Huisarts van familieleden: onderzoek naar beleving van huisartsen en hun familieleden

Eva Cools, Universiteit Gent

Anouck Van De Vijver, Universiteit Gent

Kyana Schouppe, Universiteit Gent

Promotor: Melissa Ceuterick, Faculteit Sociologie, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Janique Lobbestael, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2025– 2026]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen,

kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

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

Voorwoord

In het kader van onze master-na-masteropleiding in de huisartsgeneeskunde kregen wij de kans om een masterproef te schrijven over een onderwerp waar we alle 3 sterk in geïnteresseerd waren, maar ook mee worstelden in ons 1e jaar als huisartsen in opleiding, namelijk het behandelen van familieleden. Het schrijven van deze masterproef was voor ons een bijzonder leerzaam en verrijkend proces. We zijn trots op de manier waarop we hebben samengewerkt en op het eindresultaat dat hieruit is voortgekomen. Gaandeweg merkten we dat dit traject niet alleen onze academische kennis heeft verdiept, maar ook onze visie op het behandelen van familieleden aanzienlijk heeft verruimd.

De totstandkoming van deze masterproef zou niet mogelijk zijn geweest zonder de hulp van een aantal mensen. Allereerst willen we onze promotor, Melissa Ceuterick (postdoct. wetenschappelijk medewerker aan de faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen en postdoct. wetenschappelijk medewerker doctor-assistent aan de faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen) en onze co-promotor Janique Lobbestael (opleidingscoördinator aan de faculteit Geneeskunde en gezondheidswetenschappen en ICHO) bedanken voor de kans die ze ons hebben gegeven om een masterproef te schrijven over dit boeiende en betekenisvolle onderwerp. We zijn hen zeer dankbaar voor hun begeleiding en steun tijdens het schrijfproces. De waardevolle tips, inzichten en expertise die ze met ons deelden, hebben niet alleen bijgedragen aan de kwaliteit van deze masterproef, maar zullen ook een waardevolle basis vormen voor onze toekomstige carrière.

Verder willen we ook alle deelnemers bedanken voor hun bereidwillige deelname aan dit onderzoek. Hun openheid en vertrouwen hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan deze masterproef. Met gepaste eerbied willen we ook erkenning geven aan de bijdrage van een deelnemer die recent is overleden.

Daarnaast willen we ook onze partners, broers, zussen en medestudenten bedanken voor de steun en de vele bemoedigende woorden.

In het bijzonder willen we ook onze ouders bedanken voor de kansen die ze ons hebben gegeven en voor hun onvoorwaardelijke steun.

Hartelijk dank en veel leesplezier,

Eva Cools

Anouck Van De Vijver

Kyana Schouppe

01/05/2026

Abstract

Context:

Huisartsen worden regelmatig geconfronteerd met medische vragen van familieleden, vaak tijdens informele momenten zoals familiefeesten. Dit creëert een herkenbaar dilemma: in hoeverre neem je je professionele rol op, en wanneer laat je die bewust los om meer emotioneel betrokken te zijn en op te treden als zus of dochter. Hoewel veel artsen met deze keuze worstelen, bestaan er geen duidelijke richtlijnen. De Orde der Artsen biedt enkel algemene aanbevelingen en onderzoek binnen de Belgische en Nederlandse context is beperkt. De bestaande literatuur legt vooral de nadruk op risico's en praktische adviezen, terwijl zowel de beleving van artsen als die van behandelde familieleden nauwelijks onderzocht werd. Deze studie speelt in op die lacune door beide perspectieven systematisch in kaart te brengen.

Onderzoeksvraag:

In hoeverre is het professioneel en ethisch verantwoord dat een arts medische zorg verleent aan een familielid? Op basis van de onderzoeksresultaten wordt geëvalueerd of een duidelijkere richtlijn omtrent het behandelen van familieleden noodzakelijk is, en of een formeel verbod dan wel een richtinggevend kader de voorkeur geniet. Hierbij wordt de beleving vanuit het perspectief van arts en familielid belicht.

Methode:

Deze studie maakt gebruik van een reflexieve thematische analyse volgens Braun & Clarke binnen een ervaringsgerichte kwalitatieve benadering. Huisartsen en hun gekoppelde familieleden werden via diverse kanalen gerekruteerd en geïnterviewd in dyadische, semi-gestructureerde gesprekken. De interviews werden opgenomen, getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd in MAXQDA. De thematische ontwikkeling gebeurde iteratief en in team, wat uiteindelijk leidde tot één geïntegreerde codeboom met vier hoofdthema's.

Resultaten:

De interpretatie van de data leidde tot vier hoofdthema's.

1) Professionele grenzen. Artsen ervaren sterk individuele en situatieafhankelijke professionele grenzen tijdens zorgverlening binnen de familie. De beslissing om zorg op te nemen voor familieleden wordt door beide partijen gezien als een gedeelde en vaak vanzelfsprekende keuze, gedragen door de wens om goede zorg te bieden aan naasten. Huisartsen ervaren een uitgesproken rolconflict waarbij ze voortdurend balanceren tussen hun professionele identiteit als arts en hun persoonlijke rol als familielid. *2) De invloed op zorgkwaliteit: een onderschatting.* De emotionele betrokkenheid kan het objectief klinisch redeneren ondermijnen. Er wordt bovendien frequent afgeweken van de standaardstructuur van het medische consult, onder andere door een onvolledige anamnese, een minder uitgebreid klinisch onderzoek en onvoldoende documentatie, wat een negatieve impact kan hebben op de kwaliteit en continuïteit van zorg. *3) Patiënten zien alleen maar voordelen*. Er worden meer voordelen gerapporteerd door de patiënten dan de artsen. Gemak (waaronder toegankelijkheid en tijdswinst), comfort en betrouwbaarheid worden het meest frequent aangehaald. *4) De arts als best health advocate: een privilege of een valkuil?* De wens om de best mogelijke zorg te bieden kan huisartsen ertoe aanzetten extra inspanningen te leveren voor een familielid, wat de zorgkwaliteit kan verhogen maar ook het risico op overbehandeling met zich meebrengt. Bij alarmsymptomen kan zo een 'overdrive-modus' ontstaan, waarbij onnodige onderzoeken worden verricht en het risico op schade toeneemt.

Conclusie:

Deze studie toont dat huisartsen de zorg binnen de familiale context als complex ervaren, terwijl familieleden voornamelijk voordelen zien. De vraag of het verantwoord is om medische zorg te verlenen aan familieleden kent geen eenduidig antwoord; het betreft een complex en gelaagd vraagstuk dat telkens een individuele afweging vereist. Die beslissing wordt beïnvloed door persoonlijke waarden, de aard van de familiale band, professionele drempels en bestaande aanbevelingen en risico's. Het is aan de arts om deze voor- en nadelen bewust tegen elkaar af te wegen, duidelijke grenzen te bepalen en deze transparant te communiceren aan familieleden. Een algemeen verbod lijkt weinig realistisch, maar de bevindingen onderstrepen wel het belang van meer bewustwording en begeleiding tijdens de opleiding. Nieuwe richtlijnen lijken minder noodzakelijk dan een goede ondersteuning van artsen in dit beslissingsproces.

Inhoud

1. Inleiding 1
2. Literatuurstudie 2
2.1. Methode 2
2.2. Resultaten literatuurstudie 3
2.2.1. Medische hulpvraag 3
2.2.2. Beïnvloedende factoren 4
2.2.3. Praktische overwegingen 5
2.2.4. Voor- en nadelen 6
2.2.5. Culturele en internationale verschillen 10
2.2.6. Het ethisch dilemma 12
2.2.7. Opleiding 13
2.2.8. Aanbevelingen vanuit de richtlijnen 13
3. Kwalitatief onderzoek 15
3.1. Doel van deze studie 15
3.2. Methodologie 15
3.2.1. Kwalitatieve aanpak 15
3.2.2. Kenmerken onderzoekers 15
3.2.3. Deelnemers 15
3.2.4. Dataverzameling: dyadische interviews 16
3.2.5. Dataverwerking en analyse 16
3.2.6. Procedurele ethiek 16
3.2.7. Situationele ethiek 17
3.3. Resultaten 17
3.3.1. Kenmerken van de deelnemers 17
3.3.2. Descriptieve resultaten 17
3.3.3. Hoofdthema's 18
Thema 1: Professionele grenzen: een moeilijke balans 18
Thema 2: De invloed op zorgkwaliteit: een onderschatting 23
Thema 3: Patiënten zien alleen maar voordelen 25
Thema 4: De arts als best health advocate: een privilege of een valkuil? 27
4. Discussie 30
4.1 Tussen richtlijnen en realiteit 30
4.2 Het perspectief van patiënten 32
4.3 Contextuele verschillen 33
4.4 Sociaalpsychologische kaders 34
4.5 Beperkingen en sterktes van de studie 35
5. Conclusie 36
6. Bronnen 38
7. Bijlagen 40

1. Inleiding

Huisartsen worden regelmatig geconfronteerd met medische vragen van familieleden. Het is een veelvoorkomende situatie: tijdens een familiefeest ben je nauwelijks binnen of een grootouder, tante, of neef vraagt je om advies over een medisch probleem. Deze situatie roept een belangrijk dilemma op, niet alleen voor ervaren artsen, maar ook voor ons als beginnende huisartsen. Moeten we ervoor kiezen om onze familieleden te behandelen, of proberen we tijdens informele bijeenkomsten onze professionele verantwoordelijkheid opzij te zetten?

Hoewel heel wat artsen worstelen met deze keuze, bestaan er geen duidelijke richtlijnen over dit onderwerp. Het is aan de arts in kwestie om zijn of haar eigen grenzen te bepalen. Zo heeft de Orde der Artsen in België geen specifieke wetgeving hierover, maar biedt ze wel enkele aanbevelingen. Volgens hen is het wettelijk niet verboden voor een arts om een therapeutische relatie aan te gaan met een familielid. Niettemin behoudt een arts het recht om zorg te weigeren, tenzij het gaat om een acute of levensbedreigende situatie. In België en Nederland is er nauwelijks onderzoek verricht naar dit onderwerp; de meerderheid van de beschikbare studies zijn afkomstig uit de Verenigde Staten. Ondanks gelijke deontologische waarden tussen de V.S. en België, kan de toepassing ervan behoorlijk verschillen.

De bestaande literatuur focust hoofdzakelijk op praktische richtlijnen en aanbevelingen, waarbij vooral de potentiële valkuilen van het behandelen van familieleden worden belicht. In lijn daarmee wordt deze praktijk in de meeste studies afgeraden. Wat echter grotendeels ontbreekt, is een diepgaand inzicht in hoe artsen deze richtlijnen ervaren en toepassen in de praktijk. Eveneens onderbelicht blijft het perspectief van de patiënt, meer bepaald het familielid dat zorg ontvangt. Deze studie beoogt precies deze lacune te vullen door zowel de beleving van artsen als die van behandelde familieleden systematisch in kaart te brengen.

In deze studie worden aan de hand van diepte-interviews de ervaringen en percepties van zowel huisartsen als hun behandelde familieleden geëxploreerd, om zo een beter inzicht te krijgen in de dynamieken binnen deze dubbele relatie. Zo wordt er dieper ingegaan op de voordelen en uitdagingen, professionele grenzen en een mogelijk rolconflict waarmee huisartsen te maken krijgen, maar ook de invloed van de familiale band op de zorgkwaliteit. Via een kwalitatief onderzoek worden interviews afgenomen bij zowel de huisarts als diens familielid om zo de ervaringen van beiden grondig in kaart te brengen en te kunnen antwoorden op de volgende vraag: In hoeverre is het professioneel en ethisch verantwoord dat een arts medische zorg verleent aan een familielid?

Deze studie beoogt enerzijds de bewustwording te vergroten omtrent de implicaties van het behandelen van familieleden. Anderzijds heeft zij tot doel te kijken of een formeel verbod, dan wel een richtinggevend kader de voorkeur geniet om artsen te ondersteunen bij het maken van een doordachte keuze met betrekking tot het aangaan van een therapeutische relatie met familieleden. Tevens zal gekeken worden op welke manier deze zorgrelatie op een professionele en ethische verantwoorde wijze vorm kan krijgen.

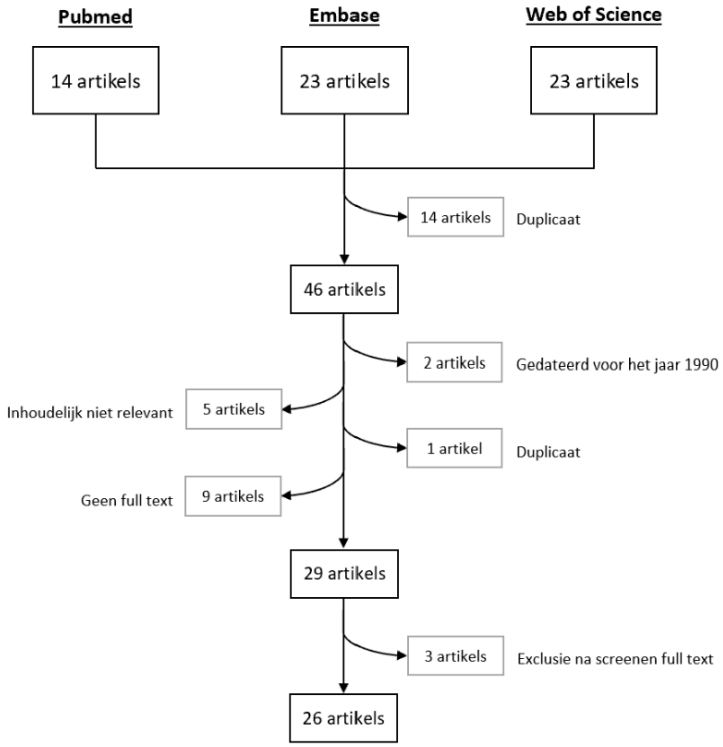
2. Literatuurstudie

2.1. Methode

Voor het literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van drie zoekmachines, namelijk Pubmed, Embase en Web of Science. Deze zoekmachines werden verdeeld onder de drie onderzoekers en artikels werden zo onafhankelijk geselecteerd op basis van titel en abstract.

In Pubmed leverde de zoekopdracht 182 resultaten op, waaruit 4 artikels geselecteerd werden op basis van titel. Via *similar records* konden nog eens 10 artikels worden weerhouden. In totaal bracht deze zoekopdracht 14 potentiële artikels op. Embase leverde bij een eerste zoekopdracht 179 resultaten op. 6 artikels werden geselecteerd, waarna nog eens 4 artikels via *similar records* werden gevonden. Uit de 296 bekomen resultaten bij een tweede zoekopdracht werden nog 4 artikels weerhouden die niet reeds geselecteerd werden in de vorige zoekopdracht. De *similar records* toonden ook veel interessante artikels, waaruit 8 artikels geselecteerd konden worden. Via Embase werden uiteindelijk 23 artikels weerhouden om grondig na te kijken. Tenslotte werden meerdere zoekopdrachten uitgevoerd met de zoekmachine Web of Science. Na een eerste zoekopdracht met 184 resultaten werden 2 artikels gevonden die passen binnen het thema op basis van titel. Met de *related records* werden nog eens 6 artikels toegevoegd. Er werd een tweede succesvolle zoekopdracht uitgevoerd. Uit deze 96 resultaten vond men 10 nieuwe artikels, waarna nog 2 artikels weerhouden werden via *related records*. Bovendien werden 6 artikels geselecteerd aan de hand van referenties in een *systematic review*. In totaal leverden deze drie zoekmethoden in Web of Science 23 artikels op. Alle gebruikte zoekopdrachten kunnen worden geraadpleegd in bijlage A.

Hierna werden de zoekresultaten samengelegd en nogmaals gescreend met het hele onderzoeksteam aan de hand van het abstract. De inclusie- en exclusiecriteria werden uiteindelijk toegepast op 46 unieke artikels, waarna de 29 weerhouden artikels opnieuw werden onderverdeeld en kritisch gelezen. Deze selectieprocedure wordt weergegeven in tabel 1. De finale selectie bevat 26 geïncludeerde artikels.



Tabel 1: selectieprocedure van artikels

2.2. Resultaten literatuurstudie

2.2.1. Medische hulpvraag

Uit meerdere studies blijkt dat medische verzoeken van familieleden veelvoorkomend zijn. Volgens de studie van La Puma et al. (1991) ontvangt 99% van de artsen dergelijke verzoeken, voornamelijk van partners, gevolgd door kinderen, moeders, broers en zussen en vaders, in deze volgorde [1]. Deze bevindingen worden nogmaals bevestigd door de studie van Vijayalakshmi et al. (2023), waarbij bijna 100% van de artsen medische verzoeken van familieleden ontving [2].
Amran et al. (2021) rapporteerden in een Israëlische studie dat 95% van de huisartsen ooit een informeel consult had uitgevoerd bij collega's, familie of vrienden [3]. Daarnaast worden deze bevindingen nog eens bevestigd door de studie van Mücke et al. (2022), waarbij 96.7% van de respondenten de laatste 12 maanden minstens 1 familielid had behandeld [4].

Het merendeel van de artsen wijst medische verzoeken van familieleden niet af. Zo rapporteren La Puma et al. (1991) en Amran et al. (2021) dat 50-57% van de artsen dergelijke verzoeken nooit weigert [1,3]. Dit staat in contrast met een studie uit Japan, waar slechts 25% van de medische verzoeken daadwerkelijk wordt afgewezen [2]. De belangrijkste redenen om verzoeken af te wijzen zijn het verlies van objectiviteit, het risico op verkeerde diagnoses of fouten, en een gebrek aan adequaat onderzoek of follow-up [1-3].

De houding van artsen ten opzichte van informele zorg vertoont echter een opvallende discrepantie. Uit een Japanse studie blijkt dat bijna 90% van de artsen tevreden is over de zorg die zij aan familieleden verlenen [5]. Daarentegen voelt in een Israëlische studie slechts 11% van de artsen zich tevreden na het geven van medisch advies aan familieleden. Bovendien geeft in deze studie 66% van de artsen aan behoefte te hebben aan meer begeleiding en tools om te leren "nee" te zeggen wanneer dit ethisch en professioneel noodzakelijk is [3]. Een cultureel verschil kan mogelijks aan de basis liggen van deze tegenstrijdige resultaten (cfr. infra).

Uit de gegevens van La Puma et al. (1991) blijkt dat 48% van de artsen familieleden direct doorverwijst naar een andere zorgverlener. Daarentegen diagnosticeert en behandelt 21% van de artsen de patiënten eerst zelf voordat zij doorverwijzing overwegen. 31% behandelt familieleden volledig zelfstandig, met name bij milde aandoeningen zoals urineweginfecties en infecties van de bovenste luchtwegen [1]. Verder stelt de studie van La Puma et al. (1991) een significant verschil vast tussen huisartsen en specialisten. Huisartsen behandelen en schrijven vaker medicatie voor aan eigen familieleden dan specialisten [1]. Gezien deze resultaten dateren uit 1991, dienen deze kritisch te worden geïnterpreteerd; desalniettemin blijkt dit artikel van significant belang, aangezien het in talrijke andere studies frequent wordt geciteerd.

Het voorschrijven van medicatie is de medische handeling die artsen het vaakst uitvoeren voor hun familieleden. Studies tonen aan dat ongeveer 80% van de artsen wel eens medicatie voorschrijft aan eigen familieleden [1,2]. De meest voorgeschreven middelen zijn pijnstillers, antibiotica, antihistaminica en anticonceptiva. Bij kinderen betreft dit voornamelijk antibiotica en inhalatoren [6,7].

Naast het voorschrijven van medicatie stellen artsen ook regelmatig diagnoses bij familieleden: tot 80% stelt een diagnose bij ziekte en ongeveer 60% voert een klinisch onderzoek uit [1,2]. Hierbij ligt de focus vooral op het diagnosticeren en behandelen van acute medische problemen. Daarentegen

komen invasieve behandelingen (o.a. operaties) of emotioneel beladen zorg, zoals het verlenen van palliatieve zorg aan familieleden veel minder vaak voor [1,2,4,5,8,9].

Er lijken echter verschillen te bestaan in de behandeling van de verschillende familieleden. Uit de studie van Mücke et al. (2022) blijkt dat artsen vaker geneigd zijn hun partner te behandelen dan andere familieleden. Daarbij schrijft de meerderheid van deze artsen hun partner officieel in als patiënt in de praktijk [4]. Dit contrasteert met de bevindingen van Walter et al. (2009), die aantonen dat een meerderheid van kinderartsen medische zorg verleent aan hun eigen kinderen zonder hen in te schrijven als patiënt [7].

In een onderzoek van Atalla et al. (2018) werd de houding en het gedrag van artsen ten opzichte van het behandelen van familieleden vergeleken tussen 2012 en 2017. De resultaten toonden een significante daling in het aantal artsen dat medicatie voorschreef zonder voorafgaand klinisch onderzoek, evenals een afname in het behandelen van milde aandoeningen (*minor illnesses).* Er werd wederom een niet-significante daling vastgesteld in het aantal artsen dat het behandelen van familieleden als een goed idee beschouwde. Het onderzoek suggereert dat het toegenomen bewustzijn onder artsen over dit onderwerp mogelijk de verklaring is, deels als gevolg van recente publicaties en de druk van collega's [10].

2.2.2. Beïnvloedende factoren

Artsen staan vaak voor complexe keuzes bij het al dan niet ingaan op medische verzoeken van familieleden. Diverse studies hebben factoren geïdentificeerd die artsen in overweging nemen bij dergelijke medische verzoeken [4,6,8-11]. Een eerste belangrijke factor is situatiegerichtheid en is gebaseerd op drie kernvragen: *"Wie is deze persoon?"*, *"Wat vraagt hij of zij van mij?"* en *"Waar bevinden we ons op dit moment?"* [9]. Van deze vragen blijkt vooral de *"wat"*-vraag doorslaggevend, omdat deze de urgentie en ernst van de situatie bepaalt [8,9]. Hoewel er verdeeldheid bestaat onder onderzoekers over het behandelen van familieleden, is er brede consensus dat patiënten in urgente situaties altijd behandeld moeten worden, ongeacht hun relatie tot de arts [4,6,9,11-14]. Daarnaast wordt er beschreven dat er sneller wordt overgegaan tot een behandeling wanneer het gaat over een licht zieke patiënt met een eenvoudig en snel te behandelen probleem (*minor illnesses*) [4,9,13,14].

Drie voorwaarden voor legitieme voorziening van zorg voor familie
Urgenties
Kleine korte termijn problemen
Afwezigheid van andere getrainde artsen

Tabel 2: drie voorwaarden legitieme zorg [4,9,13,14]

In niet-urgente situaties kunnen verschillende factoren de beslissing van de arts beïnvloeden. Een eerste beïnvloedende factor is het bestaan van een emotionele band tussen arts en familielid [9]. Artsen ervaren vaak een gevoel van verantwoordelijkheid om hun dierbaren te helpen. Soms voelen ze zich verplicht om hen te helpen omdat ze om hen geven [8,15], anderzijds doen ze het om een goede relatie te onderhouden met het familielid of om schuldgevoelens te vermijden wanneer ze niet zouden ingaan op het verzoek [8]. Daarnaast spelen de verwachtingen van het familielid ook een belangrijke rol [4,9]. Een andere reden om een verzoek van een familielid af te wijzen, is angst voor misdiagnose [2,4]. In de studie van Vijayalakshmi et al. (2023) gaf bijna 71% van de deelnemende

artsen aan dat de emotionele gehechtheid het besluitvormingsproces bemoeilijkte en maar liefst 39% had schrik voor misdiagnose [2].

Er is geen consensus in publicaties over het verschil tussen jonge en ervaren artsen in de manier waarop zij omgaan met medische verzoeken van familieleden. De studie van Amran et al. (2021) toont namelijk geen significante verschillen, terwijl andere studies wel degelijk een verschil rapporteren [3]. Zo beschrijven Giroldi et al. (2018) dat jonge artsen vaker voorzichtig zijn en sneller worden weerhouden door angst voor fouten en mogelijke negatieve gevolgen voor persoonlijke relaties [9]. Terwijl ervaren artsen net meer vertrouwen hebben in hun eigen kunnen en zich zelfverzekerder voelen [1,2,7,9]. Dit vertrouwen is gebaseerd op zowel positieve als negatieve ervaringen, waardoor ervaren artsen volgens deze studies beter in staat zijn om dergelijke dilemma's te hanteren [1,2,7,9]. Daartegenover beschrijven Giroldi et al. (2018) dat jonge artsen meer moeite hebben om werk en privé gescheiden te houden en sneller zouden ingaan op verzoeken van familieleden, terwijl meer ervaren artsen geleerd hebben dit beter te beheren [9].

Geslacht speelt eveneens een rol in de zorg voor familieleden. Mannelijke artsen, vooral oudere huisartsen, blijken vaker zorg te verlenen aan familieleden dan vrouwelijke collega's [4]. Daarnaast behandelen artsen op het platteland familieleden vaker dan artsen in stedelijke gebieden, vermoedelijk vanwege een hogere prevalentie van informele zorgverzoeken in minder dichtbevolkte regio's [2].

2.2.3. Praktische overwegingen

Wijze contactname

Naast de redenen waarom artsen al dan niet ingaan op een verzoek, is het ook relevant om te kijken naar de context en wijze waarop het medische contact plaatsvindt. Medische communicatie en behandeling vinden op verschillende manieren plaats, afhankelijk van de situatie en de betrokkenheid van de familieleden. Face-to-face is een zeer gangbare contactmethode, zoals blijkt uit de studie van Amran et al. (2021), waar 85% van de consulten op deze manier plaatsvond [3]. Tegelijkertijd wordt technologie steeds belangrijker; maar liefst 96% van de communicatie verloopt via mobiele telefoons, waarbij platforms zoals WhatsApp en Messenger vaak worden gebruikt als hulpmiddelen voor telegeneeskunde, zowel binnen formele als informele zorg [3].

Locatie

De locatie waar het zorgcontact plaatsvindt varieert afhankelijk van het type patiënt. Voor patiënten die niet officieel geregistreerd zijn in het patiëntenbestand van de arts, vindt de behandeling in maar liefst 75-80% van de gevallen voornamelijk buiten de praktijkruimte plaats [4]. Daarentegen worden officieel geregistreerde patiënten iets vaker binnen de praktijkruimte gezien [4]. Consulten met gezinsleden uit hetzelfde huishouden worden het minst gedocumenteerd en vinden zelden plaats in de praktijkruimte [4].

Documentatie

Mücke et al. (2022) stellen dat bij niet geregistreerde familieleden slechts de helft van de behandelingen gedocumenteerd wordt, terwijl de documentatie bij geregistreerde familieleden vollediger is [4].

Vergoeding

Er zijn uiteenlopende opvattingen over het al dan niet ontvangen van een financiële vergoeding voor medische zorg aan familieleden. Zo blijkt uit het onderzoek van Amran et al. (2021) dat slechts 15% van de zorgverleners een vergoeding ontvangt na het leveren van medische zorg aan een familielid [3]. Tegelijkertijd staat Medicare, de Amerikaanse zorgverzekering, geen vergoeding toe voor medische diensten verleend aan familieleden [19]. Door de aanzienlijke verschillen tussen zorgsystemen – met in België een brede terugbetaling via de verplichte ziekteverzekering en een relatief beperkt remgeld voor patiënten – is het moeilijk om bevindingen uit voornamelijk Amerikaanse studies rechtstreeks te extrapoleren naar de Belgische situatie.

2.2.4. Voor- en nadelen

Het behandelen van familieleden brengt verschillende voor- en nadelen met zich mee. Het is aan de arts om deze factoren zorgvuldig af te wegen ten opzichte van elkaar, om zo te bepalen welke factoren het zwaarst wegen bij de keuze om wel of niet in te gaan op een medisch verzoek van een familielid.

Voordelen

Een eerste belangrijk voordeel dat wordt beschreven is betrouwbaarheid [4,13,15,16]. Naasten geven aan een groot vertrouwen te hebben in de medische vaardigheden van het arts-familielid; ze zijn ervan overtuigd dat hij/zij goed voor hen zal zorgen vanwege de persoonlijke band die er tussen hen bestaat [4,16]. Bovendien kan deze nauwe relatie tussen beiden leiden tot meer gepersonaliseerde zorg [4,8,13,14,16,20]. De arts heeft vaak meer kennis over de persoonlijke situatie van de patiënt, diens voorgeschiedenis, karakter etc. en kan op deze manier de zorg beter afstemmen op de behoeften van de patiënt [16]. Dit resulteert in een hogere kwaliteit van zorg, waarbij de arts een voorkeursbehandeling of extra inzet biedt en zo fungeert als "*best health advocate"* [13,18]. Echter kan deze nauwe relatie ook een verhoogd risico geven op het verlenen van inferieure zorg [11]. Kubak BM. (2000) concludeert in zijn studie dat de kwaliteit van de zorg hoger is wanneer een arts een afstandelijke en onpersoonlijk oordeel over de patiënt hanteert [11].

> *Een best health advocate is iemand die zich actief inzet om de belangen van de patiënt te behartigen en optimale zorg te garanderen. Daarbij wordt de zorg zoveel mogelijk afgestemd op de individuele behoeften en situatie van de patiënt.*

Een ander vaak genoemd voordeel is het gemak [1,3,4,7,8,11,13,18,19]. Een arts die ook een familielid is, is doorgaans toegankelijker en gemakkelijker bereikbaar, bijvoorbeeld via een persoonlijk nummer, of doordat hij of zij in hetzelfde huishouden woont, in de buurt woont, samen op reis is of bereikbaar is buiten reguliere werktijden (zoals in het weekend en op avonden) [4,11]. Ook kan het op die manier zorgen voor tijdswinst voor het familielid [4].
Daarnaast kan het inschakelen van een arts-familielid financiële voordelen opleveren [8,13,16-18]. Voorbeelden hiervan zijn lagere kosten door bijvoorbeeld het laten wegvallen van het remgeld of het niet aanrekenen van diensten aan familieleden zonder ziekteverzekering [16]. Dit maakt de zorg niet alleen toegankelijker, maar ook betaalbaarder.

Verder kan het arts-familielid andere artsen inschatten als minder betrouwbaar, overwerkt of onvoldoende beschikbaar. In deze gevallen kan hij of zij ingrijpen om familieleden hiertegen te beschermen en hen de best mogelijke zorg te bieden [4,7,8,13,18,21].

Nadelen

Ondanks deze voordelen, zijn er ook verschillende valkuilen bij het behandelen van familieleden. De meeste nadelen vloeien voort uit het rolconflict dat artsen ervaren [4, 18-23], waarbij de arts zich in een complexe balans bevindt tussen professionele en persoonlijke identiteit [20]. Dit brengt een lastige keuzes met zich mee: neem je de verantwoordelijkheid op als arts, of vervul je de rol van familielid? Voor veel artsen blijkt het vrijwel onmogelijk om deze twee rollen volledig van elkaar te scheiden [20]. Moskop JC. (2018) beschrijft het als een identiteitsprobleem, waarbij naast louter liefhebbend familielid of behandelend arts, je ook andere rollen kan opnemen zoals thuisverzorger, surrogaatbeslisser (voor familielid die wilsonbekwaam is), communicator tussen familielid en zorginstellingen, medisch noodhulpverlener en medisch adviseur (adviezen geven aan het familielid – second opinion) [21].

Het is aan de arts in kwestie om zelf te beslissen welke rol die wil opnemen tijdens de ziekte van een dierbare. In sommige gevallen is de arts emotioneel nauw betrokken, bijvoorbeeld als echtgenoot of ouder van de patiënt, en kiest hij of zij ervoor om niet de afstandelijke, klinische zorgverlener te zijn, maar juist een naaste om zo meer aanwezigheid en steun te kunnen bieden [18,23]. Tegelijkertijd kan het behandelen van een familielid de leden dichter bij elkaar brengen, maar op zijn beurt ook uit elkaar drijven [18].

Een van de meest besproken valkuilen is het risico op verlies van objectiviteit [1-7,13-16,19,20,22-24]. In de studie van Vijayalakshmi et al. (2023) gaf maar liefst 81% van de artsen aan dat de emotionele band tussen een arts en een familielid het bewaren van de objectiviteit bemoeilijkt [2]. De aanwezigheid van een ziekte bij een dierbaar familielid roept emotionele betrokkenheid op, wat ervoor kan zorgen dat het kritisch denken en medisch oordeel vertroebelt [20,23]. Het behandelen van een familielid, of iemand met wie de arts een nauwe persoonlijke band heeft, is een klassiek voorbeeld van een dubbele relatie [22,24]. In dergelijke situatie heeft de arts zowel een persoonlijke als therapeutische relatie met de persoon die hij of zij behandelt. Over het algemeen geldt: hoe hechter de band tussen arts en familie, hoe groter de uitdaging om objectief te blijven. Verminderde objectiviteit kan bovendien leiden tot vervaging van professionele grenzen [22,24].

Een ander risico is het maken van medische fouten, waarbij de emotionele betrokkenheid van het arts-familielid kan leiden tot onvolledige diagnostiek en uiteindelijk tot foutieve diagnoses [2,5,6,10,11,13-19,23,24]. Verder komt men ook vaker in situaties terecht waarin men buiten de eigen expertise of comfortzone moeten handelen, wat het risico op medische fouten aanzienlijk vergroot [1,2,4-6,15,21,24,25].

Een andere mogelijke oorzaak van medische fouten is het ontbreken van een volledig medisch dossier (medicatielijst, medische voorgeschiedenis…) wanneer het patiënt-familielid niet gekend is in de praktijk waar de arts werkzaam is (geen GMD houdende arts) [15]. Daarnaast kan de anamnese onvolledig blijven wanneer gevoelige of gênante onderwerpen vermeden worden [5,6,15]. Ook een klinisch onderzoek kan tekortschieten, bijvoorbeeld door intieme onderzoeken achterwege te laten [5].

Deze tekortkomingen kunnen resulteren in een gebrekkig klinisch beeld van de patiënt, waardoor de kans op verkeerde behandelingen aanzienlijk toeneemt [24]. Verder kan de emotionele band ook voor een vertekening zorgen van de klinische perceptie van de arts. Zo kunnen artsen de klachten van familieleden bagatelliseren en zo een onjuiste geruststelling geven, wat opnieuw een risico op foutieve

diagnose vergroot [24]. Anderzijds kan dit ook zorgen voor overbehandeling wanneer artsen een druk voelen om de beste zorg te bieden aan dierbaren [5,6,13,24]. Zo wordt bijvoorbeeld vaker medicatie voorgeschreven of medische beeldvorming aangevraagd, terwijl deze niet strikt noodzakelijk zijn [24]. Overbehandeling brengt echter aanzienlijke risico's met zich mee, zoals overmatige blootstelling aan straling, onnodig gebruik van antibiotica en de bijbehorende gevolgen. Daarnaast leidt het ook tot verspilling van kostbare gezondheidsmiddelen, wat zowel de patiënt als het zorgsysteem belast [24].

Dit alles kan de toekomstige relatie tussen arts en familielid grondig veranderen [13,14,16,18,24]. Wanneer er sprake is van een complicatie of nadelig gevolg van de ingestelde behandeling van het arts-familielid, kan dit de relatie negatief beïnvloeden en leiden tot schuldgevoelens [16]. In geval van medische fouten kan er zelfs sprake zijn van juridische gevolgen [16]. Daarbovenop kan de relatie met de rest van de familie ook stuk lopen wanneer deze de kant van het familielid kiezen; hierdoor kan het lastig zijn om als arts steun te vinden bij dierbaren [18].

Naast de emotionele aspecten, speelt het rolconflict ook een belangrijke rol bij praktische zaken. Zo blijkt dat bij de behandeling van familieleden het medisch dossier vaak onvoldoende wordt bijgehouden, met tekortkomingen bij de voorgeschiedenis, medicatielijst, vaccinaties… [3,6]. Behandelingen door een arts-familielid worden bovendien vaak niet gedocumenteerd of gecommuniceerd met de vaste huisarts, wat leidt tot hiaten in het medisch dossier. Deze hiaten kunnen de continuïteit van de zorg verstoren en op de lange termijn ernstige kwaliteitsproblemen veroorzaken [4,19,24].

Daarnaast is er een risico dat de autonomie van de patiënt in het gedrang komt [6,13,14,16,19,25]. Een familielid voelt zich mogelijks niet altijd op zijn of haar gemak om zorg in twijfel te trekken, zorg af te wijzen of volledig eerlijk te zijn [19]. Daartegenover is er ook het risico dat de autonomie van de arts aangetast wordt [6]. Eens een arts een familielid behandeld heeft, kan het zijn dat hij of zij het in toekomstige situaties moeilijk vindt om die persoon zorg te ontzeggen [6].

Ten slotte kan er sprake zijn van ongeloofwaardigheid wanneer een arts een familielid zorg verleent [23]. Mailhot M. (2002) stelt in zijn studie dat patiënten het advies van een 'vreemde arts' vaak serieuzer nemen dan dat van een arts-familielid [23]. Familieleden kunnen namelijk twijfelen aan de bekwaamheid en vaardigheden van een arts die zij in de eerste plaats kennen als zoon, nichtje of vriend. Bij een arts die geen familielid is, ontbreken dergelijke vooropgezette ideeën, waardoor behandelingen en voorschriften als objectiever en onbevooroordeeld worden beschouwd [23].

Aanvullende voor- en nadelen worden beschreven in onderstaande tabel.

Categorie	Aspect	Bron
Voordelen	**Betrouwbaarheid** De arts is betrouwbaar en zal goed voor de persoon zorgen vanwege de relatie tussen hen.	[4,13,15-16]
	Gepersonaliseerde zorg De arts heeft kennis over de patiënt en wat deze al heeft meegemaakt.	[4,8,13-14,16,20]
	Financieel voordeel Verlaging van de kosten van de behandeling (voor de patiënt), bijvoorbeeld voor mensen zonder ziekteverzekering.	[8,13,16-18]
	Autonomie Respect voor ethische principes en autonomie van de patiënt.	[16]
	Gemak Beschikbaarheid, toegankelijkheid, tijdswinst, enige arts beschikbaar.	[1, 3-4, 7-8, 10-11, 13, 18-19]
	Bescherming tegen andere artsen hun medische fouten	[4, 7-8, 13, 18, 21]
	Beste health advocate Voorkeursbehandeling en extra inspanning door de arts.	[13,18,19]
Nadelen	**Verlies objectiviteit** Nadelige effecten op de klinische objectiviteit door emotionele band met familieleden.	[1-7,13-16,19-20,22-24]
	Inferieure zorg Kans op gebrekkige therapie: de kwaliteit van zorg is vaak beter met afstandelijk oordeel.	[6,11,13,18,21]
	Rolconflict Complexe balans tussen professionele en persoonlijke identiteit. Het is voor vele artsen moeilijk om deze 2 rollen perfect van elkaar te scheiden.	[4, 18-23]
	Onvolledige voorkennis (medisch dossier) Geen kennis van medisch dossier van het familielid (medische voorgeschiedenis, medicatielijst…).	[15]
	Onvolledige diagnostiek Door onvolledige anamnese, lichamelijk onderzoek en het vermijden van gevoelige onderwerpen. Doordat het familielid soms niet alle informatie deelt uit schaamte of de wens zich in een beter daglicht te stellen.	[2,5-6, 10-11, 13-19, 23-24]
	Foutieve diagnose Vaak door onvoldoende anamnese of lichamelijk onderzoek.	[6,14,17,18,24]
	Overbehandeling Druk om de beste zorg te bieden aan dierbaren, waardoor er bijgevolg onnodige tests of behandelingen worden voorgeschreven.	[5,6,13,24]
	Fouten in voorschriften Ongepast voorschrijven, voorschrift zonder onderzoek.	[5,6]
	Onvoldoende documentatie van medische gegevens	[3,6,18]
	Verlies in continuïteit Door gebrek aan documentatie en communicatie met de vaste huisarts.	[4,19,24]
	Buiten expertise Behoeften van patiënt liggen buiten expertise van arts.	[1,2,4-6, 15, 21,24-25]
	Autonomie Het familielid kan moeite hebben met het weigeren van een bepaalde behandeling voorgesteld door de arts. Zodra de arts instemt met de behandeling van een familielid, wordt het moeilijker om toekomstige zorg te weigeren, wat de autonomie van de arts beperkt.	[6,13,14,16,19,25]
	Nadelige effecten op relatie Invloed van medische fout (foutieve diagnose of behandeling) op de toekomstige relatie.	[13,14,16,18,24]
	Onprofessionaliteit	[3]
	Beroepsgeheim Risico op schendig van vertrouwelijkheid.	[13,15]
	Tekort aan informed consent	[11,13,15]
	Verwaarlozing andere patiënten Door voortrekken van eigen familieleden.	[13,25]
	Familie profiteert van arts	[13]
	Ongeloofwaardigheid/wantrouwen Advies van een ‘vreemde arts’ wordt vaker serieus genomen dan advies van een ‘arts-familielid.’	[23]
	Conflicten met andere behandelende artsen	[22]
	Problemen met beroepsaansprakelijkheidsverzekering	[15]

Tabel 3: Voor- en nadelen bij het ingaan op een medisch verzoek van een familielid als arts

2.2.5. Culturele en internationale verschillen

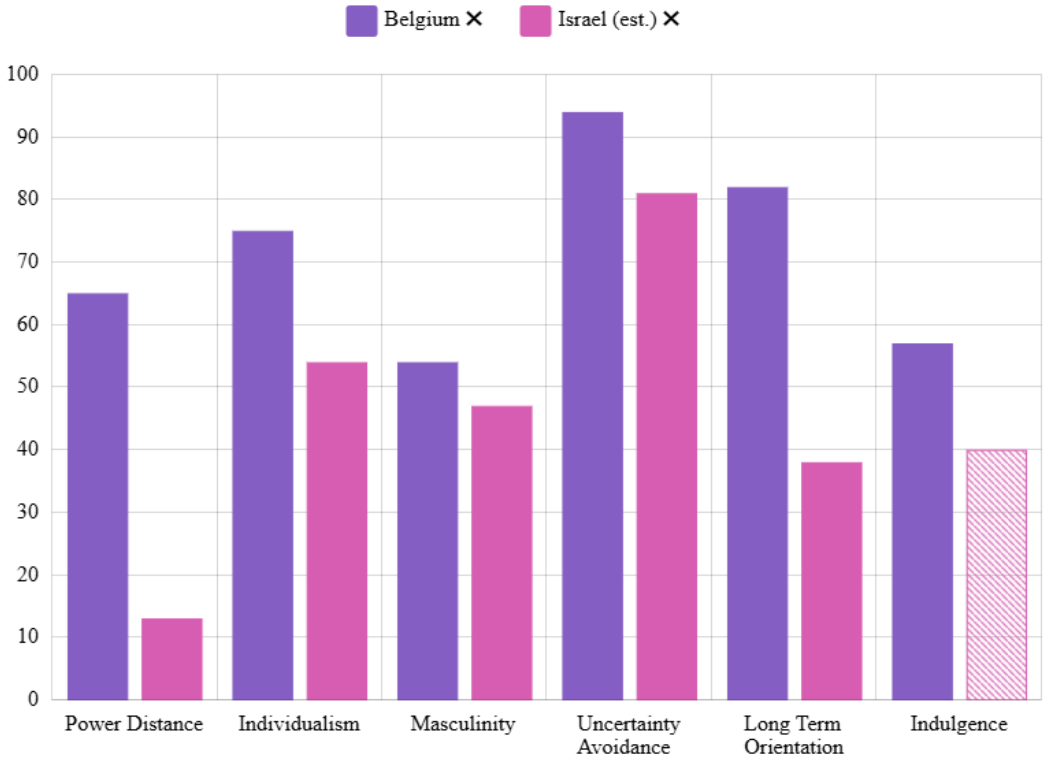
De soort relatie en emotionele band tussen arts en patiënt heeft een belangrijke invloed op de beslissing van de arts of die al dan niet iemand wil behandelen [6]. Soms kunnen emotionele banden tussen vrienden en collega's zelfs sterker zijn dan die met broers, zussen of (groot)ouders [12]. Het belang en de hechtheid van familiale banden is mede cultureel bepaald; zo speelt cultuur ook een grote rol binnen dit topic.

Geert Hofstede beschreef 6 cultuurdimensies, namelijk basiskwesties waar een samenleving mee moet leren leven om zichzelf te kunnen organiseren (zie tabel 4). Elk van deze dimensies verschilt per cultuur en heeft een invloed op de dynamiek tussen artsen en hun familieleden. Bijgevolg kan de mening en attitude van artsen over behandelen van familieleden verschillen tussen landen [26].

	LAAG	⇔	HOOG
Power Distance Machtsverdeling	Egalitarisme	⇔	Sterke hiërarchie
	De mate waarin de minder machtige leden van organisaties en instellingen (zoals het gezin) accepteren en verwachten dat macht ongelijk verdeeld is.		
Individualism Identiteit	Collectivisme	⇔	Individualisme
	De mate waarin mensen zich onafhankelijk voelen, in tegenstelling tot onderlinge afhankelijkheid als leden van een groter geheel.		
Masculinity Rolopvatting	Femininiteit	⇔	Masculiniteit
	De mate waarin het gebruik van geweld in sociaal opzicht wordt onderschreven. De wil om de beste te zijn vs. houden van wat je doet.		
Uncertainty avoidance Onzekerheidsvermijding	Risicomijdend	⇔	Pragmatisch
	De mate van tolerantie van een samenleving voor onzekerheid en dubbelzinnigheid.		
Long-term Orientation Tijdsoriëntatie	Korte termijn	⇔	Lange termijn
	Hoe men omgaat met verandering. Dit betreft de tradities, normen en waarden van een samenleving.		
Indulgence Levenshouding	Terughoudend	⇔	Toegevend
	De mate waarin mensen proberen hun verlangen en impulsen te beheersen, gebaseerd op de manier waarop ze zijn opgevoed. Terughoudendheid gaat gepaard met de mate waarop er sociale controle is binnen een samenleving.		

Tabel 4: De 6 cultuurdimensies van Geert Hofstede [30]

Amran et al. (2021) beschrijven een onderzoek uitgevoerd in Israël, waarbij de prevalentie en karakteristieken van informele geneeskunde (collega's, familie en vrienden) bij huisartsen in kaart wordt gebracht. Daaruit bleek 95% reeds een informeel consult te hebben gedaan, 54% doet het zelfs regelmatig. Dit wordt mede toegeschreven aan de "do-it-yourself" aanpak in de Israëlische cultuur, waardoor artsen consulten minder vaak weigeren [3]. Ter illustratie worden de 6 cultuurdimensies van Hofstede vergeleken tussen Israël en België in tabel 5. Hier valt een groot verschil in *Power Distance* op. In Israël is de machtsafstand beduidend kleiner dan in België, wat wil zeggen dat er minder ongelijkheid in macht heerst, mensen dichter bij elkaar leven en elkaar beter kennen. Ook blijkt de Israëliër meer collectivist dan individualist; men "kent zijn plaats" in de samenleving en maakt minder individuele keuzes. Dit is sociaal bepaald en verklaart waarom de Israëlische arts moeilijker een zorgvraag van familie zal weigeren dan bijvoorbeeld de Belgische arts, ook al voelen de artsen er zich niet altijd even comfortabel bij [26].



Tabel 5: de 6 cultuurdimensies van Hofstede vergeleken tussen België en Israël [27]

Culturen verschillen niet enkel tussen verschillende landen, maar ook binnen eenzelfde land. Zo groeit ook in België de superdiversiteit. Volgens de cijfers van Statbel, het Belgische statistiekbureau, was op 01/01/2025 22,1% van de Belgische bevolking een Belg met een buitenlandse achtergrond en was 13,8% een niet-Belg [32]. Deze diversiteit heeft tot gevolg dat familiale banden niet over dezelfde kam te scheren zijn binnen een land. De boodschap is dat cultuur een grote invloed heeft op mentaliteit en attitude van artsen betreffende behandelen van familieleden, en dat deze steeds meer in rekening gebracht moeten worden bij de interpretatie van cijfers [27].

Daarnaast heeft de ontwikkelingsstatus van een land een grote impact op het gezondheidszorgsysteem. Bij gevolg bepaalt deze factor ook mee hoe vaak families worden behandeld door eigen familieleden. Een studie in Nigeria ging de betrokkenheid van artsen, te werk in *University of Calabar Teaching Hospital*, na in zorg van familieleden. Men kwam tot de conclusie dat informele zorg in ontwikkelingslanden zo goed als onmogelijk te vermijden is gezien er weinig artsen ter beschikking zijn voor het aantal inwoners. (18 artsen per 100.000 inwoners vs. in België 3,2/1000 inwoners in 2021 volgens gezondheidbelgie.be). 90,9% was betrokken in zorg voor familie. Dit hoge percentage komt echter mede door de hoge kost voor medische zorg in Nigeria. Het financiële aspect wordt ook door andere bronnen beschreven als een belangrijke reden voor zorgvraag bij familieleden [17]. In het onderzoek uitgevoerd door Amran et al. (2021) in Israël werd slechts bij 2% financiële redenen vermeld als reden tot zorgvraag. De huisarts aldaar consulteren brengt geen kosten met zich mee. Gezien de derdebetalersregeling in België zijn de cijfers omtrent het financiële aspect vermoedelijk vergelijkbaar met deze laatste studie. Sommige artsen vragen wel een compensatie voor een informeel consult. Bij Anah et al. (2008) en Amran et al. (2021) was dit respectievelijk bij 13,1% (voornamelijk bij aangetrouwde familie) en 15% van de zorgcontacten [3,17].

2.2.6. Het ethisch dilemma

Artsen moeten zich bewust zijn van de complexe ethische kwesties die gepaard gaan met de behandeling van familieleden. Scarff JR. (2013) beschrijft enkele theorieën om beter te begrijpen waarom een arts beslist om een familielid te behandelen. De theorie van sociale uitwisseling, of de wederkerigheidsnorm, is een gevoel van verplichting om een gunst terug te betalen. Er kan ontevredenheid uit voortkomen als de gunst onbetaald of onbeantwoord blijft [8]. Daarnaast bestaat er verlangen naar goedkeuring. Mensen met een hoge behoefte aan goedkeuring zijn doorgaans gemakkelijk te overtuigen om familieleden te behandelen [8]. Een derde theorie is de conformiteit, wat staat voor conformeren aan de houding, overtuigingen en gedragingen van de meerderheid. Artsen, omringd door collega's die gewoonlijk familieleden behandelen, kunnen uiteindelijk hun mening en gedrag veranderen zodat deze vergelijkbaar worden met die van hun collega's, ondanks het aanwezige bewustzijn van de ethische conflicten. Dit kan zelfs wanneer de collectieve mening tegenovergestelde is aan hun eigen overtuiging en werkwijze [8]. Ten slotte is er het affiniteitsprincipe, dewelke stelt dat mensen de neiging hebben om eerder in te gaan op verzoeken van mensen die ze leuk vinden. Artsen zouden dus meer gehoor geven aan verzoeken van geliefde familieleden dan aan verzoeken van familieleden die ze niet leuk vinden [8].

Hutchinson et al. (2019) passen dan weer een andere benadering toe, volgens de vier meest gekende ethische systemen, om tot een richtlijn te komen over het al dan niet behandelen van familieleden. De eerste is deugdethiek, wat staat voor handelen volgens wat wij juist achten [25]. Ten tweede beschrijft utilitarisme dat men handelt op een manier waarvan geweten is dat het de beste resultaten oplevert voor de meerderheid. Deontologie is een derde belangrijk ethisch principe, dat inhoudt dat de regels gevolgd moeten worden en men doet wat juist is uit plicht voor de morele wet [25]. Ten slotte beschrijft principialisme een benadering die toepasbaar is op elk moreel dilemma, aan de hand van de vier volgende ethische principes: weldoen, niet-schaden, autonomie en rechtvaardigheid [25].

Deze laatste methode wordt ook door Geiderman et al. (2019) beschreven om het dilemma te benaderen. Autonomie geeft de patiënt het recht om een vrije en ongehinderde keuze te maken met betrekking tot hun zorg. Dit principe geeft de patiënten het recht om medische zorg voor zichzelf te zoeken of niet. Hierbij kan de patiënt zelf kiezen of hij al dan niet een familielid raadpleegt. De autonomie van de arts zelf mag echter niet vergeten worden in dit verhaal [14]. Het principe *goed doen* impliceert dat wanneer familie om medisch advies vraagt, er een ethische plicht is om ervoor te zorgen dat de best mogelijke medische zorg aangeboden wordt door de meest gekwalificeerde persoon [14]. Het principe van niet-schaden verwijst naar de plicht om geen kwaad te doen. Zo kan er bijvoorbeeld schade worden berokkend indien artsen handelen buiten eigen expertise of wanneer beslist wordt om geen hulp te bieden op momenten dat de deskundigheid de patiënt ten goede zou komen [14]. Tot slot heeft het principe rechtvaardigheid weinig meerwaarde in deze discussie volgens Geiderman et al. (2019). Dit laatste principe staat voor gelijke zorg; men zou dus geen voorrang mogen krijgen op gelijken in de zorg (bijvoorbeeld rijk vs. arm) [14]. Deze literatuurstudie brengt echter meerdere aspecten aan het licht die het principe rechtvaardigheid wel schaden. Enkele voorbeelden hiervan zijn een toegankelijkere zorg [1,3,4,7,8,10,11,13,18,19], verlaging van de kosten voor familie [8,13,16-18] en een voorkeursbehandeling krijgen dankzij extra inspanning van de arts [13,18,19].

Volgens Hutchinson et al. (2019) zijn de richtlijnen in een noodsituatie relatief duidelijk, ongeacht welke ethische benadering we kiezen: in geval van nood krijgen de principes weldoen en niet-schaden de voorrang boven niet-ingrijpen; het zou immers onredelijk zijn van een arts te verwachten dat hij of

zij toekijkt terwijl een familielid lijdt. Echter zijn de richtlijnen voor een electieve situatie minder duidelijk. Elke interactie dient kritisch beoordeeld te worden om tot een morele conclusie te komen waarbij schade en ongemak voor beide partijen zo minimaal mogelijk zijn [25]. Hutchinson et al. (2019) raden daarbij aan consistent te zijn, casussen te vergelijken, gedachte-experimenten uit te voeren en de ethische principes toe te passen [25].

2.2.7. Opleiding

Meerdere studies benadrukken dat het onderwerp 'behandelen van familieleden' een essentieel onderdeel zou moeten worden binnen de medische opleiding [4,16,18]. Deze studies adviseren dat studenten tijdens hun opleiding meer bewust moeten gemaakt worden van de potentiële risico's en ethische dilemma's die hiermee gepaard gaan [16]. Zo waarschuwt Kling S. (2015) voor de mogelijkheid van het overschrijden van de ethische grenzen van professionele zorg wanneer artsen familieleden behandelen [16]. Om deze uitdagingen aan te pakken, pleit Krall EJ. (2008) voor de ontwikkeling van meer educatieve programma's die jonge artsen voorbereiden op dergelijke situaties [18].

2.2.8. Aanbevelingen vanuit de richtlijnen

Hoewel het behandelen van eigen familieleden als (huis)arts een welbesproken ethisch dilemma is, ontbreken universele richtlijnen of wettelijke bepalingen die artsen hierin eenduidig sturen. Echter bestaan er wel enkele nationale adviezen, zoals deze van de Orde der Artsen (België), de British Medical Association (BMA) en de American Medical Association (AMA). Deze bieden handvaten aan artsen om met deze situaties om te gaan.

Orde der artsen – België

In België is het niet wettelijk verboden voor een arts om een therapeutische relatie aan te gaan met een familielid. De beslissing hierover ligt in principe bij de arts zelf. Echter, zodra er enige twijfel bestaat over de mogelijkheid om de deontologische normen te respecteren, wordt geadviseerd om af te zien van enige behandeling. Zo hebben artsen ook het recht om zorg te weigeren, behalve in acute situaties waarin onmiddellijke medische hulp vereist is. De Orde der Artsen beveelt sterk aan om familieleden aan te moedigen een andere behandelend arts te kiezen [29].

Daarnaast benadrukt de Orde der Artsen dat het essentieel is om bij de behandeling van familieleden zorgvuldig rekening te houden met verschillende aspecten. Zo kan de persoonlijke relatie de kwaliteit van zorg onder druk zetten, omdat deze vaak invloed heeft op zowel het gedrag van de arts als dat van de patiënt. Artsen dienen zich bewust te zijn van hun emoties, onafhankelijk te blijven, het dossier nauwkeurig bij te houden en formele consultaties in een geschikte omgeving te plannen. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt vereist respect voor hun wensen en het vermijden van een paternalistische houding. Daarnaast moeten artsen zich bewust zijn van vertrouwelijkheid en belangenconflicten: gezondheidsgegevens mogen enkel ingezien worden met toestemming en het beroepsgeheim moet worden gerespecteerd [29].

Het verstrekken van getuigschriften aan familieleden is doorgaans ongeschikt, vooral wanneer er een sociaal of contractueel voordeel aan verbonden is. Het voorschrijven van verslavende middelen aan familieleden is verboden. Tot slot benadrukt de Orde het belang van het scheiden van privé- en werksfeer om het welzijn van de arts te waarborgen [29].

Deze adviezen kwamen tot stand tijdens een vergadering in juni 2022 van de Orde der Artsen.

Nederlandse richtlijnen – tijdschrift voor Geneeskunde

In Nederland is er wederom geen wet die het behandelen van familieleden verbiedt, maar het wordt sterk afgeraden, behalve in noodsituaties. Wanneer artsen toch besluiten zorg te verlenen aan familieleden, moeten zij voldoen aan de dossierplicht, het verkrijgen van *informed consent*, het waarborgen van de continuïteit van zorg en het respecteren van het beroepsgeheim. De artsenfederatie KNMG en de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) benadrukken dat het bij familieleden vrijwel onmogelijk is om professionele en persoonlijke grenzen gescheiden te houden. Rolvermenging komt vaak voor, waar artsen niet beide rollen kunnen vervullen zonder in een rolconflict te geraken [30].

Deze richtlijnen zijn mede gebaseerd op de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) richtlijnen en uitspraken van het tuchtcollege uit 2017.

BMA – Medical ethics and human rights (Verenigd Koninkrijk)

De BMA geeft in grote lijnen vergelijkbare adviezen als eerder genoemd. Ook zij raden het behandelen van eigen familieleden af, tenzij het om noodsituaties gaat. Het wordt geadviseerd dat familieleden een andere huisarts kiezen om een duidelijke scheiding te behouden tussen professionele en persoonlijke relaties. Verder wordt ook afgeraden om medicatie voor familieleden voor te schrijven, tenzij het een urgente situatie betreft [31].

AMA – Code of Medical Ethics (Verenigde Staten)

De AMA raadt artsen af om eigen familieleden te behandelen, behalve in specifieke situaties, zoals noodgevallen - wanneer geen andere arts beschikbaar is - of bij kleine, acute medische problemen. Als een arts toch beslist om medische zorg te verlenen aan een familielid, wordt geadviseerd om deze zorg altijd zorgvuldig te documenteren en zich bewust te zijn van de mogelijke nadelige gevolgen voor zowel de kwaliteit van de medische zorg als de persoonlijke relatie met de patiënt [28].

Deze richtlijnen zijn oorspronkelijk gebaseerd op de AMA Code of Ethics, voor het eerst gepubliceerd in 1847 door Thomas Percival. Tegenwoordig worden deze up-to-date gehouden door de Council on Ethical en Judicial Affairs. Deze raad bestaat uit zeven artsen met expertise in ethiek en klinische praktijk, aangevuld met één assistent-arts en één geneeskundestudent.

Kritiek op de richtlijnen

Hoewel de bovenstaande richtlijnen logisch lijken, roept de strikte terughoudendheid bij het behandelen van familieleden vraagtekens op over de praktische toepasbaarheid. Een algeheel verbod op het behandelen van familieleden, ongeacht de omstandigheden, is onrealistisch. Zo is bijvoorbeeld de grens tussen welke zorg thuis begint versus het ziekenhuis/kabinet zeer moeilijk te trekken [14].

Daarbovenop bevatten de richtlijnen veel vage en subjectieve termen. Noodsituaties zijn voor de meeste artsen weliswaar helder, maar hoe zit het bijvoorbeeld met spoedartsen? Ook de gebruikte termen zoals “familieleden”, “acute zorgen”, “mineure zorg” blijven vaak onduidelijk en slecht afgebakend [14].

De richtlijnen zijn in veel gevallen niet gebaseerd op recente gerandomiseerde onderzoeken, wat hun wetenschappelijke onderbouwing in twijfel trekt [24].

3. Kwalitatief onderzoek

3.1. Doel van deze studie

Hoewel eerder onderzoek zich voornamelijk richt op het perspectief van artsen bij het behandelen van familieleden, belicht deze studie tevens het perspectief van de familieleden zelf. Daarmee onderscheidt deze studie zich van voorgaand onderzoek door ook patiënten te includeren. Dit maakt het mogelijk een volledigere inzicht te verkrijgen in de dynamiek tussen arts en patiënt en om, vanuit het patiëntenperspectief, ervaringen, positieve aspecten, valkuilen en aanbevelingen te identificeren.

Op basis van de onderzoeksresultaten zal worden geëvalueerd of er nood is aan een duidelijkere richtlijn omtrent het behandelen van familieleden. Hierbij zal worden onderzocht of een formeel verbod een meerwaarde kan bieden ter bescherming van artsen, dan wel of een richtinggevend kader volstaat. Indien een dergelijk kader aangewezen blijkt, zal eveneens worden nagegaan welke inhoudelijke componenten hierin opgenomen dienen te worden.

3.2. Methodologie

3.2.1. Kwalitatieve aanpak

Een reflexieve thematische analyse, zoals beschreven door Braun & Clarke (2022), werd gekozen als analysemethode vanwege de grote theoretische en methodologische flexibiliteit.
Er werd gekozen voor een ervaringsgerichte benadering waarin deelnemers als experts van hun eigen ervaringen werden beschouwd. Deze benadering sluit aan bij een kwalitatieve methodologie waarin niet wordt gestreefd naar objectieve waarheidsvinding, maar naar een diepgaand begrip van betekenisverlening en beleving.

3.2.2. Kenmerken onderzoekers

De leden van het onderzoeksteam ronden alle drie hun laatste jaar masteropleiding in de Huisartsgeneeskunde af aan de Universiteit van Gent. Het team werd begeleid onder toezicht van promotor Melissa Ceuterick, postdoct. wetenschappelijk medewerker aan de faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen en postdoct. wetenschappelijk medewerker doctor-assistent aan de faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen en co-promotor Dr. Lobbestael Janique opleidings-coördinator aan de faculteit Geneeskunde en gezondheidswetenschappen en ICHO. De achtergrond en ervaring van de onderzoekers speelden een rol in de manier waarop de data werd verzameld en geïnterpreteerd, waarbij bewust werd stilgestaan bij mogelijke invloed van eigen perspectieven.

3.2.3. Deelnemers

Voor deze studie kwamen alle huisartsen werkzaam in Vlaanderen in aanmerking, ongeacht leeftijd, geslacht of jaren professionele ervaring. Daarnaast werd telkens een gekoppeld familielid geïncludeerd dat medische zorg ontving als vaste patiënt van de betrokken huisarts. Deze familieband kon zowel een bloedverwantschap (1e of 2e graad) als een aanverwantschap (schoonfamilie) betreffen.
De rekrutering van deelnemers gebeurde via verschillende kanalen om een zo divers mogelijke steekproef te bekomen. Potentiële deelnemers werden benaderd via de persoonlijke netwerken van de onderzoekers *(snowball sampling),* sociale media en gerichte mailing (zie bijlage B). Ter ondersteuning van de rekrutering werd een informatieve poster verspreid (zie bijlage C). Geïnteresseerde huisartsen en familieleden konden zich vrijwillig aanmelden via een online registratieformulier (Google Forms), waarna zij verdere informatie ontvingen over het onderzoeksopzet en de deelnamevoorwaarden.

Bij het bepalen van de steekproefomvang werd gezocht naar een evenwicht tussen theoretische overwegingen, zoals de rijkdom en diversiteit van de data, en praktische beperkingen zoals tijd en

beschikbare middelen. Er werd niet gewerkt met een strikt verzadigingsmodel, maar met een pragmatische benadering van dataverzadiging.

3.2.4. Dataverzameling: dyadische interviews

De data werd verkregen via dyadische semi-gestructureerde interviews (zie bijlage D), met duo's van artsen en familielid van de huisarts, om zo inzicht te krijgen in de dynamieken, de beleving en ervaring van het behandelen van eigen familieleden vanuit beide perspectieven. De dataverzameling vond plaats tussen mei 2025 en november 2025, waarbij elk interview een duur had van ongeveer 30 tot 60 minuten. De interviews werden uitgevoerd in de thuisomgeving van de deelnemer of bij de onderzoekers. De gesprekken werden opgenomen via audio en vervolgens getranscribeerd met behulp van Whisper (geautoriseerd door UGent). De resulterende transcripties werden nadien gecontroleerd en indien nodig gecorrigeerd. Vervolgens werden de gegevens gepseudonimiseerd om de vertrouwelijkheid van de deelnemers te waarborgen.

3.2.5. Dataverwerking en analyse

Voor de analyse van de data werd gebruik gemaakt van de zes stappen van een reflexieve thematische analyse, zoals beschreven door Braun & Clarke (2022). Om vertrouwd te raken met het datamateriaal werden de interviews na afname opnieuw beluisterd en getranscribeerd. Elke onderzoeker transcribeerde telkens twee gekoppelde interviews, die zij zelf hadden afgenomen. Vervolgens werden alle transcripties meermaals grondig doorgenomen door alle leden van het onderzoeksteam. Tijdens deze fase werden eerste ideeën en terugkerende patronen individueel genoteerd. Deze voorlopige observaties werden bewaard en gebruikt als ondersteuning bij de verdere dataverzameling en analyse.

Vervolgens werd een hybride coderingsstrategie gehanteerd, waarbij inductieve en deductieve benaderingen werden gecombineerd. Enerzijds werd breed en data-gedreven gecodeerd, zodat thema's konden ontstaan vanuit het perspectief en de ervaringen van de deelnemers. Anderzijds werden bestaande theoretische inzichten meegenomen in het coderingsproces.

Het volledige coderingsproces werd uitgevoerd met behulp van de software MAXQDA. Binnen dit programma codeerde elke onderzoeker afzonderlijk vier interviews, namelijk de interviews die zij zelf afgenomen hadden, dit volgens een brede initiële coderingstrategie. Nadien werden de codes gezamenlijk doorgenomen, waarna alle individueel gecodeerde interviews samengebracht werden tot één overkoepelende dataset, die vervolgens opnieuw werd geëvalueerd en verfijnd.

De daaropvolgende analysestappen werden gezamenlijk uitgevoerd. De afzonderlijke codes werden kritisch geëvalueerd, met bijzondere aandacht voor onderlinge verbanden en inhoudelijke samenhang. Op basis hiervan werden voorlopige thema's ontwikkeld, die iteratief werden herzien en verfijnd. Dit proces van voortdurende evaluatie leidde uiteindelijk tot de definitieve thematische structuur.

In de laatste fase werden de thema's verder aangescherpt door het uitwerken van een gedetailleerde themabeschrijving en het formuleren van passende thematitels. Dit gezamenlijke proces leidde tot één geïntegreerde codeboom, bestaande uit vier hoofdthema's (zie bijlage E voor de codeboom).

Vervolgens werden de hoofdthema's onder de onderzoekers verdeeld voor verdere verwerking en het uitschrijven van de resultaten. Na het afzonderlijk uitschrijven werd elk hoofdthema gezamenlijk herlezen en kritisch beoordeeld door alle leden van het onderzoeksteam.

3.2.6. Procedurele ethiek

Het onderzoeksprotocol werd vooraf ter goedkeuring voorgelegd aan de Commissie van Medische Ethiek U(Z)Gent en werd goedgekeurd onder referentienummer 2024-0272.

3.2.7. Situationele ethiek

Tijdens de interviews werd aandacht besteed aan situationele ethiek, met focus op het welzijn en de vertrouwelijkheid van de deelnemers. Bij aanvang van elk interview werd een geïnformeerde toestemming ondertekend door de deelnemer (zie bijlage F). Daarbij werd benadrukt dat alle informatie vertrouwelijk behandeld wordt en niet gedeeld zou worden met de gekoppelde familieleden. Er werd ook duidelijk gemaakt dat de deelnemers volledig vrij waren om vragen over te slaan of het interview stop te zetten. Gevoelige onderwerpen werden op een empathische en niet-oordelende manier benaderd, met ruimte voor persoonlijke verhalen, waarbij telkens werd afgewogen in hoeverre hierop werd doorgevraagd. Wanneer participanten vragen terugkaatsten naar de interviewer, werd hier bewust terughoudend mee omgegaan om het gesprek niet te sturen, en werd de focus opnieuw op de ervaringen van de deelnemer gelegd.

Ter waarborging van anonimiteit werden pseudoniemen gebruikt en werden potentieel identificerende details in de transcripties aangepast. Alle data, waaronder opnames en transcripties, werden veilig opgeslagen via beveiligde universitaire systemen, met bijkomende back-ups op persoonlijke toestellen.

Daarnaast werd gereflecteerd op de eigen rol als huisartsen (in opleiding). Hoewel een open houding werd nagestreefd, werd erkend dat deze achtergrond onvermijdelijk een invloed kon hebben op zowel de interactie tijdens het interview als de interpretatie van de data.

3.3. Resultaten

3.3.1. Kenmerken van de deelnemers

In totaal werden 12 interviews afgenomen. De deelnemers waren woonachtig in Oost-Vlaanderen en vertegenwoordigden zowel stedelijke als landelijke gemeenten. De leeftijd van de artsen varieerde van 35 tot 74 jaar, met een ervaring binnen de huisartsgeneeskunde van 8 tot 50 jaar. De gekoppelde familieleden hadden een leeftijd van 26 tot 85 jaar, en de familiale relaties omvatten zowel eerstegraads- als tweedegraads familieleden, evenals schoonfamilie. Alle koppels beschreven een sterke tot zeer sterke familiale band met elkaar te hebben.

	Leeftijd (jaar)	**Werkervaring (jaar)**	**Relatie (arts - patiënt)**	**Leeftijd familielid (jaar)**	**Soort praktijk**	**Regio**
Arts 1	65	37	Vader – zoon	26	Solopraktijk	Landelijk
Arts 2	43	15	Dochter – vader	72	Groepspraktijk	Stedelijk
Arts 3	38	11	Schoondochter – schoonmoeder	67	Groepspraktijk	Landelijk
Arts 4	47	19	Dochter – moeder	77	Groepspraktijk	Randstedelijk
Arts 5	74	50	Broer – zus	85	Groepspraktijk	Stedelijk
Arts 6	35	8	Dochter – moeder	62	Groepspraktijk	Randstedelijk

Tabel 6: kenmerken van de deelnemers

3.3.2. Descriptieve resultaten

In de interviews werden een aantal karakteristieken actief bevraagd binnen de pool artsen om een beeld te krijgen van de zorginteractie met familieleden en hun manier van werken. Er worden geen kwantitatieve gegevens gerapporteerd, aangezien de resultaten gebaseerd zijn op kwalitatieve interviews met open antwoorden en er geen gebruik werd gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten.

	Observaties	Interpretatie
Remgeld en vergoeding	Geen remgeld voor familie tot 2de graad; consultaties in praktijk of huisbezoek wel aangerekend aan mutualiteit; vanaf 3de graad vaker remgeld	Hoe minder nauw de familiale band, hoe formeler en hoe meer de gebruikelijke financiële regels van de reguliere zorg van toepassing zijn
Documentatie	Gezinsleden meestal niet gedocumenteerd; consulten in praktijk en belangrijke medische zaken wel; kleine vragen meestal niet; slechts één arts documenteert alles	Mate van documentatie neemt toe naarmate de familiale afstand groter wordt en de zorg formeler verloopt
Contactname	Vooral via privé-GSM (bellen, sms, WhatsApp); daarnaast secretariaat/online agenda; ook mondelinge vragen	Communicatie met familie verloopt vaak via informele kanalen
Type zorgvragen	Gelijkaardig aan gewone patiënten: kleine pathologie, voorschriften, chronische zorg, urgenties; bij één arts eens bevalling en palliatieve zorg	Zorg voor familie verschilt inhoudelijk weinig van reguliere patiëntenzorg
Locatie consult	Meestal in de praktijk; ook huisbezoeken indien nodig; soms zorg tijdens informele familiebezoeken	Zorgverlening aan familie gebeurt zowel in formele als informele setting

Tabel 7: overzicht descriptieve resultaten

3.3.3. Hoofdthema's

De interpretatie van de data leidde tot 4 grote thema's: (1) Professionele grenzen: een moeilijke balans, (2) De invloed op zorgkwaliteit: een onderschatting, (3) Patiënten zien alleen maar voordelen, en (4) De arts als best health advocate: een privilege of een valkuil?.

Thema 1: Professionele grenzen: een moeilijke balans

Een centraal thema dat voortvloeit uit de data betreft professionele grenzen en de kwetsbare balans die daarmee gepaard gaat. Dit thema laat vooral zien hoe huisartsen voortdurend balanceren tussen hun professionele identiteit als arts en hun persoonlijke rol als familielid. In de interviews komt dit tot uiting via vier samenhangende subthema's: grenzen in het behandelen van familieleden, motieven om familieleden wél te behandelen, rolconflict en adviezen naar de toekomst toe.

Waar ligt de grens?

Dit subthema focust op de grenzen die zowel familieleden als artsen ervaren tijdens de zorgverlening binnen de familie.

Bij het exploreren van drempels en grenzen die artsen ervaren bij de behandeling van eigen familieleden, kwamen uiteenlopende en vaak generatiegebonden perspectieven naar boven. De huisartsen ouder dan 60 jaar geven aan weinig expliciete grenzen te hanteren en zien doorgaans weinig bezwaren in het verlenen van zorg aan naasten. Daarentegenover staat een meer uitgesproken perspectief bij andere artsen waarin zeer duidelijke grenzen worden geformuleerd, zoals het vermijden van behandeling bij ernstige aandoeningen, gevoelige of persoonlijke problematiek, en het niet opnemen van een rol als huisarts wanneer het familielid reeds een vaste huisarts heeft. Nog andere artsen geven dan weer aan geen vaste grenzen te hanteren, maar hun beslissing om zorg te verlenen eerder context- en situatiegebonden af te wegen.

Het merendeel van de artsen geeft aan vooral psychische problematiek, complexe en ernstige zorg, oncologische aandoeningen en palliatieve zorg bij familieleden als moeilijk te ervaren. Vooral jongere artsen benoemen dit expliciet als een grens en geven aan in dergelijke situaties liever door te verwijzen naar een collega binnen de praktijk. Zo beschrijft ook één van de artsen hoe zij het bijzonder moeilijk

vond om een ernstige diagnose bij haar vader te dragen en daarom wilde doorverwijzen, hoewel de familie hier niet voor openstond.

> *"Bij mijn vader was ooit na een coloscopie een tumor vastgesteld. ... En dan is dat natuurlijk niet zo evident omdat je er staat als familielid en als arts. En op dat moment hebben mijn zussen zelf gezegd dat mijn ouders eigenlijk een aparte huisarts zouden moeten nemen. Maar mijn vader weigerde. Hij stond niet open om een andere huisarts te zoeken. " – (Arts 4)*

Daartegenover geeft één van de artsen ouder dan 60 jaar aan wel eigen ouders te hebben begeleid tijdens het levenseinde. In die context was er geen collega beschikbaar om op terug te vallen en werd dit bovendien als gebruikelijk ervaren. Toch geeft de ondertussen gepensioneerde huisarts aan dat hij hierover sterk twijfelde en het emotioneel moeilijk had tijdens de uitvoering.

Bij de artsen jonger dan 50 jaar komen afstand en context sterker naar voren als bepalende factoren. Meerdere huisartsen geven aan dat fysieke nabijheid een belangrijke rol speelt in hun bereidheid om familieleden te behandelen. Ook benoemen zij expliciet de emotionele betrokkenheid, de verminderde objectiviteit en de belasting buiten de werkuren als belangrijke drempels.

Naast inhoudelijke en emotionele overwegingen spelen ook praktische grenzen een belangrijke rol in hoe artsen omgaan met de behandeling van familieleden. De minderheid van de artsen beschrijft een meer informele aanpak, waarbij familieleden vooral buiten de werkuren en in een niet-formele setting worden gezien. Daartegenover geeft de meerderheid van huisartsen de voorkeur aan formele consultaties binnen de praktijk. Zo illustreert arts 6 hoe zij met haar familielid expliciete afspraken maakt over de context waarin zorg wordt verleend, met als doel duidelijke grenzen af te bakenen en beter te kunnen inschatten wanneer een zorgvraag ernstig is en verdere exploratie vereist.

> *"We spreken elke woensdag samen af om samen te eten. Maar nu hebben we een beetje de regel dat als er iets is dat ze willen bespreken, dan moeten ze op consultatie bij mij komen. In de praktijk zelf en niet tussen de soep en de patatten. Ik probeer daar wel echt een lijn te trekken. Voor mezelf, om een beetje te weten wanneer moet ik hier dieper op ingaan, wanneer niet. Wanneer moet ik het serieus nemen, wanneer niet. Maar ik weet dat zij het daar niet altijd gemakkelijk mee hebben." – (Arts 6)*

Het volledig wegdenken van medische vragen in een informele setting blijkt echter niet haalbaar. Meerdere huisartsen geven aan dat dergelijke vragen onvermijdelijk blijven en dat het sterk afhangt van het familielid in welke mate werkuren en vrije tijd worden gerespecteerd. Bijna alle artsen geven aan dat ze medische vragen buiten de werkuren zien als belastend en frustrerend. Enkele gekoppelde familieleden benadrukten dat zij bewust rekening houden met de werkuren van hun arts-familielid. Zo geeft familielid 3 aan de grenzen van haar schoondochter heel mooi te respecteren, doordat zij enkel bij acute en dringende situaties advies zou inwinnen en verder geen medisch advies zoekt buiten de werkuren.

> *"Voor medische dingen probeer ik wel echt de grens te trekken. Het is niet omdat wij familie zijn, dat je in het weekend nog met onze medische vragen moet opgezadeld zitten. Dan is ze in het weekend ook weer fulltime bezig zo he. Dus dat probeer ik echt wel te vermijden." – (Familielid 3)*

Daartegenover staan ook situaties waarin familieleden zowel in het weekend als op vaste vrije dagen medische vragen stellen. De meerderheid geeft wel aan dat het gaat om kort advies of voorschriften. Huisarts 4 geeft wel aan dat ze doorheen haar carrière leerde die grenzen beter te bewaken en medische vragen door te schuiven naar de werkuren.

> *"Andere familieleden contacteren mij gewoon wanneer het hen uitkomt. Ze weten allemaal dat ik op dinsdag niet werk. En systematisch sturen ze me op dinsdag voor medische dingen. Maar ik moet wel zeggen dat in de loop der jaren hier wel in veranderd ben. Ik zeg dan meestal: ik kan het niet onthouden nu, ben met teveel andere dingen bezig, stuur mij morgen nog eens een berichtje. En zo probeer ik het dan wel door te schuiven naar woensdag." – (Arts 3)*

Wanneer we diezelfde vraag stellen aan familieleden, komen weinig expliciete grenzen naar boven. Enkele respondenten geven wel aan dat zij het moeilijker vinden om intieme of mentale gezondheidsproblemen met een arts-familielid te bespreken, wat de drempel om in deze context hulp te zoeken verhoogt. Ook wordt afstand genoemd als mogelijke beperkende factor; verschillende familieleden geven aan dat zij vermoedelijk geen beroep zouden doen op hun arts-familielid indien deze in een andere gemeente gevestigd zou zijn. Daarnaast komt binnen dit thema ook een meer geïsoleerd perspectief naar voren waarin bezorgdheid werd geuit over de extra emotionele belasting die gepaard gaat met de dubbele rol van arts en familielid.

> *"Het enige dat ik wel heb, dat ik het ambetant vind dat ze het dan weet. Omdat ze dan ook weer meer meeleeft dan bij een andere patiënt. Nu ook bijvoorbeeld met mijn man, hij moet volgende week naar de cardioloog voor een cardioversie. Ze stelde ook meteen voor om zelf mee te gaan naar de consultatie. Ik zou dan wel graag hebben dat ze meegaat, maar ik wil ze dan ook niet extra belasten, net in haar vakantie." – (Familielid 4)*

De overige familieleden kunnen nauwelijks redenen opnoemen waarom ze niet voor eigen familielid-arts zouden kiezen en zien geen graten in behandeld worden door een eigen familielid.

Deze uiteenlopende posities illustreren dat grenzen rond het al dan niet behandelen van familieleden niet vastliggen, maar situationeel en relationeel worden bepaald. Ze hangen samen met leeftijd en professionele ervaring, de aard van de familiale relatie en de mate waarin artsen hun professionele en persoonlijke rollen trachten te scheiden.

Zorg binnen de familie als gedeelde keuze

Uit de interviews blijkt dat de voornaamste beweegredenen om familieleden wél te behandelen, voortkomt uit het verlangen om de beste zorg te bieden en goed te doen voor hun naasten. Daarbij was het voor de artsen ouder dan 60 jaar vroeger vanzelfsprekend om familieleden in de buurt te behandelen. Ook speelt praktische nood een rol: als er geen andere huisartsen beschikbaar zijn in de buurt door een patiëntenstop of bij een familielid dat in het buitenland woont, is opvolging via een collega vaak niet mogelijk. Daarnaast geven sommige artsen ook aan dat verantwoordelijkheids- en plichtsgevoel, vaak versterkt door sociale verwachtingen, een belangrijke reden was om familieleden wel te behandelen.

Erg opvallend zijn er ook enkele collega's jonger dan 50 jaar die weinig redenen kunnen opbrengen om eigen familieleden te behandelen. Vooral het gemak van de familieleden werd opgemerkt, maar persoonlijke beweegredenen zijn zo goed als afwezig.

Daarentegen zijn de redenen vanuit de familieleden om beroep te doen op eigen arts-familielid wel talrijk aanwezig. We zien duidelijk dat de beweegredenen om te kiezen voor een familielid-arts sterk gelinkt zijn aan de voordelen die zij ervaren bij de zorg binnen de familie (*cfr. infra).* Vooral het gevoel van vertrouwen, veiligheid en goede bereikbaarheid spelen een doorslaggevende rol.

Rolconflict

In de interviews komt herhaaldelijk naar voren hoe artsen balanceren tussen hun rol als professional en familielid en vooral het conflict dat zij ervaren tussen beide rollen.

De meeste artsen en familieleden geven aan dat er tijdens formele consultaties bewust wordt geschakeld tussen de professionele en persoonlijke rol. Medische problemen worden besproken, terwijl er nadien ook ruimte blijft voor persoonlijke interactie. Meerdere familieleden benadrukken dat deze contacten merkbaar formeler en professioneler verlopen dan gewone, niet-medische contacten binnen de familie.

Hoewel tijdens de consultaties de professionele rol duidelijk aanwezig is, blijkt bij vrijwel alle gekoppelde arts-familieleden de familiale rol uiteindelijk te primeren. De twee artsen ouder dan 60 jaar vormen hier een uitzondering: zij geven aan geen expliciete voorkeur te hebben voor een bepaalde rol. Hun ervaringen verschillen echter onderling. De ene arts ervaart beide rollen als even belangrijk en beschouwt ze als goed van elkaar te scheiden, terwijl de andere aangeeft dit net niet te kunnen en situatiegebonden de ene rol boven de andere laat primeren. Opvallend is wel dat één koppel, degene met een aangetrouwde familierelatie, aangeeft dat de laatste periode de professionele contacten frequenter waren dan de persoonlijke contacten. Bij de andere koppels nemen de familiale contacten duidelijk de bovenhand.

Verder geeft geen enkel familielid aan dat de professionele zorgrelatie een negatieve invloed heeft op de persoonlijke of familiale band. Wel geven sommige arts-familieleden aan dat zij binnen de familie voornamelijk in hun persoonlijke rol worden benaderd en minder vanzelfsprekend als professional worden erkend, waardoor medische adviezen vaker in vraag worden gesteld. Dit contrasteert met andere ervaringen, waarbij familieleden net aangeven medische adviezen sneller en gemakkelijker te aanvaarden wanneer deze afkomstig zijn van een arts binnen de eigen familie dan van een andere zorgverlener.

Over de mogelijkheid om beide rollen gescheiden te houden, lopen de ervaringen van huisarts en familieleden duidelijk uiteen. Het merendeel van de artsen geeft aan dat zij het moeilijk vinden om in de praktijk de professionele en persoonlijke rol strikt te scheiden. Bijna alle artsen geven aan dat rolconflicten het meest aanwezig zijn bij ernstige diagnoses bij familieleden. Dit komt overeen met hetgeen arts 4 eerder beschrijft bij de diagnose van darmkanker bij haar vader. Zij geeft aan dat het ontvangen van zo'n diagnose bij een naaste in de eerste plaats gevoelens van rouw en medeleven oproept, terwijl er tegelijkertijd verwacht wordt dat de professionele rol wordt opgenomen en praktische en medische zaken verder worden geregeld.

Tegenstaande geeft één van de artsen ouder dan 60 jaar aan dat hij er in het algemeen goed in slaagt zijn professionele en familiale rol van elkaar te scheiden en hier doorgaans weinig moeilijkheden in ervaart. Toch kwam het rolconflict ook bij hem scherp naar voren in de zorg voor zijn zus met terminale longkanker. Hij beschrijft dat zij open kunnen spreken over euthanasie en dat al haar wensen omtrent het levenseinde voor hem duidelijk zijn. Tegelijk geeft hij aan dat hij het bijzonder moeilijk zou vinden de uitvoering op zich te nemen, zeker zolang zij nog relatief goed functioneert. Ondanks zijn professionele kennis botst dit met zijn rol als broer, wat leidt tot een uitgesproken moreel en emotioneel dilemma.

> *"Ik vind het wel heel moeilijk momenteel betreffende de terminale fase en levenseinde. Ik weet dat wanneer er nog een diagnose bijkomt of een operatie moet gebeuren dat ze dat niet meer gaat zien zitten en niet meer gaat willen. Ze spreekt ook actief over euthanasie in deze gevallen. Maar dat ga ik wel heel moeilijk vinden om euthanasie bij haar te doen wanneer ze echt nog goed is. Vooral puur wanneer ze verder niets meer van behandeling wil en ze liever kiest voor euthanasie. Dat ga ik zeer moeilijk vinden. Ik denk niet dat ik het zelf ga kunnen om dan euthanasie uit te voeren bij haar. Ook al weet ik dat dat haar wens is en dat ze het al meermaals heeft uitgesproken. Dat is een groot dilemma waar ik momenteel wel mee zit." – (Arts 5)*

Een uitspraak van arts 3 vat het ervaren rolconflict scherp samen en toont hoe het voortdurende 'aan staan' als professional botst met de behoefte om in bepaalde situaties gewoon familielid, vriend of kennis te zijn.

> *"Ik heb dikwijls het gevoel dat ik altijd huisarts ben. Als ik ergens ben, of op familiefeesten, of met mijn vrienden. Dan heb ik wel soms het gevoel dat je altijd huisarts moet zijn. Want dan kan altijd iemand een medische vraag stellen: wat denk jij daarvan? Wat zou dat nu zijn? En dat vind ik wel vervelend, dat je niet uit je rol kunt stappen." – (Arts 3)*

Slechts de minderheid van de familieleden erkent deze spanning. Één familielid gaf wel aan hier begrip voor te hebben, vanuit haar eigen ervaring als apotheker. Net die professionele achtergrond maakt dat zij het belang inziet van het proberen scheiden van de rollen en bewaken van duidelijke grenzen.

> *"Ik ben van opleiding apotheker, ik heb twaalf jaar in apotheek gewerkt, en in het begin, als ik zo bij vrienden of familie was: 'Kijk eens naar al mijn medicamenten, wat denk je er van?...' En dan denk ik van: mijn werk is één ding, maar het is niet de bedoeling dat als je vrienden of familie zit dat je opnieuw die kennis altijd moet bovenhalen. Ik vond dat niet altijd leuk als ze mij dergelijke vragen stelden of belden. Sommige mensen attackeren u voor alles en nog wat en dat vond ik echt niet leuk. Dus ik vind wel dat je dat moet aflijnen en ik probeer dat ook wel te doen voor mijn schoondochter." – (Familielid 3)*

Dit contrasteert met de overige familieleden, die aangaven dat zij een duidelijke en werkbare scheiding ervaren tussen de professionele en persoonlijke rol van hun huisarts-familielid.

Aanbevelingen

Alle familieleden ervaren de zorg die zij ontvangen van een arts binnen de familie als positief en zouden het ook aan iedereen aanraden om door een familielid behandeld te worden. Wanneer hen werd gevraagd welk advies zij beginnende artsen zouden meegeven, lagen de antwoorden vooral in het verlengde van het stellen en bewaken van duidelijke grenzen, zowel op praktisch, professioneel als persoonlijk vlak.

Enkele familieleden benadrukken het belang van het gescheiden houden van privéleven en werk en geven aan dat artsen gerust duidelijk mogen communiceren wanneer ze hun professionele rol niet wensen op te nemen.

> *"Als ik één raad zou geven, is het inderdaad aflijnen wat privé en medisch is. Om niet constant onder de druk te zitten: alle nonkels, tantes, schoonmoeder… komen hier elk feestje met allerlei medische klachten op tafel. Ik denk dat dat de kunst is om die balans in evenwicht te houden. En om misschien toch, als het nodig zou zijn, bij sommige te zeggen: Ik wil er wel over praten, maar liever nu niet. Op een beleefde manier. Ik zou dat zelf ook niet erg vinden, moest mijn schoondochter ooit zeggen van: 'vandaag zijn we hier nu samen voor iets anders, ik heb hier nu geen zin in'." – (Familielid 3)*

Daarnaast wordt het respecteren van het beroepsgeheim en het kennen van eigen grenzen als belangrijk ervaren voor het leveren van goede zorg, met bijzondere aandacht voor het tijdig doorverwijzen wanneer zorg te complex of belastend wordt.

Het merendeel van de familieleden adviseert om medische zorg voor familieleden zoveel mogelijk binnen de praktijk te laten plaatsvinden. Dit wordt gezien als een manier om de rol van arts en familielid duidelijker van elkaar te onderscheiden en om zorg formeler te laten verlopen. Binnen de interviews komt ook het advies naar voren om zorg binnen de familie te beperken tot eerstegraads familieleden, voornamelijk uit bezorgdheid en om het familielid te beschermen. Dit omdat ervaren wordt dat als de

familiale afstand groter wordt, de kans op inmenging, verhoogde verwachtingen en mogelijke verwijten toeneemt.

Hoewel familieleden de ontvangen zorg vrijwel unaniem als positief ervaren, tonen de interviews met artsen en hun adviezen een genuanceerder en voorzichtiger beeld. Artsen geven duidelijk aan dat geen van hen behoefte heeft aan gestructureerde richtlijnen over het behandelen van eigen familieleden. Enkele artsen geven wel aan dat het nuttig kan zijn om dergelijke richtlijnen te lezen en erover te reflecteren, maar geven dan toe dat ze ze in de praktijk waarschijnlijk niet zouden gebruiken.

De meningen over het al dan niet behandelen van familieleden lopen meer uiteen. Er komen zowel standpunten naar voren die pleiten voor het consequent behandelen van familieleden, als perspectieven die aanraden dit zo lang mogelijk te vermijden, vooral uit zelfbescherming. Dit laatste is vooral van toepassing bij een grote drempel die ervaren wordt bij het stopzetten van zorg bij familieleden. Ondanks deze verschillen komt bij alle artsen wel het belang van autonomie duidelijk naar voren: iedere arts moet zelf kunnen beslissen of, en in welke mate, hij of zij familieleden wil behandelen.

Wanneer we onze huisartsen vroegen om enkele adviezen voor beginnende artsen te formuleren, kwam voornamelijk naar voren: het bewaken van professionele grenzen en zorgvuldig omgaan met de dubbele rol als arts en familielid. Zo benadrukken zij het belang van duidelijke communicatie naar familieleden, kritische reflectie op eigen rol en objectiviteit én het tijdig doorverwijzen wanneer nodig. Daarnaast wordt ook door meerdere artsen geadviseerd om zorg te bespreken en waar mogelijk te delen met collega's binnen de praktijk. Het behandelen van familieleden in een formele praktijkcontext, met volledige documentatie en onderzoek, wordt sterk aanbevolen, net als het actief afbakenen van momenten waarop men niet in de professionele rol functioneert.

Thema 2: De invloed op zorgkwaliteit: een onderschatting

Er komen uit de interviews enkele knelpunten naar voren die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden. Wanneer de artsen wordt gevraagd of ze soms moeite ondervinden met het behouden van professionele objectiviteit, zegt de meerderheid hierin geen belemmeringen te ervaren. Ook de patiënten voelen zich steeds objectief beoordeeld. Bij verdere bevraging komen echter toch enkele onderliggende spanningen en moeilijkheden aan het licht.

Emotionele betrokkenheid

De emotionele betrokkenheid die artsen ervaren bij hechte familie kan het vermogen tot objectief klinisch redeneren ondermijnen. Verschillende artsen geven aan dat deze betrokkenheid kan leiden tot twijfels en onzekerheden bij medische besluitvorming. Daarnaast voelt men aan dat klachten bij familieleden sneller als ernstig of uitzonderlijk worden geïnterpreteerd. Arts 3 illustreert dit aan de hand van de rugpijn van haar schoonmoeder: waar een gewone patiënt na een consult vaak uit beeld verdwijnt, wordt zij als schoondochter vaak geconfronteerd met zichtbaar lijden bij haar schoonmoeder, wat de bezorgdheid als arts aanzienlijk versterkt. Bovendien beïnvloedt de emotionele toestand van de arts ook de reactie van de patiënt. Volgens arts 6 is het moeilijker om de eigen emoties bij ongerustheid voor familie te verbergen, en nemen zij deze onrust sneller over, wat kan leiden tot een escalatie van angst.

> *"Bij je eigen kind weet je moeilijk of je nu emotioneel of rationeel een beslissing maakt" – (Arts 2)*

De emotionele betrokkenheid kan zowel tot over- als onderbehandeling leiden. Verschillende artsen getuigen een restrictiever voorschrijfgedrag te hebben voor hun eigen kinderen. Zo startte arts 4 te laat antibiotica toen haar kind een pneumonie bleek te hebben, uit angst voor overbehandeling. Ook arts

1 herkent zich hierin en geeft toe wat harder te zijn voor zijn eigen kinderen, klachten te minimaliseren en zo soms te vluchtig af te handelen. Hij benadert zijn gezin weleens minder empathisch door bijvoorbeeld te zeggen dat ze zich “wat sterker moeten houden”. Zijn zoon bevestigt eveneens dat consultaties geregeld informeel en haastig verlopen, waardoor hij zich in bepaalde situaties minder prioritair voelt dan andere patiënten.

In palliatieve situaties merken we dat vooral artsen jonger dan 50 jaar sterker emotioneel betrokken zijn, terwijl meer ervaren artsen (ouder dan 60 jaar) hier beter afstand kunnen bewaren. Arts 1 (65 jaar) nuanceert dit door te stellen dat emotionele betrokkenheid niet zozeer persoonsgebonden is voor hem, maar sterk casusafhankelijk, en dat met toenemende leeftijd en ervaring een zekere emotionele afzwakking optreedt, ook in de zorg voor naaste familieleden.

Onvolledige evaluatie

Uit de interviews blijkt dat huisartsen bij familieleden vaak afwijken van het klassiek medisch consult. Dit uit zich in een onvolledige anamnese, een beperkt tot afwezig klinisch onderzoek en gebrekkige documentatie, wat de kwaliteit van de zorg mogelijks ondermijnt.

Er bestaat een duidelijke drempel om bij familieleden door te vragen naar persoonlijke of intieme klachten. Zo geeft arts 2 als voorbeeld liever niet op de hoogte te zijn van prostaatproblemen bij haar broer. Ook psychosociale problematiek wordt minder grondig geëxploreerd, hoewel een volledige anamnese essentieel is voor correcte diagnostiek. Bij alledaagse klachten blijft een uitgebreide anamnese vaak achterwege omdat huisartsen sneller concluderen dat het om een onschuldige aandoening gaat. Er worden ook sneller aannames gemaakt, vaak gebaseerd op voorkennis of de vertrouwensrelatie. Dit kan echter bijdragen aan het missen van alarmsymptomen of diagnoses.

> *“Ik ben geen goede huisarts voor mijn man, want ik onderzoek hem bijna nooit en hij komt eigenlijk ook nooit naar de praktijk. Dat gebeurt allemaal thuis, en ik denk dan te weten wat hij precies voelt.” – (Arts 3)*

Alle geïnterviewde huisartsen erkennen dat ze bij dichte familie doorgaans een minder grondig klinisch onderzoek uitvoeren. Eén van de artsen beschrijft dat ze haar man “bijna nooit” onderzoekt en aanneemt te weten wat hij precies voelt, waarbij zij zelf kritisch opmerkt op dat moment niet als een goede arts te handelen. Daarnaast geven meerdere artsen aan dat ze hun kinderen slechts beperkt of helemaal niet onderzoeken wanneer zij ziek zijn.

> *“Dat is eigenlijk ook het gevaar, dat men iets aan de zijlijn vraagt in de winkel of aan de feesttafel. Dan ga je daar ook niet op in want meestal zijn daar ook andere mensen bij, en zo heb je het risico dat je bepaalde dingen over het hoofd ziet. Je hebt ook je materiaal niet bij voor een goed onderzoek.” – (Arts 5)*

Dit citaat illustreert dat situaties die zich voordoen buiten de praktijkcontext, zoals familiefeesten, in winkels of bij sportactiviteiten, een correct consult bemoeilijken. Verschillende artsen erkennen dat zij in dergelijke situaties toch advies geven, ondanks het besef dat zij hun professionele rol niet optimaal kunnen uitvoeren, vaak ingegeven door verwachtingsdruk.

Verder wordt aangegeven dat medische adviesvragen steeds vaker via digitale communicatiekanalen, zoals berichten of telefoongesprekken, worden gesteld. Deze contacten verlopen meestal kort en zonder gestructureerde anamnese of klinisch onderzoek. Zo beschrijft arts 3 dat zij telefonisch advies gaf aan haar zus voor een hoestklacht en inhalatiemedicatie voorschreef zonder voorafgaand onderzoek. Dergelijke praktijken verhogen opnieuw het risico op het missen van onderliggende of ernstigere pathologie.

Wanneer familieleden echter effectief op consultatie komen in de praktijkruimte, verloopt het zorgproces doorgaans grondiger en meer gestructureerd. Niettemin geven de artsen aan dat ook in deze setting een zekere terughoudendheid kan blijven bestaan bij het bespreken of onderzoeken van gevoelige of intieme onderwerpen.

Onvoldoende documentatie

In aansluiting op bovenstaande, en zoals eerder beschreven, is er vaak sprake van gebrekkige medische documentatie bij naaste familieleden en consulten buiten de praktijkruimte. Hierdoor verhoogt het risico op het ontstaan van medische fouten. Als voorbeeld getuigt arts 6 dat zij het beleid van de huisarts van haar grootvader soms in vraag stelt en occasioneel ingrijpt. Dergelijke praktijken worden echter niet gedocumenteerd of gecommuniceerd, met als gevolg dat er een risico ontstaat op verlies van continuïteit van zorg.

Bedreiging van het beroepsgeheim

Uit de interviews blijkt dat er op een respectvolle manier omgegaan wordt met het beroepsgeheim. Alle artsen geven aan het beroepsgeheim strikt te respecteren, waarbij de meerderheid enkel informatie deelt wanneer de familieleden daar zelf openlijk over communiceren. Tegelijkertijd benoemen sommige artsen opnieuw het spanningsveld tussen de professionele en familiale rol. Zo kan het als onaangenaam worden ervaren wanneer medische aangelegenheden in familiaal gezelschap worden besproken in aanwezigheid van de arts. Het beroepsgeheim wordt dus als essentieel beschouwd, maar kan in familiale context onder druk komen te staan. Als voorbeeld weigerde arts 3 zorgverlening aan een ex-schoonbroer uit vrees het beroepsgeheim niet te kunnen waarborgen.

Thema 3: Patiënten zien alleen maar voordelen

Naast meerdere uitdagingen zijn er ook voordelen verbonden aan het hebben van een therapeutische relatie met een familielid. Dit hoofdthema gaat hier dieper op in. Opmerkelijk is dat er systematisch meer voordelen gerapporteerd worden door de familieleden in vergelijking met de geïnterviewde artsen. De voordelen die beschreven worden, zijn hoofdzakelijk in functie van het familielid, en minder in functie van de arts zelf. Enkel bij de oudere artsen leken de voordelen op te wegen tegenover de nadelen.

Categorie	Aspect
Voordelen	Gemak (o.a. toegankelijkheid, tijdswinst)
	Comfort
	Betrouwbaarheid
	Autonomie
	Financieel voordeel
	Emotionele steun
	Open communicatie
	Beste health advocate

Tabel 8: gerapporteerde voordelen voor familieleden

Gemak

Een eerste voordeel dat alle geïnterviewde familieleden aanhalen, is het gemak. De toegankelijkheid wordt daarbij gezien als een belangrijke drempelverlagende factor om te kiezen voor het arts-familielid als vaste huisarts. Vaak omdat zij in hetzelfde dorp of huishouden wonen en hierdoor gemakkelijker bereikbaar zijn, ook buiten de reguliere werkuren.

Een ander aspect dat de keuze vanuit gemak ondersteunt, is tijdswinst. Meerdere geïnterviewden geven aan dat de aanwezigheid van rechtstreeks contact (privé-gsm-nummer, WhatsApp-groep…) zorgt

voor de mogelijkheid tot snel advies en snelle zorg. Familielid 1 geeft aan dat hij het handig vindt dat er steeds medicatie in huis aanwezig is, zodat hij snel geholpen kan worden. Bovendien vertelt familielid 6 dat zij algemeen een lage drempel ervaart en bij de minste twijfel sneller haar dochter zou bellen of een afspraak zou maken dan wanneer zij daarvoor een andere, onafhankelijke arts zou moeten contacteren.

> *"Ik durf ook gemakkelijker bij de dokter te gaan, de drempel is lager voor mij." – (Familielid 6)*

Ook kortere wachttijden voor de patiënt wordt als voordeel genoemd. Daarbij geven artsen aan dat zij zowel eigen familieleden voorrang geven in hun eigen agenda, als sneller een afspraak kunnen regelen bij een specialist.

> *"Dat ik haar altijd kan bereiken, ook als ze geen consultaties heeft, is een groot voordeel. Ik mag ze altijd bellen, maar ik doe dat zo min mogelijk, ik tracht dat te plannen tijdens de werkweek zodat ik ze niet hoef te storen in het weekend." – (Familielid 2)*

Comfort

Het merendeel van de familieleden geeft aan zich comfortabel te voelen tijdens de zorg, wat zij toeschrijven aan het grote wederzijdse vertrouwen. Ze benadrukken daarbij dat zij alles kunnen bespreken en geen schaamte ervaren.

Betrouwbaarheid

Uit de interviews komt eveneens naar voren dat sommige patiënten een groter vertrouwen hebben in een familielid als arts, vergeleken met een niet-verwante arts. Zo beschrijft familielid 6 niemand meer te vertrouwen dan haar eigen dochter. Ook voor het gekoppeld arts-familielid blijkt dit een voordeel: door de uitgebreide kennis over persoonlijke en medische voorgeschiedenis, ervaart zij dat het gemakkelijker is om medische vragen in te schatten. Tegelijkertijd zijn de ervaringen niet eenduidig: andere familieleden geven aan geen verschil in vertrouwen te ervaren tussen hun familielid-arts en een andere arts met wie zij eveneens een langdurige vertrouwensrelatie hebben opgebouwd. Daarnaast benadrukte een deel van de respondenten dat vertrouwen groeit naarmate men iemand langer kent: een langdurige zorgrelatie versterkt het vertrouwen.

Financieel voordeel

Een financieel voordeel blijkt voor alle geïnterviewde familieleden te gelden. Geen van hen geeft aan te moeten betalen voor een consultatie bij hun arts-familielid. De artsen rekenen de consultaties wel aan bij de mutualiteit, maar het remgeld laten ze voor het familielid wegvallen. De minderheid van de geïnterviewde artsen maakt hierbij een onderscheid naargelang de graad van verwantschap. Eén van hen laat het remgeld enkel wegvallen voor eerstegraads familieleden, terwijl de andere pas een vergoeding aanrekent vanaf familieleden in de derde graad.

Emotionele steun

Hoewel sommige artsen aangeven dat het behandelen van familieleden een grote emotionele belasting kan vormen, geven patiënten daarentegen aan dat zij net veel emotionele steun ervaren van hun arts-familielid. Zo komt in interview 6 aan bod dat de combinatie van een familiale band en medische expertise kan zorgen voor een bijzonder sterke emotionele ondersteuning tijdens ziekte en in de palliatieve fase.

> *"Op het einde als mijn man heel ziek was, heeft hij ons veel geholpen. Hij is een grote steun geweest ook voor mij toen. Hij was er ook bij op het moment dat hij gestorven is. Ik ben blij dat ik dat met mijn broer heb kunnen beleven en niet met een meer onbekende arts." – (Familielid 5)*

Open communicatie en autonomie

Vrijwel alle participanten geven aan open te kunnen communiceren, zowel arts als familielid. In interview 3 komt mooi naar boven dat beide partijen eerlijk en zonder druk zaken kunnen zeggen en dat er steeds ruimte is voor *shared decision making*. Familielid 4 geeft aan dat zij net meer durft te zeggen dan bij een meer onbekende huisarts.

Thema 4: De arts als best health advocate: een privilege of een valkuil?

Betekenis

Een health advocate is iemand die de gezondheid van een ander bevordert, met als doel ziekte te voorkomen, iemand die opkomt voor de belangen van een patiënt binnen de gezondheidszorg (– één van de zeven CanMEDS-rollen van een huisarts). Als arts van een familielid kan je ook een best health advocate zijn; iemand die alle mogelijke inspanningen doet zodat de patiënt de best mogelijke zorg krijgt. Door de persoonlijke kennis van de patiënt kan een arts-familielid op deze manier de beste gepersonaliseerde zorg bieden.

Voortbouwend uit de opsommingen van de voordelen, kwam dit hoofdthema tot stand. Bij nadere uitwerking werd duidelijk dat dit thema veel meer is dan louter een voordeel. Dit thema legt een dunne grens bloot tussen het 'goed doen' en mogelijk nét te veel doen, waardoor er mogelijks onbedoeld schade kan ontstaan. Anderzijds bestaat er ook een dunne grens tussen onder- en overbehandeling; waarbij sommige artsen aangeven bij familieleden aanvankelijk sneller gerustgesteld te zijn en sneller te denken *'het zal wel niets zijn'* - tot het moment waarop de alarmbellen afgaan of de klachten blijven aanhouden. Het risico bestaat dan dat men in overdrive gaat en te veel wil doen: alles willen uitsluiten of koste wat het kost de diagnose proberen stellen. Dit illustreert opnieuw de delicate balans die artsen moeten bewaken wanneer zij hun naasten behandelen.

> *"Ik denk dat je een betere huisarts bent voor je familieleden omdat je veel verder zou gaan, omdat je alles veel sneller geregeld krijgt, snellere opvolging… Ik denk dat het ook wel een voordeel kan zijn dat je ze beter kent. … Maar soms ga je er gewoon te ver in waardoor je ook geen goede huisarts bent. Het is een fijne grens van over- en onderbehandeling." – (Arts 3)*

Toch blijkt uit de interviews dat het vinden van die grens niet altijd even gemakkelijk is. Vrijwel alle geïnterviewde huisartsen geven aan meer inspanningen te doen wanneer het gaat om een familielid.

Samenwerken en verwijzen

Alle geïnterviewde artsen, uitgenomen 1 arts, werken of hebben gewerkt in een groepspraktijk. Vrijwel iedereen gaf aan dat het behandelen van familieleden wordt vergemakkelijkt wanneer je in een groepspraktijk werkt, in vergelijking met een solopraktijk. Zo ervaren zij dat de drempel voor het vragen van een second opinion bij collega's lager ligt. Daarentegen stellen sommigen dat ze dit voor andere patiënten evengoed zouden doen wanneer er twijfel bestaat over een diagnose of behandelstrategie, ongeacht of het om familie gaat of niet. Arts 1 merkt op dat hij voor kleine, alledaagse problemen geen overleg pleegt, maar enkel bij complexere zaken waarbij twijfel bestaat. Arts 4 daarentegen geeft aan dat zij ook bij kleinere problemen sneller overleg zal hebben met een collega wanneer het om haar kinderen of partner gaat. Bovendien verwijst zij ook sneller door naar één van haar collega's binnen de praktijk wanneer ze merkt dat haar objectiviteit in het gedrang komt. In meerdere interviews wordt benadrukt dat, wanneer het arts-familielid met verlof is of ziek wordt, de zorg gemakkelijker kan worden overgedragen aan een collega. Zo wordt voorkomen dat men tijdens verlof of ziekte voortdurend wordt gestoord door familieleden die medische vragen hebben.

De geïnterviewde artsen rapporteren dat er een intensievere samenwerking is met de 2e lijn wanneer het gaat om een familielid. De meeste zeggen dat zij dit doen om volledig op de hoogte te blijven van

de behandeling en zo alle relevante informatie te verzamelen, waardoor zij betere zorg kunnen bieden aan hun familielid. Anderen doen het dan weer om snel informatie in te winnen, voornamelijk bij disciplines met lange wachttijden. Daarnaast wordt er ook door enkele artsen aangegeven dat er sneller een bevriende specialist wordt geraadpleegd wanneer het om familie gaat dan bij een niet-familielid.

> *"Zo heb ik bijvoorbeeld meegemaakt dat het kindje van mijn schoonzus een snijwonde in het aangezicht had en ik heb dan een bevriende plastische chirurg een berichtje gestuurd. Die kon daar dan meteen terecht, waardoor dat heel mooi gehecht is geweest." – (Arts 3)*

De helft van de geïnterviewde artsen vermeldt bij twijfel sneller een kinderarts te consulteren voor medische zorgen bij hun eigen kinderen. Arts 2 merkt op dat zij de zorg voor haar eigen kind sneller uit handen geeft aan een kinderarts dan zij dat bij andere patiëntjes zou doen.

Bovendien geven artsen ook aan dat bij complexe pathologieën de medische zorg van een familielid vaker en sneller wordt overgedragen aan de tweede lijn. De follow-up blijft weliswaar bij hen als huisarts, maar de beslissingen worden in dat geval door de specialist genomen.

Extra inspanningen

Artsen vermelden dat zij extra inspanningen leveren en sneller overleg plegen wanneer het om familieleden gaat. Sommigen gaan ook mee op consultatie bij de specialist. Het voordeel hiervan is dat de complexe medische uitleg van de specialist beter begrepen kan worden en indien nodig vertaald kan worden naar een begrijpelijke uitleg voor de patiënt, waardoor een betere overwogen keuze met betrekking de therapie kan gemaakt worden. Daarnaast kan de arts de nodige bijkomende vragen stellen en het familielid emotioneel bijstaan.

De meeste artsen geven aan dat zij deze extra inspanningen leveren omdat zij zich minder snel gerustgesteld voelen wanneer het om familieleden gaat. Bij de minste alarmsignalen worden alle mogelijke middelen ingezet. Het probleem wordt dan vaak intensiever benaderd, met een grondigere anamnese en een diepgaandere bevraging van de klachten. Vanuit de wens om het écht goed te doen, proberen zij net dat tikkeltje meer te doen om tot de best mogelijke oplossing te komen.

> *"Bijvoorbeeld voor mijn kleindochter, ze doet hockey en is geopereerd aan beide knieën. Dan ben ik mee geweest bij de orthopedist om te vragen: hoe zit dat hier en wat ga jij doen? Wat is het beste? Niet dat ik dat beter weet, maar we kunnen daardoor wel beter weten wat er gaat gebeuren en welke optie we best kiezen." – (Arts 5)*

Toch geven sommige artsen aan dat zij ook bij andere patiënten zoveel mogelijk gelijkwaardige zorg proberen te bieden. Dit is niet altijd even gemakkelijk: het is niet haalbaar om met alle patiënten mee te gaan naar de specialist, en dergelijke extra inspanningen worden meestal enkel geleverd voor familieleden. Arts 6 geeft aan dat hij dit soms ook doet voor patiënten die geen familie zijn.

Bescherming tegen andere artsen hun medische fouten

Soms kiezen artsen er sneller voor om familieleden zelf te behandelen, uit bezorgdheid voor mogelijke medische fouten door andere artsen. Enkele artsen gaven aan het moeilijk te vinden de verantwoordelijkheid los te laten wanneer een familielid door een andere huisarts wordt opgevolgd, bijvoorbeeld wanneer het probleem niet ernstig genoeg wordt genomen of onvoldoende grondig wordt uitgepluisd. In dergelijke situaties nemen zij de zorg alsnog over of geven zij advies, ook wanneer het familielid geen vaste patiënt is.

Overbehandeling

Al deze extra kennis en inspanningen zijn nauw verbonden met een belangrijke valkuil van de rol van 'best health advocate', namelijk het risico op overbehandeling. Problemen en klachten worden in deze context soms sneller geïnterpreteerd als alarmsignalen, waardoor uitgebreidere diagnostiek wordt ingezet om alle binnencirkel diagnoses zo goed mogelijk uit te sluiten, terwijl dit in andere gevallen eerder als waakvlamdiagnose wordt behouden. Uit de interviews van de artsen blijkt dat dit voornamelijk kan wijzen op een verlies aan objectiviteit, mogelijk ingegeven door de angst om fouten te maken of om iets over het hoofd te zien.

Enkele artsen gaven aan dat zij bij familieleden sneller overgaan tot aanvullende onderzoeken zoals beeldvorming, gastroscopie etc. en dat ze hen sneller doorsturen naar de spoedgevallendienst of specialist bij een "niet-pluis" gevoel. De drempel om verder onderzoek te doen ligt lager, om volledig zeker te zijn dat er niets wordt gemist. Voornamelijk de jonge artsen voelen zich minder snel gerustgesteld bij familieleden dan bij andere patiënten en schakelen sneller over naar een soort 'overdrive-modus' wanneer alarmsymptomen aanwezig zijn. Oudere artsen gaven dan weer aan dit beter onder controle te hebben. Zo vertelt arts 6 dat ze bij haar moeder initieel dacht aan een virale infectie wanneer ze zich aanmeldde met geur- en smaakverlies. Echter toen er refluxklachten bijkwamen met nadien moeite met eten en vermagering, deed dit de alarmbellen afgaan en leidde dit tot uitgebreid onderzoek, uit angst voor iets ernstigs. Uiteindelijk bleek het een bijwerking van een medicijn te zijn.

> *"… en dan komt het punt dat je denkt. F***, ik ben hier iets over het hoofd aan het zien. En dan ga je zo in je overdrivemodus. Een gastroscopie, een CT abdomen en van alles laten doen. Want je denkt dat gaat hier misschien een maagtumor zijn." – (Arts 6)*

Arts 3 gaf aan dat ze sneller onderzoeken doet bij het geïnterviewde familielid aangezien zijn een oncologische voorgeschiedenis heeft, waarbij de angst om iets te missen extra meespeelt.

> *"Mijn schoonmoeder klaagt heel weinig, maar soms heeft die dan iets waar ze zo langer over klaagt, dat ik eigenlijk niet kan objectiveren wat dat is. Ze heeft natuurlijk al een borstkanker en MALT-lymfoom gehad. Dus ik ben altijd bedacht of er geen metastasen zouden zitten. Ik doe bij haar echt veel sneller onderzoeken, die is echt al binnenste buiten gekeerd. Maar ik voel mij dan ook veel geruster als dat gebeurd is." - (Arts 3)*

In enkele interviews wordt benadrukt dat een arts zijn of haar eigen grenzen dient te bewaken. Wanneer een arts zich niet langer voldoende zeker voelt om iemand objectief te beoordelen en adequaat te behandelen, is het aangewezen om de zorg aan iemand anders over te dragen. Dit is de grens waarop risico op overbehandeling ontstaat door te ver te gaan, en men de rol als huisarts niet meer op verantwoorde wijze kan vervullen voor deze patiënt.

> *"Als het serieuze dingen zijn moet je kunnen zeggen: hier ben ik dochter, of zus. Ik kan wel meegaan om advies te geven en het medisch jargon wat te vertalen. Maar om echt beslissingen te nemen moet je denk ik beslissen om hiervan afstand te doen en een andere rol aan te nemen. (…) Daar moet je voor jezelf wel eerlijk in zijn: heb ik het gevoel dat ik in de ene of de andere richting overdrijf? Ga dan maar eens bij iemand anders. (…) Als er iets ernstig is wil je wel van nabij opvolgen maar niet meer als behandelaar." – (Arts 2)*

4. Discussie

Deze studie onderzocht hoe huisartsen het behandelen van familieleden beleven en hoe familieleden deze zorgrelatie zelf ervaren. Via een thematische analyse volgens Braun & Clarke werden vier centrale thema's geïdentificeerd: professionele grenzen, de invloed op zorgkwaliteit, het uitgesproken voordeelperspectief van de patiënten, en de rol van de arts als "best health advocate".

De bevindingen tonen een duidelijke asymmetrie: waar familieleden voornamelijk voordelen ervaren, formuleren huisartsen meer ambivalentie en reflectie rond rolconflict en objectiviteit. Het behandelen van familieleden blijkt daarmee geen eenduidig positieve of negatieve praktijk, maar een dynamische onderhandeling tussen professionele en persoonlijke grenzen. In wat volgt worden deze spanningsvelden verder geduid binnen bestaande literatuur en worden eveneens de klinische implicaties besproken.

4.1 Tussen richtlijnen en realiteit

Een opvallende bevinding van deze studie is dat alle geïnterviewde huisartsen aangeven meerdere eigen familieleden te behandelen. Hoewel dit deels samenhangt met het feit dat de deelnemers werden gerekruteerd op basis van hun ervaring met het behandelen van familieleden, blijft het opmerkelijk dat geen van hen aangeeft hier principiële bezwaren tegen te hebben. Dit staat in contrast met bestaande internationale richtlijnen, waarin het behandelen van familieleden doorgaans wordt afgeraden, behalve in noodsituaties. In verschillende landen wordt terughoudendheid geadviseerd vanwege mogelijke nadelen, zoals rolvermenging en verlies van objectiviteit. Echter hanteert de Orde der Artsen in België een minder restrictieve benadering: zij geven enkele aanbevelingen, maar de beslissing wordt expliciet bij de arts zelf gelegd, mits naleving van deontologische normen [29]. Hoewel de artsen in onze studie zich bewust zijn van deze mogelijke risico's, kiezen zij er in de praktijk toch voor om zorg te verlenen aan familieleden. Deze bevindingen wijzen op een duidelijke discrepantie tussen de aanbevelingen in de literatuur en het daadwerkelijke handelen van artsen in de dagelijkse praktijk.

Deze studie beoogde de mogelijke risico's in kaart te brengen. Het risico op verlies van objectiviteit tijdens de behandeling van familieleden vormt een van de belangrijkste factoren die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden. In lijn met de bevindingen van Chen et al. (2001) laat ook deze studie zien dat emotionele betrokkenheid bij een ziek familielid het klinisch redeneren kan vertroebelen [20]. Vanuit de wens om het familielid zo goed mogelijk te ondersteunen of te behandelen, kunnen twijfels en onzekerheden ontstaan. Wanneer de emotionele component sterker doorweegt, kunnen professionele grenzen vervagen en wordt kritisch redeneren uitdagender. Tegelijkertijd geven de geïnterviewde artsen aan dat zij bij milde klachten eerder geneigd zijn te minimaliseren, wat net onderbehandeling kan veroorzaken. Terwijl zij in complexere gevallen soms neigen tot overbehandeling uit vrees iets te missen.

Deze neiging tot overbehandeling bij familieleden weerspiegelt het concept van de "best health advocate" zoals beschreven door Beigel et al. (2023), waarbij artsen hun naasten optimale, gepersonaliseerde zorg bieden [13]. Vrijwel alle artsen geven in de interviews aan een voorkeursbehandeling te geven aan familieleden (o.a. sneller overleggen, kortere wachttijden, meegaan naar de specialist…), wat mogelijks resulteert in een hogere kwaliteit van zorg. Artsen lijken deze extra inspanningen deels te ondernemen vanuit betrokkenheid en zorg voor hun naasten. Daarnaast geven sommige deelnemers aan dat zij zich bij familieleden minder snel gerustgesteld voelen en meer angst hebben om fouten te maken, waardoor zelfs bij minimale alarmsymptomen vaak een uitgebreid diagnostisch traject wordt gestart om hoe dan ook de diagnose te stellen.

Hoewel dit aspect in de literatuur vaak als een voordeel wordt beschreven, blijkt nu dat het ook een belangrijk risico op overbehandeling met zich meebrengt. Artsen kunnen vanuit hun sterke betrokkenheid soms geneigd zijn om in “overdrive” te gaan, waardoor onnodige onderzoeken of behandelingen worden ingesteld. Paradoxaal genoeg kan de intentie om het beste te doen voor een familielid hierdoor onbedoeld leiden tot mogelijke schade (zoals overmatige blootstelling aan straling, onnodig gebruik van antibiotica…). Deze dynamiek vertrekt vaak vanuit een verlies aan objectiviteit, angst om fouten te maken of iets over het hoofd te zien, en het sterke verlangen om alles correct te doen voor iemand met wie men een nauwe relationele band heeft. Deze valkuil wordt eveneens beschreven in de studie van Ooi K. (2018) [24].

Bovendien blijkt uit voorgaand literatuuronderzoek dat het risico op fouten hoger is bij het behandelen van familieleden dan bij onafhankelijke patiënten [2]. Dit hangt samen met het afwijken van de klassieke consultstructuur. Zo blijft de anamnese soms onvolledig omdat artsen vertrouwen op hun voorkennis over het familielid. Ook kan het klinisch onderzoek beperkt of zelfs afwezig zijn, bijvoorbeeld wanneer advies buiten de praktijk of via digitale kanalen wordt gegeven. Daarnaast tonen deze bevindingen (in lijn met Matsunaga et al. (2022)), dat gevoelige onderwerpen bij familieleden vaker onbesproken blijven, intieme onderzoeken vaak uitblijven en psychosociale klachten minder snel worden besproken [5]. In dergelijke situaties wordt het voor de arts moeilijk om de professionele rol optimaal te vervullen. Deze studie bevestigt dat artsen zich bewust zijn van deze valkuilen, maar moeite hebben met het stellen van duidelijke grenzen; door verwachtingsdruk en de wens om te helpen, geven ze toch vaak advies.

Bovendien kan een verminderde zorgkwaliteit samenhangen met gebrekkige documentatie. Dit onderzoek laat zien dat vooral informele zorgmomenten, zoals kleine consulten of contacten buiten de praktijkruimte, vaak niet worden vastgelegd. Hierdoor kan belangrijke informatie voor verdere opvolging verloren gaan, wat het risico op fouten vergroot. Mücke et al. (2022) wijzen bovendien op een extra risico wanneer het arts-familielid niet de GMD-houdende arts is [4]. Zo kunnen niet-gedocumenteerde contacten leiden tot hiaten in het medisch dossier, waardoor de continuïteit van zorg op lange termijn kan verstoren en kwaliteitsproblemen kunnen ontstaan. Deze implicatie kon echter niet onderzocht worden, omdat elke deelnemende arts tevens de GMD houdende arts van het betrokken familielid was.

De bevindingen onderstrepen het belang van bewustzijn rond deze uitdagingen en van een evenwichtige omgang hiermee in de praktijk. Het is daarbij essentieel dat artsen hun eigen grenzen kennen en deze duidelijk communiceren naar familieleden om optimale zorg te waarborgen. Wanneer emoties de rationele besluitvorming dreigen te overschaduwen en de grens van objectiviteit wordt overschreden, kan het aangewezen zijn om de zorg over te dragen aan een collega. Het bewaken van deze delicate balans vormt een belangrijke professionele uitdaging, waarbij artsen hun eigen grens moeten leren kennen tussen adequaat handelen en mogelijk te ver gaan in de zorgverlening.

Daarnaast suggereren de resultaten dat artsen zelf grenzen stellen om de kwaliteit van zorg voor hun naasten te waarborgen; bijvoorbeeld door contacten systematisch te documenteren, behandelingen van familieleden binnen de praktijkruimte te laten plaatsvinden en enkel in urgente gevallen hiervan af te wijken. Op die manier kan de structuur van een klassiek klinisch consult worden gevolgd, met ruimte voor een volledige anamnese en klinisch onderzoek, wat het risico op fouten helpt minimaliseren. Korte medische adviezen buiten werktijd, zoals voorschriften of korte vragen, blijven echter moeilijk volledig te vermijden. Opmerkelijk is dat de aanbevelingen van de deelnemers sterk overeenkomen met de adviezen geformuleerd door de Orde der Artsen [29]. Tegelijkertijd blijven gehanteerde begrippen zoals “naaste familie” of “noodsituaties” vaak onvoldoende scherp gedefinieerd, wat het stellen van duidelijke en veilige grenzen bemoeilijkt.

De discrepantie tussen de eerder restrictieve internationale richtlijnen en de unanieme bereidheid van artsen in deze studie roept vragen op over de haalbaarheid van een algemeen verbod op behandelen van familieleden. De literatuur toont aan dat het ingaan op medische verzoeken van familieleden eerder regel dan uitzondering is [1-4]. Een absoluut verbod lijkt dan ook moeilijk verenigbaar met de realiteit van eerstelijnszorg, waar toegankelijkheid, vertrouwensrelaties en familiale betrokkenheid een belangrijke rol spelen. Ook deze studie is in lijn met bovenstaande bevindingen. Echter dienen deze resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, aangezien het om een kwalitatieve studie gaat en onze gerichte rekrutering gebaseerd was op het behandelen van familieleden. Hierdoor kunnen de bevindingen niet statistisch worden geëxtrapoleerd naar de volledige populatie zorgverleners.

De bevindingen pleiten daarom niet voor het onvoorwaardelijk normaliseren van deze praktijk, maar eerder voor een genuanceerde benadering waarin professionele autonomie wordt gecombineerd met duidelijke deontologische kaders. Net zoals artsen de autonomie hebben om een zorgrelatie te weigeren, lijkt het verdedigbaar dat zij ook de ruimte behouden om een familielid te behandelen. In dat opzicht sluit een adviserend kader, zoals gehanteerd door de Orde der Artsen, nauwer aan bij de klinische realiteit dan een strikt verbod.

4.2 Het perspectief van patiënten

Voor het eerst werd in deze context expliciet aandacht besteed aan het perspectief van patiënten. Waar eerder onderzoek zich voornamelijk richtte op de ervaringen van artsen, biedt deze studie inzicht in hoe patiënten zorg ervaren wanneer die wordt verleend door een familielid dat arts is. De voordelen die in deze studie worden gerapporteerd situeren zich voornamelijk op het niveau van de familieleden en in veel mindere mate bij de arts zelf. Hoewel deze grotendeels aansluiten bij waarnemingen uit de literatuur, dragen zij bij tot verdere nuancering van bestaande inzichten en brengen zij tevens nieuwe bevindingen aan het licht.

Er heerst een sterk vertrouwen in de medische competenties van het arts-familielid, wat ook reeds werd aangetoond in twee eerdere studies van Kling S. (2015) en Mücke et al. (2022) [16,4]. De patiënten geven aan zich goed begrepen te voelen en ervaren een sterk vertrouwen in de expertise van hun familielid-arts. Sommige patiënten merken echter op dat een vergelijkbaar vertrouwen ook kan groeien in een langdurige behandelrelatie met een onafhankelijke arts, waardoor deze vertrouwensband niet noodzakelijk uniek hoeft te zijn voor de familiale context. Daarnaast worden de gekende praktische voordelen frequent vernoemd, waaronder een verhoogde toegankelijkheid en snellere zorgverlening. De financiële voordelen zoals beschreven in de literatuur komen in dit onderzoek niet naar boven. Dit is mogelijks te wijten aan de organisatie van het gezondheidszorgsysteem in België waarbij alle patiënten slechts een lage som remgeld betalen bij de huisarts.

Deze studie brengt nog twee bijkomende bevindingen aan het licht, welke nog niet expliciet werden beschreven in de geraadpleegde literatuur. Naast de vertrouwdheid wordt er namelijk ook frequent verwezen naar het gevoel van comfort; de familiale band creëert een sfeer van veiligheid, waardoor patiënten zich meer op hun gemak voelen dan in een klassieke arts-patiëntrelatie. Daarnaast blijkt eveneens de emotionele steun die een arts-familielid kan bieden van grote meerwaarde. Deze emotionele nabijheid wordt door familieleden als ondersteunend en geruststellend ervaren en draagt bij aan hun algemene tevredenheid over de ontvangen zorg. Dit contrasteert met de bevinding dat gevoelige onderwerpen (zoals psychosociale, persoonlijke en intieme klachten) net minder bespreekbaar zijn.

Opvallend is echter de discrepantie tussen de beleving van patiënten en die van artsen. Door de combinatie van professionele en familiale rollen ervaren artsen vaak spanningen en gevoelens van ongemak. Dit rolconflict manifesteert zich vooral in situaties met complexe of ernstige diagnoses, waar de emotionele en professionele verwachtingen het sterkst samenkomen. In lijn met de bevindingen van Chen et al. (2001) toont ook deze studie aan dat een volledige scheiding tussen beide rollen in de praktijk vrijwel onmogelijk is [20]. Uit de interviews blijkt dat artsen hun professionele rol niet eenvoudig kunnen “uitschakelen”, zelfs niet in situaties waarin zij voornamelijk als familielid aanwezig willen zijn en emotionele steun wensen te bieden. Moskop JC. (2018) beschrijft dat artsen hierbij niet noodzakelijk moeten kiezen tussen een strikt professionele of familiale rol [21]. Tussenposities, zoals medisch adviseur (second opinion) of communicator bieden de mogelijkheid om vanuit de zijlijn betrokken te blijven, medische kennis in te zetten en familieleden te ondersteunen bij het maken van geïnformeerde keuzes zonder de volledige behandelaarsrol op te nemen. Tegelijk vraagt zo’n positie om voorzichtigheid: het risico bestaat dat men onbedoeld toch invloed uitoefent op het beleid van collega-artsen, wat de zorgverlening net kan compliceren.

Wanneer patiënten echter de zorg door hun familielid als vanzelfsprekend beschouwen, kan het voor artsen bijgevolg moeilijk zijn om grenzen te stellen of een verzoek te weigeren. Dit gaat niet enkel over de inhoud van de medische zorg, maar ook over het gevoel permanent beschikbaar te moeten zijn. In dergelijke situaties vergt het een zekere mate van assertiviteit om grenzen te stellen en “nee” te durven zeggen. Dit benadrukt opnieuw de persoonlijke aard van deze ervaring: elke arts zal afhankelijk van situatie, ervaring en persoonlijkheid hier een andere grens stellen en andere keuzes maken.

Ondanks het feit dat artsen dit rolconflict regelmatig ervaren, herkennen familieleden dit spanningsveld nauwelijks. Zij hebben doorgaans de indruk dat arts-familieleden hun professionele en persoonlijke rollen goed kunnen scheiden. Tegelijk gaven enkele familieleden wel aan dat zij het volledig aanvaardbaar zouden vinden wanneer hun arts-familielid er in bepaalde situaties expliciet zou voor kiezen om de professionele rol niet op te nemen en zich in plaats daarvan te beperken tot familiale en emotionele steun. Het contrast tussen de interne beleving van artsen en de perceptie van familieleden vormt een opmerkelijke bevinding en wijst op een onderbelichte dimensie van rolbeleving binnen familiale zorgrelaties.

Toch rapporteren artsen over het algemeen een hoge tevredenheid over de zorgverlening, wat aansluit bij de bevindingen van Matsunaga et al. (2022), die stellen dat ongeveer 90% van de artsen tevreden is over de zorg die zij aan familieleden bieden [5]. Dit contrasteert enigszins met studies van La Puma (1991) en Amran et al. (2021), waarin meer terughoudendheid of weigering van zorg wordt beschreven [1,3]. De huidige resultaten suggereren echter dat, ondanks mogelijke ethische en professionele spanningen, veel artsen de ervaring van zorgverlening binnen de familiecontext uiteindelijk als positief evalueren. Deze verschillen benadrukken de complexiteit van zorgverlening aan familieleden, waarin professionele normen en familiale betrokkenheid elkaar voortdurend beïnvloeden.

4.3 Contextuele verschillen

In de bestaande literatuur wordt geen duidelijke consensus gevonden over verschillen tussen jonge en ervaren artsen in hun omgang met medische verzoeken van familieleden. Echter suggereert deze studie wel een generatiegebonden verschil in benadering. In lijn met de bevindingen van Giroldi et al. (2018), die aangeven dat jongere artsen meer moeite ervaren met het scheiden van professionele en persoonlijke rollen, valt nu ook op dat jongere artsen deze spanning expliciet benoemen [9]. Tegelijk gaan zij hier bewuster mee om, stellen ze vaker duidelijke grenzen en verwijzen ze sneller door naar collega-huisartsen, vooral bij complexere of emotioneel beladen problematiek.

De artsen ouder dan 60 jaar daarentegen gaven aan minder nood te ervaren aan een strikte scheiding tussen beide rollen en beschouwden het behandelen van familieleden eerder als een vanzelfsprekend onderdeel van hun praktijk. In hun beschrijvingen verliep de zorg bovendien vaker informeler, met minder uitgesproken afbakening tussen professionele en familiale interacties. Zo gaf arts 5 (74 jaar) aan reeds palliatieve zorg te hebben toegediend aan een familielid, terwijl jongere collega's hier duidelijker een grens trekken. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de afbakening van wat als een 'oudere' arts wordt beschouwd, varieert tussen studies. In onze studie werd een onderscheid gemaakt tussen artsen ouder dan 60 jaar en jongere collega's, terwijl in andere studies, zoals die van Giroldi et al. (2018), artsen reeds vanaf 49 jaar als 'senior' worden beschouwd en oudere leeftijdsgroepen vaak ondervertegenwoordigd zijn. Dit beperkt de directe vergelijkbaarheid, maar onderstreept tegelijk de meerwaarde van deze studie, die expliciet ook een oudere populatie omvat.

Deze verschillen lijken niet louter samen te hangen met klinische ervaring, maar mogelijk ook met een veranderde tijdsgeest. De artsen ouder dan 60 jaar verwijzen naar een periode met een beperkter aantal collega's en meer onderlinge concurrentie, waarin het behandelen van familieleden als vanzelfsprekend werd beschouwd en professionele grenzen minder strikt werden gehanteerd. Bovendien speelt de praktijkorganisatie ook een rol. De oudste artsen waren de enige solo-praktijkhouders, waardoor doorverwijzing naar een andere collega minder evident is. De jongere artsen daarentegen werkten allen in een groepspraktijk, waar laagdrempelig overleg en doorverwijzing mogelijk zijn. Dit werd door hen expliciet benoemd als een voordeel, aangezien het hen toelaat de zorg over te dragen wanneer zij merken dat hun professionele grenzen onder druk komen te staan. De organisatievorm van de praktijk lijkt aldus een belangrijke contextuele factor in hoe grenzen worden ervaren en bewaakt. Het toenemend aantal groepspraktijken kan ook bijdragen aan de verandering in visie over het behandelen van familieleden, samen met een bredere maatschappelijke evolutie waarin work-life balance en duidelijke rolafbakening meer nadruk krijgen.

Wat betreft een mogelijke evolutie in visie over tijd beschrijven Atalla et al. (2018) een algemene afname in het voorschrijven van medicatie en een kritischere houding ten aanzien van het behandelen van naasten [10]. Tijdens de interviews wordt een dergelijke verschuiving nauwelijks gerapporteerd. De meerderheid van de artsen geeft aan dat hun visie nagenoeg onveranderd is; slechts één arts geeft expliciet aan dat ze door de tijd in zag dat het behandelen van familieleden geen goed idee is. Deze beperkte verandering kan mogelijk verklaard worden door een combinatie van factoren, waaronder individuele professionele ervaringen, confrontatie met complexe of ingrijpende casussen, en een toenemende ethische bewustwording.

Over verschillen naar geslacht of type familielid kunnen op basis van deze studie geen uitspraken worden gedaan. De oudste deelnemers waren allen mannen en de steekproef liet geen systematische vergelijking toe. Evenmin werd een duidelijke voorkeur of verschil in benadering vastgesteld tussen eerste-, tweede- of aangetrouwde familieleden.

4.4 Sociaalpsychologische kaders

De bereidheid van artsen om familieleden te behandelen kan deels begrepen worden vanuit sociaalpsychologische mechanismen zoals beschreven door Scarff JR. (2013) namelijk wederkerigheid, verlangen naar goedkeuring, conformiteit en het affiniteitsprincipe. In de interviews beschouwen artsen hun zorg vaak als een vorm van dienstbaarheid, maar geven ze ook aan dat behandeling impliciet verwacht wordt [8]. Opvallend is dat wederkerigheid in beide richtingen speelt: familieleden kiezen bewust voor hun verwante arts, soms uit trots of loyaliteit. De beslissing om familie te behandelen blijkt daarmee geen louter individuele keuze, eerder een relationeel proces, gedragen door wederzijdse verwachtingen.

Het principialisme, zoals toegepast door Geiderman et al. (2019) en Hutchinson et al. (2019), biedt een bruikbaar kader om deze dynamiek te duiden [14,25]. De vier principes (weldoen, niet-schaden, autonomie en rechtvaardigheid) zijn duidelijk herkenbaar in de interviews. De principes van weldoen en niet-schaden komen naar voren in de wens om kwalitatieve zorg te bieden, maar ook in de bezorgdheid over verlies aan objectiviteit en emotionele betrokkenheid.

Autonomie blijkt complexer dan op het eerste gezicht lijkt. Hoewel sommige artsen aangeven zich onder druk gezet te voelen door familieleden, behouden zowel arts als familielid in principe de keuze om al dan niet in deze zorgrelatie te stappen. Autonomie is in deze context dus niet louter een individueel recht, maar wordt beïnvloed door familiale verwachtingen en rolpatronen.

Daarnaast blijkt het principe van rechtvaardigheid in deze context bijzonder complex. Hoewel gelijke toegang tot zorg een fundamenteel uitgangspunt is, suggereren zowel literatuur als onze bevindingen dat familieleden vaak genieten van verhoogde toegankelijkheid, lagere drempels of extra inspanningen van de arts [1, 3-4,7-8,10-11,13,18-19]. Dit roept vragen op over voorkeursbehandeling, zelfs wanneer deze goedbedoeld is.

In noodsituaties lijken weldoen en niet-schaden te primeren; in electieve situaties blijft de afweging contextafhankelijk. Onze bevindingen ondersteunen daarmee het idee dat het behandelen van familieleden geen zwart-witvraag is, maar een situationeel ethisch dilemma waarin meerdere principes gelijktijdig spelen. Opvallend is echter dat, ondanks deze ethische complexiteit en de gekende risico's, alle huisartsen in deze studie er toch voor kiezen om medische zorg te verlenen aan hun eigen familieleden.

4.5 Beperkingen en sterktes van de studie

De belangrijkste beperking van deze studie betreft de kleine steekproefomvang. In totaal werden zes artsen en zes familieleden geïnterviewd, waardoor voorzichtigheid geboden is bij het veralgemenen van de bevindingen naar een bredere populatie. Door het beperkte aantal deelnemers was het bovendien niet mogelijk om systematisch uitspraken te doen over mogelijke verschillen tussen subgroepen, zoals variaties in de visie tussen verschillende leeftijds- en gendergroepen.

Daarnaast is er een zekere selectiebias aanwezig. De participanten werden namelijk gerekruteerd via het persoonlijke en professionele netwerk van de onderzoekers, wat de kans verhoogt dat bepaalde perspectieven oververtegenwoordigd zijn. Bovendien bestond de volledige steekproef uit blanke personen van Vlaamse origine. Door de beperkte demografische en culturele diversiteit zijn de resultaten voornamelijk een weerspiegeling van de ervaringen en opvattingen binnen deze specifieke socio-culturele context. Hierdoor kunnen er geen uitspraken worden gedaan over mogelijke culturele, etnische of internationale verschillen in de onderzochte thematiek. Toekomstig onderzoek zou daarom gebaat zijn bij een meer heterogene steekproef, waarin ook deelnemers met diverse culturele achtergronden en uit verschillende zorgcontexten worden opgenomen.

Deze studie beperkt zich tot huisartsen die optreden als GMD-houdend arts voor hun familielid. Nochtans kan het relevant zijn om ook de interactie en de impact op continuïteit en zorgverlenging te analyseren in situaties waarin huisartsen geen GMD-houdende rol vervullen ten aanzien van hun familieleden. Toekomstig onderzoek zou daarom ook de ervaringen van de GMD-houdende arts in dergelijke contexten kunnen verkennen.

Daarnaast is deze studie een van de weinige onderzoeken die specifiek focust op huisartsen die familieleden behandelen binnen de Belgische context. Dit vormt een duidelijke sterkte, aangezien het bestaande onderzoek vooral afkomstig is uit de Verenigde Staten, waar zowel het zorgsysteem als de professionele cultuur sterk verschillen. Tegelijk toont dit aan dat er nog veel ruimte is om dit thema

verder te verkennen in België en Europa, zodat de bevindingen beter aansluiten bij de lokale praktijk en realiteit.

Verder ontbreekt er een uniforme of gestandaardiseerde onderzoeksmethode binnen dit domein. De uiteenlopende onderzoekdesigns, gaande van kwalitatieve tot kwantitatieve methoden, bemoeilijken de directe vergelijking van resultaten tussen studies. Dit kan leiden tot variaties in bevindingen die eerder toe te schrijven zijn aan methodologische verschillen dan aan inhoudelijke discrepanties.

Ten slotte dient ook rekening te worden gehouden met enkele methodologische en praktische uitdagingen tijdens het analyseproces. Het toepassen van de thematische analysemethode volgens Braun & Clarke, alsook het gebruik van het kwalitatieve analyseprogramma MAXQDA maakte deel uit van een leerproces gedurende het onderzoeksproject. De datacollectie en analyse vereisten tevens een nauwe samenwerking tussen het onderzoeksteam, wat in de beginfase enige afstemming vergde om tot een uniforme werkwijze en consistente coderingsstrategie te komen. Deze samenwerking bood uiteindelijk ook een belangrijke meerwaarde daar het mogelijk was om verschillende perspectieven te integreren, wat bijdroeg aan een meer genuanceerde interpretatie en een diepgaandere reflectie.

Een belangrijke sterkte van deze studie is dat, in tegenstelling tot veel eerder onderzoek, ook het perspectief van familieleden wordt belicht. Zij ervaren vooral de voordelen van zorg door een arts-familielid en zijn zich veel minder bewust van mogelijke nadelen of spanningen die artsen zelf ervaren; slechts een minderheid herkent het rolconflict. Dit onderstreept de nood aan verder onderzoek dat ook de stem van familieleden expliciet meeneemt.

5. Conclusie

Deze studie toont dat huisartsen de zorg binnen de familiale context als complex ervaren en dat elke situatie een individuele afweging vraagt. Daar tegenover staat dat familieleden de complexiteit nauwelijks ervaren en voornamelijk voordelen zien in deze zorgrelatie.

De beslissing om al dan niet te behandelen wordt sterk beïnvloed door persoonlijke waarden en normen, de soort familiale band en eigen professionele drempels, waardoor een eenduidig antwoord ontbreekt. Artsen botsen daarbij op een rolconflict: professionele verantwoordelijkheid en emotionele betrokkenheid kunnen elkaar versterken, maar ook hun objectiviteit onder druk zetten en het risico op fouten verhogen. Die betrokkenheid werkt als een tweesnijdend zwaard: ze kan de arts aanzetten om als best health advocate op te treden, maar ook leiden tot zowel over- als onderbehandeling. Wanneer emoties de rationele besluitvorming dreigen te overschaduwen en de grens van objectiviteit wordt overschreden, kan het aangewezen zijn om de zorg over te dragen aan een collega.

Ondanks de gekende risico's en bestaande aanbevelingen kiezen artsen in de praktijk toch vaak om familieleden te behandelen, wat begrijpelijk is: zorgen voor anderen is vaak een fundamentele drijfveer om huisarts te worden. Dit benadrukt opnieuw het belang van stellen van professionele en praktische grenzen, zoals formele consultaties, een volledige anamnese en klinisch onderzoek, en heldere afspraken over verwachtingen en communicatie.

Een algemeen verbod op het behandelen van familieleden lijkt weinig realistisch. Ook het opstellen van een uniforme richtlijn lijkt weinig haalbaar, aangezien artsen hieraan uiteenlopende invullingen geven en verschillende waarden en normen hanteren. De praktijk is sterk contextafhankelijk, waardoor ze zich moeilijk laat vatten in eenduidige kaders. Wel is er een belangrijke rol weggelegd voor de opleiding van toekomstige huisartsen: zij moeten vroeg worden begeleid in het maken van een doordachte keuze, aangezien eenmaal opgenomen zorg voor familieleden moeilijk terug te draaien is.

Huisartsen in opleiding zouden niet alleen inzicht moeten hebben in de mogelijke voordelen en valkuilen, maar ook oog moeten krijgen voor de onderliggende complexiteit. Dat bewustzijn vormt een essentiële eerste stap naar een weloverwogen keuze. Zo leren zij hun eigen grenzen beter kennen en kunnen ze die helder communiceren naar familieleden, opdat ook zij zich bewust zijn van mogelijke spanningen en risico's. Op die manier bepaalt men zelf hoe ver men wil gaan in zijn rol als huisarts voor naasten. Ook voor meer ervaren artsen blijft deze reflectie van grote waarde. De tijdsgeest en persoonlijke omstandigheden beïnvloeden immers voortdurend de keuzes die je maakt, waardoor het belangrijk is om die regelmatig kritisch te heroverwegen.

6. Bronnen

1. La Puma J, Rush Priest E. Is there a docter in the house? An analysis of the practice of Physicians' treating their own families. JAMA - Journal of the American Medical Association. 1991;267 No. 13.

2. Vijayalakshmi S, Ramkumar S, Rajsri TR, Prasanna S, Prince Rueban M, Pravin Anand U, et al. A Doctor in the House, An Ethical Consideration on Treating Their Family Members: A Mixed-Method Study. Cureus. 2023;15(8):e44230.

3. Amran MM, Kopit AB, Kranc HA, Peleg R. The prevalence, reasons and attitudes for the practice of informal medicine. BMC Fam Pract. 2021;22(1):30.

4. Mücke NA, Schmidt A, Kersting C, Kalitzkus V, Pentzek M, Wilm S, et al. General practitioners treating their own family members: a cross-sectional survey in Germany. BMC Prim Care. 2022;23(1):23.

5. Matsunaga T, Kaneko M, Fetters MD, Inoue M. Japanese primary care physicians' experience in treating their family members: a cross-sectional study. BMC Prim Care. 2022;23(1):240.

6. Kepper P, Baum N. Caveats for doctors providing care for themselves, family, friends, and colleagues. The Journal of medical practice management : MPM. 2014;29(5):317–9.

7. Walter JK, Pappano E, Ross LF. A descriptive and moral evaluation of providing informal medical care to one's own children. J Clin Ethics. 2009;20(4):353–61.

8. Scarff JR. Why do physicians treat their relatives? Exploring the influence of social psychology. Psychol Rep. 2013;113(2):647–53.

9. Giroldi E, Freeth R, Hanssen M, Muris JWM, Kay M, Cals JWL. Family Physicians Managing Medical Requests From Family and Friends. Ann Fam Med. 2018;16(1):45–51.

10. Atalla JE, DeChant RD, Goebel LJ, Mufson MA. A 5 YEAR FOLLOW UP OF DOCTORS TREATING RELATIVES. Journal of Investigative Medicine. 2018;66(2):620–.

11. Kubak BM. Your spouse/partner gets a skin infection and needs antibiotics: is it ethical for you to prescribe for them? No: such treatment rarely leads to comprehensive care. West J Med. 2000;173(6):365.

12. Kerrigan J, Rovelstad S, Kodner IJ, La Puma J, Keune JD. All in the family: How close is too close? The ethics of treating loved ones. Surgery. 2011;149(3):433–7.

13. Beigel F, Mertz M, Salloch S. A systematic review documenting reasons whether physicians should provide treatment to their family and friends. Family practice. 2023.

14. Geiderman JM, Marco CA, Iserson KV. Emergency physician care of family members, friends, colleagues and self. Am J Emerg Med. 2019;37(5):942–6.

15. Dickens B. Ethical issues in treating family members and close friends. Int J Gynaecol Obstet. 2016;133(2):247–8.

16. Kling S. Is it ethical to treat one’s family and friends? Current Allergy and Clinical Immunology. 2015;28(2):118–20.

17. Anah MU, Ansa VO, Udonwa NE. Treatment of relatives by doctors: experience from Calabar, Nigeria. Nigerian journal of clinical practice. 2008;11(1):41–4.

18. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. Wmj. 2008;107(6):279–84.

19. Gold KJ, Goldman EB, Kamil LH, Walton S, Burdette TG, Moseley KL. No appointment necessary? Ethical challenges in treating friends and family. The New England journal of medicine. 2014;371(13):1254–8.

20. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. West J Med. 2001;175(4):236–9; discussion 40.

21. Moskop JC. Doctor in, and for, the Family?: Physicians Reflect on Care for Loved Ones. Narrat Inq Bioeth. 2018;8(1):41–6.

22. Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF, Pickett ME, Beasley BW. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. Annals of internal medicine. 2008;149(11):825–31.

23. Mailhot M. Caring for our own families. Canadian Family Physician. 2002;48(MAR.):546–7.

24. Ooi K. A Doctor in the House: Ethical and Practical Issues when Doctors Treat Themselves and Those they are Close to. Asian Bioeth Rev. 2018;10(1):3–19.

25. Hutchison C, McConnell PC. The ethics of treating family members. Current Opinion in Anaesthesiology. 2019;32(2):169–73.

26. Hofstede G. The 6-D model of national culture 2024. Available from: https://geerthofstede.com/culture-geert-hofstede-gert-jan-hofstede/6d-model-of-national-culture/.

27. Statbel. 36% van belgische bevolking heeft buitenlandse achtergrond 2025. Available from: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking/herkomst#news.

28. Ethics ACoM. Treating Self or Family 2025. Available from: https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/treating-self-or-family.

29. Artsen OD. DEONTOLOGISCHE ASPECTEN VAN DE ZORGRELATIE TUSSEN EEN ARTS EN EEN PATIËNT DIE TEVENS EEN NAASTE OF EEN VRIEND IS 2022. Available from: https://ordomedic.be/nl/adviezen/attesten/getuigschrift-afgeleverd-door-een-familielid/deontologische-aspecten-van-de-zorgrelatie-tussen-een-arts-en-een-patiënt-die-tevens-een-naaste-of-een-vriend-is.

30. Hendriks AC. Mag een arts familieleden en vrienden behandelen? Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161.

31. Association BM. Ethics Toolkit: The doctor-patient relationship 2024. Available from: https://www.bma.org.uk/media/nalcxoal/doctor-patient-relationship-guidance-updated-feb-2025.pdf.

7. Bijlagen

Bijlage A – Zoekopdrachten methode

Zoekopdrachten die werden toegepast in de drie zoekmachines.

Pubmed

- *("Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "General practitioners"[Mesh]) AND ("Family"[Mesh] OR "Family relations"[Mesh]) AND ("Professional-Family Relations"[Mesh] OR "Physician-Patient Relations"[Mesh])*

Embase

- *'general practitioner'/exp AND 'family'/exp AND 'ethics'/exp*
- *'doctor patient relationship'/exp AND 'family'/exp AND 'general practitioner'/exp*

Web of Science

- *(TS=(("general" AND "practitioner") OR ("family" AND "doctor"))) AND (TS=(("family") OR ("treat*" AND "family" AND "members") OR ("treat*" AND "their" AND "family"))) AND (TS=(ethics))*
- *(TS=(("treating family members") OR ("treating their family") OR ("treating friends and family") OR ("treatment to their family") OR ("treating their relatives") OR ("treating relatives") OR ("care of family members") OR ("medical requests from family members") OR ("medical requests from family")))*

Bijlage B – Mail rekrutering

Onderwerp: Uitnodiging voor deelname aan onderzoek over huisartsen en familieleden

Beste huisarts,

Wij zijn Eva, Kyana en Anouck, haio's te werk in Oost-Vlaanderen. Voor onze thesis doen wij onderzoek naar de beleving van huisartsen die eigen familieleden behandelen.

Artsen worden regelmatig geconfronteerd met medische vragen van familieleden. Ook wij, beginnend huisartsen, hebben dit al ervaren. Aangezien er geen eenduidige richtlijnen bestaan, is het aan de arts om zijn of haar eigen grenzen te stellen. Met dit onderzoek willen we kijken hoe zowel huisartsen als hun familieleden het ervaren om naast een familiale band ook een therapeutische relatie aan te gaan.

Voor ons onderzoek zijn wij op zoek naar enthousiaste huisartsen die het zien zitten om samen met een familielid een interview te laten afnemen door ons. Het zou gaan om 2 afzonderlijke interviews (1 met u en het andere met uw familielid). Het interview zal ongeveer 30-60min in beslag nemen en kan gebeuren op een plaats naar keuze.

Heeft u interesse om deel te nemen aan ons onderzoek of wilt u meer informatie, dan horen wij dat graag. Uw deelname zou van grote waarde zijn voor ons onderzoek en kan bijdragen aan een beter begrip van deze unieke dynamiek.

Zie bijlage voor meer informatie.

Indien u interesse heeft om deel te nemen aan ons onderzoek, kan u de bijhorende google spreadsheet invullen.

Met vriendelijke groeten,
Eva Cools
Kyana Schouppe
Anouck Van De Vijver

Bijlage C – Poster

Versie 1 dd. 24/09/2024

HUISARTS VAN FAMILIELEDEN: ONDERZOEK NAAR BELEVING VAN HUISARTSEN EN HUN FAMILIELEDEN

Deelnemers gezocht voor onze masterproef

Wie?
- Huisartsen die ervaring hebben bij het behandelen van hun eigen familieleden
- Zowel beginnende als ervaren huisartsen
- Per huisarts 1 gekoppeld familielid

Achtergrond
Artsen worden regelmatig geconfronteerd met medische vragen van familieleden. Aangezien er geen eenduidige richtlijnen bestaan, is het aan de arts om hier zijn of haar eigen grenzen te stellen. Met dit onderzoek willen we kijken hoe zowel huisartsen als hun familieleden het ervaren om naast een familiale band ook een therapeutische relatie aan te gaan.

Praktisch
- **WAT:** 2 afzonderlijke interviews (één met u en één met uw familielid)
- **DUUR**: ongeveer 30-60min
- **WAAR**: plaats naar keuze of online

We zijn op zoek naar huisartsen om te interviewen over:
- De voordelen en uitdagingen van het behandelen van familieleden
- Effect van de zorg op de familiale band en omgekeerd
- Praktische overwegingen bij het behandelen van familieleden
- Advies en aanbevelingen naar collega huisartsen

What's in it for me
Bewustwording van het onderwerp en de toepassing ervan in de eigen praktijk



UNIVERSITEIT GENT

Bijlage D – Vragenlijst interview

Interview arts

Inleiding

1. Persoonlijke introductie:
    - Kunt u uzelf en uw praktijk kort voorstellen?

Ervaringen bij de behandeling van familieleden

2. Verzoeken – frequentie – situaties
    - Kreeg je ooit een medische vraag van een familielid?
      Zo ja, welke vraag is je het meest bijgebleven?
    - Hoe frequent behandel je familieleden?
        - Wie zijn die familieleden?
            - Partner
            - Eerste graad: ouders en kinderen
            - Tweede graad: grootouders, kleinkinderen, broers en zussen
            - Derde graad: nonkel, tante, neven, nichten…
            - Andere: aangetrouwde familie
        - Hebben deze familieleden een vaste huisarts of ben jij de vaste huisarts?
            - Sta je in contact met de vaste huisarts?
        - Welke verzoeken waren dit?
            - Kleine pathologie (virale wratten, tinea, virale bovenste luchtweginfecties…)
            - Grote pathologie (pneumonie, pyelonefritis, CVA…)
            - Acute pathologie
            - Chronische pathologie

3. Praktische overwegingen
    - Waar vindt de consultatie plaats?
        - Praktijk, thuis, telefonisch, whatsapp, familiefeest…
    - Documenteer je het advies/bezoek/consult?
    - Welke vergoeding vraag je als huisarts bij een familielid?

4. Samenwerken/verwijzen
    - Raadpleegt u collega's voor een second opinion als u een familielid behandelt?
      Hoe verloopt dit dan?
    - Heeft u ooit besloten om de zorg voor een familielid over te dragen aan een collega? Waarom? Wanneer vindt u dit nodig?

Uitdagingen en voordelen

5. Beïnvloedende factoren
    - Wat zijn voor jou de voornaamste uitdagingen die u ervaart bij het behandelen van familieleden?
        - Hoe beïnvloedt **emotionele betrokkenheid** uw vermogen om klinische beslissingen te nemen?
        - Hoe waarborgt u uw **objectiviteit** bij het behandelen van een familielid?
        - Hoe zorgt u ervoor dat **privacy** en **vertrouwelijkheid** van uw familielid gewaarborgd blijven?
        - Heb je ooit **angst of twijfels** over je eigen bekwaamheid ervaren bij het behandelen van een familielid? (zoals misdiagnose)
    - Wat zijn voor jou de voornaamste redenen om een familielid wel of niet te behandelen?
        - Waarom wel?
        - Waarom niet?
    - Waar liggen voor jou de grenzen in het behandelen van een familielid?
    - Is je visie over het behandelen van familieleden doorheen je carrière veranderd? Hoe? Wat is daar de aanleiding voor?

Familiale band

6. Algemene relaties met familieleden
    - Hoe belangrijk is familie voor jou in het algemeen?

7. Familiale band met het geïnterviewde familielid
    - Hoe zou je de band met dit familielid omschrijven?
        - Hoe frequent zie je dit familielid?
    - Ziet het familielid jou eerder in je professionele rol, of eerder in familiale rol?
    - Hoe verlopen die consulten naar jouw gevoel? Is dit eerder informeel of formeel?
        - Vinden deze consulten eerder plaats in de praktijk, thuis, via sociale media…
        - Documenteer je dit advies/bezoek?
        - Vraag je een vergoeding?
    - Welke rol primeert voor jou? De rol als behandelend arts of de rol als familielid?

- In welke situaties vind je de rol van behandelend arts belangrijker en wanneer geef je voorrang aan je rol als familielid?
- Waar liggen jouw grenzen voor dit familielid?
  - Heb je reeds zorg geweigerd bij dit familielid?
- Heb je ooit al een medische situatie met dit familielid meegemaakt die je is bijgebleven?

Advies en aanbevelingen

8. Advies voor collega's
   - Heb je nood aan een duidelijke richtlijn hierover?
   - Welk advies zou u geven aan andere (jonge) artsen die in de situatie komen dat ze een familielid moeten behandelen?
     - Wat zijn volgens u de belangrijkste punten om in gedachten te houden?

Interview familielid

Inleiding

1. Persoonlijke introductie:
   - Kunt u uzelf eens voorstellen?

Ervaringen bij de behandeling van familieleden

2. Verzoeken – frequentie – situaties
   - Is uw familielid de vaste huisarts?
   - Wanneer heb je voor het laatst jouw familielid die arts is gecontacteerd met een medische vraag?
     - Welk verzoek was dit?
   - Hoe frequent raadpleeg je arts-familielid?
   - Voor welke vragen/zorgen zou je eerder wel of geen hulp vragen aan een familielid?
     - Welke wel?
     - Welke niet?
3. Praktische overwegingen
   - Hoe contacteer je het arts-familielid?
   - Waar vindt de consultatie plaats?
     - Praktijk, thuis, telefonisch, whatsapp, familiefeest…
   - Betaal je voor de consultaties? Geef je er iets voor in de plaats?

4. Keuze huisarts: indien familielid vaste huisarts is
   - Heeft u ooit een andere huisarts gehad?
     - Zo ja, waarom ben je veranderd?
   - Heeft u ooit overwogen om een andere huisarts te nemen?
5. Keuze huisarts: indien familielid geen vaste huisarts is
   - Wanneer kies je ervoor om door uw familielid behandeld te worden in plaats van uw andere huisarts?

Uitdagingen en voordelen

6. Beïnvloedende factoren
   - Wat zijn voor jou de voornaamste uitdagingen die u ervaart bij het behandelen van familieleden?
     - Voelde u zich **comfortabel** en op uw gemak tijdens de behandeling?
     - Had u meer of minder **vertrouwen** omdat de arts een familielid was?
     - Waren er momenten dat u zich zorgen maakte over de **vertrouwelijkheid** van uw medische informatie?
     - Vond u dat uw familielid **objectief** en **professioneel** bleef tijdens de behandeling/contact?
     - Waren er momenten waarop u dacht dat de **persoonlijke relatie** de behandeling beïnvloedde?
     - Waren er momenten waarop u dacht dat de behandeling de **persoonlijke relatie** beïnvloedde?
   - Wat zijn voor jou de **voordelen** van een arts in de familie?
   - Wat zijn voor jou de **nadelen** van een arts in de familie?

Familiale band

7. Algemene relaties met familieleden
   - Hoe belangrijk is familie voor jou in het algemeen?

8. Familiale band met het geïnterviewde familielid
   - Hoe zou je de band met dit familielid omschrijven?
     - Hoe frequent zie je dit familielid?
   - Zie jij het familielid eerder in de professionele rol, of eerder in familiale rol?
   - Hoe verlopen die consulten naar jouw gevoel? Is dit eerder informeel of formeel?
   - Heb je ooit al een situatie met dit familielid meegemaakt die je is bijgebleven?

Advies en aanbevelingen

9. Advies voor patiënten
   - Zou u anderen aanbevelen om door een familielid behandeld te worden? Waarom wel? Waarom niet?
   - Heeft u suggesties over hoe zij het best hun familieleden al dan niet kunnen behandelen?
   - Zijn er dingen die uw familielid goed heeft gedaan die als voorbeeld kunnen dienen voor andere artsen?

Bijlage E – Codeboom



Bijlage F – Informed consent

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Huisarts van familieleden: onderzoek naar beleving van huisartsen en hun familieleden

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie omdat u als huisarts een therapeutische relatie heeft met een familielid. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Artsen worden regelmatig geconfronteerd met medische vragen van familieleden. Ook wij, beginnend huisartsen, hebben dit al ervaren. Aangezien er geen eenduidige richtlijnen bestaan, is het aan de arts om zijn of haar eigen

grenzen te stellen. Met dit onderzoek willen we kijken hoe zowel huisartsen als hun familieleden het ervaren om naast een familiale band ook een therapeutische relatie aan te gaan. Door middel van interviews verdiepen we ons in verschillende perspectieven, ervaringen en gevolgen van dit dilemma. Bij elk interview met een huisarts wordt ook een apart interview gehouden met een familielid, om zo een alomvattend inzicht te verkrijgen in de ervaringen van beide kanten.

De studie is gebaseerd op gekoppelde interviews. Elk interview met een huisarts wordt aangevuld met een apart interview met een familielid van desbetreffende huisarts. Beide partijen krijgen gelijklopende vragen over zowel het familiale als het professionele aspect van hun relatie. De geschatte duur van het interview is 30 tot 60 minuten.

We includeren huisartsen in regio Vlaanderen en diens eerste-/tweedegraads familielid (ouder dan 18 jaar) of partner die reeds medische zorg kreeg van eerstgenoemde huisarts. Kinderen onder de 18 jaar worden geëxcludeerd.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van dr. Janique Lobbestael en mevr. Melissa Ceuterick.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt dit interview weigeren zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van Universiteit Gent.

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische

onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van hetzelfde of een vergelijkbaar onderwerp. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Persoonsgegevens zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, mevr. Melissa Ceuterick. Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot de interviews om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam. De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. CONTACT

Als er een incident optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Dr. Eva Cools
Huisarts in opleiding
Universiteit Gent
E-mail: eercools.cools@ugent.be
Tel. nr.: 0498 57 56 00

Dr. Kyana Schouppe
Huisarts in opleiding
Universiteit Gent
E-mail: kyana.schouppe@ugent.be
Tel. nr.: 0474 28 24 51

Dr. Anouck Van de Vijver
Huisarts in opleiding
Universiteit Gent
E-mail: anouck.vandevijver@ugent.be
Tel. nr.: 0476 77 73 90

Onder begeleiding van:

Melissa Ceuterick
Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie
Universiteit Gent
E-mail: melissa.ceuterick@ugent.be

Dr. Janique Lobbestael
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent
E-mail: janique.lobbestael@ugent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.	
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).	

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan volgende **optionele deelaspecten** van de studie:

- Gebruik mailadres of telefoonnummer voor contact na deelname voor eventuele verdere duiding of bijvragen

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	