De huisarts als patiënt: barrières tot gezondheidszorg

Femke Delporte, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Katrien Bombeke, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleiders: Dr. Marleen Plettinx (jaar 8)
Dr. Hugo Van Puymbroeck (jaar 9)

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Inleiding: Artsen behoren tot de risicogroep voor o.a. burn-out, een thema dat grote zorgen baart gezien de impact op de gezondheidszorg. Wegens de toenemende verontrustende berichten rond burn-out bij huisartsen besloot het Kenniscentrum een onderzoek te doen naar de preventie en aanpak hiervan. Het rapport reikte in totaal veertien aanbevelingen aan voor de praktijk waarbij 'elke huisarts ertoe brengen een eigen huisarts te nemen' er één van is. Om dit voorstel te verspreiden in de huisartsenwereld is het van belang eerst stil te staan bij de barrières die huisartsen ervaren om een collega te raadplegen. Uit Australisch onderzoek van Kay et al. blijkt dat artsen moeilijkheden ervaren hulp te zoeken bij medische problemen. Hoewel deze studie een interessante kijk geeft op de multipele factoren die huisartsen kunnen afremmen om medische hulp te zoeken, zijn deze inzichten over huisartsen aan de andere kant van de wereld niet zomaar transfereerbaar naar onze eigen huisartsen. Tot op heden zijn er geen gegevens gekend over de manier waarop huisartsen in de Vlaamse setting gebruik maken van eerstelijns gezondheidszorg.

Onderzoeksvraag: Hoeveel huisartsen hebben een huisarts? Welke barrières ervaren Vlaamse huisartsen bij het raadplegen van eerstelijns gezondheidszorg? Welke barrières ervaren Vlaamse huisartsen bij het raadplegen van eerstelijns gezondheidszorg voor psychosociale moeilijkheden?

Methode:

VRAGENLIJST: Kwantitatieve onderzoeksmethode met afname van een elektronische vragenlijst bij Vlaamse huisartsen en HAIO's. Beschrijvende analyse met gebruik van de Chikwadraattoets.

INTERVIEWS: Kwalitatieve onderzoeksmethode met afname van semi-gestructureerde interviews bij 10 Vlaamse huisartsen waarvan de gegevens anoniem verwerkt werden m.b.v. thematische analyse vanuit een constructivistisch perspectief.

Resultaten:

VRAGENLIJST: De vragenlijst werd ingevuld door 192 huisartsen en HAIO's. Van deze groep heeft 42% een vaste huisarts. Hierbij vermeldt 58% een drempel te ervaren om een huisarts te raadplegen. Zelfs bij de groep huisartsen met een vaste huisarts ervaart meer dan de helft een drempel om deze te consulteren. Vrouwen hebben vaker een huisarts dan mannen.

INTERVIEWS: Verschillende barrières kwamen in deze studie aan het licht. Zo houdt de huisarts graag de touwtjes in eigen handen waardoor men voornamelijk enkel zichzelf vertrouwt. Hiernaast is er ook de schaamte die huisartsen ervaren om een collega te raadplegen. Jezelf (medisch) kwetsbaar opstellen is een taboe. Huisartsen weten ook niet altijd goed waar een geschikte huisarts te vinden bij gebrek aan informatie over visie en manier van werken van collega's. Tot slot wordt beschreven dat de huisarts zich vaak verloren voelt tussen eerste en tweede lijn. Wat betreft de barrières voor consulteren bij psychische problematiek leert dit onderzoek dat het voor huisartsen vaak een moeilijke weg is om het hebben van psychische klachten te aanvaarden. Bijkomend ziet de meerderheid een huisarts niet als eerste aanspreekpunt bij psychische problemen.

Conclusie: Weinig Vlaamse huisartsen hebben een eigen huisarts. Nochtans is zelfzorg een cruciale voorwaarde om de gezondheid van huisartsen te bewaken. De aanbeveling 'iedere huisarts een eigen huisarts' van het KCE lijkt een eenvoudige aanbeveling maar blijkt een complexe beslissing te zijn voor de huisarts. Wilt men huisartsen aanmoedigen een huisarts te nemen, zullen we moeten proberen de barrières tot het zoeken van een huisarts weg te werken. Onderwijs kan hierbij een rol spelen door al tijdens de opleiding studenten aan te moedigen bij medische problemen naar een huisarts te gaan. We willen stimuleren tot meer transparantie over de manier van werken en visie op geneeskunde. Vervolgens bevelen we het oprichten van een 'anderhalve lijn' aan, een speciaal huisartsenteam voor huisartsen.

Inhoudsopgave

Abstract 2

Inhoudsopgave 3

1. Voorwoord 5

2. Literatuurstudie 7

2.1 Doelstelling 7

2.2 Methode 7

2.3 Resultaten 9

2.3.1 Het gedrag van de arts als patiënt 9

2.3.2 Barrières tot hulp zoeken 10

2.4 Burn-out bij huisartsen: aanbevelingen voor aanpak en preventie 12

2.5 Bronnenlijst literatuurstudie 14

3. Artikel 15

DE HUISARTS ALS PATIËNT : barrières tot gezondheidszorg 15

3.1 INLEIDING 15

3.2 METHODE 16

VRAGENLIJST 16

INTERVIEWS 17

3.3 RESULTATEN 18

VRAGENLIJST 18

INTERVIEWS 20

2.4 DISCUSSIE 27

Vergelijking van de resultaten met de literatuur 28

Sterktes en beperkingen van deze studie 28

Aanbevelingen voor de praktijk 29

Aanbevelingen voor verder onderzoek 30

2.5 CONCLUSIE 30

2.6 BRONNENLIJST 31

4. Bijlagen 33

BIJLAGE 1: Goedkeuring ethische commissie 33

BIJLAGE 2: Protocol 34

BIJLAGE 3: Vragenlijst 38

BIJLAGE 4: Scoreformulier voor de 4DKL 44
BIJLAGE 5: Informatiebrief interview 45
BIJLAGE 6: Informed consent interview 46
BIJLAGE 7: Draaiboek semi-gestructureerd interview – de huisarts met een huisarts 47
BIJLAGE 8: Draaiboek semi-gestructureerd interview – de huisarts zonder een huisarts 49

1. Voorwoord

Er wordt wel eens gezegd dat “artsen niet de beste patiënten zijn”. Wie van ons heeft niet eens iets snel voor zichzelf voorgeschreven, zich wel eens te geremd gevoeld om advies aan een collega te vragen of gedacht “het zal wel niks zijn”.

Achter bovengenoemde stelling schuilt namelijk een groot rollenconflict waar de arts als patiënt mee wordt geconfronteerd. Toch is het belangrijk dat elke arts zich goed verzorgt of laat verzorgen. Niet enkel voor zijn eigen gezondheid maar onrechtstreeks ook voor de gezondheid van de patiënten.

Ik herinner me nog goed de lessen communicatietraining waarin steeds het belang van zelfzorg werd benadrukt met volgende woorden: *“Om voor anderen te zorgen is het nodig om ook goed voor jezelf te zorgen. Een kloppend hart kan maar zuurstofrijk bloed blijven pompen naar het hele lichaam, als het bij iedere contractie via de coronairen eerst het eigen myocard bevloeit.”*

Ondanks deze wijze woorden hebben wij toch de neiging onze eigen gezondheid te verwaarlozen. En de toenemende berichten over de problematiek van burn-out bij huisartsen is verontrustend. Ook ik schrok als pas startende huisarts-in-opleiding van dit nieuws. Hoe komt het dat we ons zo kunnen verliezen in dit toch zo mooie en prachtige beroep? En als nieuweling in de huisartsgeneeskunde vraag je je ook al snel af: ‘Hoe draag ik hier zorg voor mezelf?’.

Deze berichten waren ook de aanleiding voor het KCE (Federaal Kenniscentrum Voor De Gezondheidszorg) om de problematiek van burn-out bij huisartsen te bestuderen in 2011. Dit rapport reikte uiteindelijk veertien aanbevelingen aan in de preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen. Één van de meest in het oog springende voorstellen was voor mij het volgende:

Elke huisarts ertoe brengen een eigen huisarts te hebben

Ik was meteen geïntrigeerd door dit idee. En de eerste vraag die spontaan in mij naar boven kwam was als volgt: ‘*Maar hoeveel huisartsen hebben eigenlijk een huisarts?’.*

En om deze aanbeveling optimaal te verspreiden en aan te moedigen onder de beroepsgroep lijkt het belangrijk te leren begrijpen en te verkennen wat de huisartsen weerhoudt een huisarts op te zoeken. Met andere woorden: wat zijn de barrières tot de eerste lijn? En ook wat maakt het moeilijk te raadplegen voor psychische moeilijkheden? Deze informatie kan immers belangrijk zijn om de toegang tot eerstelijns gezondheidszorg voor huisartsen zo laagdrempelig mogelijk te maken.

Bovengeschreven vragen en beschouwingen gaven uiteindelijk aanleiding tot dit ManaMa-thesisproject: de huisarts als patiënt.

Ik besloot mijn thesis in artikel-formaat te schrijven met de bedoeling dit in te sturen bij Huisarts Nu. Voorafgaand aan het artikel is in een apart hoofdstuk de literatuurstudie terug te vinden.

Ik hoop dat ik met deze masterproef en bijbehorend artikel verschillende huisartsen kan aanzetten tot reflectie over zichzelf als patiënt en de uitdagingen waar de huisartsgeneeskunde nu voor staat.

Ik werd in dit project geholpen en bijgestaan door verschillende mensen. Ik wil hen allemaal bedanken, maar graag wil ik enkelen expliciet in dit dankwoord vermelden.

Prof. dr. Hilde Bastiaens en dr. Katrien Bombeke, promotor en co-promotor van dit onderzoeksproject. Het is hun open geest en enthousiasme in het kwalitatief onderzoek die aan de basis liggen van wat u nu in handen heeft. Bedankt voor al jullie tijd, reflecties, inspiratie, advies en figuurlijke schouderklopjes.
Marleen Plettinx, mijn praktijkopleider in jaar 8, die mij volledig vrij liet in de keuze van mijn onderwerp en mij inspireerde om te komen tot dit thema voor mijn onderzoeksproject. Dank voor alle oprechte interesse.
Hugo Van Puymbroeck, mijn huidige praktijkopleider, die toezicht hield op het timemanagement van dit project. Dank voor alle ondersteuning en het toestaan van een paar dagen vakantie in volle praktijkdrukte toen de thesisdruk hoog werd.
Dank aan de UA voor het lenen van het opname-materiaal.
Alle deelnemers van de vragenlijst en de interviews. Dank om voor een onbekende tijd vrij te maken en zo open verhalen met mij te delen.
En tot slot wens ik mijn partner Carlo en mijn familie te bedanken. Voor hun voortdurende aanwezigheid en onwrikbaar geloof in mij. En vooral om mij er ten gepaste tijde aan te doen herinneren mijn zelfzorg niet uit het oog te verliezen.

2. Literatuurstudie

2.1 Doelstelling

Deze literatuurstudie werd aangevat met volgende doelstellingen:

(1) Bepalen wat er tot op heden reeds gekend is over de gedragingen van artsen als patiënt
(2) Meer inzicht krijgen in de reeds beschreven barrières tot gezondheidszorg die artsen ervaren

2.2 Methode

We voerden literatuuronderzoek uit naar de gedragingen van artsen als patiënten. We deden hierbij een websearch en een reference search.

Voor de websearch werd gebruik gemaakt van de elektronische database *Medline.* Hierbij werd gezocht vanuit een PICO-oefening:

Tabel 1 - PICO

PICO	**Mogelijke trefwoorden**
Patient	physician, general practitioner, doctors
Intervention	health access, health-seeking, self-care
Comparison	/
Outcome	wellness, health, barriers

Er werd gezocht met vrije termen en met geassocieerde MeSH-termen. Om de zoekopdrachten te verfijnen werd literatuur gezocht van jaargang 1994 tot op heden en werd enkel gezocht op Engelstalige literatuur. Met uitzondering van zoekopdrachten 1 en 10 waarbij werd gezocht naar publicaties van de laatste 10 jaar. Artikels werden geselecteerd op basis van titel en abstract.

Dit gaf aanleiding tot de volgende elektronische zoekopdrachten:

Tabel 2 - Zoekstrategie (laatst geraadpleegd op 28 februari 2015)

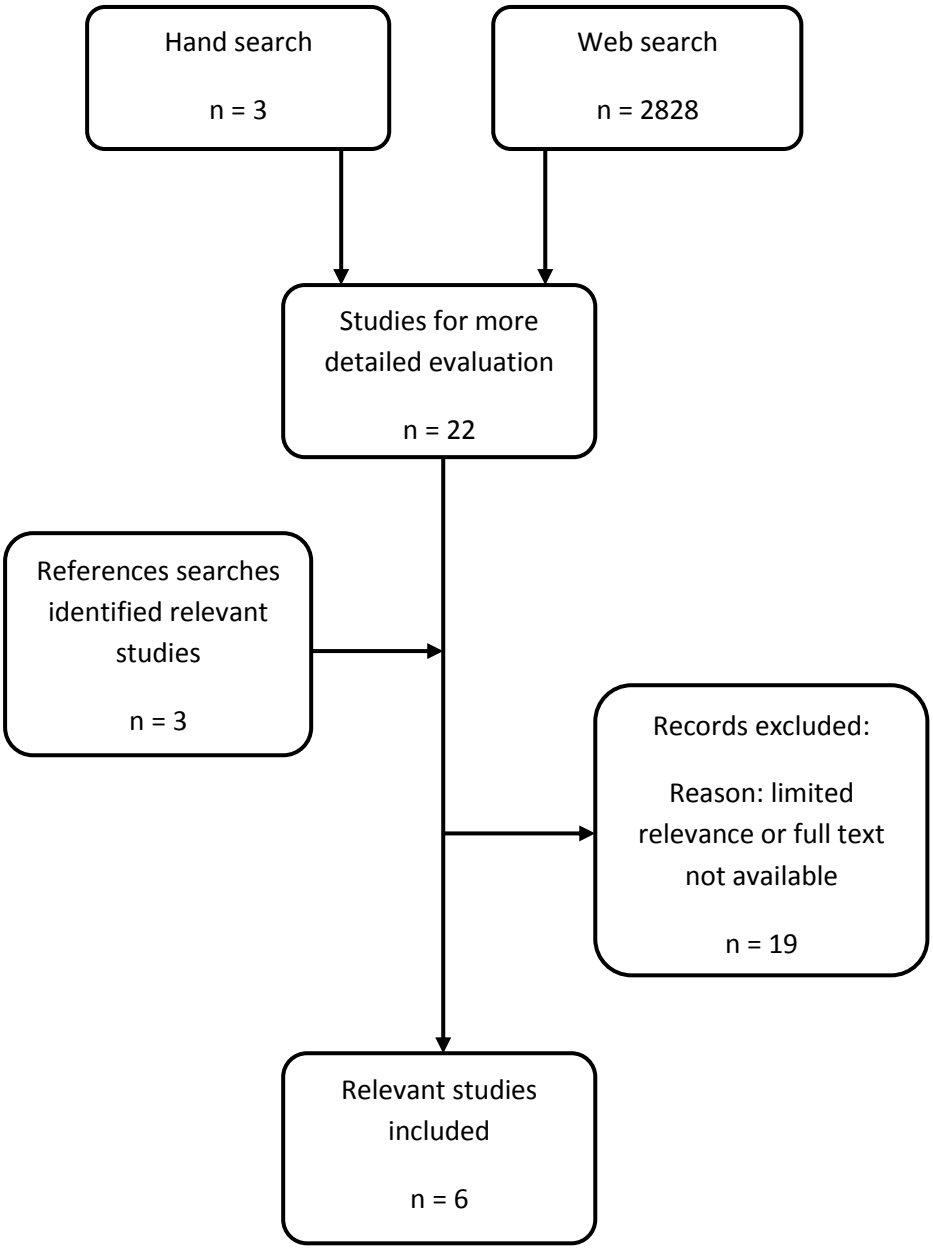
Zoekopdracht		**Gevonden**	**Geselecteerd**
1.	Physicians [MeSH] AND Health behavior [MeSH]	737	0
2.	Physicians, Family [MeSH] AND Health behavior [MeSH]	266	0
3.	Physicians, Family/Psychology [MeSH] AND Health behavior [MeSH]	95	0
4.	Physicians [MeSH] AND Self care [MeSH]	209	0

5.	Physicians, Family [MeSH] AND Self care [MeSH]	83	3
6.	Physicians, Family/Psychology [MeSH] AND Self care [MeSH]	26	3
7.	Physicians [MeSH] AND Health behavior [MeSH] AND Self care [MeSH]	22	0
8.	Physicians, Family [MeSH] AND Health behavior [MeSH] AND Self care [MeSH]	11	0
9.	Physicians, Family/Psychology [MeSH] AND Health behavior [MeSH] AND Self care [MeSH]	3	0
10.	Physicians [MeSH] AND Burn-out/Professional [MeSH]	590	3
11.	Physicians, Family [MeSH] AND Burn-out/Professional [MeSH]	81	2
12.	Physicians [MeSH] AND Communication barriers [MeSH]	46	0
13.	Physicians, Family [MeSH] AND Communication barriers [MeSH]	167	0
14.	Physicians [MeSH] AND Communication barriers [MeSH] AND Self care [MeSH]	1	0
15.	Physicians, Family [MeSH] AND Communication barriers [MeSH] AND Self care [MeSH]	0	0
16.	doctors AND health → titles with your search terms	20	3
17.	Doctors AND health-seeking	129	1
18.	Doctors AND health-seeking → related citations	221	4
19.	Doctors AND health AND barriers → related citations	121	1

Daarnaast werd nog een referentie-onderzoek gedaan vanuit de gevonden artikels.

Hieronder is een overzicht van de zoekstrategie terug te vinden. Met behulp van deze zoekstrategie werd een selectie bekomen van 6 artikels (zie figuur 1).

Figuur 1 - Zoekstrategie



2.3 Resultaten

2.3.1 Het gedrag van de arts als patiënt

Het gedrag van de arts als patiënt is een interessant fenomeen. Al jaren is het in de medische wereld een ongeschreven wet verder te werken bij ziekte of aan zelfbehandeling te doen.

Weinig gegevens zijn beschikbaar over het aantal artsen dat een eigen huisarts heeft. Uit een review van Kay et al. (2008) blijkt dat 20-100% artsen uit de onderzochte studiegroepen, een eigen huisarts hebben. Deze merkwaardige hoge bovengrens is te verklaren doordat in sommige landen de inschrijving bij een huisarts een verplichting is (vb. Verenigd Koninkrijk). De meesten kiezen hierbij voor een gekende collega uit de omgeving (1).

In België bestaat hierover geen verplichting. Wel is opmerkelijk dat tot 25 mei 2013 volgend artikel terug te vinden was in het deontologische codeboek:

Het is gebruikelijk dat een geneesheer geen ereloon aanrekent voor de verzorging van zijn naaste verwanten en zijn medewerkers, alsook van zijn collega's en de personen ten laste van deze laatsten. Niettemin mag een vergoeding gevraagd worden voor de kosten die eruit voortspruiten (2).

Hierdoor werd tot dan verhinderd dat artsen zich volwaardig als patiënt konden presenteren.

In 2003 voerde Davidson et al. (2003) onderzoek naar de houding t.o.v. zelfbehandeling bij huisartsen en specialisten. Tot de definitie van zelfbehandeling behoorden volgende elementen: diagnose en behandeling van eigen ziekte, voorschrijven van medicatie voor zichzelf, zelfverwijzing naar de specialist. Uit deze studie blijkt dat de meeste artsen het aanvaardbaar vinden om aan zelfbehandeling te doen. Bij acute aandoeningen doet 90% van de artsen dit. Opmerkelijk is dat een kwart van de artsen dit ook doet bij chronische aandoeningen. Circa 9% van de ondervraagden vinden het zelfs acceptabel psychotrope medicatie voor te schrijven voor zichzelf (3). Procentueel komt zelfbehandeling meer voor bij huisartsen dan specialisten (1).

Chen et al. trachtten in 2008 de gedragingen van artsen bij ziekte te schetsen. Het onderzoek werd uitgevoerd bij artsen te Hong Kong waar artsen onderworpen zijn aan de verplichting tot registratie in een huisartsenpraktijk. De meerderheid van de ondervraagde artsen vonden het niet nodig een eigen dokter te hebben. Hoewel alle ondervraagden een huisarts hebben, consulteert 64% bij ziekte geen dokter en doet aan zelfbehandeling. Met andere woorden, zelfs bij het hebben van een eigen huisarts doen artsen aan zelfbehandeling (4). Dit werd ook vastgesteld door Rosvold en Bjertness (5). Verder illustreerden Chen et al. dat artsen, indien zij consulteren voor medische problemen, eerder geneigd zijn zich te wenden tot de specialist. Van de deelnemende artsen ging 86% op consultatie bij specialisten en chirurgen. De huisarts werd slechts geraadpleegd door 14% van studiegroep. Jonge artsen waren meer geneigd de huisarts te raadplegen (4).

Of dokters blijven verder werken wordt niet gerapporteerd in deze studie. McKevitt et al. rapporteerden dat bij een onderzoek bij huisartsen en internisten meer dan 80% van de artsen blijft verder werken bij ziekte (6).

Zoals hierboven wordt geïllustreerd, hebben artsen weinig aandacht voor hun eigen gezondheid. Nochtans werd in een review van Jean Wallace een verband aangetoond tussen de gezondheid en het welzijn van de arts en de kwaliteit van gezondheidszorg in een land. Met andere woorden het is niet enkel in het individueel belang van de arts zelf maar onrechtstreeks ook in het belang van de patiënt. Een arts die zich goed in zijn vel voelt, maakt minder fouten, heeft meer tevreden patiënten, heeft een beter voorschrijfprofiel en heeft patiënten met een betere therapietrouw (7).

2.3.2 Barrières tot hulp zoeken

Het is gebleken dat artsen moeilijkheden ervaren hulp te zoeken bij medische problemen. In Australië deden Kay et al. onderzoek naar deze barrières die artsen ervaren. Voorafgaand aan eigen onderzoek werd door deze onderzoekers een review uitgevoerd in 2008. Hierbij werden na literatuuronderzoek 26 artikels onderworpen aan een analyse waarvan drieëntwintig studies op basis

van enquêtes en drie kwalitatieve studies. Zeven studies bestudeerden uitsluitend huisartsen. Verschillende factoren die als een barrière worden beschouwd zijn beschreven in deze review. Deze barrières werden door de onderzoekers onderverdeeld in drie categorieën: de patiëntgebonden factoren, de hulpverlenergebonden factoren en de factoren gebonden aan het systeem van de gezondheidzorg (1). Davidson stelt vast dat huisartsen meer barrières ervaren dan specialisten (3). De verschillende barrières beschreven in deze review zijn samengevat in onderstaande tabel.

Tabel 3 - Barrières tot zoeken van medische hulp (review)

Categorie	**Subfactoren**
Patiëntgebonden	Schaamte om ziek te zijn Tijdsgebrek Angst controle te verliezen Persoonlijkheid Al tevreden met eigen zorg Niet weten waar naar toe te gaan Eigen kennis Bewust van de gevolgen
Hulpverlenergebonden	Bezorgdheid om beroepsgeheim Krijgen van minder kwaliteitsvolle zorg
Systeemgebonden	Werkcultuur Werkdruk

Kay illustreert met deze review hoe weinig er tot op heden geweten is over deze materie en moedigt aanvullend onderzoek aan. Opmerkelijk is dat de gevonden data hier vaak ouder zijn dan tien jaar.

Kay et al. besloten verder onderzoek te doen naar deze barrières in 2012 en er werd een studie opgestart analoog aan deze Manama-thesis. Met behulp van focusgroepen werden 37 huisartsen geïnterviewd, o.a. over hun visie rond het hebben van een eigen onafhankelijke huisarts, en welke barrières zij hieromtrent ervaren. Opmerkelijk is dat bijna alle deelnemende huisartsen de mening delen dat het als huisarts een goed idee is een eigen huisarts te hebben. Dit vanwege de vele voordelen die een eigen huisdokter kan bieden. Voordelen die worden aangehaald zijn: het krijgen van een objectievere zorg, beter dossierbeheer, betere coördinatie van de zorg en toezicht op preventie. Toch hadden slechts 58% van de ondervraagden een onafhankelijke huisarts (8). Er zijn overlappingen terug te vinden in de barrières die hier worden aangehaald en deze van de bovenbeschreven review (1). Toch zijn er enkele nieuwe aspecten. Huisartsen vertellen vaak hun ziekte te bagatelliseren. Ze wisten hierbij niet het juiste moment te vinden waarop ze juist ziek

genoeg waren een huisarts te contacteren en ze wensten liever hun collega's niet te storen. Ook slechte ervaringen uit het verleden spelen een grote rol. De ondervraagden voelden zich vaak gefrustreerd over de slechte communicatie en overdiagnostiek (8).

Eveneens komen nieuwe inzichten aan bod i.v.m. barrières bij het consulteren voor psychische problemen. Volgende drempels worden beschreven:

Tabel 4 - Barrières bij psychische problemen (8)

Barrières voor raadplegen bij psychische problemen
Schaamte
Meer zorgen over het beroepsgeheim
De huisarts-patiënt weet niet of de huisarts de beste keuze is

Kay et al. brengt volgende aanbevelingen naar voor: artsen dienen getraind te worden in hoe ze goede zorg kunnen verlenen aan collega's. Deze training moet al gestart worden tijdens de universitaire opleiding en kan een rol spelen in het verlagen van barrières (8).

Het onderzoek van Margaret Kay was inspirerend voor dit Manama-project. Gezien het belang van transfereerbaarheid (transferability) van kwalitatieve onderzoeksresultaten, is het belangrijk om binnen de Vlaamse setting meer inzicht te krijgen in het gedrag van de huisarts als patiënt. Hier zijn tot op heden weinig gegevens over. Deze resultaten kunnen bijdragen tot het bekomen van een interventieplan op maat van de Vlaamse huisarts ter bevordering van de gezondheidszorg van huisartsen.

2.4 Burn-out bij huisartsen: aanbevelingen voor aanpak en preventie

Naar aanleiding van de toenemende problematiek van burn-out bij huisartsen voerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzoek hierover in 2011. Het doel van deze studie was aanbevelingen te kunnen doen over de preventie en de aanpak van burn-out bij huisartsen. Een reeks van veertien aanbevelingen was het resultaat van dit onderzoek.

Tabel 5 - Aanbevelingsfiches voor de preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen (9)

INITIATIEVEN OM EVENWICHT TE BRENGEN TUSSEN PROFESSIONELE VERPLICHTINGEN EN BESCHERMING

1. Een hulpprogramma opstellen gericht op huisartsen met burn-out
2. Organiseren van gezondheidszorg voor huisartsen
    a. Elke huisarts zijn eigen huisarts
    b. Een arbeidsgeneeskunde voor huisartsen
3. Het verbeteren van de sociale bescherming van huisartsen

INITIATIEF OM WAARDENCONFLICTEN TE NEUTRALISEREN

4. Uitnodigen tot nadenken over de waarden die aan de basis liggen van het werk van de huisarts

INITIATIEVEN OM HET GEBREK AAN STEUN VAN COLLEGA'S TE VERZACHTEN

5. Een overleggroep creëren over steun tussen collega's
6. De initiatieven van de Belgische overheid betreffende de stimulering van groeps- of netwerkpraktijken verder zetten

INITIATIEVEN OM HET GEBREK AAN CONTROLE DOOR DE HUISARTS OP ZIJN BEROEPSACTIVITEITEN TE VERZACHTEN

7. De huisartsen steun verlenen bij het beheren van tijd en het stellen van prioriteiten
8. Het sensibiliseren van patiënten zodat zij meer realistische verwachtingen stellen

INITIATIEVEN OM HET GEBREK AAN ERKENNING VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE TE VERZACHTEN

9. De overheidsinspanningen voor erkenning van de rol van de huisarts verder zetten
10. De overheidsinspanningen voor het verbeteren van de honorering van huisartsen verder zetten

INITIATIEVEN OM OVERBELASTING TE VOORKOMEN

11. Steunen van concrete maatregelen die de administratieve last van de huisartsen verminderen
12. Een ondersteunende strategie uitwerken voor artsen met patiënten met zware pathologie of patiënten met complexe problemen
13. Goed georganiseerde wachtdiensten uitwerken om de huisartsen van de individuele wachtdiensten te ontlasten terwijl toch de continuïteit van de ambulante zorg wordt gegarandeerd
14. De artsen aanmoedigen om technieken voor stressmanagement te gebruiken

Mijn Manama-thesis vertrekt vanuit de tweede aanbeveling van het KCE. Twee mogelijke werkwijzen worden hierbij voorgesteld door het KCE voor de verdere uitwerking van deze aanbeveling. Deze worden hieronder kort samengevat:

1) *Elke huisarts zijn eigen huisarts*

Het eerste voorstel van het KCE ter optimaliseren van de gezondheidszorg van huisartsen, is het aanmoedigen van elke huisarts om een eigen huisarts te nemen. Hierbij wordt benadrukt dat iedere huisarts de kans moet krijgen zijn eigen huisarts te kiezen. Dit is bij voorkeur iemand buiten de eigen vriendenkring en buiten de geografische zone waarin hij/zij actief is. Bijkomend zou deze huisarts opgeleid moeten zijn voor het opvolgen van collega-artsen (9).

2) *Een arbeidsgeneeskunde voor huisartsen*

Het tweede voorstel van het KCE is een gezondheidsdienst ter beschikking te stellen voor artsen waar aan preventieve algemene check-ups kan worden gedaan en waar specifieke opsporingsprogramma's voor burn-out kunnen worden uitgevoerd. Deze check-ups en programma's kunnen worden uitgevoerd door specifiek opgeleide huisartsen of arbeidsgeneesheren.

Het KCE laat in het midden of deze preventieve acties op vrijwillige of verplichte basis dienen te gebeuren. De vraag wordt gesteld of het niet beter zou zijn deelname aan deze preventieve onderzoeken verplicht te maken, aangezien weerstand tot deelname meestal in de kwetsbare groep huisartsen terug te vinden is.

Het KCE oppert een beperkte financiële persoonlijke bijdrage van de huisartsen voor de deelname aan deze acties. Een tegemoetkoming van het RIZIV kan worden overwogen (9).

2.5 Bronnenlijst literatuurstudie

1. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract. 2008 Jul;58(552):501-8.
2. Orde van geneesheren. Beschikbaar via: http://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/medische-erelonen-voor-de-verzorging-van-naaste-verwanten-collega-s-of-medewerkers (laatst geraadpleegd op 26 april 2015).
3. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. Med J Aust. 2003 Sep 15;179(6):302-5.
4. Chen JY, Tse EY, Lam TP, Li DK, Chao DV, Kwan CW. Doctors' personal health care choices: a cross-sectional survey in a mixed public/private setting. BMC Public Health. 2008;8(183):1471-2458.
5. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. Scand J Public Health. 2002;30(2):125-32.
6. McKevitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. J Public Health Med. 1997 Sep;19(3):295-300.
7. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009 Nov 14;374(9702):1714-21.
8. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Frank E. Developing a framework for understanding doctors' health access: a qualitative study of Australian GPs. Aust J Prim Health. 2012;18(2):158-65.
9. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, et al. . Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg;2011: KCE reports 165A.

3. Artikel

DE HUISARTS ALS PATIËNT : barrières tot gezondheidszorg

3.1 INLEIDING

De laatste jaren is de aandacht rond zelfzorg bij artsen enorm toegenomen, en terecht. Artsen behoren tot de risicogroep voor een scala aan psychosociale problemen. Burn-out is hier één van en is een thema dat grote zorgen baart gezien de grote impact op de gezondheidszorg. In hun review wijzen Wallace et al. op het rechtstreeks verband tussen het welzijn van artsen en de kwaliteit van gezondheidszorg van een land. Een arts die zich goed in zijn vel voelt, staat scherper, maakt minder fouten en heeft meer tevreden patiënten die meer therapietrouw vertonen (1). Amerikaans onderzoek bij studenten geneeskunde geeft de relatie tussen burn-out en daling van professioneel handelen weer (2). Onderzoek van eigen bodem bij studenten geneeskunde toont ook al een link aan tussen het welzijn van artsen en patiëntgerichtheid. Bombeke et al. stellen hierbij vast dat 'de arts-als-persoon' een centrale rol speelt bij patiëntgerichtheid. De emoties van artsen, hun persoonlijke levensloop en achtergrond, hun vermogen om met zelfzorg en zelfbewustzijn om te gaan, zijn allemaal invloedrijke factoren (3).
Wegens de toenemende verontrustende berichten rond burn-out bij huisartsen besloot het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een onderzoek te doen naar de preventie en aanpak hiervan. Het rapport reikte in totaal veertien aanbevelingen aan voor de praktijk waarin het optimaliseren van de zelfzorg een groot actiepunt is. Dit wenst men o.a. te bereiken door iedere huisarts aan te moedigen een eigen huisarts te nemen, bij voorkeur een onafhankelijke huisarts waarmee er geen rechtstreekse professionele of vriendschappelijke relatie is (4). Dit is een interessant actiepunt aangezien algemeen gezegd wordt dat dokters niet de beste patiënten zijn, wat wordt bevestigd in de literatuur (5-7).

Het is een algemeen aanvaard fenomeen onder de artsen om aan zelfbehandeling te doen. De arts stelt zelf zijn behandeling op en schrijft zichzelf medicatie voor. De literatuur beschrijft dat zelfbehandeling meer voorkomt bij huisartsen dan bij specialisten (5, 6, 8). En indien (huis)artsen beslissen toch medische hulp te zoeken, is het eerste aanspreekpunt meestal de specialist (5, 9).

Om het actiepunt 'iedere huisarts zijn eigen huisarts' te verspreiden in de huisartsenwereld is het van belang eerst stil te staan bij de barrières die huisartsen ervaren om een collega te raadplegen. Uit Australisch onderzoek van Kay et al. blijkt dat artsen moeilijkheden ervaren hulp te zoeken bij medische problemen (8, 10). Bij een studie in 2012 werden 37 huisartsen in Australië ondervraagd met behulp van focusgroepen. Hoewel bijna alle deelnemende huisartsen het een goed idee zouden vinden dat iedere huisarts een onafhankelijke huisarts zou hebben, hadden slecht 6 op 10 er effectief één. Verschillende barrières kwamen aan het licht. Patiëntgebonden barrières waren schaamte, tevreden met zelfbehandeling, tijdsgebrek, ziekte minimaliseren en niet weten waar naar toe te gaan. De hulpverleningsgebonden barrières omvatten onder andere zorgen omtrent beroepsgeheim en negatieve ervaringen uit het verleden. Maatschappelijke barrières waren de werkdruk en de werkcultuur (10). Hoewel deze studie een interessante kijk geeft op de multipele factoren die huisartsen kunnen afremmen om medische hulp te zoeken, blijven er een aantal belangrijke vraagtekens overeind. Eerst en vooral zijn deze inzichten over huisartsen aan de andere kant van de

wereld, niet zomaar transfereerbaar naar onze eigen huisartsen. Tot op heden zijn er geen gegevens gekend over de situatie in ons eigen gezondheidssysteem.

Om een goede gezondheidszorg voor Vlaamse huisartsen te bekomen is het belangrijk meer inzicht te krijgen in het gedrag van de Vlaamse huisarts. Daarnaast is het mogelijk dat de bovenvermelde studie door zijn focusgroep-design de meer intieme, persoonlijke barrières niet aan het licht kon brengen, o.a. wanneer het specifiek gaat om hulpverlening bij burn-out. Dit project heeft tot doel de aanbeveling 'Elke huisarts zijn eigen huisarts' te toetsen in de praktijk. Hierbij wordt getracht antwoord te vinden op volgende vragen:

(1) Hoeveel huisartsen hebben een huisarts?
(2) Welke barrières ervaren Vlaamse huisartsen bij het raadplegen van eerstelijns gezondheidszorg?
(3) Welke barrières ervaren Vlaamse huisartsen bij het raadplegen van eerstelijns gezondheidszorg voor psychosociale moeilijkheden?

De resultaten van dit onderzoek kunnen een rol spelen in het nagaan hoe gezondheidszorg voor huisartsen meer laagdrempelig kan worden gemaakt en om de huisartsen bewust te maken van hun eigen gezondheid. Zo kan men een interventieplan bekomen op maat van de Vlaamse huisarts.

3.2 METHODE

Om een antwoord te vinden op de verschillende onderzoeksvragen wordt beroep gedaan op verschillende onderzoeksmethoden. Vraag 1 doet appel op een kwantitatieve onderzoeksmethode waarbij werd gekozen voor een vragenlijst. Voor vraag 2 en 3 dient er vertrokken te worden vanuit ervaringen van huisartsen. Daarom werd gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek met interviews.

VRAGENLIJST

Dataverzameling

Om een idee te kunnen hebben hoeveel huisartsen in Vlaanderen een huisarts hebben, werd getracht zoveel mogelijk huisartsen te bevragen via een online-vragenlijst. Hierbij werd gefocust op Vlaamse actieve huisartsen en huisartsen-in-opleiding (haio's). Verschillende huisartsenkringen over heel Vlaanderen werden aangeschreven om via e-mail de vragenlijst te verspreiden onder hun actieve leden. Voor de haio's werd een oproep gedaan via het portaal van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO). Voor het plaatsen van de vragenlijst online werd gebruik gemaakt van www.thesistools.com. De medische-ethische commissie van de Universiteit Antwerpen keurde het onderzoek goed.

In de vragenlijst werd de deelnemer gevraagd naar demografische gegevens, het hebben van een huisarts en het ervaren van barrières. Hierbij kon de deelnemer kiezen uit een reeks barrières en was er vrije ruimte voor aanvullingen hierop. Tot slot werd ook een vragenlijst voor mentaal welbevinden toegevoegd aan de enquête. Er werd gekozen voor de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), een gevalideerd meetinstrument dat peilt naar psychisch gerelateerde klachten. De 4DKL meet vier dimensies van psychische klachten: 'distress', depressie, angst en somatisatie (11, 12). Dit instrument werd toegevoegd met oog op de rekrutering van een studiegroep voor het tweede onderzoeksgedeelte.

Data-analyse

De gegevens werden statistisch verwerkt met het programma IBM SPSS statistics 22. Voor het opsporen van verbanden werd een beschrijvende analyse toegepast met gebruik van de Chikwadraattoets. Een 5% significantieniveau werd gehanteerd.

INTERVIEWS

Dataverzameling

Deze studie werd uitgevoerd door het afnemen van semigestructureerde interviews bij een kleine groep Vlaamse huisartsen. Deze huisartsen werden gerekruteerd via de enquête waarin zij zich vrijwillig beschikbaar stelden voor deelname aan een interview. Bij de rekrutering werd rekening gehouden met de score op de 4DKL. Er werd voorkeur gegeven aan deelnemers met een verhoogde score op de dimensie 'distress' die het spanningsniveau weergeeft. De medische-ethische commissie van de Universiteit Antwerpen keurde het onderzoek goed.

De interviews werden opgenomen met voice-recorder waarbij een vooraf uitgeschreven draaiboek gevolgd. Van alle deelnemers werd informed consent verkregen. Ieder interview werd aangevat met een open vraag waarbij gevraagd werd naar de mening rond de aanbeveling van het KCE waarbij wordt aangemoedigd dat iedere huisarts zijn huisarts zou moeten hebben. Vervolgens werden 3 luiken doorlopen met de huisartsen:

(1) Hoe is de geïnterviewde huisarts als patiënt
(2) Ervaring barrières tot het raadplegen van een huisarts of gezondheidszorg
(3) Samen reflecteren hoe de drempel tot gezondheidszorg voor artsen kan worden verlaagd

Bij de bevraging van de huisarts als patiënt werd rekening gehouden met het hebben van een huisarts of niet. Er werd stilgestaan bij voor- en nadelen van een/geen eigen huisarts, hoe een huisarts te vinden, het kader waarin de huisarts consulteert en zich opstelt als patiënt.

Elke huisarts werd aangemoedigd te spreken vanuit eigen ervaringen en eigen mening. Het volledige draaiboek is terug te vinden in bijlage (zie bijlage 7 & 8).

Studiegroep

Bij het selecteren van de huisartsen werd getracht een gemengde groep (doelgerichte steekproef) te bekomen op vlak van geslacht, leeftijd, type praktijk en het hebben van een eigen huisarts of niet. In het kader van deze ManaMa-thesis stelden we voorop om een 10-tal huisartsen te interviewen. Het was niet mogelijk om het aantal deelnemers te laten afhangen van het bekomen van data-saturatie.

Data-analyse

Voor het analyseren van de data werd gebruik gemaakt van thematische analyse, een kwalitatieve analytische methode. Thematische analyse is een methode die wordt gebruikt om patronen (thema's) te identificeren, analyseren en rapporteren binnen een kwalitatieve dataset (13). Er zijn verschillende manieren om een thematische analyse uit te voeren. Bij dit onderzoek werd gekozen voor een thematische analyse vanuit een constructivistisch perspectief waarbij een iteratief proces van dataverzameling en data-analyse werd toegepast.

De interviews werden volledig uitgeschreven waarbij namen en plaatsen werden geanonimiseerd. Vervolgens werden deze transcripten doorgelezen en fragmenten met betrekking tot de verschillende onderzoeksvragen gemarkeerd en gecodeerd. De benaming van deze codes werd

gekozen zo dicht mogelijk bij de verwoording van geïnterviewde arts (open codes). In een volgende stap werden deze codes gegroepeerd en ontstonden categorieën of wederkerende thema's (14, 15). Om de kwaliteit van de analyse te ondersteunen, werden de eerste 2 interviews met 2 onderzoekers onafhankelijk gecodeerd. De codes werden besproken en aangepast. Ook tijdens het verder coderen en het groeperen van codes vond regelmatig overleg plaats tussen de onderzoekers en de begeleiders. Dit ondersteunde kritische reflectie over het analyseproces en de resultaten (16).

Bij het verwerken van de data werden de barrières uit het onderzoek van Kay et al. (2012) gebruikt als sensitising concepts (10).

3.3 RESULTATEN

VRAGENLIJST

Tussen mei 2014 en december 2014 werd de vragenlijst ingevuld door 192 huisartsen en huisartsen-in-opleiding. De leeftijdsgroep 25+ is het grootst vertegenwoordigd, hoewel dit niet overeenstemming is met de werkelijke leeftijdsverdeling van huisartsen. Toch is het eens zo belangrijk het gedrag van deze jonge generatie huisartsen te bestuderen aangezien zij het huisartsenlandschap van de komende veertig jaar zullen bekleden.

Tabel 6 - Demografische gegevens huisartsen

Kenmerken		
Geslacht	Mannen Vrouwen	79 (41%) 113 (59%)
Leeftijdscategorie	+ 25 jaar + 30 jaar + 40 jaar + 50 jaar + 60 jaar	83 (43%) 26 (14%) 27 (14%) 38 (20%) 18 (9%)
Praktijkvorm	Solopraktijk Duopraktijk Groepspraktijk	44 (23%) 44 (23%) 104 (54%)

Van de ondervraagde huisartsen heeft slechts 42% een vaste huisarts. In de groep met een huisarts consulteert minder dan een vierde op regelmatige basis zijn huisarts.

Van alle ondervraagde huisartsen vertelt 58% een drempel te ervaren om een huisarts te raadplegen. Onder de huisartsen die een drempel ervaren om naar een huisarts te gaan, heeft 63% geen huisarts. Wanneer we de groep huisartsen met een huisarts bekijken, zien we dat 53% van deze groep een drempel ervaart om zijn huisarts te raadplegen.

Tabel 7 - Resultaten vragenlijst

Heeft u een vaste huisarts?	Ja Nee	80 (42%) 112 (58%)
Heeft u een GMD?	Ja Nee	51 (27%) 141 (73%)
Raadpleegt u op regelmatige basis uw huisarts?*	Ja Nee	18 (9%) 61 (32%)
Bespreekt u psychische problemen met uw huisarts?*	Ja Nee	45 (20%) 33 (15%)
Ervaart u soms een drempel om als arts een huisarts te raadplegen?	Ja Nee	112 (58%) 72 (38%)

*deze vragen werden enkel gesteld aan huisartsen met een eigen huisarts

Tabel 8 – Top tien barrières

1. Tevreden met zelfbehandeling	91 (47%)
2. Tijdsgebrek	80 (42%)
3. Ziekte minimaliseren	54 (28%)
4. Schaamte	32 (17%)
5. Schrik voor imagoverlies	29 (15%)
6. Geen geschikte huisarts te vinden	21 (11%)
7. Schrik dat beroepsgeheim niet gerespecteerd zal worden	15 (8%)
8. Geen goede arts-patiëntrelatie met de huisarts	12 (6%)
9. Slechte ervaringen als patiënt	6(3%)
10. Andere:	18 (9%)

De meest aangeduide barrière is de tevredenheid met zelfbehandeling. Gevolgd door tijdsgebrek en het minimaliseren van ziekte (‘nooit niet ziek genoeg zijn’) (zie tabel 8).

Wanneer met behulp van de Chikwadraattoets wordt nagegaan of er een verband is tussen het hebben van een huisarts en het geslacht, zien we dat vrouwen vaker een huisarts hebben. Het resultaat is significant (p-waarde < 0,05).

Er wordt eveneens een relatie gezocht tussen het hebben van een huisarts en de leeftijdscategorie. In de leeftijdsgroep 25+ heeft 53% een eigen huisarts. De leeftijdscategorieën 30+, 40+ en 50+

vertonen allen gelijkaardige cijfers. Waarbij namelijk ca. 33% een huisarts heeft. In de oudste leeftijdscategorie heeft 28% een eigen huisarts. Het resultaat is echter niet statistisch significant met p-waarde 0,09.

INTERVIEWS

In totaal vonden tien interviews plaats bij een doelgerichte steekproef huisartsen (tabel 9). De gesprekken duurden 30 tot 45 minuten. Na analyse werden enkele terugkerende en interessante thema's weerhouden die hieronder afzonderlijk zullen worden besproken.

Tabel 9 - Demografische gegevens huisartsen

Artsen	Geslacht	Leeftijdsgroep	Praktijk	Huisarts	Pathologie	Score 'distress'
Arts 1 *	Vrouw	25+	Groep	Vaste huisarts	Nee	Niet verhoogd
Arts 2	Vrouw	50+	Duo	Meer huisartsen	Nee	Niet verhoogd
Arts 3	Vrouw	30+	Groep	Vaste huisarts	Nee	Matig verhoogd
Arts 4	Man	50+	Groep	Vaste huisarts	Nee	Niet verhoogd
Arts 5	Man	50+	Groep	Vaste huisarts	Nee	Matig verhoogd
Arts 6 *	Vrouw	25+	Solo	Geen huisarts	Ja	Matig verhoogd
Arts 7	Man	25+	Groep	Geen huisarts	Nee	Niet verhoogd
Arts 8	Man	60+	Solo	Geen huisarts	Ja	Matig verhoogd
Arts 9	Vrouw	30+	Duo	Geen huisarts	Nee	Niet verhoogd
Arts 10	Vrouw	40+	Groep	Geen huisarts	Ja	Niet verhoogd

* deze artsen waren haio

Elke huisarts zijn eigen huisarts: een schets van de huidige situatie

In lijn met de vragenlijststudie hebben ook de meeste van de geïnterviewde huisartsen geen eigen huisarts. De meerderheid is eigenlijk zijn eigen huisarts en doet aan zelfbehandeling. Dit impliceert zelfdiagnose, zelfbehandeling en zelfverwijzing. De specialist blijft vaak voor de geïnterviewde huisartsen het eerstvolgende aanspreekpunt bij medische problemen in plaats van een collega-huisarts.

Wat opviel was dat sommige artsen eerst hadden aangeduid een eigen huisarts te hebben, terwijl dit tijdens het interview een andere betekenis had dan initieel gedacht. Ofwel bleek er géén huisarts te zijn, ofwel werd deze huisarts niet ingezet zoals de eerste lijn het voorstelt. De huisarts wordt hierbij vaak louter ingeschakeld als een medium voor het uitvoeren van praktische vaardigheden die de huisarts niet bij zichzelf kan uitvoeren. Vb. bloed nemen, bloeddruk meten, oren uitspuiten, etc. De huisarts krijgt geen begeleidende taak en de huisarts-patiënt blijft zijn eigen gezondheidszorg coördineren.

Hoewel vele huisartsen geen huisarts hebben, wordt de aanbeveling van het KCE bij de meerderheid wel positief onthaald. Verschillende argumenten voor deze aanbeveling werden aangehaald. Vooral het feit dat men zichzelf niet objectief kan beoordelen wordt belicht.

Dr. A:" Ja, objectief kijk je niet naar jezelf zoals anderen je kunnen beoordelen...Eigen gezondheid is iets wat buiten je vak staat. "
Dr. E: "Ik denk dat het een noodzaak is om ook een stukje objectiviteit te kunnen krijgen in de behandeling van de klachten. Ik denk dat wij als huisarts misschien wat teveel geneigd zijn onszelf te behandelen en ook om klachten uit te stellen. En dat biedt dan toch de mogelijkheid, de ruimte, om klachten als patiënt te brengen en niet als collega aan jezelf."
Dr. F: "Eigenlijk ben je voor jezelf de slechtste arts die er is."

Maar hoe komt het dat huisartsen zich wel kunnen vinden in deze aanbeveling en tegelijkertijd zelf geen huisarts hebben? De stap tot het raadplegen van een eigen huisarts blijkt geen eenvoudige stap te zijn. Het blijkt een complexe beslissing te zijn, waarin geworsteld wordt met vele gedachten en barrières.

Barrières tot het raadplegen van de eerste lijn gezondheidszorg

In tabel 10 is een overzicht van alle geanalyseerde barrières terug te vinden. Margaret Kay bracht in haar onderzoek barrières onder in drie categorieën: de patiëntgebonden, de hulpverlenergebonden en de systeemgebonden barrières. Deze categorieën waren hierbij ook terug te vinden. De uitspringende thema's worden hieronder apart besproken.

Tabel 10 - Barrières tot het raadplegen van een huisarts

Categorie	**Subfactoren**
Patiëntgebonden	Schrik de controle te verliezen Het zelf beter weten Schaamte Schuldgevoel naar patiënten en collega's Weet niet waar naar toe Tevreden met zelfbehandeling Moeilijke inschatting van de ernst van de aandoening Moeilijke zelfaanvaarding psychische klachten
Hulpverlenergebonden	Kennis van de beperkingen van huisartsgeneeskunde Schrik voor onbekwame huisarts Niet worden behandeld als een patiënt Makkelijke toegang tot specialisten Huisarts niet eerste keuze bij psychische klachten
Systeemgebonden	Inkomensverlies Werkcultuur: ik mag niet ziek worden

Patiëntgebonden barrières

De touwtjes in eigen handen houden

Deze analyse brengt een opvallende karaktereigenschap van de huisarts in het beeld: het controlerende gedrag van de huisarts. Huisartsen houden graag alles zelf onder controle. En dit wordt ook doorgetrokken naar de eigen gezondheid met zelfdokteren tot gevolg.

Dr. B:" Als ze iets voorstellen, je heb altijd uw eigen mening daarbij. 'Nee hoor dat doe ik niet, ik ga dat wel zo doen' … Misschien ben ik toch wel een moeilijke patiënt."
Dr. C: "Maar wat mijn collega wel zegt, is dat ik graag alles in eigen handen houdt."
Dr. I: "Je weet van jezelf dat jij kwaliteit gaat leveren. Wat dat betreft ben ik beetje pietje precies en perfectionistisch. Want ik weet, hier heb ik het onder controle en daar niet."

Bovenstaande citaten illustreren dat de enige huisarts die de huisarts volledig vertrouwt, hij/zijzelf is. Onder het motto 'wat je zelf doet, doe je beter' dreigt het vertrouwen in elkaar verloren te gaan. Hierdoor krijgt de huisarts van de huisarts (als er al één is) vaak geen kans de taak op zich te nemen.

Dr. E: "Ik heb een aantal collega's die bij mij komen maar waarbij ik zie dat zij het eigenlijk zelf organiseren… Ik krijg wel verslagen. Maar ja. Ik denk dat het ook niet gemakkelijk is huisarts te zijn van een huisarts omdat die zich vaak zelf blijft behandelen ondanks het feit dat je die verslagen krijgt van die collega."

Het is een grote opgave de artsenrol los te laten en de controle aan iemand anders door te geven. De patiëntenrol blijkt een jas te zijn die moeilijk past.

Schaamte

Uit de interviews blijkt dat huisartsen zich vaak toch beschaamd voelen hulp te vragen aan collega's. Het is voornamelijk het kwetsbaar opstellen waarbij de huisarts zich ongemakkelijk voelt: enerzijds het emotioneel kwetsbaar opstellen, anderzijds het risico om medische zwakheden zichtbaar te maken voor collega's.

Dr. C: "Euhm, ik denk gewoon dat het stigma ook een heel grote rol speelt bij artsen van 'oei, wat gaat die van mij denken als ik daar langs ga'. En dat je ook schrik hebt om als debiel versleten te worden als je naar een collega gaat."
Dr. F: "En ik heb ook niet echt de neiging om naar de huisarts te stappen. Dat is toch zo wel een beetje beschamend, ik ben zelf huisarts of toch huisarts-in-opleiding, en ik weet het niet wat ik heb. De drempel is daar wel hoger."
Dr. H: "Ja, zo die privacy. Dat moeten blootgeven aan een collega… Ja er is toch een zekere gêne."

We kunnen concluderen dat eens iets niet weten een taboe is onder de huisartsen en er bestaat ook gêne om tijd van een collega-huisarts op te eisen.

Hulpverlenergebonden barrières

Beperkingen huisartsgeneeskunde

Een drempel die door verschillenden wordt beschreven is het kennen van de grenzen van huisartsgeneeskunde in functie van kennis en kunde. Huisartsen stellen zich vaak de vraag '*Wat zal mijn collega-huisarts nu nog meer kunnen doen?*'. De huisartsen veronderstellen dat een andere huisarts ook niet meer zal weten en ook specialistisch advies zal moeten raadplegen. Ook de idee 'ik ben zelf al de eerste lijn, dus de volgende stap is de tweede?'. Vanuit deze denkwijze wordt vaker gekozen om een specialist te raadplegen in plaats van een huisarts.

Dr. I: "Uiteindelijk zou mijn collega juist hetzelfde doen hé. Hij zou mij toch ook verder doorverwijzen… Omdat als je het zelf niet weet als huisdokter, wat doe je dan voor een patiënt? Je belt toch ook naar de specialist als je het niet weet."

Ook het kennen van de kwaliteitsbeperkingen van de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen speelt hierbij een rol. Er wordt met grote inspanningen gewerkt aan evidence based medicine in de huisartsgeneeskunde maar niet alle huisartsen werken evidence based. Hierdoor twijfelen sommige huisarts-patiënten aan huisartsgeneeskunde als eerste aanspreekpunt voor zichzelf met een negatieve invloed in het vertrouwen in elkaar tot gevolg.

Dr. C:" Ik ga bewust hier in de praktijk omdat ik niet terecht zou willen komen bij zo'n 'pipo' … Ja, en omdat ik die collega's ook ken en weet dat die mij ook kennen. Je weet dat zelf ook als HAIO hoeveel huisartsen er nog antibiotica voorschrijven bij een snotneus. En bij dat type zou ik dus niet terecht willen komen. En ik weet dat dit hier in de praktijk niet is."

We zouden kunnen stellen dat wij als huisartsen ergens verloren zitten tussen eerste en tweede lijn.

De specialist

De snelle toegang tot gespecialiseerde onderzoeken en specialisten liggen mee aan de basis van de koudwatervrees van huisartsen om zich te wenden tot een huisarts. De specialist wil zijn verwijzers ook goed 'soigneren' en de huisarts krijgt hierdoor sneller een voorkeursbehandeling. Maar de vraag wordt gesteld of deze huidige manier van werken wel gezond is? Laten huisartsen op deze manier niet vaker overbodige onderzoeken doen die niet helemaal vanuit een objectief standpunt zijn genomen?

Dr. E: "Want dat is misschien nog de grootste barrière, de grootste valkuil, dat wij als huisartsen onmiddellijk de toegang hebben tot de beste specialisten voor ons op dat moment. Dat je belt en zegt 'ik heb nu dat voor mag ik niet eens langskomen?'. En dat ze zeggen 'ja kom maar direct hé, ik zal u direct zien.' De specialisten die springen voor u. Maar eigenlijk vind ik dat iets perfide … Eigenlijk is dat de grootste oorzaak van de ellende. Dat je geen huisarts hebt omdat de specialisten zo springen voor u als je iets hebt. Dat hoor ik ook van mijn collega's. Ze zeggen 'ik heb hoofdpijn' en de volgende dag liggen zij onder de MRI."

Barrières om te consulteren voor psychische moeilijkheden

Vele hierboven terug te vinden barrières zijn ook van toepassing bij het consulteren voor psychische moeilijkheden. Toch worden enkele drempels aangehaald specifiek bij deze problemen.

Een moeilijk aanvaardingsproces

Huisartsen beschrijven dat het vaak een moeilijke weg is om het hebben van psychische klachten te aanvaarden. Deze moeilijkheid draagt bij tot het uitstellen van consulteren.

Dr. A: "Dus het was voor mij geen probleem dat ik daar niet mee naar toe wil. Ik zou met zo'n type klachten steeds naar een huisarts gaan, ik vind dat de meest aangewezen persoon. Maar ik moest wel voor mezelf over een drempel. Maar ik vraag me af … volgens mij was dat echt een drempel om psychische klachten toe te geven aan mezelf. Om het zelf te aanvaarden."
Dr. F: "Het toegeven ja. Je weet dat wel, maar echt de stap zetten 'nu moet ik er wel iets aan doen, nu moet ik het wel toegeven' ik denk dat dit dikwijls wel heel hoog is."

Dit probleem kan verklaard worden door de nog steeds aanwezige stigmatisering van psychische problemen. Psychische problemen hebben blijft nog steeds een taboe.

De huisarts: niet de eerste keuze bij psychische moeilijkheden

Opvallend is dat slechts enkele van de bevraagde huisartsen hun huisarts zien als het eerste aanspreekpunt bij psychische moeilijkheden. De meesten verkiezen een psycholoog of psychiater boven de huisarts. Het voornaamste argument dat wordt aangehaald is de mening beter geholpen te zullen worden door een psycholoog of psychiater, gezien hun specialisatie in dit soort problemen.

Dr. H: "Ja met de problemen die ik heb gehad ben ik naar een vriend-psychiater geweest omdat je denkt 'die zal mij het beste kunnen helpen'. Die is daar het best voor getraind, die maakt ook beter diagnose. En die zei: 'je kan misschien beter bij een psycholoog gaan'. Dat is die zijn job hé. Daar zit je 45-60 min bij. En na een paar gesprekken zegt die van 'we gaan dat doen of dat'. Maar ja, dat is meer doelgericht hé. Dat is meer specifiek."
Dr. I: "Als ik patiënten doorverwijs naar de psycholoog en krijg ik verslag, dan is dat krak hetzelfde als wat ik gezegd heb tegen de patiënt. Dus uiteindelijk ben ik de goedkoopste psycholoog voor mijn patiënten ook hé. Ja, dus daarom. Ik heb geen nood aan iemand met zelfs misschien minder ervaring dan ik. Dat is het."

Ook is het contextgevoelig. Werkgerelateerde psychische moeilijkheden worden liever niet besproken in een klassiek huisartsenkabinet aangezien dit een te herkenbaar kader is, een kader waarin de problemen zich namelijk voordoen. De huisarts zoekt in zo'n situaties liever naar een nieuwe omgeving om zijn problemen te delen.

Dr. B: "Ik denk dat je dat liever in een meer vriendschappelijke omgeving bespreekt met een collega-arts, tussen pot en pint. Maar niet in een consultatieruimte. Ook omdat je ook al de hele dag in zo'n consultatieruimte zit. Uw werkplaats is dan tegelijk ook uw zorgplaats. Ja, je komt in een herkensituatie. Terwijl een patiënt die komt in een totaal andere omgeving. Waardoor het ook makkelijker over problemen te praten is door de nieuwe omgeving."

Hoewel huisartsen met psychische problemen eerder gespecialiseerde hulp zouden zoeken, vindt de meerderheid de begeleiding van patiënten met een psychisch probleem wel een belangrijke taak van de huisarts. Huisartsen voelen zich dus wel voldoende bekwaam patiënten met psychische problemen te begeleiden maar denken niet dat een andere huisarts hen kan helpen bij dit soort problemen. Dit is tegenstrijdig.

Vlaamse huisarts: klaar voor onafhankelijke huisarts?

We zien dat bij de meerderheid in de groep huisartsen met een huisarts de eigen huisarts een rechtstreekse collega uit de eigen groepspraktijk is. De keuze was hierbij meestal zeer bewust. Het kennen van elkaars opleiding en achtergrond en het kennen van elkaars visie op geneeskunde vinden huisartsen belangrijke eigenschappen. De schrik bestaat buiten de eigen praktijk geen geschikte huisarts te kunnen vinden.

Dr. C:" Ik ga bewust hier in de praktijk omdat ik niet terecht zou willen komen bij zo'n pipo … Ja, en omdat ik die collega's ook ken en weet dat die mij ook kennen. Je weet dat zelf ook als HAIO hoeveel huisartsen er nog antibiotica voorschrijven bij een snotneus. En bij dat type zou ik dus niet terecht willen komen. En ik weet dat dit hier in de praktijk niet is."
Dr. C: "Wat mijn grootste bedenking is, ik zou keiveel schrik hebben dat het een keislechte huisarts zou zijn. We proberen hier in de praktijk echt ons job heel goed te doen. En ik denk dat er nog praktijken zijn waar ze dat doen. Maar ik ken nog andere leden uit de kring waar ik 'no way' naar toe zou willen gaan. En je weet uiteindelijk nooit bij wat voor iemand dat je terecht komt, want dat staat ook niet op het internet."

Het voordeel van een huisarts uit de eigen praktijk is de makkelijke toegang. Wel zijn de huisartsen er zich van bewust dat er ook nadelen hieraan verbonden kunnen zijn, zoals: belangenvermenging en invloed op de professionele relatie. Een huisarts vond het ook moeilijker om te spreken over relationele problemen (vb. relatieproblemen met partner of collega's) omdat de geraadpleegde huisarts hiermee ook een persoonlijke band heeft.

Dr. C: "Met die uitzondering dat het wel hier in de praktijk is, dus dat je eigenlijk altijd wat belangenvermenging hebt. Voor mij is dat op zich geen obstakel, maar ik kan me wel voorstellen dat dit voor de huisarts bij wie je dan bij gaat soms wel lastig is. Dat die toch sommige dingen niet kan zeggen die in de praktijk zijn gezegd. En sommige dingen misschien wel wilt zeggen… Dat is wel een nadeel van een huisarts in de eigen praktijk te hebben."
Dr. E: "Wat wel oké is natuurlijk maar ook niet superoptimaal is. Omdat je die ook veel ziet tussenin voor andere dingen en eigenlijk dat maakt dat je ook een andere inter-professionele relatie hebt. En het is misschien nog beter om, denk ik, iemand te hebben buiten de praktijk. Allez, dat is mijn huisarts hé en dat is voor mij een goede huisarts en ik ga daar niet weggaan. Maar ik denk eerlijk gezegd dat als je een huisarts buiten deze praktijk hebt, dat dit nog beter is."

Geïnterviewde huisartsen zien theoretisch een onafhankelijke huisarts als de betere optie. Maar het is moeilijk deze te vinden voor de huisartsen. Dit wordt ook ervaren door de groep huisartsen zonder een huisarts. In deze groep wilden sommigen wel graag een huisarts en bij voorkeur een onafhankelijke. Maar bij gebrek aan goede informatie over manier van werken via internet en referenties bleef men maar zonder zitten. Wilt men de huisartsen aanzetten een onafhankelijke huisarts te zoeken zal hier meer transparantie tot moeten komen. Want het hebben van een gedeelde visie op geneeskunde vinden huisartsen belangrijk.

Dr. F: "Als je begint na te denken 'wie zou mijn huisarts kunnen zijn?' dan heb ik de huisarts waarbij ik kind was. Maar dat is nu een oude mens ondertussen. Hoe lang gaat die nog werken? En dan iemand die jonger is dan ik, dat is ook wel moeilijk. Dan iemand uit de koepel waar ik nu werk, dat zou ik ook raar vinden. Dan zou ik al iemand moeten hebben die ik echt niet ken maar waar ik mij wel op mijn gemak bij voel. En dan kan je ook niet direct zeggen 'aah die of die'."
Dr. H: "Wie zou je dan moeten pakken? Als je dan een vriend neemt, dat is ook ambetant. Ben je dan een collega of ben je dan een vriend? Zeker als dat een vriend is die je zowat kent. Als je daar gaat, waar is dan de objectiviteit? Maar als je helemaal moet gaan naar iemand die je niet kent dan zal dat waarschijnlijk wel wat objectiever zijn. Maar ja, dan euhm… dan kan je die capaciteiten ook niet weten van die persoon. Ik weet niet hoe dat die werkt, enfin. Dan kan je dat ook niet in volle vertrouwen doen."

Slechts één geïnterviewde huisarts had een eigen vaste onafhankelijke huisarts en onderscheidt zich hiermee van de anderen. Deze werd gevonden via het internet in Nederland. Een duidelijke communicatie over visie op de website is belangrijk.

Dr. A: "Ik heb gekeken op de website, gezien welke artsen werken er? Het was een groepspraktijk met mensen uit verschillende leeftijdscategorieën. En het had een goede indruk op de website. Ik vind het prettig om te weten in welk type van praktijk je komt. Ik las: werken met opleiding, evidence-based, … Ik dacht: 'gho dat is iets waar ik achter sta' en fijn om te weten dat het niet iemand is die op zijn eentje wat zit uit te dokteren."

Hoe gezondheidszorg voor huisartsen promoten en laagdrempelig maken

Huisartsen brachten tijdens het interview verschillende ideeën aan die een mogelijkheid kunnen bieden tot het meer laagdrempelig maken van gezondheidszorg voor huisartsen. Hieronder volgt een synthese van de meest in het oog springende voorstellen. Naast deze ideeën werden ook nog andere

voorstellen aangekaart. Zoals: sensibiliseren, promoten van zelfzorg, ondersteuning van het onderwijs, etc.

Gespecialiseerde huisartsen voor huisartsen

Uit de gesprekken lijkt er wel nood te zijn aan 'speciale' huisartsen voor huisartsen. Hierboven werd reeds aangehaald dat huisartsen het vaak moeilijk hebben een geschikte huisarts te vinden wegens het gebrek aan informatie over de capaciteiten en manier van werken van andere huisartsen. Een speciaal opgeleid huisartsenteam voor huisartsen kan hierbij mogelijk een optie zijn. De idee dat het artsen zijn die voldoen aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden en die ervaring hebben in het begeleiden van collega-huisartsen kan de stap tot een huisarts mogelijk verkleinen.

Dr. A: "Ik weet niet of het voor iedereen nodig zou zijn. Maar het lijkt met toch belangrijk dat die mogelijkheid er is. Dat als er echt speciaal opgeleide artsen zijn waar andere artsen bij terecht kunnen, dat dit wat meer vertrouwen geeft. Ik denk dat er wel behoefte aan is. En ik denk als het er is dat men er toch meer gebruik van gaat maken. Dat ze zich meer gesterkt voelen om daar patiënt te worden. Het idee dat er mensen zijn die daar bewust mee bezig zijn, die daar ervaring mee hebben met het begeleiden van artsen, die uiteraard heel goed omgaan met het beroepsgeheim…"
Dr. F: "Ik denk dat zo een pool van huisartsen misschien wel iets kan zijn … zo een paar artsen die zich daar voor inzetten en je weet dan ook dat die daar geëngageerd voor zijn. Ik denk dat dit een veiliger gevoel creëert dan even in de buurt een huisarts te gaan zoeken … gewoon huisartsen die zo iets hebben van 'ik wil mij daar voor inzetten, ik wil mij daar voor engageren en ik ga mij in die pool zetten'. Het hoeven niet artsen te zijn die zich enkel bezig houden met huisartsen. Die mogen ook een praktijk daarnaast hebben. Maar ik denk dat dit wel iets zou zijn."

Promoten van de voordelen van eigen huisarts

De huisartsen met een eigen huisarts hadden allen zeer positieve ervaringen en ondervonden vele voordelen van het hebben van hun eigen huisarts. En deze voordelen die een eigen huisarts je kan bieden zouden meer in de verf gezet mogen worden. Volgende voordelen worden aangehaald wanneer huisartsen spreken over het contact met hun huisarts: verheldering, geruststelling, de ruimte om eens de patiënt te zijn, bewaking van preventieve acties, ...

Dr. A: "Maar waarom het voor mij extra fijn voelde, was als je iemand onafhankelijk hebt, die objectief kan kijken wat er in jouw leven speelt, waar drukpunten liggen, waar moeilijkheden liggen …dat is echt verrijkend."
Dr. E: "Ja, en bijvoorbeeld regelmatig naar je huisarts kunnen gaan zonder dat je klachten hebt. Maar een gesprek en kijken hoe kunnen we in dit zware beroep, maar ook fantastische beroep, hoe kunnen we in dit zware beroep goed overeind blijven. Dat heb ik als een heel groot voordeel ondervonden."

Misschien nog wel het grootste voordeel is de warmte die huisartsgeneeskunde ons kan bieden waarin patiënten als een geheel worden beschouwd. Deze manier van werken is nog steeds uniek aan huisartsgeneeskunde en onderscheidt zich van de tweede lijn.

Dr. E: "Ja wat ook een heel belangrijk insteek is, en dat klinkt misschien heel soft, maar dat een huisarts helemaal iets anders is dan een specialist in het ziekenhuis. Dat een huisarts gewoon heel hartelijk en menselijk met je samenwerkt. En echt een huisarts is. En dat vindt ik eigenlijk ook een belangrijk insteekpunt. Die hartelijkheid, die warmte van dat menselijk contact met een gewone dokter als interface met dat ziekenhuis."

Arbeidsgeneeskunde voor huisartsen

Het organiseren van arbeidsgeneeskunde voor huisartsen wordt enkele keren aangehaald als een optie tot het verlagen van de drempel tot gezondheidszorg. Dit is een alternatief voorstel dat ook het KCE in haar rapport aanhaalt ter bevordering van gezondheidszorg voor huisartsen. Deze diensten kunnen voornamelijk een rol spelen in de vroegtijdige opsporing en preventie van psychologische en lichamelijke problemen.

Dr. G: "Dus ja, daar ligt eerder het probleem bij de burn-out denk ik, dat mensen zichzelf niet genoeg in bescherming kunnen nemen. Wat dat betreft zou een soort arbeidsdienst er moeten zijn voor huisartsen waarbij ze zeggen 'ja zoveel uur mag je bij wijze van spreken maken' en dan houdt het bij wijze van spreken op. Dat ze er niet overheen gaan."

Hoewel in het rapport van KCE benadrukt wordt dat deelname aan arbeidsgeneeskundige acties op vrijwillige basis dienen te gebeuren, wordt hier voorstel gedaan er toch een verplichting aan vast te maken. Omdat de weestand vaak het grootst is in de groep die het meest kwetsbaar is. Om dit aan te moedigen kan eventueel gebruik worden gemaakt van het uitdelen van accrediteringspunten bij deelname.

Dr. C: "Ja op mijn leeftijd nu niet maar ik denk dat het misschien wel zinvol zou zijn als ik één keer om de drie jaar zou gaan. Maar ik kan me wel voorstellen dat eens dat je 50 jaar bent dat je jaarlijks, zoals dat je jaarlijks naar een LOK moet gaan, dat je jaarlijks naar zo'n dienst zou gaan en dat je daar 2 punten voor krijgt ofzo."

2.4 DISCUSSIE

Zelfzorg is een term die tegenwoordig niet meer weg te denken is uit het artsenberoep. Want kan je een goede huisarts voor je patiënten zijn als je niet eerst voor jezelf zorgt? Het lijkt een eenvoudige aanbeveling 'iedere huisarts aanmoedigen een eigen huisarts te nemen'. Maar dit onderzoek toont aan dat het complexer is en er nog veel inspanningen geleverd zullen moeten worden om dit actiepunt tot leven te roepen.

Met deze studie wordt er voor het eerst onderzoek gedaan naar de huisarts als patiënt in Vlaanderen. Ons onderzoek bevestigt de barrières die in vorig onderzoek naar boven kwamen en brengt daarnaast ook vele nieuwe, interessante elementen aan.

Met behulp van de resultaten uit de vragenlijst en de interviews concluderen we dat momenteel weinig huisartsen een huisarts hebben in Vlaanderen. Slechts 4 op 10 van de huisartsen heeft een eigen huisarts. Het aantal huisartsen dat echt een eigen huisarts heeft is vermoedelijk lager dan boven wordt beschreven. Bij de interviews werd namelijk opgemerkt dat sommige artsen eerst hadden aangeduid een eigen huisarts te hebben terwijl dit tijdens de ondervraging een andere betekenis bleek te hebben.

De meerderheid doet echter aan zelfbehandeling gevoed door o.a. het zelfcontrolerende karakter van de huisarts onder het motto: 'wat je zelf doet, doe je beter'. Maar ook de stap om naar de huisarts te gaan, is voor huisartsen geen eenvoudige stap. Van alle ondervraagde huisartsen vertelt meer dan de helft een drempel te ervaren om een huisarts te raadplegen, en dit geldt ook voor de groep die wél een eigen huisarts heeft.

We ondervinden dat huisartsen zich vaak beschaamd voelen om naar een huisarts te gaan. Eens iets niet weten wordt als een soort falen bezien. Huisartsen weten ook niet altijd goed waar een geschikte huisarts te vinden. Dit wordt als een barrière aangeduid door 10% van de huisartsen in de vragenlijst. Dit is verschillend met de bevindingen uit de interviews waarin talloze aanwijzingen zijn

hiervoor. Huisartsen blijven vaak zonder een huisarts zitten omdat ze geen goede informatie vinden over de manier van werken en de visie op geneeskunde van collega's. Het hebben van een gedeelde visie op geneeskunde vinden huisartsen belangrijk. En tot slot voelt de huisarts zich verloren tussen eerste en tweede lijn.

Vergelijking van de resultaten met de literatuur

Zoals wordt beschreven in de literatuur toont ook deze studie aan dat het fenomeen van zelfbehandeling ook erg is ingebed in de artsencultuur in Vlaanderen. Zelfbehandeling is algemeen aanvaard zeker als het aankomt op banale aandoeningen. Uit de resultaten van de vragenlijst blijkt dat zelfbehandeling de nummer één reden is om geen huisarts te raadplegen. Analyse van de interviews toont aan dat huisartsen zichzelf medicatie voorschrijven en zichzelf verwijzen voor onderzoeken of de specialist. De eerste lijn wordt hierbij gepasseerd, zelfs heeft de huisarts een eigen huisarts. Dit patroon wordt ook beschreven in de literatuurstudie.

De stelling van Margaret Kay dat huisartsen problemen ervaren om hulp te zoeken bij medische problemen wordt hier ook bevestigd (8, 10).
De afzonderlijke barrières die in dit onderzoek worden beschreven vertonen parallellen met deze welke reeds beschreven werden in de literatuur. De geïdentificeerde barrières leren ons meer over wat leeft onder de huisartsen in Vlaanderen. Naar voor springende barrières in dit onderzoek zijn: schaamte, zelfcontrole en niet weten waar een huisarts te zoeken. Angst de controle te verliezen werd niet beschreven in het onderzoek van Kay et al. in 2012 en onderscheidt zich hier met het Australisch onderzoek. Wel is deze barrière terug te vinden in de review van Kay et al. in 2008 waarbij dit werd beschreven in slechts 2 Amerikaanse onderzoeken (8).

Wat betreft de barrières voor consulteren bij psychische problematiek leert dit onderzoek dat het voor huisartsen vaak een moeilijke weg is om het hebben van psychische klachten te aanvaarden. Deze barrière was niet terug te vinden in de literatuurstudie.
Frappant is dat net zoals in de literatuur wordt beschreven, de meerderheid van de huisartsen de huisarts niet zien als eerste aanspreekpunt bij psychische problemen, hoewel het KCE net de huisarts als een spilfiguur in de begeleiding van psychische problemen naar voor brengt. Tegenstrijdig is dat huisartsen het wel een belangrijke taak vinden patiënten te begeleiden bij psychische problemen en zich hierin voldoende bekwaam schatten. Maar als het voor zichzelf is, zouden ze niet in eerste instantie kiezen om zich te laten helpen door een huisarts.

Sterktes en beperkingen van deze studie

Dit onderzoek leidde tot enkele boeiende nieuwe inzichten in het domein van de huisarts als patiënt in het Vlaamse landschap. Er was een mooie verdeling van de studiepopulatie op verschillende gebieden (geslacht, leeftijd en solo-/groepspraktijken) voor zowel de vragenlijst als de interviews.
Met behulp van de vragenlijst en de interviews wordt er voor het eerst het gedrag van de huisarts als patiënt in Vlaanderen in kaart gebracht.
Voor de interviews werd bewust gekozen voor individuele interviews wat een sterkte is van dit onderzoeksproject. Dit is verschillend met het onderzoek van Margaret Kay in 2012 waarbij gebruik werd gemaakt van focusgroepen (10). Door te kiezen voor individuele interviews werd veiligheid gecreëerd voor de ondervraagde arts waardoor de kans werd gegeven vrijer te spreken over persoonlijke verhalen.

Alle gesprekken werden tijdens de data-analyse door drie onderzoekers onderworpen aan een kritische reflectie. Zo konden de thema's vanuit verschillende invalshoeken worden beschouwd en bijgesteld. Dat de thesisstudent tot de jonge generatie huisartsen behoort heeft ongetwijfeld een rol gespeeld bij de interpretatie van de resultaten en er werd hierover gereflecteerd.

Toch kampte het onderzoek met enkele beperkingen. Het aantal deelnemers, voornamelijk wat betreft de interviews, kent een beperkte grootte. Een grotere en meer gevarieerde studiepopulatie had tot nog meer inzichten kunnen leiden of reeds opgedane inzichten kunnen uitdiepen. De onderzoekers waren onderworpen aan de beperktheden van een ManaMa-setting waarbij gewerkt moest worden in een korte tijdspanne. Het had interessant geweest konden we ook de geïnterviewde artsen longitudinaal opvolgen. Zo konden zij bijvoorbeeld op ziekte-momenten worden bevraagd en hun gedrag worden geobserveerd. Ook de beperkte ervaring met het afnemen van interviews door de thesisstudent kan de uitdieping van thema's tijdens de interviews benadeeld hebben. Hieraan werd tegemoet gekomen door intermittente feedback van de ervaren promotoren op de interviewstijl.

Aanbevelingen voor de praktijk

Er is veel verandering op til in de huisartsgeneeskunde en we staan voor grote uitdagingen de komende jaren. We willen gaan voor meer kwaliteit, meer evidence based medicine, meer laagdrempelige zorg, meer multidisciplinaire samenwerking, patiënten zijn mondiger en veeleisender, de vergrijzing van de bevolking, we zullen allemaal langer moeten werken en tegelijk willen we een fijn (gezins)leven, ontspanning en het onderhouden van vriendschappen. Willen we als huisarts het hoofd boven water houden en willen we er staan als een stevige eerste lijn zullen we goed voor onszelf moeten zorgen. En zullen we goed voor elkaar moeten zorgen op alle vlakken, fysiek en psychisch. Het hebben van een eigen huisarts als huisarts kan hierbij helpen en biedt vele voordelen.
Vanuit dit debat rond zelfzorg en vanuit de voordelen van een eigen huisarts lijkt het belangrijk de aanbeveling van het KCE verder aan te moedigen.
Het is een mogelijkheid om huisartsen te sensibiliseren door ze bijvoorbeeld te belonen. Een idee dat werd aangereikt bij de interviews was het toekennen van accrediteringspunten. Het behalen van accrediteringspunten voor zelfzorg bijvoorbeeld: het openen van een GMD, het laten uitvoeren van een GMD+, …

Willen we huisartsen aanzetten een huisarts te zoeken (en dan nog bij voorkeur een onafhankelijke) zal er meer transparantie moeten komen over manier van werken en visie op geneeskunde. Bijvoorbeeld door alle huisartsenpraktijken aan te moedigen een visietekst te plaatsen op hun website.
De schaamte die huisartsen ervaren om een collega-huisarts te raadplegen is eveneens een grote barrière. Het is een taboe die belangrijk is om te doorbreken. Onderwijs kan hierbij een rol spelen door al tijdens de opleiding geneeskunde studenten aan te moedigen hun medische problemen en verhalen te delen. Ook training van artsen-in-opleiding in de begeleiding van arts-collega's en hen bewust maken over de onzekerheden waar de arts-patiënt mee worstelt. Het zoeken van eerste lijn gezondheidszorg wordt zo normaal gedrag voor een arts.

Vervolgens bevelen we het oprichten van een 'anderhalve lijn' aan, een speciaal huisartsenteam voor huisartsen. Belangrijk is dat dit huisartsenteam voldoet aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden. Zo lijkt het belangrijk dat deze huisartsen een speciale training hebben genoten in de begeleiding van huisartsen, dat zij uiterst zorgvuldig omgaan met het beroepsgeheim en is het belangrijk dat zij wetenschappelijk verantwoord te werk gaan. Er bestaan reeds initiatieven waar artsen terecht kunnen bij psychosociale problemen. Zoals: Doctors4Doctors (D4D) en Arts in Nood.
Doctors4Doctors (D4D) is een organisatie voor en door artsen waar artsen terecht kunnen met psychosociale problemen zoals burn-out. D4D gelooft erin dat structurele omkadering/ondersteuning en preventieve acties kunnen voorkomen dat artsen gaan disfunctioneren. En wilt hierbij een zichtbaar en laagdrempelig aanspreekpunt zijn voor artsen die het moeilijk hebben. Daarom werd een website gecreëerd waarop artsen informatie kunnen vinden en waar discreet vragen kunnen worden gesteld. De focus van D4D ligt voornamelijk bij ziektepreventie waarbij zelfzorg een absolute voorwaarde is (17).
Arts in Nood van de Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen van de Orde van Geneesheren wil de collega in psychische nood die er behoefte aan heeft een vertrouwenspersoon te contacteren, bijstaan. De vertrouwenspersoon geeft steun en toeverlaat aan de betrokken arts en probeert, zo nodig, de arts te leiden naar een meer structurele oplossing van zijn problemen (18).
Een speciaal huisartsenteam voor huisartsen kan in samenwerking met één (of beide) van deze initiatieven.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Dit thesisproject is een eerste aanzet in het domein 'de huisarts als patiënt'. Dit was een verkennend onderzoek naar hoe de Vlaamse huisarts kijkt naar de aanbeveling 'iedere huisarts zijn eigen huisarts' van het KCE en de barrières die ervaren worden om naar een huisarts te gaan. Gelijkaardig onderzoek met longitudinale opvolging van huisartsen kan tot nog meer inzichten leiden in het gedrag van de Vlaamse huisarts als patiënt.
Om deze cultuurverandering mee op gang te brengen, lijkt het ook interessant het gegeven 'iedere huisarts een eigen huisarts' nog meer wetenschappelijk te onderbouwen. Een vergelijkende studie in het psychosociaal welbevinden tussen huisartsen met en zonder een eigen huisarts is hierbij een voorbeeld.

2.5 CONCLUSIE

Weinig Vlaamse huisartsen hebben een eigen huisarts. Nochtans is zelfzorg een cruciale voorwaarde om de gezondheid van huisartsen te bewaken. Het rapport 'burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak' van het KCE haalt het belang van de optimalisering van zelfzorg aan en moedigt hierbij de huisarts aan tot het nemen van een eigen huisarts. Dit lijkt een eenvoudige aanbeveling maar blijkt een complexe beslissing te zijn voor de huisarts. Verschillende barrières kwamen in deze studie aan het licht.

Zo houdt de huisarts graag de touwtjes in eigen handen waardoor men voornamelijk enkel zichzelf vertrouwt. Het is een grote opgave de artsenrol los te laten en de controle aan iemand anders door te geven. De patiëntenrol blijkt een jas te zijn die moeilijk past.

Hiernaast is er ook de schaamte die huisartsen ervaren om een collega te raadplegen. Jezelf (medisch) kwetsbaar opstellen is een taboe. Onderwijs kan hierbij een rol spelen door al tijdens de opleiding studenten aan te moedigen bij medische problemen naar een huisarts te gaan.

Huisartsen weten ook niet altijd goed waar een geschikte huisarts te vinden. Het hebben van een gedeelde visie op geneeskunde vinden huisartsen belangrijk. Maar over deze visie en manier van werken van collega's is er meestal geen goede informatie te vinden. Het aanmoedigen van meer transparantie hierover lijkt een belangrijke zet.
En tot slot wordt beschreven dat de huisarts zich vaak verloren voelt tussen eerste en tweede lijn. Enerzijds door de vernoemde schaamte, anderzijds doordat huisartsen veronderstellen dat een andere huisarts ook niet meer zal weten. Vanuit deze denkwijze wordt vaker gekozen om een specialist te raadplegen in plaats van een huisarts. Er blijkt een nood te zijn voor een 'anderhalve lijn': huisartsen voor huisartsen.

Dit thesisproject was een eerste verkennend onderzoek naar het gedrag van de Vlaamse huisarts als patiënt en hoe er wordt gekeken naar de aanbeveling 'iedere huisarts zijn eigen huisarts'. Verder onderzoek is nodig om dit onderwerp en mogelijke oplossingen verder uit te diepen om zo een cultuurverandering helpen te bekomen. Want willen we er staan als een stevige eerste lijn, zullen we goed voor onszelf en elkaar moeten zorgen.

2.6 BRONNENLIJST

1. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009 Nov 14;374(9702):1714-21.
2. Dyrbye LN, Massie FS Jr., Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. JAMA. 2010 Sep 15;304(11):1173-80.
3. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, mijn patiëntgerichtheid is bedreigd! . Huisarts Nu. 2011;40(2):70-8.
4. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, et al. . Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg;2011: KCE reports 165A.
5. Chen JY, Tse EY, Lam TP, Li DK, Chao DV, Kwan CW. Doctors' personal health care choices: a cross-sectional survey in a mixed public/private setting. BMC Public Health. 2008;8(183):1471-2458.
6. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. Med J Aust. 2003 Sep 15;179(6):302-5.
7. McKevitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. J Public Health Med. 1997 Sep;19(3):295-300.
8. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract. 2008 Jul;58(552):501-8.
9. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. Scand J Public Health. 2002;30(2):125-32.
10. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Frank E. Developing a framework for understanding doctors' health access: a qualitative study of Australian GPs. Aust J Prim Health. 2012;18(2):158-65.
11. Terluin B, Terluin M, Prince K, van Marwijk H. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts & Wetenschap. 2008;51(5):251-5.
12. Terluin B, van Marwijk HW, Ader HJ, de Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-

report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry. 2006;6:34.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.
14. Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek: Boom Lemma Uitgevers; 2005.
15. Fraeyman J. AS, Peremans L., Bastiaens H. Het gebruik van diagrammen tijdens de data-analyse: een stapsgewijze methode voor (beginnende) onderzoekers. Kwalon. 2014;19(3):83-91.
16. Malterud K. Qualitative research: standards,challenges,and guidelines. Lancet. 2001;356:483–88.
17. Doctors4doctors. Beschikbaar via: *www.doctors4doctors.be* (laatst geraadpleegd op 28 april 2015).
18. Arts in nood. Beschikbaar via: *https://doctors4doctors.wordpress.com/partners-2/*(laatst geraadpleegd op 28 april 2015).

4. Bijlagen

BIJLAGE 1: Goedkeuring ethische commissie

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. H. BASTIAENS

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Arts als patiënt: Barrières tot gezondheidszorg. (master-na-master Femke Delporte)

datum: 14/04/2014
ons kenmerk: 14/14/168
contactpersoon: Annelies Van Looy / Kim
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 14/04/2014.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 1 versie 1/04/2014
- Protocol versie 1 versie 1/04/2014
- Vragenlijst versie 1 versie 1/04/2014
- Diverse
  - Draaiboek Interview - De huisarts met een huisarts, versie 1 dd. 1/04/2014
  - Draaiboek Interview - De huisarts zonder een huisarts, versie 1 dd. 1/04/2014
- CV onderzoeker Dr. F. Delporte

De volgende opmerkingen weden nog geformuleerd:
1) Indien enkel de onderzoekers de identiteit van de patiënt kennen, worden de gegevens gecodeerd verwerkt. In dit geval heeft de deelnemer recht op inzage in de over hem verzamelde gegevens en heeft hij het recht zich terug te trekken uit de studie. Gelieve dit dan ook nog te vermelden.

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. MICHIELSEN
Waarnemend voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. F. DELPORTE, Universiteit Antwerpen - Master Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

BIJLAGE 2: Protocol

1. INLEIDING

Burn-out bij huisartsen is een toenemende problematiek. Naar aanleiding hiervan voerde het KCE een studie over burn-out bij huisartsen en kreeg het onderwerp al heel wat aandacht in o.a. HuisartsNU en de Artsenkrant. Het KCE-rapport bracht verschillende aanbevelingen naar voor in de preventie en vroegdetectie van burn-out waaronder deze aanbeveling: “Elke arts zou een eigen huisarts moeten hebben”. [1,2]

Het is alom gekend dat (huis)artsen niet de beste patiënten zijn. Dit door o.a. het grote rollenconflict waar de arts als patiënt mee wordt geconfronteerd. Toch is het in het belang van niet enkel de arts maar ook van de patiënten en het geven van een goede gezondheidszorg dat de (huis)arts in goede fysieke en mentale gezondheid verkeert.

De aanbeveling dat iedere arts een eigen huisarts zou moeten zoeken is een eerste stap in de preventie en vroegopsporing van burn-out. Maar ook in de preventie en begeleiding van andere problemen die vaak bij artsen worden gezien, zoals: alcoholmisbruik, depressie of preventie in het algemeen. Maar hoe is het in de praktijk? Hoeveel huisartsen hebben een eigen huisarts?

Een tweede stap is nagaan hoe we deze aanbeveling van theorie kunnen omzetten in praktijk. Om dit te realiseren lijkt het ons belangrijk daarom te verkennen hoe de aanbeveling wordt onthaald bij de huisartsen en na te gaan hoe het komt dat de huisartsen geen huisarts hebben of niet naar hun huisarts gaan. Wat zijn de barrières voor het raadplegen van gezondheidszorg bij de Belgische (huis)artsen? En meer gespecificeerd wat zijn deze barrières als het aankomt op psychosociale hulpverlening? Rond dit onderwerp is er immers nog niet veel literatuur.

2. ONDERZOEKSVRAGEN EN -DOEL

Dit onderzoek heeft tot doel de aanbeveling “Elke huisarts zijn eigen huisarts” te toetsen in de praktijk en antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen:

1. Hoeveel huisartsen hebben een eigen huisarts?
2. Wat zijn barrières tot het raadplegen van eerstelijns gezondheidszorg bij de Vlaamse huisarts?
3. Wat zijn barrières tot het raadplegen van eerstelijns gezondheidszorg rond psychosociale moeilijkheden bij de Vlaamse huisarts? En verschilt dit met vraag 2?

Deze verzamelde gegevens kunnen een rol spelen in het nagaan hoe gezondheidszorg voor huisartsen meer laagdrempelig kan worden gemaakt en om de huisartsen bewust te maken van deze problematiek.

3. MATERIAAL EN METHODEN

Dit onderzoek wordt opgesplitst in twee delen. Deel 1 waarbij met behulp van een vragenlijst naar een antwoord wordt gezocht op vraag 1 en waarbij barrières bevraagd worden. In deel 2 van het onderzoek wordt met behulp van diepte-interview dieper in gegaan op de materie om zo de barrières beter in kaart te brengen.

3.1. DEEL 1: VRAGENLIJST

3.1.1. STUDIEPOPULATIE EN REKRUTERING

Voor het eerste luik van deze masterproef wordt getracht zoveel mogelijk huisartsen te includeren in het onderzoek om een zo representatief mogelijk beeld te krijgen van de huidige situatie in Vlaanderen. We beperken ons in dit onderzoek tot Vlaamse actieve huisartsen of huisartsen-in-opleiding. Deze zullen worden uitgenodigd om op vrijwillige basis deel te nemen aan de studie via gekende grote kanalen. Voorbeelden zoals: Domus Medica, het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen in Opleiding (ICHO) of de regionale huisartsenkringen. Na goedkeuring van het ethisch comité zullen deze kanalen worden aangesproken met de vraag de vragenlijst te verspreiden onder de Vlaamse huisartsen en HAIO's.

3.1.2. DATAVERZAMELING

Voor het eerste onderzoeksluik zullen de gerekruteerde huisartsen worden gevraagd een online enquête in te vullen (zie bijlage 2: vragenlijst enquête).

In deze vragenlijst worden demografische gegevens verzameld, gegevens over het profiel van de arts als patiënt, etc. Hiernaast werd ook een schaal voor mentaal welbevinden toegevoegd aan de enquête. Dit met het oog op het tweede luik van dit onderzoeksproject. In dit tweede luik wordt er gestreefd interviews af te nemen bij artsen die worstelen met psychosociale moeilijkheden. De toegevoegde schaal heeft tot doel de beoogde doelgroep te selecteren (zie 3.2.1.). Er werd gekozen voor de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). De keuze van deze schaal wordt hieronder besproken.

Op het einde van deze enquête zal aan de deelnemende huisartsen de vraag worden gesteld of zij geïnteresseerd zijn deel te nemen aan onderzoek dat dieper in gaat op de barrières bij hulpverlening (bij psychosociale problemen). Indien zij hiertoe bereid zijn, kunnen zij via de online enquête hun contactgegevens achterlaten. Indien de huisarts beslist zijn/haar gegevens achter te laten, zal vertrouwelijk worden omgegaan met deze gegevens zodat enkel de onderzoeker de identiteit van deelnemers kennen.

3.1.2.1. VIERDIMENSIONELE KLACHTENLIJST (4DKL)

In de psychologie en psychiatrie zijn verschillende vragenlijsten terug te vinden die depressie, angst, burn-out, etc. scoren. Vele van deze schalen focussen zich vaak echter op één ziektebeeld of diagnose. Voor dit onderzoek zochten we naar een ruimer omvattende schaal die metaal functioneren of mentaal welbevinden scoort. Schalen die met behulp van literatuurstudie gevonden werden, waren: General Health Questionnaire (GHQ), The Werwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS), Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), Outcome Rating Scale (ORS), etc.
Rekening houdende met de lengte van deze vragenlijsten, de validatie, betrouwbaarheid, gratis gebruik voor wetenschappelijk onderzoek en gebruik in de kliniek kwam de 4DKL als interessantste naar voor. [3]

De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een vragenlijst die werd ontwikkeld in de huisartsenpraktijk door Terluin et al. (1996) in een onderzoek naar surmenage. De 4DKL bestaat uit 50 vragen die diverse klachten en verschijnselen bevraagd van de afgelopen week. Deze vragenlijst heeft tot doel psychosociale klachten te onderscheiden van depressieve en angststoornissen, om de ernst van het lijden te kwantificeren en om somatisatieklachten te signaleren. De 4DKL meet vier dimensies van psychische klachten: distress, depressie, angst en somatisatie. Distress is een aspecifieke maat voor de ernst van psychisch lijden, depressie en angst zijn specifieke symptomen

van ernstige depressieve en angststoornissen, somatisatie staat voor het ervaren van lichamelijke spanningklachten en de neiging daar ongerust over te zijn. [3-5]

De 4DKL is Nederlandstalig en is gratis voor niet-commercieel gebruik zoals in de zorg en bij wetenschappelijk onderzoek.

Studies tonen een hoge interne consistentie (Cronbach's alpha: 0,84-0,94) [5]. De constructvaliditeit van de 4DKL is goed. Er worden hoge correlaties gevonden met relevante instrumenten (r= 0,71-0,82) [3,6]. De criteriumvaliditeit is goed. Schalen 'distress' en 'depressie' zijn goed in staat psychosociale diagnosen en de diagnose depressie te voorspellen. Schalen 'angst' en 'somatisatie' voorspellen matig diagnosen angst en somatisatie [3].

Met behulp van deze schaal kunnen huisartsen die worstelen met psychosociale moeilijkheden worden geselecteerd. Alle huisartsen met een matig verhoogde score per schaal komen hiervoor in aanmerking. Lage scores behoeven geen speciale aandacht, het gaat dan doorgaans om normale spanningen waarbij het functioneren van de patiënt niet in het geding is. Matig verhoogde scores zijn een signaal dat er iets aan de hand kan zijn [4].

3.1.3. DATAVERWERKING

Beschrijvende analyse van de gegevens uit de vragenlijsten.

3.2. DEEL 2: INTERVIEW

3.2.1. STUDIEPOPULATIE EN REKRUTERING

Luik twee heeft tot doel na te gaan wat barrières zijn bij (Vlaamse) huisartsen om eerstelijns gezondheidszorg te raadplegen. We focussen ons meer bepaald als het op de psychosociale problemen. Voor dit deel van het onderzoek is het daarom interessant artsen te rekruteren die worstelen met deze problemen. We willen doelbewust kiezen voor huisartsen die worstelen met psychosociale problemen en nog niet burn-out zijn. Deze keuze is gekomen omdat waarschijnlijk net in deze overgangsfase de behandelende huisarts een cruciale rol speelt in de vroegopsporing. Het is namelijk deze groep die nood heeft benaderd te worden om een vroegtijdige behandeling op te starten en een burn-out met disfunctioneren te voorkomen.

We zijn er ons van bewust dat het verzamelen van deze specifieke groep huisartsen niet evident is. Aangezien niet iedereen hier openlijk voor wenst uit te komen. Daarom is het idee ontstaan om te trachten deze specifieke groep te rekruteren met behulp van de dataverzameling van 'Deel 1' van dit onderzoek. Dit door aan de voorgaande enquête een schaal voor mentaal welbevinden te koppelen. Er werd gekozen voor de Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL) (zie 3.1.2.1.). De huisartsen die deelnemen aan deze enquête zullen worden verzocht deze schaal in te vullen. Uitgaande van de resultaten van deze schaal kunnen de huisartsen die worstelen met psychosociale problemen worden geselecteerd. De artsen die in de enquête te kennen gaven bereid zijn deel te nemen aan het verdere verloop van het onderzoek, kunnen via hun doorgegeven contactgegevens gecontacteerd worden voor rekrutering. Er wordt gestreefd om op deze manier een tiental huisartsen te rekruteren voor dit luik van het onderzoek. Bij voorkeur zal er worden beoogd hierbij een mix van mannen en vrouwen, jong en oud en artsen werkzaam in solo- en groepspraktijk te selecteren. De keuze hierin zal echter afhangen van de graad van respons.

3.2.2. DATAVERZAMELING

De gerekruteerde huisartsen worden uitgenodigd voor een semi-gestructureerd interview waarbij een vooraf uitgeschreven 'draaiboek' wordt gevolgd (zie bijlage 5 en 6). Iedere geïncludeerde studiepersoon geeft zijn geïnformeerde schriftelijke en mondelinge toestemming bij aanvang van het interview (informed consent: zie bijlage 3 en 4). Het interview zal worden vastgelegd via geluidsopname en notities van de interviewer.

3.2.3. DATAVERWERKING

De verkregen informatie wordt na het interview gecodeerd en geanonimiseerd zodat bij rapportering van resultaten op geen enkele manier de identiteit van de geïnterviewde arts kan worden getraceerd. De interviews zullen thematisch geanalyseerd worden.

Bij afloop van het onderzoek zullen interviewnotities en geluidsopnames worden vernietigd.

4. TIMEMANAGEMENT

Start van het onderzoek 1 mei 2014. Eindtijd voorzien op 31 december 2014.

5. BRONNEN

1. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, Kacenelenbogen N, Offermans A-M, Pierart J, Kohn L. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. KCE reports 165 A.
2. Matthijs N. Het Kostuum zit niet lekker meer: interview over burn-out en de identiteit van de huisarts. Huisarts Nu. 2013; 42(5): 222-224.
3. van Beljouw I.M.J., Verhaak P.F.M. Geschikte uitkomstmaten voor routinematige registratie door eerstelijnspsychologen. NIVEL 2010.
4. Terluin B., Terluin M., Prince K., van Marwijk H. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts en Wetenschap. 2008; 51(5): 251-255.
5. Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Huisarts en Wetenschap. 1996; 39(12): 538-547.
6. Terluin B., van Harwijk H., Adér H., de Vet H., Penninx B, Hermens M., van Boeijen C., van Balkom A., van der Klink J., Stalman W. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry. 2006; 6: 34.

BIJLAGE 3: Vragenlijst

Beste collega,

Ik ben dr. Femke Delporte, ik ben huisarts-in-opleiding aan de Universiteit Antwerpen. In de media duiken steeds vaker verontrustende berichten op over de toenemende problematiek van burn-out bij huisartsen. In een recent rapport van het KCE rond dit onderwerp kwam o.a. volgende aanbeveling naar voor: 'Elke huisarts zou zijn eigen huisarts moeten hebben'.

De aanbeveling dat iedere arts een eigen huisarts zou moeten zoeken is een eerste stap in de preventie en vroegopsporing van burn-out. Maar het is ook alom gekend dat (huis)artsen niet de beste patiënten zijn en niet graag in deze rol kruipen. Hoeveel huisartsen hebben dus een eigen huisarts? Raadplegen huisartsen ook daadwerkelijk hun huisarts? En wat zijn mogelijk barrières die huisartsen ervaren om eerstelijns gezondheidszorg te raadplegen?

Dit heeft mij er toe gebracht voor mijn eindwerk, noodzakelijk voor het behalen van een diploma Master in de huisartsgeneeskunde, onderzoek te voeren naar "De arts als patiënt: barrières tot gezondheidszorg". Daarbij willen we in het bijzonder het profiel van de Vlaamse huisarts als patiënt nader bestuderen en verkennen hoe de aanbeveling wordt onthaald. Bijkomend hopen we met dit onderzoeksproject de huisartsen bewust te maken van hun huidige rol als patiënt. Eveneens kan de verzamelde informatie een rol spelen in het nagaan hoe gezondheidszorg voor huisartsen meer laagdrempelig kan worden gemaakt.

Uw bijdrage als huisarts is van groot belang in dit onderzoek. Mag ik daarom een kwartiertje van uw tijd vragen om via bijgevoegde link de online-vragenlijst in te vullen?

In het kader van dit onderzoek plan ik ook één-op-één interviews te doen bij verschillende huisartsen om dieper in te gaan in deze materie en vnl. de barrières die artsen ervaren te verkennen. Indien u geïnteresseerd bent in het onderzoeksproject of bereid bent deel te nemen aan een interview kan u steeds geheel vrijblijvend uw contactgegevens nalaten. Vertrouwelijke omgang met deze informatie wordt gegarandeerd zodat enkel de onderzoeker uw identiteit kennen.

Indien u vragen heeft, kan u me of mijn promotor bereiken via onderstaande contactgegevens.

Ik wens u reeds bij voorbaat te danken voor uw deelname aan het onderzoek,

Dr. Femke Delporte - huisarts-in-opleiding
Onderwijsstraat 5 – 2540 Hove, 0474/90.16.23
femke.delporte@student.uantwerpen.be
Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens
Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg
Universiteit Antwerpen
Universiteitsplein 1 - 2610 Antwerpen, 03/265 29 43
hilde.bastiaens@uantwerpen.be

1. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

Geslacht:	○ Man	○ Vrouw					
Provincie:	○ Antwerpen	○ Limburg	○ Oost-Vlaanderen		○ West-Vlaanderen	○ Vlaams-Brabant	
Leeftijdsgroep:	○ 25+	○ 30+	○ 40+	○ 50+	○ 60+		
Praktijk:	○ solopraktijk	○ duopraktijk	○ groepspraktijk				
Werkuren:	○ ≤30 uren	○ 31-40 uren	○ 41-59 uren	○ ≥60 uren			
Patiënten/dag:	○ <5	○ 5-10	○ 11-20	○ 21-30	○ 31-40	○ 41-50	○ >50

2. VRAGEN

2.1. De huisarts en zijn huisarts

Heeft u een vaste huisarts?	○ ja	○ nee
Heeft u een GMD?	○ ja	○ nee

Indien de huisarts een huisarts heeft verschijnen volgende vragen:

Raadpleegt u op regelmatige basis uw huisarts?	○ ja	○ nee
Bespreekt u fysieke problemen met uw huisarts?	○ ja	○ nee
Bespreekt u psychische moeilijkheden met uw huisarts?	○ ja	○ nee
Bespreekt u relationele problemen met uw huisarts?	○ ja	○ nee
Bespreekt u seksuele problemen met uw huisarts?	○ ja	○ nee

Wat voor relatie heeft u met uw huisarts?

○ mijn huisarts is een persoonlijke vriend
○ mijn huisarts is een studiegenoot
○ mijn huisarts is een rechtsreeks collega uit de groepspraktijk
○ mijn huisarts is een collega uit de huisartsenkring
○ andere: …

2.2. De huisarts als patiënt

Raadpleegt u op formele wijze uw huisarts zoals elke andere patiënt? ○ ja ○ nee
Raadpleegt eerder op informele wijze uw huisarts? ○ ja ○ nee

2.3. Barrières voor het raadplegen van de huisarts

Ervaart u soms een drempel om als arts een huisarts te raadplegen? ○ ja ○ nee

Maken één of meerdere van volgende opgesomde factoren deel uit van deze drempel?

○ geen geschikte huisarts te vinden
○ geen goede arts-patiëntrelatie met de huisarts
○ schaamte
○ tijdsgebrek
○ schrik dat beroepsgeheim niet gerespecteerd zal worden
○ schrik voor imagoverlies
○ slechte ervaringen als patiënt
○ ziekte minimaliseren
○ tevreden met zelfbehandeling
○ andere: …

2.4. Psychisch welbevinden van de Vlaamse huisarts

Tot slot willen we graag met behulp van een gevalideerde vragenlijst 'Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), het psychisch welbevinden meten bij de huisartsen. Deze vragenlijst bestaat uit 50 items waarbij verschillende klachten of verschijnselen die u mogelijk hebt, worden bevraagd. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.

	Nee	Soms	Regelmatig	Vaak	Heel vaak
Hebt u de afgelopen week last van:					
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?	o	o	o	o	o
2. pijnlijke spieren?	o	o	o	o	o
3. flauw vallen?	o	o	o	o	o
4. pijn in de nek?	o	o	o	o	o
5. pijn in de rug?	o	o	o	o	o
6. overmatige transpiratie?	o	o	o	o	o
7. hartkloppingen?	o	o	o	o	o
8. hoofdpijn?	o	o	o	o	o
9. een opgeblazen gevoel in de buik?	o	o	o	o	o
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien?	o	o	o	o	o
11. benauwdheid?	o	o	o	o	o
12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is?	o	o	o	o	o
Hebt u de afgelopen week last van:					
13. pijn in de buik of maagstreek?	o	o	o	o	o
14. tintelingen in de vingers?	o	o	o	o	o
15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	o	o	o	o	o
16. pijn in de borst?	o	o	o	o	o
17. neerslachtigheid?	o	o	o	o	o
18. zomaar plotseling schrikken?	o	o	o	o	o
19. piekeren?	o	o	o	o	o
20. onrustig slapen?	o	o	o	o	o
21. onbestemde angst-gevoelens?	o	o	o	o	o
22. lusteloosheid?	o	o	o	o	o
23. beven in gezelschap van andere mensen?	o	o	o	o	o

24. angst- of paniek-aanvallen?	o	o	o	o	o
Voelt u zich de afgelopen week :					
25. gespannen?	o	o	o	o	o
26. snel geïrriteerd?	o	o	o	o	o
27. angstig?	o	o	o	o	o
Hebt u de afgelopen week het gevoel:					
28. dat alles zinloos is?	o	o	o	o	o
29. dat u tot niets meer kunt komen?	o	o	o	o	o
30. dat het leven niet de moeite waard is?	o	o	o	o	o
31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen?	o	o	o	o	o
32. dat u 't niet meer aankunt?	o	o	o	o	o
33. dat het beter zou zijn als u maar dood was?	o	o	o	o	o
34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben?	o	o	o	o	o
35. dat er geen uitweg is uit uw situatie?	o	o	o	o	o
36. dat u er niet meer tegenop kunt?	o	o	o	o	o
37. dat u nergens meer zin in hebt?	o	o	o	o	o
Hebt u de afgelopen week :					
38. moeite met helder denken?	o	o	o	o	o
39. moeite om in slaap te komen?	o	o	o	o	o
40. angst om alleen het huis uit te gaan?	o	o	o	o	o
Bent u de afgelopen week :					
41. snel emotioneel?	o	o	o	o	o
42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang					

zou hoeven te zijn?(bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)	○	○	○	○	○
43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams?	○	○	○	○	○
44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?	○	○	○	○	○
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?	○	○	○	○	○
46. Denkt u de afgelopen week weleens “was ik maar dood”?	○	○	○	○	○
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt?	○	○	○	○	○
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten?	○	○	○	○	○
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt?	○	○	○	○	○
50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen?	○	○	○	○	

3. CONTACTGEGEVENS

Bent u geïnteresseerd deel te nemen aan het verder verloop van dit onderzoeksproject met behulp van een interview? ○ ja ○ nee

Zo ja, verschijnt een pop-up voor het invoeren van de contactgegevens.

Wenst u graag op de hoogte te worden gehouden van de resultaten van dit onderzoek? ○ ja ○ nee

Zo ja, verschijnt een pop-up voor het invoeren van de contactgegevens.

BIJLAGE 4: Scoreformulier voor de 4DKL

'nee' = score 0

'soms'= score 1

'regelmatig' of vaker = score 2

17		28		18		1	
19		30		21		2	
20		33		23		3	
22		34		24		4	
25		35		27		5	
26		46		40		6	
29				42		7	
31				43		8	
32				44		9	
36				45		10	
37				49		11	
38				50		12	
39						13	
41						14	
47						15	
48						16	

	Distress	**Depressie**	**Angst**	**Somatisatie**
Interpretatie:				
Matig verhoogd:	>10	>2	>7	>10
Sterk verhoogd:	>20	>5	>12	

BIJLAGE 5: Informatiebrief interview

Beste collega,

In de media duiken steeds vaker verontrustende berichten op over de toenemende problematiek van burn-out bij huisartsen. In een recent rapport van het KCE rond dit onderwerp kwam o.a. volgende aanbeveling naar voor: 'Elke huisarts zou zijn eigen huisarts moeten hebben'.

De aanbeveling dat iedere arts een eigen huisarts zou moeten zoeken is een eerste stap in de preventie en vroegdetectie van burn-out. Maar hoeveel huisartsen hebben een eigen huisarts?

Vervolgens is het alom gekend dat (huis)artsen niet de beste patiënten zijn en niet graag in deze rol kruipen. Het is als het waren een rollenconflict. Om de huisartsen er toe aan te zetten deze aanbeveling te volgen, moet in eerste instantie worden nagegaan wat artsen hiervan vinden en hoe het komt dat huisartsen geen huisarts hebben of niet naar hun huisarts gaan. Wat zijn de barrières voor het raadplegen van gezondheidszorg bij de Belgische huisartsen? En meer gespecificeerd wat zijn deze barrières als het aankomt op psychosociale hulpverlening?

Dit onderzoek heeft tot doel een antwoord te vinden op deze vragen. Bijkomend hopen we met deze resultaten de huisartsen bewust te maken van hun huidige rol als patiënt. Eveneens kan de verzamelde informatie een rol spelen in het nagaan hoe gezondheidszorg voor huisartsen meer laagdrempelig kan worden gemaakt.

Dit onderzoek maakt tevens deel uit van mijn eindwerk noodzakelijk voor het behalen van een diploma Master in de huisartsgeneeskunde met de titel : **'arts als patiënt: barrières tot gezondheidszorg'.**

Met behulp van een één-op-één interview zullen er vragen worden gesteld over het profiel van de huisarts als patiënt, de barrières die huisartsen al dan niet ervaren en over de noden van de huisarts als patiënt. Het gesprek zal maximum 1 uur bedragen. De bevraging zal door mezelf worden gedaan. De gesprekken zullen worden opgenomen en uitgeschreven .De resultaten van de bevraging worden enkel gebruikt in het kader van deze studie en persoonlijke gegevens worden vernietigd. Dit alles gebeurt volgens de ethische regels met vrijwaren van de privacy en het beroepsgeheim conform de wet van 7/5/2004. Alle gegevens worden voor de verdere analyse geanonimiseerd. Het onderzoek werd goedgekeurd door de commissie medische ethiek van de Universiteit Antwerpen.

Indien u akkoord gaat deel te nemen aan dit onderzoek, vraag ik u het formulier in bijlage te ondertekenen.

U hebt het recht te weigeren en u hebt het recht uw deelname aan de studie op elk moment te onderbreken. U hebt recht om informatie te vragen over de procedures en het onderzoeksproject die in dit document beschreven worden. De resultaten van het onderzoek worden gebundeld in een onderzoeksrapport. U hebt steeds inzagerecht tot deze resultaten. Indien u vragen heeft, kan u me of mijn promotor bereiken via onderstaande contactgegevens.

Ik wens u reeds bij voorbaat te danken voor uw deelname aan het onderzoek,

Dr. Femke Delporte – huisarts-in-opleiding
Onderwijsstraat 5 – 2540 Hove
0474/90.16.23
femke.delporte@student.uantwerpen.be

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens
Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg.
Universiteit Antwerpen
Universiteitsplein 1, B2610 Antwerpen 03/265 29 43
hilde.bastiaens@uantwerpen.be

BIJLAGE 6: Informed consent interview

Titel onderzoek:
De arts als patiënt: barrières tot gezondheidszorg

Universiteit Antwerpen

Ik heb informatie gekregen, gelezen en begrepen over dit onderzoek.

Ik neem deel aan dit onderzoek en werd geïnformeerd dat ik mij ten allen tijde mag terugtrekken tijdens dit onderzoek.

Ik werd op de hoogte gebracht van mijn recht op informatie en inzagerecht.

'Ik ben akkoord deel te nemen aan deze studie.'

Naam + handtekening van de deelnemende huisarts

Datum _____

Verklaring van de projectcoördinatoren:
De projectcoördinatoren zijn verantwoordelijk om dit onderzoeksprogramma uit te voeren volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document en de informatiebrief.

Handtekening projectcoördinatoren

Datum _____

Projectcoördinatoren:

Dr. Femke Delporte, huisarts-in-opleiding, Onderwijsstraat 5, 2540 Hove, 0474/90.16.23

Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg, Universiteit Antwerpen, Universiteitsplein 1, 2610 Antwerpen, 03/265.29.43

BIJLAGE 7: Draaiboek semi-gestructureerd interview – de huisarts met een huisarts

1. INLEIDING

Allereerst zou ik u willen bedanken voor uw **tijd** en uw **bereidwilligheid om aan dit interview deel te nemen.**

Ik ben dr. Femke Delporte, huisarts-in-opleiding aan de Universiteit Antwerpen. Samen met prof. dr. Hilde Bastiaens doe ik onderzoek naar de arts als patiënt en de barrières tot gezondheidszorg. Het onderzoek bestaat uit twee delen. Ten eerste willen we deze materie verkennen met behulp van vragenlijsten en te weten komen **hoeveel huisartsen een huisarts hebben**. Dit vulde u reeds in waarvoor dank. Ten tweede zouden we graag met interviews dieper ingaan op dit onderwerp en te weten willen komen **welke drempels huisartsen ervaren tot het raadplegen van een collega-huisarts als het aankomt op psychosociale problemen**.

Rond dit onderwerp is er immers nog **niet zoveel literatuur**.

U zou ons **enorm helpen** door gewoon **uw eigen mening** te geven, uw eigen **ervaringen** te delen. Er bestaan geen goede of slechte antwoorden.

We hadden op voorhand afgesproken dat dit interview ongeveer **1u** zou duren, is dit nog steeds **mogelijk** voor u?

Nu volgen **enkele puntjes** die ik graag op voorhand nog even had overlopen. Als ik af en toe eens op mijn blad kijk, is dit dan ook omdat ik niets wil vergeten.

- Zoals reeds vermeld wordt dit interview ook **opgenomen**. Alleen (of Enkel) de onderzoekers zullen het interview beluisteren.
- Indien er later in een rapport 'quotes' gebruikt worden van dit interview, dan zal dat altijd zo verwoord worden dat uw identiteit op geen enkele manier traceerbaar is. Ook als u bijvoorbeeld concrete namen of plaatsen vermeldt, zullen die anoniem gemaakt worden.
- **Uw privacy** zal beschermd blijven en indien de resultaten van het onderzoek gepubliceerd worden, kan u deze altijd opvragen.
- U kan ook ten allen tijde het **gesprek beëindigen**.

Zoals voor elk onderzoek hebben we ook voor deze interviews goedkeuring gevraagd en gekregen van de Ethische Commissie. Hetgeen ik zojuist verteld heb staat hier in **het informed consent**. Ik zou u willen vragen dit document te ondertekenen omdat we dit nodig hebben voor de ethische commissie.

Dan zijn we nu klaar met de praktische kant.

Bent u akkoord om onder deze voorwaarden aan het gesprek te beginnen?

2. SCRIPT

2.1 ICE BREAKER

Wat vindt u van het idee dat elke huisarts zijn eigen huisarts zou hebben?

2.2 DE HUISARTS ALS PATIËNT

In het eerste deel van het interview wil ik graag samen met u bekijken hoe u bent als patiënt. In de enquête vulde u in een eigen vaste huisarts te hebben. Klopt dit?

- Ervaart u voordelen van een eigen huisarts te hebben?
- Ervaart u nadelen van een eigen huisarts te hebben?
- In welk kader verloopt een consultatie als u naar uw huisarts gaat?
    - Formeel:
        - Wachten in de wachtzaal
        - In het kabinet van de huisarts
        - Betalen aan het einde van het consult
    - Informeel:
        - Afspraak buiten de uren van de geraadpleegde huisarts
        - Tussen pot en pint
- Hoe voelt u zich bij de rol als patiënt? Kan u een voorbeeld geven?
- Hoe bewaakt u uw rol als patiënt? Kan u eventueel een voorbeeld geven?

2.3 BARRIERES

In dit deel van het interview zou ik graag even willen stil staan bij mogelijke barrières.

- Ervaart u soms een drempel om uw huisarts te raadplegen? Het helpt hierbij vaak even terug te denken aan een moment dat u ernstig ziek was of aan een moment waarbij u twijfelde een arts te raadplegen.
- Welke factoren spelen hier een rol bij? Wat maakt dat u gaat? Wat maakt dat u niet gaat?

Vbn.

- Geen goede huisarts te vinden
- Geen goede arts-patiëntrelatie met de huisarts
- Tijdsgebrek
- Schaamte
- Schrik dat beroepsgeheim niet gerespecteerd zal worden
- Slechte ervaringen
- Ziekte minimaliseren
- Tevreden met zelfbehandeling

- Zijn genoemde redenen ook van toepassing voor het raadplegen van psychische moeilijkheden? Eventueel met een voorbeeld.
    - Is het moeilijker?
        - Zo ja, wat maakt het voor u moeilijker?
    - Is het makkelijker?
        - Zo ja, wat maakt het makkelijker?

2.4 NODEN VAN DE HUISARTS

In het laatste deel van het interview zou ik graag met u willen stilstaan bij de noden van de huisarts om de drempel naar de eigen huisarts te verlagen.

- Wat zou voor u de drempel kunnen verlagen?
- Vond u het gemakkelijk een eigen huisarts te vinden?
- Wat zoekt u in een huisarts?
- Is het belangrijk voor u dat uw eigen huisarts een persoonlijke vriend/rechtstreekse collega/collega uit de kring is? Of juist niet?
- Wat vindt u van het idee van 'gespecialiseerde' huisartsen die huisartsen begeleiden bij problemen?
- Bent u gekend met initiatieven?
    - Bent u gekend met 'Docors4Doctors'?
- Heeft u nog tips of ideeën om de drempel naar de huisarts te verlagen?

2.5 AFRONDEN

We hebben een aantal topics rond de arts als patiënt besproken. Zijn er nog andere elementen die u graag had willen bespreken?

Bedanken

BIJLAGE 8: Draaiboek semi-gestructureerd interview – de huisarts zonder een huisarts

1. INLEIDING

Idem inleiding interview draaiboek – de huisarts met een huisarts.

2.SCRIPT

2.1. ICE BREAKER

Wat vindt u van het idee dat elke huisarts zijn eigen huisarts zou hebben?

2.2. DE HUISARTS ALS PATIËNT

In het eerste deel van het interview wil ik graag het profiel van de huisarts als patiënt bekijken. In de enquête vulde u in geen eigen vaste huisarts te hebben. Klopt dit?

- Is dit een bewuste keuze?
- Hoe raadpleegt u op dit moment gezondheidszorg?
    - Zelfbehandeling
    - Specialist raadplegen
- Denkt u er wel eens aan eigen huisarts te zoeken?

    - Zijn er bepaalde redenen die u tegenhouden?
- Wat zouden voordelen kunnen zijn van een eigen huisarts te hebben?
- Wat zouden nadelen kunnen zijn van een eigen huisarts te hebben?
- Hoe voelt u zich bij de rol als patiënt?

2.3. BARRIERES

In dit deel van het interview zou ik graag even willen stil staan bij mogelijke barrières:

- Ervaart u soms een drempel om een huisarts te nemen?
    - Kan u een concreet voorbeeld geven?
- Welke factoren spelen hier een rol bij? Vbn.
    - Geen goede huisarts te vinden
    - Tijdsgebrek
    - Schaamte
    - Schrik dat beroepsgeheim niet gerespecteerd zal worden
    - Slechte ervaringen
    - Ziekte minimaliseren
    - Tevreden met zelfbehandeling
- Zou u psychische moeilijkheden bespreken met een huisarts?
    - Is het moeilijker?
        - Zo ja, wat maakt het voor u moeilijker?
        - Verschillen de barrières hierbij met bovengenoemde barrières?
    - Is het makkelijker?
        - Zo ja, wat maakt het makkelijker?

2.4. NODEN VAN DE HUISARTS

In het laatste deel van het interview zou ik graag met u willen stilstaan bij de noden van de huisarts om de drempel naar de eigen huisarts te verlagen.

- Is het belangrijk voor u dat uw eigen huisarts een persoonlijke vriend/rechtstreekse collega/collega uit de kring is? Of juist niet?
- Wat vindt u van het idee van ‘gespecialiseerde’ huisartsen die huisartsen begeleiden bij problemen?
- Bent u gekend met initiatieven?
    - Bent u gekend met ‘Docors4Doctors’?
- Heeft u nog tips of ideeën om de drempel naar de huisarts te verlagen?

2.5. AFRONDEN

We hebben een aantal topics rond de arts als patiënt besproken. Zijn er nog andere elementen die u graag had willen bespreken?

Bedanken.