Hoe leert de huisarts in interactie met de specialist?

Julie Dejaegher, Universiteit Gent

Promotor: Prof Dr Peter Pype, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr Fien Mertens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024-2025

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.

Inhoudstafel

Abstract 3
Inleiding 4
Doel van deze studie 5
Literatuurstudie 6
Methode 6
Resultaten 6
Werkplekleren 6
Intraprofessionele interactie tussen huisarts en specialist 8
Intraprofessioneel werkplekleren tussen huisarts en specialist 13
Veldstudie 19
Methode 19
Resultaten 21
Deelnemerskarakteristieken 21
Voorafbestaande en/of contextuele factoren 21
Verloop van het contact en leerproces 27
Uitkomst van leerproces 31
Discussie 34
Interpretatie van de resultaten in vergelijking met de literatuur 34
Sterktes en beperkingen van het onderzoek 38
Aanbevelingen voor de praktijk 38
Conclusie 39
Bronnen 40
Bijlages 42
Bijlage 1: topic guide 42
Bijlage 2: Goedkeuring ethisch comité 43

Abstract

Inleiding

Deze studie onderzoekt hoe huisartsen van specialisten kunnen leren in hun professionele interactie. Het belang van een goede onderlinge samenwerking enerzijds en werkplekleren en de faciliterende factoren hiervoor anderzijds werden reeds uitgebreid beschreven, maar specifiek het intraprofessioneel leren tussen huisartsen en specialisten tijdens de onderlinge interactie werd nog onvoldoende onderzocht.

Methode

Als eerste werd een literatuurstudie ondernomen waarbij de bestaande literatuur over werkplekleren en de intraprofessionele samenwerking tussen artsen en specialisten beschreven werd. Hierna werd een interviewstudie opgezet waarbij 18 huisartsen en specialisten geïnterviewd werden. Deze werden getranscribeerd en geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse.

Resultaten

De resultaten tonen aan dat leren plaatsvindt in zowel formele, als informele contexten, zoals telefonisch overleg over patiëntenzorg. Hierbij wordt kennis kort en gericht overgedragen. Formele leermomenten, zoals symposia en LOK-bijeenkomsten, worden als waardevol beschouwd en spelen een complementaire rol naast de dagelijkse interacties.

Daarnaast leren specialisten niet alleen huisartsen bij, maar nemen zij ook inzichten mee uit de holistische benadering van huisartsen. Leren is echter zelden een expliciet doel van deze interacties.

Een gebrek aan zelfregie, verminderde fysieke bijeenkomsten, moeilijkere telefonische bereikbaarheid, tijdsgebrek en een angst om neerbuigend over te komen, werden geïdentificeerd als mogelijke barrières voor het bijleren tussen huisartsen en specialisten.

Conclusie

De studie stelt mogelijke barrières voor intraprofessioneel werkplekleren tussen huisarts en specialist in het licht. Inzetten op goede telefonische bereikbaarheid, een goede persoonlijke relatie en een grotere bewustwording van het leerpotentieel in de samenwerking, kunnen ervoor zorgen dat huisartsen en specialisten effectiever van elkaar leren.

Inleiding

Zowel voor de huisarts als voor de specialist is de onderlinge samenwerking een belangrijk aspect van het uitoefenen van hun job. In de meeste gevallen staat het overbrengen van informatie over de patiënt centraal, maar in deze studie willen we graag verder ingaan op hoe deze interactie tussen huisarts en specialist ook van educatieve waarde is of kan zijn voor de artsen zelf en wat mogelijke barrières hiervoor zijn.

Een belangrijk concept hierbij is de term 'werkplekleren', die verwijst naar het bijleren tijdens, door en voor het werk. De nadruk ligt hierbij op kennis of vaardigheden die vergaard worden door het werk uit te oefenen of samen te werken en worden aanzien als een andere soort vaardigheden dan die die te verkrijgen zijn via opleidingsinstituten (1).
Het werkplekleren in de huisartsenpraktijk heeft dus betrekking op alles wat geleerd wordt tijdens het uitoefenen van het werk als huisarts. Dit houdt dus niet enkel het actief opzoeken van leeractiviteiten in. Tijdens het werk van zorgpersoneel staat namelijk de patiëntenzorg voorop, waarbij leeractiviteiten voornamelijk een neveneffect van het werk zijn in plaats van een doel op zich (2).
Een belangrijke trigger voor werkplekleren kan het samenwerken met andere beroepsgroepen zijn, wat tot andere inzichten en nieuwe kennis kan leiden (3). Dit kan enerzijds met andere (zorg)beroepen, zoals bvb verpleegkundigen, diëtisten, apothekers… zijn, wat als interprofessioneel leren kan omschreven worden. Anderzijds kan dit ook binnen het beroep als arts zijn, wat als intraprofessioneel leren aanzien wordt. Hierbij kan er geleerd worden tussen verschillende huisartsen, maar kan er ook geleerd worden uit de interactie tussen huisarts en specialist.

Historisch gezien is de relatie tussen huisartsen en specialisten echter niet altijd optimaal geweest, hoewel deze, naast het mogelijk aanzetten tot werkplekleren, een belangrijke invloed kan hebben op de patiëntenzorg (4, 5). Huisartsen en specialisten hebben dan ook een andere perceptie over hun onderlinge communicatie waarbij de wederzijdse bereikbaarheid en verwijsbrieven/verslagen als probleempunten bovenkomen (6, 7). Zowel huisartsen als specialisten geven wel aan het belangrijk te vinden om persoonlijke relaties met elkaar op te bouwen om van daaruit met informele contacten een goede samenwerking te bekomen (8, 9). Hiernaast blijkt ook dat zowel huisarts als specialist educatie een belangrijk aspect vinden bij de onderlinge interactie (7-9), maar ook hier werd in een studie uit 1998 een zekere mismatch gezien tussen hoe huisartsen wilden leren van specialisten en van hoe specialisten hen wilden doen bijleren. Waar de huisartsen de voorkeur hadden voor een casusgerichte aanpak, verkozen specialisten didactische lezingen.

Doel van deze studie

De nauwe samenwerking tussen huisartsen en specialisten kan van groot belang zijn voor het werkplekleren van de huisarts, maar uit onderzoek blijkt dat dit niet altijd optimaal verloopt. In dit onderzoek gaan wij op zoek naar een antwoord op de vraag hoe de huisarts bijleert in interactie met de specialist in Vlaanderen en wat dit mogelijk in de weg staat. Hierbij stellen we ons de volgende vragen, opgedeeld volgens het verder meer uitgewerkte 3-P model van Tynjälä (11).

- Wat zijn belangrijke contextuele factoren om als huisarts te kunnen leren van de specialist?
    - Wat zijn belangrijke barrières die het leren kunnen verstoren?
    - Hoe gemotiveerd is de huisarts om te leren van de specialist en omgekeerd?
- Hoe verloopt de het leerproces tussen huisarts en specialist?
    - Via welke vormen van interactie vindt het leren plaats?
    - Verkiezen huisartsen en specialisten formele of informele leermomenten?
- Wat wordt er gedaan met de opgedane kennis?
    - Is deze reproduceerbaar? Ook bij nieuwe/soortgelijke casussen?

Op deze vragen zullen we een antwoord proberen te vinden aan de hand van een oriënterend literatuuronderzoek met daaropvolgend een veldstudie aan de hand van interviews met zowel huisartsen als specialisten.

Literatuurstudie

Methode

In de literatuurstudie werd eerst en vooral het werkplekleren in de huisartsenpraktijk bestudeerd. Als tweede werd er gezocht naar de bestaande literatuur over de samenwerking tussen huisarts en specialist. Uiteindelijk werd ook gezocht naar wat er al geweten is over wat er al dan niet geleerd wordt door de huisarts in samenwerking met de specialist.

Er werd begonnen met enkele oriënterende zoekopdrachten via Google Scholar en Pubmed waarbij de termen "intraprofessional collaboration", "workplace learning", "general practitioner" en "specialist" gebruikt werden waarbij reeds enkele interessante referenties gevonden werden.
Nadien werd gekeken naar de meest relevante artikels en werd aan de hand hiervan meer systematisch gezocht via Pubmed aan de hand van de volgende MeSH-termen en major topics: "General Practitioners", "Family Practice", "Specialization", "Hospitalists", "Communication", "Interprofessional Relations", “Education, Medical”, “Learning”, “Workplace” en “Primary Healthcare”. Aan de hand hiervan werden 385 artikels gescreend op titel, abstract en uiteindelijk inhoud en werden 13 referenties weerhouden.
Hierna werd een bronnenonderzoek gedaan van de geselecteerde artikels om interessante, gerelateerde artikels nog te kunnen opnemen.
Zowel Nederlands-, Engels- en Franstalige artikels die online beschikbaar waren via het platform van Universiteit Gent werden aanvaard, waarbij voornamelijk gezocht werd naar artikels van de laatste 10 jaar. Oudere artikels werden echter wel aanvaard in geval van concepten of theorieën die vandaag nog steeds gelden, om de historische context of evolutie te duiden of indien dit desondanks de meest recent gevonden literatuur was.
Uiteindelijk werden 32 referenties geselecteerd.

Resultaten

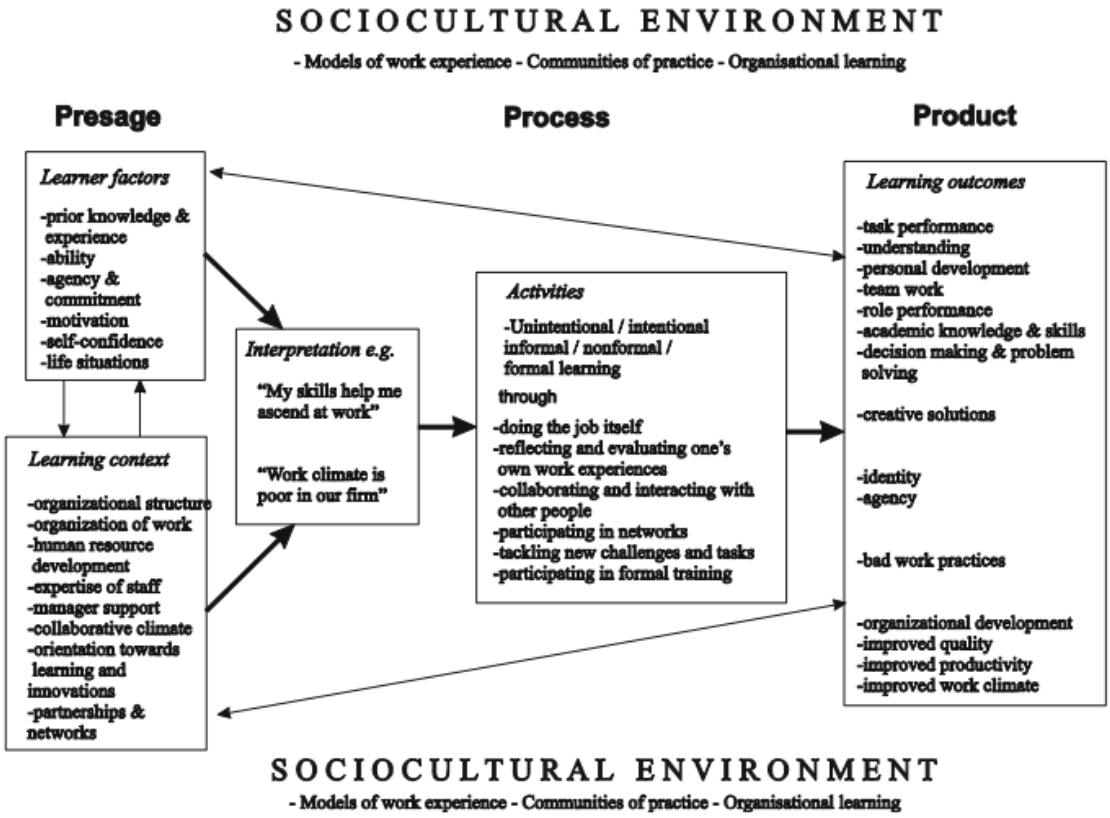
Werkplekleren

Zoals hierboven reeds beschreven, wordt werkplekleren omschreven als het leren dat plaatsvindt tijdens, door en voor het werk.
Om dit brede concept analyseerbaar te maken, ontwikkelden Tynjälä et al. een **3-P model van het werkplekleren**, gebaseerd op het eerdere model van Biggs et al (11).
Dit model splitst het leerproces op in 3 delen: *presage, process* en *product.* De ***presage*** omvat de voorbestaande factoren van enerzijds de lerende, zoals voorafgaande kennis en intrinsieke motivatie, en anderzijds de context van het leren, waar organisaties en netwerken deel van uitmaken. De nuance wordt hier echter ook gemaakt dat het niet enkel de factoren van de lerende en de contextuele factoren op zich zijn die invloed kunnen hebben op het leerproces,

maar dat het ook de interpretatie ervan door de lerende is die het leerproces beïnvloedt. Een huisarts kan bijvoorbeeld denken al genoeg kennis te hebben over een onderwerp en kan hierdoor minder openstaan voor nieuwe leermogelijkheden en omgekeerd.

Het ***process***-gedeelte maakt een onderscheid in op welke manier het leren plaatsvindt; in deze studie zullen we vooral focussen op het leren in samenwerking met de specialist. Hier kan echter wel nog onderscheid gemaakt worden tussen het intentioneel versus niet-intentioneel bijleren en het verschil tussen informele en formele leermomenten tussen huisartsen en specialisten.

Het ***product*** verwijst naar de uitkomst van het leerproces, dit kan toegenomen kennis inhouden en zo rechtstreeks de lerende beïnvloeden, maar kan ook oplossingen omvatten om de leercontext te optimaliseren (11).



Figuur 1: 3-P model van werkplekleren volgens Tynjälä et al. (11)

Het werkplekleren in specifiek de eerste lijn werd bekeken door Joynes et al. waarbij de nadruk op het informeel leren gelegd werd (3). Hierbij werd gezien dat informeel leren voornamelijk ontstond bij het tegenkomen van bepaalde situaties. Een ervan was het geconfronteerd worden met een **uitdagende patiëntencasus**, waarbij extra opzoekwerk werd uitgevoerd of er contact met een specialist genomen werd. Een andere trigger is **beleidsveranderingen** waarbij nieuwe richtlijnen en protocols een nieuwe kijk kunnen geven. Een laatste trigger kan

zijn dat een huisarts blootgesteld wordt aan de **beroepsbeoefening van anderen** zoals bijvoorbeeld specialisten, gespecialiseerde verpleegkundigen, andere huisartsen… en hierdoor andere inzichten verkrijgt (3). Hieruit blijkt nogmaals het belang van de samenwerking tussen huisarts en collega's voor het werkplekleren, waar we in het volgende onderdeel verder op in zullen gaan.

Intraprofessionele interactie tussen huisarts en specialist

Er is aangetoond dat goede en frequente communicatie tussen huisarts en specialist leidt tot betere uitkomsten voor patiënten en een hogere tevredenheid van zowel arts als patiënt (12). Slechte communicatie leidt dan weer tot minder goede opvolging en tevredenheid van de patiënt alsook tot een minder efficiënt gebruik van beschikbare middelen, met een toename van onnodige onderzoeken en gevraagde tijd van de arts, wat ook een economische impact kan hebben (13).

Historisch gezien is de relatie tussen huisarts en specialist echter niet altijd goed verlopen waarbij de huisarts minder aanzien genoot dan de specialist (5). In 1974 is een studie verschenen die de communicatie beschreef tussen huisarts en specialist waarbij dan ook werd gezien dat het contact tussen huisarts en specialist sterk beperkt was. Dit werd echter door beide partijen niet als een probleem aanzien en het werd ook niet als noodzakelijk gezien om informele contactmomenten uit te breiden. Hoewel toen al werd aangehaald dat betere communicatie tot betere patiëntenzorg zou leiden, was de motivatie hier dus niet voor aanwezig (14).

Een studie van Marshall et al uit 1999 omschreef een toegenomen aandacht hiervoor waarbij zowel huisartsen als specialisten zich bewust waren van de impact van een goede persoonlijke relatie op de patiëntenzorg en waarbij de persoonlijke relatie tussen huisarts en specialist ook een impact heeft op het verwijsproces (5).

In een reeks studies in de jaren 2000 van Berendsen et al werd de samenwerking tussen huisarts en specialist opnieuw geëvalueerd. Wat hierbij opvalt is dat, hoewel het belang van een goede samenwerking in deze studies zowel door huisartsen als door specialisten erkend werd, er toch door specialisten gerapporteerd werd een minder nauwe samenwerking met de huisartsen te ervaren. Dit mogelijk doordat huisartsen minder lange uren begonnen te werken (6, 8, 9). Wat hierbij opvalt is dat, hoewel er een toegenomen bewustwording wordt gezien doorheen de jaren over het belang van een goede samenwerking tussen huisarts en specialist, dit dus blijkbaar niet per se tot een nauwere samenwerking geleid heeft. Wel wordt gerapporteerd dat de hiërarchie tussen huisarts en specialist verminderd is ten opzichte van vroeger (15).

Wanneer men kijkt naar recentere studies, worden er nog steeds problemen in de onderlinge samenwerking gemeld (4, 6, 7), hieronder bespreken we de literatuur over intraprofessionele samenwerking verder.

Competenties voor samenwerken

Een review van Janssen et al beschreef de benodigde competenties voor een goede samenwerking tussen huisartsen en specialisten (16).

Hieruit bleek dat **patiënt-gecentreerde zorg** centraal moet staan, waarbij men gemeenschappelijke doelen moet stellen (16). Zoals hierboven beschreven, beseffen de meeste artsen het belang van een goede samenwerking voor een kwaliteitsvolle patiëntenzorg wel.

Andere belangrijke competenties zijn een **samenwerkende houding en respect**, alsook een duidelijke **verdeling van rollen en verantwoordelijkheden** (16). Dit onderwerp wordt ook aangeraakt in een studie van Beaulieu et al. over de barrières om goede samenwerking aan te leren tussen huisartsen en specialist. Daaruit blijkt dat een belangrijke barrière in het samenwerken onduidelijkheid is bij wie de verantwoordelijkheid voor verdere opvolging ligt (17). Het belang van deze duidelijke rolverdeling om een goede, complementaire samenwerking en patiëntenzorg tussen eerste en tweede lijn te kunnen bewerkstelligen wordt nog in verschillende andere studies aangehaald (16, 18). In een studie van Sampson et al. kwamen frustraties hierover boven waarbij zowel huisartsen als specialisten het gevoel hadden dat de ander aan *dumping* doet, het doorschuiven van het werk naar de ander. Zo hadden sommige specialisten het gevoel dat huisartsen sneller patiënten doorsturen in plaats van de zorg zelf in handen te houden en zich ook minder flexibel opstellen in hun uren waardoor patiënten sneller naar de tweede lijn gedwongen worden. Huisartsen hadden dan weer het gevoel dat ze meer en meer follow-up moesten voorzien van onderzoeken die in de tweede lijn waren aangevraagd of van patiënten die (te) snel uit het ziekenhuis ontslagen werden, waar dit vroeger meer door de specialist zelf werd gedaan (4).

Een volgende competentie is het hebben van **wederzijdse kennis en begrip**, wat inhoudt dat je weet wie je partners zijn, wat ze kunnen en welke mogelijkheden ze tot hun beschikking hebben (16). Het belang van de persoonlijke relatie tussen artsen en specialisten wordt verder nog beschreven. Over de gepercipieerde mogelijkheden van de ander gaven zowel huisartsen als specialisten aan dat er in beide richtingen onrealistische verwachtingen aanwezig konden zijn. Hierbij schatten huisartsen soms incorrect in wat er haalbaar is in een ziekenhuis of tijdens een opname en sturen specialisten soms laattijdig hun verslag door, waardoor huisartsen een ziekenhuisbezoek niet op een geïnformeerde manier kunnen bespreken met de patiënt (4). Verder werd ook aangehaald dat de eerste en tweede lijn de laatste jaren meer uit elkaar groeien op manier van werken, wat een mogelijke factor is voor het toenemend onbegrip

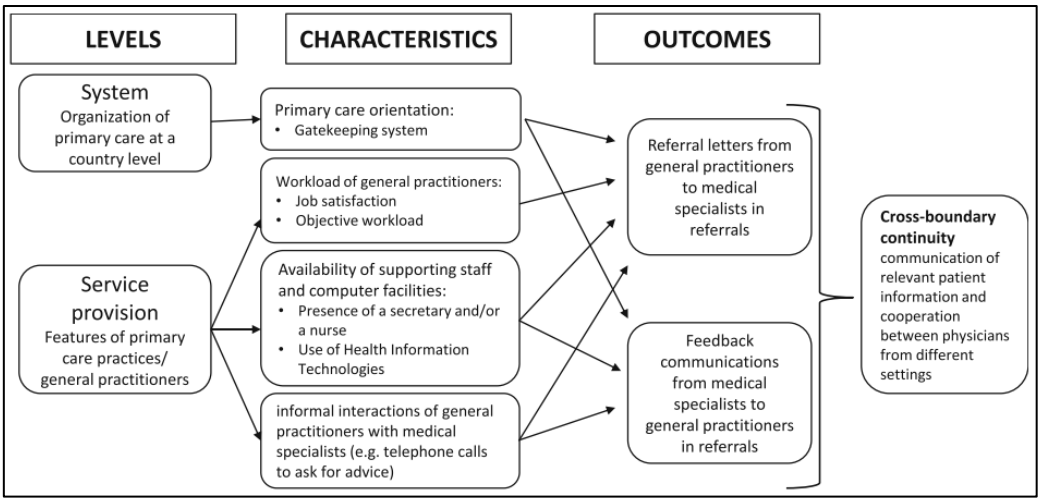
tussen de twee groepen (17). Meer tijd doorbrengen in elkaars werkomgeving of *working in each other's kingdom,* alsook een toegenomen aandacht voor het belang van intraprofessionele samenwerking tijdens de opleidingen, zou kunnen bijdragen om elkaars rol beter te begrijpen en te weten wat haalbaar is voor de ander (4, 17).

Goede **communicatie** wordt als een volgende belangrijke competentie beschreven voor een goede samenwerking. Dit houdt zowel de juiste manier van communiceren in, als het juiste moment hiervoor (16). Ook dit komt verder nog uitgebreider aan bod.

De laatste competentie is de rol van **leiderschap**. Dit houdt enerzijds het *managen* van personen en teams in, maar anderzijds ook het aanpakken van organisatorische problemen om een vlotte samenwerking te faciliteren (16).

Mate van contact

Factoren die invloed kunnen hebben op de mate van onderling contact werden bekeken door Scaioli et al. in een studie waarbij deelnemers uit 34 landen geïncludeerd werden. Hierbij werd gezien dat er een hogere mate van communicatie gezien wordt in landen waar de huisarts de rol van *gatekeeper* heeft, zoals bijvoorbeeld Nederland, dit kan echter maar een deel van de verschillen tussen landen verklaren. Verder waren ook een hogere job tevredenheid, een toegenomen werklast, de aanwezigheid van een secretariaat, het gebruik van computers en informeel contact tussen huisarts en specialist factoren die zorgden voor een toename in het aantal verwijsbrieven. Ook de mate van feedback van de specialist naar de huisarts toe wordt door veel van deze factoren beïnvloed, zoals in het schema hieronder weergeven. Zowel de organisatie van de zorg, als individuele factoren van artsen of praktijken kunnen dus een invloed hebben op de mate van communicatie tussen huisarts en specialist (12). Het gebrek aan tijd om goede samenwerking te kunnen bewerkstelligen werd ook aangehaald in een studie van Trusch et al (19).



Figuur 2: factoren die de communicatie tussen huisartsen en specialisten kunnen beïnvloeden (12)

Manieren van communicatie

Zowel huisarts als specialist vindt de ander over het algemeen moeilijk **telefonisch bereikbaar** (4, 6, 7, 9). In de studie van Sampson et al. wordt beschreven dat dit kan leiden tot 'pingpong' communicatie, waar ze elkaar om beurt proberen te bereiken zonder succes.

Tijdens het telefonisch contact zelf wordt het belang van het geven van contextuele factoren en het luisteren naar elkaar aangehaald om een efficiënt, holistisch beeld van de patiënt te kunnen doorgeven (4).

Ook wanneer het gaat over de **verwijsbrieven en verslagen** zijn beide kanten historisch niet overtuigd van de ander zijn werk (6, 20, 21). Zo toonde een studie van Berendsen et al. uit Nederland in 2009 aan dat maar 30% van de specialisten tevreden was over de kwaliteit van de verwijsbrieven (6). Al in 1992 verscheen er een artikel dat dit probleem aanhaalde en waarbij er gezocht werd naar de gewenste inhoud van een verwijsbrief om efficiënte overdracht van patiënten mogelijk te maken. Niet alleen de puur communicatieve, maar ook mogelijke educatieve component van verwijsbrieven en verslagen werd hier aangehaald (22). In een latere studie van Grol et al. werd er echter geen sterk bewijs gevonden dat een betere verwijsbrief tot een beter verslag zou leiden (20). Ook in andere studies kwamen frustraties boven over onduidelijke redenen van verwijzing of onduidelijke adviezen (17).

Gezondheidstechnologie kan vandaag en in de toekomst mogelijk wel bijdragen aan de kwaliteit van de brieven, de voorkeur van huisartsen voor computer gegenereerde brieven werd dan ook reeds beschreven. Hiernaast werden ook trainingssessies of feedback op brieven aangehaald als opties om de schriftelijke communicatie te verbeteren (13, 21).

Ondanks de toegenomen digitalisering rapporteerde een studie van Dinsdale et al. uit 2020 nog steeds onvoldoende informatie in de verwijsbrieven, gaande van de reden voor verwijzing tot belangrijke aspecten van de voorgeschiedenis. Dit duidt enerzijds op een gebrek aan volledigheid bij het opstellen bij de verwijsbrief, maar anderzijds ook op het niet nauwkeurig bijhouden van het patiëntendossier. Bij een actuele voorgeschiedenis kan deze namelijk rechtstreeks geïmporteerd worden in de brief (23).

Los van de kwaliteit van de brieven, gaven 89% van de huisartsen in de studie van Berendsen et al. aan dat verslagen van specialisten te lang op zich laten wachten, als oplossing hiervoor werd in een review van Vermeir et al. de mogelijkheid aangehaald om een kopie van het verslag met de patiënt mee te geven (6, 13, 21). Anderzijds gaf de helft van de specialisten aan dat ze het gevoel hadden dat huisartsen de adviezen in hun verslagen toch niet opvolgden (6). Ook hier rapporteerden Dinsdale et al. nog steeds een lange wachttijd op het verslag van de specialist, alsook de volledige afwezigheid van verslagen in sommige gevallen (23).

De situatie in **België** werd beschreven door Vermeir et al. in 2015, waarbij dezelfde gevalideerde vragenlijst als Berendsen et al. werd gebruikt (7, 24). Hierin worden gelijkaardige pijnpunten beschreven rond de kwaliteit van de verwijsbrieven en de snelheid van het verslag van de specialist. Er lijk echter wel een positievere perceptie over de wederzijdse telefonische bereikbaarheid te zijn. Hiernaast vonden de Belgische huisartsen de verslagen van specialisten wel van goede kwaliteit en was 80% van de specialisten hier wel van mening dat de huisarts het gegeven advies opvolgde (7).
Andere interessante elementen die bovenkwamen bij het evalueren van de karakteristieken van de deelnemers waren dat specialisten in perifere ziekenhuizen meer telefonisch contacten hadden dan specialisten in een tertiair centrum, dat langere ervaring zowel bij huisarts als specialist leidde tot meer telefonische contacten en dat stedelijke huisartsen meer telefonisch contact hadden dan huisartsen in een ruraal gebied (7). Dit laatste wordt wel tegengesproken door de studie van Trusch et al waar gezien werd dat huisartsen in een ruraal gebied net meer telefonisch contact zouden hebben met de gynaecoloog dan in een stedelijk gebied (19).

Naast deze klassieke vormen van contact, kunnen ook **modernere vormen van communicatie** de interactie tussen huisartsen en specialisten faciliteren. Zo gaven zowel huisarts als specialist over het algemeen aan een voorstander te zijn van een gemeenschappelijk medisch dossier voor vlottere informatieoverdracht (6, 7).
Een ander voorbeeld van moderne communicatie is het gebruik van videoconferenties, wat het belangrijke voordeel heeft dat de lichaamstaal gezien wordt en er ook belangrijke informatie via deze weg kan doorgegeven worden (13). Een studie van Lundvoll et al. beschreef hoe het gebruik hiervan kan bijdragen tot een betere continuïteit en coördinatie en zo tot een betere zorg (25). Een recente studie van Peeters et al. over e-consultaties tussen huisartsen en specialisten rapporteerde uiteenlopende reacties hierover. Zo werd specialistisch advies bereikbaarder voor de huisarts wat tot efficiëntere zorg kan leiden waarbij de patiënt sneller geholpen kan worden, zonder naar het ziekenhuis te moeten gaan. Negatievere aspecten waren dat dit weer een meer afstandelijke vorm was van communicatie tussen huisartsen en specialisten en dat e-consultaties konden zorgen voor een verdere toename van de werkdruk (26).

Persoonlijke relatie

Hoewel zowel specialisten als huisartsen aangeven dat de zorg niet beïnvloed zou mogen worden door de **persoonlijke relatie tussen huisarts en specialist**, geven beide kampen toch aan een betere samenwerking te hebben en soms zelfs een ander beleid te kunnen opstarten ten gevolge van een betere of slechtere onderlinge relatie (4). Zo zou een goed contact volgens de specialist enerzijds de drempel voor telefonisch contact verlagen, wat leidt

tot een sneller of beter geholpen patiënt. Anderzijds helpt het de specialist ook om de huisarts en zijn kennis of manier van werken beter te kunnen inschatten na verloop van tijd (9).
Manieren om deze relaties op te bouwen kunnen ontstaan door fysiek meer nabij elkaar te werken, door specialisten bijvoorbeeld consultaties te laten voeren in de huisartsenpraktijk of bijvoorbeeld zelfs gezamenlijke consultaties te voeren (4, 8). Hiernaast kan ook het deelnemen aan gemeenschappelijke medische bijscholingen of evenementen helpen om deze band op te bouwen, alleen werd hier wel over gerapporteerd dat het telkens dezelfde aanwezigen waren op zo'n evenementen (4, 18). De meer recente studie van Trusch et al. uit 2021 bevestigde nogmaals het belang van een netwerk als arts (19).
Barrières om relaties verder te kunnen uitbouwen waren het toenemend aantal artsen, die tegelijk vaak minder uren werkten, alsook een te hoge werkdruk waardoor er beperkte tijd was om relaties uit te bouwen of te onderhouden (4).

Feedback en educatie

In de studie van Berendsen et al. en die van Vermeir et al. geven zowel huisartsen als specialisten aan voorstander te zijn van **feedback** van de ander, maar rapporteren beiden dat deze zelden gegeven wordt (6, 7).
In verschillende studies wordt ook het educatieve aspect van een goede communicatie aangehaald. Zowel huisartsen als specialisten geven aan regelmatige bijscholing belangrijk te vinden alsook het belangrijk te vinden om de huisarts te laten bijleren in onderlinge interactie (6, 7). Specialisten zien het als nuttig om huisartsen nieuwe zaken bij te leren opdat ze hun functie als gatekeeper beter kunnen uitvoeren en de patiëntenflow zo beter kunnen reguleren. Zelf gaven ze echter niet aan veel te kunnen bijleren van de huisarts (9).
Zoals hierboven aangehaald, leidt een goede samenwerking niet enkel tot bijleren van de huisarts, maar kunnen educatiemomenten op zich ook een kans zijn om nauwere relaties te bekomen en zo dus een betere samenwerking te bereiken (18).
Hieronder wordt verder besproken wat dit bijleren inhoudt en wordt verder gekeken naar de aspecten van het intraprofessioneel werkplekleren tussen huisarts en specialist.

Intraprofessioneel werkplekleren tussen huisarts en specialist

In dit onderdeel wordt meer specifiek het intraprofessioneel werkplekleren in de interactie tussen huisarts en specialist uitgediept. In een review van Marshall et al. van 1998 zagen zowel huisartsen als specialisten de mogelijkheid om te leren eerder als een eenrichtingsproces waarbij kennis wordt overgedragen van de specialist naar de huisarts. Bij onderlinge discussies werden echter wel de holistische aanpak (15), de teaching skills en de communicatievaardigheden van de huisarts aangehaald als zaken waar de specialist kon van bijleren (10). Onderzoek naar werkplekleren legt tegenwoordig dan ook meer de nadruk op het

bidirectionele aspect van het leren, waar ook de educator kan bijleren uit de interactie. Dit door bijvoorbeeld bij te leren door opmerkingen van de lerende of zelf extra opzoekwerk te doen ten gevolge van een vraag (27). Desondanks wordt het leren in de klinische praktijk door artsen nog steeds als een unidirectioneel proces gerapporteerd, met als mogelijke verklaring enerzijds een verschil in hiërarchie tussen de lerende en de educator waardoor er beperkte kritische vragen komen vanuit de lerende. Anderzijds is het mogelijk dat het wederkerige aspect van het leren minder bewust ervaren wordt, gezien dit vaak een niet-intentionele vorm van leren is (27).

Hieronder wordt het intraprofessioneel werkplekleren beschreven volgens een review van Teheux et al uit 2021 die het intraprofessioneel werkplekleren van assistenten uitdiept volgens het hierboven beschreven 3P-model van Tynjäla et al (11, 27). In tegenstelling tot de oorspronkelijke focus op de verschillende disciplines, zullen we hier meer focussen op de factoren die relevant zijn voor de huisartsenpraktijk. Hierbij zullen we andere studies betrekken waaronder een review van Mertens et al. over het werkplekleren in de eerste lijn (28) en de studie van Marshall et al. van 1998 die voor het eerst specifiek het educationele aspect van de interactie tussen huisartsen en specialisten beschreef (10).

Presage – factoren van de lerende

Ervaring en kennis, alsook zelfvertrouwen, van de lerende speelt een belangrijke rol in het intraprofessioneel werkplekleren als arts (27, 28). Zo werd gezien dat minder ervaren artsen aangeven meer te leren en dat ze voornamelijk leren door experten te observeren en vragen te stellen. Dit waar meer ervaren artsen meer zelfgestuurd leren en meer verantwoordelijkheid nemen in de patiëntzorg. Er werd dan ook gerapporteerd dat minder ervaring in het begin van het assistentschap leidt tot meer contactname met andere artsen en uitgebreidere discussies, waarbij het omgekeerde gezien werd bij assistenten en huisartsen-in-opleiding op het einde van hun opleiding (15, 27).

Hiernaast is ook **motivatie** een belangrijke facilitator van intraprofessioneel leren bij assistenten, waarbij goede patiëntenzorg de duidelijkste motivator is (15, 27, 28). Vragen van een gemotiveerde lerende kunnen ook de educator *triggeren* om enerzijds meer feedback te geven en anderzijds ook zelf *up to date* te willen blijven en op te zoeken, het leren kan zo dus in twee richtingen werken (28).

Ook de **zelfregie** van de lerende is een belangrijke factor; dit verwijst naar het actieve handelen en de opzettelijke keuzes die de lerende maakt om het leerproces te sturen en te bevorderen (27). Een belangrijke factor die bijdraagt tot het leren is dan ook zelfreflectie, wat zowel spontaan als getriggerd kan ontstaan. Het bewust zijn van wat men nog kan bijleren is

ook een motiverende factor op zich en kan helpen de eigen leeragenda te controleren (28). In de studie van Marshall et al. gaven huisartsen toen ook al aan het belangrijk te vinden zelf de controle te houden over hun leeragenda (10).

Presage – leercontext

Een voor de hand liggende, maar belangrijke factor bij de leercontext is de **mate van blootstelling** aan intraprofessionele samenwerking, waarbij een hoge blootstelling meer kansen geeft tot leeropportuniteiten en een verminderde interactie deze beperkt (27). Zoals hoger beschreven, wordt deze mate van blootstelling beïnvloed door de organisatie van het werk en dit zowel op beleidsniveau als op het niveau van de individuele praktijk of arts (12).

Een andere belangrijke contextuele factor is het **leerklimaat**, waarbij hiërarchie, negatieve stereotypes en percepties het samenwerken en leren kunnen verhinderen. Zo zijn vertrouwen en respect belangrijke voorwaarden voor een goed leerklimaat (27, 28). Dit werd ook al aangehaald in de studie van Marshall et al. waar beide partijen aangeven dit nodig te vinden om constructieve feedback te kunnen geven en/of krijgen. Hierbij gaf men wel aan soms niet te openlijk kritisch te willen zijn om elkaar op legaal vlak te beschermen. Specialisten gaven ook aan bang te zijn om neerbuigend over te komen wanneer ze in hun verslagen feedback gaven over de verwijzing, iets waar huisartsen net vragende partij voor waren (10).
In de review van Mertens et al. wordt ook het belang van **een goede (persoonlijke) relatie** met laagdrempelige communicatie tussen lerende en educator benadrukt (28). Het belang van een goede relatie is niet alleen relevant voor een goede interactie, maar ook de basis voor een goed leerklimaat en een motivator op zich om leeropportuniteiten op te zoeken (15, 27). Ook de aanwezigheid van een feedbackmechanisme en formele, intraprofessionele activiteiten zoals lezingen kunnen de interesse en de bewustwording van leeropportuniteiten stimuleren (27).

Verder wordt ook het aspect van de supervisie aangehaald in de review van Teheux et al., in het kader van deze studie is het relevanter om de supervisie te zien als de educator, wat in de meeste gevallen de specialist is bij het werkplekleren tussen huisarts en specialist (27). Specialisten gaven aan gemotiveerd te zijn om huisartsen verder te doen bijleren en vonden dit zelfs deel van hun professionele plicht. Sommigen gaven ook aan te hopen de kwaliteit van de verwijzingen te willen verbeteren door de huisartsen zaken bij te leren (10).
De **factoren van de educator** houden de kennis en expertise van de educator in, waarbij het belangrijk is dat de educator als expert aanzien wordt. Beschouwd worden als iemand met te veel expertise, kan er dan weer voor zorgen dat de lerende niet veel durft te vragen. Ook de mate waarin de expert de klinische kennis en context van de lerende kent is van belang (27,

28). In de studie van Marshall et al. gaven huisartsen dan ook aan dat specialisten tijdens hun opleiding best een periode in de huisartsenpraktijk zouden staan om ze een beter begrip te geven over de rol van de huisarts (10). Hiernaast wordt ook aangehaald dat een gebrek aan *teaching skills* bij de educator voor een verminderd leren kan zorgen (27), wat ook opnieuw terugkomt in de studie van Marshall et al. waarbij zowel huisartsen als specialisten toen aangaven dat deze vaardigheden ontbreken en dat ze hier niet in opgeleid zijn (10). De rol van educator wordt dan ook meestal geleerd doorheen de tijd door ervaring in deze rol op te bouwen. Hier actief mee bezig zijn kan de educator meer doen reflecteren en zo ook invloed hebben op zijn handelen, alsook het zelfvertrouwen doen stijgen (28).

Een laatste aspect dat wordt beschreven in de review van Teheux et al. zijn de **zorgnoden van de patiënt**, waar complexe casussen het leren kunnen stimuleren door de toegenomen nood aan interactie (27, 28). Anderzijds kan complexe zorg ook leiden tot conflicten en spanningen, die, wanneer ze niet opgelost worden, net tot minder intraprofessioneel contact kunnen leiden (27).

Mertens et al halen ook **organisatorische factoren** aan. Zo kan het gebruik van bepaalde hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld flowcharts en protocollen, uitnodigen tot overleg en leren faciliteren (28). Huisartsen gaven vroeger dan ook aan van specialisten te verwachten om hen *up to date* te houden met de laatste richtlijnen. Een probleem hierbij was dat specialisten het moeilijk vonden om richtlijnen te delen omdat ze het over veel dingen in hun eigen specialisatie niet altijd eenduidig eens waren (10).
Ook technologische hulpmiddelen (bvb patiëntendossier, teleconsulten…) kunnen het leren faciliteren, maar dit kan enkel indien de gebruikers de vaardigheden hiervoor hebben en overtuigd zijn van het nut ervan.
Hiernaast kan ook een gedeelde verantwoordelijkheid voor patiënten leiden tot overleg en werkplekleren (28) en kan ook de fysieke werkplek/-ruimte invloed hebben op het leren, waarbij een grote fysieke afstand tussen huisarts en specialist zorgt voor minder leeropportuniteiten (15, 27).

Process

Het belangrijkste leerproces bij het intraprofessioneel werkplekleren is het effectieve **samenwerken in de praktijk**, maar ook **formele opleidingssessies** zijn een manier waarop er intrapofessioneel leren kan plaatsvinden. (27)
In de review van Mertens et al. werd gezien dat ongeplande, informele leeropportuniteiten als meer motiverend gezien werden (28). Dit werd ook gezien in de studie van Marshall et al. waar huisartsen toen inderdaad een informele, casusgerichte aanpak verkozen waarbij via

laagdrempelige telefonische contacten geleerd kon worden. Dit in tegenstelling tot de specialisten die een voorkeur hadden voor klassieke lezingen en liever niet gestoord werden tijdens hun consultaties. (10)

Naast telefonische contacten kunnen ook verslagen als een opleidingsmiddel gezien worden, in de eerder vermelde studie van Vermeir et al. werd dan ook gezien dat tot een kwart van de verslagen van specialisten een educatieve waarde hebben (13).

Enkele studies onderzochten ook de educatieve waarde van eventuele gezamenlijke (tele)consultaties. Janssen et al. rapporteerden een studie waarbij huisartsen-in-opleiding en assistent-specialisten samen consultatie voerden. Hierbij rapporteerden beide groepen dat ze consultatie- en samenwerkingsvaardigheden geleerd hadden, die ze anders moeilijk hadden kunnen leren (29). Een eerdere studie van Macfarlane et al. over gezamenlijke teleconsultaties rapporteerde hier gemengde reacties op, waarbij er wel belangrijke educatie kon plaatsvinden, maar dat deze beperkt kon worden door de reden van doorverwijzing (indien niet relevant voor de huisarts vond er minder leren plaats) en de aanwezigheid van de patiënt die zorgde voor minder rechtstreekse interactie tussen huisarts en specialist (30).

Hiernaast kunnen ook modernere vormen van communicatie zoals de eerder beschreven videoconferenties en e-consulten bijdragen tot het leren (25, 26).

Product

Belangrijke uitkomsten van intraprofessioneel leren zijn een verbeterde **patiëntgeoriënteerde zorg**, dit vaak door een toename van vertrouwen in de kennis en expertise van de lerende.

Hiernaast kan het leren leiden tot toegenomen **wederzijds respect en een positievere kijk op de samenwerking**, waarbij een duidelijker beeld bekomen werd van de andere specialisatie. Hierdoor kan men verslagen beter begrijpen en betere indicaties stellen voor contactname of verwijzing. Ook een meer **gecoördineerde samenwerking**, toegenomen zelfzekerheid en toegenomen samenwerkingsvaardigheden werden gerapporteerd. Als laatste werd ook **betere intraprofessionele communicatie** gezien, waarbij men meer zelfzeker was in de communicatie met de ander en men hun vragen beter kon uitdrukken (27). Dit werd ook gezien in een studie van Eppich et al. uit 2019, waarbij gezien werd dat artsen in opleiding beter werden in telefoongesprekken doorheen hun opleiding. Zo leerden ze beter en efficiënter communiceren door hun gedrag aan te passen aan eerder ervaren spanningen en weerstand van de gesprekspartner (31). In een studie van Bergus et al. werd wel gezien dat huisartsen in opleiding geen beter geformuleerde klinische vragen (via email) stelden aan het begin tegenover het einde van hun opleiding, maar dat dit eerder individueel verschilde onderling (32). Een mogelijke verklaring hiervoor is het gebrek aan rechtstreekse feedback op geschreven verwijzingen of vragen in tegenstelling tot een telefonisch contact.

Barrières voor het leren

De studie van Marshall et al. haalde de **mismatch** tussen de te verkiezen manier van bijleren tussen huisartsen en specialisten (informeel en casusgebonden vs formele lezingen) aan als een mogelijke barrière voor het intraprofessioneel leren (10).

Hiernaast komen een **hoge werkdruk en tijdsgebrek** in verschillende studies naar boven als belangrijke barrières voor het intraprofessioneel werkplekleren, waarbij informele leermomenten als eerste wegvallen (10, 15, 27, 28). Een mogelijke oplossing hiervoor is beschermde tijd voorzien voor het leren en voor overleg (28). Ook mindere **wederzijdse bereikbaarheid** werd aangehaald als een belemmerende factor voor het leren (10, 15).

Een **gebrek aan interprofessionele educatie en teaching skills** in de basisopleiding zou het moeilijker maken om later tot goede samenwerkings- en leervaardigheden te komen, hiervoor kunnen bijkomende opleidingen voorzien worden om hieraan tegemoet te komen (10, 27).

Veldstudie

Methode

Design

In deze studie werd onderzocht hoe de huisarts bijleert of kan bijleren in interactie met de specialist. Aangezien dit specifiek onderwerp zelden eerder onderzocht werd, werd gekozen voor een exploratief kwalitatief onderzoek. Verder werd binnen het kwalitatief onderzoek gekozen voor een interviewstudie gezien de mogelijkheid hiervan tot nuance en verdere exploratie van aangehaalde thema's, wat meer kansen geeft tot het genereren van nieuwe theorieën.

Dataverzameling: semigestructureerde interviews

Voor deze interviewstudie werden zowel huisartsen als specialisten gecontacteerd aan de hand van *purposive sampling*. Hierbij werd gemikt op een twintigtal deelnemers. Er werden verschillende praktijkvormen gezocht, waarbij zowel soloartsen, groepspraktijken, als wijkgezondheidscentra gecontacteerd werden. Hiernaast werd voor de specialisten gelet op een spreiding in disciplines, waarbij erop gelet werd enkele internistische disciplines, enkele snijdende disciplines en enkele voornamelijk consultatiegerichte disciplines te rekruteren. Dit om niet voorbij te gaan aan eventuele verschillen in samenwerking en percepties op leren tussen verschillende specialisaties. Om praktische redenen van bereikbaarheid werden enkel deelnemers van de provincies Antwerpen, Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen gerekruteerd. Hierbinnen werd echter wel gelet op een spreiding tussen grootstedelijke, stedelijke en landelijke gebieden.

Alle deelnemers moesten minimaal vijf jaar werkervaring hebben, zodat zij al voldoende praktijkervaring hadden opgedaan en voldoende afstand hadden van hun opleidingsomgeving, waardoor recente invloeden daarvan geen rol meer speelden in hun leerperceptie.

Naast persoonlijke interviews, planden we ook enkele focusgroepen in waarbij verschillende huisartsen binnen eenzelfde praktijk tegelijk geïnterviewd werden. Dit om de verschillen binnen eenzelfde praktijk in beeld te kunnen brengen.

De interviews verliepen op een semigestructureerde wijze rond een aantal vastgestelde onderwerpen, zoals weergeven in de *topic guide.* Een interview nam minimaal 15 en maximaal 45 minuten in beslag en werden digitaal opgenomen.

Ter voorbereiding van de interviews is een *topic guide* opgesteld (zie bijlage 1), gebaseerd op de onderzoeksvragen. Deze werd bij de hand gehouden tijdens de interviews.

Voorafgaand aan de interviews werd het *informed consent* overlopen en ondertekend. Daarbij werd telkens toestemming gevraagd tot audio-opnames.

Na het interviewen van achttien deelnemers werden bij de laatste interviews geen opvallende nieuwe inzichten meer bekomen en werd overgegaan tot de gestructureerde analyse van de resultaten.

Data analyse

Voor de verwerking van de kwalitatieve data zijn de opgenomen gesprekken getranscribeerd met behulp van Sonix. Hierna werden deze nog nagelezen en aangepast indien nodig, waarbij woorden zoals ‘uhm’ verwijderd werden uit de citaten om de leesbaarheid te verhogen. Daarna werden een thematische analyse verricht van de data met behulp van NVivo. De interviews werden geïmporteerd en opnieuw doorgenomen, waarbij relevante citaten gecodeerd werden. Hierna werden deze onderverdeeld onder de drie hoofdvragen van het onderzoek, gebaseerd op de drie leerfases volgens Tynjälä (11). Hierbinnen werden aan de hand van de codes thema’s gegenereerd en een codeboom opgesteld. De codeboom en initiële resultaten werden bediscussieerd met Dr Fien Mertens.

Ethische aspecten van het onderzoek

Voor deze masterproef is toestemming gevraagd aan het Comité voor medische ethiek. Bij deze aanvraag werd reeds de topiclijst en het *informed consent* toegevoegd. Ethische goedkeuring is bekomen op 9 januari 2024, zie bijlage 2.

Resultaten

Hieronder worden de resultaten van de interviewstudie besproken, waarbij eerst de deelnemerskarakteristieken beschreven worden. Hierna worden de resultaten gepresenteerd in drie delen, opgebouwd volgens de *presage, process* en *product* fases van het werkplekleren volgens Tynjälä et al. (11) onder de vorm van 'voorafbestaande en/of contextuele factoren', 'verloop van het contact en leerproces' en 'uitkomst van het leerproces'. Hierbinnen worden telkens de uit de data gevonden thema's voorgesteld.

Deelnemerskarakteristieken

Uiteindelijk werden 18 artsen geïncludeerd in het onderzoek, waarvan 10 huisartsen en 8 specialisten. Van de 10 huisartsen werden 2 solo-interviews afgenomen en werden 3 focusgroepen georganiseerd waar meerdere artsen van eenzelfde praktijk aan deelnamen.
De 8 deelnemende specialisten bestonden uit een cardioloog, een endocrinoloog, een pneumoloog, een pediater, een psychiater, een gynaecoloog, een orthopedist en een chirurg. Hieronder worden de verschillende karakteristieken weergegeven.

Tabel 1: deelnemerskarakteristieken.

Huisartsen		#	**Specialisten**		#
Geslacht	Mannelijk	5	**Geslacht**	Mannelijk	4
	Vrouwelijk	5		Vrouwelijk	4
Spreiding	Ruraal	4	**Spreiding**	Privé	1
	Stedelijk	3		Stad met 1 ziekenhuis	4
	Grootstedelijk	3		Stad met meerdere ziekenhuizen	3
Soort praktijk	Solo-arts	1	**Specialisatie**	Internist	3
	Groepspraktijk	6		Snijdende discipline	2
	WGC	3		Andere	3
Leeftijd	<40 jaar	6	**Leeftijd**	<40 jaar	0
	>40 jaar	4		>40 jaar	8

Voorafbestaande en/of contextuele factoren

a. Invloed van persoonlijkheid

Zowel huisartsen als specialisten geven aan dat de **motivatie voor interactie** individueel verschilt van arts tot arts en dat dit invloed kan hebben op zowel de bereikbaarheid en de mate van contact als de mate van uitleg.

> *Dat is heel sterk variabel hè? Ik werk nu 33 jaar en er zijn huisartsen die ik al 33 jaar van naam ken en die ik nog nooit gezien of nog nooit gehoord heb. En er zijn andere, maar da's dan vooral de jongere generatie, die bellen bijna wekelijks of zo.*
> *- Specialist 6 -*

Hiernaast wordt ook gezien dat de intrinsieke **motivatie tot bijleren** van arts tot arts verschilt. Waar de ene huisarts dit als een verplicht onderdeel van het beroep ziet, geeft een oudere arts aan niet meer veel bij te leren en eerder opportunistisch met leren om te gaan wanneer bepaalde kennis vereist is voor een casus.
Ook bij de specialisten zijn er artsen die aangeven het als hun taak zien om de huisarts extra informatie en uitleg te geven, waar anderen hier minder de noodzaak van inzien. Huisartsen geven dan ook aan dat dit opvalt bij het contacteren van specialisten en dat ze hun vraagstelling aanpassen aan de specialist in kwestie.

> *Ge weet ook wel bij welke specialist op den duur dat ge dat wel kunt doen. Bijvoorbeeld ik weet als ik naar dokter 1 bel, die gaat het mij uitleggen. Moet ik naar dokter 2 bellen? Die gaat mij niets uitleggen. En dan weet ik gewoon van allee, t is natuurlijk ook te zien wie van wacht is hé. Maar als ge dan op voorhand al de naam hoort, dan peist ge ja, oké. K ga gewoon echt vragen wat is t? En dat moet ik doe of ik ga eens wat meer uitleg vragen. Dat heeft te maken met karakters ook hé?*
> *- Huisarts 10 –*

b. Invloed van ervaring

Naast het individueel karakter, speelt ook de ervaring mee in de mate en diepgang van het contact. Zo geven zowel huisartsen als specialisten aan dat over het algemeen **jongere huisartsen meer contact opnemen of patiënten verwijzen** dan ouderen.
Een frequent aangehaalde verklaring hiervoor, was het gebrek aan ervaring met meer onzekerheid tot gevolg. Een specialist haalde echter ook de mogelijke verklaring aan dat er veeleisende patiënten zijn die weinig vertrouwen hebben in jongere artsen. Een voorgestelde oplossing hiervoor van deze specialist was om eerst te overleggen met een meer ervaren huisarts in de praktijk vooraleer een patiënt te verwijzen.

Deze tendens in verwijzingen wordt over het algemeen echter niet als iets negatiefs ervaren door specialisten, die begrip hebben voor de ervaring die opgebouwd moet worden. Anderzijds werd ook enkele keren aangehaald dat oudere artsen daarentegen soms te laat verwezen of zelfstandig al een incorrecte diagnose of behandeling gaven.

> *Je ziet wel een verschil in doorverwijzingsprofiel van artsen die al 30 jaar bezig zijn dan jonge artsen, ge voelt bij sommige jonge mensen onzekerheid. Ja dan sturen ze door voor iets kleins. Maar ja, oke, dat is een kwestie van tijd, hè? Dus het is niet als je U diploma op zak hebt van huisarts dat je dan al 10 jaar ervaring hebt, dus dat komt wel, dat is logisch.*
> *- Specialist 8 -*

Een enkele specialist gaf daarentegen wel aan dat hij vond dat er minder schroom was bij oudere artsen om hem te contacteren, dit vaak doordat er reeds een persoonlijke relatie aanwezig was. Hiernaast contacteerden ook huisartsen in opleiding hem regelmatig, maar viel

de generatie tussen de jongste huisartsen en de ouderen er wat tussenuit. Een duidelijke verklaring hiervoor had hij zelf niet.
Een huisarts gaf inderdaad aan in het begin van de carrière meer vragen te stellen, maar nu kortere telefonische contacten te hebben om de specialist niet te storen.

> *Het moet meestal allemaal heel snel gaan. Ge wilt die ook niet te lang storen, want die zitten ook met een patiënt voor zich. En gij ook. Dat is soms wat moeilijk denk ik. Daar weet ik dat ik dat vroeger toen ik net startte… Dan stelde ik wel meer vragen. Maar nu is dat redelijk kort.*
> *- Huisarts 8 -*

c. Onderlinge perceptie tussen huisarts en specialist

In deze studie geven de specialisten aan veel belang te hechten aan de samenwerking met de huisarts en dit als iets **positiefs** te zien. Een specialist gaf dan ook aan een goede samenwerking als noodzakelijk te ervaren voor goede patiëntenzorg.
Verschillende specialisten gaven aan zich niet hoger geplaatst te voelen dan de huisarts en vonden dat ze een complementaire rol hadden. Er werd dan ook bewondering getoond over de brede kennis van huisartsen en begrip dat deze niet overal diepgaand kan zijn. Verder werd ook meermaals de algemeen goede kwaliteit van huisartsen aangehaald, waarbij weinig zware medische fouten gemaakt worden.

> *Huisartsen zijn ook zeer goed opgeleid, hè? … Maar t is wel zo, ge kunt niet van alles evenveel weten dan wij als specialist die van heel weinig dan meer weten. Ja, da's ergens logisch hè?*
> *- Specialist 7 -*

Over de verwijsbrieven en elektronische patiëntendossiers was er wel wat ontevredenheid waarbij soms weinig informatie en verouderde informatie aangehaald werd als gebreken. Sommige huisartsen rapporteerden dan weer hier wel veel moeite in te steken, maar het gevoel te hebben dat deze toch niet gelezen werden door de specialisten.

Huisartsen rapporteerden over het algemeen ook eerder een positieve samenwerking, waarbij een arts aangaf dat er vandaag meer oor was naar de mening van de huisarts tijdens het bespreken van een patiënt dan vroeger.
Enkele huisartsen gaven echter wel nog aan arrogantie of opmerkingen tijdens telefonische contacten te ervaren die hen demotiveerden om nog snel contact op te nemen. Ook werd aangegeven het gevoel te hebben dat huisartsen heel specialistgericht denken, waar dit omgekeerd niet het geval is.

> *Ja, ik heb ook wel gevoel dat wij vaker zo denken van ah ja, k ga bellen of k ga, k ga dat zeker in de verwijsbrief zetten dat die specialist dat weet, dat die op de hoogte zijn, dat wij zo in functie van hen denken vaak. Ja terwijl dat zij niet vaak in functie,*

dat is mijn gevoel hè, in functie van ons denken. Want lijk op bijscholing met psychiaters en dan was dat zo van arbeidsongeschiktheid? Ja? Vermeld dan een keer op uw dossier als ge dat schrijft of niet. En die reageren dan van ja tuurlijk, ik had er niet aan gedacht dat dat voor jullie handig is. Ik had zoiets van ja komaan.
- Huisarts 4 -

d. Invloed van persoonlijke relatie

Bijna alle huisartsen en specialisten die gesproken werden, gaven het belang van een goede persoonlijke relatie aan voor een **laagdrempelige samenwerking**, waarbij bij een goede persoonlijke relatie vlotter gebeld wordt. Ook wordt meermaals aangegeven dat de drempel dan lager is om extra uitleg te vragen of feedback te geven, wat dan weer het leerproces positief beïnvloedt.

Weten of je een specialist graag hebt of niet. Omdat je bij iemand voelt van 'daar zou ik graag eens van leren'. Ja, ge hebt zo toegankelijkheid van specialisten. Ja, da's vaak ietske dat, die gaan dat oké vinden, als ik gewoon zeg van ik snap het efkes niet, kunt ge efkes uitleg geven. Ja. En als ge dat gevoel niet hebt, dan doe ik het ook niet.
- Huisarts 6 -

Om deze persoonlijke relaties op te bouwen of te versterken, benadrukten zowel huisartsen als specialisten **het belang van fysieke ontmoetingen** zoals LOKs, symposia, een nieuwjaarsbrunch…

Maar eigenlijk wilt ge vooral een symposium doen voor de jonge collega's hè, de jonge collega's om mekaar te leren kennen. Da's heel belangrijk. Ne keer gezien hebben, ne keer een babbeltje gedaan hebben ervoor en daarna en ertussen en ja en die nog wat mee te geven. En zo kunde beginnen opbouwen hè. Als ge mekaar ene keer gezien hebt dan dan kunt ge eens bellen hè. ... Ja, den drempel om te bellen is weg hè?
- Specialist 8 -

Wel wordt hierbij aangehaald dat net deze fysieke ontmoetingen minder plaatsvinden dan vroeger, wat het moeilijker maakt om een persoonlijke relatie op te bouwen. Mogelijke oorzaken hiervan worden verder nog besproken.
Zoals hierboven gezegd, zijn bijna alle artsen het eens over het belang van een goede persoonlijke relatie. Een enkele specialist gaf echter geen nood tot een goede persoonlijke relatie met de huisarts aan en gaf aan dat dit zijn manier van werken niet beïnvloedde.

e. Telefonische bereikbaarheid

Zowel huisartsen als specialisten geven aan dat de ander moeilijk(er) bereikbaar is en erkennen dit ook van hun eigen beroepsgroep. Waar ze vroeger vaak over elkaars privé gsm nummers beschikten, moeten ze elkaar nu vaker **via een secretariaat** contacteren. Dit leidt tot minder efficiënt en soms zelfs geen rechtstreeks contact, waardoor men soms ook niet meer probeert om contact te nemen. Oorzaken hiervan worden gelegd bij de grotere

samenwerkingsverbanden van specialisten en huisartsen en een toegenomen *work-life balance*.

> *Hup dat is tien secondjes werk voor hem en voor ons. Maar nu moet ik langs de secretaresse telkens de centrale passeren. 'Er zijn nog zoveel wachtenden voor u.' Uhm, dan de secretaresse. 'Ja. Kga ne keer kijken of er iemand kan zijn?' En ze hebben het dan ook altijd nog zo druk dat eigenlijk uh ja, niemand uh u deftig te woord kan staan.*
> *- Huisarts 2 -*

Beide groepen zijn zich hier bewust van en proberen hier maatregelen en duidelijke afspraken over te treffen. Huisartsen proberen altijd iemand bereikbaar te hebben of een keuzemenu te hebben waar specialisten rechtstreeks doorgeschakeld worden. Specialisten zetten in op wachtnummers per specialisatie of een voorrangslijn voor huisartsen die zo snel kunnen doorverbonden worden.
Een praktijk in Gent geeft dan ook aan reeds een groot verschil te zien met enkele jaren geleden en meldt nu eigenlijk vlotte telefonische contacten met Gentse ziekenhuizen. Meer perifere praktijken delen deze mening minder en een huisarts geeft ook aan dat een wachtarts niet altijd even vlot advies kan geven dan de arts die de patiënt gezien heeft.

> *Ja, ge komt niet bij de arts dat ge wilt hè, dus die kan wel info… Allee die kan wel iets zeggen van advies, maar da's niet echt op maat van uw patiënt. Die kent die patiënt ook vaak niet, dus die moet dan ook in t dossier beginnen kijken. Dus da's niet altijd allee. Soms is het makkelijker om echt met degene te overleggen die die patiënt al gezien heeft.*
> *- Huisarts 8 -*

f. Tijdsgebrek

Verschillende huisartsen gaven aan tijdsgebrek als **belangrijke barrière** te zien voor het bijleren van de specialist. Waarbij zowel het uitgebreide aanbod van leerbronnen als de aandacht voor de *work-life balance* factoren zijn die het rechtstreeks bijleren van de specialist in de weg kunnen staan.

> *Het aanbod is zo ruim ook he. Je kunt podcasts luisteren en je kunt gij filmpjes bekijken. Ge kunt naar navormingen gaan, ge kunt naar symposia gaan, ge kunt naar conferenties gaan. Daar moet je ook een balans in vinden. Van hier ga ik keuzes maken. De specialist heeft mij veel te bieden, maar ik kan niet alles.*
> *- Huisarts 1 -*

Vanuit specialisten kwam veel begrip voor dit tijdsgebrek bij de huisartsen, waarbij ze ook aangaven dat dit tijdsgebrek hen belemmerde in hun contact met huisartsen. Een specialist haalde hier wel bij aan dat het opviel dat sommige huisartsen nu minder op de hoogte zijn van bepaalde zaken dan vroeger.

> *Maar uwen dag heeft maar zoveel uur dus dan ja, verdeelt ge alles hè. En als ge natuurlijk 1u per dag meer administratie moet doen, awel ja, waar bespaar je dan*

op? Ja, waarschijnlijk wel op uw opleiding, niet op uw gezin of op uw… Allee, t is zo hè? Dus dan is dat op andere dingen dat er dat er wordt wat afgeknabbeld. Ja, dat is jammer, maar t is zo hé.
- Specialist 4 -

g. Evolutie van zorg

Ook de evolutie van de zorg speelt mee in de verhoudingen en bijgevolg de interacties tussen huisarts en specialist.

Zo rapporteert een specialist enerzijds de **toegenomen complexiteit** van de zorg en anderzijds de verkorting van de ligdagen waarbij nauwere opvolging van de huisarts nodig is en vraagt ze zich af of deze hier wel op voorbereid zijn. Een andere specialist gaf dan ook aan dat er bij nieuwe therapieën meer vragen komen vanuit huisartsen. Geïnterviewde huisartsen erkennen dit en één van de bevraagde praktijken gaf aan de indruk te hebben dat de opvolging na hospitalisaties, evenals na onderzoeken en consultaties, de laatste jaren steeds vaker naar hen wordt afgeschoven. Dit terwijl ze aangaven tegelijkertijd ook minder informatie of uitleg in het verslag te krijgen om zichzelf en de patiënt mee te kunnen informeren.

D'r wordt eigenlijk geïmpliceerd dat er veel meer in de eerste lijn zou moeten kunnen, maar tegelijkertijd neemt de complexiteit van de zorg toe. Waardoor dat k toch soms wel denk van ja. Voelen huisartsen zich wel capabel om dat om dat te doen?
- Specialist 4 –

h. Invloed van technologie

Verschillende huisartsen en specialisten geven aan dat technologie de samenwerking zou kunnen vergemakkelijken en vlotter zou kunnen maken. Momenteel werd dit echter nog niet aangehaald om specifiek het bijleren tussen huisarts en specialist rechtstreeks te bevorderen. Wel werd meermaals gerapporteerd dat **bijscholingen steeds vaker online** georganiseerd worden en dat dit in een stroomversnelling is geraakt sinds de COVID-19 pandemie. Dit leidt tot gemengde reacties waarbij als voordelen de laagdrempeligheid om een bijscholing te volgen aangehaald wordt, maar anderzijds getwijfeld wordt of de bijscholing dan even aandachtig gevolgd wordt. Hiernaast zorgt dit voor een afname in fysiek contact, wat een drempel kan zijn voor het opbouwen van een goede persoonlijke relatie en zo onrechtstreeks ook voor een minder laagdrempelig contact met minder kans tot leeropportuniteiten zoals hierboven beschreven.

i. Structuur en organisatie

Organisatorische factoren met een mogelijke impact op de interactie en het leren zijn op drie verschillende manieren aan bod gekomen.

Enerzijds werd de toegenomen **fusies van ziekenhuizen** aangehaald, waardoor er grotere diensten zijn die zorgen voor een verhoging van de drempel van contact door een moeilijkere telefonische bereikbaarheid van de specialist en een minder persoonlijke relatie tussen de huisarts en specialist.

> *Vroeger was er één specialist in de kliniek en die kende je en dan belde je wel gemakkelijk ne keer. En nu zijn t fusies. Ziekenhuis 1 is met ziekenhuis 2,al die specialisten komen daar en dan ja… Bellen naar specialisten is ook niet zo gemakkelijk niet meer, de consultatie gaat dikwijls maal drie.*
> *- Huisarts 2 -*

Anderzijds werd het **gebrek aan beloning of stimulatie** vanuit de overheid aangehaald voor **teleconsulten of videoconsulten** tussen de huisarts en specialist, waar patiënten uitgebreider besproken zouden kunnen worden.

> *Awel, als je iemand niet gezien hebt ... Allee ik denk bij zoiets dat er toch best interactie is. Dus dan zal een telefonisch advies of een video dinges zou ook kunnen, maar dan toch meer een soort ja een rechtstreeks contact. … De beide kanten kunnen vragen stellen of dingen. Ja, dat zou wel kunnen. En dat zou zeker kunnen bepaalde psychiatrische of consultaties bij specialisten in t algemeen vervangen hè, dat denk ik wel ja.*

Als laatste werd ook een positief organisatorisch voorbeeld voor het intraprofessioneel leren aangehaald, waarbij een internistische dienst na het opmerken van een grote hoeveelheid vragen rond nieuwe medicatie een flyer heeft gemaakt om deze gemakkelijk te kunnen verspreiden onder huisartsen met vragen.

> *Dat was tot recent ook een frequente vraag met die NOACs he van hij moet dat krijgen. Uh, wanneer moet ik stoppen? Ja, ja dus daar echt wel rond gewerkt dat er uh aanbevelingen gekomen zijn richting chirurgie richting anesthesie richting huisartsen.*
> *- Specialist 8 -*

Verloop van het contact en leerproces

a. Mate van contact

Wanneer de artsen bevraagd werden over de mate van contact**,** gaf men over het algemeen aan dat dit **verminderd is ten opzichte van vroeger**.

Dit valt op bij de fysieke bijeenkomsten, zoals hierboven al kort aangehaald. Hierbij wordt **COVID-19** meermaals vernoemd, wat bijeenkomsten initieel niet mogelijk maakte, maar er ook voor gezorgd heeft dat er een versnelde **digitalisering van bijscholingen** heeft plaatsgevonden. Waar deze fysieke ontmoetingen na de pandemie wel deels terug zijn opgestart, is er echter een blijvend deel digitaal nu waardoor er minder fysieke ontmoetingen zijn dan vroeger. Hierbij speelt ook de financiering van de farmaceutische bedrijven mee volgens enkele artsen, die minder bijscholingen sponsoren en zeker na COVID het voordeel van online webinars hebben ontdekt.

Ook een toegenomen focus op een goede ***work-life balance*** wordt door verschillende artsen als mogelijke oorzaak aangehaald waarom artsen minder staan te springen om fysieke bijscholingen bij te wonen.

> *K zeg het zo de wereld die wat veranderd is dat sinds covid zo veel mensen zeggen van ja nee, mijn gezin is belangrijk dus ik blijf thuis want ik moet op mijn kinderen kunnen passen en tegelijkertijd wil ik een online opleiding kunnen volgen. Ja, dat is een evolutie ja, die begrijpelijk is, maar die niet altijd even positief is.*
> *- Specialist 4 –*

Één huisarts gaf wel aan de indruk te hebben dat de organisatie van symposia vanuit de ziekenhuizen licht leek toegenomen te zijn de laatste jaren.

Naast de verminderde fysieke contacten, rapporteren sommige artsen ook minder telefonische contacten of zelfs verwijzingen dan vroeger, hierbij wordt vooral de drukte, lange wachttijden en verminderde telefonische bereikbaarheid aangehaald als barrières.

> *En ik denk dat de huisartsen het een beetje opgegeven hebben van nog zelfs nog moeite te doen of nog door te verwijzen dat ze zeggen t is toch geen Avance? Ja, ge kunt toch niemand contacteren of zo. Dus het is maar heel zelden dat een huisdokter zelf contact opneemt*
> *– Specialist 3 –*

b. Reden van interactie

De redenen van contactname en/of verwijzing variëren, zowel van de huisarts naar de specialist toe, als omgekeerd. Aangehaalde redenen voor contactname van de huisarts naar de specialist toe zijn technische handelingen of onderzoeken, acute events, een niet-pluisgevoel, een tweede opinie, onduidelijkheid naar verdere opvolging toe en hulp bij interpretatie van onderzoeken. Omgekeerd gaan specialisten huisartsen contacteren wanneer ze een vraag hebben over de context van de patiënt, bij complicaties of onverwachte bevindingen en bij beleidsbepalingen rond bijvoorbeeld levenseinde.
Er wordt dan ook meermaals aangegeven dat tijdens de werkuren de **focus vooral op patiëntenzorg ligt en het educatief aspect hier zelden op de voorgrond staat**. Toch geven zowel huisartsen als specialisten aan dat hier wel uit geleerd kan worden.

> *Dat is heel gericht op de vraag, hè? Op dat moment ga je geen symposium geven.*
> *– Specialist 8 –*

c. Hoe wordt er bijgeleerd in interactie?

Telefonisch contact wordt over het algemeen aangehaald als de favoriete manier van interactie door zowel huisartsen al specialisten, maar kan voor huisartsen ook een manier zijn

om bij te leren van de specialist. Zoals hierboven beschreven, ligt de focus hier wel vooral op de patiëntencasus van dat moment en worden bijvragen dan ook gesteld in het kader hiervan. Er wordt dan ook aangegeven telefonisch telkens kleinere weetjes mee te krijgen in plaats van een uitgebreidere uitleg. Specialisten geven hier gelijkaardige antwoorden aan, waarbij ze specifiek op de vragen gaan antwoorden, maar dit dus ook wel als leermomenten kunnen aanzien.

> *We krijgen elke dag telefoons van huisartsen van. Ik heb een vraagje en soms is dat een zeer concrete vraag van een patiënt. Soms is dat een eerder theoretische vraag hoe moet ik dat nu aanpakken? Wat doe ik daarmee? Ja, dat zijn kleine momentjes waar ik denk dat iedereen van kan opsteken. Want zo merken wij ook van oh, dat zit niet in de routine van de huisarts.*
> *– Specialist 7 –*

Een specialist haalde wel een poging aan waarbij telefonisch advies en extra vragen op een terugkerend georganiseerd belmoment aangeboden werd vanuit hun samenwerking. Hierbij werd echter gezien dat er na twee momenten amper nog ingebeld werd. Wanneer men de mogelijke redenen hiervoor navroeg bij huisartsen, kwamen een overdaad aan activiteiten en avondconsultaties van huisartsen als redenen boven.

Mails en apps als Whatsapp en Siilo werden wel aangehaald als manieren waarop er ook laagdrempelig contact kon plaatsvinden, maar werden niet aangehaald als momenten waar er leeropportuniteiten uit konden voortkomen.

De verwijsbrief wordt dan weer puur op een informatieve manier naar de specialist toe opgesteld, waarbij de voorgeschiedenis, medicatielijst, context en vermoedelijke diagnose en/of hulpvraag wordt meegegeven. Hier wordt vanuit de huisarts dan ook geen aandacht besteed aan een mogelijke leeropportuniteit.

> *Ik maak hem niet zo dat k peins van. En nu gaat de specialist mij iets leren met zijnen brief terug. Nee, dat niet.*
> *- Huisarts 10 –*

Anderzijds wordt wel door zowel huisartsen als specialisten de educatieve waarde van een **verslag** aangegeven. Ook hier wordt vermeld dat dit niet het hoofddoel van het verslag is, maar verschillende specialisten geven wel aan dat ze hier erop letten om de redenering achter een behandeling te duiden of mogelijke vervolgstappen reeds mee te geven indien de klacht niet betert en zo korte educatiemomenten mee te geven.
Huisartsen vinden dan ook dat hier nuttige info kan uitgehaald worden, maar zijn, zoals reeds eerder vermeld, niet altijd tevreden over de kwaliteit van deze verslagen. Hiernaast rapporteerde een huisarts ook het gevoel te hebben dat verkregen kennis uit een telefonisch

contact of bijscholing beter blijft hangen dan uit een verslag en dit door het persoonlijke aspect ervan.

Naast bovenstaande informele leermomenten, werden vaak spontaan formele leermomenten aangehaald wanneer gevraagd werd naar de wijze van bijleren van specialisten. Voor een volledig beeld van een bepaalde pathologie, is een **symposium** voor zowel de gesproken huisartsen als specialisten de te verkiezen manier. Specialisten moedigden hier ook het idee aan dat huisartsen zelf een actieve rol zouden opnemen bij de organisatie hiervan om ervoor te zorgen dat de onderwerpen steeds goed beantwoorden aan de leernoden van de huisartsen.
Hiernaast werden ook de lokale kwaliteitsgroepen of **LOK's** aangehaald als belangrijke leermomenten wanneer hier specialisten op kwamen spreken, hierbij werd wel vaak een interactievere manier van leren beschreven waarbij de specialist antwoord gaf op de vragen die huisartsen op dat moment stelden.
Bij zowel symposia als LOK's werden de voordelen van het persoonlijk contact telkens opnieuw aangehaald.

d. Feedback

De gesproken huisartsen geven aan dat feedback zeker gewenst is. Specialisten geven echter aan voorzichtig te zijn met feedback via hun verslagen, gezien ze **bang zijn om vermanend over te komen** en de drempel zo te vergroten. Bij kleine zaken zoals bijvoorbeeld onnodige verwijzingen, of foutieve therapieën of onderzoeken, wordt hier dan ook vaak niet op in gegaan of wordt dit hoogstens subtiel in het verslag geschreven.

> *K Weet niet, misschien creëert dat drempels hè? Misschien gaat dan de volgende keer die mens zeggen van ja, k ga niet meer bellen, want ik krijg dan toch maar onder mijn voeten of hij lacht met mij of weet ik veel. Ja. Dat hoeft niet hè?*
> *- Specialist 6 -*

Een gynaecologe rapporteerde wel bij gevaarlijke therapieën dit duidelijk in het verslag te zetten, maar toch nooit rechtstreeks te telefoneren.

> *Ah ja, en dan schrijf ik dat echt wel in hoofdletters in mijnen brief zo. Neemt al jaren oestrogenen zonder progestageen component, nu endometriumCA en dan hoop ik dat hunne frank valt. Ja, ja, dan doe ik dat wel. Oké, maar natuurlijk is dat wel moeilijk om uwen telefoon te pakken en te zeggen ja eigenlijk moogt ge dat echt niet doen. Niet te beschuldigen want ja, ge kunt ook niet alles weten hè?*
> *– specialist 5 –*

Huisartsen rapporteren dan ook weinig rechtstreekse feedback via de verwijsbrief, maar soms wel onrechtstreeks van de patiënt.

In den brief kunt ge dat inderdaad er niet uithalen dat ze soms niet content zijn. Maar dan zegt de patiënt 'ja, die was niet content zuh.' Allee hè? Ja, en dan? Dan denk ik ah ja...
– Huisarts 8 –

Vermelde factoren die feedback makkelijker maken zijn enerzijds een goede persoonlijke relatie, omdat men dan laagdrempeliger contact kan opnemen, en anderzijds telefonisch contact waarbij men meer nuance kan leggen en beide kanten aan bod kunnen komen. Hierbij wordt wel aangegeven dat men moeilijk iedereen kan opbellen en het tijdsintensieve aspect hier een barrière voor is.
Een aangehaalde mogelijke oplossing is om een feedbacksysteem uit te rollen, waarbij men feedback kan aanklikken en dit zo bij het verslag naar de huisarts op een vrij neutrale manier kan meegegeven worden.

Uitkomst van leerproces

a. Hoe wordt omgegaan met gegeven advies?

Huisartsen geven aan het advies van de specialist toe te passen na overleg met de patiënt en indien ze zelf akkoord zijn. Een huisarts geeft dan ook aan dat een advies dat naar het gevoel van de huisarts niet past, een leeropportuniteit op zich kan zijn door er stil bij te staan en kritisch te herevalueren.

Ik heb het gevoel dat ik daar ook bijna evenveel van leer. Ik denk dat ge kritisch leert zijn en zo gelijk uit fouten bijna leert van ja, die doet dat, maar eigenlijk. En dan dat ge daar wel bij stilstaat...
- Huisarts 4 -

Langs beide kanten wordt aangegeven dat overleg een ziekenhuisbezoek kan voorkomen door meer informatie te krijgen via een telefonisch contact.

Allee we kunnen wij ook niet alles weten en op een gegeven moment kunnen zij wel ons advies bieden voor iets dat we hier ambulant kunnen doen dat niet specifiek naar t ziekenhuis moet?
- Huisarts 10 -

b. In welke mate wordt de opgedane kennis gereproduceerd?

De meningen over de reproduceerbaarheid van de opgedane kennis en of dit wenselijk is, verschillen.
Zo wordt door verschillende huisartsen aangegeven dat de opgedane kennis later opnieuw gebruikt kan worden.

Sowieso, je neemt altijd iets mee hè? En dat vormt u ook en dat maakt u ook als dan iets oudere arts of dat neem je mee op uw pad, dat neem je mee in je rugzak, hè? Ja, Dat is mooi. En dat ga je ook in rekening brengen bij een volgende aanmelding met dezelfde klacht van 'vorige keer heb ik dat zo gegaan. Dat is zo gelopen. Ik ga dat daar nu zelf doen. Moet ik die specialist daarvoor niet meer bellen Hé? Ik heb

die ervaring dat hè, dat neem je mee.
- Huisarts 1 -

Anderzijds geven sommige huisartsen wel aan hier voorzichtig mee te zijn, zo geeft een huisarts aan dat bijvoorbeeld het opstarten van bepaalde medicatie een tweedelijnsactie blijft, maar dat er wel passieve kennis over bijwerking en opvolging kan bijblijven. Ook meningsverschillen tussen verschillende specialisaties en menings- of beleidsverschillen tussen artsen binnen eenzelfde specialisatie zorgen ervoor dat huisartsen niet zomaar een beleid gaan herhalen bij andere casussen.

Cholesterolverlagers; nen cardioloog versus ne geriater. Ge moet dat ne keer in t oog houden hè. Dus de cardiologen. Die scheppen op, die schrijven tachtig milligram atorvastatine bij 85 plussers en de geriater zou met alles stoppen. Dat is zo een typisch voorbeeld.
- Huisarts 6 -

Elke specialist is ook anders. Dus als wij een heel goed contact hebben met een specialist, nemen wij dan misschien dat beleid wel wat over. Maar dat wil niet zeggen dat een andere specialist een even goed beleid heeft. Dus t is niet dat wij ons heel erg moeten laten sturen denk ik door degene waarmee dat we op dat moment samenwerken.
- Huisarts 5 –

Enkele huisartsen gaven dan ook aan dat, naast de echte bijscholingsmomenten, specialisten niet een van de voornaamste bronnen van leren zijn voor hen.

Specialisten vinden het moeilijk om hier een uitspraak over te doen, maar geven zoals hierboven beschreven dus wel een verschil aan tussen minder en meer ervaren huisartsen.
Een specialist gaf ook aan dat bij nieuwe medicatie het wel opvalt dat hier initieel meer vragen over komen, maar dat deze wel wegzakken naarmate er meer ervaring met de producten opgebouwd is. Een andere specialist deelde deze ervaring niet en uitte zijn frustraties over foutieve beeldvorming die aangevraagd blijft worden ondanks dat hier een symposium over gegeven werd en haalde ook een voorbeeld van een arts aan die hier meermaals over werd aangesproken en dit toch telkens foutief bleef aanvragen.

c. Leert de specialist ook van huisartsen bij in de onderlinge interactie?

Zowel huisartsen als specialisten geven aan dat de specialist ook van de huisarts kan bijleren, waarbij twee domeinen meermaals terugkwamen.
Wat het vaakste terugkwam was **de context van de patiënt en de holistische aanpak** van de huisarts, waarbij de kennis over de achtergrond en omgeving van de patiënt een belangrijke bijdrage kan leveren om een bepaalde reactie of wens van een patiënt beter te begrijpen en dit op die manier ook een invloed kan hebben op de te geven therapie.

Omdat ik vind dat de huisarts veel meer achtergrond heeft dan wij. Dus als wij een keer zo een patiënt hebben die niet veel lost waarvan dat ge niet weet? Hoe zitten die reacties hier in mekaar? Je snapt het niet goed. Ge voelt dat er iets meer is. Dan

gebeurt het heel rap dat wij mekaar bellen.
- Specialist 1 –

Anderzijds geven enkele specialisten zelf ook aan meer en meer ‘vakidioten’ te zijn en dat ze soms van de huisarts kunnen leren over **andere domeinen dan hun eigen specialisatie**. De input van de huisarts tijdens een overleg wordt dan ook als zeer zinvol ervaren.

Ja Het is daarom dat ik zeg: het moet in twee richtingen gaan, want allé Er zijn soms mensen die echt met heel zinvolle pistes afkomen waar we misschien niet aan gedacht hadden. Of zelf een medicament hebben opgestart met een geweldig goed resultaat.
- Specialist 8 -

Een enkele specialist benadrukte de rol van wetenschapper als arts, waarbij hij het communicatieve aspect niet als primordiaal zag en gaf dan ook aan in dat kader naar zijn gevoel niet veel extra bij te leren van de huisarts.

Discussie

In onderstaand onderdeel vergelijken we eerst de resultaten uit de gevoerde interviews met de gekende literatuur. Hierna bespreken we de sterktes en beperkingen van het onderzoek waarna er aanbevelingen gegeven worden voor de praktijk en eventueel verder onderzoek.

Interpretatie van de resultaten in vergelijking met de literatuur

a. Individuele factoren

Zoals beschreven in de literatuur wordt intrinsieke **motivatie** van zowel de huisarts als de specialist bij de geïnterviewde artsen aangehaald als een belangrijke faciliterende of beperkende factor voor het leren (28).

Opvallend was dat de geïnterviewde artsen deze motivatie puur als iets intrinsieks beschouwden, waarbij ze dit toeschreven aan onveranderlijke karaktereigenschappen en persoonlijkheden. Mogelijk wordt een gebrek aan motivatie echter deels ook veroorzaakt door een **gebrek aan zelfregie** zoals beschreven in de literatuur (27). Zo werden huisartsen gesproken die bijleren als een verplicht onderdeel van hun job zagen en ook specialisten die vonden dat educatie van huisartsen een deel van hun rol was, waar anderen hier niet over spraken. Tijdens de interviews viel dan ook op dat artsen die dit als een verplichte rol zagen, ook veel actiever nadachten over de mogelijkheid tot intraprofessioneel leren. Mogelijk zorgt dit verschil in **bewustzijn van leren en de rol van arts als levenslang lerende** ook voor een deel van het verschil in motivatie (27).

Hiernaast werd ook gezien dat meer **ervaring** leidt tot het stellen van minder vragen, wat overeenkomt met wat gezien werd in de literatuur (27).

b. Contextuele factoren

Laagdrempelig contact

Wanneer gevraagd werd aan zowel huisartsen als specialisten wat belangrijke voorwaarden waren om te kunnen bijleren van elkaar, werd vaak het belang van een laagdrempelig contact tussen huisarts en specialist aangehaald.

Hierbij speelt de **persoonlijke relatie** een belangrijke rol waarbij zowel huisartsen als specialisten in deze studie aangaven bij een goede persoonlijke relatie sneller vragen durfden te stellen en ook sneller feedback durfden te geven, wat het leren positief beïnvloedt. De geïnterviewde artsen gaven hierbij het belang van fysieke bijeenkomsten aan om deze band op te bouwen. Dit werd ook reeds beschreven in de literatuur, hoewel hier de nuance werd gemaakt dat het altijd dezelfde aanwezigen waren op de bijeenkomsten (4). Wat echter nog niet eerder beschreven werd , was de **afname van deze fysieke bijeenkomsten**, waardoor er minder kansen zijn om een goede onderlinge relatie te kunnen opbouwen. Gezien reeds meermaals aangegeven werd dat een goede persoonlijke relatie belangrijk is voor

laagdrempelige contacten en bijhorende leeropportuniteiten, kan dit als mogelijke nieuwe, indirecte barrière voor het intraprofessioneel leren gezien worden.

Het belang van deze persoonlijke relatie werd ook aangehaald in de literatuur, waarbij het belang van een goed leerklimaat benadrukt werd met wederzijds vertrouwen en respect als belangrijke voorwaarden (28). Naast de persoonlijke relaties tussen huisartsen en specialisten, zijn ook **onderlinge percepties** hier van belang (28). Bij de geïnterviewde artsen werden hier wel positievere onderlinge percepties gezien dan vroeger het geval leek te zijn, maar dit was voornamelijk bij specialisten het geval. Bij huisartsen werd wel een positieve evolutie aangegeven waar de specialist meer openstaat voor de mening van de huisarts, maar werd door sommige artsen wel nog steeds aangegeven dat specialisten arrogant kunnen overkomen. Hiernaast hadden sommige huisartsen het gevoel meer in functie van de specialist te denken dan omgekeerd.

Hiernaast werd bij dit laagdrempelig contact ook het belang van een goede **telefonische bereikbaarheid** aangegeven om vlot te kunnen overleggen. Dit is echter een belangrijke barrière geworden, die ook al in de literatuur aangehaald werd (10). De oorzaken hiervoor worden gelegd bij de grotere samenwerkingsverbanden waar men vaak geen rechtstreekse gsm-nummers meer doorgeeft en de huisarts vaker via een (tele)secretariaat moet passeren. De laatste jaren werd hier wel reeds op ingezet aan de hand van wachtnummers en rechtstreekse lijnen voor artsen, wat volgens sommige geïnterviewde huisartsen al een positieve impact heeft.

Tijdsgebrek

Naast het belang van een laagdrempelig contact en de problemen die hierbij ervaren werden, was ook **tijdsgebrek** een meermaals herhaalde barrière voor het bijleren van specialisten in de huisartsenpraktijk. Aangehaalde oorzaken hiervoor, waren de uitgebreidheid aan leerbronnen waardoor men keuzes moest maken in op welke manier geleerd werd. Anderzijds werd ook de toegenomen focus op een goede ***work-life balance*** aangehaald waarbij men minder geneigd is om bijscholingen (fysiek) bij te wonen. Informele leermomenten zoals bij telefonisch contact worden ook niet altijd ten volle benut omdat de huisarts bang is om te storen en zelf ook vaak een patiënt voor zich heeft. Dit wordt ook in de literatuur beschreven waar gesteld wordt dat informele leermomenten als eerste wegvallen ten gevolge van een verhoogde werkdruk en tijdsgebrek (10, 27, 28).

c. Organisatorische factoren

Net zoals in de literatuur geven huisartsen en specialisten de **mogelijkheden van technologie** aan om de samenwerking te bevorderen en zo ook leeropportuniteiten te stimuleren, bijvoorbeeld aan de hand van een gezamenlijk patiëntendossier waar alle

informatie rechtstreeks met elkaar gedeeld kan worden (28). Bij de geïnterviewden blijft het voorlopig echter over de mogelijkheden hiervan gaan, waarbij er momenteel weinig implementatie is van technologische middelen die het onderling leren zouden kunnen bevorderen.

Ook de **organisatie van de zorg en zorginstellingen** kan een belangrijke impact hebben op de samenwerking en/of het leren. Zo wordt het gebrek aan financiële stimulatie vanuit de overheid voor intraprofessioneel aangehaald als een belemmerende factor voor interactie. Ook de organisatie van ziekenhuizen kan een impact hebben op de samenwerking en indirect ook het leren, eerder werd zo al de impact van grotere diensten aangehaald door fusies van ziekenhuizen waardoor er vaak een minder persoonlijke relatie is tussen huisartsen en specialisten en specialisten ook moeilijker te bereiken zijn.

Een aspect dat nog niet eerder aangehaald werd in de bestudeerde literatuur in relatie tot het leren, maar dat wel veel vermeld werd in de interviews, was de **evolutie van de zorg.** Hierbij werd een toegenomen complexiteit van de zorg en een hogere druk in de tweede lijn met lange wachttijden aangegeven, waarbij op die manier meer druk op de huisartsen komt. Dit kan mogelijke barrières in de samenwerking veroorzaken, waarbij frustraties over onduidelijke verdeling van de zorg en eventuele *dumping* van patiënten naar elkaar voor een toename van negatieve onderlinge percepties kunnen zorgen (4), wat de drempel voor contactname weer kan verhogen.

d. Mate van contact

In de literatuur wordt aangegeven dat de mate van contact belangrijk is voor het intraprofessioneel leren gezien een hogere blootstelling automatisch leidt tot meer leeropportuniteiten. (27) In deze studie werd echter gezien dat artsen het gevoel hebben dat dit net aan het afnemen is ten opzichte van vroeger waarbij er **minder fysieke bijeenkomsten** georganiseerd worden, dit door de toename van de digitalisering en een toegenomen focus op de *work-life balance*. Hiernaast gaven sommigen aan ook **minder telefonische contacten en zelfs verwijzingen** te doen, dit door de lange wachttijden en verminderde bereikbaarheid. Dit werd nog niet eerder gerapporteerd.

e. Manieren van bijleren

Waar huisartsen in het verleden aangaven informele, ongeplande leermomenten verkozen ten opzichte van klassieke lezingen en specialisten net het omgekeerde aangaven (10), werd hier bij deze interviewstudie meer nuance over gezien. Zo gaven zowel huisartsen, als specialisten hier geen specifieke voorkeur in aan. **Informele leermomenten** betroffen voornamelijk telefonische contacten en verslagen, waarbij hier wel telkens duidelijk werd gemaakt dat dit korte en casusgebonden leermomenten waren, waarbij de focus ligt op patiëntenzorg en niet

op de educatieve waarde van de info. Dit wijst dan ook op een eerder niet-intentionele vorm van leren, waarbij aangegeven werd eerder kleine weetjes en achtergrondinformatie op te steken dan een algemeen duidelijk beeld te krijgen.

Formele leermomenten betroffen LOK's en symposia en werden door beide artsengroepen als de beste manier ervaren om een bredere kijk op een bepaald onderwerp te krijgen.

Formele en informele leermomenten werden dus over het algemeen als complementair ervaren, waarbij er geen specifieke, duidelijke voorkeur was.

f. Feedback

De gesproken artsen gaven nog steeds een sterk gelijkaardige visie aan over feedback als wat gerapporteerd werd in de studie van Marshall et al uit 1998 (10). Zo geven huisartsen duidelijk aan vragende partij te zijn voor feedback, maar zijn specialisten **bang om neerbuigend over te komen** in hun verslag. Ook hier werd aangehaald dat een goede onderlinge relatie kan helpen om dit te faciliteren. (10) Hiernaast werd in de interviews ook aangehaald dat telefonisch contact hier wel de nuance kan bieden die gemist kan worden bij feedback via een verslag.

g. Uitkomst van leerproces

De meningen over de reproduceerbaarheid van de opgedane kennis en of dit wenselijk is verschillen, waarbij sommige artsen aangeven de opgedane kennis wel te hergebruiken om een **volgende patiënt hiermee sneller te kunnen helpen**. Anderen geven aan dit niet automatisch te doen gezien de verschillen in manier van werken tussen specialisten onderling enerzijds en een kritische blik op het beleid van de specialist anderzijds. Hierbij biedt zich soms wel **een nieuwe leeropportuniteit** aan doordat een huisarts bij twijfel over het beleid van een specialist zelf kan gaan opzoeken.

Ook geven specialisten aan bij te leren van de holistische aanpak van de huisarts, wat ook in de literatuur beschreven wordt en kan leiden tot een verbeterde **patiëntgeoriënteerde zorg**. (10, 15, 27). Hiernaast beschrijft de literatuur echter wel voornamelijk de unidirectionele richting van het leren, dit wordt echter tegengesproken door de specialisten in deze studie, die aangeven van huisartsen te kunnen bijleren over andere domeinen dan hun eigen specialisatie. (10)

Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Sterktes van deze studie omvatten enerzijds de opzet van de studie, waarbij zowel huisartsen als specialisten geïnterviewd werden en zo beide kanten van de interactie en het leerproces gehoord werden. Anderzijds is dit het eerste onderzoek in België dat zich specifiek focust op het educatieve aspect van de interactie tussen huisarts en specialist, wat ervoor zorgt dat er enkele niet eerder gerapporteerde tendensen beschreven konden worden.

Zwaktes zijn de beperkte grootte van de studie en de relatieve onervarenheid van de interviewer bij kwalitatief onderzoek. Hiernaast is er ook een mogelijk gevaar voor selectiebias van de specialisten, waarbij het een vrijwillige deelname betrof en er dus mogelijk automatisch een selectie gemaakt werd van specialisten die vanuit zichzelf al gemotiveerder zijn voor intraprofessionele samenwerking en educatie dan anderen.

Aanbevelingen voor de praktijk

Aanbevelingen voor de praktijk bestaan uit de volgende punten:

- Vanuit de opleiding of tussentijdse vormingen meer inzetten op de rol van levenslang lerende als huisarts en specialist, waarbij het belang van bijleren en werkplekleren meer aandacht krijgt.
- Opnieuw meer inzetten op fysieke bijeenkomsten, enerzijds om het rechtstreekse educatieve aspect, maar ook om de opbouw van een persoonlijke relatie tussen huisarts en specialist te stimuleren en zo laagdrempelig contact te faciliteren.
- Blijven inzetten op en verder uitbreiden van een vlotte telefonische bereikbaarheid, opnieuw om de laagdrempeligheid van het contact te verzekeren.
- Aandacht vanuit zorgorganisatie op ziekenhuis- of overheidsniveau voor een goede samenwerking, waarbij zowel huisartsen als specialisten betrokken worden.

Conclusie

In deze studie werd de samenwerking tussen huisarts en specialist bekeken, waarbij de focus gelegd werd op het educatieve aspect van deze interactie.

Via een literatuuronderzoek en semigestructureerde interviews werd nagegaan welke individuele, contextuele en organisatorische factoren een invloed konden hebben op het leren, hoe dit leren verliep en wat er gedaan werd met de opgedane kennis.

Hierbij werden een gebrek aan zelfregie, verminderde fysieke bijeenkomsten, moeilijkere telefonische bereikbaarheid, tijdsgebrek en een angst om neerbuigend over te komen geïdentificeerd als mogelijke barrières voor het bijleren tussen huisartsen en specialisten.

Mogelijke praktijkaanbevelingen werden gegeven, maar gezien het oriënterende aspect van dit onderzoek, valt verder onderzoek, meer toegespitst op de verschillende aangehaalde thema's en barrières, aan te raden.

Bronnen

1. Billett S. Workplace Learning. In: Seel NM, editor. Encyclopedia of the Sciences of Learning. Boston, MA: Springer US; 2012. p. 3477-80.
2. Eraut M. Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. Br J Educ Psychol. 2000;70 (Pt 1):113-36.
3. Joynes V, Kerr M, Treasure-Jones T. Exploring informal workplace learning in primary healthcare for continuous professional development. Education for Primary Care. 2017;28(4):216-22.
4. Sampson R, Barbour R, Wilson P. The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2016;17(1):45.
5. Marshall MN, Phillips DR. A qualitative study of the professional relationship between family physicians and hospital specialists. The Professional Geographer. 1999;51(2):274-82.
6. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. BMC Health Serv Res. 2009;9(1):143.
7. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Ommeslag D, Van De Putte M, Heytens S, et al. Mutual perception of communication between general practitioners and hospital-based specialists. Acta Clinica Belgica. 2015;70(5):350-6.
8. Berendsen AJ, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2007;7(1):4.
9. Berendsen AJ, Benneker WH, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JP, Meyboom-de Jong B. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists--a qualitative study. BMC health services research. 2006;6:155.
10. Marshall MN. Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists. BMJ. 1998;316(7129):442-5.
11. Tynjälä P. Toward a 3-P Model of Workplace Learning: a Literature Review. Vocations and Learning. 2013;6(1):11-36.
12. Scaioli G, Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg PMM, Schellevis FG, Groenewegen PP. Communication between general practitioners and medical specialists in the referral process: a cross-sectional survey in 34 countries. BMC Fam Pract. 2020;21(1):54.
13. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. International Journal of Clinical Practice. 2015;69(11):1257-67.
14. Long A, Atkins J. Communications between general practitioners and consultants. Br Med J. 1974;4(5942):456-9.
15. Meijer LJ, de Groot E, Blaauw-Westerlaken M, Damoiseaux RA. Intraprofessional collaboration and learning between specialists and general practitioners during postgraduate training: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2016;16(a):376.
16. Janssen M, Sagasser MH, Fluit CRMG, Assendelft WJJ, de Graaf J, Scherpbier ND. Competencies to promote collaboration between primary and secondary care doctors: an integrative review. BMC Fam Pract. 2020;21(1):179.
17. Beaulieu MD, Samson L, Rocher G, Rioux M, Boucher L, Del Grande C. Investigating the barriers to teaching family physicians' and specialists' collaboration in the training environment: a qualitative study. BMC Med Educ. 2009;9:31.
18. Tomaschek R, Gemperli A, Baumberger M, Debecker I, Merlo C, Scheel-Sailer A, et al. Role distribution and collaboration between specialists and rural general practitioners in long-term chronic care: a qualitative study in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2022;152:40015.
19. Trusch B, Heintze C, Petelos E, Dini L. Collaboration amongst general practitioners and gynaecologists working in primary health care in Germany: a cross-sectional study. Prim Health Care Res Dev. 2021;22:e42.

20. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? Br J Gen Pract. 2003;53(488):217-9.
21. Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner-specialist referral process. Intern Med J. 2005;35(8):491-6.
22. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? British Medical Journal. 1992;304(6830):821-4.
23. Dinsdale E, Hannigan A, O'Connor R, O'Doherty J, Glynn L, Casey M, et al. Communication between primary and secondary care: deficits and danger. Fam Pract. 2020;37(1):63-8.
24. Berendsen AJ, Wim HGMB, Groenier KH, Schuling J, Richard PTMG, Meyboom-de Jong B. DOC questionnaire: measuring how GPs and medical specialists rate collaboration. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2010;23(5):516-26.
25. Lundvoll Nilsen L. Workplace learning among general practitioners and specialists: The use of videoconferencing as a tool. Journal of Workplace Learning. 2011;23(8):501-17.
26. Peeters K, Giroldi E, Veldhuizen L, Abdelaziz K, Muris D, Cals J. General Practitioner Use of e-Consultation to Consult Hospital Specialists: Interview Study to Obtain Physician's Perceptions About Digital Interprofessional Communication. J Med Internet Res. 2023;25:e40318.
27. Teheux L, Coolen EHAJ, Draaisma JMT, de Visser M, Scherpbier-de Haan ND, Kuijer-Siebelink W, et al. Intraprofessional workplace learning in postgraduate medical education: a scoping review. BMC Med Educ. 2021;21(1):479.
28. Mertens F, de Groot E, Meijer L, Wens J, Gemma Cherry M, Deveugele M, et al. Workplace learning through collaboration in primary healthcare: A BEME realist review of what works, for whom and in what circumstances: BEME Guide No. 46. Medical Teacher. 2018;40(2):117-34.
29. Janssen M, Sagasser MH, Laro EAM, de Graaf J, Scherpbier-de Haan ND. Learning intraprofessional collaboration by participating in a consultation programme: what and how did primary and secondary care trainees learn? BMC Med Educ. 2017;17(1):125.
30. Macfarlane A, Harrison R, Murray E, Berlin A, Wallace P. A qualitative study of the educational potential of joint teleconsultations at the primary-secondary care interface. Journal of Telemedicine and Telecare. 2006;12(1_suppl):22-4.
31. Eppich WJ, Dornan T, Rethans J-J, Teunissen PW. “Learning the Lingo”: A Grounded Theory Study of Telephone Talk in Clinical Education. Academic Medicine. 2019;94(7):1033-9.
32. Bergus GR, Emerson M. Family medicine residents do not ask better-formulated clinical questions as they advance in their training. Fam Med. 2005;37(7):486-90.

Bijlages

Bijlage 1: topic guide

Topic	Vragen huisarts	Vragen specialist	Probe – 3-P model
Algemene interactie tussen huisarts en specialist	- Wanneer neem je contact op met een specialist? - Hoe bepaal je welke specialist je contacteert? - Hoe neem je het liefst contact op met de specialist? - Kan de huisarts iets leren aan de specialist?	- Wanneer neem je contact op met een huisarts? - Hoe neem je dan het liefst contact op?	Presage - Learning context *Organization, partnerships, networks*
Educatie in de huisartsenpraktijk	- Hoe leer jij nog bij als huisarts in uw interactie met specialisten? - Hoe is dit geëvolueerd doorheen je carrière?	- Hoe zie jij je rol als educator voor huisartsen? - Heb jij het gevoel dat je van de huisarts kan bijleren?	Presage - Learner factors *Experience, agency/commitment, motivation, self confidence* Process – Activities *(Un)intentional, (non)formal through what kind of activity?*
Manier van leren	- Wat is voor jou de beste manier om van specialisten te leren?	- Via welke vorm leer jij de huisarts het liefst dingen bij?	Process- Activities *(Un)intentional, (non)formal through what kind of activity?*
Domein/gebied van leren	- Op welk domein leer jij het meeste bij van specialisten? Bvb anamnestisch, klinisch redeneren, beleid, ziektebeelden herkennen? - Wat voor soort vragen stel je aan specialisten? - Laatste keer iets bijgeleerd?	- Op welk domein merk jij het meeste ruimte voor verbetering bij de huisarts? - Hoe verschilt een meer van een minder ervaren huisarts hierin?	Presage – Learner factors *Prior knowledge/experience, ability* Product – Learning outcomes *Task/role performance, academic knowledge/skills*
Resultaat van leren	- Hoe ga je om met de adviezen van specialisten? Volg je deze altijd rechtstreeks op of niet? - Hoe gebruik je de gewonnen informatie in verdere consultaties?	- Wat is het voordeel voor jou van huisartsen zaken bij te leren? - Hoe draagt deze educatie bij aan de patiëntenzorg?	Product – Learning outcomes *Task/role performance, personal development, knowledge & skills, decision making & problem solving, improved quality?*
Barrières en oplossingen	- Wat is voor jou nodig om te kunnen bijleren van de specialist? - barrières in het leren van de specialist? Wat zijn voor u de grootste - Wat zijn mogelijke oplossingen hiervoor?	- Wat is voor jou nodig om een huisarts zaken te kunnen bijleren? - Wat zijn voor u de grootste barrières in het leren aan de huisarts? - Wat zijn mogelijke oplossingen hiervoor?	

Bijlage 2: Goedkeuring ethisch comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Peter Pype
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
UGent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Julie Dejaegher	10/01/2024	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2023-0469		

Betreft:
Hoe(veel) en wat leert de huisarts in zijn interactie met de specialist?

What en how (much) does a general practitioner learn in his/her interaction with a specialist?

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

De CME geeft op 09/01/2024 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent



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