Patiëntgerichtheid bij de Huisarts-In-Opleiding: Beïnvloedende factoren en determinanten van de “arts-als-persoon”

Sarah Jacobs, Universiteit Antwerpen

Promotor: Katrien Bombeke, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Titel: Patiëntgerichtheid van de Huisarts-In-Opleiding; Beïnvloedende factoren en determinanten van de "arts-als-persoon"

Context: Talrijke studies wijzen de laatste jaren op een groeiend belang van patiëntgerichte geneeskunde. Verschillende outcomestudies zijn het erover eens dat patiëntgerichtheid niet alleen leidt tot meer tevredenheid bij de patiënt, maar ook tot grotere compliance en betere gezondheid algemeen (met ook minder uitgaven voor de gezondheidszorg!). Verrassend genoeg beschrijven vele auteurs de laatste decennia een daling van patiëntgerichtheid tijdens de opleiding geneeskunde. Vooral de overgang naar de praktijk in de vorm van de stagejaren blijkt kritiek. De "arts-als-persoon" komt in de literatuur naar voren als een erg complexe, maar voorlopig onvoldoende begrepen determinant van patiëntgerichtheid. De P-ASE is een recent ontwikkelde vragenlijst die steunt op het 'Attitude – Social influence – self-Efficacy (ASE)-model (een gedragsmodel uit de socio-cognitieve psychologie). Volgens het ASE-model bepalen drie factoren de intentie tot gedrag: attitude, sociale invloed en eigen effectiviteitsverwachting. Of een gedragsintentie dan leidt tot het voorspelde gedrag, hangt op zijn beurt af van een aantal barrières of vaardigheden.

Onderzoeksvraag:

Studie P-ASE: Vinden we met behulp van de P-ASE-schaal een evolutie in patiëntgerichtheid bij startende HAIO's?

Studie Focusgroepen: Ervaren HAIO's ook een daling in hun patiëntgerichtheid? Welke factoren lijken hier doorslaggevend? Wat is de rol van de "arts-als-persoon"? En is er een rol weggelegd voor seminarie en reflectiegesprekken in behoud van patiëntgerichtheid?

Methode:

Studie P-ASE: Afname van de P-ASE vragenlijst bij 7de jaars geneeskunde oriëntatie huisartsgeneeskunde (HAIO 1). 8maand later opnieuw afname bij deze groep (elektronisch nu). Onderverdeling van de P-ASE in subschalen. Statistische analyse m.b.v. SPSS 12.

Studie Focusgroepen: 3 gesprekken van ± 60minuten tijdens de seminarie-uren welke anoniem verwerkt werden a.h.v. gecodeerde thematische analyse.

Resultaten:

Studie P-ASE: Er kon geen daling aangetoond worden in patiëntgerichtheid tussen de 2 metingen aan de aan de hand van de P-ASE-schaal. Twee subschalen bleken wel significant verschillend tussen mannen en vrouwen waarbij vrouwen hoger scoorden op emotionele betrokkenheid en interesse voor de arts-patiënt-relatie. Daarnaast bleken HAIO's zich na 8 maanden significant minder zorgen te maken in patiënten (item 8), en gaven eveneens aan minder te willen vragen naar het persoonlijk leven van de patiënt (item 29).

Studie Focusgroepen: De ondervraagde HAIO's vinden patiëntgerichtheid noodzakelijk voor goede huisartsgeneeskunde; Tegelijkertijd wordt "grenzen bewaken" in één adem vernoemd wanneer naar patiëntgerichtheid gevraagd wordt. De HAIO's zoeken op allerlei vlakken naar evenwicht. Zelfzorg en bescherming tegen burn-out lijkt als het ware meegegeven vanuit de opleiding geneeskunde in een soort "hidden curriculum". Toch is het enigszins zorgwekkend dat al zo vroeg in het beroepsleven de hulpkreet klinkt om zich te moeten beschermen.Het verschil tussen patiëntgerichtheid en klantgerichtheid is één van de nieuwe elementen die in deze studie sterk wordt uitgelicht. De HAIO's zijn er immers niet van overtuigd dat doen wat de patiënt vraagt per se patiëntgericht is. Een 2^{e} item dat naar voren komt is de people-centredness. Niet alleen het belang van individuele patiënten komt naar voren, maar ook dat van de collectieve groep. Samenhangend met de toenemende werkzekerheid, voelen de HAIO's eveneens de hete adem van een dreigend huisartsentekort. Doorheen de analyse komt de arts-als-persoon op vele fronten terug. Het is duidelijk dat deze factor een doorslaggevende rol speelt bij de invulling en het behoud van patiëntgerichtheid. Verder onderzoek lijkt absoluut aangewezen.

Conclusie: Deze studie kan geen daling van de patiëntgerichtheid bij HAIO's vaststellen. Toch is duidelijk dat de HAIO's worstelen met het vinden van een evenwichtige balans, zodat patiëntgerichtheid en zorg voor de eigen persoon als 2 noodzakelijke voorwaarden naast elkaar kunnen bestaan; Bovendien blijkt de arts-als-persoon op zichzelf van doorslaggevende waarde voor patiëntgerichtheid. Misschien kunnen we stellen dat volgens de huidige HAIO's een arts die goed voor zijn patiënten zorgt, in de eerste plaats goed voor zichzelf zorgt.

PROLOOG en DANK

Ik heb een valse start genomen…voor geneeskunde. De ingangsexamens zorgden ervoor dat ik een heel jaar moest wachten alvorens ik uiteindelijk mocht starten met de opleiding geneeskunde. Ik volgde toen nog het omschakelprogramma zodat ik geen jaar verloor. De inhaallessen communicatievaardigheden waren een lichtpunt. DAT was waar ik het voor deed. Batterijen elke keer helemaal opgeladen, ik zat JUIST!

Ik heb nogmaals een valse start genomen… voor huisartsgeneeskunde.
Hoewel ik gestart ben aan de studies, overtuigd dat ik huisarts zou worden, ben ik via een omweg kinder- en jeugdpsychiatrie (daarvoor vond men mij al snel "te gedreven") de weg ingeslagen van de endocrinologie. Gesteund door mijn grote voorbeeld in het ziekenhuis (een erg patiëntgerichte chirurg) koos ik voor een doctoraat/specialisatie in de endocrinologie : enerzijds omwille van een erg persoonlijke reden, anderzijds omwille van mijn passie voor endocrinologie.

Maar ik zat fout en dat wist ik al heel snel. Mijn passie beperkt zich niet tot endocrinologie. Ik hou ook van holistische geneeskunde, van afwisseling, van patiënten en families leren kennen, van erg dicht bij patiënten te staan en diepgaand met hen te praten, veel meer dan van technische onderzoeken etc. Ik hou van de eerste lijn. En ik hield absoluut niet van het ziekenhuis.

Dus zo gauw de kans er was, schakelde ik over. Eindelijk…

Ik moest opnieuw stage lopen, co-schap bij een vrouwelijk huisarts. Die periode was verschrikkelijk. Als ik er nu op terugkijk, weet ik haast zeker dat mijn stagemeester toen in één of ander stadium van burn-out zat. In elk geval, dat was niet hoe ik het voor ogen had : zo hard, zo snel, zo oppervlakkig, zo kwaad (ook op mij…?). Die paar weken hadden mij best gekraakt.

Maar mijn motivatie was groot, ik vond een goede opleidingspraktijk en stond te popelen er zelf aan te beginnen…
En dat deed ik ook, met volle overgave vloog ik erin. Al snel zat ik op een redelijk tempo, (te snel voor mij?) en de druk was groot. Bovendien was ik in verwachting van ons 2^{e} kindje, vrouw van een huisarts, mama van een dochter, arts maar ook student, … Het was veel. En ik deed het niet goed…
Groot was mijn teleurstelling toen ik na enkele maanden vaststelde dat ik helemaal niet zo communicatief was als ik dacht en dat mijn patiëntgerichtheid er alleen maar op achteruit leek te gaan. Ik was absoluut NIET de huisarts die ik wilde zijn…
Hoe kwam dat?? En was ik de enige?

Tijdens mijn studie had ik deelgenomen aan de focusgroepen voor het doctoraatsonderzoek van Katrien Bombeke over patiëntgerichtheid bij de studenten geneeskunde, voornamelijk tijdens de overgang naar het stagejaar. Ik had haar verhaal gehoord tijdens een van de research clubs toen ik doctoreerde.. En zo kwam ik op het idee van deze MaNaMa…

Ik weet dat dit MaNaMa-project relatief klein is, te klein voor echte conclusies. Maar de focusgroepgesprekken hebben mij verrast en rijker gemaakt.

De literatuur over burnout bij (huis)artsen stijgt exponentieel. Maar zelfs zonder evidence, kwam ieder van ons hier al in meer of mindere mate mee in contact bij collega's, of zelfs bij zichzelf.

Ik ben ervan overtuigd dat patiëntgerichtheid (klantgerichtheid?) een van de puzzelstukken is.

In elk geval, ik vond het een voorrecht dit onderwerp te mogen uitwerken in het kader van een MaNaMa.

Ik heb gekozen mijn thesis in “artikel-format” te schrijven met de bedoeling ze beide in te sturen bij Huisarts Nu.

Graag wil ik ook hier mijn promotor bedanken, Katrien Bombeke. Voor de passie en inspiratie tijdens haar eigen onderzoek, maar ook later toen ik twijfelde om de stap naar huisartsgeneeskunde te zetten, en voor deze hele MaNaMa-periode. Voor het vertrouwen om mij vrij te laten en enkel te pushen op momenten dat het écht wel nodig was. Voor alle kennis, advies, hulp, tijd en inzet : onnoemelijke dank! En daarnaast, voor alle aandacht voor mij als persoon, de continue boodschap goed voor mezelf te blijven zorgen en om te laten zien dat het ook kan om mama, vrouw en HAIO te zijn met tegelijk een continu immens begrip voor de moeilijkere momenten.

Dank ook:

… aan mijn Praktijkopleider Edith, en haar (mijn) collega’s An en Annik. In de eerste plaats om mij volledig vrij te laten in de keuze van mijn onderwerp, ook al was er voor de praktijk niet direct een rol weggelegd. Voor alle oprechte interesse en reflectiemomenten. Voor een paar dagen vakantie toen de druk iets te hoog werd en voor het aanbieden van de juiste woorden toen ik ze niet vond. Maar niet in het minst om mij continu bewust te maken van mijn patiëntgerichtheid enerzijds en van de nood aan zelfzorg anderzijds en mij opnieuw op goede weg te zetten als het evenwicht daar even zoek was.

… aan mijn seminariegenoten en STACO Kristof Hillemans, voor de kans om 3x een uur seminarietijd te mogen gebruiken, om zo vrij te willen praten over jullie patiëntgerichtheid, mee te discussiëren en mijn focusgroepgesprekken als vanzelfsprekend erg boeiend te maken

… voor alle deelnemers aan de P-ASE-studie. Bedankt om voor “een vreemde” 2x een enquête in te vullen; ik weet hoe kostbaar jullie tijd kan zijn!

… aan Linda Symons voor het gebruik van de opname-apparatuur!

…aan mijn lieve man en familie. Om extra in te springen zodat ik ’s avonds kon schrijven (en eventuele stress-uitbarstingen in alle liefde te tolereren, de computer last-minute te herinstalleren (of zoiets?) omdat hij mijn tempo niet kon volgen) en aan mijn kindjes om mij toch voldoende af te leiden en te herinneren aan wat écht telt, aan prioriteitenlijsten, aan hoe een goede huisarts in de eerste plaats ook goed voor zichzelf zorgt…

Patiëntgerichtheid bij de HuisArts-In-Opleiding; P-ASE-studie

INLEIDING

Patiëntgerichtheid is al lang geen onbekend concept meer in (huisarts)geneeskunde. Zowel voor de individuele patiënt als voor de maatschappij lijkt patiëntgerichtheid een positieve zaak die de algemene tevredenheid van de patiënt, gezondheid en therapietrouw ten goede komt en leidt tot minder uitgaven in de gezondheidszorg.(1-5)

In grote tegenstrijd werd de laatste jaren door sommige auteurs een daling van patiëntgerichtheid tijdens de opleiding geneeskunde beschreven. Hoewel vele studenten altruïstisch en idealistisch aan hun opleiding beginnen, beschrijven sommige auteurs een verlies van empathie, communicatievaardigheden en patiëntgerichtheid. (6-13) Meer bepaald het stagejaar bleek van kritiek belang, met frequent gerapporteerde “transferproblemen” van patiëntgerichtheid bij de overgang van de schoolbanken naar de klinische realiteit.(14; 15)

Na de stagejaren komen we tegenwoordig terecht in diverse MaNaMa-settings die nog steeds niet volledig losgekoppeld zijn van de onderwijssetting, maar toch een duidelijke toename in zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en eigen praktijkvoering vertonen. Zet de dalende trend in patiëntgerichtheid zich hier voort?

Het onderzoek in het kader van dit MaNaMa-project bekeek de evolutie van patiëntgerichtheid bij de startende HuisArts-In-Opleiding (HAIO) tijdens de eerste 8 maanden van de opleiding aan de hand van een recent onwikkelde vragenlijst (de P-ASE). Deze vragenlijst is gebaseerd op een van de meest gekende en door evidentie ondersteunde gedragsmodellen uit de socio-cognitieve psychologie : het ‘Attitude – Social influence – self-Efficacy (ASE)-model. Volgens het ASE-model bepalen drie factoren de intentie tot gedrag: attitude, sociale invloed en eigen effectiviteitsverwachting. Of een gedragsintentie dan leidt tot het voorspelde gedrag, hangt op zijn beurt af van een aantal barrières of vaardigheden. (16; 17)

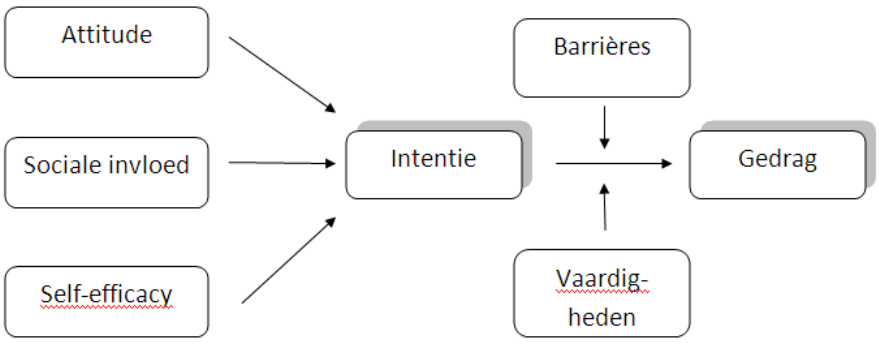


fig 1: het ‘Attitude – Social influence – self-Efficacy (ASE)-model (16)

De combinatie van deze 3 determinanten (die samen de intentie bepalen) zou gedrag beter moeten voorspellen dan attitude alleen, terwijl de meeste schalen enkel op deze laatste zijn toegespitst.

De grote vraag van dit onderzoek is of we aan de hand van deze P-ASE-schaal een evolutie kunnen vaststellen (voorspellen?) in de patiëntgerichtheid van de ondervraagde HAIO’s.

METHODE

Vragenlijst: de Patient-Centred Intentions Scale (P-ASE)

De patiënt-gerichte intenties schaal (P-ASE) werd ontwikkeld door Katrien Bombeke i.k.v. haar onderzoekingen bij studenten geneeskunde. Deze P-ASE is een 39-items lange self-report vragenlijst met 7-punts Likert schaal die attitudes, sociale invloed en self-efficacy i.v.m. patiëntgerichtheid meet. De eerste valideringsstappen bevestigden de interne structuur (exploratieve en confirmatieve factoranalyse), de interne consistentie van de subschalen werd ondersteund door Cronbach's alfa analyse.

De vragen van de P-ASE werden onderverdeeld in acht subschalen (zie bijlage); attitude t.o.v. power, attitude t.o.v. de arts-patiënt-relatie, attitude t.o.v. persoonlijke ontwikkeling, emotionele betrokkenheid en sociale invloed, inschatting eigen vermogen (self-efficacy), interesse in arts-als-persoon, attitude t.o.v. zichzelf-informerende patiënt.

Deze subschalen werden opgesteld aan de hand van het ASE-model enerzijds, en de definitie van patiëntgerichtheid volgens Mead & Bower anderzijds. Zij operationaliseren patiëntgerichtheid aan de hand van vijf dimensies; "biopsychosociaal" perspectief, de patiënt-als-persoon, het delen van power en verantwoordelijkheid, de therapeutische alliantie en de arts-als-persoon.(18)

biopsychosociaal perspectief	verbreding van het perspectief van de arts op ziekte en gezondheid door rekening te houden met zowel sociale, psychologische alsook biomedische factoren
patiënt-als-persoon	aandacht en begrip voor de persoonlijke betekening van ziekte voor elke individuele patiënt, binnen zijn unieke context
delen van power en verantwoordelijkheid	aandacht voor de voorkeur voor de patiënt aangaande informatie en gedeelde beslissingen en hieraan beantwoorden, met oog op meer gelijkwaardige relatie met de patiënt
therapeutische alliantie	ontwikkelen van gemeenschappelijke therapeutische doelen en bevorderen van de persoonlijke band tussen arts en patiënt
arts-als-persoon	zich bewust worden van de invloed van persoonlijke eigenschappen en subjectiviteit van de arts tijdens de beoefening van geneeskunde

Figuur 2: vijf dimensie van patiëntgerichtheid volgens Mead & Bower (18)

Dataverzameling

De P-ASE-schaal werd een eerste maal afgenomen bij 7de jaars studenten geneeskunde optie huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen (HAIO's jaar 1) in mei 2013. Zij vulden allemaal een papieren versie van de P-ASE-vragenlijst in. In januari 2014 nodigden wij de studenten opnieuw uit per email om dezelfde vragenlijst in te vullen, online ditmaal. De Medisch-Ethische Commissie van de Universiteit Antwerpen keurde de studie goed en van alle deelnemers werd informed consent verkregen. De studenten werd gevraagd zich te identificeren aan de hand van unieke studenten-rolnummers, zodat deze konden gepaard worden voor vergelijkende analyse. De nummers werden omgezet in confidentiële codes om anonimiteit te bewaren.

Statistische analyse

De statistische analyse gebeurde aan de hand van SPSS12. Enkel gepaarde vragenlijsten werden weerhouden. In een eerste fase werden scores berekend aan de hand van een score Likert-schaal waarbij een aantal vragen per subschaal geïnverteerd werden, zodat een hogere score telkens overeenkomt met meer patiëntgerichtheid (zie bijlage). Hiervoor werd bij sommige vragen de LIKERT-schaal geïnverteerd. Eerst werd normaliteit getest aan de hand van de Kolmogorov-Smirnov-test. Voor de gepaarde analyse maakten we gebruik van de gepaarde en ongepaarde T-test. Voor alle testen werd een betrouwbaarheidsinterval van $p<0.05$ aangehouden.

RESULTATEN

Uit de eerste afname kwamen 32 correct ingevulde vragenlijsten. Van deze 32 stopten er vijf met huisartsgeneeskunde na jaar 7. Zij werden reeds uit de studie geëxcludeerd. In de 2e ronde kwamen we op 20 ingevulde vragenlijsten : drie bleken echter nieuw ingestroomde 8e jaars te zijn, van wie we dus geen eerste meting hadden. In totaal verkregen we zo 17 gepaarde vragenlijsten.

Alle subschaalscores werden eerst onderworpen aan de Kolmogorov-Smirnov-test. Alle gegevens bleken normaal verdeeld. (p telkens > 0.05).

Nadien werden de scores van jaar 8 vergeleken met die van jaar 9 in de verschillende subschalen met behulp van de gepaarde T-test. Geen enkel van de verschillende categorieeën bleek significant te verschillen tussen beide steekproeven.

Ook werd gekeken naar een verschil tussen mannen en vrouwen in de verschillende subschaal-scores. Twee subschalen bleken significant verschillend tussen mannen en vrouwen, met name attitude t.o.v. arts-patiënt-relatie (p = 0.01) en emotionele betrokkenheid (p = 0.04). Hoewel de verschillen niet-significant zijn, valt toch op hoe vrouwen op alle subschalen hoger scoren, behalve op sociale invloed.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Jaar 7	22,06 (0,44)	23,25 (0,10)	27,94 (0,36)	25,67 (0,57)	16,59 (0,12)	21,76 (0,54)	25,71 (0,59)	6,69 (0,81)
Jaar 8	21,18 (0,44)	24,06 (0,10)	28,50 (0,36)	26,07 (0,57)	18,35 (0,12)	22,41 (0,54)	25,88 (0,59)	6,88 (0,81)
Mannen	18,50 (0,96)	**23,38 (0,01)**	27,50 (0,79)	**25,71 (0,04)**	19,13 (0,50)	20,13 (0,68)	23,75 (0,85)	6,50 (0,69)
Vrouwen	22,58 (0,96)	**23,76 (0,01)**	28,48 (0,79)	**26,08 (0,04)**	16,96 (0,50)	22,69 (0,68)	26,42 (0,85)	6,84 (0,69)

Tabel1: gemiddelde score (MEAN) voor de studenten jaar 7 vs. 8 en mannen vs. vrouwen per subschaal (tussen de haakjes de p-waarde van gepaarde (jaren) en ongepaarde (geslachten) T-test. De kolommen geven de verschillende subschalen weer; 1: attitude tov. 'power', 2: attitude tov. Arts-patiënt-relatie, 3: attitude tov. Persoonlijke ontwikkeling, 4: emotionele betrokkenheid, 5: sociale invloed, 6: inschatting eigen vermogen (self-efficacy), 7: interesse arts-als-persoon, 8: attitude tov. Zelf-informerende patiënt

In een volgende fase hebben we alle afzonderlijke vragen vergeleken. Alle scores afzonderlijk bleken echter niet normaal verdeeld (p telkens < 0.05) en werden dus geanalyseerd aan de hand van de Wilcoxon signed rank toets. Twee vragen bleken significant verminderd tussen jaar 8 en jaar 9, met name vraag 8: “Ik maak mij soms ongerust over patiënten” (Z= -2.310 p=0.021) en vraag 29: “Ik hou er niet zo van om met patiënten over hun persoonlijk leven te praten”. (Z= -2.121 p =0.034)

Alle andere vragen bleken niet significant verschillend. Wel zien we bij bepaalde vragen duidelijke (doch niet-significante) trends, zowel bij de Wilcoxon toets als op grafiek. Bij dergelijke vragen bemerken we echter eveneens een grote variatie in de antwoorden.

BESPREKING

Wat het meeste opvalt in de resultaten, is dat er geen significante verschillen zijn tussen de scores van de subschalen. We vinden dus geen evolutie in intentie tot patiëntgerichtheid tussen beide groepen, meer bepaald niet tussen deze twee metingen. Gezien het slechts een verschil tussen twee tijdstippen betreft, weten we niet wat in tussentijd gebeurd is. Mogelijk was er aanvankelijk (tijdens de eerste HAIO-maanden) wél een fellere daling in patiëntgerichtheid, welke in de resterende tijd reeds gerecupereerd is.

Daarnaast blijken twee subschalen significant verschillend tussen beide geslachten. Ook Tsimtsiou en Haidet vonden bij studenten geneeskunde reeds een verschil waarbij de vrouwelijke studenten

patiëntgerichter bleken te zijn (10; 19; 19) op gebied van attitude t.o.v. de arts-patiënt-relatie enerzijds en emotionele betrokkenheid anderzijds. In feite scoren vrouwen hoger op alle subschalen (zij het niet-significant), behalve sociale controle. Gevoelsmatig lijkt dit helemaal niet zo vreemd, al bevestigt het natuurlijk alle klassieke rolpatronen en man-vrouw clichés. Toch moeten we voorzichtig zijn met dergelijke conclusies, gezien de erg kleine populatie en variatie.

Twee vragen afzonderlijk blijken wél significant verschillend. De HAIO's lijken zich na acht maanden minder zorgen te maken over hun patiënten. Dit kunnen we op twee manieren interpreteren. Enerzijds zou het kunnen wijzen op een verlies van patiëntgerichtheid (men geeft minder om de patiënten…?). Anderzijds kan het een stijging van het gevoel van zelfzorg betekenen, wat dan weer net kan duiden op een toename van de patiëntgerichtheid. Wel waren de verschillen tussen jaar 8 en 9 bijzonder klein. Opvallend is dat bij studenten geneeskunde eerder het omgekeerde werd gevonden, nl. dat ze zich aan het einde van de opleiding méér zorgen maken over patiënten, wat dan weer geassocieerd wordt aan burn-out. (13)

Vraag 29 schijnt aan te tonen dat patiënten er na 8 maanden praktijk minder van houden om met patiënten over hun persoonlijk leven te praten. Ook hier is de eerste opmerking dat er bijzonder weinig variatie was in de antwoorden. Hoewel beide vragen statistisch significant zijn, stelt zich de vraag of ze ook klinisch relevant zijn. Bovendien kan deze vraag ook erg ruim geïnterpreteerd worden (van een korte vraag zoals "alles goed thuis?"' tot een langdurig gesprek). 8 maanden praktijkervaring zal voor sommigen deze vraag wellicht anders gekleurd hebben dan voor anderen. Tot slot kan dit ook wijzen op een zekere daling van patiëntgerichtheid. Angst voor de "doos van Pandora" ("ik durf geen open vraag hierover stellen uit schrik dat er een heel relaas achterkomt waar ik geen tijd voor heb") kwam ook als barrière naar voren in de focusgroepstudie bij HAIO's. Nochtans werd dit ook specifiek bevraagd en werd hier geen significant verschil gevonden.

Beperkingen van de studie

De grootste beperking van dit onderzoek is het beperkt aantal deelnemers. Hoewel we bij het bekijken van de afzonderlijke vragen best wel trends kunnen zien bij bepaalde vragen, worden deze nooit significant bevestigd. De verklaring hiervoor berust in onze beperkte sample size. We moeten ook stilstaan bij de validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijst. Hoewel de eerste valideringsstappen van dit nieuw ontwikkelde instrument veelbelovend waren, is er nog een lange weg te gaan. De gevoeligheid van de vragenlijst om veranderingen te kunnen meten (sensitivity to change), is nog niet onderzocht.

Tot slot test de P-ASE slechts enkele determinanten van patiëntgerichtheid. Aangezien intenties betere voorspellers zijn van gedrag dan attitudes alleen, is deze test op onderzoeksgebied een grote stap voorwaarts vergeleken met de eerder beschikbare meetinstrumenten. Voor de ontwikkeling van patiëntgericht gedrag, worden deze intenties echter nog beïnvloed door allerlei barrières en vaardigheden. Mogelijk zijn deze laatsten van zeer groot belang bij de HAIO's die uit de onderwijs/stagesetting loskomen en daadwerkelijk in de praktijk belanden, waarbij ze zelf verantwoordelijkheid dragen en van dichtbij geconfronteerd worden met de eigen "arts als persoon" (welke slechts beperkt bevraagd wordt in de P-ASE en wellicht een veel grotere rol speelt dan we op dit moment kunnen bewijzen). Een laatste opmerking is dat in de literatuur ook nog een onderscheid naar voren komt op gebied van bepaalde patiëntengroepen of pathologieën. Zo stelt Griffith dat studenten tijdens de stagejaren minder idealistisch werden, specifiek bij oudere patiënten en patiënten met chronische pijn. Hier maakt onze vragenlijst ook geen onderscheid. (9)

Aanbeveling verder onderzoek

In deze beperkte MaNaMa-setting konden geen overtuigende aanwijzingen worden verzameld voor een evoluerende patiëntgerichtheid bij de overgang van universiteitsstudent naar HAIO (de eerste stappen in het beroepsleven…). Ondanks onze voorzichtigheid gezien de vele beperkingen van deze

studie, zou het ook gewoon kunnen dat er effectief géén meetbare verandering is op gebied van intenties. Huisartsen behoren tot de groep van meest patiëntgerichte artsen, zo blijkt uit eerder onderzoek. (10) Misschien is er bij hen géén daling in intentie? Er zijn reeds eerder studies die zulke daling tegenspreken.(20-22) Mogen we voorzichtig optimistisch zijn? Maakt de goede vooropleiding studenten bestand tegen erosie? Is er voldoende ondersteuning binnen de Icho-opleiding? Er is absoluut nood aan verder onderzoek in een grotere populatie, eventueel met een groter (of kleiner?) tijdsbestek. Ook een vergelijkende studie ten opzichte van de MaNaMa specialistische geneeskunde kan bijzonder interessant zijn. Daarnaast kunnen andere interviews of meetinstrumenten wellicht nog veel meer toevoegen dan enkel intentiemeting.

BESLUIT

In dit onderzoek trachtten we de evolutie van patiëntgerichtheid tijdens de eerste 8 maanden van de HAIO-opleiding te bevragen met behulp van de patiënt-gerichte intenties schaal (P-ASE). In deze studie konden we géén evolutie in intentie weerhouden en lijkt patiëntgerichtheid dus stabiel te zijn tijdens de eerste maanden als HAIO. Dit is absoluut een opluchting, gezien de vooropgestelde angst voor verdere (?) daling van patiëntgerichtheid. Is het zo dat huisartsen toch per definitie patiëntgerichter zijn? Verklaart deze filterwerking bij de start van een MaNaMa-opleiding geneeskunde een einde aan een eventuele negatieve evolutie van patiëntgerichtheid? Het is echter plausibel aan te nemen dat onze P-ASE-vragenlijst niet gevoelig genoeg was om veranderingen te meten, onze sample size te klein was of het gekozen tijdsinterval te groot of te klein bleek. Verder onderzoek lijkt hoe dan ook de moeite waard.

References

[1] Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., and Fiscella, K., "Patient-centered communication and diagnostic testing," *Ann.Fam.Med.*, Vol. 3, No. 5, 2005, pp. 415-421.

[2] Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., and Payne, S., "Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations," *BMJ*, Vol. 323, No. 7318, 2001, pp. 908-911.

[3] Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., and Payne, S., "Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study," *BMJ*, Vol. 322, No. 7284, 2001, pp. 468-472.

[4] Stewart M, B. J. W. W. M. W. I. M. C. F. T.. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2003. Abingdon, Oxon, Radcliff Medical Press.

[5] Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., and Jordan, J., "The impact of patient-centered care on outcomes," *J.Fam.Pract.*, Vol. 49, No. 9, 2000, pp. 796-804.

[6] Diseker, R. A. and Michielutte, R., "An analysis of empathy in medical students before and following clinical experience," *J.Med.Educ.*, Vol. 56, No. 12, 1981, pp. 1004-1010.

[7] ERON, L. D., "D. The effect of medical education on attitudes: a follow-up study," *J.Med.Educ.*, Vol. 33, No. 10 Part 2, 1958, pp. 25-33.

[8] Griffith, C. H. and Wilson, J. F., "The loss of idealism throughout internship," *Eval.Health Prof.*, Vol. 26, No. 4, 2003, pp. 415-426.

[9] Griffith, C. H., III and Wilson, J. F., "The loss of student idealism in the 3rd-year clinical clerkships," *Eval.Health Prof.*, Vol. 24, No. 1, 2001, pp. 61-71.

[10] Haidet, P., Dains, J. E., Paterniti, D. A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., and Rogers, J. C., "Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship," *Med.Educ.*, Vol. 36, No. 6, 2002, pp. 568-574.

[11] Rezler, A. G., "Attitude changes during medical school: a review of the literature," *J.Med.Educ.*, Vol. 49, No. 11, 1974, pp. 1023-1030.

[12] Rezler, A. G. and Ten Haken, J. T., "Affect and research in medical education," *Med.Educ.*, Vol. 18, No. 5, 1984, pp. 331-338.

[13] Wolf, T. M., Balson, P. M., Faucett, J. M., and Randall, H. M., "A retrospective study of attitude change during medical education," *Med.Educ.*, Vol. 23, No. 1, 1989, pp. 19-23.

[14] Bombeke, K., Symons, L., Debaene, L., De, W. B., Schol, S., and Van, R. P., "Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers," *Med.Educ.*, Vol. 44, No. 7, 2010, pp. 662-673.

[15] Bombeke, K., Van, R. S., De, W. B., Debaene, L., Schol, S., Van, H. G., and Van, R. P., "Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships," *Patient.Educ.Couns.*, Vol. 84, No. 3, 2011, pp. 310-318.

[16] Damoiseaux V, V. d. M. H. K. G.. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering Assen. 1993. Van Gorkum.

[17] Eagly A, C. S.. The psychology of attitudes. 1993. Belmont: Wadsworth, Thomson.

[18] Mead, N. and Bower, P., "Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature," *Soc.Sci.Med.*, Vol. 51, No. 7, 2000, pp. 1087-1110.

[19] Tsimtsiou, Z., Kerasidou, O., Efstathiou, N., Papaharitou, S., Hatzimouratidis, K., and Hatzichristou, D., "Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey," *Med.Educ.*, Vol. 41, No. 2, 2007, pp. 146-153.

[20] Batenburg, V., "Do professional attitudes change during medical education?," *Adv.Health Sci.Educ.Theory.Pract.*, Vol. 1, No. 2, 1996, pp. 153-164.

[21] Ribeiro, M. M., Krupat, E., and Amaral, C. F., "Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care," *Med.Teach.*, Vol. 29, No. 6, 2007, pp. e204-e208.

[22] Wahlqvist, M., Gunnarsson, R. K., Dahlgren, G., and Nordgren, S., "Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference," *Med.Teach.*, Vol. 32, No. 4, 2010, pp. e191-e198.

Patiëntgerichtheid bij de HuisArts-In-Opleiding; Focusgroepstudie

INLEIDING

Patiëntgerichtheid is niet meer weg te denken uit de moderne huisartsgeneeskunde. Talrijke recente studies wijzen op een groeiend belang van patiëntgerichte geneeskunde. En hoewel de titel “seeing a doctor is just like having a date” van Siu Yi (1) toch net wat te ver gaat misschien, zijn verschillende outcomestudies het erover eens dat patiëntgerichtheid niet alleen leidt tot meer tevredenheid bij de patiënt, maar ook tot grotere compliance en een algemeen betere gezondheid (met ook minder uitgaven voor de gezondheidszorg!). (2-6)

Verrassend genoeg merken sommige auteurs dan weer een zorgwekkende trend bij studenten geneeskunde. Hoewel hier de laatste jaren kritiek op verschenen is, wijzen vele studies al decennia lang op een daling van patiëntgerichtheid tijdens de opleiding. (7-14) Verschillende auteurs bevestigen dat studenten cynischer en minder humaan worden en verlies van empathie, communicatievaardigheden en patiëntgerichtheid vertonen. (8; 15-18)

Een recente studie van Katrien Bombeke bij studenten geneeskunde aan de UA onderzocht welke factoren een rol spelen bij deze dramatische daling van patiëntgerichtheid, vooral in het kritieke stagejaar. Zij vond dat een positieve attitude t.o.v patiëntgerichtheid en de aangeleerde vaardigheden niet voldoende zijn om overeind te blijven in een ziekenhuissetting. Gebrek aan self-efficacy, barrières zoals tijdsdruk en vermoeidheid, overspoeld worden met intense ervaringen en gebrek aan patiëntgerichte, zelfzorgende rolmodellen bleken essentiële factoren in de ontwikkeling van patiëntgerichtheid.(19) Daarnaast stuitte zij op een soort black box in de vorm van de arts-als-persoon, welke nochtans een centrale rol schijnt te spelen. Deze “arts-als-persoon” is een erg complexe factor die we terugvinden in de definitie van Mead & Bower.(20) Zij operationaliseren patiëntgerichtheid aan de hand van 5 dimensies : het biopsychosociaal perspectief, de “patiënt-als-persoon”, delen van power en verantwoordelijkheid, de therapeutische alliantie en de “arts-als-persoon”.

biopsychosociaal perspectief	verbreding van het perspectief van de arts op ziekte en gezondheid door rekening te houden met zowel sociale, psychologische alsook biomedische factoren
patiënt-als-persoon	aandacht en begrip voor de persoonlijke betekening van ziekte voor elke individuele patiënt, binnen zijn unieke context
delen van power en verantwoordelijkheid	aandacht voor de voorkeur voor de patiënt aangaande informatie en gedeelde beslissingen en hieraan beantwoorden, met oog op meer gelijkwaardige relatie met de patiënt
therapeutische alliantie	ontwikkelen van gemeenschappelijke therapeutische doelen en bevorderen van de persoonlijke band tussen arts en patiënt
arts-als-persoon	zich bewust worden van de invloed van persoonlijke eigenschappen en subjectiviteit van de arts tijdens de beoefening van geneeskunde

Figuur 1: vijf dimensie van patiëntgerichtheid volgens Mead & Bower (20)

Deze “arts-als-persoon” is echter een erg complex gegeven. Zowel omgaan met en overspoeld woorden door menselijk lijden, als omgaan met de eisen van het beroep (en evenwicht met een gezinsleven), als de relatie tussen HAIO en PO spelen hier wellicht een belangrijke rol in, net als vele andere bekende en nog onbekende factoren. (19)

Dit kwalitatief onderzoek in het kader van een MaNaMa-thesis, richt zich specifiek op de evolutie van patiëntgerichtheid bij HAIO’s. Deze groep zijn de huisartsen van morgen, die hun eerste stappen zetten in een overgang tussen universiteit en zelfstandig arts. Ongetwijfeld zijn er grote verschillen met een stage in een ziekenhuissetting. Bovendien valt een groot deel van de beschermhuls weg en worden zij voor het eerst uitgedaagd om zelf verantwoordelijkheid te nemen, volledig in de rol van arts te gaan staan en na te denken over hoe zij zich na 2 jaar willen organiseren als huisarts. Ervaren zij

ook een dergelijke alarmerende trend in hun patiëntgerichte ontwikkeling? En welke factoren lijken hier doorslaggevend?

METHODE

Perspectief

Gezien wij op zoek zijn naar de dagdagelijkse beleving van de huisartsen-in-opleiding, en hoe die ervaringen hun doen en laten rond patiëntgerichtheid tekenen, kiezen we voor een kwalitatieve onderzoeksmethodologie. Wij gaan ervan uit dat wij inzicht kunnen verwerven in de ontwikkeling van patiëntgerichtheid door die be-leefde 'waarheid' van de HAIO samen met hen 'op te bouwen'. Dit co-construeren kan oa gebeuren door hierover van gedachten te wisselen met hen, en in de diepte door te praten. Dit wetenschapsfilosofisch perspectief wordt 'constructivisme' genoemd, en 'thematische analyse' is één van de methodes die binnen dit kader toegepast kan worden.

Methodologie

Thematische analyse is een onafhankelijke kwalitatieve beschrijvende aanpak die grotendeels beschreven wordt als "een methode voor het identificeren, analyseren en rapporteren van patronen (thema's) binnenin data". Hierbij worden data aan bepaalde thema's toegewezen, die inductief (uit het verzamelde materiaal) worden gevormd. Bij een kwalitatieve analyse staat de betekenis centraal, met als doel de inhoud en complexiteit van de betekenissen te begrijpen, eerder dan de frequentie ervan. (21) Bij thematische analyse worden klassiek 6 stappen doorlopen; het zich vertrouwd maken met de data, creëren van initiële codes, zoeken naar thema's, review van de thema's, definiëren en benoemen van thema's en uiteindelijk neerschrijven van de analyse.

methode:

1) dataverzameling (sampling en procedure)

In 2013-2014 vonden drie focusgesprekken plaats van telkens ± 60 minuten tijdens verschillende seminariemomenten bij eenzelfde seminariegroep. De Medisch-Ethische Commissie van de Universiteit Antwerpen keurde de studie goed en van alle deelnemers werd informed consent verkregen. In totaal namen 14 HAIO's deel aan de gesprekken (zie tab 1). Het interviewdraaiboek wordt besproken aan het begin van de resultatensectie. Alle groepsgesprekken, inclusief de informed consent, werden opgenomen met voice-recorder en nadien volledig uitgeschreven.

Samenstelling focusgroepen

	Focus 1	**Focus 2**	**Focus 3**
Deelnemers (N)	8	9	8
Jaar 8	8 (100%)	3 (33%)	3 (37,5%)
Jaar 9	0 (0%)	6 (67%)	5 (62,5%)
Geslacht vrouw	4 (50%)	6 (67%)	6 (75%)
Geslacht man	4 (50%)	3 (33%)	2 (25%)

Tabel 1: samenstelling van de 3 focusgroepen met aantal deelnemers (totaal N) met daaronder opsplitsing in aantal (percentage) HAIO's uit jaar 8 vs. 9 en aantal mannen vs. vrouwen

2) data-analyse

Voor het interpreteren van de kwalitatieve data werd gebruikt gemaakt van thematische analyse (TA). TA is een methode die gebruikt wordt om patronen (thema's) te identificeren, analyseren en rapporteren binnen een kwalitatieve dataset. (21) In een eerste fase werden alle gesprekken volledig uitgeschreven, waarbij de namen van de deelnemers werden vervangen door een

lettercode om anonieme analyse te kunnen garanderen. Tijdens een eerste inductieve codeerfase identificeerden we stimulerende en inhiberende invloeden op de patiëntgerichtheid bij de deelnemers. Deze codering gebeurde met openheid voor wat de deelnemers te zeggen hadden en bleef semantisch dicht bij hun verwoording. Gezien de “arts-als-persoon” als grote onbekende naar voren kwam in eerdere onderzoeken, werd deze als belangrijkste sensitising concept gebruikt. Daarnaast gebruikten we ook de determinanten van het ASE-model als sensitising concept. Dit is een van de meest gekende en door evidentie ondersteunde gedragsmodellen uit de socio-cognitieve psychologie : het ‘Attitude – Social influence – self-Efficacy (ASE)-model. Volgens het ASE-model bepalen drie factoren de intentie tot gedrag: attitude, sociale invloed en eigen effectiviteitsverwachting. Of een gedragsintentie dan leidt tot het voorspelde gedrag, hangt op zijn beurt af van een aantal barrières of vaardigheden. (22; 23)
In een volgende fase van de thematische analyse, werd gezocht naar overkoepelende thema’s, die dan later verder verfijnd, gedefinieerd en benoemd werden.

RESULTATEN

In totaal vonden drie gesprekken van telkens ongeveer 60 minuten plaats. Het eerste gesprek startte met een open beschrijving van patiëntgerichtheid (gebaseerd op de definitie van Mead & Bower (20)), waarna gevraagd werd even op te schrijven hoe de HAIO’s hun patiëntgerichtheid hadden zien/voelen evolueren in die eerste maanden. Af en toe werd gevraagd een aangereikt thema te verduidelijken of gevraagd een concreet voorbeeld te geven. Bij interessante thema’s werd soms ook de mening van de hele groep gevraagd (“Hoe ervaren jullie dat?” “Is dat voor iedereen zo?”).
In een tweede fase werd gevraagd welke tools de HAIO’s gebruikten om tot patiëntgerichtheid te komen? Als slotvraag voor dat eerste gesprek werd gepeild of de HAIO’s zichzelf beschouwden als de huisarts die ze altijd hadden willen zijn, of dat ze tevreden waren op dat moment.
Het tweede focusgesprek verliep veel vlotter. Hier begonnen we met een rondvraag waarbij eerst gevraagd werd wat te reflecteren en enkele dingen te noteren over de evolutie van hun patiëntgerichtheid sinds de vorige keer. Deze keer werd nog veel dieper doorgevraagd op aangebrachte thema’s. Na ongeveer 35 minuten gingen we over naar een tweede deel waarbij opnieuw gevraagd werd het even stil te maken en te reflecteren. Nu werd specifiek gevraagd naar de “arts-als-persoon” (“Hebben jullie het gevoel dat wie jullie zijn, wat jullie hebben meegemaakt etc jullie patiëntgerichtheid beïnvloedt? En in welke zin?”). Dit bleek echter een moeilijker thema waarbij het gesprek veel moeilijker op gang kwam. Bovendien was er weinig ruimte voor interventie van de onderzoeker, aangezien dit thema anders veel te snel gestuurd zou worden. Niet alleen is voor dit thema wellicht meer sfeer van veiligheid nodig, tegelijk is het ook een erg complex thema dat niet eenvoudig te bevragen valt.

Het derde gesprek begon opnieuw met een reflectiemoment. Ditmaal werd gevraagd of de HAIO’s het gevoel hadden dat ze de huisarts waren die ze wilden zijn en welke factoren hiervoor verantwoordelijk waren. Opnieuw werd er nog veel meer in de diepte doorgevraagd in vergelijking met de vorige gesprekken en werden sommige thema’s die ook in de vorige focusgroepen sterk naar voren kwamen extra uitgelicht (o.a. vermoeidheid, klantgerichtheid vs. patiëntgerichtheid, context en sociale controle).

	Focus 1	Focus 2	Focus 3
	Informed Consent	Informed Consent	Informed Consent
Inleiding	Onder patiëntgerichte geneeskunde verstaan we dat de arts zowel de biomedische als de psychosociale kant van de ziekte verkent. Er wordt rekening gehouden met de individuele ziektebeleving van de patiënt, met zijn persoonlijke wensen, waarden en verwachtingen. De patiënt wordt actief betrokken in het beslissingsproces, arts en patiënt komen als gelijkwaardige partners tot een behandelingskeuze. Een goede arts-patiëntrelatie is in de patiëntgerichte visie niet alleen 'aangenaam', het is een fundamentele vereiste. De arts is zich bewust van zijn invloed op het consult.	Inleiding herhaald voor de nieuwe HAIO's (nieuwe 8ste jaars)	Terugkoppeling na vorige focusgroepen, "waar staan we nu"?
Ijsbreker	Hoe vinden jullie dat jullie patiëntgerichtheid geëvolueerd is tot nu?	Hoe vinden jullie dat jullie patiëntgerichtheid geëvolueerd is tot nu?	Zijn jullie nu de huisarts die jullie hadden gedacht te zijn toen je aan de opleiding begon, de huisarts die je wil zijn? En zo neen, wat is daar dan voor nodig? Wat moet er veranderen?
2e thema	Welke tools gebruiken jullie om tot patiëntgerichtheid te komen? (denk hier bij erg ruim; zowel praktisch/materialistisch, maar ook bv. communicatietechnieken, …)	"arts-als-persoon"; Hebben jullie de indruk dat wie jullie zijn, persoonlijkheid, wat jullie hebben meegemaakt etc jullie patiëntgerichtheid beïnvloed?	Ik wou graag nog even terugkomen op iets dat vorige keer aangehaald is; mn. Het verschil tussen patiëntgerichtheid en klantgerichtheid. Hoe zien jullie dat? Wat is het verschil? Hoe verhouden die zich?
3e thema	Ben je nu de arts die je zou willen zijn?	/	Wat vinden jullie van deze gesprekken rond patiëntgerichtheid (de focusgroepen). Heeft zoiets een invloed op jullie patiëntgerichtheid?
Thema's aangereikt door de deelnemers die verder uitgediept werden	Zijn huisartsen per definitie patiëntgerichter dan specialisten?/wachtpostsetting/"patiënt-als-persoon"/"arts-als-persoon"/aangereikte barrières (vb vermoeidheid)	vermoeidheid (wie is hier allemaal moe??) /beïnvloeding PG door sociale controle, rol van de praktijkopleider/ invloed of rol voor seminarie en STACKO	context, sociale controle (rol van Praktijkopleider en collega's)/grenzen stellen/ vrije raadpleging vs. Op afspraak/generatiekloof
Slotvraag	Wil iemand hier nog iets aan toevoegen? Wil er nog iemand iets over patiëntgerichtheid kwijt?	Wil iemand hier nog iets aan toevoegen? Wil er nog iemand iets over patiëntgerichtheid kwijt?	Wil iemand hier nog iets aan toevoegen? Wil er nog iemand iets over patiëntgerichtheid kwijt?

Na thematische analyse van deze drie gesprekken, werden enkele overkoepelende thema's weerhouden welke we nu afzonderlijk zullen bespreken.

Evolutie van patiëntgerichtheid

Tijdens de eerste maanden als HAIO beschrijft de meerderheid zich te focussen op het eigen proces, namelijk de consultatievoering en eerder probleemoplossend in de praktijk te staan. Men is erg bang om te falen, fouten te maken en er wordt veel tijd gespendeerd aan het opzoeken van informatie. Bovendien lopen de consultaties nog niet erg vlot, waardoor 15 minuten snel voorbij zijn. Na enkele maanden ervaren de HAIO's dat de focus langzaam kan verlegd worden naar de patiënt en voelen ze dit aan als een duidelijke toename van de patiëntgerichtheid (waar deze de eerste maanden duidelijk op de achtergrond stond, er was geen tijd voor).

QN: "In het begin overwoog "ik mag niet falen, ik MOET elk probleem oplossen. Nu kan ik meer focussen op de patiënt, in het begin lag de focus meer op mezelf""
QC: "ook omdat nieuwe eraf is; uw eerste pilconsult, uw eerste preventieprogramma. Je moet daar eerst voor jezelf een draai in vinden "hoe ga ik dat vertellen"? Eens je daar systematiek in hebt , kan je je aandacht meer op de patiënt richten."

Anderzijds merken de HAIO's op dat er ook een trend is om minder actief te gaan luisteren en meer te gaan sturen net wanneer de consultaties vlotter gaan. Ook routinematig gedrag in de consultatievoering blijkt een valkuil voor de patiëntgerichtheid.

QF: "De dingen die je doet gaan makkelijker, worden routine, ik moet er niet meer zo hard over nadenken. Dan besef ik soms op het einde; wat wou die patiënt nu eigenlijk? Dan heb ik dat niet goed bevraagd terwijl ik dat in het begin veel consciëntieuser deed"
QN: "Ik ga bij 5à6e verkoudheid achter elkaar niet meer vragen waarom ze precies vandaag komen of wat ze van mij verwachten. Dan ga ik voort op de vorige 5…"

Wat echter in alle focusgroepen sterk naar voren komt als één van de belangrijkste bevorderende factoren voor patiëntgerichtheid, is dat je de patiënten en de populatie begint te kennen. Dit lijkt voor alle HAIO's een centrale voorwaarde om patiëntgericht(er) te kunnen werken.

QL: "hoe beter je de leefwereld van de patiënt kent, hoe patiëntgerichter je kan zijn"
QH: "Dat is bij specialisten ook meestal: hij kent de patiënten meestal niet, dus waarom zou hij zich extra uitsloven voor patiënten die hij niet kent?"

Praktijkorganisatie als fundamentele voorwaarde?

Goede praktijkondersteuning (secretaresse, bel-uur, telesecretariaat, …), duidelijke afspraken met de patiënten, uitgebreide beschikbare patiënteninformatie (folders, website, EMD,…) zijn absolute voorwaarden voor de ondervraagde HAIO's om patiëntgericht te kunnen werken. Gestoord worden door telefoon tijdens de raadpleging blijkt één van de grootste struikelblokken. Ook afspraken met de collega's onderling en voldoende overleg worden genoemd als positieve factoren voor het bevorderen van patiëntgerichtheid.

QA: "een goeie praktijkorganisatie zorgt ervoor dat je meer op je gemak je consult kan doen, waardoor de kwaliteit verbetert"
QE: "wat ik absoluut niet patiëntgericht vind, is telefoon tijdens de raadpleging. Als het te veel wordt, neem ik soms zelfs niet meer op…"

Over vrije raadpleging versus raadpleging op afspraak zijn de meningen erg verdeeld. Sommigen willen nooit nog vrije raadpleging doen wanneer zij zichzelf vestigen, terwijl anderen hier erg bewust voor kiezen. De perceptie blijkt ook erg te verschillen tussen HAIO's onderling.

QD:"als er iemand is waar je wat meer tijd in wil/moet steken, kan dat makkelijker tijdens een vrije raadpleging volgens mij"
QC: "ik had net het gevoel dat vrije raadpleging voor snelle consulten was"

Tijd en vermoeidheid als barrière

Patiëntgerichtheid vraagt tijd en extra energie, daar lijken alle deelnemers van de focusgroepen het over eens. Vermoeidheid en tijdsdruk zijn dan ook de meest frequent genoemde barrières voor patiëntgericht gedrag.

QL: "Het is geen goede ingesteldheid, maar als je al >35ptn gezien hebt op een dag; begint mijn patiëntgerichtheid toch wel af te vlakken. Als ik echt vermoeid ben, dan weet ik dat ik geen goede geneeskunde aan het doen ben. Dan ben ik luier, minder geneigd om te bellen, iets op te zoeken,… geef ik minder uitleg"
QI: "Als het drukker wordt, is patiëntgerichtheid zeker het eerste dat ik laat vallen, of toch minder wordt… Als je voort moet doen, kan je daar niet altijd tijd in steken… "

Soms leidt dit dan erg bewust tot het vermijden van patiëntgerichte vragen, uit angst voor de "doos van Pandora"

QA: "Meestal als je een opening maakt voor de ICE (ideas, concerns, expectations), komt er een heel verhaal achter waar je niet altijd tijd voor hebt"

De patiënt zelf als barrière

Ook de patiënt zelf wordt vaak aangehaald als een barrière.

QG: "Sommige mensen vatten dat echt niet, begrijpen niet wat je bedoelt als je hen vraagt wat ze van jou verwachten"
QF: "Soms stuit je op weerstand : 'wat vraag jij nu? Jij bent de dokter!'"

Wat ook een aantal keer geopperd werd, is dat patiëntgerichtheid sterk afhankelijk is van de patiënt. Toch lijkt dit ook onlosmakelijk verbonden met de arts-als-persoon, zoals blijkt uit de volgende quotes:

QI: "Als het toffe mens is versus een 'zager' eerste klas, betrap ik mij erop dat ik toch minder moeite doe bij die 2e om alles echt uit te leggen en er tijd in te steken. Dat is niet goed maar wel menselijk volgens mij"
QG: "Met veeleisende patiënten kan je bezig blijven, dat is een bodemloze put en erg moeilijk om balans te kunnen bewaren dan"
QJ: "Het is ook afhankelijk van hoeveel zagers je achter mekaar hebt ; eentje daartussen valt wel mee, maar wanneer er 3 na mekaar komen, ben je bij die 3e wel geneigd om wat meer kortaf te zijn"
QH: "of gewoon te doen wat de patiënt vraagt…"

Arts als Persoon
De grote blackbox in de studie van Katrien Bombeke (19; 24) komt ook in deze focusgroepgesprekken spontaan en uitgebreid aan bod. Iedereen lijkt het erover eens dat patiëntgerichtheid sterk afhankelijk is van de persoonlijkheid en het karakter van de arts.

QL: "Patiëntgerichtheid is iets dat je deels hebt, en deels kan leren"
QN: "Het hangt ervan af waaruit je voldoening haalt… als je voldoening haalt uit patiënten die tevreden zijn, geeft je dat motivatie om te investeren in patiëntgerichtheid"

De persoonlijke voorgeschiedenis en context van de arts zijn ontegensprekelijk verbonden met de manier van arts-zijn.

QF: "ik denk dat ik nogal pessimistisch van aard ben en altijd van het ergste uitga: dat merk ik ook in mijn behandelplannen; het betert waarschijnlijk wel met ervaring maar nu zal ik soms ten onrechte mensen sneller doorsturen of bijkomend onderzoek willen omwille van wie IK ben; onafhankelijk van die persoon; gewoon omdat die persoon bij mij terechtgekomen is"
QG: "Ik wil vooral "goed" doen"
QE: "ik werk nu in de praktijk waar ik zelf ben opgegroeid, waar ik de mensen ken. Dat maakt het een stuk makkelijker om patiëntgericht te zijn"

Opmerkelijk is dat alle HAIO's spontaan en massaal het thema "grenzen stellen" aanhalen, alsof dit onlosmakelijk verbonden is met patiëntgerichtheid. Het blijkt een enorme uitdaging voor de HAIO om evenwicht te bewaren tussen de agenda van de patiënt en de eigen agenda.

QE: "soms ben ik TE patiëntgericht en wordt het voor mezelf te veel. Dan zet ik mezelf aan de kant"
QL: "Ik laat me soms iets te veel doen door patiënten (bv als ze een bepaald onderzoek of medicament willen". Ik durf nog niet goed op mijn strepen staan. Daar wil ik zeker nog in groeien"
QA: "ik vind het verschrikkelijk als patiënten buitengaan en ik mij "in t zak gezet" voel. Dat ik iets gedaan heb dat die patiënt erg graag wilde en ik stond daar zelf niet achter"

Sommigen beschrijven ook echt een evolutie ten opzichte van het begin van hun HAIO-schap en beschouwen het als een werkpunt om meer voor zichzelf op te komen en hun grenzen te bewaken of eigen standpunten te verdedigen.

QE: "Ik ben veel strenger geworden naar mensen die echt irritant of onbeleefd zijn maar ik denk dat dat dan ook wel mag op die moment"

QB: "Ik ben soms te meegaand, wil van mezelf strenger zijn, bv voor mensen die te laat komen. Maar als je mensen voor de eerste keer ziet, wil je ook niet meteen "de onsympathieke arts" zijn…"

Sociale invloed- rolmodellen en opleiding

Een merkwaardige trend bij veel van de ondervraagde HAIO's is dat zij zich schijnen aan te passen aan de praktijkopleider/collega's in de praktijk. Op verschillende momenten werd aangehaald hoe de HAIO's heel sterk aanvoelen dat ze niet "eigen baas" zijn, dat ze zorg dragen voor andermans patiënten en soms het gevoel hebben in te boeten aan hun echtheid en zelfs wat "toneel spelen" om zich aan te passen aan welke arts de patiënt voor hen gewoon is.
Dit doen ze enerzijds uit angst om patiënten te verliezen die niet van hen zijn, anderzijds omdat zij het gevoel hebben dat de patiënt anders verhaal gaat halen bij de praktijkopleider.

QB: "Een bepaalde arts bij ons schrijft heel makkelijk voorschriften via de telefoon; ik heb liever dat de patiënten komen maar dan ben ik soms toch wat te veel meegaand omdat ik dan denk "het zijn patiënten van die arts, ze zijn dat gewoon. Het zou toch beter zijn als je gewoon de persoon bent die je wilt zijn"
QA: "Ik weet dat ik bij patiënten van bepaalde artsen bij ons milder moet zijn, meer moet meegaan en mijn eigen aanpak niet kan doordrukken. Anders staan ze de volgende dag bij hun vaste arts die hun wel geeft wat ze willen"

Nog een andere reden die wordt aangehaald is vermoeidheid en soms geen zin meer hebben om in discussie te gaan.

QL: "Soms durf ik niet goed op mijn strepen staan. Omdat het niet "mijn" patiënten zijn maar van de praktijkopleider. Ik wil geen patiënten van hem "verliezen". Maar soms zwijg ik ook "voor mezelf". Dan heb ik geen zin om in discussie te gaan…"

Volgens sommige deelnemers is er ook een duidelijk generatieverschil voelbaar, waarin we de rol van de opleiding zien doorschemeren.

QC: "ik hoor patiënten zeggen dat jongere huisartsen wel empathischer en patiëntgerichter zijn dan de ouderen, dat krijg ik vaak te horen in voordeel van mij "die van mij die luistert niet meer"

Ook bekeken worden tijdens een consultatie (bijvoorbeeld door de praktijkopleider tijdens een evaluatiemoment), door een stagiair of in kader van de videoconsultaties heeft een effect. Op zo'n momenten beschrijft iedereen toch extra op patiëntgerichtheid te letten.

Patiëntgericht versus Klantgericht

Zoals hierboven al even aangehaald, botsen we in dit onderzoek op een opvallende paradox : de HAIO's zijn er immers niet van overtuigd dat doen wat de patiënt vraagt uiteindelijk patiëntgericht is… Kan grenzen trekken tegenover een patiënt toch patiëntgericht zijn? En waar ligt de grens met klantgerichtheid?
Wat de HAIO's echt patiëntgericht vinden, is doen wat voor de patiënt het beste is, ook al is dat niet altijd wat de patiënt aanvankelijk verwachtte. Het komt erop neer de patiënt voldoende te informeren en dan samen een beslissing te nemen, rekening houden met wat hij/zij wil. Volgens onze deelnemers draait het veeleer om compromissen sluiten en is de tijd van de paternalistische huisarts voorbij. Daarentegen is klantgerichtheid datgene wat hen zo vaak voor de borst stoot : dit definiëren ze dan eerder als iets doen waar je zelf niet van overtuigd bent of indruist tegen eigen kennis en kunde, om kost wat kost patiënten te behouden, ongeacht wat hij/zij van u vraagt.

QG: " Het zou me heel ongelukkig maken als ik in de praktijk het gevoel zou hebben klantgericht bezig te zijn. Dan zou ik mij "in't zak gezet voelen', en dat kan niet de bedoeling zijn"

QD: "wij zijn geen winkel waar je continu moet springen voor de mensen"
QK: "Ik ben zeker voor inspraak van de patiënt naar behandeling toe, maar stel daar toch ook duidelijke grenzen in; over bepaalde dingen wil ik spreken, over andere dingen die levensnoodzakelijk zijn valt niet te discussiëren"

Ook hier wordt vaak aangehaald dat er mogelijk sprake is van een generatiekloof : de huidige artsen hebben het in zekere zin makkelijker op vlak van klantgerichtheid door de grotere werkzekerheid.

"QF: De huisartsen van vroeger hebben het echt wel moeilijk gehad om te starten en dus begrijp ik dat zij voor zichzelf een methode hebben aangeleerd die voor hun "overleven" noodzakelijk was.
"QA: "maar ik denk dat dat gaat verbeteren nu. Wij zijn anders opgeleid en staan in een makkelijkere positie van werkzekerheid'

Patiënten selecteren komt ook geregeld terug in de gesprekken, zeker in de bovenvermelde discussie over al dan niet klantgericht werken.

QB: "soms denk ik, ik kan beter wat onsympathiek zijn… dan komen die mensen achteraf niet bij mij terug…"
QG:" eens je bepaald pad kiest, hetzij patiëntgerichtheid, hetzij klantgerichtheid, ga je de patiënten aantrekken die zich daar goed bij voelen "

HAIO-gebonden barrières

HAIO-zijn verschilt in heel wat zaken van een zelfstandige huisartsentitel. In de eerste plaats door de perceptie van de patiënten. Het is voor de meeste HAIO's vanzelfsprekend dat hun patiëntenpopulatie duidelijk anders is dan die van de PO. HAIO's zien duidelijk meer acute pathologie en minder chronische patiënten waardoor zij patiënten veel minder vaak terugzien.

QN: "Dat speelt als haio niet echt mee denk ik, je gaat ze waarschijnlijk toch niet blijven terugzien…"
QA: ' ik krijg nu vaak 'de overloop' van patiënten, dus ik zie ze vaak maar een keer…"

Een thema dat ook vaak terugkwam, betreft het plots krijgen van verantwoordelijkheid en dan meer bepaald in het afgrenzen. Sommige HAIO's gaven aan de impact hiervan onvoldoende in te schatten tijdens de opleiding. Zelf verantwoordelijkheid dragen voor (andermans) patiënten legt voor sommige HAIO's duidelijk meer druk dan zij verwacht hadden.

QL: "In begin van mijn studie was ik daar helemaal niet mee bezig. Dat verantwoordelijkheidsgevoel is toch duidelijk toegenomen tov jaar 7. Dat geeft meer stress. Ik lig wel eens wakker van dingen die gebeurd zijn, zaken waar ik over twijfel"

Ook het recent aangepaste statuut van de HAIO (bediende i.p.v. zelfstandige) speelt hier wellicht wel een belangrijke rol.

QF: "Het is als haio wel "gemakkelijk" gezegd "ik ben niet klantgericht maar wel patiëntgericht", maar tegen dat de rekeningen er echt van moeten betaald worden…"
QF: "ik begrijp wel dat er artsen zijn die daarin meegaan. ptn "wegjagen" kan je toch niet doen als je huis moet afbetalen, kindjes hebt.. "

De tijdelijke opleidingssetting houdt bovendien in dat er minder ruimte is voor eigen wensen en voorwaarden met betrekking tot patiëntgerichtheid.

QA; "ik zou graag wat betere afspraken hebben met de patiënten (bv beluurtje), maar dat verander je niet zomaar als je in opleiding bent…"

People-centredness
Een van de meest opvallende thema's die in dit onderzoek naar voor komen is de people-centredness. Niet alleen het belang van individuele patiënten is duidelijk aangetoond, maar ook dat van de collectieve groep. Patiëntgerichtheid voor de individuele patiënt kan deze people-centredness in de weg staan, terwijl de patiënten als groep voor de HAIO net meer en meer aan belang schijnt te winnen.

QE: " ik vind dat dan heel moeilijk soms om daarin een evenwicht te vinden; sommige patiënten zijn erg resistent aan afspraken maken, ze komen dan te pas en te onpas binnen zonder afspraak, waardoor iedereen eigenlijk "sneller" gezien moet worden."
QL: " Het is niet leuk als patiënten te laat komen, dat zorgt er dan voor dat die patiënt sowieso een kortere consultatie heeft (meestal toch) maar ook dat de andere patiënten minder tijd hebben of moeten wachten. Dat zorg voor mijzelf ook voor stress waardoor ik de neiging heb meer door te doen "snel snel" en dan dingen mis… "

Contextgevoelig
Patiëntgerichtheid blijkt ook erg contextgevoelig volgens de HAIO's in onze focusgroepen.
Zo is een wachtdienst/wachtpost voor hen een heel andere setting waar patiëntgerichtheid minder op de voorgrond staat.

QJ: "Op de wachtpost is het gemiddeld veel drukker dan in je praktijk. Je probeert veel minder relatie op te bouwen. Bij ons is dat ook erg duidelijk: 'Je komt hier voor 1 probleem en niet voor 5 die al verschillende dagen bezig zijn"
QL: "Belangrijkste daar is het medisch probleem oplossen. Voor de rest moeten ze bij hun eigen huisarts terecht. Ik probeer wel goeie uitleg te geven, maar op een wachtpost lukt het soms minder"

Het ontbreken van de arts-patiënt relatie, het feit dat je de mensen niet meer gaat terugzien, lijkt hier soms een soort vrijgeleide om iets minder patiëntgericht te kunnen zijn. Daarentegen zien we in deze setting de people-centredness dan weer duidelijk terugkomen:

QL: *"daar is het ook meestal drukker dan in praktijk. Het is een soort vrije consultatie; hoe sneller je patiënten afhandelt, hoe sneller ze in de wachtzaal gezien worden"*

Ten slotte schijnen de HAIO's zelfs binnen het domein van de eigen raadpleging patiënten anders te benaderen naargelang de aanmeldingsklacht (reason for encounter). Tegelijk wordt dit ook aangehaald als een belangrijke valkuil om patiëntgerichtheid te verliezen, en onderstrepen vele HAIO's het belang om telkens open en onbevooroordeeld te blijven peilen naar de Ideas, Concerns en Expectations (ICE) van elke patiënt.

QF: "Op een gegeven moment begon ik alleen maar ICE's te bevragen, wanneer ik aan het begin van verhaal al ergens psyschosociale achtergrond vermoedde"

Reflectie

Op het einde van de laatste focusgroep werd gepeild naar hoe de deelnemers deze gesprekken ervaren hadden. De conclusie bleek dat velen zo'n focusgroep best nuttig vonden. Voornamelijk de peer comparison, het stilstaan bij de eigen patiëntgerichtheid (*QC: "ben ik daar (nog) voldoende mee bezig*?") en het meenemen van tips van anderen werd erg zinvol ervaren. Het niet-verplichte karakter, alsook het feit dat er geen schriftelijke taak aan verbonden was, maakte deze gesprekken voor de HAIO's tot een aangenaam reflectiemoment. Wel was de frequentie in het kader van deze MaNaMa iets te hoog.

BESPREKING

In onze studie komen enkele interessante nieuwe elementen naar voren zoals het groeiende belang van een people-centred geneeskunde waar de huidige generatie duidelijk meer focus op legt. Ook het verschil of de gelijkenissen tussen klantgerichtheid en patiëntgerichtheid worden hier fel benadrukt. De ondervraagde HAIO's vermelden patiënt- of klantgerichtheid en bewaken van eigen grenzen haast in één adem, alsof de twee onlosmakelijk verbonden zijn. Toch blijkt hier dat deze begrippen en hun onderscheid erg moeilijk te definiëren zijn. De frequentie en intensiteit van emotie waarmee die klantgerichtheid werd aangehaald, lijken toch in zekere mate dwingend om verder over na te denken, ter bescherming van de patiëntgerichtheid. Het zou toch zonde zijn dat gemotiveerde, idealistische HAIO's het hele pakket overboord gooien wanneer hun ik-zijn en zelfzorg te veel in het gedrang komen.
Wat opvalt in contrast met de studies bij studenten in het stagejaar (19), is dat sociale invloed bij HAIO's veel minder remmend blijkt. Dit bevestigt dat de huisartsenpraktijk "the place to be" is om patiëntgerichtheid te leren. Toch valt de invloed van de praktijkopleider (eigen stijl, opleiding, …) en andere opleidingscomponenten niet te onderschatten. Uiteraard kunnen we in deze beperkte setting van een MaNaMa-project geen grote conclusies trekken. Er is zeker nood aan verder onderzoek met longitudinale opvolging.

Determinanten van patiëntgericht gedrag; het ASE-model

De ondervraagde HAIO's zijn over het algemeen best tevreden over hun patiëntgerichtheid. Hoewel ze de eerste maanden erg probleemoplossend in de praktijk stonden en de focus nog lag op het eigen proces, wordt duidelijk beschreven hoe na verloop van tijd consultaties steeds vlotter gaan en de extra tijd als vanzelfsprekend geïnvesteerd wordt in patiëntgerichter gedrag. Door de bril van het ASE-model (22; 23) merken we een sterk positieve attitude, waarbij self-efficacy de variërende factor is tijdens die eerste maanden in de praktijk. Sociale invloed lijkt de minst belangrijke factor van de drie, terwijl dit in het stagejaar net de voornaamste factor bleek. (19) Is de huisartsensetting dan toch per definitie patiëntgerichter? Of is het puur een kwestie van meer op eigen benen staan? Toch zijn de HAIO's gevoelig aan evaluatie door de praktijkopleider en voelen ze zich nog extra patiëntgericht handelen wanneer ze bekeken worden door een stagair of hun peers (d.m.v. videoconsultatie). De deelnemende HAIO's zijn er wel van overtuigd dat patiëntgerichte geneeskunde leidt tot tevreden patiënten en halen hier zo zelf voldoening uit.

"De verwittigde HAIO"

Toch is er een opvallende trend : volledig spontaan en in alle focusgroepen wordt grenzen stellen uitvoerig vernoemd en besproken, wanneer het onderwerp patiëntgerichtheid op tafel ligt. Zelfzorg lijkt een evidente voorwaarde om zich gelukkig te blijven voelen in dit veeleisend beroep. HAIO's worden rondom hen geconfronteerd met collega's in allerlei fases van burn-out en ook tijdens de opleiding is zelfzorg geen vreemde term meer. Onder het motto "een verwittigde HAIO is er 2 waard" lijkt de huidige generatie zich defensiever in het beroepsveld te begeven, waarbij bedreiging van de eigen grenzen heel snel herkend en benoemd kan worden. Daarnaast is een verminderd vermogen tot empathie ook een voorspellende (risico?)factor voor burnout en kunnen we ons afvragen of HAIO's net méér at risk zijn? (25) Geen van de HAIO's vermeldt dit expliciet, maar indirect barst het van de aanwijzingen dat de deelnemers van de focusgroepen het moeilijk hebben hun hoofd boven water te houden. De grote zoektocht naar evenwicht tussen klantgerichtheid en patiëntgerichtheid, de meest vermelde barrières (vermoeidheid, tijdsdruk), de schreeuw naar een goede praktijkorganisatie die de werkdruk verlicht en ten slotte ook de copingmechanismen die indirect vernoemd worden ("niet meer in discussie willen gaan"), tonen een verontrustende tendens.

Op zoek naar evenwicht

Bovendien lijkt het antwoord hierop niet zo eenvoudig. Uit de gesprekken blijkt heel sterk hoe geworsteld wordt om alle agenda's (patiënt, HAIO, praktijkopleider/collega's en maatschappij) op één lijn te krijgen. Ondanks de theorie voelen HAIO's zich geremd om hun grenzen effectief te bewaken. Enerzijds omdat zij sterk aanvoelen dat zij slechts een tijdelijke rol hebben in de opleidingspraktijk en angst hebben om patiënten van de praktijkopleider te verliezen, anderzijds omdat ze ervaren dat ook de arts-als-persoon hier een duidelijke rol speelt op verschillende niveau's.
Een andere weegschaal is het groeiend belang voor people-centredness t.o.v. patiënt-centredness in sommige gevallen. Samenhangend met de toenemende werkzekerheid, voelen de HAIO's eveneens de hete adem van een dreigend huisartsentekort. Angst om dit niet te blijven volhouden wanneer de praktijkpopulatie blijft groeien, houdt de HAIO's nu al bezig…

De arts als persoon

Deze blackbox in de definitie van Mead & Bower (20) komt in onze focusgroepen uitvoerig aan bod. Persoonlijke karaktereigenschappen, eigen levensloop en achtergrond en vermogen om met zelfzorg en zelfbewustzijn om te gaan, blijken allemaal erg invloedrijke factoren. Zeker wanneer vermoeidheid de kop op steekt, voelen HAIO's zich soms erg kwetsbaar en lijkt de arts als persoon de centrale factor in het behoud van patiëntgerichtheid. In dit beperkt studie-opzet was het onmogelijk deze boeiende factor voldoende diep uit te spitten. In de literatuur over patiëntgerichtheid bij studenten geneeskunde wordt gewag gemaakt van de invloed van religie, etniciteit en geslacht (11), maar ook stressgevoeligheid, copingmechanismen, keuze voor huisartsgeneeskunde, en vele andere (ook nog onbekende) factoren bepalen deze ongetwijfeld erg belangrijke determinant van patiëntgerichtheid.

Generatiekloof

Er worden op gebied van patiëntgerichtheid duidelijke verschillen opgemerkt tussen de huisartsen van rond de vijftig en de (toekomstige) huisartsen van nu. Enerzijds is de tijd van de paternalistische huisarts ("doctor-centred") voorbij. De huidige HAIO's gaan voor compromis en zijn continu op zoek naar een evenwicht tussen de verwachtingen van de patiënt en hun eigen oordeel. Anderzijds beseffen de HAIO's dat ze zich nu in een luxepositie bevinden, met meer werkzekerheid en ruimte voor zichzelf als persoon. Toch is men ongerust over de gevolgen van het zelfstandig statuut op hun patiëntgerichtheid na afstuderen. De vraag wordt gesteld of klantgerichtheid zich toch niet meer gaat aandienen wanneer het financieel veilige HAIO-statuut ingewisseld wordt voor een zelfstandige huisartspositie.

Sterktes en beperkingen van deze studie

In deze studie kwamen we tot enkele verrassende nieuwe inzichten. De longitudinale gesprekken binnen eenzelfde groep en het feit dat de interviewer ook zelf een "peer" is, hebben hier ongetwijfeld een bevorderende rol gespeeld (hoewel dit een tweesnijdend zwaard is, gezien dit ook als één van de grootste beperkingen naar voren komt). Alle gesprekken werden aan het beginstadium van de analyse onderworpen aan een kritische reflectie door twee onderzoekers, waardoor de thema's vanuit verschillende invalshoeken werden beschouwd en bijgesteld.
Een ander factor die zowel sterkte als beperking genoemd kan worden, is het feit dat alle focusgesprekken in eenzelfde seminariegroep plaatsvonden (zij het met soms wisselende bezetting) en bij eenzelfde STACO. Een grote sterkte hierbij was dat dit een bijzonder communicatieve groep is, waarbij de STACO ook elke bijeenkomst veel nadruk legt op patiëntgerichtheid (zij het niet met die term maar absoluut indirect, door telkens ICE's te bevragen bij probleemcasussen etc). Ondanks het feit dat deze niet participeerde in de gesprekken, is een zekere invloed niet uitgesloten. Focusgroepen bij andere seminariegroepen hadden misschien heel andere elementen opgeleverd.
Zoals reeds aangehaald, zijn er ook beperkingen aan onze studie: we hebben gebruikt gemaakt van drie focusgesprekken van een uur tijdens de seminariebesprekingen van eenzelfde groep. Gezien de

gesprekken echter over twee jaar verspreid werden, zijn de deelnemers van de groepen niet identiek. Tussen het eerste gesprek en de twee volgende gesprekken vond er een jaarwissel plaats, waardoor drie HAIO's van jaar 9 vervangen werden door drie HAIO's uit jaar 8. Aan de andere kant maakte dit de gesprekken ook weer boeiend en werd de evolutie veel sterker uitgelicht.
Vanuit de deelnemers kwam de kritiek dat de gesprekken wat kort op elkaar kwamen. Ook dat is volledig te wijten aan de MaNaMa-setting.
Vragen naar de arts-als-persoon bleken ook niet evident in een seminariegroep omdat dergelijke vragen sowieso heel persoonlijk zijn. Mede door het feit dat de interviewer een collega-HAIO uit dezelfde seminariegroep was, werd soms niet doorgevraagd op interessante topics, omdat de interviewer niet het gevoel had dat dit voldoende veilig was binnen de groep (bijvoorbeeld de vraag of men de indruk had dat wie zij waren als persoon en hun persoonlijke geschiedenis ook beïnvloedde hoe zij als arts met bepaalde zaken/patiënten omgingen). Daarnaast was het soms moeilijker collega-HAIO's te onderbreken en meer te sturen, vanuit de positie van de interviewer. Hierdoor kwam een gesprek soms pas echt goed op gang na verloop van tijd, waardoor een uur weer net te kort was en boeiende topics niet helemaal konden bevraagd worden. Enkele diepte-interviews (one-on-one) hadden hier een waardevol alternatief geweest.

Aanbevelingen voor MaNaMa-onderwijs

Ondanks de wat ongelukkige timing waren alle HAIO's het er over eens dat een reflectiemoment over patiëntgerichtheid erg zinvol is. Ook een terugkom-moment communicatieonderwijs werd aangehaald als nuttige aanvulling, zeker nu men volop in de praktijk stond. Het vrijblijvende karakter zonder verplichte schriftelijke neerslag, bleek echter essentieel voor de meeste HAIO's.
Naar analogie van de tutorgroepen (ref…) tijdens het stagejaar, zou een reflectiemoment over patiëntgerichtheid en zelfzorg zeker een meerwaarde kunnen zijn. Dit inplannen tijdens een van de seminariemomenten lijkt ideaal, zo worden de HAIO's niet nog extra belast in een reeds overvol programma.
Zoals hierboven al aangehaald, is de rol van de STACO wellicht ook niet onbelangrijk. Seminariemomenten zijn de enige vorm van vaste terugkom-momenten waarop zowel kan bijgestuurd worden als ruimte kan gemaakt worden om te ventileren en feedback te krijgen over patiëntgerichtheid. Uiteraard is de STACO als persoon en het belang dat hij/zij aan patiëntgerichtheid hecht, ontzettend bepalend.
Eenzelfde redenering geldt voor de praktijkopleiders. Vooral bij de 8ste-jaars valt op hoe de sociale invloed van de praktijkopleider/eventueel andere collega's in de praktijk toch heel belangrijk lijkt. Voor zover deze beperkte groep toelaat daar uitspraken over te doen, lijken de 9de jaars stilaan minder vatbaar voor deze sociale invloed. Al blijft dan de vraag hoeveel zij – al dan niet bewust – toch hebben overgenomen van hun eerste rolmodel waarmee ze een heel jaar nauw hebben samengewerkt.
Een verontrustende trend blijkt toch hoe vermoeidheid en tijd als belangrijke barrières blijven naar voren komen. Het zal in elke MaNaMa-setting moeilijk blijven een goed evenwicht te vinden tussen opleiding enerzijds, en tegemoet komen aan werkdruk en opdoen van ervaring anderzijds. Bovendien spelen hier ook absoluut persoonsgebonden factoren een rol, alsook de praktijk waar men terechtkomt, de opleider, … Toch stellen we ons de vraag of er niet te veel verwacht wordt van de huidige HAIO's?
Tot slot viel op hoe bijna alle HAIO's bij het beschrijven van hun patiëntgerichte evolutie naar buiten kwamen met een tijdelijk tekort aan self-efficacy. Dit werd voor de meesten als onaangenaam beschreven, soms met een gevoel van een wake-up-call, maar bijna steeds met een connotatie van persoonlijk falen. Misschien is het voldoende om de HAIO's hier op voorhand van te verwittigen, en hen bewust te maken dat dit slechts een tijdelijk en perfect normaal fenomeen is, zodat de onrust hierover verkleint…

Aanbeveling voor verder onderzoek
Door de beperktheden van deze MaNaMa-setting is het onmogelijk grote uitspraken te doen over de evolutie van patiëntgerichtheid bij de HAIO. Wel is duidelijk dat de omstandigheden, barrières en andere beïnvloedende factoren niet te vergelijken zijn met deze in een studentensetting. De HAIO staat voor een heel andere reeks van uitdagingen, waar ook de arts-als-persoon een nog ongeziene rol in lijkt te spelen. Zet de alarmerende trend van verlies van patiëntgerichtheid zich voort na de universiteit? Of vindt er toch een soort van patiëntgerichte selectie plaats bij de studenten die kiezen voor huisartsgeneeskunde? Hoe blijft patiëntgerichtheid zich verhouden tot klantgerichtheid? En wat is de rol van die arts-als-persoon?

TOT SLOT
Voor de moderne HAIO's is patiëntgerichtheid een vanzelfsprekende en noodzakelijke voorwaarde voor goede huisartsgeneeskunde. Tegelijk blijkt de HAIO-positie niet altijd te verzoenen met een goed evenwicht tussen patiëntgerichtheid en zorg voor de eigen persoon, terwijl die zelfzorg voor de HAIO van kapitaal belang blijkt. HAIO's moeten zich enerzijds bewust voorbereiden op de zware rol die hen te wachten staat in een huisartsgeneeskunde waar groeiende populaties patiënten steeds meer verwachten van de huisarts. Anderzijds klinkt al duidelijk de hulpkreet dat het op deze manier voor hen niet vol te houden is en ze nu al de nood voelen zich te moeten beschermen (of zelfs afschermen).
Is er geen nood aan herevaluatie van de opleidingsdruk, met meer klemtoon op persoonlijke ontwikkeling in de praktijk zodat de naar-adem-happende HAIO terug meer ruimte krijgt? Ruimte om voor zichzelf een evenwicht te zoeken tussen klantgerichtheid en patiëntgerichtheid, om het verschil tussen beide te blijven zien en om de huisarts te kunnen zijn die ze altijd wilden zijn.
Misschien is dat de sleutel om een gelukkige huisarts te worden en een waardevolle hulp in de preventie tegen de opgroeiende epidemie van burn-out in deze populatie…

References

[1] Siu, J. Y., ""Seeing a doctor is just like having a date": a qualitative study on doctor shopping among overactive bladder patients in Hong Kong," *BMC.Fam.Pract.*, Vol. 15, 2014, pp. 27.

[2] Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., and Fiscella, K., "Patient-centered communication and diagnostic testing," *Ann.Fam.Med.*, Vol. 3, No. 5, 2005, pp. 415-421.

[3] Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., and Payne, S., "Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations," *BMJ*, Vol. 323, No. 7318, 2001, pp. 908-911.

[4] Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., and Payne, S., "Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study," *BMJ*, Vol. 322, No. 7284, 2001, pp. 468-472.

[5] Stewart M, B. J. W. W. M. W. I. M. C. F. T.. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2003. Abingdon, Oxon, Radcliff Medical Press.

[6] Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., and Jordan, J., "The impact of patient-centered care on outcomes," *J.Fam.Pract.*, Vol. 49, No. 9, 2000, pp. 796-804.

[7] Diseker, R. A. and Michielutte, R., "An analysis of empathy in medical students before and following clinical experience," *J.Med.Educ.*, Vol. 56, No. 12, 1981, pp. 1004-1010.

[8] ERON, L. D., "D. The effect of medical education on attitudes: a follow-up study," *J.Med.Educ.*, Vol. 33, No. 10 Part 2, 1958, pp. 25-33.

[9] Griffith, C. H. and Wilson, J. F., "The loss of idealism throughout internship," *Eval.Health Prof.*, Vol. 26, No. 4, 2003, pp. 415-426.

[10] Griffith, C. H., III and Wilson, J. F., "The loss of student idealism in the 3rd-year clinical clerkships," *Eval.Health Prof.*, Vol. 24, No. 1, 2001, pp. 61-71.

[11] Haidet, P., Dains, J. E., Paterniti, D. A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., and Rogers, J. C., "Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship," *Med.Educ.*, Vol. 36, No. 6, 2002, pp. 568-574.

[12] Rezler, A. G., "Attitude changes during medical school: a review of the literature," *J.Med.Educ.*, Vol. 49, No. 11, 1974, pp. 1023-1030.

[13] Rezler, A. G. and Ten Haken, J. T., "Affect and research in medical education," *Med.Educ.*, Vol. 18, No. 5, 1984, pp. 331-338.

[14] Wolf, T. M., Balson, P. M., Faucett, J. M., and Randall, H. M., "A retrospective study of attitude change during medical education," *Med.Educ.*, Vol. 23, No. 1, 1989, pp. 19-23.

[15] Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., and Magee, M., "An empirical study of decline in empathy in medical school," *Med.Educ.*, Vol. 38, No. 9, 2004, pp. 934-941.

[16] Hook, K. M. and Pfeiffer, C. A., "Impact of a new curriculum on medical students' interpersonal and interviewing skills," *Med.Educ.*, Vol. 41, No. 2, 2007, pp. 154-159.

[17] Tsimtsiou, Z., Kerasidou, O., Efstathiou, N., Papaharitou, S., Hatzimouratidis, K., and Hatzichristou, D., "Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey," *Med.Educ.*, Vol. 41, No. 2, 2007, pp. 146-153.

[18] Woloschuk, W., Harasym, P. H., and Temple, W., "Attitude change during medical school: a cohort study," *Med.Educ.*, Vol. 38, No. 5, 2004, pp. 522-534.

[19] Bombeke, K., Symons, L., Debaene, L., De, W. B., Schol, S., and Van, R. P., "Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers," *Med.Educ.*, Vol. 44, No. 7, 2010, pp. 662-673.

[20] Mead, N. and Bower, P., "Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature," *Soc.Sci.Med.*, Vol. 51, No. 7, 2000, pp. 1087-1110.

[21] Braun V., C. V. and .. Using thematic analysis in psychology. 77-101. 2006.

[22] Damoiseaux V, V. d. M. H. K. G.. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering Assen. 1993. Van Gorkum.

[23] Eagly A, C. S.. The psychology of attitudes. 1993. Belmont: Wadsworth, Thomson.

[24] Bombeke, K., Van, R. S., De, W. B., Debaene, L., Schol, S., Van, H. G., and Van, R. P., "Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships," *Patient.Educ.Couns.*, Vol. 84, No. 3, 2011, pp. 310-318.

[25] Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., and Sultan, S., "To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice," *BMC.Fam.Pract.*, Vol. 15, 2014, pp. 15.

BIJLAGE 1 – Subschalen P- ASE

Attitude t.o.v. 'power':

- Invers:
  - Q1: Conflicten tussen arts en patiënt zijn meestal te wijten aan de te grote mondigheid van de patiënt
  - Q9: Patiënten gaan hun eigen wil te veel opdringen als ik ze ruimte geef voor inspraak.
  - Q14: De meeste patiënten hebben te weinig inzicht in de geneeskunde om ze te kunnen betrekken in het medisch beslissingsproces.
  - Q20: De therapietrouw zal beter zijn als de patiënt naar zijn arts opkijkt omwille van zijn status, dan wanneer arts en patiënt 'op gelijke hoogte' staan.
  - Q31: Ik vind het spijtig dat mensen niet meer zoals vroeger naar hun dokter opkijken en direct doen wat hij zegt.

Attitude t.o.v. Arts-Patient-relatie:

- Zelfde richting:
  - Q6: Een goede arts-patiëntrelatie is wel aangenaam, maar heeft op zich geen effect op het succes van de behandeling.
  - Q18: Het aanvoelen van de patiënt is één van de belangrijkste instrumenten waarover een arts beschikt.
  - Q22: Als er een goede vertrouwensrelatie is tussen arts en patiënt, zal de patiënt makkelijker belangrijke medische informatie aanbrengen.

- Invers:
  - Q11: Als een patiënt vertrouwen heeft in zijn arts, heeft dat een gunstige invloed op het genezingsproces.
  - Q25: Communicatievaardigheden kunnen misschien wel handig zijn, maar ik word daar geen betere arts van.
  - Q34: Een goede arts-patiëntrelatie is voor de patiënt wel aangenaam, maar voor de arts levert het niet veel op.

Attitude t.o.v. persoonlijke ontwikkeling:

- Zelfde richting:
  - Q3:Ik vind het de moeite waard om mijn persoonlijk functioneren te bespreken met mijn opleiders of met collega's: bv. wat me raakt in het contact met patiënten, hoe ik met hen omga, wat mijn persoonlijke stijl is, of hoe ik mijn grenzen kan bewaken.
  - Q13: Ik groei en ontwikkel mezelf mede door het contact met patiënten, door de lessen die ik van hen krijg.
  - Q21: Ik heb in het contact met patiënten op stage veel over mezelf geleerd.
  - Q28: Bij iedere irritatie die ik voor een patiënt voel, probeer ik iets te leren over mezelf.
  - Q33: Ik maak regelmatig tijd om me bewust te worden van wat er in mij omgaat: bijvoorbeeld emoties, zorgen, verlangens, …
  - Q35: Ik zou het erg waardevol vinden moest er tijdens onze opleiding aandacht zijn voor mijn persoonlijke ontwikkeling en groei als mens.

Emotionele betrokkenheid:

- Zelfde richting:
  - Q8: Ik maak mij soms ongerust over patiënten.
  - Q12: Een patiënt moeten vertellen dat er medisch gezien geen hulp voor hem meer mogelijk is, dat grijpt je als arts telkens weer naar de keel.
  - Q15: Als een patiënt sterft ondanks je behandeling, stel je als arts telkens weer jezelf in vraag: "had ik dit kunnen voorkomen, had ik het anders kunnen aanpakken?"
  - Q26: Ik neem wat ik meegemaakt heb op stage, regelmatig mee naar huis en denk er nog over na.
  - Q32: Ik heb op stage gemerkt hoe weinig het leed van patiënten mij soms raakt.
  - Q39: Door wat ik zelf heb meegemaakt, geraak ik soms erg emotioneel betrokken bij vergelijkbare patiëntenverhalen

Sociale invloed:

- Zelfde richting:
  - Q5: Ik voel mij op stage meestal gesteund door de artsen om aandacht te besteden aan mijn omgang met patiënten.

- Invers:
  - Q17: Ik denk dat de meeste van onze docenten vooral tevreden zouden zijn als we een hoge graad van medische deskundigheid verwerven. Omgang met patiënten vinden zij minder belangrijk.
  - Q30: Ik denk dat mijn stagebegeleiders vooral goede medische kennis en kunde van mij verwachten. De omgang met patiënten is doorgaans minder belangrijk voor hen.
  - Q37: Ik heb voor mijn beoordeling op stage niet het gevoel dat mijn omgang met patiënten echt meetelt.

Inschatting eigen vermogen (self-efficacy):

- Invers:
  - Q7: Ik ga dikwijls niet in op emotionele hints van de patiënt, om de controle over het gesprek niet te verliezen.
  - Q10: Ik voel me dikwijls geremd om te peilen naar opvattingen, zorgen en verwachtingen van de patiënt, omdat dit zoveel tijd in beslag neemt.
  - Q19: Ik vraag dikwijls niet naar de psycho-sociale achtergrond van klachten, om geen dingen te horen waar ik niets mee kan.
  - Q23: Ik knoop niet graag een gesprek aan met patiënten die er slecht aan toe zijn, omdat ik niet goed weet wat zeggen of doen als er sterke emoties naar boven komen.
  - Q36: Ik voel mij beter opgeleid voor een kort klachtgericht consult dan voor één met psychosociale problematiek.

Interesse arts-als-persoon:

- Zelfde richting:
  - Q4: Ik neem graag mijn tijd voor patiënten, het geeft me veel voldoening naar hun verhaal te luisteren.
  - Q38: Ik vind het boeiend om het leven van mijn patiënten een stukje mee te leven: ze zien opgroeien, levensbeslissingen weten nemen, kinderen zien krijgen, ouder weten worden.

- Invers:
  - Q16: Als arts heb ik geen behoefte aan het levensverhaal van de patiënt, ik heb behoefte aan zijn klachten, zijn leven daarrond is niet belangrijk.
  - Q24: Geef mij maar dagelijks nieuwe patiënten in plaats van een blijvend contact met dezelfde patiënten.
  - Q29: Ik hou er niet zo van om met patiënten over hun persoonlijk leven te praten.

Attitude t.o.v. zelf-informerende patiënt:

- Invers:
  - Q2: Ik vind het vervelend als patiënten het internet raadplegen over hun klacht en voorbereid op consultatie komen met een reeks mogelijke diagnoses.
  - Q27: Patiënten zoeken zelf beter geen informatie op (bv.internet) voor de consultatie.

BIJLAGE 2 - INFORMATIEFORMULIER P-ASE

Onderzoeker

Sarah Jacobs, MaNaMa Huisartsgeneeskunde aan de UA
H.A.I.O. 2012-2014 te Duffel
Praktijkopleider: E. Kruitwagen
Promotor: Katrien Bombeke, centrum voor huisartsgeneeskunde, UA
Saartje.jacobs@gmail.com

Onderwerp Masterproef

Patiëntgerichtheid van de Huisarts(-in-opleiding); Beïnvloedende factoren en determinanten van de "arts-als-persoon" en interventie met intervisie en reflectie

Inleiding/Achtergrond

In deze MaNaMa-masterproef wil ik graag de evolutie van patiëntgerichte intenties bestuderen tijdens de eerste praktijkjaren, en de invloed van verschillende factoren zoals intervisie.
Ik zal hiervoor zowel individuele interviews en groepsgesprekken organiseren, als een meting met een vragenlijst (P-ASE). Het is voor de vragenlijststudie dat ik jouw medewerking wil vragen, mogelijk gekoppeld aan een interview.
Met deze vragenlijst willen we graag een "startsituatie" van patiëntgerichte intenties meten nog voor de echte praktijkstage als HAIO start in jaar 8. De bedoeling is om deze meting te herhalen eens jullie in de praktijk zijn.

Protocol Methode

Jullie bijdrage aan dit onderzoek bestaat erin de vragenlijst in te vullen (39 vragen), nu en over ongeveer een jaar. Om dit mogelijk te maken, wil ik jullie vragen om jullie mailadres op de vragenlijst te zetten, zodat ik jullie terug kan contacteren om de vragenlijst een tweede maal in te vullen. Ook al ken ik hierdoor jullie identiteit, ik sta er persoonlijk garant voor dat de verwerking van de resultaten volledig anoniem gebeurt t.o.v. andere personen buiten mezelf (zoals promotor). Ik zal hiertoe jullie mailadres onmiddellijk vervangen door een code die alleen door mezelf aan jullie identiteit gekoppeld kan worden.
Het zou kunnen dat je in tweede instantie ook uitgenodigd wordt voor een interview met mij over je ervaringen met patiëntgerichtheid in de praktijk. Ook hieraan is je deelname volledig vrijblijvend en indien je hiertoe bereid bent dan zal de geïnformeerde toestemming opnieuw overlopen worden.

BIJLAGE 3 – Informed Consent P-ASE

Beste deelnemer,

U heeft zich kandidaat gesteld voor deelname aan een MaNaMa-project binnen de huisartsgeneeskunde. Meer specifiek voor het invullen van een vragenlijst die intenties tot patiëntgerichtheid meet. Wij verzekeren uw anonimiteit. Enkel de onderzoeker zelf beschikt over de namen die bij de betreffende vragenlijst passen en zij staat persoonlijk garant voor de geheimhouding hiervan.

Jullie bijdrage aan dit onderzoek bestaat erin een vragenlijst in te vullen (39 vragen), die jullie intenties meet om patiëngericht te zijn. Omdat ik de evolutie hiervan juist wil bestuderen, wil ik jullie vragen om jullie mailadres op de vragenlijst te zetten, zodat ik jullie over een jaar terug kan contacteren om de vragenlijst opnieuw in te vullen. Ook al ken ik hierdoor jullie identiteit, ik sta er persoonlijk garant voor dat de verwerking van de resultaten volledig anoniem gebeurt t.o.v. andere personen buiten mezelf (zoals promotor). Ik zal hiertoe jullie mailadres onmiddellijk vervangen door een code die alleen door mezelf aan jullie identiteit gekoppeld kan worden.

Het zou kunnen dat je in tweede instantie uitgenodigd wordt voor een interview met mij over je ervaringen met patiëntgerichtheid in de praktijk (periode janurari-februari 2014). Ook hieraan is je deelname volledig vrijblijvend en indien je hiertoe bereid bent dan, zal de geïnformeerde toestemming opnieuw overlopen worden.

U heeft het recht om achteraf de resultaten van dit onderzoek waaraan u heeft deelgenomen, in te zien. Hiervoor, en voor andere vragen, kunt u terecht bij de onderzoeker via mail: saartje.jacobs@gmail.com

DE DEELNEMER

Ik verklaar deze informatie gelezen en begrepen te hebben. Ik neem vrijwillig deel aan deze vragenlijst, die anoniem verwerkt zal worden. Ik heb een kopie ontvangen van dit toestemmingsformulier.

Naam:
Handtekening voor 'informed consent':

Datum:

DE ONDERZOEKER

Ik verklaar persoonlijk garant te staan voor de anonimiteit van de deelnemers,

Sarah Jacobs, Universiteit Antwerpen, MaNaMa-student Huisartsgeneeskunde

Datum:

BIJLAGE 4 - INFORMATIEFORMULIER FOCUSGROEP

Onderzoeker

Sarah Jacobs, MaNaMa Huisartsgeneeskunde aan de UA
H.A.I.O. 2012-2014 te Duffel
Praktijkopleider: E. Kruitwagen
Promotor: Katrien Bombeke, centrum voor huisartsgeneeskunde, UA
Saartje.jacobs@gmail.com

Onderwerp Masterproef

Patiëntgerichtheid van de Huisarts(-in-opleiding); Beïnvloedende factoren en determinanten van de "arts-als-persoon" en interventie met intervisie en reflectie

" Een" definitie van patiëntgerichtheid

Onder patiëntgerichte geneeskunde verstaan we dat de arts zowel de biomedische als de psychosociale kant van de ziekte verkent. Er wordt rekening gehouden met de individuele ziektebeleving van de patiënt, met zijn persoonlijke wensen, waarden en verwachtingen. De patiënt wordt actief betrokken in het beslissingsproces, arts en patiënt komen als gelijkwaardige partners tot een behandelingskeuze. Een goede arts-patiëntrelatie is in de patiëntgerichte visie niet alleen 'aangenaam', het is een fundamentele vereiste. De arts is zich bewust van zijn invloed op het consult.

Onderzoeksvragen

1. Hoe ervaren andere HAIO's de evolutie van hun patiëntgerichtheid in de praktijk?
2. Wat zijn beïnvloedende factoren van patiëntgerichtheid volgens HAIO's en gevestigde huisartsen?
3. Hoe speelt "de arts als persoon" een rol in deze patiëntgerichtheid?
4. Kan intervisie en reflectie (bv bespreking in seminaries) bijdragen aan het bewaren van patiëntgerichtheid?

Protocol Methode

In de seminariegroep van de onderzoeker (STACKO = Kristof Hillemans), zullen in totaal 3 focusgroepgesprekken van ongeveer 60minuten plaatsvinden tijdens de seminarie-uren. Hiervan zal er eentje plaatsvinden in jaar 8 en 2 in jaar 9. Deze focusgroepgesprekken zijn uiteraard vrijwillig en de HAIO- deelnemers zullen hiervoor een informed consent ontvangen. Deze gesprekken zullen worden opgenomen met een voice-recorder en worden nadien gegarandeerd anoniem geanalyseerd en gerapporteerd (onherkenbare quotes).

BIJLAGE 5 – Informed Consent focusgroepstudie

Beste deelnemer,

U heeft zich kandidaat gesteld voor deelname aan een focusgroepgesprek. Dit is een methode uit het kwalitatief onderzoek die bestaat uit een groepsgesprek, gemodereerd aan de hand van een aantal vragen. Om dit gesprek later te kunnen analyseren, wordt het opgenomen met een voice-recorder. Wij verzekeren uw anonimiteit door uw naam op het transscript onmiddellijk om te zetten in een code. Enkel de onderzoeker zelf beschikt over de namen die bij deze codes passen, zij staat persoonlijk garant voor de geheimhouding hiervan.

Uw inbreng aan dit onderzoek bestaat uit een één – tot driemalige deelname aan een groepsgesprek (afhankelijk van uw seminariegroep). Uiteraard bent u niet verplicht deel te nemen en kunt u elk ogenblik beslissen uit het onderzoek te stappen.

U heeft het recht om achteraf de resultaten van de focusgroep waaraan u heeft deelgenomen, in te zien. Hiervoor, en voor andere vragen, kunt u terecht bij de onderzoeker via mail: saartje.jacobs@gmail.com

DE DEELNEMER

Ik verklaar deze informatie gelezen en begrepen te hebben. Ik neem vrijwillig deel aan deze focusgroep, die anoniem verwerkt zal worden. Ik heb een kopie ontvangen van dit toestemmingsformulier.

Naam:
Handtekening voor 'informed consent':

Datum:

DE ONDERZOEKER

Ik verklaar persoonlijk garant te staan voor de anonimiteit van de deelnemers,

Sarah Jacobs, Universiteit Antwerpen, MaNaMa-student Huisartsgeneeskunde

Datum: