patiënt dat de huisarts de voorgestelde onderzoeken van de specialist moet inplannen	69%	48
Systematisch intern doorverwijzen	39%	27
Communicatie over de aanpak van de huisarts aan de patiënt	83%	58

Tabel 8: ‘Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: collega-specialisten’

Wanneer de kinesist aan de patiënt communiceert dat doorverwijzing naar de specialist (85%) of medische beeldvorming (76%) nodig is, beschouwt merendeel van de artsen dit als professioneel grensoverschrijdend gedrag. Echter, wanneer de kinesist deze bedenkingen aan de huisarts rechtstreeks communiceert, vinden respectievelijk slechts 9% en 11% artsen dit grensoverschrijdend.

Communiceren aan de patiënt dat medische beeldvorming nodig is	76%	50
Communiceren aan u, de huisarts, dat medische beeldvorming nodig is	11%	7
Communiceren aan de patiënt dat een doorverwijzing naar de specialist nodig is	85%	56
Communiceren aan u, de huisarts, dat een doorverwijzing naar de specialist nodig is	9%	6
Diagnostische onzekerheid communiceren aan de patiënt	26%	17
Na het beëindigen van de laatste terugbetaalde sessie: een andere diagnose op het voorschrift van de huisarts communiceren aan de patiënt	45%	30

Tabel 9: 'Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: kinesist'

Wanneer de thuisverpleegkundige diagnoses (69%) en therapievoorstellen (68%) communiceert aan de patiënt, wordt dit door de grote meerderheid als professioneel grensoverschrijdend gedrag ervaren. Echter, het communiceren van deze bedenkingen aan de huisarts rechtstreeks wordt respectievelijk slechts door 8% en 5% artsen als dusdanig ondervonden. In de palliatieve thuiszorgsetting wordt het verhogen van de pijnstillende medicatie zonder vooraf overleg door 63% artsen als grensoverschrijdend bevonden. 51% artsen vinden dit ook van het opstarten van verpleegkundige zorg zonder vooraf overleg. Van de huisarts wordt verwacht dat retrograad een voorschrift verpleegkundige zorg wordt opgesteld.

Pijnstillende medicatie bij palliatieve patiënt verhogen zonder overleg huisarts (palliatieve thuiszorgorganisatie)	63%	41
Verpleegkundige zorg starten zonder overleg huisarts (retrograad attesteren)	51%	33
Diagnoses communiceren aan de patiënt	69%	45
Diagnoses communiceren aan u, de huisarts	8%	5
Therapievoorstellen communiceren aan de patiënt	68%	44
Therapievoorstellen communiceren aan u, de huisarts	5%	3

Tabel 10: 'Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: thuisverpleging'

Apothekers die medicatie (al dan niet gebonden aan bepaalde terugbetalingsvoorwaarden) meegeven zonder voorschrift en daarbij aan de patiënt communiceren dat een voorschrift later mag afgeleverd worden, wordt door merendeel van de artsen (77%) als professioneel grensoverschrijdend gedrag ervaren. Van de huisarts wordt verwacht dat retrograad een voorschrift wordt opgesteld.

Patiënt medicatie meegeven zonder voorschrift, communiceren aan de patiënt dat een voorschrift later mag afgeleverd worden	77%	46
Patiënt medicatie meegeven zonder voorschrift waarvoor een aanvraag voor terugbetaling (gebonden aan bepaalde voorwaarden) nodig is	77%	46
Patiënt andere medicatie meegeven dan voorgeschreven omdat deze niet voorradig was	37%	22

Tabel 11: 'Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: apotheek'

Alle artsen die onderstaande vraag beantwoorden, beschouwen het vragen van allerhande attesten door familieleden en vrienden die bovendien geen patiënt zijn van hen, als professioneel grensoverschrijdend gedrag (100%). Voor 84% geldt dit voor het vragen van voorschriften.

Medisch advies vragen	43%	29
Voorschriften vragen	84%	56
Attesten allerhande vragen	100%	67

Tabel 12: 'Kruis aan wat u als professioneel grensoverschrijdend gedrag beschouwt in de volgende context: familie en vrienden (geen patiënt bij u)'

Wachtzaal	62
Spreekkamer	79
Telefoon	76
Afspraken agenda	67
Sociale media	69
Collega-huisartsen	74
Collega-specialisten	70
Kinesist	65
Thuisverpleging	65
Apotheek	60
Familie en vrienden	67

Tabel 13: Het aantal artsen dat één of meerdere casussen in eenzelfde context als professioneel grensoverschrijdend ervaart

4.4 Omgaan met grensoverschrijdend gedrag

De meeste artsen duiden 'een onveranderde stemming of relativeren' aan nadat ze in aanraking zijn gekomen met professioneel grensoverschrijdende situaties in de wachtzaal, spreekkamer en thuiszorgsetting (26%). Een derde van de artsen (32%) ervaart een verminderde stemming in de wachtzaal en spreekkamer. Respectievelijk 10% en 7% van de artsen is onderhevig aan een somber en neerslachtig gevoel wanneer de eigen professionele grenzen worden overschreden door een collega-specialist of collega-huisarts. Wanneer deze grenzen worden overschreden door familie en vrienden, die bovendien geen patiënt zijn van de huisarts, dan voelt 6% van de artsen zich schuldig. 15% van de artsen voelt zich in deze situatie hulpeloos. De meeste artsen reageren gefrustreerd op professioneel grensoverschrijdende situaties in de wachtzaal (63%) en ongeveer een tiende van de artsen rapporteert gevoelens van woede in deze context (11%). Huisartsen en HAIO's reageren niet alleen gevoelsmatig op professioneel grensoverschrijdend gedrag maar ook gedragsmatig. Zo komt vermijdingsgedrag voor op sociale media (26%) en in de spreekkamer (22%). Voornamelijk op professioneel grensoverschrijdende situaties in de wachtzaal reageren de artsen in dit onderzoek met 'wishful thinking' (15%). Participanten noteren anoniem: *'hopelijk volgende keer wel aanwezig op het vastgelegde tijdstip'*. Daarna volgen de reacties op dit gedrag met betrekking tot de afspraken agenda (13%): *'hopen op het naleven van afspraken'* of *'volgende keer probeer ik te zeggen dat ik het tweede kind niet kan onderzoeken als daarvoor geen afspraak werd gemaakt'*.

Uit alle meerkeuze opties duiden de meeste artsen 'probleemoplossend denken' aan als een manier van omgaan met professioneel grensoverschrijdend gedrag (67%-25%). Het merendeel hanteert deze methode bij het maken van afspraken. Achttien artsen leggen de klemtoon op uitleg en educatie wanneer een patiënt één afspraak maakt voor twee of meerdere personen: '*ik kan geen correcte diagnostiek en beleid voorstellen in half zo weinig tijd'*. Zestien artsen spreken de patiënt in kwestie aan en vijf artsen benoemen dit gedrag. Vijf artsen triëren op basis van tijd en urgentie en vier artsen schrijven dat ze toch beide patiënten zien waarna ze aandringen op een dubbele afspraak in de toekomst. Twee artsen weigeren een tweede persoon afhankelijk van de situatie en nog twee artsen geven de keuze aan de patiënten zelf. Zij beslissen dan onderling wie een nieuwe afspraak maakt.

In de wachtzaal en spreekkamer leggen de artsen de nadruk op het bespreekbaar maken van professioneel grensoverschrijdend gedrag: *'op een vriendelijke maar kordate manier aangeven van de eigen grenzen'*. Dit verloopt niet altijd feilloos: *'weigeren en discussiëren is vaak frustrerend'*. Per telefoon verduidelijken de meeste artsen de geldende regels binnen de praktijkwerking: *'consequent zijn, grenzen stellen'*. Op sociale media zullen de meeste artsen de vriendschapsverzoeken van patiënten negeren. Negen artsen beantwoorden het gevraagde medisch advies, hetzij met een verwijzing naar de wachtpost of raadpleging, hetzij met een verduidelijking dat er op deze manier niet gecommuniceerd wordt met patiënten. Al dan niet via sociale media kunnen ook familieleden en vrienden, die bovendien geen patiënt zijn van de huisarts, professioneel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Negen artsen benadrukken: '*grenzen stellen, zeggen wat je niet doet of waar je je niet comfortabel bij voelt'* of *'zeggen dat je vriend of familielid wil zijn en blijven en geen dubbele rol wil hebben'*. Eén arts maakt hierbij de opmerking dat dit bij minder goede kennissen moeilijker verloopt, omdat het vaak over onschuldige adviezen gaat. Nog eens negen artsen verwijzen naar de behandelend arts: *'ik zeg dat ik niet over alle medische gegevens beschik en dus geen correcte beslissingen kan nemen'* of *'dit leidt tot onoverzichtelijke situaties en intercollegiale frustraties'*. Vier artsen benadrukken de moeilijkheid in het stellen van grenzen naar familie en vrienden toe: *'je bent arts en kan dat moeilijk negeren, mensen vragen hulp, trachten op een correcte manier hieraan tegemoet te komen'* of *'ik geef alleen advies, ik zit uiteraard in met hun gezondheid'*.

In de samenwerking met thuisverpleegkundigen, apothekers en kinesisten nemen de meeste artsen rechtstreeks contact op met de collega-zorgverstrekker in kwestie. De klemtoon wordt gelegd op overleg en toegankelijkheid zodat via rechtstreekse communicatie ieder zijn kennis kan bijdragen. Onder collega-huisartsen en collega-specialisten wordt door de meeste artsen een teamoverleg georganiseerd of de collega-specialist in kwestie gecontacteerd. Echter, deze oplossingsgerichte aanpak is geen eenvoudig gegeven: *'ik vind het moeilijk om me confronterend op te stellen tegenover collega's en paramedici'*.

	Wachtzaal	Spreekkamer	Telefoon	Afspraken agenda	Sociale media	Collega-huisartsen	Collega-specialisten	Kinesist	Thuisverpleging	Apotheek	Familie en vrienden
Onveranderde stemming, relativeren	26%	26%	22%	24%	25%	20%	20%	19%	26%	14%	20%
	16	20	16	16	17	14	14	12	16	8	13
Verminderde stemming	32%	32%	15%	19%	9%	18%	23%	15%	15%	12%	17%
	20	25	11	13	6	13	16	9	9	7	11
Somber en neerslachtig gevoel	0%	6%	0%	4%	0%	7%	10%	2%	0%	0%	2%
	0	5	0	3	0	5	7	1	0	0	1
Schuld	0%	4%	1%	1%	0%	0%	4%	2%	0%	0%	6%
	0	3	1	1	0	0	3	1	0	0	4
Frustraties	63%	41%	58%	51%	29%	58%	58%	58%	43%	53%	48%
	39	32	43	34	20	41	40	36	26	31	31
Hulpeloosheid	0%	9%	7%	10%	9%	8%	14%	6%	3%	12%	15%
	0	7	5	7	6	6	10	4	2	7	10
Woede	11%	8%	7%	6%	4%	6%	9%	10%	7%	10%	2%
	7	6	5	4	3	4	6	6	4	6	1
Patiënt in kwestie vermijden	2%	22%	3%	0%	26%	1%	0%	0%	0%	0%	2%
	1	17	2	0	18	1	0	0	0	0	1
Wishful thinking	15%	5%	4%	13%	6%	8%	6%	6%	5%	5%	6%
	9	4	3	9	4	6	4	4	3	3	4
Probleemoplossend denken	53%	64%	58%	67%	49%	38%	25%	39%	52%	41%	48%
	33	50	43	45	33	27	17	24	32	24	31

Tabel 14: het aantal artsen dat de extra vraag beantwoordt: ‘u hebt __ aangeduid als professioneel grensoverschrijdend gedrag, hoe gaat u hiermee om in de praktijk?’

5. DISCUSSIE

5.1 Verschillende vormen van grensoverschrijdend gedrag

Het merendeel van de huisartsen dat een persoonlijke omschrijving geeft van professioneel grensoverschrijdend gedrag, haalt de subcategorie ‘psychische grenzen’ aan (69%). Voor de HAIO’s komt deze subcategorie echter op de vierde plaats. De meerderheid in deze groep (48%) haalt de subcategorie ‘interrelationele grenzen’ aan.

5.1.1 Psychisch geweld tegen de huisarts

Huisartsen die al jaren in het werkveld staan geven signalen dat hun mentaal welbevinden onder druk staat. Uit de vragenlijst van de voorstudie van de Vlaamse overheid die de toegankelijkheid van huisartsen in kaart poogt te brengen, blijkt dat meer dan de helft van de artsen (52.5%) soms uitputting ervaart. Meer zelfs, 14.3% ervaart vaak uitputting en 0.9% altijd. (31) Ook het aantal meldingen van agressie tegen artsen bij het meldpunt van de Orde der Artsen neemt toe. Sinds de oprichting in 2016 worden de verschillende vormen van agressie bijgehouden. De meeste meldingen rapporteren verbaal geweld (59%) en psychisch geweld (21%). (32) Met de oprichting van het platform 'Arts in nood' wenst de Orde der Artsen de drempel bij het vragen naar concrete hulp bij persoonlijke psychische problemen te verlagen. Ook het aantal hulpvragen bij 'Arts in nood' evolueert in stijgende lijn. (33) Naast het aanbieden van professionele hulp zet deze organisatie in op sensibilisering en preventie door middel van intervisiegroepen en webinars.

5.1.2 Werk-privé balans van de HAIO

Onder de HAIO's behoort een grote groep jonge artsen wiens ambities het najagen van een werk-privé balans zijn. (34) Wanneer in de arts-patiënt relatie het respect voor deze balans afwezig is, geven HAIO's aan dat de eigen grenzen van respect worden overschreden. Daarnaast verdient, binnen een universiteit, machtsmisbruik extra aandacht. Vanuit de opleiding komt men in contact met supervisoren en praktijkopleiders in een vooropgestelde hiërarchie. De HAIO beschrijft dan ook professioneel grensoverschrijdend gedrag tussen collega's onderling. Zowel het niet respecteren van de vooropgestelde grenzen als het ontbreken van ruimte om de eigen grenzen te kunnen aangeven komen aan bod.

5.1.3 Iedereen eigen grenzen

Opvallend meer HAIO's halen geen specifieke subcategorie aan maar beschrijven professioneel grensoverschrijdend gedrag op een holistische manier (45%): *'wanneer de grenzen van u als huisarts niet worden gerespecteerd, dit kan voor iedereen anders zijn'*. Ook enkele huisartsen (9%) generaliseren: *'elk gedrag door de een waardoor de ander zich ongemakkelijk voelt'*. Deze omschrijving sluit aan bij de universitaire interpretatie van grensoverschrijdend gedrag. Daarin wordt het overschrijden van iemands persoonlijke grenzen als grensoverschrijdend beschouwd. Als studenten zich niet veilig of comfortabel voelen op hun studeer- of werkplek omwille van gedrag en of opmerkingen van derden, zijn hun grenzen overschreden en kan dit zo benoemd worden. Zo ondersteuning gewenst is, kunnen studenten aankloppen bij een vertrouwenscentrum. (35)

5.2 Contextueel grensoverschrijdend gedrag

Vervolgens wordt aan de hand van specifieke casussen binnen een bepaalde context professioneel grensoverschrijdend gedrag in kaart gebracht. De meeste artsen duiden in de context 'spreekkamer' (79), 'telefoon' (76) en 'collega-huisartsen' (74) wel één of meerdere specifieke casussen aan als professioneel grensoverschrijdend gedrag. Voornamelijk 'een patiënt vraagt uw gsm-nummer' (89%), 'een patiënt geeft u een kus' (87%) en 'een patiënt raakt u bewust aan' (85%). Wanneer een patiënt een retrograad attest werkonbekwaamheid vraagt vindt 75% van de artsen dit professioneel grensoverschrijdend gedrag. Echter, wanneer de patiënt in kwestie gekend fysiek mishandeld wordt, modificeren artsen hun grenzen. Dan is er voor slechts 23% van de artsen sprake van professioneel grensoverschrijdend gedrag. Meer dan de helft van de artsen vindt 'een patiënt nodigt u uit voor een etentje of feestje' (73%), 'een patiënt geeft een opmerking over hoe u eruitziet' (65%) of 'een patiënt vraagt een attest sociaal verlof en het kind is niet aanwezig op consultatie' (57%) ook professioneel grensoverschrijdend gedrag in de spreekkamer. Een patiënt die meerdere keren per dag telefoneert is voor de overgrote meerderheid professioneel grensoverschrijdend gedrag (96%). Voor meer dan de helft geldt dit ook voor het telefonisch aanvragen van attesten (59%). Onder 'collega-huisartsen' duidt de meerderheid (84%) het overnemen van een GMD (globaal medisch dossier) na eenmalige consultatie bij een andere huisarts als professioneel grensoverschrijdend gedrag aan. Daarna volgt het wijzigen van de chronische medicatie door de CRA (coördinerend en raadgevend arts) zonder vooraf overleg (66%).

Ook specifieke casussen in de context ‘collega-specialisten’ (70), ‘sociale media’ (69), ‘afspraken agenda’ (67) en ‘familie en vrienden’ (67) worden door artsen professioneel grensoverschrijdend bevonden. De communicatie van collega-specialisten over de aanpak van de huisarts aan de patiënt wordt door de meerderheid (83%) aangeduid. Evenzeer het vragen van medisch advies via sociale mediakanalen (84%), één afspraak maken voor twee of meerdere personen (100%) en het vragen van allerhande attesten door familieleden en vrienden die bovendien geen patiënt zijn (100%).

Een gelijk aantal artsen detecteert professioneel grensoverschrijdend gedrag in één of meerdere casussen in de context ‘kinesist’ (65) en ‘thuisverpleging’ (65). Op de voorgrond staat het communiceren aan de patiënt dat doorverwijzing naar de specialist nodig is (kinesist, 85%) en diagnoses en therapievoorstellen communiceren aan de patiënt (thuisverpleging, 69%, 68%).

Het minst aantal artsen ondervindt professioneel grensoverschrijdend gedrag in de context ‘wachtzaal’ (62) en ‘apotheek’ (60). Het gaat om patiënten die te laat aanwezig zijn (90%) en apothekers die medicatie meegeven met de bijhorende boodschap dat een voorschrift later mag afgeleverd worden (77%). Opmerkelijk maken de artsen in dit onderzoek geen onderscheid tussen medicatie met of zonder terugbetalingsvoorwaarden.

Tot slot, zijn er opvallende gelijkenissen te vinden tussen de persoonlijke omschrijvingen van de deelnemers en de specifieke casussen (gecreëerd op basis van ervaring van de onderzoekers en wetenschappelijk onderzoek) van professioneel grensoverschrijdend gedrag. Zo staven de deelnemers hun mening met voorbeelden die later in de vragenlijst aan bod komen. In de context ‘wachtzaal’ gaat dit om ‘te laat aanwezig in de wachtzaal’ en ‘op verkeerd tijdstip in de wachtzaal’. In de context ‘spreekkamer’ worden zeer veel voorbeelden gegeven. Het gaat voornamelijk over het eisen van voorschriften, attesten en onderzoeken die de deelnemende arts zelf niet nodig acht. Zo beschrijft men dat de autonomie en expertise van de huisarts wordt genegeerd. Ook het stellen van persoonlijke vragen wordt door de deelnemers spontaan aangehaald. Net als ongepaste gebaren en aanrakingen (bv. streling, knuffel).

In de context ‘telefoon zonder voorafgaande afspraak’ worden de volgende voorbeelden genoteerd: ‘patiënt vraagt om voorschriften zonder consultatie’ en ‘patiënt telefoneert te pas en te onpas’. Ook ‘patiënt maakt één afspraak voor twee of meerdere personen’ en ‘contacten via sociale media’ zowel door patiënten als familie en vrienden worden beschreven in de eerste vraag. Artsen benoemen ‘de overmatige bereikbaarheid’ als professioneel grensoverschrijdend gedrag. Enkele deelnemers implementeren voorbeelden met betrekking tot collega-artsen en andere zorgverstrekkers in hun omschrijving van professioneel grensoverschrijdend gedrag: ‘onderzoeken aanvragen, verwijzingen doen en behandelingen voorschrijven onder druk van een andere zorgverstrekker’ of ‘niet-collegiaal gedrag’.

5.3 Omgaan met grensoverschrijdend gedrag

Aangezien het aangeven en bewaken van professionele grenzen leidt tot conflictsituaties wordt het mentaal welzijn van de arts beproefd. Nadat aan de hand van specifieke casussen binnen een bepaalde context professioneel grensoverschrijdend gedrag in kaart wordt gebracht, verschijnt een extra vraag die peilt naar de impact van dit gedrag. Uit de meerkeuzevraag blijkt dat ‘frustraties’ de grote meerderheid treft (63%-29%). Hierop volgt een ‘verminderde stemming’ (32%-9%). Deze resultaten versterken het belang van grensbewaking in de huisartsenpraktijk en de sensibilisering van de impact op het mentaal welzijn. Psychologische problemen van artsen kunnen dan weer een invloed hebben op de kwaliteit van zorg die zij verstrekken. (33)

Echter, de ratio van vele artsen neemt de bovenhand op de emotie. Zo duidt ongeveer twee derde van de artsen ‘probleemoplossend denken’ aan als manier van omgaan met professioneel grensoverschrijdend gedrag (67%-25%). Men legt de nadruk op het aanspreken van de patiënt of zorgverstrekker in kwestie om daarna uitleg te verlenen waarom hij of zij iets niet doet en wat de geldende praktijkregels zijn. Specifiek in de samenwerking met collega-artsen en zorgverstrekkers wordt gehamerd op directe communicatie en overleg.

Tussen probleemoplossend denken en handelen heerst nog een kloof. Zo geeft een klein aantal huisartsen aan dat ze moeilijkheden ondervinden om hun grenzen duidelijk te maken aan patiënten, collega-artsen en zorgverstrekkers. Daarom is het van groot belang om de artsen die ondersteuning nodig hebben, handvaten aan te reiken zodat de professionele integriteit en kwalitatieve zorg van huisartsen gewaarborgd wordt. Deze studie kon alvast specifieke casussen naar voren brengen waarbij een groot aantal artsen professioneel grensoverschrijdend gedrag detecteert en bijkomstig zijn of haar opgeroepen emoties deelt. Niet alleen de casussen kunnen gebruikt worden in intervisiegroepen, workshops en e-learnings, maar ook de aangewende tips in het probleemoplossend denken.

5.4 Studiebeperkingen en bias

In deze studie is de target steekproefgrootte van 364 deelnemers niet behaald. Mogelijks enerzijds wegens het gebrek aan vrije tijd die artsen hebben om actief deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek. Uit een voorstudie van de Vlaamse overheid blijkt dat 14.3% van de bevraagde praktijken een absolute patiëntenstop hanteert. In 45.2% van de praktijken geldt een gedeeltelijke patiëntenstop. De praktijk aanvaardt dan nog nieuwe patiënten als ze familielid zijn van bestaande patiënten of afkomstig zijn uit een bepaald geografisch gebied. (31)

Anderzijds omdat de tweede vraag van de enquête een open vraag betreft waarbij er tijd moet worden genomen om over de eigen professionele houding te reflecteren en een persoonlijk antwoord te formuleren. Van de 96 personen die zich identificeren als huisarts, nemen 54 personen de tijd om de open vraag te beantwoorden. Van deze 54 personen laten er 3 deze vraag blanco. Van de 54 HAIO's beantwoorden er 31 diezelfde open vraag. In totaal geven 85 artsen hun mening over de betekenis van professioneel grensoverschrijdend gedrag.

De ratio huisartsen/HAIO's bedraagt in dit onderzoek 64/36. Het aantal erkende huisartsen en HAIO's in het Vlaams Gewest die geregistreerd staan in de federale databank van de gezondheidszorgbeoefenaars bedraagt respectievelijk 10.033 huisartsen en 1.076 HAIO's. (36) Zo bedraagt de ratio huisartsen/HAIO's in realiteit afgerond 90/10. De populatie in deze kwalitatieve studie weerspiegelt daarom niet de realiteit. Er heerst een grotere respons rate bij de HAIO's dan bij de huisartsen in dit onderzoek.

Niettegenstaande dat 161 artsen, die geregistreerd staan in deze studie, de tijd hebben genomen om deel te nemen aan dit kwalitatief onderzoek, heerst er de *self selection bias*. De artsen worden uitgenodigd om deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek maar beslissen uiteindelijk vrijwillig of ze al dan niet ingaan op deze uitnodiging. De participanten kunnen verschillen van de non-participanten op basis van een vooraf ontwikkelde interesse voor het onderwerp van het onderzoek. Hierdoor zijn de respondenten niet representatief voor de populatie. Als participanten niet kunnen of willen deelnemen vanwege gebrek aan tijd, schuld- en of schaamtegevoelens ten opzichte van het onderwerp, treedt *participation bias* op. Als participanten bovendien geen internet hebben, worden deze uitgesloten en treedt *undercoverage bias* op.

6. CONCLUSIE

De betekenis van professioneel grensoverschrijdend gedrag voor het huisartsenberoep is geen gefixeerd begrip maar een fluïde spectrum waarbij de professionele grenzen voor elke arts anders zijn en bijgevolg op een verschillende manier kunnen overschreden worden. De deelnemers aan dit kwalitatief onderzoek detecteren dit gedrag in meerdere situaties en allermeest in de spreekkamer. Het bewaken van de professionele grenzen plaatst de huisarts in een conflictsituatie. Dit roept zowel rationele (probleemoplossend denken) als emotionele (frustraties en een verminderde stemming) reacties op bij de deelgenomen huisartsen en huisartsen-in-opleiding. Daarom is het van groot belang om de artsen die ondersteuning nodig hebben, handvaten aan te reiken zodat de professionele integriteit en kwalitatieve zorg van huisartsen in de toekomst gewaarborgd wordt.

7. DANKWOORD

Mijn dankbaarheid gaat uit naar promotor Prof. Dr. Schoenmakers en praktijkopleider Dr. An Villé. Bedankt Prof. Dr. Schoenmakers voor de uitstekende toegankelijkheid, constructieve feedback en aanmoediging doorheen de drie jaren. Bedankt voor het vertrouwen in de eigen onderwerpkeuze en voor de methodologische ondersteuning van de thesis. Ook de assistentie van Dr. An Villé inzake de onderwerpkeuze en onderzoeksopzet draagt bij tot het finaal resultaat, waarvoor mijn oprechte dank.

8. REFERENTIES

1. Vlaamse vereniging voor arts-specialisten in opleiding. Enquête - Werkomstandigheden. Artsenkrant [Internet]. 2017. Beschikbaar op: https://vaso.be/2017/02/02/enquete-artsenkrant-hoe-uw-werkomstandigheden-verbeteren/

2. Geldolf M, Tijtgat J, Dewulf L, Haezeleer M, Degryse N, Pouliart N, et al. Sexual violence in medical students and specialty registrars in Flanders, Belgium: a population survey. BMC Med Educ. 2021 Feb 24;21(1):130.

3. Beyaert T. Aanpak en preventie van burn-out bij huisartsen (in opleiding): een kwalitatief onderzoek. [Master thesis]. Universiteit Gent; 2020.

4. De Bruycker M. Zelfzorg bij de huisarts (in opleiding): identificatie van emoties en coping strategieën bij burn-out [Master thesis]. Universiteit Gent; 2020.

5. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016 Nov 5;388(10057):2272–81.

6. Deroost A, Braeckman L, Remmen R. Preventiestrategieën voor burn-out tijdens de artsenopleiding. Huisarts Nu. 2016 Jun;45(3):112–9.

7. Nanda A, Wasan A, Sussman J. Provider health and wellness. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017 Jul 19;5(6):1543–8.

8. Abbasi M, Nejadsarvari N, Kiani M, Borhani F, Bazmi S, Nazari Tavaokkoli S, et al. Moral distress in physicians practicing in hospitals affiliated to medical sciences universities. Iran Red Crescent Med J. 2014 Oct 5;16(10):e18797.

9. Bernhardt BA, Silver R, Rushton CH, Micco E, Geller G. What keeps you up at night? Genetics professionals' distressing experiences in patient care. Genet Med. 2010 May;12(5):289–97.

10. Førde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. J Med Ethics. 2008 Jul;34(7):521–5.

11. Førde R, Aasland OG. Moral distress and professional freedom of speech among doctors. Tidsskr Nor Laegeforen. 2013 Jun 25;133(12–13):1310–4.

12. Henrich NJ, Dodek PM, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, Rodney P. Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. J Crit Care. 2016 Oct;35:57–62.

13. Losa Iglesias ME, Becerro de Bengoa Vallejo R, Fuentes PS, Trepal MJ. Comparative analysis of moral distress and values of the work organization between American and Spanish podiatric physicians. J Am Podiatr Med Assoc. 2012 Feb;102(1):57–63.

14. Rosenwohl-Mack S, Dohan D, Matthews T, Batten JN, Dzeng E. Understanding Experiences of Moral Distress in End-of-Life Care Among US and UK Physician Trainees: a Comparative Qualitative Study. J Gen Intern Med. 2021 Jul;36(7):1890–7.

15. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. Bioethics. 2015 Feb;29(2):91–7.

16. Kherbache A, Mertens E, Denier Y. Moral distress in medicine: An ethical analysis. J Health

17. Campbell SM, Ulrich CM, Grady C. A broader understanding of moral distress. In: Ulrich CM, Grady C, editors. Moral distress in the health professions. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 59–77.

18. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. J Health Psychol. 2017;22(1):51–67.

19. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. Nurs Ethics. 2015 Feb;22(1):131–52.

20. Thomas TA, McCullough LB. A philosophical taxonomy of ethically significant moral distress. J Med Philos. 2015 Feb;40(1):102–20.

21. Trautmann J. Moral distress: recognition, diagnosis, and treatment. J Infus Nurs. 2015 Aug;38(4):285–9.

22. Online enquête software - jaarlijks >1 mld. surveys (2021) Qualtrics. Beschikbaar op: https://www.qualtrics.com/nl/core-xm/enquetesoftware/

23. Reyes Nieva H, Ruan E, Schiff GD. Professional-patient boundaries: A national survey of primary care physicians' attitudes and practices. Journal of General Internal Medicine. 2019;35(2):457–64.

24. Mintzker Y, Rogers W. General practice ethics: text messages and boundaries in the GP–patient relationship. Australian Family Physician. 2015Aug;44(8):593–5.

25. White GE. Setting and maintaining professional role boundaries: An educational strategy. Medical Education. 2004;38(8):903–10.

26. Marshal M, Niranjan V, Spain E, MacDonagh J, O'Doherty J, O'Connor R, et al. 'doctors can't be doctors all of the time': A qualitative study of how general practitioners and medical students negotiate public-professional and private-personal realms using social media. BMJ Open. 2021;11(10).

27. Nadelson C, Notman MT. Boundaries in the Doctor–Patient Relationship. Theoretical Medicine and Bioethics. 2002;23(3):191–201.

28. Kaczmarczyk JM, Chuang A, Dugoff L, Abbott JF, Cullimore AJ, Dalrymple J, et al. E-professionalism: A new frontier in medical education. Teaching and Learning in Medicine. 2013;25(2):165–70.

29. Sample Size Calculator [Internet]. Beschikbaar op: https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html?type=1&cl=95&ci=5&pp=50&ps=6907&x=78&y=10

30. Aantal praktijkvoerende huisartsen verdappert van 12.525 nu naar 13.999 in 2036 [Internet]. Medi-Sfeer. Beschikbaar op: https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/aantal-praktijkvoerende-huisartsen-verdappert-van-12-525-nu-naar-13-999-in-2036.html

31. Domus Medica, Merckx G, Teughels S, Van Parys E, Reinenbergh Y, Ugent, Vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnszorg, e.a. RAPPORT TOEGANKELIJKHEID HUISARTSGENEESKUNDE, 2023/07, PILOOTFASE 2: OPTIMALISATIE METHODIEK EN APPLICATIE. 2023 jul.

32. Agressie tegen artsen [Internet]. Ordomedic. 2023. Beschikbaar op: https://ordomedic.be/nl/adviezen/ziektebeelden/toxicomanie/agressie-tegen-artsen#_ftnref1

33. van Vendeloo et al. JAARVERSLAG ARTS IN NOOD 2018.

34. De Troeyer K. Omgaan met stress en verhoogd risico op burn-out: een uitdaging voor de haio. Masterproef Huisartsgeneeskunde. 2021.

35. Wat is grensoverschrijdend gedrag [Internet]. Sociale Veiligheid en Grensoverschrijdend Gedrag. Beschikbaar op: https://admin.kuleuven.be/thema/socialeveiligheid/wat#:~:text=Wanneer%20iemands%20persoonlijke%20grenzen%20overschreden,iemand%20anders%20wel%20aanvaardbaar%20is

36. Publicatie van de cel Planning van het aanbod van de Gezondheidszorgberoepen [Internet]. STATISTIQUES ANNUELLES DES PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTE EN BELGIQUE. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2022. Beschikbaar op: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2022_nl.pdf

9. BIJLAGEN

9.1 Goedkeuring Ethisch Comité

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP023803
Uw kenmerk: Masterproef studie: De professionele grenzen bewaken als huisarts in de huisartspraktijk: een kwalitatief onderzoek
Leuven, 15-05-2023

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Professor Birgitte Schoenmakers
Geachte Axelle Verbeke

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 15-05-2023

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

De bedoeling van het prospectief kwalitatief onderzoek van deze aanvraag is na te gaan welke de ervaringen zijn van huisartsen met professioneel grensoverschrijdend gedrag en wat de impact ervan op hun mentale en fysieke welzijn is? Daartoe wordt een anonieme enquête via Qualtrics (invultijd: 10-15 min) gepland bij Vlaamse huisartsen en huisartsen in opleiding met als streefdoel (minstens) 300 deelnemers. Informatiebrief en de vragenlijst zijn toegevoegd en zijn OK. Enkel wanneer de deelnemer de informatiebrief gelezen heeft en instemt met deelname, zal de afname van de vragenlijst van start gaan. De data van niet afgeronde vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Er zullen geen persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer, e-mailadres, IP-adres,...) verzameld worden door de onderzoekers. De antwoorden van de vragenlijsten zullen door de onderzoekers niet kunnen worden gekoppeld aan de identiteit van de deelnemers. Er is geen bezwaar tegen deze studie.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 30-04-2023 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de Onderwijs-Begeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de

besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP023803
Your reference: Master's thesis study: De professionele grenzen bewaken als huisarts in de huisartspraktijk: een kwalitatief onderzoek
Leuven, 15-05-2023

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Professor Birgitte Schoenmakers
Dear Axelle Verbeke

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby confirms that there are no objections to

9.2 Vragenlijst professioneel grensoverschrijdend gedrag

(0) Bent u:

□ HAIO
□ Huisarts

(1) Wat is professioneel grensoverschrijdend gedrag voor u?

leeg

Kruis aan wat u professioneel grensoverschrijdend gedrag vindt:

(2)*wachtzaal*

□ Te vroeg aanwezig in de wachtzaal
□ Te laat aanwezig in de wachtzaal
□ Verkeerd moment in de wachtzaal

(3)*spreekkamer*

□ Patiënt vraagt medicatie voor niet-aanwezige patiënt van u
□ Patiënt vraagt medicatie die voorgaande huisarts altijd gaf zonder een voor u duidelijke indicatie
□ Patiënt vraagt biochemische analysen die voorgaande huisarts altijd bepaalde zonder een voor u duidelijke indicatie
□ Patiënt vraagt retrograad attesteren werkonbekwaamheid
□ Patiënt vraagt retrograad attesteren werkonbekwaamheid bij fysiek mishandelde patiënt
□ Patiënt vraagt attest sociaal verlof en het kind is niet aanwezig op consultatie
□ Patiënt spreekt u aan met de voornaam
□ Patiënt vraagt uw GSM nummer[32, 33]
□ Patiënt stelt persoonlijke vragen[34]
□ Patiënt geeft een opmerking over hoe u eruit ziet[34]
□ Patiënt nodigt u uit voor een etentje, feestje[32, 34, 35]
□ Patiënt geeft u een geschenk[34, 36]
□ Patiënt geeft u een hand[34]
□ Patiënt geeft u een kus[34]
□ Patiënt geeft u een 'vuistje' of 'elleboog'[34]
□ Patiënt raakt u bewust aan[34]

(4)*telefoon*

□ Patiënt vraagt voorschriften
□ Patiënt vraagt attesten
□ Patiënt vraagt resultaten
□ Patiënt telefoneert meerdere keren per dag
□ Patiënt telefoneert meerdere keren per week

(5)*online afspraken agenda*

□ Patiënt maakt een afspraak voor zijn/haar nieuwe vriend(in)
□ Patiënt maakt een afspraak voor zijn/haar vader/moeder die op bezoek is
□ Patiënt maakt 1 afspraak voor 2 of meerdere personen

(6)*sociale media*[35, 37]

□ Patiënt initieert een vriendschapsverzoek
□ Patiënt vraagt medisch advies

(7)*collega-huisartsen*

- Er is geen overkoepelende visie binnen de praktijk inzake antibiotica beleid
- Er is geen overkoepelende visie binnen de praktijk inzake benzodiazepines beleid
- Patiënt wordt in het rusthuis door de CRA (coördinerend en raadgevend arts) gezien en hij/zij wijzigt de chronische medicatie zonder vooraf overleg met u
- Patiënt in het rusthuis kan niet worden gezien door de CRA (vrije namiddag) en de verpleging vraagt u om er langs te gaan
- Patiënt zijn/haar GMD wordt overgenomen na eenmalige consultatie bij een andere huisarts

(8)*collega-specialisten*

- Communiceren aan de patiënt dat de huisarts de voorgestelde onderzoeken van de specialist moet inplannen
- Systematisch intern doorverwijzen
- Communicatie over de aanpak van de huisarts aan de patiënt

(9)*kinesist*

- Communiceren aan de patiënt dat eenmalig medische beeldvorming nodig is
- Communiceren aan u, de huisarts, dat eenmalig medische beeldvorming nodig is
- Communiceren aan de patiënt dat een doorverwijzing naar de specialist nodig is
- Communiceren aan u, de huisarts, dat een doorverwijzing naar de specialist nodig is
- Diagnostische onzekerheid communiceren aan de patiënt
- Na het beëindigen van de laatste terugbetaalde sessie: een andere diagnose op het voorschrift van de huisarts communiceren aan de patiënt

(10)*thuisverpleging*

- Pijnstillende medicatie bij palliatieve patiënt verhogen zonder overleg huisarts (palliatieve thuiszorgorganisatie)
- Verpleegkundige zorg starten zonder overleg huisarts (retrograad attesteren)
- Diagnoses communiceren aan de patiënt
- Diagnoses communiceren aan u, de huisarts
- Therapievoorstellen communiceren aan de patiënt
- Therapievoorstellen communiceren aan u, de huisarts

(11)*apotheek*

- Patiënt medicatie meegeven zonder voorschrift, communiceren aan de patiënt dat een voorschrift later mag afgeleverd worden
- Patiënt medicatie meegeven zonder voorschrift waarvoor een aanvraag voor terugbetaling (gebonden aan bepaalde voorwaarden) nodig is
- Patiënt andere medicatie meegeven dan voorgeschreven omdat deze niet voorradig was

(12)*familie, vrienden (geen patiënt bij u)*[35]

- Medisch advies vragen
- Voorschriften vragen
- Attesten allerhande vragen

(13)EXTRA*u hebt __ aangeduid als professioneel grensoverschrijdend gedrag, hoe gaat u hiermee om in de praktijk?*[24]

- ☐ Onveranderde stemming, relativeren
- ☐ Verminderde stemming
- ☐ Somber en neerslachtig gevoel
- ☐ Schuld
- ☐ Frustraties
- ☐ Hulpeloosheid
- ☐ Woede
- ☐ Patiënt in kwestie vermijden
- ☐ Wishful thinking
  Volgende keer: _leeg_

- ☐ Probleemoplossend denken
  Oplossing/aanpak: _leeg_