

Wat kunnen Belgische huisartsen leren uit een Duits observationeel onderzoek over behandeling van eigen familieleden?

Referentie

Mücke NA, Schmidt A, Kersting C, et al. General practitioners treating their own family members: a cross-sectional survey in Germany. *BMC Prim Care* 2022;23:23. DOI: 10.1186/s12875-022-01631-z

Duiding

Paul De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Behandelen Duitse huisartsen eigen familieleden en wat zijn de meest voorkomende redenen om dit wel of niet te doen?

Achtergrond

Net zoals in België is het in Duitsland niet verboden dat huisartsen eigen familieleden behandelen, maar hiervoor bestaat noch een legale basis noch een professionele richtlijn. Los van een eventueel ontvangen ereloon voorziet de mutualiteit in een reguliere terugbetaling van geleverde prestaties. Andere landen zijn minder permissief over de zorgverlening aan familieleden. De ‘Code of Medical Ethics of the United States’ bijvoorbeeld beveelt uitdrukkelijk aan om familieleden niet te behandelen (1). Ook in Australië raadt de ‘Medical Board’ aan om zo weinig mogelijk medische zorgen toe te dienen aan personen waarmee een hechte persoonlijke relatie bestaat (2). Gelijkaardige visies en aanbevelingen bestaan in het Verenigd Koninkrijk, Canada, Noorwegen en Nederland. Er wordt echter steeds een uitzondering gemaakt voor dringende hulpverlening. Omdat de Belgische en de Duitse zorgcontext vergelijkbaar zijn en in Minerva dit onderwerp nog nooit ter sprake kwam, besloten we om een recente Duitse studie over dit onderwerp te selecteren (3).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- 1 000 geregistreerde huisartsen in de Duitse regio Noordrijn, gestratificeerd naar geslacht en praktijklocatie met als doel evenveel mannen als vrouwen en evenveel huisartsen uit landelijke als uit stedelijke gebieden uit te nodigen
- exclusie van huisartsen werkzaam in de intramurale zorg of in gespecialiseerde extramurale zorg of huisartsen die louter psychotherapeutisch werk verrichten; ook de 40 praktijken die deelnamen aan de pilootfase van de studie werden geëxcludeerd.

Onderzoeksopzet

Cross-sectioneel observationeel onderzoek

- de huisartsen ontvingen via de post de studiedocumenten, bestaande uit geschreven informatie, een gefrankeerde enveloppe en een vragenlijst
- de vragenlijst van 7 pagina’s bestond uit 87 items, waaronder: frequentie, inhoud, plaats en registratie met betrekking tot behandeling van familieleden gedurende de laatste 12 maanden; sociodemografische karakteristieken van de huisartsen; redenen voor of tegen behandeling van familieleden met een **Likert schaal** (van 0=nooit tot 5=zeer vaak) en de mogelijkheid van vrije tekst; vrij tekst veld voor bijkomende commentaar
- het verschil tussen geregistreerde en niet-geregistreerde patiënten op vlak van behandeling van familieleden werd onderzocht met de **Pearson Chi-kwadraat test**

- naast beschrijvende statistiek voerde men ook univariate en multivariate lineaire regressieanalyses uit om te bepalen welke variabelen een invloed hebben op het wel of niet behandelen van familieleden.

Resultaten

- de responsratio bedroeg 39,8% en hierbij ging het om 393 huisartsen met een gemiddelde leeftijd van 54,7 (SD 8,8) jaar, 51,4% vrouwen, gemiddeld 19 jaar actief en 47,3% werkzaam in een stedelijke omgeving
- gedurende de laatste 12 maanden behandelde 96,7% van de huisartsen minstens één familielid; 83,7% was vaste huisarts voor minstens één familielid; respectievelijk 75,3% en 77,8% echtgenoten/-es en kinderen van de huisartsen was als patiënt geregistreerd in de praktijk; voor de ouders en schoonouders van de huisartsen waren deze percentages lager (respectievelijk 43,1% en 28%)
- behalve voor wondzorg, vaccinaties en andere injecties vonden alle andere vermelde medische handelingen (aanbevelen/voorzien/voorschrijven van medicatie (meest vermelde medische handeling), fysiek onderzoek, technische onderzoeken, labo-aanvragen, verwijzingen naar specialist of ziekenhuis, verlenen van medische attesten, ziekte-attesten, gezondheidsrapporten) statistisch significant meer plaats bij geregistreerde versus niet-geregistreerde familieleden in de praktijk; het verlenen van palliatieve zorgen werd zelden vermeld
- niet-geregistreerde familieleden werden vooral buiten de praktijkruimte behandeld (75,5% tot 80%) en slechts in de helft (53,1% tot 65,9%) van de gevallen werd de medische handeling geregistreerd in het dossier; ook geregistreerde familieleden werden in 20% tot 35,6% van de gevallen behandeld buiten de praktijkruimte en werden de medische handelingen vaak niet geregistreerd (12,5% bij echtgenoten/es en 16,8% bij kinderen)
- univariate lineaire regressieanalyses toonden aan dat medische handelingen bij echtgenote en schoonouders vaker gebeurde bij mannelijke huisartsen; kinderen uit klassieke gezinnen werden frequenter behandeld dan kinderen uit nieuw samengestelde gezinnen; ook de behandeling van de eigen ouders werd licht positief beïnvloed door de langere medische ervaring van de huisarts
- uit de multipele regressieanalyse kwamen drie onafhankelijke predictoren aan bod die de frequentie van het behandelen van eigen familieleden positief (mannelijk geslacht, hogere leeftijd) en negatief (stedelijk gebied) beïnvloedden
- de frequentste reden voor het behandelen van familie- en gezinsleden waren praktische voordelen (onder andere minder wachttijd), groot vertrouwen van familie- en gezinsleden in de medische competentie van de huisarts, milde ziekte, verwachting van familieleden dat de huisarts beschikbaar was en beter op de hoogte was van de individuele situatie, urgentie, second opinion, samen reizen; de belangrijkste redenen waarom familieleden een andere arts prefereerden waren: een behandeling buiten de routine van de huisarts, moeilijker om objectief te zijn en zeer ernstige ziekte.

Besluit van de auteurs

Bijna alle huisartsen zijn betrokken bij de medische zorg van hun familieleden, wat dit een zeer relevant thema maakt. Het feit dat de medische handelingen vooral plaats vinden thuis bij de betrokkene en er weinig geregistreerd wordt in het patiëntendossier is risicovol omdat wordt afgeweken van de professionele routine.

Financiering van de studie

Open Access mogelijk gemaakt door Projekt DEAL. Dit onderzoek ontving geen specifieke subsidie van een publieke, commerciële of non-profitorganisatie.

Belangenvermenging van de auteurs

De auteurs verklaren dat ze geen belangenvermenging hebben.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

De selectie van deelnemers voor dit dwarsdoorsnede-onderzoek verliep op een correcte manier. Door stratificatie voor leeftijd en locatie van de praktijk probeerde men een meer evenwichtige steekproef te bekomen. Stedelijke praktijken bleven in de eigenlijke steekproef echter ondervertegenwoordigd (47,3%) in vergelijking met het Duitse landgemiddelde (60%). Andere oorzaken van selectiebias zijn trouwens niet uitgesloten. Omdat er geen incentives gepland waren, bestaat enerzijds de kans dat gemotiveerde huisartsen en huisartsen met een aversie voor de behandeling van familieleden oververtegenwoordigd zijn. Anderzijds zijn huisartsen zonder familie of ver afwonend van familie mogelijk ondervertegenwoordigd. Ten slotte is niet gevraagd naar de etnische origine van de deelnemers, wat ook een invloed kan hebben op de zorgrelatie met familie.

De opstelling van de vragenlijst gebeurde in verschillende stappen: systematisch literatuuronderzoek, focusgroepen en interviews met huisartsen om relevante topics in kaart te brengen, advies van experts over de gevonden topics. Een uiteindelijke sneuvelversie werd vervolgens uitgetest in een pilootstudie en verder aangepast tot een definitieve vragenlijst met 87 items bekomen werd. Huisartsen die deelnamen aan de pilootstudie werden uitgesloten van de eigenlijke studie. De uitgebreide vragenlijst kan wel geleid hebben tot type I-fouten door **multiple testing**. Om dit te voorkomen hadden de onderzoekers de afkapwaarde voor statistische significantie kunnen verlagen van $p < 0,05$ naar $p < 0,01$. We merken echter op dat de meeste resultaten een p -waarde $< 0,001$ hadden. De onderzoekers beoogden een responspercentage van minstens 30% en nodigden daarom 1 000 huisartsen uit om minstens 300 vragenlijsten terug te krijgen. Het beoogde responspercentage werd ruim gehaald en een voorziene geschreven reminder in geval van een responspercentage $< 20\%$ na 10 dagen was bijgevolg niet nodig.

Bespreking van de resultaten

Niettegenstaande de hoge responsratio blijft de vraag of de resultaten geëxtrapoleerd kunnen worden naar alle huisartsen in Duitsland en daarbuiten. Omdat men zich voor de rekrutering van de deelnemers baseerde op een eerstelijnsregister zijn er ook 47 pediaters (12%), blijkbaar geregistreerd als eerstelijnsartsen, geïnccludeerd. Bijna alle huisartsen hadden in het voorbije jaar een medische handeling bij een familielid uitgevoerd, meestal een klinisch onderzoek of het verstrekken van medicatie. Het is opvallend dat zelfs 'ingeschreven' familieleden ook buiten de praktijk behandeld werden zonder dat het medisch dossier bijgehouden werd. Dat kan wijzen op een (sterke) afwijking van de professionele routine. De resultaten zijn vergelijkbaar met deze van eerdere studies (4,5) maar of Belgische huisartsen even massaal hun familieleden behandelen zoals in deze Duitse regio of in andere landen is niet echt bekend. In een recente masterproef huisartsgeneeskunde in een deelgemeente van Antwerpen (maart 2018 – januari 2019) stelde men vast dat slechts 1 huisarts op de 14 vindt dat het behandelen van familieleden niet aangewezen is (6).

Wanneer geconfronteerd met ziekte van familie- of gezinsleden zijn artsen vaak geconfronteerd met specifieke persoonlijke conflicten en professionele verwachtingen (7). Deze elementen worden in dit onderzoek weinig in de diepte bestudeerd. Een recente Nederlandse studie zocht door middel van focusgroepen naar de elementen van complexiteit die bij een dergelijke vraag om zorg meespelen (8). Vijf focusgroepen van junior artsen ($n=33$) en 2 van senior artsen ($n=16$) namen deel. Men weerhield de volgende interrelationele factoren: de aard van de relatie met het familielid, de graad van vertrouwen in de deskundigheid van de arts, de consequenties van een mogelijke vergissing, het belang van de invloed op de balans werken-leven en het risico van verstoring van de normale arts-patiëntrelatie. Wetenschappelijke verdieping van deze relationele elementen ontbreekt voorlopig in de literatuur. Het zou nuttig zijn mocht hierover meer onderzoek gebeuren in de Belgische context, waarbij men naast het registreren van kwantitatieve gegevens ook aandacht besteedt aan de medische haalbaarheid en de emotionele impact van het behandelen van aanverwanten door de (huis)arts.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Over dit gevoelig onderwerp bestaan geen Belgische richtlijnen, evenmin doet de Orde van Geneesheren van België hierover uitspraken. De KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst) raadt wel een ‘terughoudendheid aan bij het behandelen van vrienden of familieleden, behoudens in noodsituaties’ en argumenteert dit met te wijzen op de mogelijkheid van het vermengen van de rollen van de arts waardoor de professionele afstand onvoldoende in acht genomen kan worden (9,10).

Besluit van Minerva

Deze goed uitgevoerde Duitse observationele studie met mogelijke selectiebias toont aan dat de meeste huisartsen medische handelingen uitvoeren bij familieleden en dit meestal buiten de gangbare professionele routine. Het zou nuttig zijn mocht er meer onderzoek over dit onderwerp gebeuren in de Belgische context. Naast het registreren van kwantitatieve gegevens zou men hierbij ook aandacht moeten besteden aan de medische consequenties en de emotionele impact van het behandelen van aanverwanten door de (huis)arts.

Referenties

1. American Medical Association. Code of Medical Ethics: AMA; 2016.
2. Medical Board of Australia. Codes, Guidelines and Policies; 2014.
3. Mücke NA, Schmidt A, Kersting C, et al. General practitioners treating their own family members: a cross-sectional survey in Germany. *BMC Prim Care* 2022;23:23. DOI: 10.1186/s12875-022-01631-z
4. Rennert M, Hagoel L, Epstein L, Shifroni G. The care of family physicians and their families: a study of health and help-seeking behaviour. *Fam Pract* 1990;7:96-9. DOI: 10.1093/fampra/7.2.96
5. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. ‘Common sense and a thick hide’. Physicians providing care to their own family members. *Arch Fam Med* 1994;3:599-604. DOI: 10.1001/archfami.3.7.599
6. Nobus B, prom. Dr Kris Van den Broeck. Omgaan met familie als patiënt in de huisartsenpraktijk. ICHO. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2017-2019.
7. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med* 2001;175:236-40. DOI: 10.1136/ewjm.175.4.236
8. Giroldi E, Freeth R, Hanssen M, et al. Family Physicians managing medical request from family and friends. *Ann Fam Med* 2018;16:45-51. DOI: 10.1370/afm.2152
9. Knmg.nl. Url: <https://www.knmg.nl/>
10. Hendriks AC. Mag een arts familieleden en vrienden behandelen? *Ned Tijdsch Geneeskunde* 2017;161:D1610.