De huisarts: van wieg tot het graf of slechts begeleidende passant?

Wat wordt van de huisarts verwacht door de hedendaagse patiënt?

de Mûelenaere Lisa, Universiteit Gent

Promotor: Anthierens Sibyl, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Remmen Roy, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Mijn speciale dank gaat uit naar Ann-Sophie Haghedooren, die mij niet alleen tijdens de twee jaar opleiding als HAIO, maar gedurende de volledige artsenopleiding heeft bijgestaan. Verdere dank gaat uit naar mijn ouders, zij gaven mij de kans om deze studie aan te vangen en hebben mij de volledige opleiding gesteund. Ik wil ook mijn dankbaarheid uitdrukken naar mijn praktijkopleiders Uyttendaele Luc, Van Renterghem Eric en Van Renterghem Arne voor de ondersteuning doorheen mijn HAIO opleiding. Tenslotte wil ik graag mijn promotor Anthierens Sibyl bedanken, voor het in goede banen leiden van dit onderzoek, het geduld dat zij opbracht voor het beantwoorden van al mijn vragen en de helpende hand in het ondernemen van kwalitatief onderzoek.

Inhoudstafel

Abstract

Inleiding

Literatuurstudie

BESCHRIJVING GEGEVENSVERZAMELING LITERATUURONDERZOEK 3

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE 3

KWALITEITSZORG: WAT DENKEN WE AL TE WETEN? 3

Kwaliteitsgarantie 4

Patient-centered care 5

onderzoek naar patient centered care 6

CONCLUSIE LITERATUURONDERZOEK 11

Methode

BESCHRIJVING ONDERZOEKSDESIGN 12

OPSTELLING SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS 12

GEGEVENSVERZAMELING INTERVIEWS 12

GEGEVENSVERWERKING 13

Resultaten

BESCHRIJVING DEELNEMERS 14

ANALYSE 15

THEMA'S NA ANALYSE 15

UITWERKING THEMA'S 16

Arts-patiëntrelatie en communicatie 16

'de gevoelsmatige klik' 16

ervaring 25

organisatie praktijk 26

arts als gatekeeper 33

arts als coördinator? 35

WAT BEPAALT DE UITEINDELIJKE KEUZE VOOR EEN ARTS? 36

ontevredenheid en medische fouten 36

keuze van (andere) huisarts? 38

Bespreking

Conclusie

Referenties

Bijlages

Abstract

HAIO: de Mûelenaere Lisa

promotor: Anthierens Sibyl

ICHO masterproef/universiteit gent

praktijkopleider: Uyttendaele Luc (jaar 1); Van Renterghem Eric, Van Renterghem Arne (jaar 2)

Context Er wordt continu gestreefd naar de beste kwaliteit van zorg. Hierbij wordt getracht aandacht te hebben voor een patiëntgerichte zorg die aangepast is aan de verwachtingen van patiënten. Voor het nagaan van de inhoud van deze verwachtingen is ondertussen een kluwen aan onderzoeken ontstaan, waarvan de opstelling echter zeer vaak vanuit het zorgverlenersperspectief komt. Binnen dit onderzoek wordt getracht de focus terug te richten naar de gebruiker zelf, namelijk de patiënt.

Onderzoeksvraag Wat verwacht de patiënt van zijn of haar huisarts? Via patiëntenbelevingen en ervaringen worden binnen dit onderzoek de voornaamste patiëntenverwachtingen naar voren gebracht.

Methode Er wordt gebruik gemaakt van een descriptief kwalitatief onderzoeksopzet. Als methode werd gekozen voor semigestructureerde interviews waarin individuele ervaringen en belevingen van patiënten werden nagevraagd. Deze interviews werden vervolgens thematisch gecodeerd.

Resultaten Vijf grote thema's bleken belangrijk: arts-patiëntrelatie en communicatie, ervaring, praktijkorganisatie, huisarts als gatekeeper en gecoördineerde zorg. Het belangrijkste thema is arts-patiëntrelatie en communicatie. Andere thema's blijken ondergeschikt aan het thema arts-patiëntrelatie en slechts een combinatie van verschillende ontevredenheden hierin zou patiënten aanzetten tot breuk met hun huisarts. Het merendeel van ontevredenheden zijn te vinden in het thema praktijkorganisatie, waarbij een efficiënte organisatie van zorg wordt verwacht en geappreciëerd.

Conclusie De vertrouwensrelatie tussen patiënt en huisarts is nog steeds de basis voor een mogelijk langdurig samenwerken. Vaak is het zo dat als dit vertrouwen goed zit, een patiënt geneigd zal zijn langer bij die arts te blijven. Andere belangrijke thema's zijn: ervaring, praktijkorganisatie, huisarts als gatekeeper van zorg en organisatie van gecoördineerde zorg.

Inleiding

Wanneer we naar de gezondheidszorg kijken wordt het steeds duidelijker dat de eerste lijn een heel belangrijke factor is voor de kwaliteit van de totale zorgsector. Verschillende studies hebben namelijk aangetoond dat er een heel sterke correlatie bestaat tussen een sterke eerste lijn en een goed totaalpakket van gezondheidszorg ([1], [2]).

Dus: hoe beter de eerstelijnsgeneeskunde, hoe beter de gezondheidszorg algemeen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze eerste lijn continu evolueert, om zo een blijvend hoge kwaliteit van gezondheidszorg te kunnen garanderen. In de loop der jaren zijn reeds duidelijke accentverschuivingen opgetreden, die zowel voor de patiënt als voor de zorgverstrekker opvallend aanwezig zijn. Wanneer we de rol van de huisarts binnen deze eerste lijn van wat naderbij bekijken, zien we dat de vroegere huisarts qua opleiding heel ziekte gericht was en dat deze ook een belangrijke autoriteit had. De huidige actieve arts is dan weer meer vertrouwd met termen als patiëntenagenda en *shared decision making*. De organisatie van deze eerste lijn is nog steeds een heel dynamisch gegeven, met een continue verschuiving van de taken van de huisarts en de andere zorgprofessionals ([3]) . Deze evolueert steeds meer van solist naar teamspeler. Hierbij blijkt communicatie tussen de zorgverleners belangrijker dan ooit. Denk maar aan het ontstaan van meer en meer (grote) groepspraktijken, een toename van het aantal wachtposten, informatie uitwisseling via eHealth en noem maar op.

Dit zijn veel veranderingen in het streven naar de beste kwaliteit van zorg. Bij het evolueren van zorg is het belangrijk aandacht te hebben voor een patiëntgerichte zorg. Deze zorg dient dus aangepast te zijn aan de verwachtingen van patiënten. Maar wat verwachten patiënten nu juist van hun huisarts?

Er werden reeds ontelbare tools ontwikkeld om deze noden te bevragen, vaak aan de hand van tevredenheidsonderzoeken. Een opvallend gegeven in veel van deze onderzoeken, is het volgende: om een patiënten perspectief weer te geven wordt zeer vaak gewerkt vanuit het zorgverstrekkersperspectief ([4]). Vaak worden de zorgverleners bevraagd naar de noden van

hun patiënten en wanneer het toch de patiënten zelf zijn die bevraagd worden, gebeurt dit vaak door middel van instrumenten ontwikkeld door die verstrekkers. De noden en verwachtingen van patiënten binnen deze studies zijn dus eerder een afspiegeling van wat de zorgverlener denkt belangrijk te zijn, eerder dan van de gebruiker. Binnen dit onderzoek wordt getracht de focus terug te richten naar de gebruiker zelf, namelijk de patiënt.

Wat verwacht de patiënt van zijn of haar huisarts? Via patiëntenbelevingen en ervaringen worden binnen dit onderzoek de voornaamste patiëntenverwachtingen naar voren gebracht. Deze verwachtingen kunnen belangrijk zijn als focuspunten voor individuele parktijken, alsook voor verder onderzoek naar de algemene kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg.

Literatuurstudie

Beschrijving gegevensverzameling literatuuronderzoek

www.icho-info.be: vorige masterproeven gescreend op de termen ‘verwachtingen patiënten’, hier werden 651 resultaten gevonden, met name toegespitst op specifieke patiëntenpopulaties. Bij invoeren van de term ‘algemene verwachtingen van patiënten’ bleken 4 resultaten beschikbaar.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed: er werden geen limieten ingesteld. Er werd gezocht op de termen ‘patiënt expectations’, ‘family medicine expecations’, ‘primary care expectations’, ‘quality of primary care’, ‘patient satisfaction’.

Google scholar: hier werden zowel een aantal Engelstalige als Nederlandstalige artikelen gevonden, de laatste onder termen ‘patiëntenverwachtingen eerste lijn’, ‘klachten patiënten’, ‘tevredenheid eerste lijn’, ‘kwalitatief onderzoek eerste lijn’.

Met behulp van deze bronnen werd via crossreference verder gezocht op volgende termen: ‘patient centered care’, ‘EUROPEP’, ‘Canmeds primary medicine’, ‘

Resultaten literatuurstudie

Kwaliteitszorg: wat denken we al te weten?

Voor het nastreven van een sterke eerste lijn worden natuurlijk een aantal kwaliteitscriteria nagestreefd. Alvorens ons onderzoek te starten, is het belangrijk na te gaan welke kwaliteitscriteria momenteel worden gehanteerd en waarop deze zijn gebaseerd. Deze tonen immers hoe het concept ‘de ideale huisarts’ er vandaag de dag uitziet. Op deze manier kan een inschatting worden gemaakt in hoeverre de verwachtingen die patiënten binnen dit onderzoek aangeven, overeenkomen met de huidige standaarden.

Kwaliteitsgarantie

Een eerste veel gebruikte opdeling van de kwaliteiten van een arts is deze van de Canmeds. Deze indeling werd ontwikkeld in Canada, oorspronkelijk vanuit een specialistisch standpunt. Later werd deze visie opengetrokken naar alle artsen ([5]).

De indeling omvat zeven competenties die elke arts zou moeten bezitten. De ontwikkeling ervan gebeurde begin de jaren negentig. Op dat moment was er een enorme boost van de wetenschappelijke kennis binnen de geneeskunde en daarnaast werden ook de sociale verantwoordelijkheden van een arts meer en meer belangrijk ([5]). Er werd dus nagedacht over de kwaliteitsnormen van de arts van de toekomst. De competenties die toen werden opgesteld, worden weergegeven in onderstaande figuur:



([6])

Internationaal wordt deze lijst nu voornamelijk in artsenopleidingen gebruikt om studenten te scoren voor competenties als arts in alle veelzijdigheid van het beroep. Elke arts zou dus bij het beëindigen van zijn opleiding deze basiscompetenties moeten beheersen, om kwalitatieve zorg te kunnen geven ([7]).

Een alternatieve vaak gebruikte indeling voor de competenties van de eerste lijn is de CCCA:

- Comprehensive of alomvattend: elk gezondheidsprobleem bij elke patiënt op elke leeftijd
- Coordinatie: connectie voorzien tussen alle gezondheidszorgdomeinen
- Continuiteit: Over de tijd, zorgen voor de juiste zorg op het juiste moment
- Accessible (toegankelijk): voor elk probleem en zo weinig mogelijk obstakels voor goede zorg ([8])

Patient-centered care

De term *Patient-centered care* (hierna PCC) werd reeds in de jaren zestig geïntroduceerd, namelijk door Michael en Enid Balint, beide psychoanalytici ([9]).

De term wordt wereldwijd gebruikt, alhoewel een sluitende definitie ervan tot nog toe ontbreekt. Wat de Balints omschreven als ‘ het trachten te begrijpen van de patiënt als een unieke persoon’, ging over in ‘het proberen verplaatsen in het hoofd van de patiënt om de ziekte door diens ogen te zien’ en werd uiteindelijk een eindeloos kluwen van concepten en definities. De term wordt jammer genoeg vaak foutief gebruikt. Niet elke vernieuwing kan zomaar *patient centered* genoemd worden. Zo is het gebruiken van een elektronisch dossier pas *patient centered* indien dit ook gebruikt wordt om de patiënt beter te begeleiden als belanghebbend individu ([10]).

Een belangrijke opmerking is dat *Patient Centered Care* niet betekent zomaar aannemen dat aan elke wens van de patiënt moet worden voldaan. Het betekent een partnership waarbij elke deelnemer zijn eigen competenties heeft. Het is gevaarlijk zomaar aan te nemen dat in elke omstandigheid wat de patiënt denkt te willen, ook daadwerkelijk is wat hij/zij nodig heeft. Het zomaar op vraag voorschrijven van een bepaald medicijn zonder grondige reden, kan moeilijk goede geneeskunde worden genoemd. Maar het kan mogelijks wel leiden tot een tevreden patiënt.

De belangrijkste waarde binnen PCC ligt dus in de zorg voor een patiënt volgens diens eigen voorwaarden, met respect voor het individu([10]). Het trainen van artsen in het aansturen van patiënten als actieve deelnemers in een consultatie is daarbij van groot belang.

Waarom is PCC ook voor de gezondheidszorg zelf van zo'n groot belang? Aandacht geven aan een benadering vanuit het oogpunt van PCC lijkt te leiden tot minder klachten voor slechte praktijkvoering en meer tevredenheid. Dit effect blijkt wel indirect te zijn. Maar wat ook blijkt, het zou mogelijk leiden tot een daling van symptoomernst, een daling van het gebruik van het gezondheidszorgsysteem en bijgevolg ook lagere gezondheidszorgkosten([11]).

Er worden talloze pogingen gedaan om PCC na te streven, te verbeteren en bestendigen. Het bereiken van dit doel is echter moeilijk te meten. Hoe weten we of de gedane inspanningen hun doel bereiken? Verschillende maatstaven werden ontworpen, met elk hun eigen sterktes, maar ook heel veel blinde vlekken en tekortkomingen. Jammer genoeg zijn we nog niet tot maatstaven gekomen die echt betrouwbaar zijn in klinische context. Er is dan ook continu onderzoek aan de gang voor het ontwikkelen van tools om de kwaliteit van de patiënt georiënteerde zorg meetbaar te maken([12]).

onderzoek naar patient centered care

In de loop der jaren werden een aantal tools ontwikkeld die kwaliteit van zorg inschatten en deze onderling tracht te vergelijken. Tevredenheidsonderzoeken zijn daarbij de meest gebruikte onderzoeken. De theorie hierbij is dat wanneer patiënten tevreden zijn, ook aan hun wensen en verwachtingen werd voldaan. Er is een sterke link tussen noden en tevredenheid van patiënten, maar tot nu toe is hier nog heel weinig over gekend. Dat deze bijdragen tot algemene kwaliteit van leven van de patiënt is vanzelfsprekend, maar in hoeverre deze hieraan bijdraagt is heel vaag. Vaak wordt via enquêtes peilend naar tevredenheid getracht ook iets te weten te komen over de noden van de patiënten([13]).

Tevredenheidsonderzoeken worden vaak verricht onder de vorm van vragenlijsten. Dergelijke vragenlijsten worden wijdverspreid gebruikt voor het registreren van patiëntenervaringen. Ze zijn gemakkelijk op grote schaal te gebruiken, reproduceerbaar en handig om statistisch te interpreteren. De onderzoeksmethode die hier wordt gehanteerd is dus kwantitatief.

Het gebruik van een dergelijke gestandaardiseerde lijst kan zeker nuttig zijn. Er zijn echter een aantal opmerkingen verbonden aan dergelijke lijsten. Ten eerste is de opstelling van dergelijke vragen niet eenvoudig. Er moet eerst gekend zijn wat goede zorg typeert voor de tevredenheid ervan kan worden gemeten. Jammer genoeg werd voor veel van deze vragenlijsten uitgegaan van thema's waarvan zorgverlener denken dat deze belangrijk zijn en verliezen zij hierdoor voor een stuk het patiënten perspectief([2]).

Ten tweede moet bij de interpretatie van de resultaten worden rekening gehouden met het feit dat patiënten altijd de neiging hebben om vooral de meest positieve categorie aan te duiden. Dit is niet noodzakelijk gelijk aan een tevreden patiënt, aangezien blijkt dat patiënten ontevredenheid pas uiten wanneer zich een extreem negatief voorval heeft voorgedaan.

Er blijkt voor vragenlijsten bij simultane beoordeling van één situatie ook vaak een duidelijk verschil te zijn tussen de perceptie van patiënt, arts, alsook een eventuele observator([6]). Het voornaamste nut van dergelijke lijst lijkt dan ook te vinden in het focussen op duidelijk zwak beoordeelde punten([14]).

Volgende lijst tracht in mindere of meerdere mate rekening te houden met het patiënten perspectief en wordt dus gezien als een bruikbaar instrument:

EUROPEP: Deze vragenlijst werd ontwikkeld als gestandaardiseerd instrument met internationaal gebruik als doel. Het is het eerste internationaal ontwikkelde instrument dat van bij het begin in diverse talen werd ontwikkeld.

Het is een gevalideerd instrument en dient, naast het vergelijken van zorg over verschillende landen, ook als feedbackinstrument voor het evalueren van de zorg binnen één praktijk. Bij het samenstellen van dit instrument werd nagegaan wat mogelijks door patiënten als belangrijk kan worden gezien via literatuurstudies, kwantitatieve, maar ook een aantal kwalitatieve studies. Dit omdat getracht werd ook het patiënten perspectief mee te nemen in de selectie.

Het is de best onderbouwde vragenlijst die momenteel beschikbaar is. De uiteindelijke vragenlijst omvat 23 items die gerangschikt zijn in 5 deelgebieden. Antwoorden gebeurt gecategoriseerd op een vijfpuntenschaal van ‘slecht’ tot ‘uitstekend’.

De 5 deelgebieden zijn:

- relatie en communicatie
- medische zorg
- informatie en ondersteuning
- continuïteit en samenwerking
- beschikbaarheid en bereikbaarheid

De methode werd ook in Vlaanderen reeds geïmplementeerd. Niet alle aspecten die aan bod komen bleken belangrijk, alsook bleek er weinig negatieve respons te zijn. Zoals hierboven vermeld moet echter voorzichtig omgegaan worden met positieve resultaten bij een enquête.

Een aantal resultaten van implementatie van deze vragenlijst in Vlaanderen zijn de volgende:

- Het item dat in Vlaanderen als minst gunstig wordt geëvalueerd is de wachttijd in de wachtkamer.
- Vermoedelijk zou het geslacht van de patiënt geen invloed hebben op patiënten tevredenheid, maar wanneer naar andere studies wordt gekeken blijkt deze conclusie niet consistent.

- Wel blijken er een aantal consistente vaststellingen te zijn voor leeftijd en scholing: oudere patiënten zijn tevredener dan jongere en hoe hoger het diploma van de patiënt, hoe minder tevreden deze persoon is.
- Contactfrequentie lijkt een rol te spelen in de mate van tevredenheid: hoe vaker de patiënt consulteert, hoe tevredener. Dit lijkt logisch, patiënten die ontevreden zijn, gaan niet terug naar dezelfde arts([14]).

Een grootschalig EUROPEP onderzoek in Nederland dat oordelen van huisartsen en patiënten vergelijkt, kwam tot de volgende algemene conclusie wat betreft het idee van huisartsen over patiënten verwachtingen:
Er zijn grote overeenkomsten tussen de verwachtingen en oordelen van huisartsen en patiënten, maar huisartsen zijn kritischer dan patiënten over de door hen geleverde zorg([15]).

Een aantal andere vragenlijsten waarbij patiënten wel betrokken waren bij de ontwikkeling zijn de QUOTE (QUality Of care Through the patient's Eyes) -vragenlijsten en de VCC (continuïteit van zorg vanuit cliëntperspectief). De QUOTE-vragenlijst werd door het NIVEL ontwikkeld, een belangrijk Nederlands onderzoeksinstituut dat tracht het patiënten perspectief te behouden. Via deze vragenlijst wordt getracht zowel na te vragen wat belangrijk is, als wat de huidige ervaringen zijn van patiënten([5]).

Een grootschalig onderzoek in Nederland waarbij eerst via bevraging bij focusgroepen een vragenlijst werd opgesteld en daarna een telefonische enquête werd gehouden, bracht deze zaken aan het licht als meest belangrijk:

- Er zijn grote verschillen tussen patiëntengroepen: hou rekening met diversiteit.
- Mensen achten zichzelf goed in staat mee te denken over eigen gezondheid.
- Goed overleg en soepele verwijzing zijn zeer belangrijk.
- Een toegankelijke eerste lijn is belangrijk zowel qua budget als voor de sociaal zwakkeren.

- Eén persoon die coördinator is van gezondheidszorg en overzicht houdt is goed, dit hoeft niet per se een arts te zijn.
- Informatie is belangrijk, alsook het voorstellen van keuzemogelijkheden.
- Ouderen: één aanspreekpunt in de eerste lijn blijkt belangrijk, hier wordt ook vaker een paternalistische houding van de arts geapprecieerd dan bij jongeren.
- Chronisch zieken: voor alle problemen is één centraal aanspreekpunt voor een goede continuïteit van zorg belangrijk. De financiële kant blijkt in deze groep mensen ook belangrijker dan bij andere patiënten.
- Vrouwen blijken positiever dan mannen over de kwaliteit van zorgverleners, zij verwachten ook een bredere vorm van zorg([16]).

Volgend Belgisch onderzoek bevroeg verwachtingen bij chronisch zieke patiënten. Vragenlijsten aan zowel patiënten als huisartsen werden opgesteld door middel van een focusgroep van patiënten. Volgende zaken bleken belangrijk:

- Gecoördineerde zorg en continuïteit van zorg blijken zeer belangrijk en ook een bron van ontevredenheid bij patiënten.
- Empathie en luisterbereidheid.
- Het spontaan opgeven van informatie blijkt nodig, alsook keuzevrijheid voor de patiënt.
- Betaalbaarheid van zorg. De ervaring van patiënten is minder positief wanneer het gaat om info over kostprijs van behandeling en onderzoeken.
- Kennis en opvolgen van nieuwe ontwikkelingen. Voor diagnosestelling blijkt deze groep minder tevreden door vele onderzoeken en weinig communicatie.
- Bereikbaarheid: snel terecht kunnen is minder prioritair dan wat artsen vermoeden. Bij specialisten worden de wachttijden als lang ervaren.
- Inzage in het dossier
- Keuzevrijheid en inspraak in zorg
- Mogelijkheid om klacht in te dienen en hierbij ook duidelijke info te krijgen([4]).

Conclusie literatuuronderzoek

Veel onderzoek naar patiënten verwachtingen wordt gekleurd bekeken vanuit het zorgverlenersperspectief. Toch zijn er een aantal kerntaken van de huisarts bekend, waarvan verondersteld wordt dat deze voor patiënten belangrijk zijn. De meest gebruikte indeling van deze competenties is deze van de Canmeds.

Onderzoek dat in belangrijke mate rekening hield met het patiënten perspectief bracht aan dat verwachtingen variëren naargelang de patiëntengroep. Voorbeelden hiervan zijn verschillende verwachtingen bij jongere versus oudere patiënten of acute versus chronische patiënten.

In België blijkt er weinig ontevredenheid te zijn over de competenties van de huisarts. De meest voorkomende ontevredenheid is de wachttijd in de wachtzaal.

Empathie, toegankelijkheid, keuzevrijheid en continuïteit van zorg blijken de belangrijkste verwachtingen van patiënten in België en Nederland.

Methode

Binnen deze masterproef wordt getracht het zorgverlenersperspectief even los te laten en enkel het perspectief van de patiënt zelf te belichten. Daarbij is de onderzoeksvraag van het onderzoek: ‘wat zijn de verwachtingen van de huidige patiënten populatie ten aanzien van de huisarts’. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoeksopzet. Deze onderzoeksvraag kan immers enkel beantwoord worden via een methode met een open en flexibel karakter.

Beschrijving onderzoeksdesign

Er werd gekozen voor een descriptief kwalitatief onderzoek dat tracht de ervaringen van de deelnemers op tafel te leggen door het karakter van de open vragen en zo mogelijks nog onbekende of onderschatte waarden naar boven te brengen ([17],[18]). Als methode werd gekozen voor semigestructureerde interviews waarin individuele ervaringen en belevingen van patiënten werden nagevraagd.

Opstelling semigestructureerde interviews

Voor het uitvoeren van de semigestructureerde interviews werd gebruik gemaakt van een interview guide([19]) (zie bijlage II). Deze werd opgesteld vanuit de hoofdvraag 'wat is uw ideale huisarts?' en tracht via een aantal sub vragen verschillende zorgaspecten te belichten. De interview guide werd flexibel gebruikt en stelde de onderzoeker in staat de interviews in minimale mate te sturen en open te staan voor elementen die de participant aangeeft. Het onderzoek gebeurde via een iteratief proces. Hierdoor werd de interview guide op basis van de eerste interviews licht bijgestuurd. Dataverzameling en analyse gebeurden dus cyclisch. Op deze manier konden zaken die in eerdere interviews als belangrijk werden onthaald, ook in verdere interviews uitgediept worden ([20]).

Gegevensverzameling interviews

Er werd gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef.

De vijftien deelnemers werden doelgericht geselecteerd op basis van variatie in volgende categorieën: leeftijd, geslacht, scholing, acute/chronische pathologie. Enkel volwassenen werden in deze studie bevraagd. De participanten werden bereikt via aanspreken van directe en indirecte kennissen, alsook kennissen van contacten werkzaam in de gezondheidszorg. De

selectie volgens een aantal kenmerken had enkel als doel een zo breed mogelijk publiek te kunnen selecteren.

Om mogelijke bias te vermijden werden personen geselecteerd die geen patiënten zijn in de praktijk waar onderzoeker werkt of gewerkt heeft als HAIO. Alle deelnemers, koppels uitgezonderd, waren patiënten bij andere huisartsenpraktijken. Er is geen enkele link tussen de onderzoeker en deze huisartsenpraktijken.

De tijdsperiode voor afname van interviews was juli 2015 tot en met maart 2016, de gemiddelde duurtijd van een interview was 1 uur. De geïnterviewde personen verkregen allen een informatieformulier, waarin hun anonimiteit werd verzekerd. Zij ondertekenden ook allen een toestemmingsformulier voor deelname aan deze studie. Bij aanvang van het interview werd een profiel en achtergrondschets van het zorggebruik van de geïnterviewde opgemaakt om zo een idee te hebben over de patiënten kenmerken.

Gegevensverwerking

Na uitschrijven van de verkregen data werd deze via thematische analyse gecodeerd([17]). In eerste instantie werden de interviews grondig herbeluisterd, uitgeschreven en nagelezen om zich in de data te kunnen verdiepen. Daarna werd de data gecodeerd in codes en sub codes in een eerste fase, tenslotte werden de codes meer gegroepeerd. Dit leidde tot het ontstaan van thema's en sub thema's. Daarna werden de individuele interviews voor elk thema onderling vergeleken. Aan de hand van deze thema's werd een analyse gemaakt van de individuele beschrijvingen van patiënten. Deze stelde de onderzoeker in staat om tot een aantal conclusies te komen met betrekking tot patiënten verwachtingen.

Bevindingen

Beschrijving deelnemers

In totaal werden vijftien interviews afgenomen. In twee van deze interviews wordt een koppel samen geïnterviewd (interview dertien en vijftien). Interview zeven en acht hebben ook betrekking op een koppel, deze mensen werden echter apart geïnterviewd. Interview drie bleek een atypisch interview. Gezien in dit interview de persoonlijke band met de huisarts minder aan bod kwam, werden deze gegevens niet verwerkt in de analyse van de algemene resultaten. In dit interview werd voornamelijk de ervaring van een persoon in de opvang van probleemjongeren besproken. De resultaten worden enkel weergegeven in aanvulling op interview vier, waarin een ouder van een probleemjongere aan het woord is.

	M/V	**Leeftijd**	**scholing**	**Solo/groep**	**ondersteuning**	**extra**
1.	Man	70+	Technisch	Solo	/	/
2.	Vrouw	20-30	Hogeschool	Groep met voorkeursarts	Secretariaat+online	Geen vaste arts
3.	Man	60-70	?	?	?	Atypisch interview
4.	Vrouw	40-50	Hogeschool	Solo	?	
5.	Vrouw	70+	Tot 14 jaar	Solo	/	
6.	Vrouw	50-60	Technisch	Solo	/	
7.	Vrouw	50-60	Hogeschool	Solo	/	
8.	Man	50-60	Hogeschool	Solo	/	
9.	Vrouw	20-30	Hogeschool	Solo	online	

10.	Man	30-40	Technisch	Groep met voorkeursarts	secretariaat	
11.	vrouw	30-40	Universitair	Groep met voorkeursarts	secretariaat	
12.	Vrouw	20-30	Postuniversitair	Groep	Secretariaat+online	Geen vaste arts
13.	Koppel	30-40	(post)universitair	Solo	/	
14.	Vrouw	30-40	Universitair	Solo	/	Vroeger WGC
15.	Koppel	50-60	Technisch	Solo	/	

Analyse

Thema's na analyse

Na de analyse van de 15 interviews zijn na analyse van de verkregen data volgende grote thema's naar voren gekomen:

1. Arts-patiëntrelatie en communicatie
2. Kennis
3. Praktijkorganisatie
4. Huisarts als gatekeeper
5. Huisarts als coördinator?

Uitwerking thema's

Arts-patiëntrelatie en communicatie

'de gevoelsmatige klik'

van ***'ik heb daar eigenlijk niet zo'n persoonlijke band mee (int.8)'*** tot ***'we zien die eigenlijk wel graag (int.11).'***

Wanneer participanten onder woorden wil brengen wat hen nu juist doet kiezen voor een bepaalde huisarts wordt meermaals het woord 'klikken' gebruikt. Wanneer ze in de loop van het leven reeds met verschillende huisartsen in contact gekomen zijn, zal het telkens die 'klik' zijn die ervoor zorgt dat mensen een langere periode bij een huisarts blijven.

Tussen individuele patiënten is er een duidelijk verschil waarneembaar wat betreft de band met de huisarts. Gekleurd door ervaringen met die bepaalde arts, zal de ene persoon zich sterker met een huisarts verbonden voelen dan een andere. Toch blijkt voor iedereen deze band enorm belangrijk te zijn.

Voor de patiënten die aangeven nog geen vaste huisarts te hebben, is dit telkens het eerste wat zij aangeven als reden om te kiezen voor een bepaalde arts. Zelfs personen die niet meteen een persoonlijke band met hun arts nodig achten, geven deze connectie aan als de reden om een vaste arts te consulteren.

Mensen die langere tijd een zelfde arts raadplegen, blijken omwille van een goede connectie of klik met deze arts de zaken waarvan men aangeeft minder tevreden te zijn, te willen marginaliseren. Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat andere aspecten ondergeschikt zijn aan of sterk beïnvloed worden door de band die de patiënt heeft met de huisarts. Een treffend bewijs hiervan is het koppel dat ondanks een druk gezinsleven na verhuizen toch bij dezelfde huisarts blijft, ook al is de afstand naar diens praktijk vrij groot.

Wat houdt deze ‘klik’ nu juist in?

Gedrevenheid

‘het is een huisarts pur sang, hij doet dat oprecht vanuit zijn gedrevenheid en dat voel je wel (int.11).’

Het draait daarbij om het gevoel dat iemand oprecht geïnteresseerd is. De interactie tussen arts en patiënt waarbij de arts een zekere gedrevenheid toont voor zijn vak en een interesse in de patiënt als persoon. Hiermee wordt geen familiaire omgang bedoeld, maar een consultatie die meer is dan een toevallige ontmoeting. De patiënt merkt het immers snel op als een arts begeesterd is door wat hij/zij doet.

‘je voelt dat echt wel aan als patiënt als een arts uitgeblust is, ik zou dat vreselijk vinden (int. 10).’

Deze gedrevenheid wordt door de patiënt als heel belangrijk geacht. Er wordt dan ook meermaals aangegeven dat een niet gedreven arts heel snel een reden zou zijn om een andere arts te zoeken. Veel patiënten zijn, onder andere door media aandacht, goed op de hoogte van het voorkomen van burn-out bij artsen. Het feit dat een arts als uitgeblust zou overkomen naar de patiënt toe zou dan ook snel een reden kunnen uitmaken om een andere arts te zoeken.

De gedrevenheid van de arts blijkt dan ook heel belangrijk voor de patiënt te zijn in zijn of haar beleving van de zorg door de huisarts.

Empathie

'nen dokter moet door de mensen kunnen zien (int.5).'

Dit is misschien de meest gevatte beschrijving van een heel belangrijk thema, dat in bijna alle interviews naar voor kwam. Meestal werd het indirecter beschreven als: *'hij heeft het direct gezien als er iets is' of 'ze kan tussen de lijntjes lezen'* of *'vroeger was het meer alsof mijn dokter een rijtje afging van vragen die moesten gesteld worden, maar nu praat de dokter meer echt'. 'Een dokter moet aanvoelen en menselijk zijn*', werd ook geopperd.

Dit zijn allemaal omschrijvingen die duiden op empathie.

Luisteren- de vraag achter de vraag

Er wordt unaniem verwacht dat een huisarts kan luisteren. Deze moet in staat zijn de patiënt het gevoel te geven dat er tijd is om zijn verhaal te vertellen. Tijd nemen voor een patiënt betekent niet meteen dat de consultatie lang dient te duren. Het hoeft immers niet letterlijk geïnterpreteerd te worden: het betekent het serieus nemen van de klachten van de patiënt in combinatie met het stellen van de juiste vragen.

'ik denk er vooraf niet aan wat ik moet vragen, ik veronderstel dat ik niet alles actief moet vragen, maar dat de arts spontaan alle nodige uitleg geeft (int.12).'

Heel veel negatieve ervaringen ontstaan vanuit het gevoel onvoldoende gehoord of serieus genomen te worden, deze ervaring ontstaat vaak al heel vroeg in een consultatie:

'Ik ga ook alleen maar naar de huisarts als ik een [migraine]aanval heb. Deze schreef mij iedere keer gewoon thuis, terwijl ik wel verwachtte dat er aan het probleem zou gewerkt worden. Uiteindelijk ben ik maar uit mezelf naar een neuroloog gegaan (int.2).'

De hulpvraag van deze patiënt werd door de huisarts herhaaldelijk niet gehoord en de patiënte haakte tenslotte af.

Wanneer de arts in staat is de kern van de patiënten vraag goed in te schatten en een open houding hanteert, zal deze houding ook gereflecteerd worden in de reactie van de patiënt. Zo kan veel weerstand worden vermeden.

'Als die huisarts wat je zegt, serieus neemt en luistert naar je bezorgdheden en dat ter harte neemt, kan je aanvaarden dat hij uiteindelijk zegt: eigenlijk heb je gewoon alle mogelijke ongemakken van een zwangerschap. Dan hoeft dat ook niet meer te zijn dan dat (int. 11).'

Er wordt dus altijd verwacht dat de consultatieruimte van een huisarts een plaats is waar zorgen kunnen geventileerd worden en waar er wordt geluisterd. Dit geldt ook voor psychosociale problemen. Niet alle patiënten verwachten echter dat hun huisarts hierin bedreven is. Voor sommigen is een inschatting van de klachten en vervolgens een juiste doorverwijzing voldoende.

'Ik zou zeker ook voor psychologische zaken naar de huisarts gaan. Ik weet door kennissen dat hij hier ook begrip voor opbrengt en probeert je door te verwijzen naar de juiste persoon. Ik weet niet of hij zelf veel zal doen, maar je komt wel bij de juiste terecht. Maar je kan altijd je verhaal kwijt (int .9).'

de patiënt als persoon zien en niet als ziektebeeld

'hij moet je kennen en je moet weten wat je aan elkaar hebt(int.15).'

De meeste patiënten vinden het nog steeds enorm belangrijk dat een huisarts hun context kent. Deze context bestaat uit het willen kennen van de patiënt zelf, maar ook het onthouden van relevante context voor klachten. Onder 'de patiënt willen kennen', wordt door de patiënt onder meer verstaan dat er interesse getoond wordt in het leven van de patiënt en hoe dit is opgebouwd.

Voor patiënten die maar zelden een huisarts contacteren, blijkt context minder belangrijk te zijn. Wanneer echter regelmatig een huisarts wordt geconsulteerd, wordt het geapprecieerd dat de arts voor een stuk weet wie je als persoon bent. Hierbij geven veel participanten aan dat het handig is om als volledig gezin bij dezelfde arts te consulteren.

Veel deelnemers stelden dat zij van hun huisarts verwachten dat deze hun klachten kan interpreteren binnen hun persoonlijke context. Dit wordt benoemd als een zeer belangrijke reden om bij een vaste arts te consulteren. Zo verwacht het merendeel van de patiënten dat hun eigen huisarts snel kan inschatten wanneer zij een moeilijkere periode doormaken en waarom.

'Ik moet kunnen zeggen: ik zie het even niet zitten en moet even decompresseren. Als ik dat zeg tegen iemand die mij niet kent gaat dat niet. Mijn huisarts weet dat dat geen profiteren is. Als dat er niet is, dan zijn we niet goed bezig (int.8).'

Communicatiestijl en uitleg

'Ik heb liever een arts die me geruststelt door uitleg dan door een kalme houding (int.7).'

De communicatiestijl die een huisarts hanteert, varieert van arts tot arts. Voorkeuren van patiënten omtrent die stijl geven dan ook een breed spectrum weer. Toch komen een aantal duidelijke lijnen naar voor:

Directheid in de communicatie rond diagnose en therapie wordt door alle patiënten als aangenaam ervaren.

'ik wil een arts die onomwonden zegt waar het op staat en open kaart speelt, als patiënt wil je weten waar je staat en de informatie krijgen die je op dat moment nodig hebt (int.8).'

Uit de analyse van de interviews bleek dat patiënten zonder problemen accepteren dat een arts bij bepaalde zaken een afwachtende houding aanneemt en geruststelt, zolang deze ook een uitleg geeft waarom dit gebeurt. Wanneer deze houding herhaaldelijk niet geduid en gekaderd wordt, kan dit aanleiding geven tot frustratie bij de patiënt. Deze krijgt dan de indruk dat de arts een nonchalante houding aanneemt of de klacht en dus ook de patiënt niet au serieux neemt.

Bij ernstige zaken wil de patiënt ook weten waar hij aan toe is en wenst deze van de arts een 'no nonsense' en deskundige houding.

Bij acute situaties wordt deze 'no nonsense' aanpak nog belangrijker geacht. In deze situaties moet immers snel duidelijkheid gegeven worden over wat, wanneer en hoe iets gedaan moet worden. Dit betekent niet dat een snelle aanwezigheid van de arts continu vereist is, maar wel dat deze snel informatie kan verstrekken waar de patiënt even mee verder kan.

Uitleg op maat:

'zien als iemand uitleg wil of eigenlijk gewoon wil weten wat hij moet doen(int. 12)'

De patiënt verwacht dat de huisarts uitleg verschaft, die aangepast is op maat van de patiënt. Patiënten in buurten met enorm veel diversiteit verbazen zich zelfs over het adaptatievermogen van hun huisarts om dit te kunnen volbrengen.

Inzake de uitleg komen er twee verschillende verwachtingspatronen naar voren uit de interviews.
Een aantal patiënten wensen vooral instructies over welke therapie gegeven kan worden om het probleem op te lossen. Voor deze groep patiënten hoeft het ook niet meer dan dit te zijn.

Hier zou men kunnen zeggen dat eerder een paternalistische houding van de arts wordt verwacht. Toch moet worden opgepast worden met deze term. Ook deze groep wenst inspraak in aangelegenheden betreffende hun gezondheid. Zij hechten belang aan instructies van een arts, maar geven ook aan niet altijd zomaar wat de arts zegt als algemene waarheid aan te nemen.

Voor andere deelnemers, bleek het informatie geven zelf heel belangrijk. Zij willen het waarom van een bepaalde aandoening en therapie weten. Deze uitleg omtrent therapie en de noodzakelijkheid ervan, beïnvloedt dan ook sterk de graad van therapietrouwheid. De patiënt moet overtuigd zijn van het nut ervan. Dit is ook de groep die snel een tweede opinie zoekt, zij het bij een andere arts, of zelfstandig via bijvoorbeeld internetbronnen.

Participanten die een paramedisch beroep hebben, voelen aan dat artsen vaak onvoldoende info geven omwille van hun beroep. Zij willen liefst behandeld worden als 'gewone' patiënt en dan ook op dezelfde manier informatie krijgen.

Shared decision

Voor de meeste participanten is inspraak in de eigen gezondheid heel belangrijk. Het is in deze studie echter wel duidelijk naar voor gekomen dat de mening van de arts toch nog steeds belangrijk is voor patiënten. Deze wordt meegenomen in de beslissing die een patiënt uiteindelijk neemt. Wanneer een patiënt een duidelijk vertrouwen in zijn arts heeft, blijkt deze mening bij twijfel vaak een doorslaggevende factor.

Een patiënt die uitgebreide informatie wenst, zal niet altijd aangeven wanneer de mening van de arts niet aan zijn verwachtingen voldoet en omgekeerd. Bij het aangeven van niet akkoord zijn met hun huisarts zijn er namelijk ook verdeelde meningen. Aan de ene kant zijn er patiënten die onenigheid direct en zonder problemen aan de huisarts zouden melden en die verwachten dat hun huisarts hier ook deskundig mee kan omgaan. Hier wordt dan een overleg nagestreefd. Andere patiënten zouden onenigheid eerder niet melden en sneller zonder overleg toch hun eigen mening volgen achter de rug van de arts.

'ik zou sneller zelf [naar specialist] gaan, dan te zeggen aan de huisarts dat ik niet akkoord ben. Als ik twijfel, ga ik ook altijd thuis dubbel checken (int. 13)'

Er kan in deze studie geen conclusies getrokken worden voor een link tussen het al dan niet aangeven van onenigheid en de band met de huisarts.

Opkomen voor je patiënt

Voor patiënten die een vaste huisarts hebben die zij vertrouwen, is het belangrijk te weten dat bij situaties waarin zij minder in staat zijn op te komen voor zichzelf, hun huisarts achter hen zal staan.

Teleurstellingen hierin blijken patiënten lang met zich mee te dragen en kunnen een reden zijn tot een volledige vertrouwensbreuk. Het gaat hier vaak om situaties waar patiënten zich machteloos voelen, bijvoorbeeld als mantelzorger in een palliatieve situatie.

Een voorbeeld hiervan is de echtgenote van een man in palliatieve toestand die zag dat de pijn maar niet onder controle te krijgen was.

'Hij [de huisarts] stelde een pijnpomp voor, maar de verpleging wimpelde dit af. In het weekend ging het plots heel snel achteruit. Ik probeerde nog te bellen, maar het was al wachtdienst. De huisarts van wacht kwam toe en zag heel snel wat er aan de hand was. Ze nam de telefoon zei: ' die pijnpomp moet er NU komen!'. Waarom kon mijn huisarts niet zo kordaat zijn en met zijn vuist op tafel kloppen? Waarom kon hij niet zeggen: ik ken mijn patiënt het best en ik wil dat dit nu gebeurt (int.6)!'

Bij dergelijke situaties waar de patiënte of omgeving zich mogelijks machteloos voelen, dient de huisarts te luisteren en aan te voelen welke hulp op dat moment verwacht wordt en moet deze trachten deze hulp naar eigen kunnen zo goed mogelijk te verwezenlijken. Wanneer deze verwachtingen mogelijks niet kunnen worden ingelost, lijkt het ook belangrijk dit dan ook met de betrokkenen te bespreken.

Vertrouwen

'het is een vertrouwen dat in twee richtingen gaat en maakt dat je ook aanvaardt dat die bepaalde dingen zegt… en we zijn eigenlijk nog nooit teleurgesteld geweest (int.10).'

Vaak wordt een huisarts beschreven als vertrouwenspersoon. Vertrouwen ontstaat uit een combinatie van alle voorgaande uitgewerkte items.

Wanneer een arts in staat is om met een oprechte interesse te luisteren naar de patiënt en vervolgens doelmatig en patiëntgericht te werk gaat, is de basis gelegd voor een goede vertrouwensrelatie. Vanuit deze vertrouwensrelatie wordt door de patiënt enorm veel aanvaard.

ervaring

'niet de meest complexe dingen kennen, maar moet kunnen indelen in wel of niet erg genoeg. Aanlezen en doorverwijzen zo nodig (int.13).'

Van een huisarts wordt niet verwacht dat deze alles tot in het kleinste detail kent. Er wordt een algemene brede kennis verwacht, waarbij de arts ook durft toe te geven iets niet te weten. Hier wordt verwacht dat de arts kan inschatten wanneer het nodig is om door te verwijzen. Daarbij vindt men een juiste informatie overdracht naar de specialist belangrijk, maar ook opvolging na die verwijzing wordt geapprecieerd.

Ervaring wordt vaak gelinkt met leeftijd. Vele patiënten geven aan op zich een voorkeur te hebben voor een jongere arts die toch al een aantal jaren ervaring heeft. Toch is het gevoel van ervaring ondergeschikt aan de 'klik' met de arts:

'Ik denk dan dat de nodige ervaring nog wat ontbreekt bij pas afgestudeerde artsen en bij oudere artsen veronderstel je sneller dat deze minder up to date zijn en zich minder bijscholen…maar dit is misschien een vooroordeel, wanneer ik een huisarts vind waar het mee klikt, maakt de leeftijd eigenlijk niet uit (int. 10).'

organisatie praktijk

'er zijn maar 24 uren in een dag toch (int.13).'

De organisatie van de praktijk komt in dit onderzoek voor patiënten toch als niet onbelangrijk naar voren. Het ontbreken van een efficiënte organisatie blijkt vaak een reden voor ontevredenheid. De wachttijd in de wachtzaal en de bereikbaarheid van de praktijk staan hierbij met stip bovenaan.

De onderstaande uiteenzetting toont een weergave van voorkeuren en ontevredenheden van patiënten met betrekking tot praktijkorganisatie. Er dient echter sterk te worden beklemtoond dat het belang hiervan ten allen tijde ondergeschikt is aan de zaken die besproken worden in het hoofdstuk 'de arts als persoon'. Zelden zal ontevredenheid over organisatie dan ook echt op zich een ontevreden patiënt creëren. Wanneer er een vertrouwensband is tussen arts en patiënt, worden andere zaken bij wijze van spreken met de mantel der liefde bedekt.

Afspraak versus vrije consultatie

Een systeem van afspraken wordt binnen dit onderzoek duidelijk vaker als positief onthaald dan een systeem van vrije consultaties. Redenen hiervoor zijn: de tijdsbesparing van het wachten in de wachtzaal en het minder blootgesteld worden aan andere zieken. Een aantal keren wordt aangegeven door participanten dat zij soms minder dringende hulp langer uitstellen om wille van de tijd die er aan verloren gaat.

Wat wel als positief wordt aanzien binnen een vrije consultatie, is dat je gewoon kan langsgegaan en de garantie hebt dat je die dag nog zal worden gezien. Bij een gemengd systeem lijkt het minder zo dat mensen een voorkeur zouden hebben voor een bepaalde vorm van consultatie.

Wanneer op afspraak wordt gewerkt, wordt wel verwacht dat het richt uur van afspraak ook min of meer klopt. Een occasioneel uitlopen wordt aanvaard. Wanneer dit echter stelselmatig gebeurt, leidt dit tot een nog grotere irritatie dan bij een vrij consultatiesysteem.

Secretariaat

‘‘uiteindelijk verwacht je van de huisarts vooral zorg en niet dat die al zijn tijd moet steken in administratieve dingen (int.10).’

Een secretariaat wordt in dit onderzoek niet als negatief aangehaald, op voorwaarde dat dit secretariaat niet zorgvertragend werkt.

Zo verwacht men in mogelijks acutere situaties snel de arts zelf aan de lijn te krijgen. Ook voor adviesvragen wenst men graag overleg met de arts zonder dat hier direct een consultatie voor nodig is, tenzij de arts dit nodig acht. In deze situaties is het echter geen probleem wanneer dit overleg niet onmiddellijk kan gebeuren. Wel wordt dan verwacht dat de arts dezelfde dag nog bereikbaar is.

Telefonie

Telefoons tijdens de consultatie worden wisselend als storend aangegeven. Velen geven aan dit minder erg te vinden, omdat zij zelf ook kunnen bellen wanneer de arts in gesprek is met een andere patiënt. Zij vinden het dan ook normaal dat anderen dit ook doen. Mogelijke redenen die participanten aangeven voor een storende telefoon zijn:

- wanneer een emotioneel gesprek aan de gang is of net het klinisch onderzoek bezig is en de patiënt is uitgekleed
- het gevoel van zelf de privacy te schenden van de beller, omdat je automatisch meeluistert
- te veel telefoons in één consult waardoor constant wordt onderbroken
- een telefonisch antwoord waarbij de arts in een stapel papieren moet beginnen zoeken, geeft de indruk van een slechte organisatie

Een paar keer wordt aangegeven dat de huisarts een aantal keren de telefoon niet opnam tijdens een consult. Dit wordt wel als storend aangegeven, omdat dit impliceert dat de bereikbaarheid van deze arts niet betrouwbaar is. Continuïteit van zorg en bereikbaarheid van een praktijk zijn essentieel.

Huisbezoeken

Vaste huisbezoeken werden bij dit onderzoek enkel bij oudere patiënten met verminderde mobiliteit verricht. De overige deelnemers aan dit onderzoek geven aan meestal naar de praktijk te komen en enkel huisbezoeken te vragen, wanneer zij dit nodig achten. Dit gevoel van noodzakelijke huisbezoeken blijkt wel te variëren van patiënt tot patiënt. Hierin kan dan ook geen rechte lijn getrokken worden.

Er wordt wel aangegeven dat in vele praktijken bij de aanvraag van een huisbezoek wordt gevraagd of het mogelijk is om naar de praktijk te komen. Voor deze vraag hadden de deelnemers begrip. Het merendeel van de deelnemers begrijpt dat een praktijk onnodige huisbezoeken tracht te vermijden. Dit wordt niet als problematisch ervaren. Integendeel, patiënten blijken hier zelf vrij flexibel in.

De volgende uiterste situaties gaven wel reden tot ontevredenheid:

- een heel rigide systeem van huisbezoeken waarbij de patiënt volledig wordt afgeblokt en een huisbezoek voor elke situatie onmogelijk blijkt na een bepaald uur.
- een extreem ongeorganiseerd systeem waarbij de arts op elk uur kan langskomen tot 's nachts en soms pas de volgende dag.

Voor de planning van huisbezoeken wordt dus aangegeven dat bij voorkeur een georganiseerd systeem gehanteerd wordt, waarbij toch enige vorm van flexibiliteit mogelijk is.

Groepspraktijk vs solo arts

'ik denk dat een huisarts die bij wijze van spreken thuis in zijn living praktijk heeft, aan het uitsterven is en dat dit in feite geen slechte zaak is als je van mekaar leert en mekaar ondersteunt (int.10).'

Personen met een vaste huisarts zullen niet snel een andere huisarts consulteren buiten hun vaste praktijk, maar zouden het minder erg vinden als er een extra arts in de praktijk zelf kwam. Wel wordt aangegeven dat ook bij een gelijkwaardige groepspraktijk, nog steeds één voorkeursarts wordt gekozen. Wanneer je als patiënt een bepaalde arts gewoon bent, is het kennelijk wennen om dit te veranderen. Mensen die reeds met een groepspraktijk vertrouwd zijn, geven aan dat het eerste contact met een nieuwe arts vaak vreemd aanvoelt. Toch wordt

in de loop der jaren ook een band met de andere artsen wordt opgebouwd. De voorkeursarts blijft echter behouden.

Daarnaast wordt aangegeven dat bij aanwezigheid van een secretariaat, je als patiënt soms mondig moet zijn om te melden dat een bepaalde arts de voorkeur wegdraagt. Dit wordt echter niet noodzakelijk als vervelend gezien. Men staat wel iets aarzelender tegenover vrije consultatiemomenten, waarbij het niet duidelijk is bij welke arts je als patiënt zal terechtkomen. Bij dringende hulp verandert dit. In dit geval zijn patiënten door de band genomen altijd dankbaar voor de hulp die op dat moment beschikbaar is. Vaak zijn dit dan ook de eerste momenten wanneer kennis wordt gemaakt met een andere arts binnen de praktijk.

Patiënten beseffen dat de huisartsenpraktijk een evoluerend begrip is. Het concept georganiseerde groepspraktijk wordt dan ook als de toekomst gezien. Veel patiënten geven aan dat dit een goede evolutie is, aangezien artsen zo elkaar kunnen ondersteunen en van elkaar kunnen leren.

Patiënten geven zelf aan dat een beroep als huisarts niet evident kan zijn en hebben eigenlijk ook wat ontzag voor het beroep.

'ik denk eigenlijk dat de huisarts het niet onder de markt heeft en hoe meer ik erover nadenk, hoe meer ik me realiseer dat het eigenlijk niet gemakkelijk moet zijn (int.7).'

Daarnaast zijn patiënten uiteraard ook op de hoogte van de keerzijde van deze medaille. Zaken die regelmatig in de media verschijnen zoals burn-out en ook verslavingen bij artsen zijn jammer genoeg realiteit. Dit doet veel mensen beseffen dat een huisartsenpraktijk niet voor altijd hetzelfde kan blijven.

Het zou echter naïef zijn om te denken dat er absoluut geen angst is voor verandering:

'*ik begrijp dat het anders moet evolueren, dat ik het altijd even tof zou vinden, dat weet ik niet. Maar ik zou er mee kunnen leven (int.6).'*

Beschikbaarheid en wachtdiensten

'ten allen tijde voor je eigen patiënten willen zorgen, lijkt me eigenlijk zelfs gevaarlijk. Je kan geen 24h op 24 goede zorg verlenen (int.12).'

Binnen deze studie gaf geen enkele deelnemer aan een totale beschikbaarheid te verwachten van hun huisarts.

Er kan worden gesteld dat patiënten begrip trachten te hebben voor het respecteren van de rust van een huisarts. Alhoewel zij aangeven dat het als patiënt natuurlijk aangenamer is om bij de eigen vertrouwde huisarts lang te gaan, wordt een wachtsysteem positief onthaald. Meermaals werd binnen dit onderzoek aangegeven dat continu goede zorg onmogelijk door dezelfde persoon kan worden verleend.

Meningen over het gebruik van een wachtsysteem zijn echter verdeeld.
Een aanzienlijk deel van de patiënten maakt bijna nooit gebruik van een huisarts van wacht. Deze personen zouden altijd wachten tot hun huisarts terug bereikbaar is de volgende dag, ofwel contact zoeken met de spoedopname. Zij gaven ook aan niet te weten hoe zij een huisarts van wacht zouden moeten contacteren.

De populatie die wel gebruik maakt van een wachtsysteem, doet dit meestal voor situaties waarvan de ernst niet naar eigen vermogen van de patiënt kan worden ingeschat. Bij dit onderzoek werd geen routine gebruik van het wachtsysteem aangegeven.

Alhoewel men doorgaans tevreden is over een wachtsysteem, zijn er ook een redenen voor ontevredenheid naar voor gekomen:

- niet serieus nemen van klachten
- verkeerde inschatting van ernst van de situatie en het niet bieden van een vangnet
- overbehandeling: sneller voorschrijven van antibiotica dan de eigen arts zou doen

Weliswaar geven ook de patiënten met mindere ervaringen aan dat zij zich in de toekomst hierdoor niet zouden laten leiden en opnieuw een wachtarts zouden opbellen. Wanneer een huisarts op verlof gaat, wordt doorgaans geapprecieerd dat hun huisarts hen naar een specifieke vervangarts sturen, zodat zij weten waar ze terecht kunnen. Een deel van deze mensen kent zo ondertussen al de vaste vervanger van hun huisarts.

Een mogelijks uitzonderingsgeval in het verwachtingspatroon inzake beschikbaarheid van de huisarts is een palliatieve situatie. Hier wordt door de deelnemers meer bereikbaarheid verwacht. Binnen het kader van palliatieve zorg wordt de relatie met de huisarts vaak hechter.

Volgende casus is een voorbeeld van verwachtingen bij palliatieve begeleiding.

'Ik wist niet of ik de situatie correct kon inschatten en of ik een arts van wacht kon opbellen hiervoor. Mijn man had geen goed gevoel bij de normale vervanger van onze huisarts en ik was bang dat het deze arts zou zijn die kwam. Uiteindelijk heb ik toch gebeld en het bleek een andere arts te zijn dan verwacht. Deze gaf hem iets waarvan hij kalmeerde. Hij heeft toen niet lang meer geleefd. Ik zou het mijn ergste vijand niet willen toewensen hoe hij gestorven is, ik denk dat hij veel pijn heeft gehad. Hij moest sterven en dat wisten we, dat was onomkeerbaar. Maar probeer het menswaardig te houden (int.6).'

De mantelzorger heeft aan deze situatie een heel negatief gevoel overgehouden, omdat zij als mantelzorger machteloos stond. Zij oppert daarmee de vraag of het mogelijk is om in palliatieve situaties een privénummer te voorzien, waarbij de vaste arts in noodgevallen toch kan bereikt worden, al begrijpt zij wel dat ook een arts recht heeft op een privéleven.

arts als gatekeeper

'bij huisarts ga je vaker met veel verschillende problemen en soms met dingen die niet echt duidelijk zijn, maar omdat zij jou situatie al een beetje kennen en ook andere vragen stellen kunnen ze er zo meestal wel uit geraken (int.14).'

Er blijkt een duidelijk verschil te zijn tussen huisarts en specialist in wat verwacht wordt van een consultatie. Bij een specialist wordt een meer onpersoonlijke aanpak gemakkelijker geaccepteerd, wat voor een huisarts nooit het geval is. Dit verschil is niet verwonderlijk, gezien de persoonlijke band die verwacht wordt van de huisarts. Toch wordt een onpersoonlijkere aanpak bij een specialist, ook al wordt deze geaccepteerd, vaak ook niet gewaardeerd.

De participanten geven aan niet frequent rechtstreeks de tweede lijn te consulteren zonder overleg met de huisarts. Dit wordt gezien als een vorm van respect naar de huisarts toe. De huisarts wordt gezien als degene die het beste in staat is om naar de juiste persoon te verwijzen.

Bij een huisarts wordt verwacht dat wordt getracht naar een oplossing te zoeken en liefst ook een oorzaak, maar de mogelijkheid bestaat dat deze niet meteen gevonden wordt. Op dat moment wordt een gemotiveerde juiste verwijzing verwacht. Van een specialist wordt verwacht dat een duidelijke oorzaak en oplossing wordt gevonden.

Wanneer van de huisarts een verwijzing wordt verwacht, gebeurt dit vaak in combinatie met uitleg over de aandoening en over de te plannen onderzoeken. Er zijn hier echter uitzonderingen op. Vooral bepaalde domeinen werden door de deelnemers minder als een taak van de huisarts gezien, met name gynaecologie, spoed en orthopedie. Voor gynaecologie wordt vermeld dat eerder uit gewoonte rechtstreeks de gynaecoloog wordt geconsulteerd en wordt er vaak niet aan gedacht dat dit ook bij de huisarts kan.

Bij situaties waarin de toestand door de patiënt zelf als eerder ernstig wordt ingeschat, wordt eerder direct naar spoed gegaan. Bij twijfel over deze ernst zou de huisarts als eerste contactpunt gezien worden.

'als ik denk dat het mogelijks wel, maar waarschijnlijk eerder niet ernstig is, ga ik naar de huisarts (int.14).'

Bij orthopedische zaken waarbij men denkt dat er toch foto's zullen moeten genomen worden, blijkt men sneller naar spoedopname te trekken.
Pediatrie is ook een specialisme die wordt vermeld, waar vaak rechtstreeks zou worden geconsulteerd zonder overleg met de huisarts, ook al is het kind reeds bij deze huisarts langs geweest. Voor kinderen wordt vaak de huisarts eerst geconsulteerd omdat de wachttijd bij de pediater te lang is, of omdat er geruststelling wordt gezocht. Dit vaak voor het overbruggen van een weekend. De snelheid waarmee een pediater wordt geconsulteerd, lijkt hierbij wel af te hangen van het vertrouwen in de huisarts.

Wanneer de patiënt terug in een thuissituatie komt na ziekenhuisopname of na contact met een specialist, wordt het gewaardeerd wanneer een huisarts ondersteuning biedt. Een ziekenhuis is namelijk voor veel patiënten een indrukwekkende plaats. Het is echter zo dat niet alle patiënten deze hulp spontaan durven vragen, omdat zij hun huisarts niet willen belasten met ziekenhuiszaken. Er wordt aangegeven dat het goed zou zijn, indien de huisarts reeds voordien zou meedelen aan de patiënt dat zij niet moeten aarzelen hem of haar te contacteren bij vragen na een opname.

'ik heb nu een goede omkadering, maar ik denk als ik zou thuiskomen alleen, ik zou dat niet zien zitten. Maar moet ik de huisarts wel lastigvallen met ziekenhuisdingen (int.8)?'

In het kader van sommige chronische aandoeningen, is de begeleiding heel specialistisch georiënteerd en lijkt de huisarts vaak tijdelijk overbodig. Een opmerking hierbij is dat deze ziekenhuiszorg voor patiënten soms versnipperd aanvoelt. Er wordt daarentegen niet verwacht dat dezelfde zorg door de huisarts kan worden gegeven. Het wordt wel geapprecieerd dat wanneer voor een andere reden de huisarts gecontacteerd wordt, ook deze chronische aandoening via de verslagen wordt overlopen. Er wordt verwacht dat de huisarts deze chronische achtergrond van een patiënt kent.

arts als coördinator?

'wanneer moet die dat allemaal doen? dit zou misschien wel wenselijk zijn, maar ik weet niet of dat praktisch haalbaar is (int.13).'

Unaniem wordt verwacht dat de huisarts kan aangesproken worden om informatie in te winnen over het organiseren van thuiszorg. De verwachting is dat deze nodige gegevens kan meegeven en dus een kennis heeft van de lokale sociale kaart.

Volgens de visie van participanten die hier ervaring mee hebben, vergt de organisatie van thuiszorg heel veel inspanning, ondanks de hulp die momenteel beschikbaar is. Het idee van een centraal aanspreekpunt en een centraal systeem lijkt eenvoudiger.

'want je hebt op veel recht eigenlijk, maar je moet het wel weten (int.6).'

Een voorbeeld van georganiseerde zorg is jongerenzorg. Uit de interviews met de moeder van een jongere met gedragsstoornissen en een hulpverlener met ervaring in deze sector blijkt dat de jongerenzorg een heel versnipperd landschap is. Er bestaan heel veel kleine organisaties, maar deze kennen elkaar minder goed.

Momenteel zijn er binnen deze systemen vaak wachtlijsten en vele criteria waaraan iemand moet beantwoorden alvorens er terecht te kunnen.

'de hulpverlening is een enorm vangnet, maar de mazen zijn zo groot dat veel jongeren er tussen vallen (int.3).'

Een centrale coördinator is dus zeker wel wenselijk. De vraag wordt echter herhaaldelijk gesteld of de rol van coördinator wel een rol is die de huisarts op zich moet nemen. De deelnemers vinden dit betwijfelbaar. Heeft een huisarts hier wel tijd en kennis voor om dit goed te kunnen doen? Indien dit niet het geval is, verkiezen patiënten een externe persoon als coördinator.

Bij één bepaalde situatie wordt herhaaldelijk aangegeven dat de huisarts wel een belangrijke coördinerende rol kan spelen: personen die maatschappelijk in een zwakkere positie staat en waar onvoldoende omkadering voorhanden is.

Wat bepaalt de uiteindelijke keuze voor een arts?

ontevredenheid en medische fouten

'ik weet niet of ik zou veranderen omwille van een fout, het zijn ook maar mensen - en als de fout niet wordt toegeven? – oh, dan zeker wel (int.9)!'

Verschillende deelnemers hebben reeds een negatieve ervaring meegemaakt bij de huisarts. In een deel van die gevallen speelde die negatieve ervaring een rol bij de verandering van arts.

Iedere deelnemer van dit onderzoek kon een aantal zaken meedelen waarvan zij minder tevreden waren bij hun huisarts.

Zoals reeds eerder vermeld, leiden deze zelden tot een ontevreden patiënt en praktisch nooit tot een acute breuk met een arts. Dit op voorwaarde dat er een vertrouwensrelatie aanwezig is.

Niemand van de geïnterviewde personen zou automatisch van huisarts veranderen na een medische fout. Wanneer een arts niet bereid zou zijn over deze fout te spreken, zou dit echter wel een reden zijn om het contact te verbreken. Meestal leidt een combinatie van verschillende negatieve ervaringen voor een patiënt pas tot de beslissing een bepaalde arts niet langer op te zoeken. Voor ouderen lijkt het zelfs zo dat zij enkel in heel extreme gevallen zouden veranderen van huisarts. Dit gegeven vereist bij voorkeur echter nader onderzoek.

Voorbeelden van combinaties van negatieve ervaringen binnen dit onderzoek, zijn volgende zaken: het gevoel herhaaldelijk niet gehoord te worden en het rigide afblokken van een huisbezoek of combinatie van het gevoel niet serieus genomen te worden met het voorschrijven van medicatie die tijdens een zwangerschap eigenlijk niet is toegelaten.

Tenslotte: zelfs wanneer echt van een ontevreden patiënt worden gesproken, blijkt dit nog niet noodzakelijk een recept voor een rampscenario.
Op dit moment hing bij de deelnemers aan dit onderzoek heel veel af van de bereidwilligheid van de patiënt om over deze ontevredenheid te spreken en nog meer van de reactie van de huisarts.

'je hebt niet de waarheid in petto, één dokter heeft zich expliciet verontschuldigd. Dat hebben we heel erg geapprecieerd (int.6).'

keuze van (andere) huisarts?

Vaak wordt de keuze voor een bepaalde huisarts initieel gemaakt op basis van afstand tot de praktijk en gebeurt dus eerder uit praktische overwegingen. Daarnaast wordt nagevraagd bij kennissen en buren wat volgens hun ervaringen een geschikte keuze lijkt. Nogal vaak wordt deze rondvraag dan ook gehouden bij ‘gelijkgestemde zielen’.

Alle geïnterviewde personen met jonge kinderen gaven aan bij hun zoektocht naar een nieuwe huisarts vooral de mening van andere jonge gezinnen te zoeken. Voor deze categorie personen blijkt het vooral belangrijk dat hun kinderen zich goed voelen bij deze arts. Het merendeel van artsenbezoeken wordt namelijk voor de kinderen gedaan en dan wordt de eigen voorkeur als ondergeschikt aangegeven.

Voor jonge personen die nu en dan bij een huisarts langsgaan, wordt vaak op korte termijn heel snel een aantal keren van huisarts veranderd. Vaak weet men nog niet hoe lang men in een bepaalde regio zal blijven of wordt niet direct een arts gevonden waar het mee klikt. In dergelijke gevallen blijft het vaak bij een tijdelijke ontmoeting. Toch geven deze personen aan dat wanneer zij een arts zouden vinden waar het mee klikt, eerder een vaste huisarts zou worden gekozen.

Er wordt ook waarde gehecht aan de huisarts die zij vanuit het ouderlijke huis hebben leren kennen. Men blijkt vaak een langere periode te wachten alvorens te beslissen om echt te veranderen van huisarts. Vaak wordt getracht zo lang mogelijk toch nog naar deze eerste huisarts terug te keren, omdat deze hun context en voorgeschiedenis kent. Bij het terugkeren naar de geboortestreek, zouden velen hun dossier dan ook weer terug bij de eerste huisarts plaatsen.

Wanneer mensen om een of andere reden van huisarts zouden moeten veranderen, worden de kleine ontevredenheden bij de eigen huisarts plots belangrijker. Er wordt op meer gezocht naar een huisarts waarbij deze zaken mogelijks anders zouden verlopen. Toch blijft de klik met de arts als persoon nog steeds het belangrijkste criterium.

De eigen keuze van de huisarts blijkt echter niet altijd belangrijk. Een paar eerder oudere deelnemers moesten op een bepaald moment veranderen van huisarts. Daarbij werd hen een nieuwe huisarts voorgesteld, hetzij door de vorige huisarts ofwel door het RVT. Zij bleken tevreden dat zij toen die houvast hadden, die de keuze makkelijk maakte.

Bespreking

De belangrijkste conclusie van dit werk is dat de vertrouwensrelatie tussen patiënt en huisarts nog steeds de basis is voor een mogelijke langdurige samenwerking. Het is echter voor huisartsen belangrijk te beseffen dat een vertrouwensrelatie niet kan worden geïnterpreteerd als bindingsmiddel van een patiënt aan een bepaalde arts. Vaak is het inderdaad zo dat als dit vertrouwen goed zit, een patiënt geneigd zal zijn langer bij die arts te blijven. Toch kan het zo zijn dat een patiënt plots kiest om de samenwerking stop te zetten, vaak om praktische redenen, soms om een combinatie van ontevredenheden waarvan de arts zich niet eens bewust is. Open communicatie en het durven in vraag stellen van de eigen aanpak zijn hier grote troeven van de huisarts, waardoor teleurstelling van beide kanten tot een zeldzaamheid gereduceerd wordt.

Communicatie en shared decision

Het belang van open communicatie en empathie is reeds langer gekend en wordt ook benadrukt in de opleiding van artsen. Binnen dit onderzoek werd de relevantie ervan dan ook bevestigd. Implementatie hiervan blijkt belangrijk in alle aspecten van de huisartsgeneeskunde. Zowel bij het blootleggen van het verhaal van de patiënt, waarbij de patiënt niet altijd aangeeft wat hij of zij van een consultatie verwacht, als bij het opstellen van een therapeutisch beleid. Hierbij is *shared decision* enorm belangrijk. Voor de uitvoering van *shared decision* komen uit dit onderzoek een aantal aandachtspunten naar voren. Uit bovenstaande analyse bleek dat een deel van de patiënten voornamelijk duidelijke instructies verwacht, terwijl anderen uitgebreide info wensen. Bij het verschaffen van uitleg, dient de arts dan ook snel een inschatting te kunnen maken van wat de patiënt verwacht.

Een tweede opmerking is de volgende: wanneer verschillende therapeutische opties voorhanden zijn, hechten patiënten belang aan de mening van hun huisarts over de te maken keuze. De eigen visie op tafel leggen, wordt dus zeker geappreciëerd. Hierbij mag echter nooit

uit het oog verloren worden dat bij elke patiënt dient ruimte gelaten te worden voor zijn of haar ideeën. Enkel dit is een correcte uitvoering van shared decision.

Familie arts?

Binnen dit onderzoek blijkt dat voor gezinnen meestal alle leden van dit gezin dezelfde huisarts hebben. Dit wordt door de participanten als voordeel aangegeven, omdat de arts zo meer op de hoogte is van de context van een patiënt. We kunnen dus voorzichtig concluderen dat ook vandaag de dag een huisarts nog steeds een familie arts is.

Organisatie

Wat organisatie van de praktijk betreft, wordt ook in dit onderzoek vooral de wachttijd in de wachtzaal als belangrijk element aangehaald. Er kunnen uit dit onderzoek geen kwantitatieve conclusies getrokken worden in verband met de voorkeur van patiënten met betrekking tot vrije consultaties of afspraak. Toch gaat de tendens eerder uit naar een voorkeur voor een systeem op afspraak. Participanten vinden het wel belangrijk dat als zij een afspraak krijgen, het richtuur meestal gerespecteerd wordt. Indien dit voor een individuele arts moeilijk te verwezenlijken is, dient het nut van een afsprakensysteem voor die arts dan ook herzien te worden.

Wachtorganisatie

Een aanvulling op het deel wachtdiensten is nodig: alhoewel het aantal participanten die hiermee in aanraking bij dit onderzoek eerder klein is, en een conclusie moeilijk kan doorgetrokken worden voor een grotere populatie, dient opgemerkt dat een systeem met een centrale wachtpost enthousiast werd onthaald: het is nooit ver, het is efficiënt en je bent snel geholpen. Daarnaast werd aangegeven dat in systemen zonder wachtpost moet worden opgepast dat de wachtgebieden niet te groot zijn. Wanneer de afstand naar de dokter van wacht groter is dan de afstand naar een spoedopname, zouden een aantal mensen geneigd zijn naar spoed te trekken vanuit de visie ‘het is daar altijd open’.

Palliatieve begeleiding

Bij het bespreken van palliatieve begeleiding door de huisarts werd aangegeven door de participant dat voor begeleiding bij de stervensfase bij voorkeur de huisarts bereikbaar is. In ieder geval dienen huisartsen bij palliatieve begeleiding aandacht te hebben voor de continuïteit van zorg, ook tijdens de momenten waarin zij dit zelf niet kunnen volbrengen. Voor de exacte invulling hiervan kunnen op basis van dit onderzoek geen adviezen kunnen geformuleerd.

Ontevredenheden

Tenslotte dient ook te worden aangegeven dat bij ontevredenheden van de patiënt of bij medische fouten de reactie van de huisarts belangrijk lijkt. Bij deelnemers aan dit onderzoek bepaalde dit voor een groot stuk de verdere relatie met de huisarts. Op dit moment is het dan ook van belang als arts de discussie aan te durven gaan. Hier moet de arts bereid zijn om te luisteren en zijn eigen handelen in vraag te stellen.

Bias

Een mogelijke bias in de sturing en interpretatie van de interviews, is de achtergrond van de onderzoeker als huisarts-in-opleiding. Reeds voor aanvang van de interviews was de onderzoeker zich bewust van deze mogelijke interviewerbias en er werd dan ook getracht hiermee rekening te houding bij het afnemen van de interviews. Een hulp hierbij was de open interviewguide, die de onderzoeker in staat stelde mogelijke reflecties van de participant zo breed mogelijk te bevragen. Er werd bij de selectie van participanten aan dit onderzoek geprobeerd de verschillende deelnemers te selecteren op basis van variatie.

Conclusie

De verwachtingen die hedendaagse patiënten stellen van hun huisarts zijn in grote lijnen niet afwijkend aan wat in het literatuuronderzoek werd gevonden. Toch zijn een aantal nieuwe zaken naar voren gekomen in dit onderzoek.

1. Aan verschillende verwachtingen worden ook verschillende waardes toegekend. Verwachtingen waaraan een lagere waarde is toegekend, zullen slechts zelden leiden tot een ontevreden patiënt.
2. De belangrijkste verwachting die patiënten stellen is een huisarts vinden waar het mee klikt. Dit gevoel is voor een stuk individueel bepaald, maar toont ook voor veel patiënten veel grote gelijklopende kenmerken. Deze kenmerken zijn:
    - gedrevenheid van de arts voor zijn job
    - luisterbereidheid en empathie
    - interesse in de context en achtergrond van de patiënt
    - een communicatiestijl die direct is
    - uitleg op maat van de patiënt

    Wanneer deze zaken allen aanwezig zijn, is dit een goede basis voor een vertrouwensrelatie.
3. Voor het verkrijgen van uitleg blijken er twee meningen te bestaan bij patiënten:
    - Patiëntengroep die wil weten wat er aan de hand is en vooral instructies wenst
    - Patiëntengroep die uitgebreide uitleg wil om zelf een inschatting te maken over graad van belangrijkheid van therapie.

    Bij beide groepen wensen echter inspraak in hun zorg.
4. Qua kennis verwachten patiënten geen complexe kennis van alle mogelijke aandoeningen. Belangrijk is dat een huisarts durft aan te geven dat deze niet alles weet door op te zoeken of door te verwijzen op het juiste moment.

5. Een minder goede organisatie van een praktijk is vaak de belangrijkste reden van kleine irritaties. Dit is echter een verwachting met een lager toegekende waarde. Toch blijkt deze een rol te spelen wanneer een nieuwe huisarts wordt gekozen.

   Daarnaast blijken een aantal patiënten omwille van mogelijk tijdverlies bij de huisarts zorg langer uit te stellen.
6. Patiënten verwachten vaak een vorm van opvolging door de huisarts na het in aanraking komen met specialistische geneeskunde, maar durven zaken gerelateerd aan ziekenhuiservaringen niet altijd spontaan aan hun huisarts te vragen.
7. Een coördinator van zorg lijkt wenselijk, doch wordt door patiënten niet verwacht dat de huisarts deze rol opneemt.
8. Medische fouten blijken voor de meeste patiënten niet onvergeeflijk. Het niet toegeven van gemaakte fouten wel.
9. Eens patiënten een vaste huisarts hebben, zullen zij – tenzij om praktische redenen – niet gemakkelijk veranderen van huisarts. Wanneer toch de keuze gemaakt wordt voor een andere arts op basis van ontevredenheden, blijkt dit vaak een combinatie van verschillende zaken.

We kunnen concluderen dat de verwachtingen weergegeven in dit onderzoek niet in grote mate afwijken van wat tot nu toe werd aangenomen. De hedendaagse patiënt verwacht een patiënt- en contextgeoriënteerde zorg, waarbij de belangrijkste verwachting een vertrouwensrelatie met de arts is. Hierbij zijn luisterbereidheid en empathische communicatie de sleutelwoorden. De moderne patiënt hecht daarnaast belang aan praktische zaken, zoals bereikbaarheid en efficiënte zorg. Alhoewel deze zaken eerder ondergeschikt zijn aan de vertrouwensband, worden deze het vaakst aangegeven als werkpunten. Streven naar een patiëntgeoriënteerde zorg vereist dus blijvende aandacht voor de vertrouwensband, met daarnaast de nodige belangstelling voor een efficiënte organisatie van deze zorg.

Referenties

1 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005;83(3):457–502.

2 Schäfer W, Boerma W, Murante AM, Sixma HJM, Schellevis FG, Groenewege PP. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. Bulletin of the World Health Organization 2015;93:161-168.

3 De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014.

4 Psychiatrisch Ziekenhuis St. Jan de Deo Gent, Vlaams Patiëntenplatform vzw. De patient als consument-noden en wensen van chronisch zieke patiënten. Opdracht Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. Leuven, November 2001.

5 Werkgroep Project Vernieuwing Huisartsopleiding. Competentieprofiel van de huisarts. NHG. Utrecht 24 augustus 2005.

6 http://www.medischevervolgopleidingen.nl/rubrieken/algemene-competenties-canbetter/canmeds-competenties/ Geraadpleegd 2015 maart 6.

7 Frank, JR. (Ed). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2005.

8 Malouin R, Starfield B, Sepulveda MJ, Evaluating the tools used to assess the medical home; MANAGED CARE 2009.

9 Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. 2000 Oct;51(7):1087-110.

10 Epstein R, Street R, The Values and Value of Patient-Centered Care, Annals of Family Medicine, Ann Fam Med. 2011 Mar; 9(2): 100–103.

11 Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine, Ann Fam Med. 2011 Mar-Apr;9(2):155-64.

12 Frey J. In This Issue: Back to Basics: Talking, Listening, and Low-Tech Primary Care. Ann Fam Med. 2011 Mar; 9(2): 98–100.

13 Mohsen AL, Tamburini M, Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life. Health and Quality of Life Outcomes 2004, 2:32

14 Peersman W., Jacobs N., De Maeseneer J. Patiënten evalueren hun huisarts, het gebruik van het EUROPEP instrument in Vlaanderen. HANU 2001 Nov; 30(9): 405-412.

15 Jung HP, Wensing M, Grol R. Tussen paternalisme en consumentisme Het dilemma van de huisarts. henw 2001; 44(13): 594-600

16 Van Linschoten CR, Moorer P, Voorrips R. Langs de eerste lijn – wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg. ARGO rijksuniversiteit Groningen 2004.

17 Davidsen AS. Phenomenological Approaches in Psychology and Health Sciences, Qualitative Research in Psychology 2013; 10(3):318–339.

18 Finlay L. Engaging Phenomenological Analysis. Qualitative Research in Psychology 2014; 11(2):121–141.

19 Heldens, JJHM, Reysoo F. De kunst van het interviewen: Reflecties op het interview met een guide. KWALON 2005; 10(3): 106-121.

20 Shosha GA. Employment of Colaizzi's Strategy in Descriptive Phenomenology: a Reflection of a Researcher. European Scientific Journal 2012; 8(27).

Bijlagen

Bijlage I: protocol

Onderzoeksvraag: ‘wat verwachten patiënten van een eerstelijnsarts?’

Er wordt getracht deze onderzoeksvraag te beantwoorden via kwalitatief onderzoek, namelijk een peiling naar de verwachtingen van de patiënten zelf via semigestructureerde interviews.

Binnen dit onderzoek wordt ook gevraagd naar hun huidig gebruik van de eerste lijn en waar deze niet voldoet aan hun verwachtingen.

Het is een iteratief onderzoek, waarbij na afnemen en analyseren van de eerste interviews, de vragenlijst op basis hiervan wordt bijgestuurd.

De personen bij wie de interviews worden afgenomen, worden initieel gerekruteerd via het aanspreken van een aantal verenigingen. Zo worden vervolgens via purposefullsampling de volgende personen gerekruteerd.

Via het afnemen van 15 interviews worden vervolgens de wensen en verwachtingen van patiënten in Vlaanderen omtrent de huisarts na te gaan.

De tijdsperiode voor afname van interviews is juli 2015 tot en met januari 2016.

Het interview heeft een maximale duur van 1uur en bestaat uit 3 delen:

deel één: verzamelen van algemene gegevens en het huidig gebruik van de gezondheidszorg

deel twee: individuele verwachtingen naar de huisarts toe

deel drie navragen wat voor deelnemer mogelijke tekorten zijn in het huidige systeem.

De gegevens van de deelnemers en de inhoud van de interviews worden anoniem verwerkt.

De deelnemers worden geselecteerd op variatie in volgende categorieën:

- leeftijd
- geslacht
- scholing
- acute/chronische pathologie

De exclusiecriteria zijn:

- deelnemer is jonger dan 18 jaar

- deelnemer is patiënt in praktijk waar onderzoeker werkt of gewerkt heeft als HAIO - deelnemer is patiënt in dezelfde huisartsenpraktijk als andere deelnemer.

Verwerking van de gegevens zal thematisch zijn.

Voor deze patiënten worden de belangrijkste aangegeven verwachtingen, alsook ontevredenheden weergegeven. Zo wordt gepoogd om een gemiddeld beeld te scheppen wat de verwachtingen zijn, waarin deze overeenkomen of eventueel juist verschillen.

Vanuit de verwerking van deze data zal worden gepoogd enkele suggesties te doen om meer tegemoet te komen aan de verwachtingen van de patiënt in de eerste lijn.

Topiclijst:

A. Hoofdvraag aan geïnterviewde: Wat verwacht u als patiënt van uw huisarts? Wat maakt voor u een goede huisarts?

   Subvragen:

- hoe ziet u de huisarts als coördinator binnen de zorg?
- Wat betekent voor u toegankelijkheid van de huisarts en vindt u dit belangrijk?
- Hoe ziet u de ideale organisatie van een huisartsenpraktijk?
- Wat zijn voor u de belangrijkste vaardigheden van een huisarts?

B. In hoeverre beantwoordt de huidige eerste lijn aan uw verwachtingen? Waar ziet u tekorten?

Deze lijst is niet limitatief en wordt uitgebreid afhankelijk van de antwoorden die erop gegeven worden, er wordt getracht tot een totaalbeeld van de taken van de huisarts voor die individuele persoon te komen.

Bijlage II Interviewguide

1. algemene gegevens van geïnterviewde: leeftijd, nationaliteit, scholing, vaste huisarts?, frequentie huisartsgebruik
2. hoofdvraag: wat verwacht u van uw huisarts? Wat maakt voor u een goede huisarts?
3. bijvragen
    a. waarvan bent u tevreden van huisarts?
    b. waarvan bent u minder tevreden?
    c. hoeveel verschillende huisartsen heeft u al gehad?
    d. wat motiveerde uw keuze?
    e. waarom prefereert u een bepaalde huisarts?
    f. wat zijn uw ervaringen met betrekking tot de organisatie van uw huisarts?
    g. Wat is voor u de ideale organisatie?

Bijlage III: 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

Dr. S. ANTHIERENS
Universiteit Antwerpen
ELIZA (Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen)
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Huisarts: van wieg tot sterfbed of slechts begeleidende passant? (manama huisartsgeneeskunde Lisa de Mûelenaere)

Belgisch Registratienummer: B300201524647

datum	ons kenmerk	contactpersoon
4/05/2015	15/15/148	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 4/05/2015.

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

- CV onderzoeker dr. de Muelenaere
- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 27/03/2015
- Protocol versie 2 versie 10/04/2015
- Vragenlijst versie 27/03/2015

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. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Mevr. L. DE MÛELENAERE, NVT, Ottergemsesteenweg 137a bus 101 - 9000 Gent
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

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

Samenstelling Ethisch Comité sinds 16/02/2015

Voorzitter
Prof. Dr. P. Cras

VOORZITTER
Prof. dr. P. Cras

SECRETARIAAT
Tel 03 821 38 97
Tel 03 821 35 44

Leden aanwezig op vergadering van 04/05/2015

Leden	Functie	Geslacht	Aanwezig
BERVOETS An	Dermatoloog	V	☑
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	☑
COOLS Nathalie	Postdoctoraal Onderzoeker Hematologie	V	☐
CRAS Patrick	Voorzitter EC / Neuroloog	M	☑
DE MEESTER Ingrid (*)	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	☑
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	☑
GUISEZ Yves (*)	Bioloog / Onderzoeker UA	M	☐
HUIZING Manon	Oncoloog	V	☐
IEVEN Greet	Ondervoorzitter EC / Klinisch Bioloog	V	☑
LEMMENS Katrien (*)	Farmacoloog / Toegevoegd expert	V	☐
LEMMENS Willem (*)	Filosoof / Onderzoeker UA	M	☐
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens/ Toegevoegd expert	M	☑
MAMPAEY Els	Psychologe	V	☑
MICHIELS Barbara (*)	Huisarts	V	☑
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog / Toegevoegd expert	M	☑
MICHIELSENS Inge	Jurist / Toegevoegd expert	V	☑
NORGA Koenraad	Pediater / Toegevoegd expert	M	☐
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	☑
STASSIJNS Gaëtane	Fysioloog / Toegevoegd expert	V	☐
STRUYF Filip	Kinesitherapeut / Toegevoegd expert	M	☐
THEUNIS Bea	Apotheker	V	☑
VAN BOGAERT Peter	Docent UA Verpleeg- en Vroedkunde / Toegevoegd expert	M	☑
VAN BORTEL Paulus (*)	Filosoof	M	☐
VAN BROECKHOVEN Christine	Biomedicus / Onderzoeker UA	V	☐
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	☑
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	☐
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkunde	V	☑
VAN POECK Lieven (*)	Medewerker Dep. Onderzoek (CMI) / Onderzoeker UA	M	☐
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	☑
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	☐
VERCAUTEREN Marcel	Anesthesist / Toegevoegd expert	M	☑

(*) niet verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.
The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

HUISARTS: VAN WIEG TOT STERFBED OF SLECHTS BEGELEIDENDE PASSANT?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: …SIBYL ANTHIERENS
- FUNCTIE: …POST-DOC ONDERZOEKER
- UNIVERSITEIT: …ANTWERPEN
- FACULTEIT/VAKGROEP: …HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 032652935
- FAX:/
- E-MAIL: SIBYL.ANTHIERENS@UANTWERPEN.BE
- VAKGROEPVOORZITTER: ROY REMMEN

CO-PROMOTOR

- NAAM: ROY REMMEN
- FUNCTIE: HUISARTS/DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT ANTWERPEN
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): ANTWERPEN
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 032652922
- FAX: /
- E-MAIL: ROY.REMMEN@UANTWERPEN.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER): ROY REMMEN

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: LISA DE MÛELENAERE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0476528099
- E-MAIL: LISA.DEMUELENAERE@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: LUC UYTTENDAELE
- ADRES: RIEMEWEGEL 96; 9940 ERTVELDE
- TELEFOONNUMMER: 093449797
- MEDISCH.KABINET.UYTTENDAELE.BVBA@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: SOLO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: … 14/04/2015
  (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 1/05/2015

7. SOORT ONDERZOEK

- ✓ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ❑ VRAGENLIJSTEN
  - ✓ **FACE TO FACE INTERVIEWS: KWALITATIEF EXPOLEREREND**

- ❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: ….

- ❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN

  - ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ❑ MEDICAL DEVICE
    - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

De informatie die op dit moment beschikbaar is omtrent verwachtingen van patiënten is ontoereikend om gebruik van te kunnen maken in de veranderende organisatie van de gezondheidszorg. Deze info werd meestal eerder gedistilleerd vanuit het oogpunt van de zorgverlener dan vanuit de patiënt zelf. Verwachtingen worden vaak geïnterpreteerd vanuit tevredenheidsonderzoeken. Het is echter niet zo dat tevredenheid en verwachtingen noodzakelijk op één lijn liggen. Binnen deze studie is echter de onderzoeksvraag: 'wat verwachten patiënten van een eerstelijnsarts?' Er wordt getracht deze onderzoeksvraag te beantwoorden via kwalitatief onderzoek, namelijk een peiling naar de verwachtingen van de patiënten zelf via semigestructureerde interviews. Binnen dit onderzoek wordt ook gevraagd naar hun huidig gebruik van de eerste lijn en waar deze niet voldoet aan hun verwachtingen. Het is een iteratief onderzoek, waarbij na afnemen en analyseren van de eerste interviews, de vragenlijst op basis hiervan wordt bijgestuurd.
De personen bij wie de interviews worden afgenomen, worden initieel gerecruteerd via het

aanspreken van een aantal verenigingen. Zo worden vervolgens via purposefullsampling de volgende personen gerecruteerd.

Via het afnemen van 15 interviews worden vervolgens de wensen en verwachtingen van patiënten in Vlaanderen omtrent de huisarts na te gaan. De tijdsperiode voor afname van interviews is juli 2015 tot en met januari 2016. Het interview heeft een maximale duur van 1uur en bestaat uit 3 delen: deel één bestaat uit verzamelen van algemene gegevens en het huidig gebruik van de gezondheidszorg. Deel twee omvat de individuele verwachtingen naar de huisarts toe. In deel drie wordt door de deelnemer aangegeven wat voor hem/haar mogelijke tekorten zijn in het huidige systeem. De gegevens van de deelnemers en de inhoud van de interviews worden anoniem verwerkt.

De deelnemers worden geselecteerd op variatie in volgende categorieën:

- leeftijd
- geslacht
- scholing
- acute/chronische pathologie

De exclusiecriteria zijn:

- deelnemer is jonger dan 18 jaar
- deelnemer is patiënt in praktijk waar onderzoeker werkt of gewerkt heeft als HAIO
- deelnemer is patiënt in dezelfde huisartsenpraktijk als andere deelnemer.

Verwerking van de gegevens zal thematisch zijn.

Voor deze patiënten worden de belangrijkste aangegeven verwachtingen, alsook ontevredenheden weergegeven.
Zo wordt gepoogd om een gemiddeld beeld te scheppen wat de verwachtingen zijn, waarin deze overeenkomen of eventueel juist verschillen. Vanuit de verwerking van deze data zal worden gepoogd enkele suggesties te doen om meer tegemoet te komen aan de verwachtingen van de patiënt in de eerste lijn.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ✓ EXPLOREREND KWALITATIEF
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN)
ANTWERPEN…… (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ? NVT

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …DIVERSITEIT WORDT NAGESTREEFD

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 15 GEÏNTERVIEWDEN

D. LEEFTIJD : 18-99

E. GESLACHT : MAN+VROUW

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

Via purposefull-sampling worden verschillende individuen geselecteerd volgens een aantal bepaalde karakteristieken die heterogeniteit garanderen: geslacht; leeftijd; acute of chronische pathologie; scholing. Initieel worden een aantal verenigingen aangesproken waaruit de eerste interviews worden geselecteerd. Via deze eerste interviews wordt gepoogd nieuwe kandidaten aan te trekken voor de volgende interviews.

Recruteren zal niet via de praktijk gebeuren waar onderzoeker als HAIO stage doet of heeft gedaan. alle personen die deelnemen aan deze studie dienen een verschillende of eventueel geen huisarts te hebben.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ✓ JA
- ❑ NEEN

MONDELING :

✓ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
✓ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

❑ JA
✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
✓ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

✓ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

✓ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

Er is geen gestandaardiseerde, internationale aanpak voor het nagaan van verwachtingen voorhanden. Tot nu toe werd in België de focus voornamelijk gelegd op tevredenheid van patiënten. Onderzoek binnen deze context gebeurde dan ook voornamelijk via vooraf opgestelde al dan niet gestandaardiseerde enquêtes. Ook werden deze onderzoeken vaak gekoppeld aan individuele huisartsenpraktijken.
algemene bevraging d.m.v. semi-gestructureerde interviews werd tot nu toe nog niet verricht.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ✓ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ? (DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

….

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ❑ JA
- ✓ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …/

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

…NIET VAN TOEPASSING

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? …

❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE ……NVT

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE NVT……

OM DE .NVT……

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .NVT……

OM DE .NVT……

D. BLOEDAFNAMEN : .NVT.....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .NVT.....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ✓ NIET VAN TOEPASSING
- ☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 24/3/2015
NAAM : Lisa de Mûelenaere
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 27/03/15
NAAM :
HANDTEKENING :

Dr. Luc Uyttendaele
Riemewegel 96/0002
9940 Ertvelde-Rieme
1/43480/80/004
Tel.: 09-344 97 97

PROMOTOR

DATUM : 24/3/15
NAAM : Sibyl Anthierens
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 24/3/2015
NAAM :
HANDTEKENING : Roy Remmen

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 24/3/2015
NAAM :
HANDTEKENING : Roy Remmen

Informatieformulier

Huisarts: van wieg tot sterfbed of slechts begeleidende passant?
wat denken en verwachten Vlaamse patiënten van de huisarts?

Dit onderzoek werd op (datum)…/…/…..goedgekeurd door het onafhankelijke Ethisch Comité voor Medische Ethiek.

Doel en beschrijving van het onderzoek

Het onderzoek heeft als doel de wensen en verwachtingen van patiënten in Vlaanderen omtrent de huisarts na te gaan. Het onderzoek zal uitgevoerd worden via interviews in Vlaanderen, waarbij we een 15 tal mensen zullen bevragen. Het interview bestaat uit 3 delen: deel één bestaat uit verzamelen van algemene gegevens en uw huidig gebruik van de gezondheidszorg. Deel twee omvat uw verwachtingen van de huisarts. In deel drie krijgt u de kans om aan te geven wat voor u mogelijke tekorten zijn in het huidige systeem. Het gesprek zal opgenomen worden met behulp van een dictafoon. De verkregen data wordt na afloop anoniem geanalyseerd. De resultaten zullen beschreven worden in een eindrapport en/of een wetenschappelijke publicatie na afloop van het onderzoek.

Duur van het onderzoek

Het interview zal ongeveer 1 uur duren.

Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek

Vrijwillige deelname
Indien u toestemt om deel te nemen aan dit interview, zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

Deelname aan dit interview is geheel vrijwillig en u heeft dan ook het recht te weigeren eraan deel te nemen.

U heeft tevens het recht om uw deelname aan het interview op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen voor u met zich meebrengen.

Kosten en vergoeding
Deze studie zal voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen. Alle kosten die voortvloeien uit uw deelname aan het onderzoek zijn voor rekening van de onderzoeker of de opdrachtgever.

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer
Uw identiteit en uw deelname aan dit interview worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met het onderzoek. Uw gegevens zullen anoniem worden verwerkt.

De onderzoeker zal erop toezien dat bij publicatie en verwerking door derden van uw gegevens, uw identiteit altijd geheim zal blijven.

U heeft het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is. U heeft ook het recht aan de onderzoeker te vragen om u inzage te verlenen in uw persoonlijke informatie en er eventueel de nodige verbeteringen in te laten aanbrengen. De bescherming van de persoonlijke gegevens is wettelijk bepaald door de geldende wet- en regelgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw gegevens voor bovenstaande doeleinden en op de wijze zoals hierboven uiteengezet.

Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw oorspronkelijke toestemming het gebruik toelaten van de over u verzamelde gegevens met betrekking tot de periode dat u in het onderzoek ingesloten was.

We hopen u met dit document voldoende informatie te hebben gegeven over het onderzoek.
U heeft het recht om op elk ogenblik bijkomende vragen te stellen over de inhoud, het doel of het verloop van het onderzoek, over de mogelijke en/of bekende voor- en nadelen die dit onderzoek voor u inhoudt, enz.. U kunt zich daarvoor wenden tot de onderzoeker.

Contact informatie
Als u nog vragen heeft over het onderzoek, kunt u altijd bellen naar de onderzoeker. Zie de contactgegevens.
Let op: U kunt hier alleen terecht met vragen over het onderzoek. Hebt u een (urgent) medisch probleem, neem dan contact op met uw arts via de gebruikelijke weg.

Lisa de Mûelenaere
lisa.demuelenaere@UGent.be
Ottergemsesteenweg 137ª bus 101
9000 Gent

.

Verklaring van toestemming

Huisarts: van wieg tot sterfbed of slechts begeleidende passant?
wat denken en verwachten Vlaamse patiënten van de huisarts?

Ik ben mij bewust van het doel waarvoor mijn gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. Ik geef toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken zoals beschreven in het informatiedocument dat ik ontving en conform de geldende wetgeving. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven.

Door ondertekening van dit formulier stem ik in met deelname aan het hierboven beschreven onderzoek.

Naam: …….
Datum: __/__/__
Handtekening:

Identificatiecode interview: ……..

Onderzoeker:

Ik verklaar hierbij dat ik deze persoon volledig heb geïnformeerd over de opzet en het doel van dit interview en onderzoek. Indien tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, zal ik deze tijdig daarvan op de hoogte brengen.

Naam onderzoeker: Lisa de Mûelenaere
Datum: __ / __ / __
Handtekening:

Topic lijst van dit onderzoek

A. Hoofdvraag aan geïnterviewde: Wat verwacht u als patiënt van uw huisarts? Wat maakt voor u een goede huisarts?

Subvragen:

- hoe ziet u de huisarts als coördinator binnen de zorg?
- Wat betekent voor u toegankelijkheid van de huisarts en vindt u dit belangrijk?
- Hoe ziet u de ideale organisatie van een huisartsenpraktijk?
- Wat zijn voor u de belangrijkste vaardigheden van een huisarts?

B. In hoeverre beantwoordt de huidige eerste lijn aan uw verwachtingen? Waar ziet u tekorten?

Deze lijst is niet limitatief en wordt uitgebreid afhankelijk van de antwoorden die erop gegeven worden, er wordt getracht tot een totaalbeeld van de taken van de huisarts voor die individuele persoon te komen.