DE VLAAMSE HUISARTS: EEN GEBOREN HEALTH ADVOCATE?

Lowie De Loose, Universiteit Gent

Promotor: Professor Sara Willems, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnslijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Pauline Boeckxstaens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaren 2014-2016

VOORWOORD

Tijdens de zoektocht naar het onderwerp voor mijn masterproef in de huisartsgeneeskunde was ik enerzijds op zoek naar een thema dat me methodologisch en inhoudelijk zou uitdagen, maar waar anderzijds ook een maatschappelijk engagement aan verbonden was en waar ik mijn visie over mijn eigen rol als deelnemer aan het maatschappelijk proces kon helpen vorm geven. Tijdens talloze open gesprekken met Pauline Boeckxstaens, co-promotor van de masterproef, collega in WGC Botermarkt en gids tijdens mijn eerste stapjes als huisarts, en een interessante en uitdagende vergadering met prof. Sara Willems viel de uiteindelijke keuze op ‘de rol van de vlaamse huisarts als health advocate’.

Ik wil Pauline ten zeerste bedanken om zo geduldig, ondersteunend en sturend om te gaan met alle twijfels die bij mij opkwamen bij het onderzoeken en beschrijven van dit complexe, maar interessante thema. Je gaf me telkens weer het vertrouwen, het geloof en de energie op het moment dat ik het nodig had. Daarnaast wil ik uiteraard alle deelnemers aan de studie bedanken om een niet-onaanzienlijk deel van hun tijd vrij te maken voor de interviews en tevens zonder duidelijke feedback of referentiekader blootgesteld te worden aan een aantal ethische of sociaal comlexe stellingen. Ik besef dat dit voor jullie niet evident geweest is.

Gedachten en emoties over de masterproef waren niet iets wat ik zomaar aan of uit kon zetten als er ruimte was voor ontspanning of werk thuis. Vreugde, energie, frustratie en onzekerheid werden dan ook intens gedeeld met mijn vriendin, Luka Dochy. De enige persoon die -zonder altijd maar weer te moeten ingaan op het thema zelf- zoveel rust, ontspanning en begrip kan brengen in moeilijke periodes. Dankje voor alles! Ook mama en papa staan altijd klaar om me op te vangen, te ondersteunen en me desnoods van bergen lekkere etensrestjes te voorzien. Dankjewel!

INHOUDSTABEL

ENGLISH ABSTRACT **1**

NEDERLANDSTALIGE ABSTRACT **2**

INLEIDING **3**

METHODOLOGIE **5**

DATA COLLECTIE 6

DATA ANALYSE 6

RESULTATEN **8**

STUDIEPOPULATIE EN INTERVIEWS 8

A. SPONTANE KENNIS 9

B. INHOUDELIJKE ANALYSE 9

1. PATIËNTENNIVEAU 10

2. COMMUNITY NIVEAU 18

3. POPULATIE NIVEAU 27

4. EXTERNE HEALTH ADVOCACY 32

C. REMMENDE EN FACILITEREN FACTOREN 32

REMMENDE FACTOREN 33

FACILITERENDE FACTOREN 36

GUNSTIGE OMSTANDIGHEDEN 38

DISCUSSIE **41**

BESLUIT **47**

REFERENTIELIJST **48**

BIJLAGES **49**

1. GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ 49

2. GOEDGEKEURD PROTOCOL 51

3. INFORMATIEBRIEF MET INFORMED CONSENT 52

ENGLISH ABSTRACT

Background: Despite the importance of the health advocacy role of general practitioners described in literature, education programs and public health reports, lots of haziness exists about how this role is taken into practice. The aim of the study was to explore Flemish general practitioners' different insights in health advocacy.

Methodology: We conducted 9 semistructured interviews with general practitioners, using open-ended questions, followed by having them review the CanMEDs health advocate role. We analyzed the interviews in the tradition of phenomenography.

Results: General practitioners recognize their role as health advocate, or spontaneously, or after presentation with the CanMEDs health advocate role. We identify four levels of health advocacy: Health advocacy in favor of (1) an individual patient, in favor of (2) a group of people with a common characteristic or living in the same district, in favor of (3) the population nationwide or (4) an external population. Within these four levels we notice four steps: identification, Investigation, Intervention and Inspection. Some doctors are only active on individual level, while others expect every general practioner to act on group levels. Throughout the interviews we defined several facilitators and barriers related to whether general practitioners commit to health advocacy or not.

Conclusions: The divergent view and knowledge of family physicians on their role as health advocate explains the inconsistency in acting. We notice their will to act, but some seem to lack the tools to really commit. The contrast between the importance of health advocacy in several reports and what is observed in practice asks for measurements acting on barriers and facilitators.

NEDERLANDSTALIGE ABSTRACT

Inleiding: De wereldgezondheidsorganisatie beschrijft health advocacy als een actie werkend op biologische, culturele, sociale, economische en politieke factoren, op omgevings-, klimaat- en gedragsfactoren om een staat van fysiek, mentaal en sociaal welzijn te bekomen of behouden bij patiënten. Ondanks het belang dat in de literatuur, in opleidingsprogramma's en in gezondheidsrapporten aan health advocacy gegeven wordt, blijft er veel onduidelijkheid over wat nu de verantwoordelijkheid is van iedere arts en hoe deze rol in praktijk wordt ingevuld. Het doel van deze studie was te exploreren hoe Vlaamse huisartsen naar hun rol als health advocate kijken.

Methodologie: We voerden 9 semigestructureerde diepte-interviews uit bij Vlaamse huisartsen, startend met open vragen, gevolgd door het overlopen van de CanMEDS beschrijving van de health advocate rol. We analyseerden de resultaten volgens de traditionele kunst van fenomenografie.

Resultaten: De huisartsen hadden een uiteenlopende kennis over hun rol als health advocate, maar erkenden hun rol na overlopen van de CanMEDS beschrijving. We identificeerden vier niveaus waarop de huisarts aan health advocacy kan doen: patiëntenniveau, communityniveau, populatieniveau en op niveau van een externe populatie. Binnen deze niveaus zagen we dat de artsen vier stappen doorliepen om een gezondheidsprobleem aan te pakken: identificatie, analyse, actie en evaluatie. Sommige artsen waren enkel actief op patiëntenniveau en namen geen rol op op de andere niveaus, terwijl andere artsen verwachten dat iedere huisarts ook op deze niveaus een minimum aan taken zou opnemen. Remmende en faciliterende factoren in combinatie met gunstige omstandigheden bepaalden of huisartsen hun rol als health advocate opnamen.

Conclusie: De uiteenlopende kennis en visie van huisartsen op hun rol als health advocate verklaart de verschillen die waargenomen worden in de praktijk. We merken dat ze bereid zijn om hier een rol in op te nemen, maar dat handvaten of omstandigheden soms ontbreken om zich echt te engageren. Het contrast tussen het belang dat gegeven wordt aan health advocacy en wat waargenomen wordt in de praktijk, vraagt om maatregelen die enerzijds meer duidelijkheid brengen over verwachtingen van iedere huisarts en anderzijds werken op remmende en faciliterende factoren.

INLEIDING

De Wereldgezondheidsorganisatie beschrijft health advocacy als een actie werkend op biologische, culturele, sociale, economische en politieke factoren, op omgevings-, klimaat- en gedragsfactoren om een staat van fysiek, mentaal en sociaal welzijn te bekomen of behouden bij patiënten (1). Health advocacy wordt algemeen erkend als belangrijke taak en verantwoordelijkheid van medische professionals en vormt één van de centrale eindtermen in opleidingsprogramma's wereldwijd. Health advocacy is bijvoorbeeld één van de zeven rollen opgenomen in het CanMEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialists) framework opgesteld door de Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, dat in steeds meer landen gebruikt wordt in de curricula van gezondheidswerkers (2). In de verenigde staten is health advocacy reeds langer expliciet aanwezig als kerncompetentie van huisartsen, in Europa is deze competentie eerder impliciet aanwezig in de opleidingen (3-5). Recent werd de competentie – via het gebruik van het CanMEDS framework - ook expliciet geïntroduceerd in de Vlaamse opleiding huisartsgeneeskunde. Het is onduidelijk of de Nederlandstalige vertaling 'maatschappelijk handelen' of 'gezondheidspromotor' de volledige lading dekt. In deze paper zullen we om deze reden de term health advocacy aanhouden.

Ondanks de wijdverspreide erkenning van health advocacy als belangrijk onderdeel van de geneeskundeopleiding geven opleiders aan dat het bijzonder moeilijk is health advocacy te definiëren, voor te tonen, aan te leren en te evalueren (6, 7). Een reden hiervoor kan zijn dat in de literatuur verschillende concepten van health advocacy voorgesteld worden en er onduidelijkheid blijft over wat health advocacy inhoudt en welk engagement van iedere arts, huisarts of de gezondheidszorgsector moet en mag verwacht worden (8-10). Deze onduidelijkheid staat in schril contrast met het belang, het nut en de mogelijkheden op vlak van gezondheidswinst die verschillende onderzoekers en instanties aan health advocacy toekennen, meer specifiek voor de eerstelijn (11).

Bij zo'n diversiteit aan concepten en visies bij opleiders en onderzoekers verwachten we deze ook terug te vinden bij praktiserende artsen. We konden echter geen onderzoek vinden over hoe

praktiserende medische professionals omgaan met de theoretische concepten en de verwachtingen van de maatschappij op vlak van health advocacy.

Het doel van deze paper was om na te gaan wat Vlaamse huisartsen onder health advocacy verstaan, wat ze als hun rol zien, welke vormen van health advocacy ze onderscheiden en hoe ze hierbij te werk gaan, en tenslotte welke factoren remmend of faciliterend werken om tot health advocacy over te gaan.

Een onderzoek naar de concepten die praktiserende huisartsen over health advocacy naar voor brengen kan nuttig zijn om huisartsopleiders te tonen welke advocacy in de praktijk uitgevoerd wordt, welke verbetering mogelijk is en kan het beleid informatie bieden om een gunstig klimaat te scheppen om health advocacy door de praktiserende huisarts te bevorderen.

METHODOLOGIE

We voerden een kwalitatief fenomenografisch onderzoek uit om verschillende manieren te bepalen waarop praktiserende huisartsen kijken naar health advocacy en welke activiteiten ze op dat vlak uitvoeren. Dit was de voorkeursmethode gezien (1) de afwezigheid in de literatuur van een theoretisch framework over health advocacy in de Vlaamse gezondheidszorgcontext; (2) het toelaat om uiteenlopende concepten waarmee artsen naar het begrip kijken ten gevolge van eigen ervaring, opleidingen of ideologieën te identificeren; (3) het de onderzoeker in staat stelt een reeks met health advocacy gerelateerde bevindingen te identificeren die relevant zijn voor verder onderzoek.

Het onderzoek werd goedgekeurd door de commissie van medische ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent (2015/0378). We hanteerden *purposive sampling* om binnen de Vlaamse huisartsen een zo divers en interessant mogelijke studiepopulatie samen te stellen. We nodigden de artsen uit door middel van een e-mail met begeleidende uitnodigingsbrief. Er was geen externe drijfveer voor deelname en deelnemers tekenden een *informed consent*.

Alle interviews werden geregistreerd als audiobestand en achteraf letterlijk uitgeschreven. We verwijderden persoonlijke gegevens en bezorgden de transcripten aan de respectievelijke respondenten, waarna ze aanvullingen of correcties konden maken.

We beslisten om huisartsen te interviewen omwille van hun rol in eerstelijnsgezondheidszorg, de continuïteit in zorg die ze bieden bij patiënten en de belangrijke rol die de WHO ziet voor de eerstelijn (11).

DATA COLLECTIE

De eerste onderzoeker (L.D.L.) voerde alle, individuele, face-to-face, semigestructureerde interviews uit. Dit verzekerde een éénlijnige systematiek en de mogelijkheid om interessante data uit een eerder interview in latere interviews aanbod te laten komen. Elk interview begon met een korte inleiding over het opkomende belang van het begrip 'health advocacy' in de literatuur en in gezondheidsrapporten tegenover blijvende onduidelijkheid over de omschrijving en invulling in de praktijk. Aansluitend werd het doel van de studie besproken, waarbij de deelnemers op het hart gedrukt werd dat we niet op zoek waren naar de ene waarheid, maar naar een waaier van indrukken, visies en activiteiten die met health advocacy verband houden.

Vervolgens peilden we via een reeks open vragen naar de kennis en ervaring van de deelnemer betreffende health advocacy. Voorbeelden van open vragen waren: Wat roept de term health advocacy bij u op? Zou u zichzelf beschrijven als een goede health advocate? Waarom wel, waarom niet? Beschrijf een collega die in uw ogen een goede health advocate is? En waarom? Welk vorm van health advocacy vindt u dat elke Vlaamse huisarts moet uitvoeren?

Tenslotte werd aan elke deelnemer de definitie en beschrijving van de CanMEDS health advocate rol voorgelegd en werd hen gevraagd zaken aan te stippen die hun verrasten, vernieuwend of belangrijk leken. Dit leek het onderzoeksteam noodzakelijk aangezien we verwachtten dat we op deze manier bij deelnemers met beperkte kennis over health advocacy de data en inzichten konden verrijken.

DATA ANALYSE

De eerste auteur doorliep de eerste analysefase van het onderzoek alleen. De neergeschreven interviews werden eerst meerdere malen intensief doorgelezen. We hanteerden het softwareprogramma NVivo 11 om aan alle data codes toe te kennen. Vervolgens werden grote groepen onderscheiden waarin de verschillende codes ondergebracht werden. Binnen de groepen werden de codes vervolgens samengebracht binnen gemeenschappelijke categorieën. Hierna discussieerde de onderzoeksgroep over de opdeling in en verbanden tussen de categorieën en groepen, wat leidde tot kleine wijzigingen. We stelden een theoretisch model op en toetsten dit aan bestaande referentiekaders in de literatuur.

Het onderzoeksteam bestond uit een huisarts-in-opleiding, die de interviews en ruwe analyse uitvoerde (L.D.L.), een huisarts, ervaren kwalitatief onderzoeker en lesgever aan universiteit Gent, die toezag op de methodologische kwaliteit van het onderzoek (P.B.) en een tweede ervaren kwalitatief onderzoeker

en professor aan de Universiteit Gent, zelf expert wat betreft health advocacy (S.W.). Het werken van de twee hoofdonderzoekers als huisarts kan een meerwaarde betekenen voor het onderzoek.

Tabel 1: Demografische kenmerken van de studiepopulatie

Demografisch kenmerk		Aantal (% van 9)	
Geslacht	Vrouw	4	(44)
	Man	5	(56)
Leeftijd	<36j	3	(33)
	36-45j	0	(0)
	46-55j	2	(22)
	>55j	4	(44)
Aantal artsen in de praktijk	Solo	0	(0)
	Duo	1	(11)
	3-5	4	(44)
	>5	4	(44)
Praktijkorganisatie	multidisciplinair	4	(44)
	Betaling per prestatie	5	(56)
	Forfaitair betalingssysteem	4	(44)
Praktijkligging [(1)]	Ruraal	1	(11)
	Randstedelijk	2	(22)
	Stedelijk	6	(67)
Fulltime	Ja	5	(56)
Zelfbeschrijving als goede health advocate	Ja	5	(56)
	Nee	0	(0)
	Ik weet het niet	4	(44)
Partijpolitiek actief	Ja	2	(22)

[(1)] Praktijkligging werd bepaald door de respondenten

RESULTATEN

STUDIEPOPULATIE EN INTERVIEWS

We interviewden 10 Vlaamse huisartsen. De data van één interview werd echter niet op audiobestand geregistreerd en kon dus niet gebruikt worden in de analyse (zie tabel 1 voor demografische gegevens). Voorbeelden, kennis en ervaringen die uit het laatste interview naar voor kwamen, konden allemaal ondergebracht worden onder reeds geïdentificeerde categorieën, wat suggereert dat we voldoende saturatie bereikten en de diepgang naar data en ervaringen adequaat was. Een interview duurde gemiddeld 55 minuten met een spreiding van 29 tot 93 minuten.

Sommige artsen brachten het merendeel van de data aan tijdens het open interviewgedeelte, bij anderen konden we enkel de visie achterhalen nadat we samen de CanMEDS health advocate rol overliepen.

Na grondige analyse van de data konden we de onderzoeksresultaten opdelen in drie grote delen.

A. Spontane kennis over het begrip health advocacy door de Vlaamse huisarts
B. Inhoudelijke analyse van wat health advocacy is en hoe de artsen dit uitvoeren. We identificeerde 4 niveaus waarop aan health advocacy gedaan wordt: patiënten-, community-, populatieniveau en niveau van externe populatie. Binnen deze 4 niveaus konden we 4 stappen onderscheiden: identificatie, analyse, actie en evaluatie (tabel 2).
C. Remmende en faciliterende factoren om al dan niet als health advocate op te treden. (Figuur 2)

A. SPONTANE KENNIS

Sommige artsen voelden zich bijzonder vertrouwd met het begrip health advocacy en konden dit spontaan definiëren of er een invulling aan geven.

> *" Dat is altijd een principe geweest dat wij proberen in de praktijk te brengen. Je bent de verdediger van de patiënt zijn belangen omdat je ook voor zijn gezondheid moet zorgen, dat is de opdracht die je als arts hebt, dat is ook je maatschappelijke en persoonlijke verantwoordelijkheid. Voor mij is dat vrij evidentie. Het is er hier eigenlijk helemaal op gericht om te doen."*

Anderen voelden zich onzeker, maar konden toch enkele kenmerken opnoemen.

> *" wat ik me daarbij voorstel is dat je als huisarts opkomt voor de rechten van je patiënt, maar ook algemener voor de zwakkere, voor de maatschappij. Dus voor de patiënt, voor de wijk, voor je patiëntengroep, voor de wijk en algemeen ook voor dus de patiënten opkomen ook naar, op beleidsniveau. Dat jij eigenlijk die stem van de patiënt vertegenwoordigd."*

Voor een derde groep was dit een onbekende term en was er nood aan verdere ondersteuning aan de hand van de CanMEDs health advocate rol om het interview te vervolledigen.

> *" nee, ik weet het echt niet, ik weet niet goed welke richting dat dit uitgaat, of over wat het exact gaat. Misschien dat ik er een mening over heb als ik het begrip uitgelegd krijg. Nee het zegt mij niet veel. Ik denk aan… het zo gelijk advocatuur, zo de rechten van… maar ik weet niet of het daarover gaat, dus nee."*

> *" ja zoals ik u gezegd heb, ik weet echt niet zo goed over wat het gaat gaan, maar we zullen wel zien hé. "*

B. INHOUDELIJKE ANALYSE

Op basis van de voorbeelden van health advocacy die door de Vlaamse huisartsen gegeven werden, konden we vier verschillende niveaus onderscheiden. De eerste categorie speelt zich af op patiëntenniveau, waarbij de arts bij een individuele patiënt een gevaar voor zijn of haar gezondheid of een onrecht detecteert en vervolgens de gezondheid en het welzijn van dat individu tracht te behouden of verbeteren. Bij de tweede, derde en vierde niveau zal de arts een onrecht of gevaar voor de gezondheid vaststellen voor meerdere individuen en ook een actie stellen met de bedoeling de gezondheid te verdedigen van een groep patiënten. Op het communityniveau betreft deze groep

patiënten met een specifieke gemeenschappelijke eigenschap of die binnen dezelfde wijk of gemeente wonen, terwijl op populatieniveau factoren aangepakt worden die van belang zijn voor grote groepen patiënten of zelfs de hele populatie op nationaal of internationaal niveau. Bij health advoacy voor een externe populatie zal de arts de rechten en gezondheid verdedigen van een grote groep patiënten, waaronder geen patiënten waarmee de arts zelf een therapeutische relatie heeft (bijvoorbeeld advocacy voor ontwikkelingssamenwerking of sollidariteit met vluchtelingen).

Tabel 2: de vier stappen van health advocacy (identificatie, analyse, actie en evaluatie) op de vier verschillende niveaus (patiënten-, community-, populatieniveau en externe populatie)

	Patiëntenniveau	**Communityniveau**	**Populatieniveau**	**Externe populatie**
Identificatie	Patiënt komt vertellen Opmerken aan patiënt Omgeving van patiënt komt vertellen	Individuele ervaringen arts Samenleggen ervaringen patiënten en hulpverleners Statistisch/wetenschappelijk onderzoek	Individuele ervaringen combineren met kennis uit opleiding en literatuur Maatschappelijk-politieke analyse	Maatschappelijk-politieke analyse
Analyse	Arts zelf Met patiënt Met omgeving Met (betrokken) hulpverleners	In praktijk onderzoeken Literatuur nalezen, onderzoek uitvoeren Overleg met stakeholders Overleg met betrokken hulpverleners	Concrete casussen naast literatuur leggen Wetenschappelijk onderzoek	Maatschappelijk-politieke analyse
Actie	Individueel gesprek Gidsen in gezondheidszorgsysteem Samenwerken met	Individuele contact patiënt Eigen zorg in de praktijk verbeteren Nieuw project opstarten	Individueel contact patiënt	
	Belangen vertegenwoordigen tegenover dienst	Signaal geven Engageren in organisatie Beleidsvoering Sensibilisering Activisme	Signaal geven Engageren in organisatie Beleidsvoering Sensibilisering Activisme	Engageren in organisatie Sensibilisering Activisme
Evaluatie	Opvolging	Effect meten	Gezondheidstoets	

Binnen de vier niveaus doorliepen de artsen vier stappen om tot goede health advocacy te komen: de stappen die geïdentificeerd werden zijn de identificatie, analyse actie en evaluatie (tabel 2). We zullen hieropvolgend de verschillende niveaus overlopen aan de hand van deze stappen.

1. PATIËNTENNIVEAU

Bij deze vorm van health advocacy zal de arts bij een individuele patiënt of gezin een gezondheidsprobleem of onrecht identificeren. De actie van de arts is eveneens gericht naar deze individuele persoon. Alle artsen identificeerden health advocacy op individueel niveau en sommige artsen zijn ook hoofdzakelijk of enkel actief op dit niveau.

1. Identificatie

De eerste stap om de gezondheid en belangen van de patiënt te verdedigen, is identificeren dat de gezondheid of rechten van de patiënt bedreigd worden. Hierbinnen bekijken we welke type gezondheidsproblemen of dreigingen uit de interviews naar voor kwamen (tabel 3) en op welke wijze de artsen voor de identificatie te werk gaan.

1.1. Type gezondheidsprobleem of onrecht

Het type probleem of onrecht kan een **zuiver medisch** probleem zijn, maar anderzijds ook een probleem zijn in het **gebruik van de gezondheidszorg** of een bedreiging vormen voor het **psychosociaal** of **sociaal welzijn** (tabel 3).

> *" Gezondheid is niet alleen de afwezigheid van ziekte, maar is veel meer dan dat, dus als ge… dus het zich goedvonden, het goed functioneren van mensen is veel meer dan alleen huisarts en patiënt en daar moet de kring zeker en vast en heel de eerste lijn actief in zijn. "*

Tabel 3: Verschillende gezondheidsproblemen of gevaren voor de gezondheid die door artsen geïdentificeerd worden

Medisch probleem Aandoening Levensstijl Preventie	*" Ook de brieven uiteindelijk verwerken hé. Als erin staat gestoorde levertesten, om dat te gaan oppikken, om dat nog een keer te gaan nakijken. Ik heb wel het idee, dat dat wel een heel groot stuk van ons werk is eigenlijk."* *" Gezondheidsadviezen naar mensen toe, heel de preventieve kant van de huisartsgeneeskunde zit daar ook in hé. Zoals hart en vaatziekten voorkomen, dementie voorkomen, eigenlijk kanker voorkomen. Ge kunt het eigenlijk bijna allemaal terugbrengen op dezelfde factoren hé: gezond leven, gezonde voeding, bewegen."*
Problemen gebruik gezondheidszorg	*" Inderdaad als de patiënten zelf een afspraak maken en ze moeten 3 maand wachten, maar gij vind het dringender, dat ge zelf een keer belt hé. Dat het rapper kan."* *" die 'barriers to acces' daar worden wij heel vaak mee geconfronteerd hé. Financiële drempels, dat mensen niet doorverwezen geraken omdat ze er de centen niet voor hebben, mensen zonder papieren, die niet aan de juiste medicatie geraken."*
Psychisch welzijn	*" Ooit heb ik een externe patient gehad van iemand anders. En die kwam bij mij: 'Dokter ik ben depressief en euhm ik heb een probleem ……. en ik kom bij u want mijn dokter doet niet aan praten.' Ja, dat is onzinnig. Ik denk dat ge dit moet als arts opnemen."*
Leefomstandigheden	*"bvb de woningen die hier dan in minder goeie toestand zijn en dat we dat dan ook melden. Ik vind het ook wel goed dat er dan vanuit maatschappelijk werk overlegd wordt met de sociale huisvesting van 'wat kunnen we daaraan doen?"*
Kwetsbaarheid	*" Ik kan niet tegen onrechtvaardigheid. Zeker niet bij kwetsbare patiënten, en bij kinderen en vrouwen. En psychiatrische patiënten ook niet. Ik kan daar niet tegen."* *" zeker bij wat zwakkere patiënten, gelijk dat er in een wgc veel zijn. Ge wilt dan eigenlijk dat die gezondheid van die mensen is zoals ge dat voor uw eigen zou willen, of voor uw familie."*

Medisch

Een **medisch aandoening** identificeren waar de patiënt niet van op de hoogte is of waar hij zelf niets aan wil of kan veranderen. **Ongezonde levensstijl** (onvoldoende lichaamsbeweging, ongezonde voeding, roken, alcohol- of drugsmisbruik, …) opmerken en open staan voor vragen rond gezondheidsadviezen en bij patiënten opportuniteiten voor **preventieve geneeskunde** opsporen (darmkankerscreening, mammografie, griep- en tetanusvaccinaties, gebruik preventieve medicatie).

Verschillende artsen geven echter aan dat de aanpak en het opsporen van medische problemen, gezondheidspromotie en ziektepreventie van het individu niet tot de rol van health advocate behoort, maar eigen is aan het beroep huisarts.

> *" Ja, gezondheidspromotie en ziektepreventie. Ja, dat, daar ga ik vanuit, ja. Misschien is dat niet zo. Als ik preventief werk, echt op individueel niveau cardiovasculair risico bereken enzo. Dat zie ik daar niet zo zeer als health advocacy. Dat is echt wel mijn huisartsenwerk. Maar hoort de gewone preventie ook onder health advocacy? Allee! "*

Problemen met gebruik van gezondheidszorgsysteem

Situaties identificeren waarbij de patiënt enerzijds niet (op gepaste tijde) de juiste specialistische medische, farmacotherapeutische, paramedische, psychische of sociale zorg krijgt of anderzijds waarbij de patiënt dreigt slachtoffer te worden van medicalisering, niet-kwalitatieve zorg of therapeutische hardnekkigheid.

Problemen rond psychisch welzijn

Opmerken van psychisch of relationele problemen, sociaal isolement, culturele of identiteitsproblemen. Tevens werden ook ethische aspecten rond welzijn geïdentificeerd zoals vragen over levenseinde en abortus.

Leefomstandigheden

Vaststellen van gedaalde mobiliteit, woningproblemen, problematische werkomstandigheden, opvoedings- of onderwijsproblematiek, patiëntveiligheid (kind of oudermishandeling, psychiatrische patiënt die een gevaar is voor omgeving).

Kwetsbaarheid

Bij patiënten met een kwetsbaarheid zijn artsen geneigd meer aandacht te hebben voor bovenstaande problemen en actiever hun rol van health advocacy op te nemen door in totaalzorg te voorzien.

Kwetsbare groepen die aangehaald werden zijn patiënten in socio-economische moeilijkheden, psychiatrische patiënten, minder begaafde patiënten, illegalen, kinderen en ouderen.

1.2. Manier van identificatie

Hieropvolgend geven we aan op welke wijze de artsen problemen identificeren die later tot een actie als health advocate kunnen leiden. Naast health advocacy voor een probleem dat de patiënt zelf aanhaalt (**reactief**) proberen de geïnterviewde artsen soms ook zelf **proactief** op zoek te gaan naar opportuniteiten voor health advocacy.

> *" Ik denk dat vroeger de geneeskunde, dat dat veel meer – zowel huisartsgeneeskunde als specialistische zorg- dat er echt wel gekeken werd naar 'wat is de vraag van de patiënt?' en dat er enkel antwoord gegeven wordt voor wat de patiënt wou, voor wat hij komt. Nu bij ons in de praktijk, wordt dat effectief veel breder bekeken en is er altijd de agenda van de patiënt, maar ik denk dat de agenda van de arts zeker even groot is, vaak nog groter dan die van de patiënt zelf. "*

Patiënt vertelt het zelf

Soms zal de patiënt zelf een probleem aankaarten waar de arts hem kan bij helpen (reactief). Een open, niet veroordelende houding en adequate communicatie van de arts bij huidige en vorige problematiek maakt een spontane melding van de patiënt meer waarschijnlijk.

> *" ... de nieuwe stroom van patiënt centered medicine. Ge staat niet als arts boven de patiënt, maar ge probeert ernaast te staan als coach. Daar betrek je eigenlijk uiteraard na luisteren, beluisteren van de patiënt, zijn problemen. Je beluistert ze ook op moderne communicatieve manier. Dat je dat probeert holistisch te bekijken. Dat je probeert de ICE en dat SCEGS te bevragen. S staat voor somatische klacht, C staat voor cognitie, G voor gedrag, E staat voor emotie, S staat voor sociaal of maatschappelijk. Daarmee alle dimensies bekijkt "*

Arts merkt het op

De arts kan **reactief** problemen trachten op te speuren tijdens anamnese of klinisch onderzoek, doordat hij iets opmerkt aan uitzicht, gedrag of omgeving van de patiënt of doordat de omgeving van de patiënt kan het aan de arts komen vertellen. Dit kan het persoonlijk of hulpverlenersnetwerk van de patiënt zijn.

De arts kan ten tweede **proactief** een probleem bij zijn patiënten identificeren door het zelf systematisch na te vragen tijdens patiëntencontacten, door dossiers en verslagen door te nemen of door lijsten te trekken uit zijn elektronisch dossier en de patiënten op te sporen waar een actie dient te gebeuren.

Onderstaande quote illustreert goed hoe een arts twijfelt of hij proactief én op systematisch moet bepalen bij individuele patiënten aan bepaald rechten voldaan is:

> *" Een 2e zaak is of je daar inderdaad proactief mee moet omgaan. Euhm… want als ik natuurlijk zou moeten in mijn praktijk iedereen gaan identificeren die eventueel recht heeft op een verhoogde terugbetaling omdat hij mogelijks invalide is. Ja dan open ik misschien een doos van Pandora. Ten eerste ik weet niet hoe ik het zou moeten doen om iedereen te identificeren en ten tweede dan geef ik misschien zoveel werk, of geef ik patiënten ook die dan misschien toch niet gaan recht opkrijgen… Dus dat vind ik veel moeilijker, maar ik denk toch dat je in de mate van het mogelijke toch moet uw patiënt ondersteunen om ja daar waar hij recht op heeft binnen deze maatschappelijke context om dat inderdaad te verkrijgen. "*

2. Analyse

De meeste artsen sloegen de analysefase op individueel niveau over omdat voor hen onmiddellijk duidelijk was welke actie bij de volgende stap al dan niet moest uitgevoerd worden. Een analyse kan op verschillende manieren gebeuren:

Ten eerste een analyse met de patiënt gebeuren, waarbij de arts met een open communicatieve houding een begeleider zal zijn voor de keuzes die de patiënt maakt om uiteindelijk tot *shared decision making* te komen. Eén arts benadrukt echter dat je sowieso onbewust je eigen visie en ideeën over de problematiek mee zal overdragen aan de patiënt.

> *" Uw ethische standpunten, uw eigen ideeën gaan ook een invloed hebben. Hoe moeilijk ook, ik denk dat je altijd uw eigen idee toch voor een stuk mee verwoordt in uw hulp met uw patiënt. Hoe neutraal dat ge ook probeert. Ja daar zit ook voor een stuk uw eigen karakter in, en uw eigen standpunt, daar zit het al dan niet bijvoorbeeld met uw patiënt in een keuze voor een abortus, of in een keuze voor een levensbeëindiging. "*

Een tweede mogelijkheid is dat de arts zelf mogelijke oplossingen onderzoekt. Als derde kan een casus kan ook geanalyseerd worden samen met het netwerk van de patiënt, met collega artsen, met betrokken hulpverleners of door een team bijeen te roepen.

3. Actie

Als derde stap zal de arts beslissen om al dan niet een actie uit te voeren. Hierbij kan de arts op 4 verschillende wijzen de rechten van de patiënt verdedigen. Ten eerste door **informatie-uitwissling tussen arts en patiënt**, ten tweede door een **gids te zijn in het gezondheidszorgsysteem**, ten derde door **samenwerking met een andere dienst of persoon** of ten vierde door **belangenbehartiging ten opzichte van een dienst of persoon.**

3.1. Informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt

De arts kan een probleem aankaarten, verbaal of met behulp van een folder informatie geven aan de patiënt. In andere gevallen zal hij echter door middel van open communicatie, respect voor de context van de patiënt en shared-decision making pogen de patiënt te empoweren in zijn gezondheidsproces.

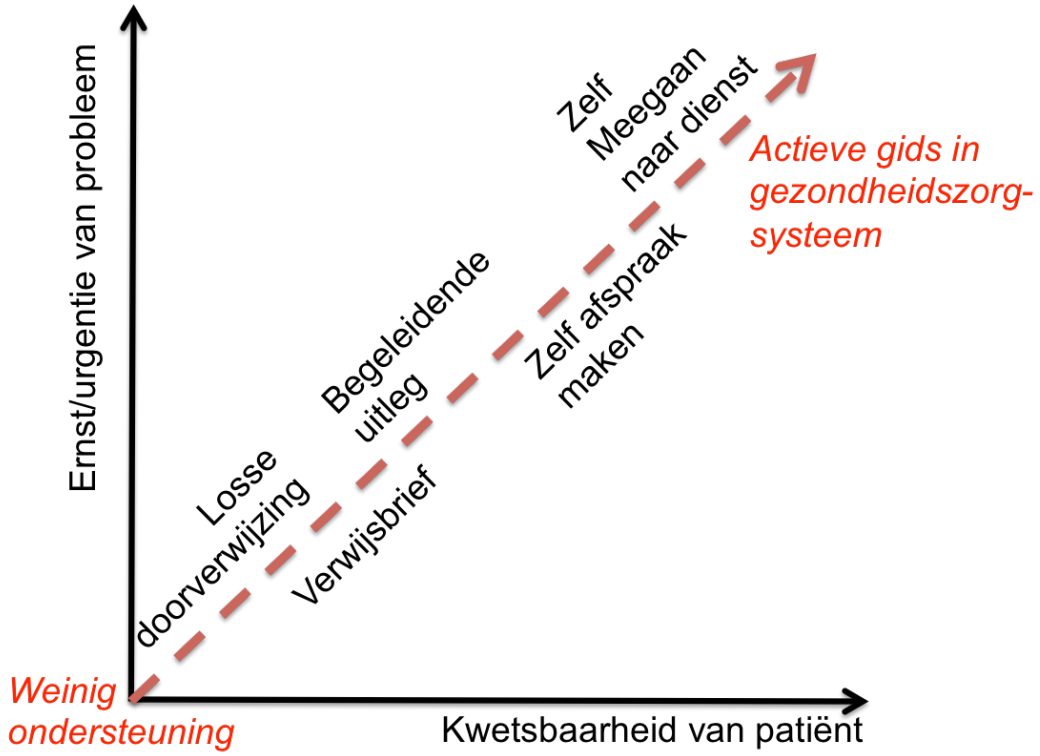
> *" Ge probeert de patiënt een voorstel te doen, de patiënt te informeren, rond de problematiek dat hij heeft, vanuit de literatuur, vanuit uw eigen kennis. En ge legt uw kennis en zijn vraag bijeen in dialoog. De patiënt participeert in dat proces en je probeert op een common ground te komen, een gemeenschappelijke grond. Een basis, van waaruit vertrek je samen om een plan op te maken, een aanpak, waar de patiënt een heel participatieve rol in heeft. Dat is dan een feedbacksysteem Dat heet empowerment in de consultatieruimte. Dat heet vandaag ook patiënt centered medicine. "*

Tevens kan de arts de patiënt psychische ondersteuning en opvolging bieden en in de toekomst extra aandacht besteden bij zijn eigen zorg indien het een kwetsbare patiënt betreft.

3.2. Gids in het gezondheidszorgsysteem

Soms zal de arts ervoor kiezen om de patiënt door te verwijzen naar een andere dienst omdat patiënt er even goed of beter geholpen wordt en de arts zelf over onvoldoende tijd of kennis beschikt om de patiënt verder te helpen of omdat de arts vindt dat het niet tot zijn takenpakket behoort.

Een doorverwijzing kan net zoals bij de identificatie een hoofdzakelijk medische of psychosociale inslag hebben (specialist-geneesheer, verpleegkundige, kinesist, tabakoloog, diëtiste, psycholoog) of een sociale doorverwijzing betreffen naar een maatschappelijk werker, instantie voor materiële thuisondersteuning, arbeidsgeneesheer of jurist. Naast de patiënt helpen om bij de juiste dienst te geraken vinden een aantal artsen het ook belangrijk om de patiënt te beschermen tegen zichzelf om zaken niet te medicaliseren of om therapeutische hardnekkigheid te vermijden, waarbij een doorverwijzing juist geremd wordt.



Figuur 1: De kwetsbaarheid van de patiënt in combinatie met de ernst en urgentie van het probleem zullen bepalen hoe actief de arts zich zal opstellen als gids in het gezondheidszorgsysteem.

Er is een gradatie in de mate waarin de arts zich actiever zal opstellen als gids in het gezondheidszorgsysteem. De ernst en urgentie van het probleem en de kwetsbaarheid en capaciteiten van de patiënten lijken samen te bepalen hoe een arts zich zal opstellen (Figuur 1). Een doorverwijzing kan zich beperken tot louter een advies, maar kan ook begeleid zijn met een verwijsbrief, contactgegevens, uitleg over de werking van het gezondheidszorgsysteem en/of bespreking van financiële implicaties. De arts kan zelf de afspraak maken indien hij van mening is dat de patiënt ondersteuning nodig heeft of de afspraak dringend dient plaats te vinden. Tenslotte kan hij ook contact opnemen met de dienst als extra informatie noodzakelijk is of als een extra inspanning verwacht wordt (bijvoorbeeld een bezoek aan huis). In uitzonderlijke gevallen zal de arts in eigen persoon meegaan om de patiënt te begeleiden naar de dienst. Artsen geven aan dat het geen zin heeft zelf een afspraak of doorverwijzing te forceren indien de patiënt zelf onvoldoende gemotiveerd is hierop in te gaan.

3.3. Samenwerking met andere dienst of persoon

Een volgende mogelijkheid is dat de arts contact opneemt met een dienst of persoon waarmee men samenwerkt om de belangen van de patiënt te behartigen. Samenwerking met verpleegkundige, apotheker, een team bijeenroepen en zelfs samenwerking met de arbeidsgeneesheer werden aagehaald als voorbeelden.

" ik denk toch dat iedere huisarts zelf, als individu zelf, toch verder in kan gaan dan men leert in de universiteit. Denk maar de impact van werkomstandigheden op gezondheid. we hebben er ook wat onderzoek naar gedaan. Dat is veel groter dan men algemeen dacht. Daar dan op inwerken. Hoofdzakelijk ook die patiënt in die situatie te versterken. contact opnemen met de arbeidsgeneesheer, contact opnemen met de vakbond."

3.4. Belangenbehartiging ten opzichte van dienst of persoon

Bij de vierde vorm van health advocacy op individueel niveau zal de arts de belangen van de patiënt proberen behartigen ten opzichte van een dienst of persoon die omwille van beperkte middelen of een ander hoofddoel van de organisatie op de rem staat om deze rechten in te willigen. Het kan ten eerste gaan om **algemeen aanvaarde sociale rechten waarvoor een gestandandaardiseerd pad** voorhanden is, zoals maatschappelijke en sociale rechten verkrijgen door invullen van attesten ten aanzien van verzekeringsmaatschappijen, gemeentelijke of overheidsinstanties. Ten tweede kan de arts de belangen van de patiënt te verdedigen ten opzichte van een andere dienst omdat de arts het gevoel heeft dat de patiënt onrecht aangedaan is. Dit is een **niet-gestandaardiseerde belangenbehartiging** door een persoonlijk contact van de arts via brief, e-mail of telefoon.

" er was iemand die ontevreden was over hoe dat de patiënt behandeld was in het ziekenhuis en een brief stuurt naar het diensthoofd. "

" dat was volkomen begrijpbaar waarom dat die daar niet cash kon betalen. 50 euro is ook veel hé. En dan heb ik wel ne keer naar de brandweer laten weten van 'allee, kunnen we daar nu niet tot een overeenkomst komen. ik heb een brief geschreven en het geval uitgelegd. En euhm… Ik heb dan een telefoon teruggekregen en zij hebben mij dat dan helemaal uitgelegd en we zijn dan tot een overeenkomst gekomen dat ze iemand van hun sociale dienst daarnaartoe gingen laten gaan en dat geval bespreken : uiteindelijk is het dan mogelijk geraakt dat dat met een afbetaling betaald is. Volgens mij is het zelfs, ze hebben ook zo'n een tarief, sociaal tarief. "

" dan hebben wij gezegd van 'ajamaja, het is geen probleem, we zullen wij contact opnemen en euhm... We hebben zo'n soort brief die we standaard opsturen naar euhm... werkgevers met de vraag om ons arbeidsongevallenverzekering omdat we die niet altijd krijgen. 2 dagen later hadden we de papieren om de ongevalsaangifte in te vullen. "

Tenslotte was er tevens een arts die in eigen persoon de rechten van de patiënt juridisch mee ging verdedigen bij het fonds voor beroepsziekten.

" Zelf hebben wij, dat is ook een mooi resultaat, maar dat is ook weer zeer breed, dat was dokwerkers die hun ruggen kapotgewerkt hebben en die niet echt geen beroep kunnen doen op het fonds van beroepsziekten. Daar zijn wij eigenlijk mee begonnen, ism de vakbond, om een aantal

proefprocessen voor de arbeidsrechtbank uit te lokken. De verdediging aan te gaan van die dokwerkers tegen de experten van het fonds van beroepsziekten en we hebben dat gewonnen. "

4. Evaluatie

Na de actie moet volgens een arts in sommige gevallen geanalyseerd worden of het beoogde resultaat bekomen is, of een nieuw signaal nodig is of dat extra actie moet ondernomen worden.

" Kindermishandeling, ik denk dat ge als huisarts die stappen moet ondernemen en daar moet ge als huisarts toch iets verder ingaan, daar moet ge blijven opvolgen. Ik denk dat je dan als huisarts voor en na moet. Ge moet daarna ook vergewissen, wat is er gebeurd, hoe is het nu verder. Als ge voelt dat het niet verder gaat, dan denk ik dat ge door moet zetten, en dat uw taak daar niet ophoudt."

2. COMMUNITY NIVEAU

Artsen trachten ook soms de belangen van patiënt te verdedigen op communityniveau. Dit houdt in dat opnieuw een gezondheidsprobleem of onrecht gedetecteerd wordt, dit geanalyseerd wordt, waarna er al dan niet een actie uit voortvloeit. Het resultaat van de actie wordt vervolgens geëvalueerd. Deze stappen spelen zich af bij mensen met een gemeenschappelijke eigenschap of die als eigenschap hebben 'wonen in hetzelfde gebied'.

1. Identificatie

Ook op community niveau zal health advocacy weer beginnen met identificatie. Dit blijkt voor enkele artsen moeilijker te zijn dan op individueel niveau

" En ik denk dat ik tot nu toe nog niet echt groepen geïdentificeerd heb, waarbij dat dat nodig zou moeten zijn. Misschien in een stedelijk milieu, in een minder begoede wijk werkt, dat je daar op een andere manier zou mee moeten omgaan. "

" ik heb niet het probleem van in een achterstallige buurt te werken, ik stel me niet altijd, eigenlijk zeer zelden de vraag van 'ik moet hier de gezondheid van de goegemeente naar boven krijgen', waarschijnlijk omdat die al niet zo slecht is, het is een middenklassepopulatie. "

Een andere huisarts merkt op dat het identificeren van gezondheidsdeterminanten op groepsniveau voor veel artsen niet evident is.

" Hij (de huisarts) is er zich dikwijls niet zelf van bewust of hij verschiet euhm… als hij er dan toch van bewust wordt. "

Opnieuw wordt besproken welk types problemen kunnen onderscheiden worden en op welke manier artsen hierbij te werk gaan.

1.1. Type gezondheidsprobleem of onrecht

Vier grote groepen worden hierbij onderscheiden. Naast medische problemen, problemen in organisatie van gezondheidszorg, problematische leefomstandigheden, en kwetsbare groepen komt op dit niveau ook het verlies aan sociale cohesie en het solidariteitsprincipe naar voor.

Artsen geven aan dat problemen in één categorie vaak het gevolg zijn van oorzaken uit een andere categorie. Het is ook belangrijk volgens deze als artsen om hiernaar op zoek te gaan door zo ver mogelijk te rijken in de cirkel whitehead & Dahlgren (12).

" Het is belangrijk als huisarts ook om om om holist te zijn en breed te kijken en de cirkel van whitehead ook in zijn buitenste cirkel te bekijken. Ik denk dat je probeert zoveel mogelijk, om zover mogelijk te geraken. natuurlijk dat is niet zo simpel als individuele huisarts. "

Medische problematiek

Een arts kan een **medische aandoening** of gevaar hiervoor detecteren bij verschillende individuen dewelke mogelijks een gemeenschappelijke oorzaak en/of oplossing heeft (bijvoorbeeld besmettelijke ziektes, luchtvervuiling en verhoogd puffergebruik bij kinderen, voedselvergiftiging in een rusthuis, chronische pijnklachten bij onvoldoende beweging). Daarnaast kan een arts identificeren dat de een groep patiënten een ongezonde **levensstijl** hanteert, zoals obese kinderen met ongezonde voeding. Tenslotte kan de arts opmerken dat binnen een groep mensen onvoldoende **preventieve maatregelen** treffen, bijvoorbeeld dat het aantal screeningsmammografieën of de vaccinatiegraad te laag ligt.

Problemen kwaliteit, organisatie of toegang gezondheidszorg

De arts kan tekortkomingen van **eigen persoonlijke zorg** voor zijn patiëntenpopulatie identificeren. Daarnaast kan de arts **drempels** detecteren voor toegang tot de gezondheidszorg: toegang tot medicatie, paramedische diensten of specialistische geneeskunde. Tevens identificeren van **niet-kwalitatieve of slecht georganiseerde zorg** door huisarts- of specialisatiegeneeskunde, paramedische diensten of instellingen en **onjuiste of niet-kwalitatieve gezondheidsadviezen, medische testen of therapieën.**

" bijvoorbeeld de medische kaart. Dat die terugbetaling van diene paracetamol niet, van diene ibuprofen wel. "

" als de mutualiteit dan zo papiertjes sturen van ge wordt genezen (van reumatoïde artritis) door een of andere matras, indulatiematras, dan euhm… ga ik ook wel een brief sturen. "

Problematische leefomstandigheden

Sommige artsen of praktijken identificeren problematische leefomstandigheden bij groepen patiënten. Woningproblemen, problematische werkomstandigheden, geen vrijetijdsinvulling, verkeersveiligheid, luchtvervuiling, lawaaioverlast werden door de artsen aangehaald als te identificeren factoren in de gemeenschap.

" stel dat je zwaar industriële zone werkt en ge merkt dat een aantal werknemers van een bepaald bedrijf op één of andere manier door dat bedrijf, of door het werken in dat bedrijf medische klachten krijgen, dat je dan inderdaad vanuit uw praktijk acties kunt ondernemen, kijken wat dat je kan doen met de arbeidsgeneesheer, of met de directie of op een andere manier kan bereiken om die situatie kan verbeteren. "

Kwetsbare groepen

Net zoals op individueel niveau worden op community niveau kwetsbare groepen geïdentificeerd, waarbij artsen extra inspanning doen om hun belangen te verdedigen. Het gaat hier opnieuw over patiënten van een lage socio-economische klasse, psychiatrische patiënten, illegalen, ouderen, ….

Sociale cohesie

Tenslotte zijn twee artsen ook van mening dat de arts ook gebrek aan sociale cohesie en solidariteit moet detecteren.

" Ik herinner me nog altijd dat het advies van de inspectie was, aan de minister: 'Jammer, moeten arme mensen nu zo'n mooi gezondheidscentrum krijgen'. Dat is natuurlijk van de pot gerukt. Natuurlijk moeten arme mensen dat krijgen, want mensen zeggen 'dit is ons centrum en het is mooi en het is goed dat het zo mooi is en we zij er fier over'. En dit is wat sociale cohesie creeert en als we daar toekomen dan gaat men naar ons luisteren. En dit is voor mensen een teken, ze weten dat je hier terechtkan, dat er hier geluisterd wordt enzovoort. En dan zegt de mens 'ja ik mag er zijn, men zorgt voor ons, wij tellen mee.' En zo krijg je sociale cohesie en dat is wat de wereld denk ik verandert en wat this place makes a beter place to live. "

1.2. Wijze waarop

Artsen kunnen een probleem van een groep mensen detecteren doordat patiënten het probleem aankaarten, door meerdere individuele ervaringen van verschillende artsen en/of andere hulpverleners

samen te leggen, door zijn dossiers statistisch te analyseren of door aandacht hebben doorgenomen literatuur.

> *" Arts x is altijd iemand geweest, die vanuit de individuele praktijkervaring altijd de reflectie heeft gehad waarin oké 'wat betekent dit nu voor de bredere populatie?' en ook 'hoe kunnen we maken dat dit probleem wordt aangekaart?' "*

Samenleggen van ervaringen tussen artsen of van andere hulpverleners kan opportunistisch of georganiseerd gebeuren (binnen praktijk, LOK, wijkoverleg).

> *" Daarom dat ik het zo belangrijk vind dat de artsen participeren in het wijkwelzijnsoverleg, ... omdat, dit is de plek waar je al die mensen ontmoet. ... daar voel je de pols, daar zie je wat de problemen zijn, daar hoor je waar de mensen van de politie mee te maken hebben, waar de brugfiguren mee te maken hebben, enz. Daar klopt het hart van de buurt, en dus daar heb je als arts een belangrijke rol in te spreken. "*

Tenslotte wordt sommige artsen ook geïnformeerd door een externe instantie omdat ze zich vroeger ook reeds opgesteld hadden als health advocate op community niveau, een netwerk uitgebouwd hebben of politiek geëngageerd zijn.

> *" Ik kreeg die informatie ook van de bedrijfsarts van het ITW, die mij informeerde dat er wat aan de hand was, en ik kreeg informatie van de mensen van de vakbond, en ik kreeg informatie van patiënten bij de brandweer en daarmee geraak ik bij de kazerne van binnen. en al die mensen die op bepaalde posities zitten die ergens toch wat sympathie, die hebben me dat allemaal bijeengebracht. Ik heb de kans om dat op de gemeenteraad te brengen. "*

2. Analyse

De arts kan de situatie ter plaatse gaan bekijken (huis- of werkbezoeken), kan literatuur nalezen over het onderwerp, medische dossiers statistisch analyseren, zelf wetenschappelijk onderzoek uitvoeren (bijvoorbeeld in kader van een manama van een Huisarts-in-opleiding). Verder kan hij overleggen met collega huisartsen, betrokken hulpverleners of stakeholders. Het blijkt soms noodzakelijk om tijdens de analysefase een sterk dossier op te stellen opdat de actie voldoende effect kan hebben.

3. Actie

Onderstaand worden de zes wijzes beschreven waarop de arts de gezondheid van een groep mensen met gemeenschappelijke eigenschap of binnen een duidelijk omschreven gebied kan verdedigen. Dit kan door **individuele contacten met de patiënt in de consultatieruimte**, door het **verbeteren van de eigen zorg** of **zelf projecten op te starten**, door het **geven van signalen**, door het actief **participeren**

in andere organisaties, door zelf te participeren in **beleidsvoering** of door **sensibilisering** en **activisme**.

3.1. Individueel contact met patiënt binnen consultatieruimte

Een arts kan proberen invloed uit te oefenen op de gezondheid van een groep mensen buiten de consultatieruimte door individuele patiënten binnen de consultatieruimte van de juiste informatie te voorzien door middel van gesprek of informatie via een website, folders en posters in de wachtzaal. De arts zal een patiënt met een besmettelijke ziekte aanspreken op zijn verantwoordelijkheid om maatregelen te treffen opdat zijn omgeving geïnformeerd wordt of niet besmet wordt. De arts moet bij individuele patiënten de richtlijnen kennen en volgen. Door juiste begeleiding van het individuele patiënt in het gezondheidszorgsysteem blijft het systeem en zijn middelen beschikbaar voor patiënten die ze echt nodig hebben.

> *" uw preventieve taak heeft niet alleen een impact op uw patiënt maar ook op de maatschappij. Als ik mijn voet veeg aan griepspuiten en geef geen één een griepspuit, is dat niet goed, want die in het rusthuis zitten of die dat met andere oudjes in contact komen, die gaan dan meer verdragen en verspreiden. "*

Sommige artsen hopen om de community te beïnvloeden door patiënten te onderrichten en op te voeden opdat dit via mond aan mond zou verspreid worden.

3.2. Eigen zorg verbeteren of projecten organiseren op wijkniveau

Een arts kan ten eerste de **eigen medische en/of psychosociale zorgen verbeteren** door zijn medische kennis te blijven verbeteren, door protocollen om terugkerende situaties beter aan te pakken, door de organisatie van de praktijk te verbeteren en paramedische diensten in de praktijk in te schakelen (tabakoloog, maatschappelijk werker).

> *" het schimmelsignaal dat we gehad hebben. Dat toch… waarbij we hen toch echt wel voorbeelden gegeven hebben. Maatschappelijk werk heeft dat dan geïnventariseerd. Nu hebben ze ook een protocol om met die schimmel om te gaan. Ik vind dat wel belangrijk dat zoiets gedaan wordt. "*

Ten tweede geven de artsen die binnen een forfaitair systeem werken aan dat de praktijk als groep **projecten en initiatieven opstart** of tools uitwerkt die de overheid aanbiedt om aan ziektepreventie of gezondheidspromotie te doen op groepsniveau. Hierbij wordt ingegrepen op levensstijl of campagne gevoerd voor preventieve geneeskunde. Het merendeel van het werk wordt hierbij uitgevoerd door een gezondheidspromotor. Deze heeft tweewekelijks overleg met een arts, die mee probeert na te denken hoe en waar de projecten het grootste effect kunnen hebben.

" Nu, op dat vlak dat de meeste wijkgezondheidscentra ook naar primaire preventie wel heel veel doen. Op wijkniveau dan, gelijk bij ons wordt er naar de scholen gegaan. Dat is zo'n projectje over wat gezonder eten in hun boterhammendoos mee te nemen. Er is altijd een project rondom tandzorg, waar dat wij als arts niet zoveel mee te maken hebben. We weten wel dat dat georganiseerd wordt. En dat vind ik toch ook wel heel goed. Omdat dat toch ook zaken, waar dat je absoluut geen artsen voor nodig hebt, maar dan wel die kleine wijkpopulatie wel attent maakt op een speelse manier van een meer gezonde levensstijl. Maarja, dat is dan meer het systeem van het wijkgezondheidscentrum. "

Artsen in de prestatiegeneeskunde geven aan dat ze het nut van deze projecten wel inzien, maar ze de tijd niet hebben om hierin te investeren. Daarnaast hebben ze niet de middelen en/of persoonlijke interesse. Ze zouden het wel uitbesteden aan anderen, indien ze hier financiële middelen voor hadden.

3.3. Signaal geven

Een signaal geven beperkt zich tot het doorgeven van informatie aan een andere persoon of dienst dat bepaalde gewoontes of gebruiken niet goed verlopen of leiden tot ongezondheid bij een groep patiënten. Een signaal wordt meestal gegeven door middel van een rechtstreeks contact, telefoongesprek, brief of e-mail of kan in een hiervoor georganiseerde bundel waarin signalen verzameld en verwerkt worden.

Men kan een signaal richten **aan een persoon of organisatie die dit signaal mee oppikt, dit doorspeelt en/of er eventueel mee aan de slag gaat** om de rechten van de patiënt op een ander niveau te verdedigen. Dit kan een signaal zijn naar een medewerker binnen de eigen praktijk (maatschappelijk werker, gezondheidspromotor) of organisatie van hulpverleners buiten de praktijk: enerzijds zuiver huisartsgerelateerde organisaties zoals LOKs, huisartsenkringen, huisartssyndicaten, wetenschappelijke verenigingen (Domus medica), maar anderzijds ook organisaties met gemengde hulpverleners zoals aan de vereniging voor wijkgezondheidscentra, wijkwelzijnsoverleg, stedelijke gezondheids- of welzijnsraad. Het signaal kan ook gericht zijn naar een externe dienst zoals een arbeidsgeneesheer of de huurdersbond.

Daarnaast kan een signaal over problematische gewoonte of gebruiken gegeven worden **aan een persoon of organisatie, die zelf, of verantwoordelijk is voor, of een sterke invloed kan uitoefenen op deze gebruiken**, maar niet op de hoogte is van het probleem of het belang onvoldoende inziet. Signalen kunnen gericht zijn naar patiënten, naar andere hulpverleners omwille van niet-kwalitatieve zorg of naar instellingen die op één of andere manier de rechten of de gezondheid van de patiënt schaden.

" we hebben het toch ook op gemeentelijk niveau aangekaart dat we als groep daar niet zo blij mee waren. ik denk dat er een mail gestuurd is namens een aantal lokale huisartsen om toch te verhalen ermee te stoppen. En een persoonlijk contact ook met de uroloog om dat te bespreken. "

" wat me verschrikkelijk stoort is dat patiënten ontslagen worden de vrijdagavond en dat ge als huisarts van niets weet. Als dat gebeurt, dan bel ik naar dienen dokter van 'belt in het vervolg ne keer..' Een dat gaat niet alleen over mijne patiënt nu, maar in het algemeen als huisarts wilt ge op de hoogte zijn.' Dus dan, dan ga ik wel bellen. Dat gaat dan meer over diene ene patiënt op dat moment, maar ook als ge het nooit laat weten dat het u stoort, dan gaat er ook nooit iets veranderen. Ik denk dat dat wel belangrijk is. "

" bijvoorbeeld van de mutualiteit: als ze dan zo papiertjes sturen van ge wordt genezen door een of andere matras, indulatiematras, dan euhm… ga ik ook wel een brief sturen. (laughing) dan ga ik ook wel naar de mutualiteit laten weten van 'welke onderzoeken zijn er daarover gekend?'. Ik vind ge gaat onze patiënten niet een brief opsturen van 'ik ga… je geneest van reumatoïde artritis door op een indulatiematras te liggen'. Ja dan heb ik daar vragen bij. Ik vind dat is… dat is misbruik maken van de patiënt ten opzichte van uw eigen winst. Ik kan daar niet tegen. Dat is ook ja… opkomen voor de patiënten, "

Een **signaal kan gegeven worden aan politici** opdat zij het beleid, dat op dat moment onvoldoende de gezondheid van de patiënt lijkt waar te borgen, kunnen bijstellen.

" collega is een tijdje geleden naar de stad gegaan van kijk 'we zitten met dat aantal huisartsen in Antwerpen, dat is de leeftijdspiramide, zie eens waar we staan binnen zoveel tijd. Jullie moeten op een of andere manier faciliteren dat er meer huisartsen komen en dat huisartsen zich een beetje verspreiden enzovoort."

" dan heb ik ook een brief, een mail direct naar Filip Watteeuw gestuurd van 'en wat is jullie beleid rond welzijnsfuncties en zorgfuncties' "

De artsen die actief health advocacy op groepsniveau uitvoerden gaven aan de signaalfunctie op groepsniveau de belangrijkste functie is binnen de health advocacy als huisarts en dat dit van iedere arts moet kunnen verwacht worden.

" ik vind toch dat de huisarts persoonlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft. Ik vind dat die een signaalfunctie heeft, dat is het minste wat hij kan doen. Dus als hij wantoestanden ziet die mee aan de oorzaak liggen van de ongezondheid van de mensen, dat die naar de, ofwel bevoegde instanties, of naar de civiele maatschappij stapt om dat mee aan te klagen. Dus dat vind ik wel. Dat is toch het minimum. "

"een signaalfunctie ligt heel dicht bij die advocacy, omdat het signaal is natuurlijk ik zou bijna zeggen het substraat, vanwaar de advocacy zich dan als actie, zich op dan op ent. En de actie is

dan dat je inderdaad dat je voor iemand mee z'n belang, z'n bezorgdheid gaat helpen formuleren op een dienst, of op een niveau, waar daar iets kan aan gebeuren. Met het signaal is eigenlijk de generische vertaling van die actie op een veel breder, een veel breder front."

"signaleren hé. Dat is een hele belangrijke les. Signaleren hé! Signaleren, geef het door aan de juiste persoon die dat kan opnemen. Ik probeer dat ook te doen, maar soms doe ik het eens zelf omdat ik het soms te traag vindt. Of omdat ik denk ik kan het misschien beter zelf doen. Op wijkniveau vind ik dat ook. "

3.4. Participeren in andere organisaties

Meerdere artsen geven aan dat het moeilijk is om als individuele arts aan health advocacy te doen en dat je je hiervoor best groepeert. Je kan je als arts **engageren in een andere organisatie**, waarbinnen de arts zijn rol van health advocate verder kan opnemen omdat hij gelijkaardige manier van werken en problematieken vooropstelt als de organisatie. Artsen engageren zich in wetenschappelijke verenigingen zoals Domus Medica of Farmaca, in een lokale kwaliteitsgroep, in huisartsenkringen, enzovoort.

Je kan als arts of praktijk ook **samenwerken met andere organisaties** die een gelijkaardig doel nastreven. Men kan hierbij met verschillende stakeholders een nieuw project, dienst of service oprichten om aan de noden van patiënten te voldoen of de aanwezige diensten en samenwerking versterken. Samenwerking met paramedische diensten en andere sociale diensten verbeteren, kwaliteit van zorg van instellingen verbeteren, de samenwerking met sociale diensten efficiënter maken of zich engageren als CRA arts.

" Goed samenwerken omdat goede samenwerking met de apothekers. Ik ga ook jaarlijks twee keer een overleg met de huisartsen en de apothekers. Ja een overleg over bepaalde thema's omdat ik dat belangrijk vind dat die drempels tussen huisartsen en apothekers verlaagt om eigenlijk beter te kunnen zorgen voor de patiënt. Patiëntenzorg is beter. En dat vind ik dan ook belangrijk. "

" Dan zijn we samengekomen rond het thema van intrafamiliaal geweld, en dan bleek hier heel veel groepen daar problemen mee hadden. We moeten met de politie proberen af te spreken kijk als we echt denken "hier is gevaar". Ja dan moeten wij een rechtstreekse lijn hebben waarop we kunnen zeggen "kijk, sorry, maar dit gezin moet je nu echt, daar moet vannacht een patrouillewagen staan, want dit loopt anders fout. "

" de functie van de CRA is natuurlijk adviseren naar de instelling toe en coördinerend. Dus de invloed van … op andere bewoners, of de invloed van andere bewoners, de invloed van de keuken, de invloed van vaccineren of niet vaccineren. Ge moet met alle betrokkenen bij mekaar

gaan zitten en overleggen en elk vanuit zijn verschillende discipline de puzzel in mekaar doen passen zodanig dat ge bereikt wat dat ge wilt. En dat die mogelijke epidemie die er nog niet was ingedijkt blijft. "

Tenslotte kan je ook binnen een bestaande **organisatie, die zich neutraal of terughoudend opstelt naar de belangen van de patiënt**, de stem van de patiënt vertegenwoordigen door de belangen van de patiënt op de agenda te plaatsen.

3.5. Beleidsvoering

Een vijfde manier om health advocacy in de praktijk te brengen is door als arts deel te nemen aan beleidsvoering door de belangen en noden van de patiënt op de politieke agenda te plaatsen en mee de beslissingen te nemen. Hiervoor kan een arts zich engageren binnen een politieke partij en zelf het beleid uitstippelen, oppositie voeren of een adviserende functie binnen de partij vervullen.

" Maar die man was ook raadslid voor het OCMW en die heeft eigenlijk wel heel veel opgekomen voor de noden van mensen. En dus in die zin. Dat was dan meer het oude model van de dokter die dan gemeenteraadslid is. Dat is een model denk ik, wat ook een illustratie is van health advocacy, maar dat is nu stilaan voorbij. "

" natuurlijk ik ben ook politiek actief en toen zat ik in de districtsraad, nu zit ik in de gemeenteraad en we hebben die districtsraad ook gebruikt als een soort forum, een soort tribune om die problematiek van die lange wapper op de agenda te krijgen, vanuit onze expertise uit gezondheid en we hebben de concrete situatie van de kinderen in Deurne. Dat is ook gelukt want in het begin stond ik helemaal alleen, helemaal alleen. En ook in Deurne had ik heel de districtsraad mee. "

3.6. Sensibiliseren

Een volgende manier om rechten van de patiënt te verdedigen is om bepaalde signalen zichtbaar te maken voor de maatschappij. De health advocate kan zich hierbij richten naar hulpverleners op naar de algemene publieke opinie en hoopt dat dit uiteindelijk ook invloed zal hebben op de beleidsvoering en gebruiken. Dit kan gebeuren door lezingen te geven, aan debatten deel te nemen of bepaalde zaken aan te kaarten in de media.

3.7. Activisme

Tenslotte kan de arts of praktijk ook als gezondheidsactivist optreden en samen met de patiënt actie voeren en manifesteren om de eisen van de patiënten te verdedigen. De arts gebruikt hierbij zijn kennis, netwerk en verhalen om patiënten te sensibiliseren, te begeleiden en mobiliseren. De arts kan dit als praktijk doen, zich politiek engageren of zich hiervoor ook aansluiten binnen actiegroepen.

Daarnaast kan de arts als individu of praktijk samen met de patiënten juridische stappen ondernemen om de rechten van patiëntengroepen af te dwingen.

4. Evaluatie

Een arts geeft aan dat het belangrijk is dat men achteraf ook onderzoekt of een projecten of interventie ook een resultaat oplevert.

3. POPULATIE NIVEAU

Ook op populatieniveau proberen sommige artsen de gezondheid van de patiënt te verdedigen en te verbeteren. Hierbij zal men een factor identificeren die de gezondheid van de hele of een groot deel van de populatie in gedrang brengt en zal de ook hiernaar gericht zijn. Het stramien identificatie, analyse, actie en evaluatie wordt ook hier weerhouden. Artsen merken op dat het voor veel artsen moeilijker is om zich ook op dit vlak actief op te stellen.

> *" Ja dat is dan, dat is dan het macro-maatschappelijk debat, waar je als arts ook moet aan deelnemen, omdat je nu eenmaal de kans hebt gekregen om toegang te hebben tot veel informatie en om getraind te zijn in bredere analyse. En ik zie dat het vaak lastig is voor artsen om die laatste functie op te nemen. Ik bedoel op het nano en microniveau dat lukt nog redelijk. De andere niveaus zijn wat lastiger, maar ik denk dat als ik terugkijk wat we hier in de wijk geleerd hebben, dat die eigenlijk wel heel belangrijk zijn. "*

1. Identificatie

Ook op dit niveau start health advocacy opnieuw met identificatie van determinanten van gezondheid. Artsen starten voor deze identificatie ook weer van concrete casussen uit de praktijk of die de arts deelt met andere gezondheidswerkers of van wetenschappelijk onderzoek dat zelf wordt uitgevoerd en combineren deze gegevens met kennis uit de opleiding of wetenschappelijk onderzoek dat sociale determinanten de gezondheid van de patiënt beïnvloeden.

> *" Dat wil zeggen dat als je weet dat de sociale determinanten zo'n belangrijke invloed hebben op gezondheid en welzijn van uw patiënt. En je weet dat uit wetenschappelijk onderzoek, uit onderzoek dat we zelf ook gedaan hebben, uit de literatuur uiteraard en je ziet dat ook heel concreet dat die pathways in de concrete casussen waarmee je geconfronteerd wordt, dan is de conclusie dat je werk verder reikt dan de 4 muren van de consultatie en je probeert ook de patiënt*

te helpen als coach in zijn empowerment proces in die maatschappelijke omgeving voor zijn rechten te kunnen opkomen. "

Een arts geeft aan dat het nuttig zou zijn dat het beleid een gezondheidstoets zou voorleggen zodat de arts direct zou kunnen aangeven welke zaken een negatieve impact zouden hebben op de gezondheid van vele patiënten.

" En ik vind dat er zeker naar beleid toch steeds een gezondheidstoets bijvoorbeeld zou moeten zijn, of een… alle beleidsbeslissingen, wordt dat wel gecheckt van, wat betekent dat concreet. Want we gaan allemaal langer moeten werken, oké, maar is dat ook wel haalbaar? Bepaalde fysieke jobs, dat gaat niet lukken… Er zal wel meer op arbeidsongeschiktheid komen en invaliditeit en dergelijk. Ik vind dat ze dan, het is heel gemakkelijk beslist, het komt heel makkelijk in de beleidsverklaring, we gaan langer werken. Maar dat we ook moeten kijken 'hoe gaan we langer werken? "

Ook op populatieniveau identificeren artsen **medische problemen** zoals stress, burn-out, verhoogd puffer gebruik en groepen met ongezonde levensstijl preventiecampagnes. Deze moeten volgens de artsen gelinkt worden aan **organisatie van de gezondheidszorg** zoals onvoldoende middelen voor eerste lijn, drempels voor toegang tot medicatie en gezondheidszorg, en aan **sociale factoren** zoals werkomstandigheden, luchtvervuiling, verhoogde pensioenleeftijd, niet-kwalitatief onderwijs.

Enkele artsen haalden ook de rol van de huisarts aan om de impact van **socio-economisch factoren** op organisatie van de gezondheidszorg en op leef- en werkomstandigheden en welzijn van mensen te identificeren, te benadrukken en te beïnvloeden.

" Vandaag, dat stuk dat we vandaag gemaakt hebben, kijk in de laatste zin zeg ik: "als we morgen over de tax-shift debatteren, moet je weten, als je die kloof tussen arm en rijk niet verkleint, dan gaat die gezondheidsongelijkheid alsmaar toenemen en daar moet het overgaan als we over de tax-shift debatteren, moet het ook over gaan. Ja ik bedoel, ik denk dat je als arts niet meer kan doen dan dat, maar op die manier dan toch mee de analyse en het wetenschappelijk, het maatschappelijk debat voert. "

Sommige artsen zien ook een belangrijke rol om als huisarts het solidariteitsprincipe en sociale cohesie te stimuleren en commercialisering van de zorg tegen te gaan.

" En dus wat hier (CanMEDS health advocate rol) ook een beetje te weinig inzit, dat is de contribution to social cohesion, omdat ik denk, wat onze maatschappij het meest nodig heeft vandaag, dat is sociale cohesie. Want zonder dat kan je geen beleid voeren. "

" Dat is zoals de uitslag van de gezondheidsenquête. Hier in België is dat 8 % van de mensen stelt gezondheidszorg uit. In Nederland is dat 22% en de Nederlandse pers movet daar niet op,

dat is heel onvoorstelbaar. Daar zijn ze al zo gewoon aan die afbraak dat dat een gevaarlijke gewoonte wordt en dat is het eerste wat we moeten doorbreken, niet laten wennen aan dat onrecht. "

2. Analyse

De arts kan vertrekken van concrete casussen om vervolgens de literatuur door te nemen en te overleggen en discussiëren met collega artsen en/of andere hulpverleners. Soms moet extra wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd worden.

3. Actie

3.1. Individueel contact met patiënt binnen consultatieruimte

Ten eerste zal de arts door de richtlijnen te volgen en het juiste gebruik van het gezondheidszorgsysteem uit te leggen de juiste middelen van de maatschappij beschikbaar stellen voor degene die ze nodig hebben, door voldoende hoge vaccinatiegraad te bereiken verspreiding van ziektes indijken en door verantwoordelijk antibioticagebruik een verhoogde resistentie vermijden.

Ten tweede proberen sommige artsen de gezondheid, het psychosociale welzijn en organisatie van de gezondheidszorg van een populatie te verbeteren door individuele patiënten op te voeden en te onderrichten en deze ideeën via mond-aan-mond verder te laten verspreiden.

" nu ik geloof eigenlijk echt wel in dat forfaitair systeem … Omdat je kunt de mensen zaken aanbieden, ze laten terugkomen zonder dat ze daar iets voor moeten betalen, … En op dat vlak kunt ge dan misschien wel een kleine verandering ook bij de hele bevolking teweegbrengen als er een groot aantal patiënten, die manier van werken gewoon zijn. Ja de mensen praten ook met elkaar… dan denk ik dat er op dat niveau wel iets kan veranderen. "

3.2. Signaal geven

Ook op populatieniveau kan een signaal gegeven worden **naar een persoon of organisatie die met het signaal verder aan de slag gaat** en het naar het volgende niveau brengt. Voorbeelden zijn huisartsenkringen, artsensyndicaten, wetenschappelijke verenigingen zoals Domus Medica of bcfi.

Ten tweede kan het signaal gegeven worden naar een **persoon of organisatie die zelf deels verantwoordelijk is voor, of een invloed heeft op wat niet goed loopt.** Voorbeelden op populatieniveau zijn overheidsinstanties zoals het RIZIV of FOD.

Een signaal naar **de politici** vormt een aparte categorie, omdat ze ofwel verantwoordelijk kunnen zijn voor het beleid, ofwel in de oppositie zitten en een andere rol vervullen. Artsen halen aan dat het vermoedelijk nuttiger is vanuit een organisatie van huisartsen of hulpverleners zich aan de minister van volksgezondheid te richten dan om dit als individuele huisarts te doen.

3.3. Participeren in organisaties

Zoals eerder aangehaald kan een arts om aan health advocacy op populatieniveau te doen zich beter **engageren in een organisatie die als doel heeft de rechten van de patiënt te verdedigen** en waarbinnen hij de stem van een groep hulpverleners of huisartsen kan helpen vertolken. Sommige artsen beperken hun bijdrage aan health advocacy op populatieniveau door lid te zijn van een organisatie die ook hun bezorgdheden op populatieniveau verdedigen. Voorbeelden van verenigingen zijn de stedelijke gezondheidsraad, huisartsensyndicaten, wetenschappelijke verenigingen, huisartsenkringen.

> *" Anderzijds ik zit ook in de algemene vergadering van Domus Medica. En daar wordt er toch ook gepeild naar hoe dat het beleid verder moet zijn in de commissies en zo en dergelijke, voor daar die derdebetalerstarief. Ik vind dat wel belangrijk, er moeten daar huisartsen. Dat ze daar info in krijgen vanuit het werkveld. "*

Het **ontwikkelen van richtlijnen**, zorgpaden en handvaten om de kwaliteit van zorg van individuele huisartsen te verbeteren valt hier volgens de geïnterviewden ook onder. Daarnaast vinden artsen het nuttig dat huisartsen betrokken zijn bij het uittekenen van projecten van gezondheidspromotie en ziektepreventie op wijk- en nationaal niveau.

Soms kan men zich ook **engageren in een organisatie, die niet als hoofddoel de rechten van de patiënt vertegenwoordigt**, waarbinnen de arts probeert de stem en de nood van de patiënt door te drukken. Voorbeelden zijn de RIZIV consensus vergaderingen, commissie forfait van het Riziv, commissie over derdebetalersregeling.

> *" Ja, en dat we daar volledig voor die derdebetalerstarief gaan. Want ge hebt inderdaad ook huisartsen dat ook niet vinden. En dat wij daar dan wel, dat ik daar dan wel opkom voor mijn patiënten. Dat is wel noodzakelijk. Want niet elke huisarts is daarvan, niet elke huisarts vind dat wellicht ook nodig dat hij dat doet. "*

3.4. Beleidsvoering

Sommige artsen gaan zich politiek engageren en mee het beleid uitstippelen, oppositie voeren of een adviserende functie binnen een politieke partij vervullen.

“ er zijn wel veel huisartsen en artsen die in de politiek zitten, Petra De Sutter, Marleen Temmerman. En ik denk dat dat heel belangrijk is. Maggie De Block. Zij heeft toch ook ervaring en zij gebruikt dat nu, haar huisartsenervaring om daar dingen te bewegen. “

“ Er zijn veel huisartsen die in de politiek zitten die ook zo iets proberen veranderen. ”

“ Zelf ben ik actief bij Groen! en geef ik dat wel mee bij de persoon van degene die zich met welzijn bezighoudt. Ik vind dat wel belangrijk. Ik kan dat zo doen. “

3.5. Sensibiliseren

Daarnaast zullen artsen proberen de publieke opinie of de visie van een groep hulpverleners te beïnvloeden. Op onrechtstreekse wijze probeert de arts zo ook invloed uit te oefenen op het beleid. Een belangrijke tool van sensibilisering blijkt berichtgeving van een bepaalde problematiek in de media te zijn, maar sensibilisering kan ook door het geven van lezingen, organiseren van debatten, het uitbrengen van studies en het ontwikkelen en promoten van alternatieven. In sommige gevallen gaan sensibiliseren en activisme hand in hand en zullen deze activiteiten als doel hebben elkaar te versterken.

3.6. Activisme

Eén arts ziet zijn rol als health advocate ook als gezondheidsactivist, waarbij hij “*zijn kennis, kunde, netwerk en concrete verhalen gebruikt om mensen te sensibiliseren en te mobiliseren*”. De wisselwerking en rol van de patiënt is hierbij cruciaal. De arts zal dan ook mét de patiënten manifesteren, activiteiten organiseren en campagne voeren om de eisen van de patiënten op de politieke agenda te brengen.

“ ... de patiënten hebben mee gemobiliseerd voor die acties. Er zijn jaren aan acties geweest. Pak nu alleen al de 60000 handtekeningen die bijeen gehaald zijn voor de volksraadplegingen. Daar hebben ons patiënten heel hard in actief geweest. ”

“ Wij zijn met patiënten gaan manifesteren. “

4. Evaluatie

Uit de interviews werd geen duidelijke evaluatie van health advocacy op populatieniveau weerhouden.

4. EXTERNE HEALTH ADVOCACY

Enkele artsen proberen ook de gezondheid te verbeteren van groepen patiënten, waaronder geen patiënten waarmee de arts een therapeutische relatie heeft. Voor identificatie zal de arts ook niet kunnen vertrekken vanuit persoonlijke werkgerelateerde ervaringen. Twee artsen geven aan dat je als arts intellectueel opgeleid bent om ook de maatschappelijk-politieke analyse te maken en hierbij de rechten van patiënten moet verdedigen. Voorbeelden zijn humanitaire catastrofes en braindrain in derdewereldlanden of het verlies aan volkssoevereiniteit in Griekenland naar aanleiding van de economische crisis.

> *" dat is dan het macro-maatschappelijk debat, waar je als arts ook moet aan deelnemen, omdat je nu eenmaal de kans hebt gekregen om toegang te hebben tot veel informatie en om getraind te zijn in bredere analyse. En ik zie dat het vaak lastig is voor artsen om die laatste functie op te nemen. "*

Op dit niveau werden door de artsen vooral engagement in organisaties, sensibilisering en activisme als mogelijke acties geïdentificeerd, waarbij je als arts de publieke opinie kan bespelen door berichtgeving in de media en de beleids- en hulpverlenerswereld door het uitbrengen en promoten van rapporten.

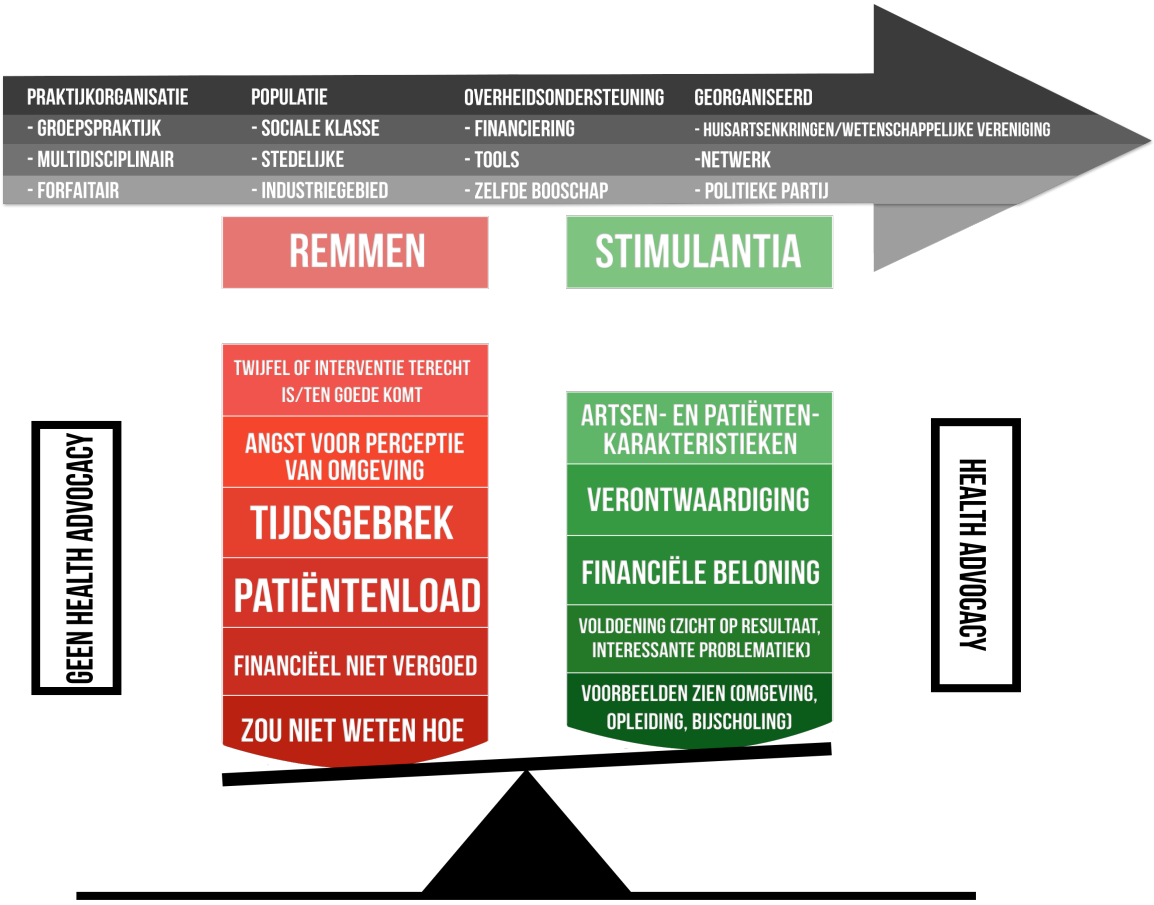
> *" Dat wil zeggen dat we hier op de praktijk een solidariteitscampagne met Griekenland starten. ... om eigenlijk de mensen hier concreet bewust te maken, van welke catastrofe daar plaats heeft en waarom het daar plaats heeft. Dat koppelt ge dan aan informatieverstrekking. Dat is iets heel concreet. We zijn nog aan het zoeken naar een gadget om te verkopen ofzo, allee dat is een idee. "*

C. REMMENDE EN FACILITEREN FACTOREN

Tijdens analyse van de resultaten kwam naar voor dat facilitatoren en barrières in combinatie met een mix van omstandigheden de arts er al dan niet toe bracht om tot health advocacy over te gaan (figuur 2).

REMMENDE FACTOREN

Factoren die artsen remmen om health advocacy uit te voeren zijn tijdsgebrek, arbeidsintensiviteit, workload, gebrek aan financiële beloning, gevoel overspoeld te worden door deze taak, twijfel of tussenkomst terecht is en of ze een gunstig resultaat oplevert, negatieve perceptie door de omgeving, gebrek aan motivatie bij patiënt en gevaar voor inbreuk op privacy van de patiënt.



Figuur 2: Een combinatie van faciliterende en remmende factoren in de aanwezigheid van de juiste omstandigheden brengen de huisarts er al dan niet toe om de rol van health advocate op te nemen.

Tijdsgebrek

De eerste rem die bij alle artsen naar voor komt om de patiënt te ondersteunen op individueel en/of groepsniveau is tijdsgebrek.

> *" Tijdsgebrek, simpel! Ja. "*

> *" Tijd! Tijd! Als je ziet, de dingen waar ik mee bezig ben. Het is een tijd geweest dat dat 3 vergaderingen per week was avonds. Je moet ergens kunnen grenzen trekken. "*

" Het kost natuurlijk veel tijd en energie, ge kunt ook niet alles aanpakken, ge kunt ook niet alles tegelijk aanpakken, ge moet keuzes maken. Dat is misschien wel een belangrijke rem dat je verplicht bent om keuzes te maken. "

Arbeidsintensief

Het actief verdedigen van patiëntenrechten en noden wordt als zeer arbeidsintensief ervaren. De vele en onduidelijke administratie speelt hierbij een belangrijke rol. De moeilijke communicatie met andere hulpverleners omwille van beperkte bereikbaarheid, wisselende mensen op een bepaalde functie, verschillende softwareprogramma's en privacy van de patiënt zorgen ervoor dat een interventie als een veeleisende taak wordt aanzien.

" Als ge dan denkt aan bijvoorbeeld mensen die recht zouden hebben op bepaalde tegemoetkomingen. Ge moet bijna een halve jurist zijn om nog te weten welke tegemoetkoming voor welke patiënt zou haalbaar zijn, zodanig dat ge niet 37 papieren invult om tot ontdekking te komen dat er eigenlijk 37 verkeerde waren en dat ge eigenlijk 25 andere had moeten invullen. "

" wat ik verschrikkelijk storend vind of vervelend vind is de vaak grote turnover van mensen in bepaalde… Bijvoorbeeld de sociaal assistenten van het OCMW bijvoorbeeld. Alle 5 voet zijn dat andere. Dus dat betekent elke keer opnieuw dat ge niet meer weet met wie je aan de lijn hangt. "

Hoge patiëntenload

Zowel binnen de wijkgezondheidscentra als prestatiegeneeskunde ziet men dat –buiten de financiële implicaties - de hoge patiënte load en het noodzakelijke klinische werk andere activiteiten in de weg staan.

" De patiënte load, want los van de prestatiegeneeskunde zit je met een aantal patiënten die daar staat. En dan ook gebonden aan prestatiegeneeskunde: uw agenda staat vol met een aantal patiënten die routinematig gezien worden en die het eigenlijk niet nodig hebben. Laat ons een shift maken van patiënten die routinematige dingen niet nodig hebben, naar patiënten die u op een gegeven moment nodig hebben en steekt daar uw energie in. "

" Als wij teveel werk hebben, maar ze kunnen hier kunnen hier niet terecht als het een keer dringend is omdat wij briefkes moeten schrijven voor elke patiënt die ene dag thuis zit met migraine. "

Geen financiële vergoeding

Artsen uit de prestatiegeneeskunde vermelden dat ze niet-noodzakelijk routinematig werk voorrang geven omdat hier een financiële vergoeding tegenover staat, waardoor patiënten met echte noden onvoldoende geholpen worden omdat hier geen financiële vergoeding tegenover staat.

> *" Ik betrap er mijzelf op dat dat betalingssysteem of die betaling er altijd komt tussenfietsen, waarom? omdat ik het prestatiegeneeskunde. Het is niet meer juist. Het is niet meer juist. Ik heb 4 uur gewerkt en ik vond dat die 4 uur zeer terecht waren omdat die patiënt mij nu nodig had en al die andere patiënten voor hun bloeddruk te meten hadden mij niet nodig. Ze konden gerust wachten. Maar de maatschappij heeft mij daar niet voor vergoed. "*

> *" alleen al de manier waarop we gefinancierd zijn, heel sterk die unieke relatie arts-patiënt benaderd en ook beloond en die voor die maatschappelijke rol helemaal niet uitnodigt om die op te nemen. In tegendeel, ik denk dat je daar dan vaak gewoon niet voor betaald wordt en heel veel tijd in kunt gaan steken. "*

Gevoel overspoeld te worden

Artsen voelen zich overspoeld als ze geen zicht hebben op resultaat of niet weten hoe ze iets moeten aanpakken.

> *" Ja, hoe doet ge dat hé? Om uw ongenoegen daarrond te uiten. Dus het is inderdaad niet alleen tijd, maar ook niet echt goed weten hoe dat ge dat, hoe dat ge dat kunt veranderen of duidelijk maken. "*

> *" Ja dan open ik misschien een doos van Pandora. Ten eerste ik weet niet hoe ik het zou moeten doen om iedereen te identificeren en ten tweede dan geef ik misschien zoveel werk, of geef ik patiënten ook die dan misschien toch niet gaan recht opkrijgen… "*

Twijfel of advocacy terecht is of goede gevolgen zal hebben

Een arts beseft ook dat sommige artsen in bepaalde situaties twijfelen of het verdedigen van rechten van de patiënt wel terecht is en in conflict komt met eigen normen en waarden. Een andere arts geeft aan dat daarom een actie van health advocacy altijd moet gekoppeld worden aan een referentiekader, meer bepaald de universele verklaring van de rechten van de mens en de rechten van het kind.

> *" Daarnaast denkt men soms dat de arts niet geplaatst is om het woord te nemen in functie van het maatschappelijk belang en dat men moet opletten om maatschappelijke oorzaken niet te medicaliseren. "*

Gebrek aan motivatie bij de patiënt

Als de patiënt zelf niet gemotiveerd is, heeft het volgens sommige artsen geen zin om er energie in te steken.

Perceptie van omgeving

Twee artsen halen ook de perceptie van de omgeving aan als beïnvloedende factor, maar geven aan dat ze zich hierdoor niet zouden laten leiden. Ze kunnen zich wel goed inbeelden dat dit voor andere artsen moeilijker is.

> *" Ge wordt ook wel een beetje bekeken van 'oei dat is die moeilijke' soms. Maar daar laat ik mij zeker nooit door doen. "*

> *" één van de drempels dat zij dan zelf aangaf, was het feit van 'ja misschien is dat, wordt dat gezien als reclame voor mijn eigen praktijk. Ja dus ik weet niet goed hoe de andere artsen in mijn omgeving daar dan mee zouden omgaan. Ik zou dan wel in overleg gaan' gaf de arts aan. 'en ik weet ook niet goed wat de orde daarvan zou vinden. "*

Schending van de privacyrechten

Tenslotte kan een arts ook geremd zijn om een signaal te geven omdat hij bang is de privacy van patiënten in het gedrang te brengen.

FACILITERENDE FACTOREN

Elementen die daarentegen de arts ertoe brengen om wel aan health advocacy te doen zijn verontwaardiging, krijgen van voldoening, finaciële incentive, zien van voorbeelden in de omgeving en arts- en patiëntkarakteristieken.

Verontwaardiging

Verontwaardiging blijkt dé motor te zijn voor actie door de arts.

> *" Ik blijf me verontwaardigen, ik blijf boos worden als ik dingen zie die niet juist zijn, die niet correct, en ik denk, deze verontwaardiging is de motor tot maatschappelijke verandering. Ik zal blijven verontwaardigd zijn als dingen niet rechtvaardig zijn en ik zal ook blijven zeggen. "*

Voldoening krijgen

Artsen kijken positief terug op acties die een **mooi resultaat** opgeleverd hebben, die iets wettelijk veranderd hebben of de gezondheid van de patiënt meetbaar verbeterd hebben. Het perspectief van resultaat is een belangrijke motivator voor health advocacy. Daarnaast gaan artsen zich sneller engageren als **de problematiek hen interesseert** of hun **eigen kennis verrijkt**.

Financiële incentive

Een financiële beloning door middel van **globale populatie gerichte financiering** of door middel van **financiering van specifieke functies** met oogpunt health advocacy voor een afgebakende populatie zou de eerstelijn er meer toe kunnen brengen de rol van health advocate op te nemen.

Voorbeelden zien

Het zien van voorbeelden van health advocacy werd als cruciaal aanzien door alle artsen die op wijk- of gemeenschapsniveau een sterke rol opnamen. Hierbij is confrontatie op de **universiteit** met sociale determinanten van gezondheidszorg, referentiekaders en concrete casussen een belangrijke eerste stap. Artsen geven aan dat het in hun opleiding te weinig aan bod kwam en dat dit in de toekomst zeker meer mag gebeuren.

Volgens verschillende artsen is er ook een belangrijke onvervulde rol weggelegd voor de **geaccrediteerde bijscholing**. Een verbod aan sponsoring zou hierbij nodig om deze thema's aan bod te laten komen.

Tenslotte stimuleren voorbeelden **in eigen praktijk of werkomgeving** om zelf aan health advocacy te doen.

Artskarakteristieken

Een arts gaf aan dat hij op een bepaalde **leeftijd** gekomen was en nu op maatschappelijk vlak een aantal zaken had afgebouwd. Andere artsen waren echter op hogere leeftijd nog steeds zeer actief. De **normen en waarden** van de arts bepalen mee of de arts het verdedigen van de rechten van de patiënt al dan niet terecht vindt. Voorgaande positieve of negatieve **ervaringen** kunnen de arts sturen in de latere beslissing om aan health advocacy te doen. Artsen werden vaker als goede health advocate aanzien als ze **diepgaand engagement** toonden, durfden uitkomen voor hun mening en ook maatschappelijk een standpunt innamen. Tenslotte blijkt het belangrijk te zijn dat de arts aan zelfzorg doet, **zelf fit** en gezond is, dat hij uitgerust is, dat hij mee is met de richtlijnen en zichzelf levenslang blijft bijscholen.

Patiëntenkarakteristieken

Een arts ervaart dat patiëntkarakteristieken bij hem ook een invloed hebben om al dan niet tot health advocacy over te gaan. De arts ervaart dit als iets negatief –omdat hij dan niet iedereen gelijk behandeld- maar menselijk ervaren.

GUNSTIGE OMSTANDIGHEDEN

Tenslotte zijn ook gunstige omstandigheden van belang om health advocacy mogelijk te maken.

Praktijkorganisatie

Artsen in een **forfaitair systeem** geven aan dat ze dit betalingssysteem een goed klimaat vinden om aan health advocacy te doen. Ook artsen in de prestatiegeneeskunde beseffen dat hun systeem acties waar geen financiële tegemoetkoming tegenover staat remt. Anderzijds kunnen ze voorbeelden van goede health advocates aanbrengen die binnen de prestatiegeneeskunde werken.

Men geeft aan dat je als **groepspraktijk** enerzijds meer ruimte en flexibiliteit hebt om bepaalde health advocacy acties te doen, en anderzijds ook meer slagkracht hebt als groep artsen.

Zowel artsen uit multi- als unidisciplinaire praktijken merken op dat je als **multidisciplinaire groep** meer zaken in beweging kan zetten op groepsniveau en dat een groep met verschillende invalshoeken een verscheidenheid aan ideeën kan brengen. Vaak wordt de aanwezigheid van een **secretariaat** aangehaald als belangrijke factor om de arbeidsload te verlagen én om een uitvoerende actor te zijn in het health advocacy stappenplan identificatie, analyse, actie en evaluatie. Een **maatschappelijk werker binnen de praktijk** wordt door de artsen als een grote meerwaarde ervaren om zowel individuele patiënten verder te helpen, maar ook om op groepsniveau problemen te identificeren, analyseren en een actie op te zetten. Grote voordelen van een maatschappelijk werker binnen de praktijk zijn de lage drempel voor de patiënt en opbouw van solide samenwerking tussen arts en vaste maatschappelijk werker, waarbij snel en eenvoudig overleg cruciaal zijn.

De praktijk en arts kan ook **zichzelf organiseren** om aan health advocacy te doen, door voor bepaalde zaken een protocol of standaardbrief op te stellen, waardoor de drempel om in de toekomst tot actie over te gaan laag blijft. Het **electronisch medisch dossier** wordt als belangrijke tool aangehaald om enerzijds individuele patiënten met een gezondheidsnood te identificeren, maar anderzijds ook om op groepsniveau sociale determinanten of noden aan te kaarten.

Populatiekarakteristieken

Artsen geven gevoelsmatig aan dat patiëntengroep die verzorgd wordt mede bepaalt of de huisarts de rol van health advocate opneemt. Wat **praktijkligging** betreft zou er meer aan health advocacy gedaan worden in een verstedelijk gebied of in een zone met industrie omwille van hogere noden, maar ook omdat in de grootsteden meer progressieve organisaties bestaan, waarbinnen de arts als health advocate kan optreden.

De deelnemers die geen sociale determinanten geïdentificeerd hadden op community niveau gaven aan dat ze vonden dat de gezondheid van de community toch al niet zo slecht was en dus minder nodig is bij een hogere **socio-economische klasse**.

Het blijkt voor artsen makkelijker te zijn om de rol als health advocacy op te nemen voor een **duidelijk omschreven en overzichtelijke patiëntengroep** zoals een rusthuis, een instelling of klein dorp.

Overheidsondersteuning

Daarnaast heeft ook de overheid een belangrijke rol om het klimaat te scheppen om artsen aan health advocacy te laten doen. Zowel populatie gebaseerde als functie gebaseerde **financiering** door de overheid op kringniveau zouden een goed klimaat scheppen om de rol van health advocate van een groep artsen te verbeteren. **Overheidscampagnes** zorgen ervoor dat artsen zich gesteund voelen om op individueel niveau aan health advocacy te doen en dezelfde boodschap te verspreiden (bijvoorbeeld griepvaccinaties en antibioticagebruik). **Tools** zoals het GMD+ voorzien door de overheid kunnen artsen helpen om voor hun patiënt de beste zorg te voorzien. Een **vaste arts-patiëntrelatie** kan door de overheid in de hand gewerkt worden door diverse maatregelen. Sommige artsen geven aan dat de schrik om bepaalde artsen te verliezen bepaalde acties van health advocacy in de weg staan. Daarenboven blijkt het ook makkelijker extra inspanningen te doen voor een patiënt die regelmatig consulteert bij dezelfde arts. Tenslotte is een **slecht georganiseerde hulpverlenersnetwerk** met teveel mogelijkheden, versnipperde zorg, onderlinge slechte communicatie, wisselend personeel op diverse posten een reden voor artsen om niet actief deel te nemen aan sociale ondersteuning van de patiënt.

Georganiseerd

Artsen en praktijken kunnen zich op verschillende manieren organiseren. Artsen binnen de wijkgezondheidscentra geven aan dat een **georganiseerd en gestandaardiseerd systeem om signalen door te geven** (namelijk de signalenbundel) artsen en hulpverleners ertoe brengt om dit actief te gaan doen. Belangrijk hierbij is de nodige feedback en terugkoppeling eens het signaal is doorgegeven aan

de signalator opdat artsen dit in de toekomst ook blijven doen. Eén arts geeft aan dat er een gezondheidstoets zou moeten bestaan waarbij beleidsbeslissingen getoetst worden bij huisartsen.

Verenigingen van huisartsen en andere hulpverleners, waarbinnen een arts zich kan engageren of waaraan een arts signaal kan geven, worden door de artsen als het beste middel aanzien om als arts de rechten van de patiënt te verdedigen en een krachtig signaal te geven naar andere diensten. Verdere uitbouw, professionalisering en financiering hiervan lijkt de artsen noodzakelijk.

Een praktijk die **politiek georganiseerd** is lijkt over extra middelen te bestaan om gezondheidsproblemen te identificeren en enerzijds op beleidsniveau de stem van de patiënt te laten horen en anderzijds campagnes en acties te ondernemen om mensen te sensibiliseren en mobiliseren over een problematiek.

DISCUSSIE

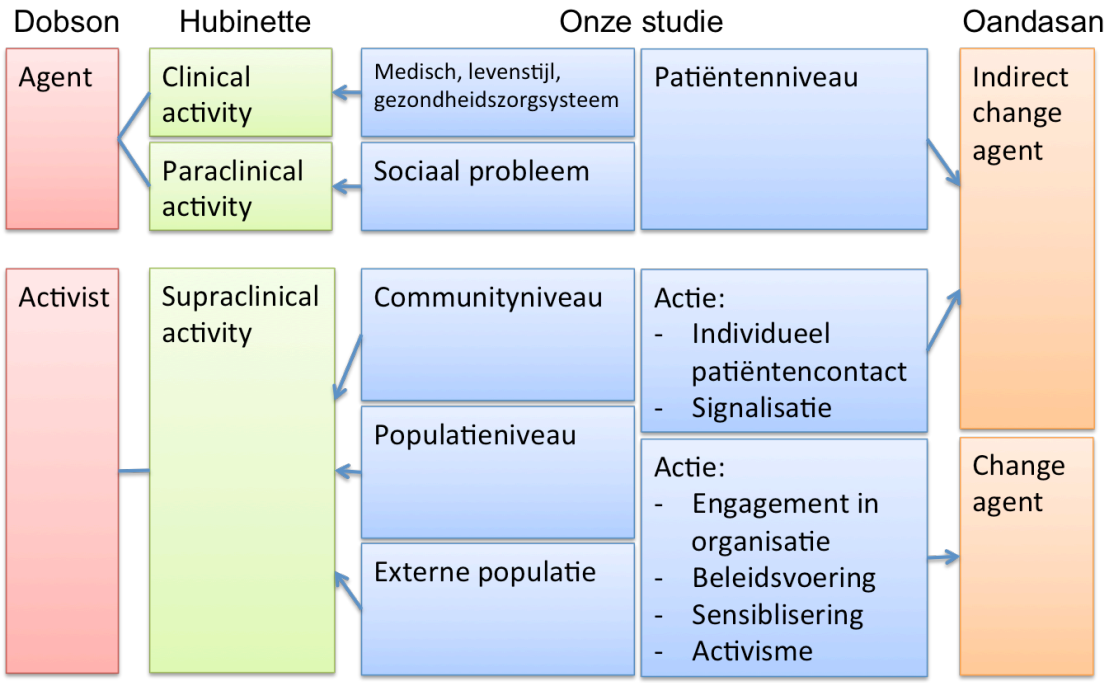
Deze empirische studie zocht naar de kennis en visie van praktiserende Vlaamse huisartsen over het begrip health advocacy, wat door internationale gezondheidsrapporten, universitaire curricula en beleidsmakers als een cruciale taak omschreven wordt voor het medische beroep, maar waar geen eensluitende invulling voor gegeven wordt. Deze studie toont dat huisartsen health advocacy op verschillende manieren invullen. We identificeerden vier niveaus en vier stappen binnen health advocacy en besproken remmende en faciliterende factoren die huisartsen beschreven in hoe ze hun rol als health advocate kunnen opnemen. De resultaten en concepten kunnen een bijdrage zijn aan de reeds bestaande theoretische referentiekaders, kunnen voor opleiders helpen om te begrijpen welke handvaten praktiserende artsen wel en niet in handen hebben en kunnen beleidsmakers attent maken op mogelijke kansen om health advocacy door de huisarts aan te wakkeren.

Ten eerste wordt duidelijk dat de kennis over het begrip zeer uiteenlopend is, maar dat ook artsen die de term health advocacy niet herkennen onbewust bepaalde activiteiten uitvoeren. Ten tweede komen vier niveaus waarop de arts aan health advocacy doen naar voor: patiëntenniveau, communityniveau, populatieniveau en het niveau van een externe populatie. Binnen elk niveau kunnen we telkens vier stappen onderscheiden welke meer of minder aan bod kunnen komen: identificatie, analyse, actie en evaluatie. Een belangrijke bemerking is dat er uitgesproken verschillen zijn hoe artsen naar hun taak als health advocate kijken op de verschillende niveaus. Op patiëntenniveau waren grote gelijkenissen aanwezig tussen de artsen over de verschillende stappen van health advocacy, maar zouden normen en waarden beslissen of artsen ook actie zouden ondernemen bij bepaalde ethische kwesties of socio-economische factoren waarbij door de overheid geen gestandaardiseerde pad voor handen is. Sommige artsen benoemden het community- en populatieniveau als de belangrijkste interventieplaatsen van health advocacy terwijl deze niveaus door andere artsen voor of zelfs na het doornemen van de CanMEDS health advocate rol niet geïdentificeerd werden. Dit kan verklaard worden doordat –zoals artsen zelf aangeven- deze competentie of taak grotendeels ontbreekt in de opleiding. Tenslotte werden tijdsgebrek, hoge patiëntenload, arbeidsintensiteit van health advocacy, financiële gebrek aan vergoeding, gevoel overwelmd te worden door de taak, twijfel over terecht zijn van health advocacy, bepaalde patiëntenkenmerken, perceptie door de omgeving en schrik voor privacyschending van de

patiënt als remmende factoren erkend. Daartegenover faciliteren het bestaan van verontwaardiging, krijgen van voldoening bij engagement, financiële beloning, het zien van voorbeelden, artsen- en patiëntenkarakteristieken in combinatie met een gunstige omstandigheden (praktijkorganisatie, populatiekarakteristieken, steun door de overheid en georganiseerd zijn) een interventie onder de vorm van health advocacy. Artsen actief in wijkgezondheidscentra lijken door het systematisch werken met meerdere artsen, in een multidisciplinair team, in het forfaitaire betalingssysteem met vaste inschrijving van patiënten, frequente contact met kwetsbare groepen beter gewapend om de uitdaging als health advocate aan te gaan dan artsen uit een klassieke huisartsenpraktijk. Echter blijven tijdsgebrek en hoge patiënte load ook in wijkgezondheidscentra aanwezig en bepalen artsen- en patiëntenkarakteristieken, referentiekaders tijdens opleiding, zien van voorbeelden in de omgeving en ondersteuning door de overheid of artsen binnen een wijkgezondheidscentrum de stap zetten naar health advocacy. Voor artsen binnen de prestatiegeneeskunde lijkt het noodzakelijk om een financiële incentive te voorzien voor health adovacy op individueel niveau en om te stimuleren dat artsen zich verder organiseren in huisartsengroepen door middel van financiering van functies op populatieniveau. De overheid dient het aanwerven van een secretariaat en/of maatschappelijk werker binnen de praktijk aan te moedigen en de keuze voor een vaste arts door de patiënt te stimuleren of verplichten. Tenslotte kan een goed georganiseerd extern hulpverlenersnetwerk met goede onderlinge communicatie helpen om van de Vlaamse huisarts een actievere health advocate te maken.

Vergelijking met bestaande literatuur

Om beter inzicht te krijgen in wat health advocacy kan inhouden, wat van elke huisarts verwacht kan worden en welke de verschillen zijn tussen praktiserende huisartsen en opleiders of succesvolle health advocates hebben we onze bevindingen vergeleken met bestaande literatuur (zie figuur 3).



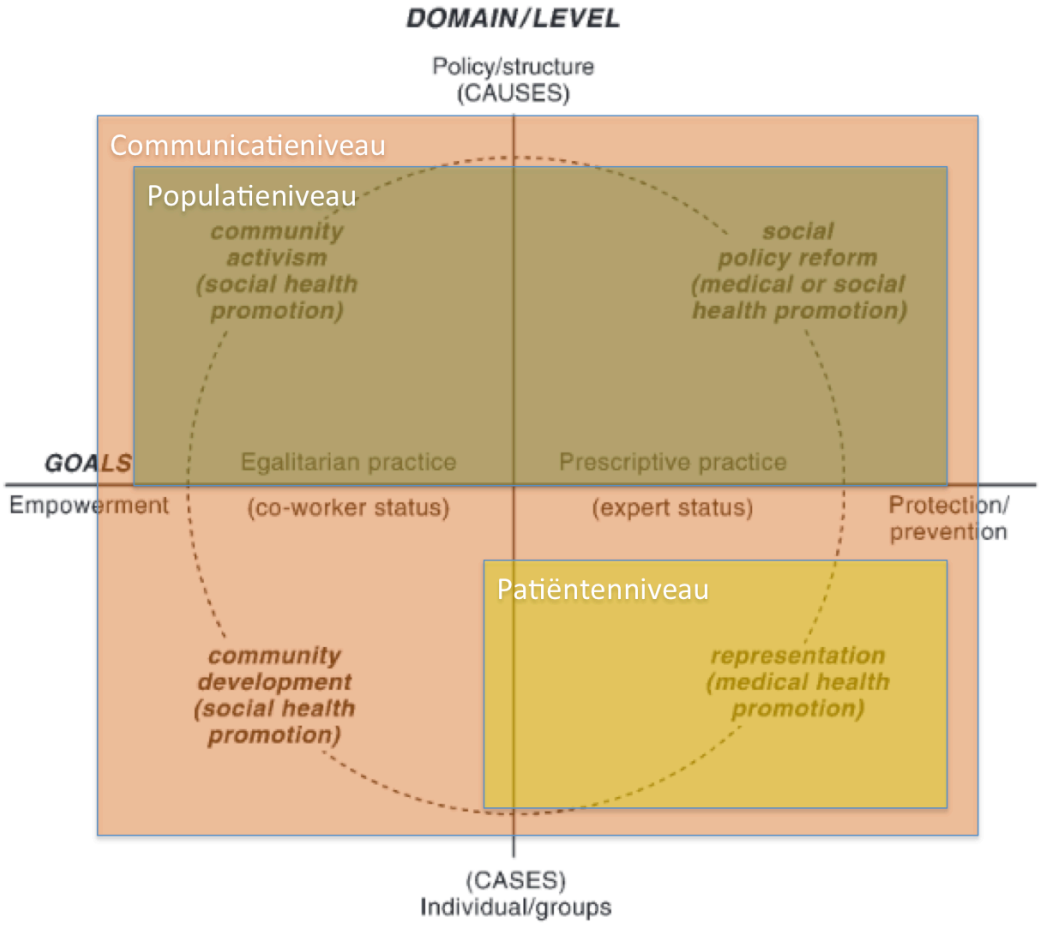
Figuur 3: Vergelijking van conceptuele bevindingen uit deze studie met voorgaande literatuur. Het community, populatieniveau en de externe populatie vinden we terug onder de activist rol en supraclinical activity beschreven door Dobson et al en Hubinette et al. Patiëntenniveau komt overen met de *agent* rol van Dobson et al, maar wordt door Hubinette et al opgedeeld in *Clinical* en *Paraclinical activity* afhankelijk of het een medische of sociale problematiek betreft. De *indirect change agent* door Oandasan omvat zowel het volledige patIëntenniveau als de signaalfunctie op groepsniveau. De overige health advocacy taken worden uitgevoerd als *Change agent.*

Dobson en collega's (8) onderscheiden slechts twee subrollen als health advocacy. De *agent,* waarbij de arts tracht te verzekeren dat de individuele patiënt toegang heeft tot medische en sociale diensten, faciliteiten en steun, kunnen we terugvinden binnen health advocacy die in onze studie geïdentificeerd werd op patiëntenniveau. De subrol activist reflecteert dan weer het bekomen van institutionele, sociale, economisch of politieke verandering op groepsniveau en omvat zowel health advocacy op community- en populatieniveau en voor een externe populatie. De keuze voor de termen agent en activist kan echter verwarrend zijn omdat de arts zowel op patiënten-, op groeps- als op beleidsniveau kan optreden als vertegenwoordiger van de patiënt, maar ook op deze niveaus kan optreden als coach in het empowerment proces zoals beschreven in het schema van Carlisle (zie figuur 4) (13). In dit schema wordt de term activisme behouden voor een arts die een populatie ondersteunt en versterkt om als groep politieke invloed uit te oefenen op beleidsstructuren.

Hubinette en collega's' (9) concepten *clinical activity* en *paraclinical activity* vinden we terug binnen wat in onze studie door de Vlaamse huisartsen als patiëntenniveau werd aangeduid. *Clinical activity* komt overeen met de actie volgend op identificeren van een gezondheidsprobleem met medische grondslag of met gebruik van de gezondheidszorg, terwijl *paraclinical activity* overeen komt met actie omwille van psychosociale problematiek, problematische leef- en werkomstandigheden of

kwetsbaarheid. De opdeling van health advocacy op community- en patiëntenniveau reflecteert dan weer de *supraclinical activity.*

In de opdeling van health advocacy door Oandasan (14) vinden we onder *indirect change agent* health advocacy zowel alle acties op patiëntenniveau als de signalisatiefunctie op groepsniveau. Een health advocate met een actievere rol in het veranderingsproces van bestaande gebruiken noemt Oandasan een *change agent.*



Figuur 4: Het patiënten, community en populatieniveau weergegeven op het conceptueel framework van Carlisle. Het merendeel van de activiteiten die door de artsen in deze studie beschreven werden vallen binnen het kwadrant *representation.* Het framework werd overgenomen van Carlisle S. Health promotion, advocacy and health inequalities: A Conceptual framework. Health Promot Int. 2000;15:369-367 (13).

In de bestudeerde literatuur wordt geen onderscheid gemaakt tussen advocacy op communityniveau, voor de populatie als geheel of voor een externe populatie. Ook de onderverdeling in de verschillende types die als actie kunnen getroffen, vonden we niet expliciet terug. Het is bijzonder interessant om de oefening te maken om de verschillende niveaus en acties van health advocacy die in deze studie beschreven werden toe te passen op het conceptueel framework van Carlisle (zie figuur 4) (13). Carlisle beschrijft dat health advocacy kan bepaald worden aan de hand van 2 assen: de horizontale as

beschrijft empowerment en faciliteren aan de linker zijde tegenover vertegenwoordiging en bescherming aan de andere, de verticale as toont als doelen van verandering 'cases' (patiënten of groepen) tegenover 'beleid of 'structuren'. Het model verdeelt health advocacy zo in vier kwadranten: *representation*, *community development*, *community activism* en *social policy reform*. *Representation* focust op individuen of groepen waarbij de arts als expert trachten levensstijl positief te beïnvloeden, informatie te verschaffen of de stem van de patiënt vertegenwoordigt om aan hun gezondheidsnoden te voldoen. Health advocacy op patiëntenniveau overlapt quasi volledig met representation. Health advocacy op populatieniveau kan zowel *community activism* als *social policy* reform bevatten. Bij *social policy reform* zal de arts als expert optreden en trachten door signalisatie, engagement in organisaties of beleidsvoering het beleid of organisaties te beïnvloeden ten gunste van de gezondheid van de bevolking. Bij *community activism* zal de arts dan weer trachten patiënten of de gemeenschap door sensibilisering en activisme te empoweren zodat ze zelf politieke invloed kunnen uitoefenen. Health advocacy op communityniveau vinden we dan weer terug verspreid over de 4 kwadranten: de arts kan trachten de medische toestand en levensstijl van groepen patiënten te verbeteren door middel van informatieverstrekking en oprichten of verbetering van projecten (*representation*), de arts kan patiëntengroepen empoweren om eigen levensomstandigheden te verbeteren (*community development*) of om invloed uit te oefenen op beleid (*community activism*) of kan als arts zelf het beleid op communityniveau beïnvloeden of bepalen (*social policy reform)*.

Het lijkt inderdaad interessant deze onderverdeling te maken aangezien de verschillende niveaus en acties van health advocacy een andere aanpak, set van vaardigheden en ondersteuning vragen en er voor advocacy op populatieniveau een grotere drempel lijkt te zijn bij de Vlaamse huisartsen. Het stappenplan om aan health advocacy -identificatie, analyse, actie en evaluatie- wordt kan men deels in de CanMEDS health advocate rol terugvinden, maar is eveneens niet vertegenwoordigd in de literatuur. We zien dat de stap identificatie zeker zijn aandacht verdient, aangezien verschillende artsen aangeven dat ze nog geen determinanten van gezondheid binnen hun patiëntenpopulatie hebben kunnen identificeren. Of dit louter te wijten is aan de afwezigheid van determinanten zoals ze zelf aangeven of dat ze er zich gewoonweg niet van bewust zijn zoals een andere arts opmerkt, kunnen we niet uitmaken.

Dat sommige huisartsen aangaven dat zowel medische en preventieve begeleiding van patiënten als begeleiding van patiënten door het gezondheidszorgsysteem door hen aanzien werden als eigen aan het huisartsenberoep, komt overeen met de bevinding van Gruen et al (15) dat dit 'physicians obligations' zijn. Terwijl de overige vormen van health advocacy wel als 'physician aspirations' gezien worden. Enkele huisartsen in onze studie focusten hun werk op de individuele patiënt en waren niet actief op wijkniveau. Andere artsen verwachten echter dat iedere huisarts een signaalfunctie opneemt om gezondheidsproblemen en sociale determeninanten van gezondheid aan te kaarten. Oandasan bracht reeds de kwestie aan of health advocacy een taak is die van iedere arts verwacht kan

worden aangezien ze in de zachte sector werken of dat ze verwacht wordt als extra taak buiten de werkuren en daardoor slechts de verantwoordelijkheid wordt van enkele uitzonderlijke artsen (14). Ook in onze resultaten kwam naar voor dat artsen met grote aandacht voor health advocacy veel van hun activiteiten in hun vrije tijd verrichten; echter haalden deze artsen ook aan dat er nood is om health advocacy door alle huisartsen te stimuleren binnen het huisartsenberoep door dit meer te aan te bieden tijdens de opleiding en bijscholingen.

Tijdsgebrek, weinig rust, stress, gevoel overspoeld te worden door de complexiteit van de taak en angst voor perceptie van de omgeving komen ook in de literatuur naar voor als mogelijke drempels voor health advocacy. Daarnaast speelt de opleiding ook een grote rol omdat het studenten zou isoleren uit de gemeenschap en studenten getraind worden om persoonlijke meningen en voorkeuren uit de klinische context te houden. Daarenboven zou het selectieproces ervoor zorgen dat eerder succes- dan maatschappijgerichte studenten de opleiding vervolledigen. Net zoals in onze studie werd vroeger aangetoond dat het werken in multidisciplinaire praktijken, in huisartsenverenigingen, via een uitgebreid netwerk of als politiek geëngageerde praktijk handvaten biedt om de drempels te overwinnen (16).

Sterktes en zwaktes

We kunnen niet uitsluiten dat voorafgaande kennis van de eerste auteur met het werk van sommige artsen het vergaren van data heeft beïnvloed; de vragen waren echter zo geformuleerd dat er geen fout of juist antwoord was en het doel van de studie werd benadrukt om zo breed mogelijke invullingen van health advocacy te exploreren. Eén interviewer nam alle interviews af, wat consequentie in interviewstijl en diepte-interviews mogelijk maakte, en interpreteerde alleen de bekomen data. Hierdoor werd er weinig over de interpretatie overlegd en misten we mogelijks enkele tendensen. We interviewden slechts negen huisartsen, maar ontdekten tijdens het laatste interview geen nieuwe concepten en hadden een mooie demografische spreiding (echter ontbraken artsen in leeftijdscategorie 36-45 jaar). Eén arts weigerde het interview en één interviewresultaat werd verloren. Het is aannemelijk dat artsen die weigerden ook een andere kijk zouden hebben op health advocacy en deze data dus niet verzameld werden. We kunnen niet uitsluiten dat nieuwe data gegenereerd zouden worden bij extra interviews. Als we er echter vanuit gaan dat health advocacy een taak is voor iedere huisarts is het geen probleem om inzicht te verwerven en technieken te ontwikkelen op basis van zij die hier effectief actief in zijn. Resultaten kunnen niet geëxtrapoleerd worden naar huisartsen in andere eerstelijnssettings of arts-specialisten. Tenslotte hebben we geen rekening gehouden met demografische variabelen zoals etniciteit, religie of opleiding in andere landen.

BESLUIT

Deze studie bestudeerde de verschillende manieren waarop een kleine groep Vlaamse praktiserende huisartsen kijkt naar hun taak als health advocate. Het bevestigt dat praktiserende artsen in navolging van opleiders en succesvolle health advocates uiteenlopende kennis en visies hebben over het begrip. Dit onderstreept nogmaals de nood aan een duidelijk referentiekader voor huisartsen tijdens opleiding of bijscholing om hen te onderrichten wat enerzijds van iedere arts verwacht wordt en waar anderzijds sommige artsen een extra bijdrage kunnen leveren om de gezondheid van patiënten te verbeteren. De studie bracht bovendien meer duidelijkheid over mogelijke remmende en faciliterende factoren om de rol van health advocate op te nemen. Gezien de belangrijke impact van health advocacy op de gezondheid van het individu en van de populatie moeten maatregelen genomen worden door beleidsmakers om een gunstig klimaat te scheppen voor huisartsen. Verder onderzoek is nodig om te bepalen welke interventies een impact hebben op deze factoren. Daarnaast kan verder onderzoek bepalen hoe patiënten, arts-specialisten, andere gezondheidswerkers en gezondheidsorganisaties naar de rol van de huisarts als health advocate kijken en waar ze hun eigen rol zien, opdat potentiële samenwerking en uitwisseling van kennis kan plaatsvinden.

REFERENTIELIJST

1. WHO. Ottawa charter for health promotion. Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique. 1986;77(6):425-30.

2. Frank J. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better Standards. Better Physicians. Better Care. Ottawa, ON: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.

3. Council GM. Tomorrow's Doctors: Outcomes and Standards for Undergraduate Medical Education. London: GMC, 2009.

4. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. Medical teacher. 2007;29(7):648-54.

5. Cumming A, Ross M. The Tuning Project for Medicine--learning outcomes for undergraduate medical education in Europe. Medical teacher. 2007;29(7):636-41.

6. Verma S, Flynn L, Seguin R. Faculty's and residents' perceptions of teaching and evaluating the role of health advocate: a study at one Canadian university. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2005;80(1):103-8.

7. Stafford S, Sedlak T, Fok MC, Wong RY. Evaluation of resident attitudes and self-reported competencies in health advocacy. BMC medical education. 2010;10:82.

8. Dobson S, Voyer S, Regehr G. Perspective: agency and activism: rethinking health advocacy in the medical profession. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2012;87(9):1161-4.

9. Hubinette MM, Ajjawi R, Dharamsi S. Family physician preceptors' conceptualizations of health advocacy: implications for medical education. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2014;89(11):1502-9.

10. Kanter SL. On physician advocacy. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2011;86(9):1059-60.

11. WHO. Primary Health Care. Now more than ever. Geneva: WHO, 2008.

12. Dahlgren G WM. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies

for tackling social inequities in health. 2006.

13. Carlisle S. Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. Health Promot Int. 2000;15(4):369-76.

14. Oandasan IF. Health advocacy: bringing clarity to educators through the voices of physician health advocates. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2005;80(10 Suppl):S38-41.

15. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-citizens--public roles and professional obligations. Jama. 2004;291(1):94-8.

16. Hubinette M, Dobson S, Voyer S, Regehr G. 'We' not 'I': health advocacy is a team sport. Medical education. 2014;48(9):895-901.

BIJLAGES

1. GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0378	13-mei-15	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
De visie van de Vlaamse huisarts op Health Advocacy: Wat is het? Wie doet het? En wie moet het? Een kwalitatieve studie (Manama Lowie De Loose)

Belgisch Registratienummer: B670201524463

* Antwoord onderzoekers via mail dd. 12/05/2015 op opmerkingen EC dd. 09/04/2015
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 4/05/2015
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie cfr. mail dd. 12/05/2015)
* Interviewguide (cfr. mail dd. 12/05/2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 12/05/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 11/05/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 12/05/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 11/05/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/05/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/05/2015

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

CONTACT Secretariaat	TELEFOON +32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	FAX +32 (0)9 332 49 62	E-MAIL ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK 2015/0378	DATUM 13-mei-15	KOPIE Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0378

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

2. GOEDGEKEURD PROTOCOL

We onderzoeken de visie van vlaamse huisartsen op het begrip health advocacy, waarbij we aandacht schenken aan definiëring, de rol die huisartsen aan de eerste lijn toebedelen, de eigen participatie en eventuele drempels tot engagement.

Dit gebeurt door middel van diepte-interviews bij een aantal vlaamse huisartsen. We selecteren de studiepopulatie door middel van purposive sampling. Dit houdt in dat we door selectie trachten een zo divers mogelijke steekproef te bereiken. Volgende karakteristieken zijn van belang: leeftijd, geslacht, type huisartsenpraktijk, ligging van de huisartspraktijk, deelname aan verenigingsorganisaties en politiek engagement. Om voldoende verzadiging te bekomen zullen we een aanzienlijk aantal artsen ondervragen. We verwachten dat hiervoor maximaal 30 interviews nodig zullen zijn.

We nodigen artsen uit met behulp van een informatiebrief met informed consent (zie bijlage). Een interview start met een open gedeelte waarbij een aantal open vragen en stellingen worden voorgelegd aan de arts (zie bijlage interview guide). Voorbeelden zijn “Ik zou graag exploreren wat het begrip “health advocacy als huisarts” voor u betekent”, “Beschrijf een collega die een health advocate is”, “Welke acties moet een huisarts ondernemen wat betreft health advocacy?” en “Zou u zichzelf beschrijven als een health advocate? Waarom? Waarom niet?”

Vervolgens wordt een definitie van healt advocacy - namelijk de beschrijving als CanMEDS competentie door de Royal College of Pysicians and Surgeons of Canada in 2005 – voorgelegd aan de artsen. We nodigen hen uit te reageren op onderdelen die hen relevant of uitdagend lijken.

Alle interviews worden opgenomen als audiobestanden en vervolgens neergeschreven door de huisarts-in-opleiding, waarbij we alle identificatiekenmerken verwijderd worden en de teksten gecodeerd worden. De deelnemers krijgen vervolgens de kans hun interview door te nemen en eventuele wijzigingen aan te brengen. Daarna worden alle interviews gelezen en geïnterpreteerd door de huisarts-in-opleiding, promotor en/of co-promotor. De deelnemers zullen betrokken worden bij de interpretatie van de resultaten. We zullen de eerste interpretatie namelijk terugkoppelen naar de deelnemers met behulp van een brief, waarna we hun feedback integreren in de resultaten. Als laatste zullen we de resultaten toetsen aan reeds bestaande modellen in de literatuur betreffende health advocacy.

De audiobestanden worden verwijderd aan het einde van het onderzoek.

3. INFORMATIEBRIEF MET INFORMED CONSENT

Informatiebrief

Beste,

Met deze brief had ik u graag uitgenodigd om deel te nemen aan een kwalitatieve studie naar de visie en invulling van het begrip 'health advocacy' door de Vlaamse huisarts. Health advocacy wordt door de CanMEDs beschouwd als één van de kerncompetenties van artsen, maar de invulling van het begrip is niet altijd duidelijk.

Het doel van de studie is om de perceptie en invulling van de competentie 'health advocacy' door de Vlaamse huisarts te exploreren. Er bestaan hierbij geen foute of juiste antwoorden. Het zou dan ook de studie niet ten goede komen moest u vooraf verder over dit onderwerp lezen of bijleren.

De studie bestaat uit diepte-interviews met een aantal Vlaamse huisartsen. De studiepopulatie wordt geselecteerd door middel van *purposive sampling*. Dit betekent dat we expliciet op zoek gaan naar huisartsen met zeer uiteenlopende karakteristieken (leeftijd, geslacht, type praktijk, ruraal versus stedelijk, …). Er zullen u een aantal open vragen voorgelegd worden waarop u kan reageren. Eén interview zal ongeveer 60-90 minuten in beslag nemen. De interviews worden opgenomen als audiobestanden en vervolgens neergeschreven door de huisarts-in-opleiding, hierbij worden identificatiekenmerken verwijderd en worden de interviews gecodeerd. Indien u dit wenst kan u de neergeschreven versie inkijken en corrigeren. Als laatste onderdeel van het kwalitatieve onderzoek worden de teksten dan gelezen en geïnterpreteerd door huisarts-in-opleiding, promotor en co-promotor. De eerste interpretatie van alle resultaten zullen vervolgens naar u worden verstuurd per brief, waarbij u de kans krijgt om aanvullingen/wijzigingen te maken op deze interpretatie. Ook deze gegevens worden vervolgens in de resultaten geïntegreerd. De audiobestanden worden op het einde van het onderzoek vernietigd.

Deze studie werd opgezet in kader van opleiding master in de huisarts geneeskunde van huisarts-in-opleiding Lowie De Loose, werkende te WGC Botermarkt (Ledeberg) met als praktijkopleider Trees Timmermans. Promotor en co-promotor van de studie zijn respectievelijk prof. Dr. Sara Willems en prof. Dr. Pauline Boeckxstaens. De studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het universitair ziekenhuis Gent

Indien u akkoord bent om aan deze studie deel te nemen. Gelieve dan onderstaande informed consent door te nemen en te ondertekenen.

Met Vriendelijke groeten,

Lowie De Loose , Huisarts-in-opleiding WGC Botermarkt

Prof. Dr. Pauline Boeckxstaens, Co-promotor

Prof. Dr. Sara Willems, Promotor

Informed Consent

Ik ondergetekende, ..., verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek opgesteld in kader van de opleiding master in de huisartsgeneeskunde (Universiteit Gent):

(1) de informatiebrief heb gelezen. Die geeft uitleg over de aard van de vragen, taken, opdrachten en stimuli die tijdens het onderzoek zullen worden aangeboden. Op elk ogenblik wordt me de mogelijkheid geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.

(2) totaal vrijwillig deelneem aan het onderzoek.

(3) de toestemming geef aan de proefleiders om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren.

(4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten.

(5) ervan op de hoogte ben dat ik een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.

Gelezen en goedgekeurd te .....(plaats) op ..... (datum)

Handtekening van participant: ……