

De indruk die huisartsen hebben van mondigheid onder jonge patiënten

Een kwalitatief explorierend onderzoek vanuit het perspectief van de huisarts naar de mondigheid van jonge patiënten in relatie met de huisarts

Sabine van den Boogaard

Masterscriptie Communicatie en Beïnvloeding

Januari 2016

Radboud Universiteit Nijmegen



De indruk die huisartsen hebben van mondigheid onder jonge patiënten

Een kwalitatief explorierend onderzoek vanuit het perspectief van de huisarts
naar de mondigheid van jonge patiënten in relatie met de huisarts

Masterscriptie

Communicatie- en Informatiewetenschappen

Masterspecialisatie Communicatie en Beïnvloeding

Radboud Universiteit Nijmegen

Januari 2016

Sabine van den Boogaard

S4156722

s.vdboogaard@student.ru.nl

+316-23351549

Eerste lezer: J. Van Berkel

Tweede lezer: A. De Graaf

Derde lezer: J. Sanders

Samenvatting

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de mondigheid van patiënten in de gezondheidszorg is toegenomen door onder andere de opkomst van internet en de veranderende relatie tussen huisarts en patiënt (Roter et al., 1997; De Veer et al., 2004; Rijen, 2005). Een patiënt is mondig als hij zelf wil beslissen over de aan hem te verlenen zorg (Van Rijen, 2005). Leeftijd kan van invloed zijn op de mate waarin een patiënt zich mondig of actief gedraagt. Jongeren stelden zich tijdens een consult actiever op en uitten vaker hun wensen (Van Rijen & Van der Kraan, 2004). In eerdere onderzoeken van Van Rijen en Van der Kraan (2004) en Conye et al. (2014) is geen onderscheid gemaakt tussen verschillende leeftijdsgroepen jongeren terwijl hier wel verschillende rechten aan zijn verbonden. Het verschil in rechten kan wellicht van invloed zijn op de mondigheid van jonge huisartspatiënten. In dit onderzoek is onderscheid gemaakt tussen twee leeftijdsgroepen jongeren, te weten jongeren vanaf 12 t/m 15 jaar (leeftijdsgroep 1) en jongeren vanaf 16 t/m 19 jaar (leeftijdsgroep 2). In dit onderzoek wordt meer inzicht gegeven in de arts-patiëntrelatie tussen de huisarts en twee leeftijdsgroepen jongeren, de bepaalde vorm(en) van mondigheid van de twee leeftijdsgroepen jonge huisartspatiënten bij de huisarts en de samenhang tussen de relatie en mondigheid. De mondigheid is onderzocht aan de hand van het mondigheidsmodel, uitgebreid met participatie. Om de arts-patiëntrelatie te onderzoeken is er een verschil gemaakt tussen de kenmerken van een arts-patiëntrelatie (Ten Have et al, 2003) en de interactie tussen de arts en de patiënt (Van Rijen & Van der Kraan, 2004). Het onderzoek is uitgevoerd vanuit het perspectief van de huisarts.

De volgende driedelige hoofdvraag is in dit onderzoek beantwoord:

- *Hoe zien de arts-patiëntrelaties tussen de huisarts en de twee leeftijdsgroepen jongeren er heden ten dagen uit?*
- *Hoe leidt de arts-patiëntrelatie tot (een) bepaalde vorm(en) van mondigheid onder de twee leeftijdsgroepen jonge huisartspatiënten?*
- *Wat is er de samenhang tussen de relatie van de huisarts en de twee leeftijdsgroepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid?*

Er zijn totaal elf interviews afgenomen onder huisartsen. Deze interviews zijn gecategoriseerd en geanalyseerd. De belangrijkste conclusies van dit onderzoek zijn dat de

tweede leeftijdsgroep meer *actieve communicatie* en meer *participatie* vertonen dan de jongeren in de eerste leeftijdsgroep. De verschijningsvorm *eisend gedrag* komt, voor beide groepen jongeren, zelden voor in de praktijk. De interactie tussen huisarts en de twee groepen jongeren worden door de participanten via verschillende modellen weergegeven. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de interactie tijdens een medisch consult samenhangt met de mondigheid van de patiënt.

Aanleiding

De relatie tussen arts en patiënt is de afgelopen jaren sterk veranderd. Eén van de oorzaken is de opkomst van het internet (van Rijen, 2005). Patiënten zijn beter geïnformeerd doordat zij eerst zelf informatie opzoeken voordat zij een arts bezoeken (Smit & Friele, 2005). Daarnaast heeft de marktwerking in de gezondheidszorg ervoor gezorgd dat de patiënt meer keuzevrijheid heeft en meer eigen verantwoordelijkheid moet nemen (Boot & Knapen, 2005; Van de Pol, 2005). Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 heeft de aanbodgestuurde markt plaatsgemaakt voor een meer vraaggestuurde markt, een markt waarin de patiënt centraal staat (Smit & Friele, 2005). De patiënt is zich gaan opstellen als een consument die wensen en (on)tevredenheid uit. Artsen dienen daarop in te spelen en de zorg daarop aan te sluiten (De Veer et al., 2004). Van artsen wordt verwacht dat zij de ideeën en de wensen van de patiënt met betrekking tot de behandeling respecteren. Zij moeten daarvoor de medische bevindingen op een voor de patiënt begrijpelijke manier bespreken en de voor- en nadelen van behandelingsopties met de patiënt op een rijtje zetten (Jung et al., 2001). De patiënt wordt gezien als een individu dat actief participeert en verantwoordelijkheid neemt voor zijn gezondheid en zorg (Ouwens et al., 2012). Uit onderzoek van Van Rijen en Van der Kraan (2004) blijkt dat leeftijd en opleidingsniveau van invloed kunnen zijn op de mate waarin een patiënt zich mondig of actief gedraagt. Jongeren en hoger opgeleiden stelden zich tijdens een consult actiever op en uitten vaker hun wensen. Van Rijen en Van der Kraan (2004) spreken over jongeren in het algemeen en niet over verschillende leeftijdsgroepen binnen deze groep. Daarom is dit onderzoek erop gericht meer inzicht te geven in de arts-patiëntrelatie tussen de huisarts en twee leeftijdsgroepen jongeren, de bepaalde vorm(en) van mondigheid van de twee leeftijdsgroepen jonge huisartspatiënten bij de huisarts en de samenhang tussen de relatie van de huisarts en de twee leeftijdsgroepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid.

Gedeelde besluitvorming

De veranderende rol van de patiënt, van passieve afhankelijkheid naar actieve autonomie, heeft ervoor gezorgd dat gedeelde besluitvorming wordt gezien als een ideaal model tijdens een consult in de medische wereld (Charles et al, 1997). Uit onderzoek van Roter et al. (1997) naar de communicatiepatronen tussen huisarts en patiënt op basis van audiotape analyse blijkt het traditionele paternalistische model van de arts-patiëntrelatie, waarin de

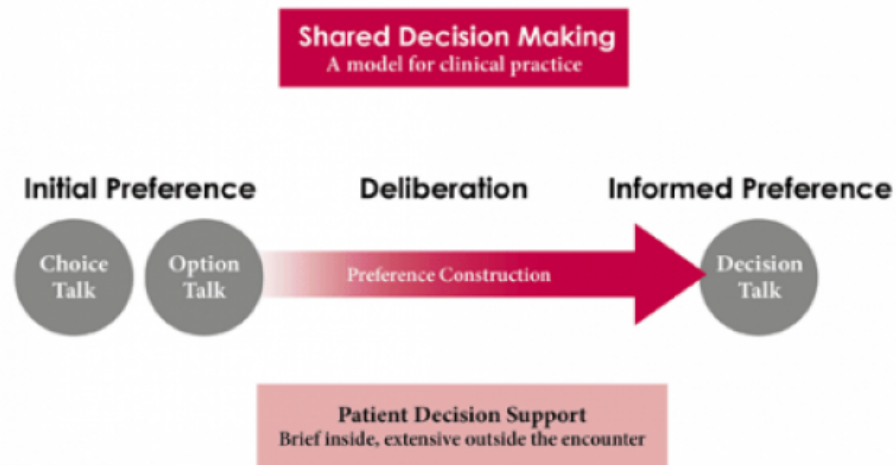
arts weet wat goed is voor de patiënt en de patiënt de adviezen van de arts kritiekloos volgt, niet langer het enige model is. Roter et al. (1997) analyseerden van 127 huisartsen over 537 consulten de interactie tussen arts en patiënt. Gedeelde besluitvorming (shared decision making) houdt in dat arts en patiënt op basis van weloverwogen voorkeuren samen een besluit nemen over gezondheids- en behandeldoelen en de acties die worden ondernomen om die doelen te bereiken (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015). Dit gebeurt op basis van wetenschappelijke en professionele kennis, ervaringskennis en de waarden en wensen van de patiënt. Hiermee wordt voldaan aan het recht van de patiënt om volledige informatie over alle behandel- en zorgopties te krijgen en daarmee ook de mogelijke voordelen, risico's en effecten (Elwyn et al, 2012). Bij gedeelde besluitvorming stelt de arts veel open vragen, geeft en vraagt veel informatie, vraagt of de patiënt wil participeren in de besluitvorming en houdt rekening met diens omstandigheden en voorkeuren (Van Staveren, 2011).

In de huisartsenzorg ontstaan steeds meer situaties waarin niet één duidelijke oplossing is, maar waarin de wensen en de context van de patiënt bepalen wat de beste beslissing is (Van Veenendaal et al. 2015). Wanneer er meer dan één behandeloptie is en het afwegen van de voor- en nadelen voor dilemma's zorgt, is gedeelde besluitvorming noodzakelijk. Deze manier van besluitvorming wordt door patiënten als prettiger ervaren dan wanneer de arts alleen beslist. Daarnaast vergroot gedeelde besluitvorming de betrokkenheid van de patiënt.

Gedeelde besluitvorming is vanuit de positie van de arts gebaseerd op vier ethische principes, te weten: erkennen van de zelfstandigheid van de patiënt, het voorkomen van schade door het afwegen van voordelen en risico's, het tegengaan van onder- en overbehandeling en rechtvaardigheid (Stiggelbout et al, 2012; Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015). Daarnaast is in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, 1994) vastgelegd dat behandelaars verplicht zijn patiënten te informeren over de aard van behandelingen, voordelen, nadelen en risico's. Patiënten zijn op hun beurt verplicht de arts te informeren over hun persoonlijke situatie.

Uit een review van de literatuur over het gebruik van keuzehulpen (decision aids) van Stacey et al. (2011) blijkt dat het goed inrichten en ondersteunen van het besluitvormingsproces patiënten helpt. Ze zijn beter geïnformeerd, zijn zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, voelen zich vaker tevreden en twijfelen minder over hun genomen beslissing. Een keuzehulp is een ondersteunend middel voor

gedeelde besluitvorming (Van der Weijden & van Lennep, 2012). Dit kunnen folders, boekjes, cd-roms of websites zijn. Een keuzehulp geeft de patiënt inzicht in de mogelijke opties en de consequenties van iedere optie. In het model van Elwyn et al. (2012), zie Figuur 1, wordt beschreven hoe gedeelde besluitvorming tussen arts en patiënt tot stand komt.



Figuur 1. Shared Decision Making model (Elwyn et al., 2012 p.1365)

Het Shared Decision Making Model kent drie stappen. Stap 1: het introduceren van het feit dat er een keuze is (choice talk), de arts nodigt de patiënt uit voor het keuzeproces. Stap 2: het beschrijven van de mogelijke opties (option talk), de arts bespreekt met de patiënt wat de mogelijkheden zijn (gezondheids/behandeldoelen en consequenties korte, middellange en lange termijn). Stap 3: het helpen van de patiënt om zijn eigen voorkeuren te ontdekken en samen een beslissing te nemen (decision talk), patiënt en arts komen samen tot een besluit waarin voorkeuren en waarden bepalend zijn. Gedeelde besluitvorming doen de arts en de patiënt dus samen, nadat er informatie is uitgewisseld: de arts over de aandoening en behandelmogelijkheden en de voor- en nadelen daarvan, de patiënt over zijn persoonlijke situatie en zijn persoonlijke voorkeuren. Idealiter vindt behalve de besluitvorming ook de uitvoering van het behandelplan samen plaats. Nadat het behandelplan is opgesteld bepalen arts en patiënt samen welke handelingen de patiënt zelf uitvoert. Zij maken samen afspraken over terugkoppeling en controle en leggen de afspraken schriftelijk vast (Elwyn et al. 2012).

Er zijn patiënten die de beslissing liever geheel aan de specialist overlaten. De meeste Nederlandse patiënten (70%) willen echter actief betrokken worden bij het nemen van

belangrijke medische beslissingen; het overig deel (30%) laat de beslissing liever aan de arts over (Van Staveren, 2011). Patiënten die zelf beslissen, maken doorgaans een weloverwogen en medisch gezien verstandige keuze (Van der Weijden et al., 2011). Daarnaast kan gedeelde besluitvorming leiden tot kostenbesparing doordat bewust gekozen opties vaak minder invasief zijn of doordat wordt afgezien van diagnostiek of behandeling (Oshima Lee et al., 2013).

De relatie tussen patiënt en arts

Elwyn et al. (2012) stellen dat de basis voor gemeenschappelijke besluitvorming een goede relatie is tussen patiënt en zorgverlener zodat informatie kan worden gedeeld en kan worden overwogen. Daarnaast is het belangrijk dat patiënten hun eigen voorkeuren kenbaar kunnen maken tijdens het proces van besluitvorming. Om gezamenlijke besluiten te kunnen nemen en verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de uitvoering daarvan, is een evenwichtige relatie tussen arts en patiënt noodzakelijk. Er is een aantal kenmerken die de relatie tussen huisarts en patiënt profileert, te weten: asymmetrie, vertrouwen, macht en gezag (Ten Have et al, 2003). Asymmetrie in relatie tot huisarts en patiëntrelatie houdt in dat de arts en patiënt over verschillende soorten informatie beschikken die hen afhankelijk van elkaar maakt (p.179). De patiënt vertelt welke klachten hij ervaart en beantwoordt vragen. Van de arts wordt verwacht dat hij luistert naar de klachten en vragen stelt om tot een juiste diagnose te komen en beslissingen neemt over de mogelijke behandeling. Het kenmerk vertrouwen komt tot uitdrukking in positieve verwachtingen van het effect van een bezoek/behandeling. Wanneer er geen langdurige, positieve relatie bestaat tussen een arts en een patiënt zorgt dit voor een negatievere verwachting van het effect van een bezoek/behandeling. Het derde kenmerk is macht, dat omschreven wordt als het vermogen van de arts om iets uit te richten of te bewerkstelligen. Het vierde en tevens laatste kenmerk, gezag, impliceert de hoeveelheid kennis en ervaring waarover de arts en/of patiënt beschikt om in een bepaalde situatie de juiste handelingen te verrichten of besluiten te nemen.

Besluitvorming binnen de huisartsenpraktijk kan gezien worden als een specifiek onderdeel van de relatie met de patiënt, waardoor het type relatie en de soort besluitvorming nauw met elkaar samenhangen. Besluitvorming tijdens het consult wordt in de theorie (de controle over de besluitvorming) dan ook gezien als een belangrijke

graadmeter voor het type relatie tussen de arts en patiënt (Van Rijen & Van der Kraan, 2004). In de literatuur bestaat een breed scala aan interactiepatronen en arts-patiëntrelatie modellen. Zo zijn er modellen die meer specifiek ingaan op de rol van informatie en de beslismacht. Van Rijen en Van der Kraan (2004, p.266) hebben een overzicht gemaakt van deze modellen. De twee dimensies die in deze modellen worden onderscheiden zijn de controle over de informatie en de controle over de beslissing. Het eerste model is het 'paternalistische model': de arts handelt naar beste weten en beslist (voor de patiënt); hij houdt daarbij niet altijd rekening met de voorkeuren van de patiënt. De arts beheerst zowel de informatie als de beslissing. Het 'professional as agent model', is het tweede model. Dit model gaat ervan uit dat alleen de patiënt zijn voorkeuren kent. De arts moet daarom de patiënt vragen stellen om zijn voorkeuren te leren kennen. De arts beslist voor de patiënt over de verschillende behandelingsmogelijkheden. De arts deelt dus de informatie met de patiënt, maar de arts neemt uiteindelijk de beslissing. Het 'Shared decision making model' houdt in dat alle beslissingen over de diagnose en behandeling door arts en patiënt samen worden genomen. Zowel de informatie als de beslissing worden door beide partijen gedeeld. Bij het laatste model, 'informed decision model', kent alleen de patiënt zijn voorkeuren. Het is de taak van de arts om de patiënt van relevante informatie te voorzien zodat de patiënt een beslissing kan nemen, waarna de arts de gewenste handeling onderneemt. In dit model neemt de patiënt een autonome beslissing over de aan hem of haar aangereikte alternatieven.

De verschuiving naar patiëntgerichte geneeskunde heeft ervoor gezorgd dat de patiënt meer controle heeft over de informatie én over de beslissing. Het perspectief van de patiënt is belangrijker dan voorheen. Zoals eerder aangegeven zijn ook de rechten van de patiënt nu formeel vastgelegd (WGBO), waaronder het recht op informatie, inzage in het dossier, instemming bij beslissingen en een second opinion. Als gevolg van deze veranderingen kan de patiënt veel meer dan vroeger invloed uitoefenen. Ook de mondigheid en kennis van patiënten en patiëntenverenigingen spelen een belangrijke rol in de verandering van de arts-patiëntrelatie en interactie tussen arts en patiënt. Dit blijkt uit de toenemende mate waarin de arts op de patiënt gericht is, aandacht besteedt aan het recht tot zelfbeschikking van de patiënt (autonomie), de patiënt informeert en met de patiënt onderhandelt om tot overeenstemming te komen over de te volgen behandeling (Van Spaendonck & Kraaimaat, 2006). De interactie tussen arts en patiënt lijkt dus sterk samen te

hangen met mondigheid en kennis.

Mondigheid

Er bestaan verschillende definities voor 'mondigheid', mede omdat het begrip wordt gebruikt op verschillende vakgebieden, de gezondheidszorg is hier één van. Van Rijen (2005) definieert mondigheid als: De mate waarin patiënten zelf willen beslissen over de aan hen te verlenen zorg. Van Rijen (2005) stelt dat mondigheid nauw samenhangt met andere begrippen zoals betrokkenheid en besluitvorming. De Veer et al. (2004) definiëren een mondige patiënt als iemand met het vermogen zelfstandig te beslissen en te oordelen over de eigen zorg en dat ook te kunnen verwoorden. Zij benadrukken dat mondigheid niet door elkaar moet worden gehaald met agressiviteit of een grote mond. In het huidige onderzoek wordt de definiëring van Van Rijen (2005) gebruikt voor patiënten die actief aan het behandelingsproces willen deelnemen.

Het aantal patiënten dat zich bij de huisarts mondig opstelt tegenover de arts is volgens artsen en verpleegkundigen de laatste jaren toegenomen (Van der Jagt, 2003; De Veer et al., 2004; Van Rijen & Van der Kraan, 2004). Van der Jagt (2003) geeft aan dat uit de praktijk in de gezondheidszorg signalen komen dat dit komt door de veranderende houding van patiënten. De Veer et al. (2004) hebben door middel van een vragenlijst aan 404 verpleegkundigen in Nederland gevraagd wat zij vinden van de mondigheid van cliënten. Uit dit onderzoek is gebleken dat 78 procent van de deelnemers van mening is dat patiënten in de afgelopen vijf jaar mondiger zijn geworden. Patiënten stellen meer vragen, maken vaker gebruik van hun rechten, stellen zich als gelijke op bij het nemen van besluiten, zijn beter geïnformeerd en zelfbewuster. Daarnaast gaven de verpleegkundigen aan de zorg voor niet-mondige patiënten over het algemeen lastiger te vinden. Ze stimuleren patiënten dan ook tot een mondige houding (De Veer et al, 2004). Van Rijen en van der Kraan (2004) zijn in opdracht van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg nagegaan welke ontwikkelingen artsen zien in het kader van mondigheid van de patiënt. "Veel, maar niet alle artsen zien een verandering in het gedrag van hun patiënten" (Van Rijen en Van der Kraan, 2004, p. 247). Het percentage patiënten dat zich in de spreekkamer mondig opstelt tegenover de arts is volgens artsen de laatste jaren toegenomen. Patiënten lijken zich veeleisender op te stellen en zijn in toenemende mate geïnformeerd voorafgaand aan het bezoek.

Dit is in tegenstelling tot een observatieonderzoek naar consulten met patiënten met

een hoge bloeddruk van Bensing et al. (2008). Zij hebben 102 huisartsconsulten uit 1986 vergeleken met 108 huisartsconsulten uit 2002. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten in de afgelopen jaren niet meer, maar juist minder vragen stellen aan de huisarts. Daarnaast uitten ze hun bezorgdheid weinig en praatten ze minder. Doel van dit onderzoek was het vaststellen of in de loop der jaren veranderingen zijn opgetreden in de communicatie tussen huisartsen en hun patiënten (met een hoge bloeddruk). Dit is in overeenstemming met onderzoek van Van Dulmen et al. (2005). Zij hebben door middel van het observeren van video-opnames van alledaagse consulten bij zowel medisch specialisten als huisartsen in Nederland en in andere Europese landen, bekeken hoeveel vragen patiënten werkelijk stellen tijdens een bezoek aan een arts. Hieruit kwam naar voren dat patiënten helemaal niet zo mondig zijn als wordt gedacht, gezien het kleine aandeel van de patiënt in de communicatie tijdens een consult met de arts. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat patiënten meer voorkennis hebben en ook andere informatiebronnen dan alleen de arts raadplegen of dat de artsen de patiënten gewoon goed informeren. De eerste verklaring wordt niet bevestigd door de vergelijking van observatiegegevens uit 1983 en 2001. Daaruit blijkt immers dat patiënten ruim 20 jaar geleden, toen minder informatiebronnen beschikbaar waren, niet meer vragen stelden dan nu (Van Dulmen et al, 2005).

Er lijkt dus geen overeenstemming te bestaan of mondigheid de afgelopen jaren bij een medisch consult is toegenomen. Het is daarom belangrijk om meer onderzoek te doen naar de (verschijningsvormen van) mondigheid van patiënten bij de huisarts.

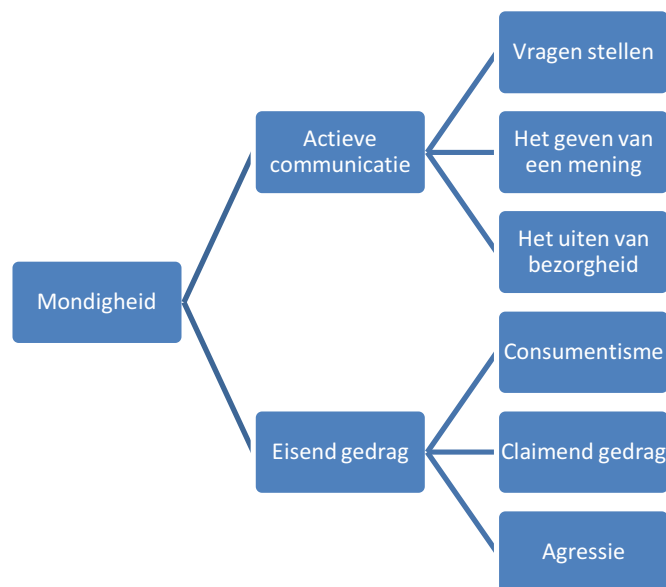
Verschijningsvormen van mondigheid

Een mondige patiënt uit zich door actieve communicatie, te weten het stellen van vragen, het uiten van bezorgdheid en het geven van een mening, aldus Street et al. (1995). Onder het stellen van vragen verstaan zij medisch gerelateerde vragen die de patiënt aan de arts stelt. Bezorgdheid wordt getoond doordat de patiënt aan de arts zijn of haar emoties kenbaar maakt. Onder het geven van een mening wordt verstaan: aanbevelingen doen, een voorkeur uitspreken, een mening geven over het managen van de ziekte en het oneens zijn met de arts.

Volgens Van der Jagt (2003) is eisend gedrag ook een uiting van een mondige patiënt. Eisend gedrag bestaat uit drie vormen: consumentisme, claimend gedrag en agressie. Onder consumentisme van patiënten wordt verstaan het gedrag waaruit blijkt dat de patiënt zorg

als een product ziet waarvoor hij betaald heeft en waaraan hij dus kwaliteits- en leveringseisen kan stellen. Claimend gedrag wordt omschreven als gedrag waarmee de patiënt aangeeft dat hij meent recht te hebben op een bepaalde zorgactiviteit. Hierbij gaat het om dwingend en eisend optreden. Onder agressief gedrag wordt gedrag verstaan waarin de patiënt met verbale of fysieke intimidatie tracht de arts iets te laten doen of zeggen wat deze eigenlijk niet wil of kan doen.

Goselink en De Natris (2011) hebben aan de hand van een literatuurstudie bovenstaande gedragsuitingen van Street et. al (1995) en Van der Jagt (2003) in één model gebracht (zie Figuur 2) waarmee zij de mondigheid van de autochtone, vrouwelijke borstkankerpatiënt in Nederland hebben onderzocht.



Figuur 2. Gedragsuitingen van mondigheid (Goselink & de Natris, 2011)

Goselink en de Natris (2011) hebben de mondigheid van vrouwelijke patiënten met borstkanker onderzocht omdat uit een eerder onderzoek van Polsky et al. (2002) was gebleken dat hoogopgeleide vrouwen jonger dan 65 jaar met borstkanker actief bezig willen zijn met de behandeling van hun ziekte. Het onderzoek is uitgevoerd vanuit het perspectief van de arts, waarbij zes artsen zijn geïnterviewd. Geconcludeerd kan worden dat volgens de artsen de mondigheid onder borstkankerpatiënten de afgelopen tien jaar is toegenomen, dat alle gedragsuitingen zoals weergegeven in Figuur 2 in meerdere of mindere mate zijn herkend en dat de toegenomen mondigheid effect heeft op de arts-patiëntcommunicatie. Zo zijn er zowel relationele als inhoudelijke effecten op de arts-patiëntcommunicatie gevonden.

Als relationeel effect kwam uit het onderzoek van Goselink en de Natris (2011) naar voren dat wanneer de patiënt meer kennis heeft van de ziekte het voor de arts eenvoudiger is om over de ziekte en behandeling te praten waardoor er meer sprake is van tweezijdige communicatie. Als inhoudelijk effect kwam naar voren dat bepaalde onderwerpen, zoals de gevolgen en de impact van de ziekte, makkelijker ter sprake komen in vergelijking met een aantal jaren geleden. Een mogelijke verklaring is het gegeven dat borstkankerpatiënten door de jaren heen meer kennis hebben ontwikkeld over borstkanker. Tevens kwam uit het onderzoek naar voren dat het consult meer patiëntgericht is doordat het gesprek zoveel mogelijk wordt afgestemd op de behoefte van de patiënt.

Mondigheid bij jongeren

Niet alleen bij hoogopgeleide vrouwen jonger dan 65 jaar met borstkanker is er meer sprake van tweezijdige communicatie. Ook jongeren stellen zich tijdens een consult actiever op en uiten vaker hun wensen. Dit blijkt uit onderzoek van Van Rijen & Van der Kraan (2004) in opdracht van de RVZ door Trendbox en TNS NIPO in november 2003 onder 1655 patiënten, respectievelijk 157 huisartsen en 350 specialisten. Hieruit blijkt dat verschillende huisartsen aangaven meer te maken te krijgen met mondige patiënten die zich niet als patiënt, maar als klant op stellen (Van Rijen & Van der Kraan, 2004). Ook gaven de artsen aan dat leeftijd en opleidingsniveau van invloed kunnen zijn op de mate waarin een patiënt zich mondig of actief gedraagt. Dit is in overeenstemming met onderzoek van Tates et al. (2002) naar de participatie van jongeren tijdens een medisch consult. Zij concluderen, uit het analyseren van 106 video-opnames van consulten tussen huisarts, jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar en hun ouders, dat jongeren door de jaren heen actiever zijn geworden tijdens een medisch consult. De leeftijd van de jonge patiënt is positief gerelateerd aan de participatie. Dat wil zeggen hoe ouder de jonge patiënt is, hoe meer hij participeert tijdens een medisch consult. Daarnaast concluderen zij dat meer directe communicatie tussen arts en de jonge patiënt, met discussie over het behandelplan, bijdraagt tot een grotere tevredenheid van de jonge patiënt en betere gezondheidsresultaten (Tates et al., 2002).

De rol van jongeren in de besluitvorming wordt aanzienlijk beïnvloed door de ernst van de ziekte. Dit blijkt uit onderzoek van Conye et al. (2014). Zij hebben kwalitatief onderzoek gedaan in Ierland naar de rol van jongeren met kanker, hun ouders en de arts in de besluitvorming van het zorgtraject. Conye et al. (2004) hebben 20 jongeren in de leeftijd

van 7 tot en met 16 jaar, 22 ouders en 40 artsen geïnterviewd. Uit het onderzoek komt naar voren dat jongeren niet worden betrokken bij belangrijke beslissingen (besluit over de behandeling) maar wel bij minder belangrijke beslissingen (beslissingen over zorglevering zoals hoe de behandeling wordt toegediend). De jongeren waren zich bewust van het feit dat de beslissingen die ze zelf namen geen 'echte' beslissingen waren omdat ze gevoelsmatig het idee hadden dat ze niet tegen de belangrijke beslissingen konden ingaan. De jongeren bleken tevreden te zijn met het feit dat ouders de verantwoordelijkheid hadden over deze belangrijke beslissingen. Echter, jongeren vinden het belangrijk om geïnformeerd te worden, hun voorkeur uit te spreken en keuze te hebben hoe behandelingen worden toegediend. In onderzoek van Conye et al. (2014) is geen onderscheid gemaakt tussen verschillende leeftijdsgroepen terwijl hier wel verschillende rechten aan zijn verbonden. Het is niet duidelijk in hoeverre jonge patiënten en hun ouders op de hoogte zijn van verschillen in rechten als het gaat over besluitvorming. In de WGBO staat vastgelegd dat jongeren in Nederland met de leeftijd van 0 tot 12 jaar toestemming van de ouder nodig hebben voor een onderzoek of behandeling. Jongeren met de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (leeftijdsgroep 1) hebben ook toestemming van de ouder nodig voor een onderzoek of behandeling. Echter, wanneer de jonge patiënt (12 t/m 15 jaar) een bepaalde behandeling wil, maar de ouders zijn het er niet mee eens en geven geen toestemming dan kan de behandelaar op basis van zijn medische professionaliteit een beslissing nemen over de behandeling. Dat wil zeggen dat als ouders geen toestemming geven, de jonge patiënt toch behandeld kan worden. Bij de overweging van de behandelaar staat het belang van de jonge patiënt altijd voorop. Jongeren vanaf leeftijdsgroep 2 (16 jaar t/m 19 jaar) mogen zelfstandig een behandelingsovereenkomst sluiten met haar of zijn arts en hebben geen goedkeuring meer nodig van de ouders (Rijksoverheid, 2014).

Zoals eerder vermeld, uit onderzoek van Van Rijen en Van der Kraan (2004) blijkt dat jongeren zich volgens huisartsen actiever opstellen en vaker hun wensen uiten tijdens een consult. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen verschillende leeftijdsgroepen en de verschillende rechten die hieraan zijn verbonden. Het niet wezenlijk nodig hebben van toestemming van de ouder kan wellicht van invloed zijn op de relatie tussen huisarts en patiënt en daarmee ook de mondigheid van de jonge huisartspatiënten. Het is daarom relevant om meer inzicht te krijgen in de mondigheid van deze twee leeftijdsgroepen jongeren bij de huisarts.

De driedelige hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staan is:

- *Hoe zien de arts-patiëntrelaties tussen de huisarts en de twee leeftijdsgroepen jongeren er heden ten dagen uit?*
- *Hoe leidt de arts-patiëntrelatie tot (een) bepaalde vorm(en) van mondigheid onder de twee leeftijdsgroepen jonge huisartspatiënten?*
- *Wat is de samenhang tussen de relatie van de huisarts en de twee leeftijdsgroepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid?*

Methode

De doelstelling van dit kwalitatieve onderzoek is inzicht verkrijgen in de ervaringen van huisartsen met betrekking tot de relatie tussen huisarts en jonge huisartspatiënten (leeftijdsgroep 1: 12 t/m 15 jaar en leeftijdsgroep 2: 16 t/m 19 jaar) en de vorm(en) van mondigheid van jonge patiënten bij de huisarts. Daarnaast is onderzocht wat de samenhang is tussen de relatie van de huisarts met de twee groepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid van deze twee groepen jongeren bij de huisarts. Om antwoord te kunnen geven op de driedelige hoofdvraag is er kwalitatief onderzoek verricht in de vorm van gestructureerde interviews.

Instrumentatie

Om te onderzoeken of er sprake is van mondigheid onder de twee leeftijdsgroepen jonge huisartspatiënten zijn de participanten bevraagd aan de hand van kwalitatief onderzoek. Allereerst is er gekozen voor deze onderzoeksmethode om een exploratief kwalitatief beeld te schetsen van de relatie tussen huisarts en de twee groepen jongeren en de mondigheid van de twee groepen jonge huisartspatiënten in Nederland vanuit het perspectief van de huisarts. Er bestaat weinig kennis over de ervaring van huisartsen over de verschijningsvormen van mondigheid van de twee verschillende leeftijdsgroepen jonge huisartspatiënten bij de huisarts en de samenhang tussen de relatie tussen huisarts en deze jonge huisartspatiënten en mondigheid. Er is dus sprake van een explorerend onderzoek.

Ten tweede is gekozen om onderzoek te doen vanuit het perspectief van de huisarts en niet vanuit het perspectief van de patiënt omdat het ethisch onverantwoord zou kunnen zijn om onderzoek te doen vanuit het perspectief van jongeren. De jongeren in dit onderzoek zijn 12 tot en met 19 jaar. Jongeren tot 18 jaar zijn minderjarig. Om toch onderzoek te doen vanuit het perspectief van deze jongeren is een toestemmingsverklaring van de ouder of voogd nodig. Dit brengt het risico met zich mee dat de keuze om mee te werken aan het onderzoek mogelijk niet door de jongeren zelf wordt gemaakt. De werkelijke vrije keuze om te participeren in het onderzoek komt hiermee wellicht in het geding door de verschillende machtsrelaties die kunnen ontstaan

Ten derde is het onderzoek gericht op twee leeftijdsgroepen jongeren (12 t/m 15 en 16 t/m 19 jaar). Deze jongeren zitten in de adolescentiefase waarin zij zichzelf nog aan het ontdekken zijn. Zij kunnen daardoor mogelijk niet bewust zijn van zichzelf en de rol die zij

aannemen bij de huisarts. Mogelijkerwijs zullen zij zich afhankelijker opstellen tegenover iemand met een bepaalde expertise waardoor de bevindingen wellicht niet de gehele werkelijkheid weerspiegelen.

Ten vierde is gekozen om onderzoek te doen vanuit het perspectief van de huisarts vanwege praktische overweging omdat de onderzoeker vanuit haar netwerk verschillende huisartsen kent.

Pretest

Er is een pretest verricht om te onderzoeken of de kenmerken van de arts-patiëntrelatie van Ten Have (2003), interactiemodellen tussen arts en patiënten van Van Rijen en Van der Kraan (2004) en het mondigheidsmodel van Goselink en de Natris (2011) ook toepasbaar zijn op de twee leeftijdsgroepen huisartspatiënten (groep 1, 12 t/m 15 jaar; groep 2, 16 t/m 19 jaar) en kunnen worden gebruikt om de samenhang tussen de relatie tussen huisarts en de twee groepen jonge huisartspatiënten en de vorm(en) van de mondigheid van deze twee leeftijdsgroepen te ontdekken en de discrepantie te achterhalen. Er is achterhaald of de modellen voldoende weergeven. Daarnaast is achterhaald of eventuele aanpassingen nodig zijn voor de uitvoering van het hoofdonderzoek.

De kenmerken van een arts-patiëntrelatie (Ten Have et al, 2003), de interactie tussen de arts en de patiënt (Van Rijen & Van der Kraan, 2004) en het mondigheidsmodel (Goselink en de Natris, 2011) zijn in de praktijk getest door middel van een interview met twee huisartsen. Deze artsen zijn telefonisch benaderd, waarna vervolgens een afspraak is gemaakt. Beide huisartsen hebben langer dan drie jaar een eigen praktijk en werken parttime (drie dagen en vier dagen in de week).

Er is aan beide huisartsen gevraagd kritisch te kijken naar de verschillende modellen (kenmerken arts-patiënt, interactiemodellen arts-patiënt en mondigheid) en na te gaan of dat deze modellen overeenkomen in de praktijk. Beide huisartsen konden zich vinden in de verschillende modellen. De modellen uit de theorie zijn dan ook ongewijzigd meegenomen in het hoofdonderzoek. De toevoeging van de verschijningsvorm 'participatie', gebaseerd op het Shared Decision Model van Elwyn et al. (2012), aan het mondigheidsmodel werd als een belangrijke aanvulling gezien. Beide huisartsen merkten op dat participatie een belangrijk onderdeel is geworden van de gesprekken die zij voeren met hun patiënten.

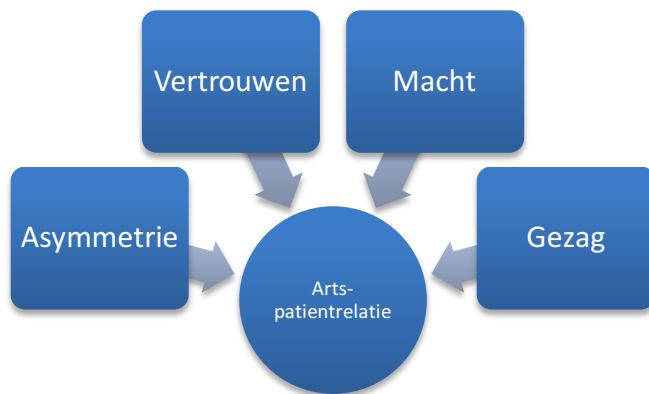
Hoofdonderzoek

Het onderzoek bestond uit gestructureerde interviews. Huisartsen zijn vaak druk bezet en hun tijd is kostbaar. Om toch antwoord te krijgen op alle vragen is de inhoud van de vragen, de volgorde en de manier waarop de vragen zijn gesteld vooraf aan de interviews bepaald en vastgelegd. Tijdens het interview is aangegeven dat eigen inbreng in de vorm van aanvullingen of kritiek op de modellen gewenst was. Om tijdsnood te voorkomen zijn de drie verschillende modellen en beschrijving voorafgaand aan het interview per e-mail naar de participanten verzonden.

De vragenlijst bestond uit een aantal demografische vragen en aantal vragen gebaseerd op drie verschillende modellen. De vragen zijn opgesteld aan de hand van de gebruikte wetenschappelijke literatuur. De relatie tussen huisarts en de twee groepen jonge huisartspatiënten zijn onderzocht aan de hand van de kenmerken van Ten Have et al. (2003) en de interactiemodellen van Van Rijen en Van der Kraan (2004). De mondigheid is onderzocht aan de hand van het mondigheidsmodel van Goselink en de Natris (2011). De modellen zijn gebruikt om de samenhang tussen de relatie tussen huisarts en de twee groepen jonge huisartspatiënten en de vorm(en) van de mondigheid van deze twee groepen te ontdekken en de discrepantie te achterhalen.

Vier kenmerken arts-patiënt Ten Have et al. (2003)

De vier kenmerken van Ten Have et al. (2003), zie Figuur 3, zijn voorgelegd aan de huisartsen met de vraag hoe de kenmerken zich tot elkaar verhouden in de relatie tussen huisarts en de jonge huisartspatiënten uit groep 1 en de relatie tussen de huisarts en jonge huisartspatiënten uit groep 2. Er is gekozen om de relatie tussen huisarts en de twee groepen jonge huisartspatiënten te onderzoeken aan de hand van de kenmerken van Ten Have et al. (2003) omdat uit de literatuur is gebleken dat het tijdens de besluitvorming belangrijk is dat patiënten hun eigen voorkeuren kenbaar kunnen maken, hetgeen mondigheid oproept. Om gezamenlijke besluiten te kunnen nemen en verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de uitvoering daarvan, is een evenwichtige relatie tussen arts en patiënt noodzakelijk.



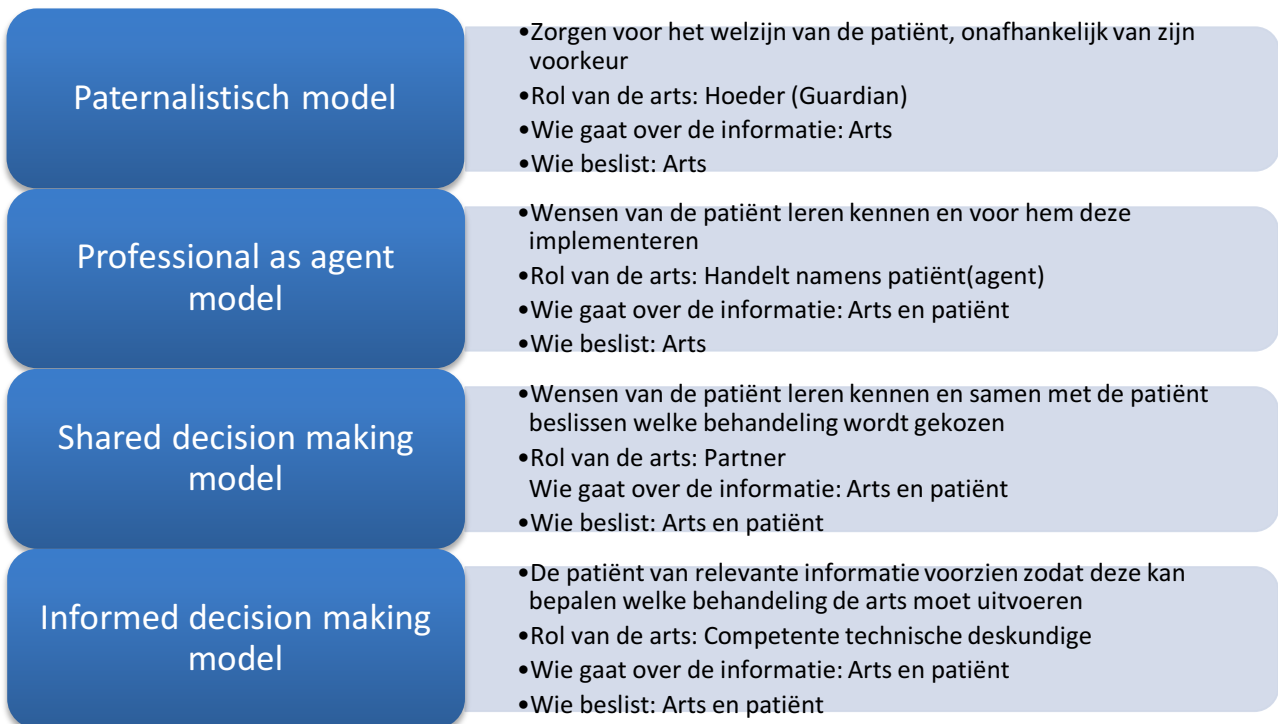
Figuur 3. Kenmerken arts-patiëntrelatie (Ten Have et al., 2003)

Hieronder volgt een overzicht van de interviewvragen behorende bij de kenmerken van Ten Have et al. (2003).

- *Kunt een rangorde aanbrengen in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) is gebaseerd?*
- *Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?*
- *Kunt een rangorde aanbrengen in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar (groep B) is gebaseerd?*
- *Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?*
- *Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u naar de rangorde kijkt van de kenmerken van Groep A en Groep B? Dus de jongeren vanaf 12 tot en met 15 jaar en de jongeren vanaf 16 tot en met 19 jaar?*
- *Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de kenmerken tussen de arts-patiëntrelatie en de verhouding tussen deze kenmerken?*
- *Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de rangorde van de kenmerken waarop de relatie tussen huisarts (asymmetrie, vertrouwen, macht en gezag) en de twee groepen jongeren is gebaseerd?*
- *Is er een verschil in de rangorde bij verschillende aandoeningen? Zo ja, kunt u daar een voorbeeld van noemen?*

Interactiemodellen Van Rijen en Van der Kraan (2004)

Zoals eerder is vermeld kan de interactie volgens Van Rijen en Van der Kraan (2004) volgens vier modellen verlopen, zie Figuur 4. Deze vier modellen zijn voorgelegd aan de huisartsen met de vraag welk(e) model/modellen typerend zijn voor de interactie tussen de huisarts en jonge huisartspatiënten uit groep 1 en de interactie tussen de huisarts en jonge huisartspatiënten uit groep 2 en hoe deze interactie in de praktijk verloopt. Er is gekozen om de interactie tussen huisarts en de jonge patiënten te onderzoeken aan de hand van de interactiemodellen van Van Rijen en Van der Kraan (2004) omdat zij in de modellen de twee dimensies, de controle over de informatie en de controle over de beslissing, onderscheiden. Besluitvorming tijdens het consult wordt in de theorie gezien als een belangrijke graadmeter voor het type relatie tussen de arts en patiënt.



Figuur 4. Interactiemodellen arts-patiënt (Van Rijen en Van der Kraan, 2004)

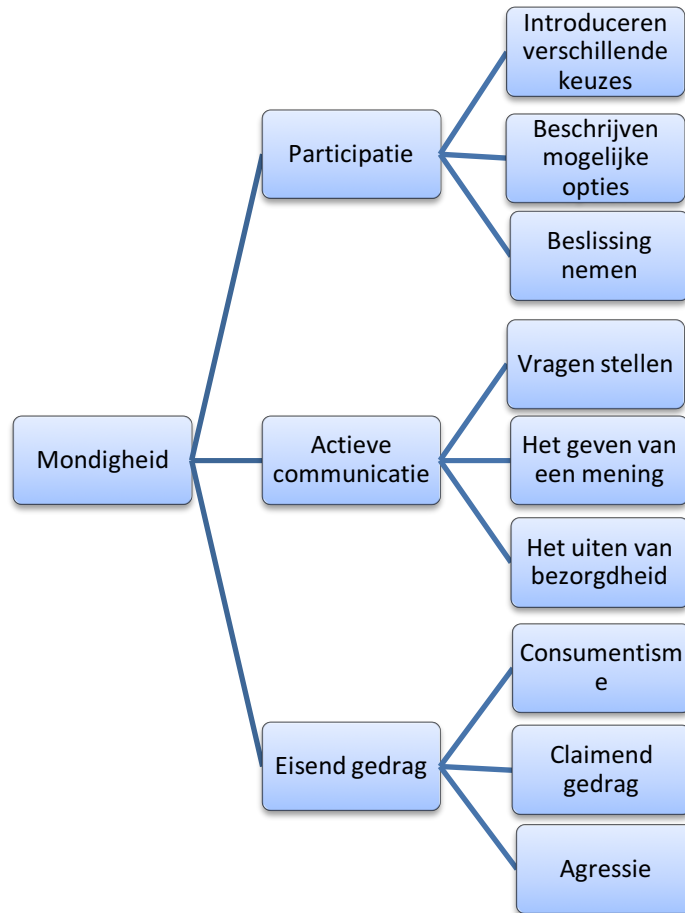
Hieronder volgt een overzicht van de interviewvragen behorende bij het interactiemodel van Van Rijen en Van der Kraan (2004).

- *Welk model geeft de interactie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) het beste weer?*
- *Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep A)*

- *Welk model geeft de interactie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar (groep B) het beste weer?*
- *Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep B)*
- *Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u kijkt naar de interactie tussen u en Groep A en de interactie tussen u en Groep B?*
- *Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de interactie tussen de arts-patiënt (relatie)?*
- *Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de interactie tussen huisarts en de twee groepen jongeren? Invloed op sfeer en gemaakte keuze(s)?*
- *Is er een verschil in de interactie bij verschillende aandoeningen?*

Mondigheidsmodel Goselink en de Natris (2011)

De vragen over mondigheid zijn deels gebaseerd op het onderzoek van Goselink en de Natris (2011). Er is gekozen om de mondigheid van jonge huisartspatiënten te onderzoeken aan de hand van het mondigheidsmodel van Goselink en De Natris (2011) omdat zij de gedragsuitingen van mondigheid samen hebben gebracht in één model. Het model is uitgebreid met nog een verschijningsvorm van mondigheid, participatie. Deze verschijningsvorm is voortgekomen uit literatuurstudie. De kenmerken van participatie zijn gebaseerd op het Shared Decision Model van Elwyn et al. (2012) zie Figuur 1 (p. 7).



Figuur 5. Aangepast mondighedsmodel

Hieronder volgt een overzicht van de interviewvragen behorende bij het mondighedsmodel van Goselink en De Natris (2011).

- *Heeft de relatie tussen u en jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) een effect op de mondigheid van deze groep jongeren?*
- *Zou u aan de hand van het mondighedsmodel willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf 12 jaar tot en met 15 jaar (groep A)?*
- *Heeft de relatie tussen u en jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar (groep B) een effect op de mondigheid van deze groep jongeren?*
- *Zou u aan de hand van het model willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf 16 jaar tot en met 19 jaar (groep B)?*

- *Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de mondigheid van de jongeren?*
- *Is er een verschil in mondigheid bij verschillende aandoeningen?*
- *Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen groep A en groep B wat betreft de relatie tussen huisarts en deze twee groepen en de mondigheid van deze twee groepen bij de huisarts?*
- *Is er een relatie tussen de relatie van de huisarts en de twee groepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid bij de huisarts? Zo ja, hoe ziet deze relatie eruit?*

Participanten

De interviews zijn afgenomen bij huisartsen in Nederland. Huisartsen hebben een goed beeld van de mondigheid van jongeren in de gezondheidszorg. Er hebben in totaal veertien huisartsen deelgenomen aan het onderzoek. Er is een aantal criteria gesteld aan de huisartsen die meewerken aan dit onderzoek. Ten eerste de huisarts moet minimaal drie jaar een eigen praktijk hebben en ten tweede de huisarts moet eigen patiënten hebben. Deze criteria zijn gesteld zodat de huisartsen een goed beeld kunnen schetsen van de relatie tussen hen en de twee groepen jonge patiënten. Echter, een aantal participanten voldeden niet aan de criteria, twee van de participanten waren huisarts in opleiding en hadden dus geen eigen praktijk en eigen patiënten. Daarnaast was er een participant die in plaats van minimaal drie, pas anderhalf jaar een eigen praktijk bezit met eigen patiënten. De resultaten van deze participanten zijn niet meegenomen. In totaal voldeden elf huisartsen aan de criteria, waarvan negen mannen en twee vrouwen. Twee van deze participanten zijn huisarts in de regio Amsterdam. De andere participanten zijn huisarts in de regio Nijmegen. De participanten hebben tussen de 4 en 22 jaar een eigen praktijk met eigen patiënten. Gemiddeld hadden de participanten 1740 patiënten.

Procedure

In eerste instantie zijn mogelijke participanten geraadpleegd vanuit het netwerk van de onderzoeker. Deze participanten zijn per telefoon en e-mail benaderd. Tijdens het telefonisch gesprek en in de e-mail is verteld/geschreven dat het onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van een masterscriptie voor de opleiding Communicatie & Beïnvloeding van de Radboud Universiteit Nijmegen. Daarnaast is er naar participanten

gezocht in de omgeving van Nijmegen via websites van huisartsen, Facebook en Twitter. Aangezien er geen wetenschappelijk bewijs is gevonden dat de kenmerken van arts-patiëntrelatie, de interactie tussen arts en jonge patiënten en de mate van mondigheid van jongeren bij de huisarts per regio zou verschillen, is er om praktische redenen eerst in de omgeving van Nijmegen naar participanten gezocht. Via contactgegevens op de website of Facebookpagina van de huisartsenpraktijk is gezocht naar geschikte participanten. Uiteindelijk is geprobeerd de artsen zoveel mogelijk persoonlijk via e-mail, telefoon of privébericht op Facebook te benaderen. Op deze manier kon duidelijk uitgelegd worden wat het onderzoek precies inhield en waren ze eerder bereid mee te werken. De e-mail/privébericht is te vinden in de bijlage.

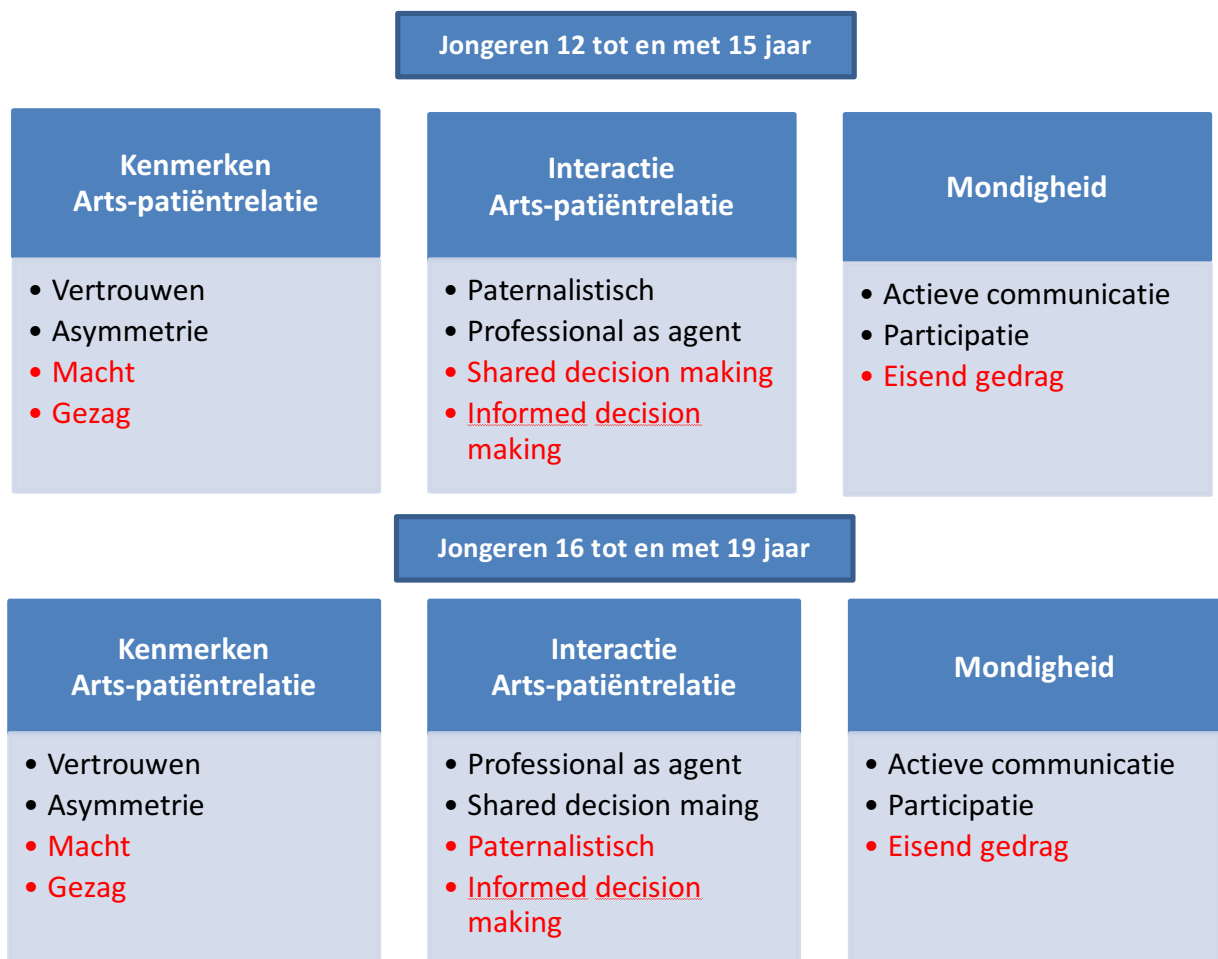
Uiteindelijk waren veertien huisartsen bereid mee te werken aan het onderzoek. Aan de participanten is toestemming gevraagd om het interview middels geluidsapparatuur op te nemen. Verder is verteld dat het interview ongeveer 20 minuten in beslag neemt. De interviews hebben plaatsgevonden op de werklocatie van de geïnterviewde. Indien dit niet mogelijk was heeft het interview telefonisch plaatsgevonden.

Tijdens de interviews is geprobeerd om de huisartsen zoveel mogelijk aan het woord te laten. Bij een aantal interviews was het niet mogelijk om alle interviewvragen aan bod te laten komen door het gebrek aan tijd van de huisarts. De vragenlijst was zo opgesteld dat de belangrijkste vragen in het begin van het interview zijn gesteld.

De interviews zijn getranscribeerd en daarna gecategoriseerd aan de hand van de te onderzoeken onderwerpen; kenmerken relatie huisarts en patiënten uit leeftijdsgroep 1 (12 t/m 15 jaar), kenmerken relatie huisarts en patiënten uit leeftijdsgroep 2 (16 t/m 19 jaar), interactie tussen huisarts en patiënten uit leeftijdsgroep 1, interactie tussen huisarts en patiënten uit leeftijdsgroep 2, vormen van mondigheid van patiënten uit leeftijdsgroep 1 bij de huisarts, vormen van mondigheid van patiënten uit leeftijdsgroep 2 bij de huisarts en de samenhang hiertussen. De belangrijkste citaten uit de transcriptie van ieder interview zijn per onderdeel uit het interviewschema in een resultatenmatrix opgenomen. Deze matrix is terug te vinden in de bijlage. De citaten zijn gekenmerkt door een of enkele woorden. Deze kenmerken zijn per onderwerp met elkaar vergeleken om de overeenkomsten en verschillen tussen de participanten te ontdekken. Aan de hand hiervan zijn de resultaten beschreven. Vervolgens zijn de conclusies geschreven aan de hand van de onderzoeksvragen, waarbij de resultaten van de interviews dienden als basis.

Resultaten

De resultaten van het onderzoek zijn in Figuur 6 weergegeven. Deze figuur laat voor jongeren met de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar en jongeren met de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar volgens de huisartsen de kenmerken zien waarop de relatie met de huisarts en deze jongeren is gebaseerd. Daarnaast laat deze figuur de interactie zien die volgens de huisartsen plaatsvindt tussen arts en de twee leeftijdsgroepen jongeren en de mondigheid van deze groepen jongeren bij de huisarts. Hierdoor zijn de overeenkomsten en verschillen tussen deze twee verschillende groepen jongeren zichtbaar.



Legenda

<i>Kenmerken arts-patiëntrelatie</i>	<i>Interactie arts-patiëntrelatie en mondigheid</i>
Zwart: belangrijke kenmerken waarop de relatie is gebaseerd	Zwart: Komt voor in de praktijk
Rood: Minder belangrijke kenmerken waarop de relatie is gebaseerd	Rood: Komt zelden of niet voor in de praktijk

Figuur 6. Resultaten onderzoek naar relatie tussen huisarts en jonge huisartspatiënten en de vormen van mondigheid van jonge patiënten bij de huisarts (12 t/m 15 jaar en 15 t/m 19 jaar) volgens huisartsen (2015)

Beschrijving arts-patiëntrelatie jongeren 12 tot en met 15 jaar

De vier kenmerken die Ten Have et al. (2003) onderscheiden voor de relatie tussen de arts en de patiënt zijn voorgelegd aan de participanten met de vraag hoe de kenmerken zich tot elkaar verhouden in de relatie tussen huisarts en de twee groepen jonge huisartspatiënten. In het algemeen beschouwden de huisartsen het kenmerk vertrouwen als het meeste belangrijke kenmerk waarop de relatie tussen huisarts en de jongeren van 12 tot en met 15 jaar is gebaseerd, gevolgd door het kenmerk asymmetrie. De huisartsen stellen dat vertrouwen en ook asymmetrie de basis is voor ieder patiëntcontact en niet specifiek voor deze groep jongeren.

“Een gezonde relatie in de praktijk is gebaseerd op vertrouwen en asymmetrie en minder op gezag en macht.” [A8,V1]

“Vertrouwen is het belangrijkste, is echt de basis. Zonder vertrouwen bewerkstellig je niets.” [A2,V1]

Uit de analyse bleek dat de arts-patiëntrelatie bij deze groep jongeren (12 t/m 15 jaar) het minst gebaseerd is op de kenmerken macht en gezag. De huisartsen geven aan macht minder belangrijk te vinden omdat medewerking van de patiënt gewenst is.

“Macht komt niet vaak voor, eigenlijk nooit. Als de patiënt een behandeling niet wil dan kan ik hem of haar ook niet dwingen omdat ik arts ben.” [A6,V1]

“Macht en gezag spelen onbewust wellicht mee in de arts-patiënt relatie. Maar bewust niet.” [A9,V1]

De interactie tussen de huisarts en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar wordt volgens de huisartsen het best weergegeven in het model *paternalistisch* (de arts zorgt voor het welzijn van de patiënt, onafhankelijk van de voorkeur van de patiënt) of *professional as agent* (de arts leert de wensen van de patiënt kennen en implementeert deze voor hem). Hierbij moet worden opgemerkt dat de huisartsen niet bewust bezig zijn met de keuze voor een bepaalde interactie. Ook geven de participanten aan dat deze groep jongeren vaak nog niet precies weet wat er aan de hand is en welke keuzemogelijkheden er allemaal zijn

waardoor je als arts namens de patiënt handelt.

“Zelf ben ik aanhanger van de laatste twee modellen [Shared decision making, Informed decision] omdat dat natuurlijk het fijnste werkt, je krijgt direct duidelijk in beeld wat ze verwachten. Echter voor kinderen, de eerste, is dat toch wel het tweede model, professional as agent model. Ik stel de vragen, kind en ouder geven antwoord en dan neem ik toch wel vaak de beslissing als het gaat om de behandeling.” [A1,V7]

“Informed decision making is natuurlijk het ideale. Dan zou iedereen een klein beetje huisarts zijn en de patiënt overal van op de hoogte moeten zijn. Zoals bijwerkingen van een bepaald medicijn. In de praktijk komt dit bijna nooit voor. Vaak is het toch paternalistisch of professional as agent. Zeker voor groep A.” [A8,V7]

Beschrijving arts-patiëntrelatie jongeren 16 tot en met 19 jaar

De participanten gaven aan dat de kenmerken vertrouwen en asymmetrie de belangrijke kenmerken zijn waarop de relatie tussen de huisarts en jongeren vanaf 16 tot en met 19 jaar is gebaseerd. Hierbij moet worden opgemerkt dat de rangorde waarop de arts-patiëntrelatie is gebaseerd volgens de artsen (vaak) niet verschilt met de jongere groep (12 tot en met 15 jaar).

“Mijns inziens geldt dit voor ieder patiëntencontact en zie ik niet veel verschil, afhankelijk van deze leeftijd.” [A3,V2]

Ook bij deze groep jongeren is de relatie het minst gebaseerd op de kenmerken macht en gezag. Gezag komt wel meer ter sprake dan bij de eerste groep jongeren door het internet en de informatie die beschikbaar is.

“Gezag heeft denk ik geen invloed op de relatie. De patiënt gaat uit van mijn expertise.” [A7,V2]

De interactie tussen de huisartsen en de jongeren in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar wordt volgens de participanten het beste weergegeven in het model *shared decision making* (de arts leert de wensen van de patiënt kennen en beslist samen met de patiënt welke

behandeling wordt gekozen) of *professional as agent model* (de arts leert de wensen van de patiënt kennen en implementeert deze voor hem). De patiënten in deze leeftijdscategorie hebben vaak al een idee en een voorkeur voor een bepaalde behandeling. De verwachting moet daarom bevestigd worden. Als deze verwachting overeenkomt met wat de arts denkt, dan sluit de arts zich aan bij de voorkeur van de patiënt. Arts en patiënt nemen vaak samen de diagnose en behandeling door. Het is een proces dat samen wordt gedaan. Echter, het is ook persoonsafhankelijk: “de ene zestienjarige is de andere zestienjarige niet”.

“Bij deze groep is het net weer wat anders omdat je eerst gaat achterhalen wat hij of zij ervan denkt. Daarnaast weet deze groep vaak al wat ze willen, daarom moet de verwachting eerst bevestigd worden. Shared decision making komt dan denk ik het beste in de buurt.”
[A2,V8]

“Dat ligt eraan, het ene kind van 16 is het andere kind van 16 niet. Per persoon afhankelijk. De ene keer is het meer shared decision making, en de andere keer meer professional.”
[A5,V8]

Verschillen/overeenkomsten arts-patiëntrelatie jongeren

Ondanks de overeenkomsten in de rangorde van kenmerken waarop de relatie tussen huisarts en de twee verschillende groepen is gebaseerd bleken volgens de huisartsen verschillen te zijn in de gesprekken tussen de huisarts en de twee verschillende leeftijdsgroepen jongeren. Dit heeft met name te maken met dat de artsen de patiënten in de tweede leeftijdscategorie jongvolwassen vinden en geen kinderen meer. Zij hebben vaak verwachtingen van het consult en de behandeling. Een hulpverhelderingsvraag zoals ‘Wat denkt u er zelf van?’ wordt vaak gesteld om het verwachtingspatroon wel of niet te bevestigen.

“Verschil ligt voornamelijk in het volwassenwordingsproces. Jongeren in de tweede groep zijn zoals gezegd jongvolwassenen. Rond deze leeftijd gaan ze vaak uit huis, wonen vaak niet meer bij hun ouders maar zijn zelfstandig. De relatie is daardoor gelijkwaardiger”. [A1,V3]
“De jongeren in de leeftijd vanaf 16 jaar weten vaak meer, hebben meer kennis dan de groep onder de 16 jaar.” [A4,V3]

“Met jongeren van 16 heb je een ander gesprek dan met iemand van 13 jaar.” [A9,V3]

Het verschil in interactie tussen de huisarts en de twee groepen jongeren wordt door de huisartsen beargumenteerd dat de jongeren in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar meer participeren in het gesprek doordat zij beter op de hoogte zijn van de mogelijke behandelingen en gevolgen. Ook geven de huisartsen aan dat dit heeft te maken met de kennis van deze groep jongeren. Zij hebben vaak meer kennis dan de andere groep jonge patiënten en kunnen zich daarnaast ook beter verwoorden.

“Twee totaal verschillende groepen. Verschil ligt met name in het volwassenwordingsproces van de tweede groep, meer zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.” [A1,V9]

“Bij de tweede groep laat je de sturing achterwege. Je speelt open kaart, legt het bij de patiënt neer. Wat lijkt jou het beste.” [A2,V9]

Impact toestemming ouder op arts-patiëntrelatie

Het wel of geen toestemming nodig hebben van de ouders bleek volgens de huisartsen weinig invloed te hebben op de kenmerken tussen de arts-patiëntrelatie en de verhouding tussen deze kenmerken. De participanten gaven aan dat het in de praktijk weinig voorkomt dat de patiënt geen toestemming krijgt van de ouders. Mocht het voorkomen dat de ouder geen toestemming geeft voor een bepaalde behandeling dan kan de arts op basis van zijn medische professionaliteit een beslissing nemen over de behandeling.

“Ik denk niet dat het van invloed is. Het gaat heel natuurlijk, dat de ouder een bepaalde rol inneemt. Verandert de relatie niet.” [A2,V4]

“Jongeren tot 16 jaar komen zelden alleen naar de praktijk. Er kan ook veel verschil zitten per kind. Het ene kind is het andere kind niet.” [A8,V4]

Daarnaast bleken er verschillende opvattingen te bestaan over de invloed op de interactie tussen de arts en de patiënt (relatie) bij het wel of geen toestemming nodig hebben van de ouders. De analyse liet zien dat het wel toestemming nodig hebben van de ouders zowel positief als negatief van invloed is op de interactie tussen arts en patiënt. Ditzelfde geldt voor het geen toestemming nodig hebben. Ook wordt aangegeven dat het afhankelijk kan

zijn van hoe de relatie is tussen de patiënt en de ouder.

“Ja als het kind bijvoorbeeld 12 jaar is dan neig je toch meer naar dat tweede model [Professional as agent] in plaats van naar shared decision making. De interactie tussen de arts en patiënt is dan anders dan wanneer je in gesprek met iemand van 18 bent die beslist over zijn eigen gezondheid.” [A5,V10]

“Ik probeer altijd het gesprek aan te gaan met de patiënt, met aanvullingen van de ouders. Een instemmend knikje van de ouder is dan vaak genoeg.” [A7,V10]

Impact aanwezigheid derde persoon op arts-patiëntrelatie

Als het gaat om de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de rangorde van de kenmerken van de relatie tussen huisarts en de twee groepen jongeren bleken de opvattingen niet eenduidig. Aan de ene kant wordt er een beeld geschetst dat de aanwezigheid van een derde persoon geen tot weinig impact heeft op kenmerken waarop de arts-patiëntrelatie is gebaseerd. Aan de andere kant komt naar voren dat wanneer een derde persoon aanwezig is, de dynamiek kan veranderen in een gesprek.

“De impact op de kenmerken is niet zo groot in de meeste gevallen. Wel heeft het invloed op de dynamiek tijdens het gesprek. In plaats van één heb je twee personen tegen over je. Je bouwt zowel een relatie op met de patiënt, als met de ouders.” [A10,V5]

“Twee mensen aanwezig, betekent vaak twee patiënten. Beide vinden ze er wat van, vaak denken en zeggen ze hetzelfde. Beslissvorm is vaak hetzelfde maar mocht de derde persoon met een schuin ook naar een bepaalde behandeling kijken dan moet je daarop in gaan.” [A2,V5]

In het algemeen beschouwden de huisartsen dat de aanwezig van een derde persoon impact heeft op de interactie tussen huisarts en de twee groepen jongeren. Deze impact kan zowel positief of negatief zijn.

“Die impact is groot. 1 op 1 is een totaal ander gesprek. Met een derde persoon erbij heb je een 3-hoek gesprek, derde persoon heeft vaak ook ideeën dus dit heeft zeker impact maar dit hoeft niet negatief te zijn, vaak juist niet.” [A2,V11]

Impact verschil in aandoeningen op arts-patiëntrelatie

Uit de analyse werd duidelijk dat er een verschil kan zijn in de rangorde van de kenmerken waarop de relatie tussen de jongeren en huisartsen is gebaseerd bij verschil in aandoeningen. Onder verschil in aandoeningen werd de ernst en de duur van de aandoening verstaan. Aangegeven wordt dat de vertrouwensband sterker wordt naarmate de huisarts de patiënt vaker ziet. Ook kan de rangorde anders worden wanneer er andere zaken spelen zoals bijvoorbeeld huiselijk geweld of pesten. Deze zaken kunnen een negatief effect hebben op asymmetrie en vertrouwen.

“Ja, dat denk ik wel. Bijvoorbeeld als mensen komen met hoofdpijnklachten en gelijk denken aan een tumor. Dan gebruik ik gezag, gebruik mijn kennis. Dan laat ik mijn kennis en kunde blijken door argumenten niet door autoriteit.” [A2,V6]

“Ja, bijvoorbeeld bij een langdurige relatie. Asymmetrie is anders, beide al op de hoogte over de informatie en ook gezag, kennis en ervaring is al bekend bij elkaar.” [A6,V6]

Ditzelfde geldt voor de interactie tussen huisarts en de twee groepen jongeren. De huisartsen zijn van mening dat er een verschil kan zijn in interactie tussen de huisarts en de twee groepen jongeren bij verschillen in aandoeningen. Hierbij wordt aangegeven dat het niet altijd mogelijk is om samen met de patiënt te kijken naar wat het beste past omdat er bijvoorbeeld maar één oplossing/behandeling is.

“Het is denk ik niet aandoening gerelateerd maar patiënt gerelateerd.” [A11,V12]

Mondigheid jongeren 12 tot en met 15 jaar bij de huisarts

Uit de analyse bleek dat de huisartsen vooral te maken hebben met de verschijningsvorm *actieve communicatie* wanneer het gaat om mondigheid bij jongeren met de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar. De verschijningsvorm *participatie* komt tevens voor. Artsen proberen actieve communicatie en participatie te stimuleren maar geven aan dat dit niet altijd lukt omdat het ook patiënt afhankelijk is. De verschijningsvormen van actieve communicatie zijn: het stellen van vragen, het geven van een mening en het uiten van bezorgdheid. Het introduceren van verschillende keuzes, beschrijven van mogelijke opties en het nemen van een beslissing zijn verschijningsvormen van participatie. Daarnaast gaven de huisartsen

eenduidig aan dat de verschijningsvorm *eisend gedrag* (consumentisme, claimend gedrag en agressie) zelden voorkomt in de praktijk wanneer het gaat om jongeren van 12 tot en met 15 jaar.

“Eisend gedrag zie ik nooit. Nog nooit meegemaakt met de groep jongeren.” [A2,V13]

“Eisend gedrag zie ik niet zo veel, meestal is er dan ook wat aan de hand. Ik probeer actieve communicatie en participatie te stimuleren, maar dat lukt lang niet altijd.” [A3,V13]

“Actieve communicatie komt steeds vaker voor, nu veel meer dan 15 jaar geleden.” [A8,V13]

Mondigheid jongeren 16 tot en met 19 jaar bij de huisarts

Wanneer het gaat om de jongeren met de leeftijd vanaf 16 tot en met 19 jaar gaven de participanten aan dat ze met alle verschijningsvormen van *actieve communicatie en participatie* te maken hebben in de praktijk. Bovendien wordt opgemerkt dat deze verschijningsvormen nauw samenhangen met shared decision making. Eveneens gaven de huisartsen eenduidig aan dat de verschijningsvorm *eisend gedrag* zelden voorkomt in de praktijk wanneer het gaat om jongeren van 16 tot en met 19 jaar. De huisartsen geven aan dat deze groep jongeren vaak mondiger zijn omdat ze meer kennis hebben door onder andere het internet. Daarnaast kunnen ze zichzelf beter verwoorden.

“Actieve communicatie komt regelmatig voor, het stellen van vragen en het uiten van bezorgdheid komt met enige regelmaat voor. Bij deze groep is de participatie veel groter. Vaak weten ze al wat er aan de hand is en hebben ze de verschillende oplossingen al opgezocht.” [A2,V14]

Impact derde persoon op mondigheid

In het algemeen beschouwden de artsen dat de impact van de aanwezigheid van een derde persoon op de mondigheid van jonge patiënten bij de huisarts twee kanten kan uit werken. Enerzijds kan deze aanwezigheid positief uitpakken, de jonge patiënt wordt juist mondiger. Aan de andere kant kan de aanwezigheid ook negatief uitpakken, de jonge patiënt wordt minder mondig. De artsen stellen dat dit afhankelijk kan zijn van hoe de relatie is tussen de jonge patiënt en de derde persoon en hoe de derde persoon zich opstelt in het gesprek.

“Participatie krijgt een grote rol als er een extra persoon bij het gesprek aanwezig is. Als hij of zij een andere mening heeft, dat niet past bij de mening van de patiënt dan moet je je mening geven wat ik denk dat het beste is voor de patiënt en dan de patiënt of de derde persoon daarvan proberen te overtuigen.” [A2,V15]

“Ouder kan juist aanmoedigend zijn voor het kind om zich mondiger op te stellen. Bij de tweede groep kan het ook negatief uitpakken, dat ze juist geen vragen gaan stellen.” [A10,V15]

Impact verschil in aandoeningen op mondigheid

Uit de analyse bleek dat de huisartsen verschil zien in mondigheid bij verschil in aandoeningen maar dit is sterk afhankelijk per persoon en per situatie. Opgemerkt wordt dat bij chronisch zieke jongeren de relatie veel intensiever is omdat de huisarts en de patiënt elkaar veel ziet. Dit kan zorgen voor toenemende mondigheid. Echter, patiënten kunnen bij een intensievere relatie ook minder mondig worden.

“Ja er is zeker een verschil in mondigheid bij verschillende aandoeningen. Bijvoorbeeld schaamte of verlegenheid bij aandoeningen die met borsten of genitaliën te maken hebben.” [A3,V16]

Samenhang relatie en mondigheid

De participanten zijn van mening dat er een relatie bestaat tussen de relatie van de huisarts en de twee groepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid bij de huisarts. Huisartsen geven aan dat er een relatie bestaat door de besluitvorming. Als de patiënt samen met de arts beslist welke behandeling wordt gekozen (shared decision making) roept dit mondigheid op. Participanten geven ook aan dat deze relatie bestaat doordat de arts mondigheid stimuleert omdat hij informatie van de patiënt nodig heeft en het verwachtingspatroon van de patiënt wil weten.

“Die relatie is absoluut aanwezig. De eerste groep is nog vrij jong, relatie tussen huisarts en patiënt zal totaal anders zijn en daarmee ook de uitingsvormen van mondigheid.” [A1,V18]

“Dat denk ik wel, al ben ik wel van mening dat shared decision making en daarmee ook mondigheid steeds vaker aan de orde is. Ook bij jonge kinderen. Ze zijn steeds vrijer, naar de

huisarts gaan is laagdrempeliger geworden.” [A2,V18]

“Ja dat denk ik wel. Bij de eerste groep, paternalistisch model en niet tot bijna geen vormen van mondigheid. En bij de oudere groep vaak shared decision en meer vormen van mondigheid.” [A6,V18]

“Je praat met de tweede groep op hetzelfde level. Hierdoor trigger je vaak ook mondigheid. Met de jongere groep probeer je dat ook maar op een andere manier.” [A8,V18]

“Wanneer een vertrouwde band ontstaat tussen huisarts en patiënt, zal de patiënt waarschijnlijk mondiger zijn. Dat wil zeggen vragen stellen, geven van een mening, uiten van bezorgdheid maar ook beslissing nemen of opties beschrijven.” [A11,V18]

Conclusie

Met dit onderzoek is een beeld geschetst van de relatie tussen huisarts en jonge huisartspatiënten en de vorm(en) van mondigheid van jonge patiënten bij de huisarts vanuit het perspectief van de huisarts. Daarnaast is onderzocht wat de samenhang is tussen de relatie van de huisarts met twee leeftijdsgroepen jongeren (12 tot en met 15 jaar en 16 tot en met 19 jaar) en de bepaalde vorm(en) van mondigheid van deze twee groepen bij de huisarts. Er zijn in totaal elf interviews afgenomen bij verschillende huisartsen in Nederland. Aan de hand van drie modellen, te weten kenmerken van een arts-patiëntrelatie (Ten Have et al, 2003), interactie tussen de arts en de patiënt (Van Rijen & Van der Kraan, 2004) en mondigheid (Van Goselink & De Natris, 2011), is doormiddel van interviews gezocht naar een antwoord op de driedelige hoofdvraag.

1. Hoe zien de arts-patiëntrelaties tussen de huisarts en de twee leeftijdsgroepen jongeren er heden ten dagen uit?

Uit de resultaten is gebleken dat voor beide groepen jongeren de relatie tussen huisarts en de jongeren volgens de huisartsen het meest is gebaseerd op de kenmerken vertrouwen en asymmetrie. De relatie tussen huisarts en de beide groepen jongeren is het minst gebaseerd op de kenmerken macht en gezag. De huisartsen stellen dat vertrouwen en ook asymmetrie de basis zijn voor ieder patiëntcontact. Macht wordt als minder belangrijk kenmerk gezien omdat medewerking van de patiënt gewenst is. Gezag komt bij de oudere groep meer ter sprake omdat zij over meer kennis beschikken door onder andere het gebruik van internet. De interactie tussen de huisarts en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar wordt het best weergegeven in het model *paternalistisch of professional as agent*. Participanten geven hierbij aan dat deze groep vaak niet weet welke keuzemogelijkheden er zijn waardoor de arts namens de patiënt handelt. Als het gaat over de jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar wordt de interactie tussen huisarts en deze groep jongeren uitgedrukt in het model *professional as agent of shared decision making*. De arts en patiënt nemen vaak samen de diagnose en behandeling door. Het is een proces dat samen wordt doorlopen.

2. *Hoe leidt de arts-patiëntrelatie tot (een) bepaalde vorm(en) van mondigheid onder de twee leeftijdsgroepen jonge huisartspatiënten?*

De verschijningsvormen actieve communicatie en participatie uit het model voor mondigheid zijn voor beide groepen jongeren in meerdere mate herkend door de geïnterviewde huisartsen. Deze vormen kwamen tot uiting door het stellen van vragen, het geven van een mening, het uiten van bezorgdheid, het introduceren van verschillende keuzes, het beschrijven van mogelijke opties en het nemen van een beslissing. Hierbij moet worden opgemerkt dat de jongeren in de tweede leeftijdsgroep meer actieve communicatie en meer participatie vertonen dan de jongeren in de eerste leeftijdsgroep. Jonge huisartspatiënten uit leeftijdsgroep 2 (16 t/m 19 jaar) willen volgens de participanten betrokken worden in de keuze van de behandeling (professional as agent of shared decision making). Geconcludeerd kan worden dat de interactie tussen huisarts en de jonge huisartspatiënt dus samenhangt met de mondigheid van de patiënt.

De huisartsen gaven eenduidig aan dat de verschijningsvorm eisend gedrag (consumentisme, claimend gedrag en agressie) zelden voorkomt in de praktijk, wanneer het gaat om jongeren van 12 tot en met 15 jaar én jongeren van 16 tot en met 19 jaar.

3. *Wat is de samenhang tussen de relatie van de huisarts en de twee leeftijdsgroepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid?*

De kenmerken waarop de arts-patiëntrelatie voor beide groepen jongeren is gebaseerd blijken overeen te stemmen, zie Figuur 6 (p.26). Dit geldt niet voor de interactie tussen de huisarts en de twee groepen jongeren. De verschijningsvormen actieve communicatie en participatie uit het model voor mondigheid zijn voor de tweede leeftijdsgroep in meerdere mate herkend dan voor de eerste leeftijdsgroep. Hierdoor lijkt er een samenhang tussen interactie en mondigheid te bestaan.

Discussie

Vergelijking met literatuur

Uit de inleiding is gebleken dat verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de mondigheid van patiënten in de gezondheidszorg is toegenomen onder andere door de opkomst van internet en de veranderende relatie tussen huisarts en patiënt (Roter et al., 1997; De Veer et al., 2004; Rijen, 2005). Factoren zoals etniciteit, leeftijd en opleidingsniveau zijn van invloed op de participatie en betrokkenheid van de patiënt en daarmee ook op de mondigheid van de patiënt (Van Rijen & Van der Kraan, 2004). In eerdere onderzoeken is er gesproken over jongeren in het algemeen en is er geen onderscheid gemaakt tussen verschillende leeftijdsgroepen terwijl hier wel verschillende rechten aan zijn verbonden. Het niet wezenlijk nodig hebben van de toestemming van de ouder bleek volgens het huidige onderzoek niet van invloed te zijn op de mondigheid van de jonge huisartspatiënt volgens de huisartsen.

Uit het huidige onderzoek blijkt dat de verschijningsvormen actieve communicatie en participatie uit het model mondigheid voor beide leeftijdsgroepen jongeren (12 t/m 15 jaar; 16 t/m 19 jaar) werden herkend door de geïnterviewde huisartsen. Opgemerkt moet worden dat de jongeren in de tweede leeftijdsgroep meer actieve communicatie en meer participatie vertonen dan de jongeren in de eerste leeftijdsgroep. De verschijningsvorm eisend gedrag komt, voor beide leeftijdsgroepen jongeren, zelden voor in de praktijk. Dit is in tegenstelling tot eerder geciteerde bevindingen van Goselink en de Natris (2011), zij hebben onderzoek gedaan naar autochtone vrouwelijke borstkankerpatiënten. Net zoals jongeren zijn vrouwelijke borstkankerpatiënten een kwetsbare doelgroep. Autochtone vrouwelijke borstkankerpatiënten stellen veel vragen, durven een mening te geven (actieve communicatie) maar in tegenstelling tot de twee leeftijdsgroepen jongeren, vertonen zij claimend gedrag en consumentisme (eisend gedrag). Een mogelijke verklaring voor dit tegengestelde resultaat is dat Goselink en de Natris (2011) onderzoek hebben gedaan naar autochtone vrouwen met borstkanker. Bij een ernstige ziekte zoals borstkanker komt claimend gedrag waarschijnlijk voort uit angst. In het huidige onderzoek is onderzoek gedaan naar de mondigheid van twee leeftijdsgroepen jongeren en niet naar een specifieke groep jongeren waarbij eenzelfde ernstige ziekte of aandoening is vastgesteld.

Uit het huidige onderzoek blijkt dat volgens huisartsen jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar meer participeren in een gesprek met de huisarts. Deze groep jongeren is

beter op de hoogte van de mogelijke behandelingen en gevolgen dan de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar. De huisartsen geven als verklaring dat jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar meer kennis hebben en zich ook beter in woorden kunnen uitdrukken dan jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar. Dit is in overeenstemming met onderzoek van Tates et al. (2002) waaruit blijkt dat de leeftijd van een jonge patiënt positief gerelateerd is aan participatie tijdens een medisch consult. Hoe ouder de jonge patiënt is, hoe meer hij participeert tijdens een medisch consult. Volgens de participanten uit het huidige onderzoek blijkt dat de verschijningsvormen actieve communicatie en participatie uit het model mondigheid voor beide leeftijdsgroepen jongeren (12 t/m 15 jaar; 16 t/m 19 jaar) werden herkend door de geïnterviewde huisartsen. Dit is in tegenstelling tot een observatieonderzoek van Bensing et al. (2008) naar consulten tussen huisarts en patiënten met een hoge bloeddruk. Hieruit blijkt dat patiënten niet meer maar juist minder vragen stelden aan de huisarts, hun bezorgdheid weinig uitten en minder praatten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat Bensing et al. (2008) waarschijnlijk geen consulten met jonge patiënten hebben geobserveerd maar voornamelijk ouderen. Ouderen hebben namelijk vaker last van een hoge bloeddruk dan jongeren. Bensing et al. (2008) zeggen niets over de leeftijd van de patiënten.

Het huidige onderzoek laat zien dat jonge huisartspatiënten van 16 tot en met 19 jaar volgens huisartsen betrokken willen worden in de keuze van de behandeling (shared decision making), wat in overeenstemming is met onderzoek van Van Rijen en Van der Kraan (2004) en Conye et al. (2014). Van Rijen en Van der Kraan (2004) benadrukken dat jonge patiënten meer geneigd zijn tot actief keuzegedrag. Conye et al. (2014) geven aan dat jongeren het belangrijk vinden om geïnformeerd te worden, hun voorkeur uit te spreken en keuze te hebben hoe behandelingen worden toegediend. Besluitvorming binnen de huisartsenpraktijk kan gezien worden als een specifiek onderdeel van de relatie met de patiënt, waardoor het type relatie en de besluitvorming nauw met elkaar samenhangen, aldus Van Rijen en Van der Kraan (2004). Bovendien hangt volgens Van Rijen (2005) mondigheid nauw samen met begrippen zoals betrokkenheid en besluitvorming. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat wanneer de besluitvorming niet alleen bij de arts ligt maar ook bij de patiënt (shared decision making), dat de patiënt mondig is. Het huidige onderzoek laat zien dat mondigheid ook kan optreden bij jonge patiënten waarbij de arts beslist (paternalistisch of professional as agent) en niet alleen als er sprake is van gedeelde

besluitvorming.

Aangezien uit het huidige onderzoek is gebleken dat participatie een belangrijke verschijningsvorm van mondigheid bleek te zijn is dit onderdeel opgenomen in het mondigheidsmodel, zie Figuur 5 (p.22). De kenmerken van participatie zijn gebaseerd op het Shared Decision Model van Elwyn et al. (2012). Met de uitbreiding van het mondigheidsmodel heeft het huidige onderzoek een bijdrage geleverd aan het verder specificeren van het model. De uitbreiding vormt een verbetering voor de waarde van het model, met de betrekking tot de mondigheid van de twee leeftijdsgroepen jongeren bij de huisarts en de daarbij desbetreffende communicatie. Het uitgebreide mondigheidsmodel is bevorderlijk voor verder onderzoek naar de mondigheid van jongeren bij de huisarts.

Beperkingen van het onderzoek

Er is gekozen om onderzoek te doen vanuit het perspectief van de huisarts omdat er weinig kennis bestaat over de ervaring van huisartsen met mondige jonge huisartspatiënten en er ethische bezwaren zijn om onderzoek te doen vanuit het perspectief van jongeren. Daarnaast is vanwege praktische overweging gekozen om onderzoek te doen vanuit het perspectief van de huisarts omdat de onderzoeker vanuit haar netwerk verschillende huisartsen kent. In het huidige onderzoek is alleen een beeld geschetst van de ervaringen van huisartsen. Het beeld van jongeren en hun ouders is niet bekend. Hierdoor is het onderzoeksveld van het huidige onderzoek beperkt en is er mogelijk een incompleet beeld ontstaan.

Een tweede beperking is dat de participanten mogelijk onbewust sociale wenselijke antwoorden hebben gegeven. Hierdoor kan een vertekend beeld zijn ontstaan omdat de antwoorden wellicht niet de werkelijke ervaring van de participanten weerspiegeld. Desalniettemin heeft dit onderzoek inzicht gegeven in de relatie tussen arts en de twee leeftijdsgroepen jongeren en de verschijningsvormen van mondigheid van jongeren bij de huisarts. Het huidige onderzoek geeft een indicatie wat onder de doelgroep, de huisartsen, betreffende de relatie en mondigheid van jonge huisartspatiënten leeft.

Een derde beperking is dat in het onderzoekontwerp gekozen is voor een gestructureerde vragenlijst met beperkte antwoord categorieën. Hier is voor gekozen omdat huisartsen vaak druk bezet zijn en hun tijd kostbaar is. Om toch antwoord te krijgen op alle vragen is de inhoud van de vragen, de volgorde en de manier waarop de vragen zijn gesteld

vooraf aan de interviews bepaald en vastgelegd. De drie verschillende modellen en beschrijvingen zijn voorafgaand aan het interview per e-mail naar de huisartsen verzonden. De antwoorden op de vragen zijn hierdoor mogelijk gestuurd doordat participanten wellicht rekening hebben gehouden met bepaalde thema's wat heeft gezorgd voor een beperkte verscheidenheid aan antwoorden. Door de beperkte antwoordcategorieën is de informatierijkheid uit de interviews beperkt. De resultaten van het onderzoek geven oppervlakkig antwoord op hoe de relatie tussen huisarts en een jonge huisartspatiënt leidt tot (een) bepaalde vorm(en) van mondigheid. Hierdoor is wellicht een vertekening van het beeld ontstaan van hoe huisartsen de samenhang tussen de relatie en de mondigheid ervaren.

Een vierde beperking is dat de resultaten niet statistisch representatief zijn maar een indicatie geven van wat er leeft onder de doelgroep omdat is gekozen voor een kwalitatief onderzoekontwerp. Hier is voor gekozen om een verkennend beeld te schetsen. Tijdens het interview is aangegeven dat eigen inbreng in de vorm van aanvullingen of kritiek gewenst was. Echter, hier is geen gebruik van gemaakt. Een mogelijke verklaring hiervoor is het tijdsgebrek van de participanten. Bij vrijwel alle interviews speelde een gebrek aan tijd een rol. Hierdoor zijn bij een aantal interviews bepaalde interviewvragen niet aan bod gekomen. Hierdoor is wellicht een incompleet beeld ontstaan.

Een vijfde beperking van het onderzoek is dat merendeel van de participanten werkzaam is in de regio Nijmegen. Hierdoor zijn de resultaten niet te veralgemeniseren naar alle huisartsen in Nederland. Dit komt omdat het mogelijk is dat de culturele diversiteit en daarmee wellicht ook de mondigheid sterk kan verschillen per regio.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Uit de vergelijking met de literatuur en de beperkingen van het huidige onderzoek volgen een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Ten eerste zou het interessant zijn de verschillende modellen die in dit onderzoek zijn gebruikt te toetsen onder een groter aantal participanten in heel Nederland door middel van een survey. Voor de generaliseerbaarheid van de resultaten zou het goed zijn om kwantitatief onderzoek te doen naar de verschijningsvormen van mondigheid van jongeren bij de huisarts. Tevens zouden de gevonden effecten op de arts-patiëntrelatie en de mondigheid van de jonge huisartspatiënten nader onderzocht kunnen worden middels kwantitatief onderzoek. Zo zou

gekeken kunnen worden of de effecten te generaliseren zijn of dat deze per patiëntgroep verschillen.

Eveneens is het zinnig om te onderzoeken in hoeverre jonge patiënten en hun ouders op de hoogte zijn van verschillen in rechten als het gaat over besluitvorming. Het niet wezenlijk nodig hebben van toestemming van de ouder kan wellicht van invloed zijn op de mondigheid van de jonge huisartspatiënten. Dit zou onderzocht kunnen worden middels een survey onder jongeren vanaf 12 jaar en ouders met kinderen vanaf 12 jaar.

Het is voor vervolgonderzoek wellicht interessant om te onderzoeken hoe groot de rol is van de huisarts met betrekking tot de relatie tussen huisarts en patiënt en de mondigheid van de patiënt. Participanten in het huidige onderzoek geven aan dat de arts mondigheid stimuleert omdat hij informatie van de patiënt nodig heeft en het verwachtingspatroon van de patiënt wil weten. Middels observaties van consulten tussen huisarts en patiënten zou onderzocht kunnen worden hoe groot het aandeel is van de arts van de verschijningsvormen van mondigheid bij de patiënt.

Om een compleet beeld te tonen van de relatie tussen huisarts en jonge huisartspatiënten en de verschijningsvormen van mondigheid van jonge huisartspatiënten zou in vervolgonderzoek gekeken kunnen worden vanuit het perspectief van de patiënt en vanuit het perspectief van de ouder of derde persoon. Uit de resultaten blijkt dat de aanwezigheid van een derde persoon impact kan hebben op de kenmerken waarop de relatie tussen huisarts en de jongeren is gebaseerd en de interactie tussen huisarts en jongeren. Ook beschouwden de huisartsen dat de aanwezigheid van een derde persoon impact kan hebben op de mondigheid, zowel negatief als positief.

Tijdens dit huidige onderzoek is gekozen om onderzoek te doen vanuit het perspectief van de huisarts in plaats van de jonge patiënt. Kwalitatief onderzoek vanuit het perspectief van de jonge patiënt zou ethisch onverantwoord kunnen zijn omdat een toestemmingsverklaring van de ouder of voogd nodig. Dit brengt het risico met zich mee dat de keuze om mee te werken aan het onderzoek mogelijk niet door de jongeren zelf wordt gemaakt. De werkelijke vrije keuze om te participeren in het onderzoek komt hiermee wellicht in het geding door de verschillende machtsrelaties die kunnen ontstaan. Tevens kunnen jongeren zich mogelijk anderszins afhankelijk opstellen tegenover iemand met een bepaalde expertise waardoor de bevindingen wellicht niet de gehele werkelijkheid weerspiegelen. Door middel van observaties zou onderzocht kunnen worden welke

interactiemodellen het meest voorkomen tijdens een medisch consult tussen huisarts en de twee leeftijdsgroepen jongeren. Daarnaast kan gekeken worden hoe de besluitvorming tot stand komt en welk effect dit heeft op de relatie en de mondigheid. Hierdoor kan er wellicht ook een meer onderbouwd antwoord worden gegeven op hoe de relatie tussen huisarts en de twee leeftijdsgroepen jongeren leidt tot bepaalde vormen van mondigheid en wat de samenhang is tussen de relatie van de huisarts en de twee leeftijdsgroepen jongeren en de bepaalde vormen van mondigheid.

Praktische implicaties

Het huidige onderzoek heeft een indruk gegeven die huisartsen hebben van mondigheid onder jonge patiënten. De interactie tussen huisarts en jongeren tijdens een medisch consult roept volgens huisartsen verschillende verschijningsvormen van mondigheid bij de patiënt op. Door als huisarts tijdens een consult met jonge huisartspatiënten bewust bezig te zijn met de interactie kunnen ze beter inspelen op de behoeften van jongeren. Het is raadzaam om als huisarts jongeren te laten participeren bij de besluitvorming. Door gedeelde besluitvorming te stimuleren kan de mondigheid van de patiënt worden vergroot, wat bijdraagt aan meer patiënttevredenheid en een betere arts-patiëntrelatie.

Bibliografie

- Bensing, J.M., Tromp, F., Dulmen, S. van, Brink-Muinen, A. van den, Verheul, W. & Schellevis, F. (2008). De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënt: veranderingen in communicatie. *Huisarts en Wetenschap*, 51(1), 6-10.
- Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692.
- Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G., & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 273-280.
- Dulmen, A.M. van, Brink-Muinen, A. van den & Bensing, J.M. (2005). *Patiënt stelt maar vier vragen per consult*. NIVEL 2005, Utrecht.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., et al. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361-1367.
- Goselink, A. & Natris, D. de (2011). Er komt een mondige vrouw bij de dokter... *Oncologica*, 2, 38-41.
- Jagt, E. J., van der (2003). Eisend gedrag en agressie van zorgvragers. *Centrum voor Ethiek en Gezondheid, redactie. Rapport signalering ethiek en gezondheid*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Jung, H. P., Wensing, M., & Grol, R. (2001). Tussen paternalisme en consumentisme. Het dilemma van de huisarts. *Huisarts en wetenschap*, 44(13), 19-25.

- Ouwens, M., van der Brug, S., Faber, M., & van der Weijden, T. (2012). Shared decision making & Zelfmanagement. *Literatuuronderzoek naar begrippen*. Nijmegen: UMC St Radboud, IQ healthcare.
- Oshima Lee, E., & Emanuel, E. J. (2013). Shared decision making to improve care and reduce costs. *New England Journal of Medicine*, 368(1), 6-8.
- Pel-Littel, R., & van Veenendaal, H. (2015). Gedeelde besluitvorming. *Bijblijven*,31(8), 611-621.
- Pol, F., van de (2005). Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(11), 1095.
- Polsky, D., Keating, N. L., Weeks, J. C., & Schulman, K. A. (2002). Patient choice of breast cancer treatment: impact on health state preferences. *Medical care*, 40(11), 1068-1079.
- Rijen, A.J.G., van (2005). *Internetgebruiker en veranderingen in de zorg*. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en zorg.
- Rijen, A. J. G., van & Van der Kraan, W. G. M. (2004). *Arts, patiënt en gebruik van zorg*. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en zorg.
- Rijksoverheid (2014). *Patiëntenrecht en cliëntenrecht*. Geraadpleegd op 5 mei 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/vraag-en-antwoord/mag-eeen-arts-mij-zonder-mijn-toestemming-behandelen.html>
- Smit, M. & Friele, R. (2005). *De agenda van de patiënt*. NIVEL, Utrecht.
- Spaendonck, K. van & Kraaimaat, F. (2006). *Communicatie in de medische praktijk*. Nijmegen: UMC St. Radboud, Medische Psychologie.
- Stacey, D., Bennett, C. L., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., ... & Thomson, R. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*, 10(10). 1-211.

- Staveren, R., van (2011). Stand van zaken. Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Patiëntgerichte gespreksvaardigheden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155, 1-5.
- Street, R.L., Voigt, B., Geyer, C., Manning, T. & Swanson, G.P. (1995). *Increasing Patient Involvement in Choosing Treatment for Early Breast Cancer*. The Institute for Health Care Evaluation, Texas.
- Stiggelbout, A. M., Van der Weijden, T., De Wit, M. P. T., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V. M., ... & Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *Bmj*, 344-350.
- Tates, K., Meeuwesen, L., Bensing, J., & Elbers, E. (2002). Joking or decision-making? Affective and instrumental behaviour in doctor-parent-child communication. *Psychology and Health*, 17(3), 281-295.
- Ten Have, H. A., Ter Meulen, R. H., & Van Leeuwen, E. (2003). *Medische ethiek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Jama*, 277(4), 350-356.
- Veenendaal, H., van, Voogdt-Pruis, H., & Raats, I. (2015). Samen beslissen is beter. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 10(3), 90-95.
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. & Poortvliet, E. (2004). Mondige cliënten vereisen andere bekwaamheden. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 9, 32-33.
- Weijden, T., van der, Veenendaal, H., van, Drenthen, T., Versluijs, M., Stalmeier, P., Koelewijn-van Loon, M., ... & Timmermans, D. (2011). Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation?. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(4), 283-288.
- Zandbelt, L. C. (2006). *Patient-centred communication in the medical specialist consultation*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn.

Bijlage

Bijlage 1. Vragenlijst interview

Algemene vragen

1. Wat is uw naam?
2. Hoe lang bent u al huisarts?
3. Hoe lang heeft u al een eigen praktijk met eigen patiënten?
4. Hoeveel patiënten heeft u?
5. Wilt u bij de verslaglegging/publicatie anoniem blijven (naam, functie, plaats)?

Kenmerken Arts-patiëntrelatie (Ten Have et al, 2003)

6. Kunt een rangorde aanbrenge in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) is gebaseerd? (Beginnend met het kenmerk waarop de relatie het meeste is gebaseerd tot uiteindelijk het kenmerk waarop de relatie het minst is gebaseerd)
7. Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?
8. Kunt een rangorde aanbrenge in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar (groep B) is gebaseerd? (Beginnend met het kenmerk waarop de relatie het meeste is gebaseerd tot uiteindelijk het kenmerk waarop de relatie het minst is gebaseerd)
9. Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?
10. Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u naar de rangorde kijkt van de kenmerken van Groep A en Groep B? Dus de jongeren vanaf 12 tot en met 15 jaar en de jongeren vanaf 16 tot en met 19 jaar?
11. Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de kenmerken tussen de arts-patiëntrelatie en de verhouding tussen deze kenmerken?
12. Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de rangorde van de kenmerken waarop de relatie tussen huisarts (asymmetrie, vertrouwen, macht en gezag) en de twee groepen jongeren is gebaseerd?

13. Is er een verschil in de rangorde bij verschillende aandoeningen? Zo ja, kunt u daar een voorbeeld van noemen?

Interactiemodel Arts-patiëntrelatie (Van Rijen en Van der Kraan, 2004)

14. Welk model geeft de interactie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) het beste weer?

15. Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep A)

16. Welk model geeft de interactie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar (groep B) het beste weer?

17. Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep B)

18. Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u kijkt naar de interactie tussen u en Groep A en de interactie tussen u en Groep B?

19. Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de interactie tussen de arts-patiënt (relatie)?

20. Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de interactie tussen huisarts en de twee groepen jongeren? Invloed op sfeer en gemaakte keuze(s)?

21. Is er een verschil in de interactie bij verschillende aandoeningen?

Verschijningsvormen mondigheid

22. Heeft de relatie tussen u en jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) een effect op de mondigheid van deze groep jongeren?

23. Zou u aan de hand van het mondigheidsmodel willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf 12 jaar tot en met 15 jaar (groep A)?

24. Heeft de relatie tussen u en jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar (groep B) een effect op de mondigheid van deze groep jongeren?

25. Zou u aan de hand van het model willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf 16 jaar tot en met 19 jaar (groep B)?

26. Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de mondigheid van de jongeren?

- 27.** Is er een verschil in mondigheid bij verschillende aandoeningen?
- 28.** Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen groep A en groep B wat betreft de relatie tussen huisarts en deze twee groepen en de mondigheid van deze twee groepen bij de huisarts?
- 29.** Is er een relatie tussen de relatie van de huisarts en de twee groepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid bij de huisarts? Zo ja, hoe ziet deze relatie eruit?

Bijlage 2. E-mail/privébericht Facebook

Geachte heer, mevrouw,

Mijn naam is Sabine van den Boogaard, in het kader van mijn masterscriptie voor de opleiding Communicatie & Beïnvloeding ben ik momenteel onderzoek aan het doen naar de mondigheid van jongeren (vanaf 12 t/m 19 jaar) tijdens een consult bij de huisarts. Door middel van interviews probeer ik antwoord te krijgen op de volgende vraagstukken:

- Rangorde kenmerken waarop de relatie tussen de jongeren en de huisarts is gebaseerd (asymmetrie, vertrouwen, macht en gezag);
- Interactie tussen de jongeren en de huisarts (vier interactiemodellen arts-patiëntrelatie);
- Utingsvormen mondigheid (participatie, actieve communicatie en eisend gedrag);
- Impact aanwezigheid derde persoon (bv. ouder).

Ik ben hiervoor op zoek naar huisartsen met wie ik een kort interview zou mogen houden. In totaal duurt het interview ongeveer 20-30 minuten.

Ik hoop dat u mij verder kunt helpen.

Met vriendelijke groet,

Sabine van den Boogaard

+316-23351549

svd.boogaard@student.ru.nl

Bijlage 3. Resultatenmatrix

Resultatenmatrix interview 1, 2 en 3

Vraag	Interview 1	Interview 2	Interview 3
<i>Hoe lang bent u al huisarts met een eigen praktijk?</i>	4 jaar	6,5 jaar	16 jaar
<i>Hoeveel patiënten heeft u?</i>	+/- 1900	+/- 2400	+/- 1650
Kenmerken arts-patiëntrelatie			
<p>- <i>Kunt een rangorde aanbrengen in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) is gebaseerd?</i></p> <p>- <i>Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?</i></p>	<p>Macht, vertrouwen, asymmetrie en gezag.</p> <p>Macht komt op de eerste plaats. Jongeren in deze leeftijdsgroep zijn nog echt kinderen. Ze zijn wat dat betreft onderdanig. Ouders en ik nemen het zeggenschap. Daarnaast is de relatie gebaseerd op vertrouwen en zijn we afhankelijk van elkaar maar ook gezag speelt een rol.</p>	<p>Vertrouwen is het belangrijkste, is echt de basis. Zonder vertrouwen bewerkstellig je niets. [A1,V1]</p> <p>Ouders spelen een belangrijke rol, zij hebben veel invloed op de relatie.</p> <p>Dus dan wordt het vertrouwen, asymmetrie. Macht en gezag staan voor mij op gelijke hoogte.</p>	<p>Asymmetrie en vertrouwen zijn de basis voor ieder patiëntencontact. Natuurlijk weet je als huisarts niet hoeveel vertrouwen een patiënt in je heeft, zeker als er nog weinig contacten zijn geweest, maar de basis van je werk zijn deze twee. Macht is het minst belangrijke, omdat je medewerking van de patiënt nodig hebt en zonder die niet veel kunt betekenen.</p>

	<p>Als ik het zo mag zeggen, asymmetrie en gezag staan beide op de derde plaats.</p> <p>Macht. Jongeren in deze leeftijdsgroep onderdanig. Ouders en arts nemen het zeggenschap.</p>	<p>Vertrouwen is de basis.</p>	<p>Asymmetrie, vertrouwen, gezag, macht.</p> <p>Asymmetrie en vertrouwen basis ieder patiëntencontact.</p>
<p>- <i>Kunt een rangorde aanbrenge in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar (groep B) is gebaseerd?</i></p> <p>- <i>Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?</i></p>	<p>Vertrouwen, asymmetrie, macht en gezag.</p> <p>De relatie met de jongeren in deze leeftijdscategorie is al heel anders. Het zijn jong volwassenen. De relatie is niet meer voor een groot gedeelte gebaseerd op macht maar op vertrouwen. Als het een andere volgorde zou hebben dan</p>	<p>Bij deze groep komt gezag wat meer omhoog. Dit heeft met name te maken door het internet en de informatie die tegenwoordig beschikbaar is. De patiënt weet al heel veel.</p> <p>Macht speelt een minder grote rol</p> <p>Vertrouwen blijft het</p>	<p>Conform aan de jongere groep.</p> <p>Mijns inziens geldt dit voor ieder patiëntencontact en zie ik niet veel verschil, afhankelijk van deze leeftijd.</p> <p>Asymmetrie en vertrouwen basis ieder patiëntencontact.</p>

	<p>vertrouwen, asymmetrie, macht en gezag denk ik ook dat het een verstoorde relatie is.</p> <p>Jong volwassenen, relatie verplaats van macht naar vertrouwen.</p>	<p>belangrijkste, gevolgd door asymmetrie, gezag en dan macht.</p> <p>Vertrouwen belangrijkst gezag door kennis patiënt door internet.</p>	
<p>- <i>Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u naar de rangorde kijkt van de kenmerken van Groep A en Groep B? Dus de jongeren vanaf 12 tot en met 15 jaar en de jongeren vanaf 16 tot en met 19 jaar?</i></p>	<p>Verschil ligt voornamelijk in het volwassenwordingsproces.</p> <p>Jongeren in de tweede groep zijn zoals gezegd jong volwassenen. Rond deze leeftijd gaan ze vaak uit huis, wonen vaak niet meer bij hun ouders maar zijn zelfstandig. De relatie is daardoor gelijkwaardiger.</p> <p>Verschil ligt voornamelijk in het volwassenwordingsproces.</p>	<p>Bij de oudere groep ga je echt samen kijken naar een oplossing terwijl bij de andere groep je vaak met een ouder te maken hebt die veel aanwezig is tijdens het gesprek.</p> <p>Vertrouwen blijft echter het belangrijkste of de ouder er nu wel of niet bij aanwezig is.</p> <p>Wat denkt u er zelf van wordt inderdaad gesteld om het</p>	<p>Ik ervaar geen verschil tussen de 2 groepen, wel afhankelijk van de persoon.</p> <p>Geen verschil.</p>

	Worden zelfstandig daardoor relatie gelijkwaardiger.	verwachtingspatroon wel of niet te bevestigen, om de theorie officieel te stellen. Oudere groep wordt er samen gekeken naar een oplossing.	
- <i>Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de kenmerken tussen de arts-patiëntrelatie en de verhouding tussen deze kenmerken?</i>	Onbewust denk ik wel. Bij een bepaalde leeftijd ben je op een gegeven moment verantwoordelijk voor je eigen leven. Dit komt ook naar voren in de praktijk. Bij een bepaalde leeftijd verantwoordelijk voor je eigen leven.	Ik denk niet dat het van invloed is. Het gaat heel natuurlijk, dat de ouder een bepaalde rol inneemt. Verandert de relatie niet. [A2,V4] Geen invloed.	Nee, het is meer afhankelijk van of een van de ouders bij het consult aanwezig is ja te nee en hoe zij zich onderling afstemmen. Bijvoorbeeld wie voert het woord, hoe afhankelijk stelt zoon of dochter zich dan op, of hoe afwerend. Geen invloed op de relatie tussen arts-patiënt. Afhankelijk van hoe de relatie onderling is.
- <i>Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde</i>	Deze kan heel groot zijn, voornamelijk bij de tweede	Zijn er meerdere mensen aanwezig tijdens het consult dan	Zelfde als wat ik net zei, is afhankelijk van hoe de relatie

<p><i>persoon (zoals ouder/voogd) op de rangorde van de kenmerken waarop de relatie tussen huisarts (asymmetrie, vertrouwen, macht en gezag) en de twee groepen jongeren is gebaseerd?</i></p>	<p>groep, de jong volwassenen. Ze zijn niet meer onderdanig, maar hebben een eigen mening.</p> <p>Impact kan groot zijn, tweede groep heeft eigen mening, niet meer onderdanig.</p>	<p>betrek ik ze allemaal in het gesprek.</p> <p>Twee mensen aanwezig, betekend vaak twee patiënten. Beide vinden ze er wat van, vaak denken en zeggen ze hetzelfde. Beslisvorm is vaak hetzelfde maar mocht de derde persoon met een schuin oog naar een bepaalde behandeling kijken dan moet je daar op in gaan. [A2,V5]</p> <p>Hoe mondig is het kind zelf. Heb je een gesprek met het kind of met de ouder. Gesprek met het kind maar beslist de ouder, dat is vreemd. Het is de toedracht van het hele gezin. Daarom allemaal betrekken in het gesprek.</p>	<p>onderling is en zij zich opstellen.</p> <p>Afhankelijk van hoe de relatie onderling is.</p>
--	--	---	---

		Meerdere mensen aanwezig, is meerdere patiënten. Allemaal betrekken in het gesprek.	
- <i>Is er een verschil in de rangorde bij verschillende aandoeningen? Zo ja, kunt u daar een voorbeeld van noemen?</i>	Ja absoluut. Bijvoorbeeld bij jongeren met een chronische ziekte. Vertrouwensband wordt steeds sterker naarmate je de patiënt vaker ziet. Ze durven dan ook steeds meer te vragen. Vertrouwensband sterker naarmate je de patiënt vaker ziet.	Ja, dat denk ik wel. Bijvoorbeeld als mensen komen met hoofdpijnklachten en gelijk denken aan een tumor. Dan gebruik ik gezag, gebruik mijn kennis. Dan laat ik mijn kennis en kunde blijken door argumenten niet door autoriteit. [A2,V6] Ja, gebruik van kennis en kunde blijken door argumenten niet door autoriteit.	Rangorde is anders als er andere zaken spelen, waar de jongere niet mee durft te komen, of zelfs verdringt, huiselijk geweld, pesten, intimidatie, ook seksueel etc. Deze zaken hebben een negatief effect op asymmetrie en vertrouwen. Rangorde anders als er andere zaken spelen. Kunnen negatief effect hebben op asymmetrie en vertrouwen.
Interactie arts-patiënt			
- <i>Welk model geeft de interactie tussen u en de</i>	Zelf ben ik aanhanger van de laatste twee modellen omdat dat	Het is een samenwerking tussen arts en patiënt. Samen gaan we	Het wisselt denk ik tussen professional as agent model en

<p><i>jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) het beste weer?</i></p> <p>- <i>Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep A)</i></p>	<p>natuurlijk het fijnste werkt, je krijgt direct duidelijk in beeld wat ze verwachten. [A1,V7]</p> <p>Echter voor kinderen, de eerste, is dat toch wel het tweede model, professional as agent model.</p> <p>Ik stel de vragen, kind en ouder geven antwoord en dan neem ik toch wel vaak de beslissing als het gaat om de behandeling.” [A1,V7]</p> <p>Aanhanger laatste twee modellen, werk het fijnst. Krijgt direct in beeld wat ze verwachtend. Voor de eerste groep, Professional as agent model.</p>	<p>op zoek naar een oplossing. Daarom denk ik dat het laatste model, informed decision making het beste model is om de interactie te bepalen.” [A2,V7]</p> <p>Uiteraard gaat daar de voorkeur naar uit, maar kan het niet altijd.</p> <p>Ik stel allerlei vragen aan de patiënt, betrek hem of haar bij de verschillende opties. Als de ouder dan knikt en de diagnose is rond dan gaan we doen wat de patiënt en mij het beste lijkt.</p> <p>Vooral met de huidige generatie ga je samen naar een oplossing. Tuurlijk stuur je af en toe naar een bepaalde richting.</p>	<p>shared decision making model.</p> <p>Professional as agent en shared decision making.</p>
---	---	---	---

		Samenwerking tussen arts en patiënt, informed decision making. Huidige generatie samen naar een oplossing.	
<p>- Welk model geeft de interactie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar (groep B) het beste weer?</p> <p>- Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep B)</p>	<p>Voor deze groep is dat het derde model, shared decision making.</p> <p>Vaak heeft de patiënt al een idee, heeft vaak al een plan getrokken.</p> <p>Als dat aansluit bij wat ik er van denk dan gaan we die richting uit.</p> <p>Patiënt vaak al een plan getrokken, als dat aansluit gaan we die richting uit. Shared decision making.</p>	<p>Bij deze groep is het net weer wat anders omdat je eerst gaat achterhalen wat hij of zij er van denkt. Daarnaast weet deze groep vaak al wat ze willen, daarom moet de verwachting eerst bevestigd worden.</p> <p>Shared decision making komt dan denk ik het beste in de buurt. [A2,V8]</p> <p>Groep weet vaak al wat ze willen. Shared decision making.</p>	<p>Ik ben van mening dat dat hetzelfde is bij de andere groep, dus professional en shared.</p> <p>Professional as agent en shared decision making.</p>
- Hoe komen de	Twee totaal verschillende	Bij de tweede groep laat je de	-

<p><i>overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u kijkt naar de interactie tussen u en Groep A en de interactie tussen u en Groep B?</i></p>	<p>groepen. Verschil ligt met name in het volwassenwordingsproces van de tweede groep, meer zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. [A1,V9]</p> <p>Verschil ligt met name in het volwassenwordingsproces.</p> <p>Zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.</p>	<p>sturing achterwege. Je speelt open kaart, legt het bij de patiënt neer. Wat lijkt jou het beste. [A2,V9]</p> <p>Sturing achterwege laten, open kaart spelen bij de tweede groep.</p>	
<p><i>- Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de interactie tussen de arts-patiënt (relatie)?</i></p>	<p>Op het moment dat een ouder mee komt ben ik daar niet bewust mee bezig, maar ik denk wel dat dat van invloed is.</p> <p>Mocht de ouder geen toestemming geven, maar de patiënt wil wel dat we een bepaalde weg inslaan dan ben ik</p>	<p>Wel meer, vooral bij de eerste groep heb je vaak de ouders nodig voor het maken van bepaalde beslissingen. Bijvoorbeeld als je wil starten met medicijnen, daar heb je toestemming voor nodig.</p> <p>De gevolgen moeten ook</p>	<p>Dat is afhankelijk van de relatie tussen de patiënt en de ouder.</p> <p>Afhankelijk relatie patiënt en ouder.</p>

	<p>verantwoordelijk.</p> <p>Arts is verantwoordelijk mocht de ouder geen toestemming geven.</p>	<p>duidelijk zijn, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de ouders.</p> <p>Gevolgen moeten duidelijk zijn, bij patiënt en ouder.</p>	
<p>- <i>Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de interactie tussen huisarts en de twee groepen jongeren? Invloed op sfeer en gemaakte keuze(s)?</i></p>	<p>Vaak zie je dan dat de ouders de rol over nemen van de patiënt. Met hen vindt dat vaak shared decision making plaats. [A1,V11]</p> <p>Ouder neemt rol over van patiënt, Shared decision making</p>	<p>Die impact is groot. 1 op 1 is een totaal ander gesprek. Met een derde persoon erbij heb je een 3-hoek gesprek, derde persoon heeft vaak ook ideeën dus dit heeft zeker impact maar dit hoeft niet negatief te zijn, vaak juist niet. [A2,V11]</p> <p>Impact is groot, 1 op 1 totaal ander gesprek dan een 3-hoek gesprek.</p>	<p>Ook hier is het totaal afhankelijk van hoe de relatie is tussen de patiënt, het kind in dit geval en de ouder of een andere aanwezige. Als deze relatie goed is, roept geen spanning etc. op dan heeft dat positieve uitwerkingen op de sfeer.</p> <p>Afhankelijk relatie patiënt en derde persoon. Relatie goed tussen patiënt en ouder dan is de impact vaak positief.</p>
<p>- <i>Is er een verschil in de interactie bij verschillende</i></p>	<p>Ja absoluut, bij kleinere simpele klachten wordt vaak het</p>	<p>Tuurlijk, soms moet je handelen zoals in het paternalistische</p>	<p>Ja het is totaal afhankelijk van de situatie. Verschilt per patiënt.</p>

<p><i>aandoeningen?</i></p>	<p>paternalistische model gehanteerd.</p> <p>Bij complexere klachten vaak eerder de onderste twee, shared en informed decision making. [A1,V12]</p> <p>Kleinere simpele klachten, paternalistisch model.</p> <p>Complexere klachten, shared en informed decision making.</p>	<p>model staat beschreven. Dat is de rol als arts.</p> <p>Soms moet je direct handelen, je bekijkt altijd wat het beste is voor het kind. [A2,V12]</p> <p>Soms moet je direct handelen, je bekijkt altijd wat het beste is voor het kind.</p>	<p>Afhankelijk van de situatie, verschilt per patiënt.</p>
<p>Mondigheid</p>			
<p>- <i>Zou u aan de hand van het mondighedsmoedel willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf</i></p>	<p>Het komt vrij weinig voor, maar mocht er sprake zijn van mondigheid dan voornamelijk de verschijningsvormen bij participatie.</p> <p>Waarbij eisend gedrag nooit voor</p>	<p>Eisend gedrag zie ik nooit. Nog nooit mee gemaakt met de groep jongeren. [A2,V13]</p> <p>Participatie komt ook niet zo heel vaak voor bij deze jongeren.</p> <p>Actieve communicatie wel. Ze</p>	<p>Eisend gedrag zie ik niet zo veel, meestal is er dan ook wat aan de hand. Ik probeer actieve communicatie en participatie te stimuleren, maar dat lukt lang niet altijd. [A3,V13]</p>

<p>12 jaar tot en met 15 jaar (groep A)?</p>	<p>komt in deze leeftijdscategorie, in ieder geval niet in mijn praktijk.</p> <p>Mocht er sprake zijn van mondigheid dan participatie. Eisend gedrag komt niet voor.</p>	<p>stellen wel vragen.</p> <p>Eisend gedrag komt niet voor. Actieve communicatie komt wel voor, stellen vragen.</p>	<p>Stimuleren van actieve communicatie en participatie.</p>
<p>- Zou u aan de hand van het model willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf 16 jaar tot en met 19 jaar (groep B)?</p>	<p>Deze groep is al een stuk mondiger. Voornamelijk de verschijningsvormen bij actieve communicatie komen voor.</p> <p>Ook hier geldt dat eisend gedrag bijna niet voor komt.</p> <p>Actieve communicatie komt voor. Eisend gedrag komt bijna niet voor.</p>	<p>Actieve communicatie komt regelmatig voor, het stellen van vragen en het uiten van bezorgdheid komt met enige regelmaat voor.</p> <p>Bij deze groep is de participatie veel groter. Vaak weten ze al wat er aan de hand is en hebben ze de verschillende oplossingen al opgezocht. [A2,V14]</p> <p>Actieve communicatie en participatie. Vaak weten ze wat</p>	<p>Zelfde als bij de andere groep. Je probeert het maar het lukt niet altijd.</p> <p>Stimuleren van actieve communicatie en participatie.</p>

		er aan de hand is, hebben ze de verschillende oplossingen al opgezocht.	
- <i>Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de mondigheid van de jongeren?</i>	<p>Kan twee kanten op gaan, of het kind slaat dicht of wordt er juist heel erg bij betrokken. Vooral bij de eerste groep komt het wel eens voor dat de ouder namens het kind spreekt waardoor het kind dicht slaat.</p> <p>Kind slaat dicht doordat ouder voor kind spreekt of kind wordt juist betrokken bij het gesprek.</p>	<p>Participatie krijgt een grote rol als er een extra persoon bij het gesprek aanwezig is. Als hij of zij een andere mening heeft, dat niet past bij de mening van de patiënt dan moet je je mening geven wat ik denk dat het beste is voor de patiënt en dan de patiënt of de derde persoon daarvan proberen te overtuigen. [A2,V15]</p> <p>Hoe meer spelers er bij zijn betrokken, hoe anders het gedrag van de patiënt.</p> <p>Participatie grotere rol. Meer spelers invloed op gedrag van de</p>	<p>Meestal positief. Durven vaak wat meer te zeggen. Ook een vriend of vriendin die mee komt heeft meestal een positieve invloed.</p> <p>Aanwezigheid derde persoon positieve invloed op patiënt.</p>

		patiënt.	
- <i>Is er een verschil in mondigheid bij verschillende aandoeningen?</i>	Ja, bijvoorbeeld bij chronische zieke mensen, zij weten er vaak zelf heel veel van. Je hebt met die mensen een hele intensieve relaties, je ziet elkaar veel. Je bouwt een vertrouwensband op. Participatie is dan veel groter dan bij een kleine simpele klacht. Chronische zieke mensen, intensieve relatie, participatie groter dan bij kleine simpele klacht.	Ja, bijvoorbeeld als de patiënt van mening is dat het om een erge aandoening gaat, dan komt eisend gedrag eerder voor. Dan claimen ze bijvoorbeeld onderzoek. Al moet ik zeggen dat ik dit niet veel mee heb gemaakt bij deze twee groepen jongeren, maar het komt wel eens voor. Claimen van onderzoek, eisend gedrag als de patiënt denkt dat het om een erge aandoening gaat. Komt bijna niet voor.	Ja er is zeker een verschil in mondigheid bij verschillende aandoeningen. Bijvoorbeeld schaamte of verlegenheid bij aandoeningen die met borsten of genitaliën te maken hebben. [A3,V16] Vershil in aandoeningen bij schaamte of verlegenheid bij aandoeningen die te maken hebben met borsten en genitaliën.
- <i>Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen groep A en groep B wat betreft de</i>	- A. Relatie op basis van macht en	Jongeren veranderen, worden mondiger omdat ze meer kennis hebben. Daarnaast kunnen ze	Ik denk niet dat er heel veel verschil zit tussen de verschillende groepen jongeren.

<p><i>relatie tussen huisarts en deze twee groepen en de mondigheid van deze twee groepen bij de huisarts?</i></p>	<p>vertrouwen, professional as agent en uitingsvorm in mondigheid participatie</p> <p>B. Relatie op basis van vertrouwen, shared decision making en uitingsvorm in mondigheid actieve communicatie.</p>	<p>zichzelf beter verwoorden.</p> <p>Jongeren veranderen, worden mondiger door meer kennis.</p>	<p>Voor een groot deel is de relatie, interactie en de mondigheid hetzelfde. Het verschilt wel per situatie, is de ouder wel of niet aanwezig, wat is er precies aan de hand, is er al een bepaald verleden, hoe vaak is de patiënt al met een bepaalde klacht geweest etc. etc.</p> <p>Geen verschil tussen de beide groepen. Het verschilt per situatie.</p>
<p>- <i>Is er een relatie tussen de relatie van de huisarts en de twee groepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid bij de huisarts? Zo ja, hoe ziet deze relatie eruit?</i></p>	<p>Die relatie is absoluut aanwezig. De eerste groep is nog vrij jong, relatie tussen huisarts en patiënt zal totaal anders zijn en daarmee ook de uitingsvormen van mondigheid. [A1,V18]</p>	<p>Dat denk ik wel, al ben ik wel van mening dat shared decision making en daarmee ook mondigheid steeds vaker aan de orde is. Ook bij jonge kinderen. Ze zijn steeds vrijer, naar de huisarts gaan is laagdrempeliger</p>	<p>Er is inderdaad een relatie echter ben ik van mening dat deze niet verschilt per groep. Voor een heel groot gedeelte hetzelfde.</p> <p>Relatie tussen de relatie en vormen van mondigheid alleen</p>

	<p>Relatie aanwezig tussen relatie huisarts en uitingsvormen mondigheid.</p>	<p>geworden. [A2,V18]</p> <p>Relatie tussen relatie huisarts en uitingsvormen mondigheid.</p> <p>Jonge kinderen zijn steeds vrijer, naar de huisarts gaan is laagdrempeliger geworden.</p>	<p>geen verschil per groep. Voor een groot gedeelte hetzelfde.</p>
--	---	--	---

Resultatenmatrix interview 4, 5 en 6

Vraag	Interview 4	Interview 5	Interview 6
<i>Hoe lang bent u al huisarts met een eigen praktijk?</i>	8 jaar	22 jaar	11 jaar
<i>Hoeveel patiënten heeft u?</i>	+/- 2100	+/- 2600	+/- 1450
Kenmerken arts-patiëntrelatie			
<p>- <i>Kunt een rangorde aanbrenge in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) is gebaseerd?</i></p> <p>- <i>Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?</i></p>	<p>De relatie tussen de huisarts en deze groep jongeren is gebaseerd allereerst op asymmetrie. Ik heb de patiënt nodig, en de patiënt heeft mij nodig. Dan is de relatie gebaseerd op vertrouwen, de patiënt moet vertrouwen hebben in de huisarts. Dit zegt heel veel over de relatie. En dan weet ik het niet zo goed, macht of gezag. Ik vind dat deze twee erg dicht bij elkaar liggen. Hier kan ik geen rangorde in maken.</p>	<p>Ja dat is vertrouwen, asymmetrie, gezag en dan macht.</p> <p>De relatie is allereerst gebaseerd op het vertrouwen dat de patiënt heeft in de huisarts, in het bezoek. Is dit vertrouwen er bijvoorbeeld niet dan heeft dit een negatief effect op de relatie tussen patiënt en huisarts. Ook asymmetrie is heel belangrijk, ik ben afhankelijk van de patiënt en de patiënt van mij. Gezag is lastig, want ik weet natuurlijk niet alles.</p>	<p>Uiteraard ben ik afhankelijk van het kind of iemand die voor het kind spreekt. Dus asymmetrie staat op 1. Patiënten komen naar mij toe omdat ze geholpen willen worden. Dan vertrouwen. Macht komt niet vaak voor, eigenlijk nooit. Als de patiënt een behandeling niet wil dan kan ik hem of haar ook niet dwingen omdat ik arts ben.</p> <p>Gezag is ook belangrijk om de persoon op een juiste manier verder te kunnen helpen. Als er</p>

	<p>Asymmetrie, arts heeft de patiënt nodig. De patiënt heeft de arts nodig. Patiënt moet vertrouwen hebben in de huisarts.</p>	<p>Soms moet ik doorverwijzen. Dit kan van invloed zijn op de relatie als bijvoorbeeld de patiënt dit niet verwacht. En macht, daar kan ik niet zo veel mee. Ik denk niet dat er sprake is van macht. Voor beide partijen.</p> <p>Relatie gebaseerd op vertrouwen, is dat er niet dan negatief effect op de relatie. Asymmetrie belangrijk, arts afhankelijk van de patiënt, patiënt afhankelijk van de arts.</p>	<p>bijvoorbeeld iemand langs komt met een hele vage klacht, die ik nog nooit heb gehoord of heb gezien dan vertel ik dat ook eerlijk. Dit kan dan invloed hebben op de relatie. Gezag op de derde plaats en macht op de vierde plaats.</p> <p>Afhankelijk van het kind of iemand die voor het kind spreekt. Asymmetrie op 1, dan vertrouwen. Macht komt niet vaak voor. Als de patiënt een behandeling niet wil kan ik hem of haar ook niet dwingen.</p>
<p>- <i>Kunt een rangorde aanbrengen in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de</i></p>	<p>Voor deze groep geldt dat denk ik hetzelfde. Al speelt gezag, en dan met name bij de patiënt een rol. Vaak weten patiënten in deze</p>	<p>Zelfde als voor de andere groep. Ik denk niet dat daar een verschil in zit. Dus de afhankelijkheid en het vertrouwen.</p>	<p>Macht weer op de laatste plaats. Asymmetrie op de eerste plaats. Vertrouwen op de tweede plaats en gezag dan op de derde plaats.</p>

<p><i>leeftijd van 16 tot en met 19 jaar (groep B) is gebaseerd?</i></p> <p>- <i>Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?</i></p>	<p>groep meer dan de patiënten in die andere groep. Ze hebben vaak al een idee wat er bijvoorbeeld aan de hand kan zijn.</p> <p>Dus dan zou ik zeggen, eerst ook asymmetrie. Dan vertrouwen. Dan gezag en als laatste macht.</p> <p>Asymmetrie, vertrouwen en macht. Vaak weten patiënten in deze groep meer dan de patiënten in die andere groep. Ze hebben vaak al een idee wat er bijvoorbeeld aan de hand kan zijn.</p>	<p>Vertrouwen en asymmetrie.</p>	<p>Zelfde rangorde.</p>
<p>- <i>Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u naar de rangorde</i></p>	<p>Zoals ik net al zei heeft dit denk ik met zoals jij gezag omschrijft. De jongeren in de leeftijd vanaf 16 jaar weten vaak meer, hebben</p>	<p>-</p>	<p>Verschil met de eerste groep is er niet, al staat vertrouwen en gezag misschien wat meer bij elkaar. Omdat de tweede groep</p>

<p><i>kijkt van de kenmerken van Groep A en Groep B? Dus de jongeren vanaf 12 tot en met 15 jaar en de jongeren vanaf 16 tot en met 19 jaar?</i></p>	<p>meer kennis dan de groep onder de 16 jaar.</p> <p>Jongeren vanaf 16 jaar weten vaak meer, hebben meer kennis dan de groep onder de 16.</p>		<p>vaak meer kennis heeft van het probleem, bijvoorbeeld door het internet.</p> <p>Vertrouwen en gezag misschien wat meer bij elkaar bij groep B door meer kennis door internet.</p>
<p>- <i>Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de kenmerken tussen de arts-patiëntrelatie en de verhouding tussen deze kenmerken?</i></p>	<p>Nee dat denk ik niet, het heeft geen invloed op de relatie tussen de arts en de patiënt.</p> <p>Heeft voornamelijk met het kenmerk macht te maken. Macht heeft volgens mij het minste invloed op de relatie. Macht komt vaak niet aan de orde.</p> <p>Dat de ouder macht gebruikt, als je het zo mag noemen, komt weinig voor. Ik heb het een</p>	<p>De relatie is dan misschien wat meer gebaseerd op asymmetrie. Mocht er toestemming van de ouders nodig zijn dan is de patiënt afhankelijk van de arts.</p> <p>Het komt weinig voor dat de patiënt geen toestemming krijgt van de ouders. Mocht dit wel voorkomen dan kan ik altijd nog besluiten om bijvoorbeeld iets voor te schrijven als ik van mening ben dat dat het beste is</p>	<p>Het heeft geen invloed op de verhouding tussen de kenmerken. Deze blijven hetzelfde. Wel heeft het invloed op het vertrouwen en asymmetrie. Asymmetrie omdat ik ook afhankelijk ben van de toestemming van de ouder en vertrouwen, niet alleen van de patiënt maar ook van de ouder. Alhoewel ik het nog nooit heb meegemaakt kan het ook zijn dat het invloed heeft op macht.</p>

	<p>enkele keer meegemaakt.</p> <p>Geen invloed op de relatie.</p> <p>Enkele keer maar meegemaakt dat ouder macht gebruikt.</p>	<p>voor de patiënt.</p> <p>Komt weinig voor dat de patiënt geen toestemming krijgt van de ouders. Mocht dit wel voorkomen dan kan arts altijd besluiten het wel te doen.</p>	<p>Macht om bijvoorbeeld een behandeling tegen te houden.</p> <p>Invloed op vertrouwen en asymmetrie omdat arts afhankelijk is van toestemming van de ouder. Kan invloed hebben op macht, macht om bijvoorbeeld een behandeling tegen te houden.</p>
<p>- <i>Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de rangorde van de kenmerken waarop de relatie tussen huisarts (asymmetrie, vertrouwen, macht en gezag) en de twee groepen jongeren is gebaseerd?</i></p>	<p>Nee, ook hier denk ik van niet. Het heeft geen invloed op de kenmerken. Ik probeer altijd een relatie op te bouwen met de patiënt. Ongeacht daar een ouder bij aanwezig is. En die relatie met die patiënt is voor een groot gedeelte gebaseerd op de eerste twee kenmerken.</p>	<p>De rangorde wordt daar niet anders door.</p> <p>Geen invloed.</p>	<p>Geen impact op de rangorde. Wellicht wel op de kenmerken asymmetrie en gezag. Vaak meer informatie, meer kennis en ervaring.</p> <p>Vaak meer informatie, meer kennis en ervaring.</p>

	Geen impact. Probeer altijd een relatie op te bouwen met de patiënt. Ongeacht daar een ouder bij aanwezig is.		
- <i>Is er een verschil in de rangorde bij verschillende aandoeningen? Zo ja, kunt u daar een voorbeeld van noemen?</i>	<p>Ja dat denk ik wel. Afhankelijk van de ernst en de duur van de klacht. Bijvoorbeeld als een kind al weken last heeft van zijn arm en ook al vaker met deze klacht bij mij is geweest dan kan dat van invloed zijn op het vertrouwen.</p> <p>Het vertrouwen beïnvloedt de relatie.</p> <p>Afhankelijk van de ernst en duur van de klacht.</p>	<p>Bij complexere aandoeningen is de relatie nog meer gebaseerd op vertrouwen. Bij langdurige aandoeningen zie je elkaar veel vaker waardoor je op een gegeven moment ook een andere relatie met elkaar hebt.</p> <p>Complexere aandoening, relatie meer gebaseerd op vertrouwen. Langdurige aandoeningen, ziet elkaar vaker, andere relatie.</p>	<p>Ja bijvoorbeeld bij een langdurige relatie. Asymmetrie is anders, beide al op de hoogte over de informatie en ook gezag, kennis en ervaring is al bekend bij elkaar.</p> <p>[A6,V6]</p> <p>Bij een langdurige relatie. Asymmetrie is anders, beide al op de hoogte over de informatie en ook gezag, kennis en ervaring is al bekend bij elkaar.</p>
Interactie arts-patiënt			
- <i>Welk model geeft de interactie tussen u en de</i>	Bij deze groep jongeren is dat het professional as agent model.	Dat is het model professional as agent. Je leert de wensen van	Bij kinderen hanteer ik toch nog vaak het paternalistische model.

<p><i>jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) het beste weer?</i></p> <p>- <i>Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep A)</i></p>	<p>Vaak weet deze groep niet precies hoe of wat. Door vragen te stellen kom ik er achter wat er precies aan de hand is. Aan de hand van zijn of haar antwoorden gaan we over op een eventueel behandelplan. Waarbij ik toch vaak wel de lead heb. [A4,V7]</p> <p>Arts vaak de lead. Deze groep weet niet precies hoe of wat daarom Professional as agent model.</p>	<p>het kind kennen en implementeert deze.</p> <p>Ik ben het er wel mee eens dat je in deze leeftijdscategorie namens de patiënt handelt.</p> <p>Leert wensen van het kind kennen en implementeert deze, Professional as agent.</p>	<p>Niet dat ik daar bewust mee bezig ben, dat ik beslis, maar daar komt het wel vaak op neer. Indien de ouder ook aanwezig is én informatie heeft dan shared decision als er uiteraard keuze is uit verschillende behandelingen.</p> <p>Indien de ouder ook aanwezig is én informatie heeft dan shared decision als er uiteraard keuze is uit verschillende behandelingen.</p>
<p>- <i>Welk model geeft de interactie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar (groep B) het beste weer?</i></p> <p>- <i>Kunt u vertellen hoe deze</i></p>	<p>Dat is het shared decision making model. Zoals daar staat beschreven. Ik leer eerst de wensen van de patiënt kennen en dan gaan we samen kijken naar de verschillende opties.</p>	<p>Dat ligt eraan, het ene kind van 16 is het andere kind van 16 niet. Per persoon afhankelijk. De ene keer is het meer shared decision making, en de andere keer meer professional.</p>	<p>Er is geen model dat het meest voorkomt. 50/50 Professional as agent en shared decision. Is ook afhankelijk van de aandoening.</p> <p>50/50 Professional as agent en</p>

<p><i>interactie in de praktijk verloopt? (groep B)</i></p>	<p>Uiteindelijk beslissen we samen wat het beste is voor de patiënt.</p> <p>Shared decision making model, leert de wensen van de patiënt kennen en kijkt samen naar de verschillende opties.</p>	<p>Afhankelijk van de patiënt, ene kind van 16 is het andere kind van 16 niet. shared decision making of professional as agent.</p>	<p>shared decision. Is ook afhankelijk van de aandoening.</p>
<p>- <i>Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u kijkt naar de interactie tussen u en Groep A en de interactie tussen u en Groep B?</i></p>	<p>Ook dit heeft te maken met kennis. De jong volwassen in de tweede groep heeft veel meer kennis dan de andere groep. Daarnaast kunnen ze zich ook veel beter verwoorden. [A4,V9]</p> <p>Jong volwassenen in de tweede groep heeft meer kennis dan de andere groep. En kunnen zich ook veel beter verwoorden.</p>	<p>Als je naar de grote groep kijkt dan is groep B volwassener dan groep A. Tuurlijk komt dit tot uiting in de interactie. Maar dat geldt niet voor iedereen zo. Daarnaast komen de patiënten uit groep A heel vaak met een ouder of familielid. Dit is ook van invloed op de interactie tussen de patiënt en de arts zelf.</p> <p>Groep B volwassener dan groep A en aanwezigheid derde</p>	<p>Met oudere kinderen ga je vaak samen op zoek naar een behandeling. Met jongere kinderen is dat toch anders, dan maak je vaker een besluit voor de kinderen. Met toestemming van de ouder.</p> <p>Oudere kinderen samen op zoek naar een behandeling. Met jongere kinderen maak je vaker een besluit voor de kinderen. Met toestemming van de ouder.</p>

		persoon invloed op de interactie tussen de patiënt en de arts zelf.	
- <i>Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de interactie tussen de arts-patiënt (relatie)?</i>	Nee ik denk niet dat dat van invloed is op de interactie. Geen invloed.	Ja als het kind bijvoorbeeld 12 jaar is dan neig je toch meer naar dat tweede model in plaats van naar shared decision making. De interactie tussen de arts en patiënt is dan anders dan wanneer je in gesprek met iemand van 18 bent die beslist over zijn eigen gezondheid. [A5,V10] Interactie tussen de arts en patiënt is anders wanneer je in gesprek met bent iemand van 12 of met iemand van 18 jaar die over zijn eigen gezondheid beslist.	Hoeft niet. Dat ligt eraan hoeveel invloed de ouder wilt uitoefenen. Als de ouder de rol van de patiënt overneemt dan kan het verschuiven, al is dit ook afhankelijk van de aandoening natuurlijk. [A6,V10] Ligt eraan hoeveel invloed de ouder wilt uitoefenen.
- <i>Wat is de impact van de</i>	Deze impact is groot omdat je in	Vaak is die impact positief. Vooral	-

<p><i>aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de interactie tussen huisarts en de twee groepen jongeren? Invloed op sfeer en gemaakte keuze(s)?</i></p>	<p>plaats van met zijn tweeën, met zijn drieën het gesprek voert. Dit kan een groot impact hebben al hoeft dat niet altijd zo te zijn. Lig ook aan de aanwezigheid van die derde persoon.</p> <p>Impact is groot, afhankelijk van de aanwezigheid derde persoon</p>	<p>bij de jongere groep kan de aanwezigheid van een derde persoon het kind op zijn gemak stellen waardoor het eerder duidelijk wordt wat er precies aan de hand is en wat het behandelplan moet zijn.</p> <p>Impact positief, kan kind op zijn gemak stellen waardoor duidelijker wordt wat er precies aan de hand is en wat het behandelplan moet zijn.</p>	
<p><i>- Is er een verschil in de interactie bij verschillende aandoeningen?</i></p>	<p>Dit heeft met name te maken met de ernst van de aandoening. Je probeert altijd met de patiënt te kijken wat het beste is, maar soms is dat niet mogelijk. Dan is er bijvoorbeeld maar één oplossing. Of bijvoorbeeld bij</p>	<p>Als ik kijk naar de verschillende modellen dan denk ik niet dat er een verschil is in de interactie als het gaat om verschillende aandoeningen. Vaak zijn er voor iedere aandoening verschillende behandelplannen. Deze</p>	<p>Ja.</p> <p>Ja.</p>

	<p>spoed. Soms kun niet anders dan snel zelf beslissen. [A4,V12]</p> <p>Je probeert altijd met de patiënt te kijken wat het beste is, maar soms is dat niet mogelijk.</p>	<p>verschillende opties komen allen aanbod tijdens het gesprek. Uiteindelijk is het situatie afhankelijk welk behandelplan het beste bij de patiënt past maar heeft dit geen invloed op de interactie.</p> <p>Uiteindelijk is het situatie afhankelijk welk behandelplan het beste bij de patiënt past maar heeft dit geen invloed op de interactie.</p>	
Mondigheid			
<p>- <i>Zou u aan de hand van het mondigheidsmodel willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om</i></p>	<p>Voornamelijk het stellen van vragen en het uiten van bezorgdheid. Actieve communicatie.</p> <p>Actieve communicatie</p>	<p>Bij deze groep komt mondigheid eigenlijk heel weinig voor. Eisend gedrag komt al helemaal niet voor.</p>	<p>Actieve communicatie komt voor, vragen stellen, uiten van bezorgdheid. Geven van een mening minder.</p> <p>Ik kan niet zeggen van nou die</p>

<p><i>jongeren met de leeftijd vanaf 12 jaar tot en met 15 jaar (groep A)?</i></p>		<p>Actieve communicatie komt wel voor, er worden vragen gesteld of er wordt een mening gegeven en ook het uiten van bezorgdheid komt voor bij deze groep.</p> <p>Mondigheid komt weinig voor. Eisend gedrag komt al helemaal niet voor. Actieve communicatie.</p>	<p>vorm komt altijd of vaak voor.</p> <p>Actieve communicatie komt weleens voor.</p>
<p>- <i>Zou u aan de hand van het model willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf 16 jaar tot en met 19 jaar (groep B)?</i></p>	<p>Bij deze groep komt naast de actieve communicatie ook de vormen bij participatie voor.</p> <p>Dit heeft dan ook te maken met het shared decision making.</p> <p>Actieve communicatie en participatie. Heeft te maken met shared decision making.</p>	<p>Eisend gedrag heb ik bij deze groep ook zelden meegemaakt. Vormen van actieve communicatie wel, als ook de vormen van participatie.</p> <p>Eisend gedrag zelden meegemaakt. Actieve communicatie en participatie.</p>	<p>Bij deze groep is dat al anders. Hier komen de vormen bij participatie en actieve communicatie geregeld voor.</p> <p>Participatie en actieve communicatie.</p>
<p>- <i>Wat is de impact van de</i></p>	<p>Dat ligt aan de situatie. Dit kan</p>	<p>Soms zie je dat als de patiënt zelf</p>	<p>Kan twee kanten op werken. De</p>

<p><i>aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de mondigheid van de jongeren?</i></p>	<p>van invloed zijn maar hoeft totaal niet. Je maakt wel eens mee dat alleen de derde persoon het woord doet, maar ook dat de derde persoon helemaal niets zegt en het helemaal over laat aan de patiënt.</p> <p>Afhankelijk van de situatie.</p>	<p>niet mondig is dat de derde persoon dat wel is, dat juist de derde persoon de vragen stelt etc. Daardoor stelt de patiënt soms ook vragen, maar soms ook weer niet.</p> <p>Het kan een impact hebben op de mondigheid, maar dat hoeft niet.</p> <p>Afhankelijk van de situatie. Derde persoon kan impact hebben op de patiënt.</p>	<p>patiënt kan mondig worden maar kan ook minder mondig worden. Dit is afhankelijk hoe actief, mondig, de ouder zelf is.</p> <p>Kan twee kanten op werken, mondig of juist minder mondig. Afhankelijk van ouder.</p>
<p><i>- Is er een verschil in mondigheid bij verschillende aandoeningen?</i></p>	<p>Ja dat denk ik wel. Met iemand waarmee je een hele intensieve relatie hebt is het anders als iemand die een keer in de zoveel jaar langs komt met een relatief kleine klacht.</p>	<p>Ook dit durf ik niet hard te zeggen. Het is afhankelijk van de situatie en de persoon of dat hij of zij bij een bepaalde aandoening mondig is dan bij een andere aandoening. Uiteraard komt het voor, maar</p>	<p>Met patiënten met wie je een intensieve relatie hebt is het vaak zo dat zij ook mondig zijn dan wanneer iemand 1x in het jaar komt met een aandoening die snel te verhelpen is.</p>

	Verschil in aandoeningen en intensiviteit relatie.	niet altijd. Afhankelijk van de situatie.	Intensieve relatie, vaak mondiger.
- <i>Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen groep A en groep B wat betreft de relatie tussen huisarts en deze twee groepen en de mondigheid van deze twee groepen bij de huisarts?</i>	Dit vind ik lastig om te beantwoorden. Ik denk dat dit voornamelijk zit in de kennis, zoals ik al zei heeft de oudere groep meer kennis en weet zich vaak ook beter te verwoorden. Oudere groep meer kennis en weet zich ook beter te verwoorden.	-	-
- <i>Is er een relatie tussen de relatie van de huisarts en de twee groepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid bij de huisarts? Zo ja, hoe ziet deze relatie eruit?</i>	Dat denk ik wel. Als de relatie bijvoorbeeld heel intensief is dan is de patiënt vaak ook mondiger. Relatie intensief, dan mondiger.	-	Ja dat denk ik wel. Bij de eerste groep, paternalistisch model en niet tot bijna geen vormen van mondigheid. En bij de oudere groep vaak shared decision en meer vormen van mondigheid. [A6,V18]

			De relatie tussen arts en de patiënt heeft invloed op de verschijningsvormen van mondigheid.
-			

Resultatenmatrix interview 7, 8 en 9

Vraag	Interview 7	Interview 8	Interview 9
<i>Hoe lang bent u al huisarts met een eigen praktijk?</i>	9 jaar	19 jaar	21 jaar
<i>Hoeveel patiënten heeft u?</i>	1700	1330	1850
Kenmerken arts-patiëntrelatie			
<p>- <i>Kunt een rangorde aanbrengen in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) is gebaseerd?</i></p> <p>- <i>Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?</i></p>	<p>Vertrouwen, asymmetrie, macht en gezag.</p> <p>In de meeste gevallen is de rangorde voor beide groepen hetzelfde.</p> <p>Vertrouwen, asymmetrie, macht en gezag.</p> <p>In de meeste gevallen is de rangorde voor beide groepen hetzelfde.</p>	<p>Ik vind dit een lastige. Iedere relatie is weer anders, de ene keer meer op vertrouwen gebaseerd, de andere meer op asymmetrie. Andere keer weer meer op macht.</p> <p>Voor het overall van deze groep jongeren zou ik dan zeggen vertrouwen, asymmetrie, gezag en als laatste macht.</p> <p>Deze rangorde omdat ik van mening van dat een gezonde</p>	<p>Vertrouwen is het belangrijkste. Zonder vertrouwen kun je niet veel bewerkstellingen.</p> <p>Asymmetrie op twee omdat je op een bepaalde manier afhankelijk van elkaar bent. Ik heb de patiënt nodig om tot een juist behandelplan te komen maar de patiënt heeft mij nodig omdat hij of zij van de klacht af wil.</p> <p>Macht en gezag spelen onbewust wellicht mee in de arts-patiënt</p>

		<p>relatie in de praktijk gebaseerd is op vertrouwen en asymmetrie en minder op gezag en macht. [A8,V1]</p> <p>Gezonde relatie in de praktijk gebaseerd is op vertrouwen en asymmetrie en minder op gezag en macht.</p>	<p>relatie. Maar bewust niet. [A9,V1]</p> <p>Vertrouwen is het belangrijkste. Zonder vertrouwen kun je niet veel bewerkingen. Macht en gezag spelen onbewust wellicht mee in de arts-patiënt relatie. Maar bewust niet.</p>
<p>- <i>Kunt een rangorde aanbrenen in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar (groep B) is gebaseerd?</i></p> <p>- <i>Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?</i></p>	<p>Vertrouwen staat op de eerste plaats. Een patiënt komt met een bepaalde verwachting naar de huisarts, anders zou hij niet komen. Asymmetrie op de tweede plaats, ik ben vaak, niet altijd, afhankelijk van de informatie die de patiënt mij geeft en ook hier is de patiënt</p>	<p>Eigenlijk hetzelfde als voor de jongere groep. Voor mij zit daar geen verschil in.</p> <p>Het verschilt per patiënt, per situatie. Maar het ideale plaatje is vertrouwen en asymmetrie.</p> <p>Het verschilt per patiënt, per</p>	<p>Volgens mij is er geen verschil met de andere groep. De relaties is op dezelfde kenmerken gebaseerd. Vertrouwen en asymmetrie.</p> <p>Geen verschil met de andere groep.</p>

	<p>afhankelijk van mij anders had hij geen afspraak gemaakt.</p> <p>De relatie is ook gebaseerd op macht omdat de patiënt mij nodig heeft om inderdaad iets te bewerkstellingen.</p> <p>1.Vertrouwen, 2. Asymmetrie, 3. Macht en op 4. Gezag.</p> <p>Gezag heeft denk ik geen invloed op de relatie. De patiënt gaat uit van mijn expertise.</p> <p>1.Vertrouwen, 2. Asymmetrie, 3. Macht en op 4. Gezag. Gezag heeft denk ik geen invloed op de relatie. De patiënt gaat uit van mijn expertise.</p>	<p>situatie. Maar het ideale plaatje is vertrouwen en asymmetrie.</p>	
--	--	--	--

<p>- Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u naar de rangorde kijkt van de kenmerken van Groep A en Groep B? Dus de jongeren vanaf 12 tot en met 15 jaar en de jongeren vanaf 16 tot en met 19 jaar?</p>	<p>Met een kind van 12 heb je een andere relatie dan met een jong volwassene van 19 jaar. De kenmerken waarop deze relatie is gebaseerd en de rangorde blijven hetzelfde alleen zou de 19 jarige meer informatie geven dan een 12 jarige. En een 19 jarige is veel meer bewust van gezag dan een 12 jarige.</p> <p>Relatie is met een kind van 12 anders van met een jong volwassene van 19.</p>	<p>Met jongeren van 16 heb je een ander gesprek dan met iemand van 13 jaar. Groep A vertrouwt vaak volledig op mij terwijl groep B vragen stelt, zelf een verwachting heeft. Niet dat ze argwanend zijn maar je hebt andere gesprekken.</p> <p>Groep A vertrouwt vaak volledig op mij terwijl groep B vragen stelt, zelf een verwachting heeft.</p>	<p>Wellicht dat je bij de tweede groep vaker het vertrouwen moet winnen dan bij de eerste groep.</p> <p>Gesprek dat je met de tweede groep hebt is anders, dan met de jongeren uit de eerste groep.</p> <p>Tweede groep het vertrouwen moet winnen. Ander gesprek met de eerste en met de tweede groep.</p>
<p>- Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de kenmerken tussen de arts-patiëntrelatie en de verhouding tussen deze</p>	<p>Nee dat denk ik niet.</p> <p>Nee geen invloed.</p>	<p>Wel of geen toestemming hebben komt meestal niet aan bod. Tenminste niet dat het wordt uitgesproken.</p> <p>Jongeren tot 16 jaar komen</p>	<p>Macht kan dan een rol spelen.</p> <p>Macht, omdat ik dan het vermogen zou hebben om iets wel of niet uit te richten. Als de ouder geen toestemming geeft</p>

<p><i>kenmerken?</i></p>		<p>zelden alleen naar de praktijk. En er kan ook veel verschil zitten per kind. Het ene kind is het andere kind niet. [A8,V4]</p> <p>Wel of geen toestemming hebben, komt meestal niet aan bod. Kinderen tot 16 jaar komen zelfden alleen naar de praktijk. Het ene kind is het andere kind niet.</p>	<p>dan valt mijn macht weg. Echter in bepaalde situaties kun je toch iets bewerkstelligen zonder dat de ouder het daar mee eens hoeft te zijn.</p> <p>Macht kan een rol spelen. In bepaalde situatie kun je iets bewerkstellingen zonder dat de ouders het daarmee eens hoeven te zijn.</p>
<p>- <i>Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de rangorde van de kenmerken waarop de relatie tussen huisarts (asymmetrie, vertrouwen, macht en gezag) en de twee groepen jongeren is gebaseerd?</i></p>	<p>Ook hier heeft dit geen impact. Behalve dat je meerdere relaties hebt. Relatie met de patiënt en met de ouder, vaak ook een individuele patiënt.</p> <p>Geen impact. Meerdere relaties. Relatie met de patiënt en met de ouder, vaak ook een individuele</p>	<p>Nee dat heeft geen impact. Het kan wel eens voorkomen dat het wel impact heeft maar dat gebeurt niet vaak.</p> <p>Geen impact.</p>	<p>-</p>

	patiënt.		
- <i>Is er een verschil in de rangorde bij verschillende aandoeningen? Zo ja, kunt u daar een voorbeeld van noemen?</i>	De relatie is intensiever, intenser wanneer je de patiënt vaker ziet. Zoals gezegd is de rangorde waarop de relatie is gebaseerd niet anders. Relatie is intensiever, intenser wanneer je de patiënt vaker ziet.	Ook hier, het kan verschillen maar meestal niet. Een relatie valt of staat met het vertrouwen dat de patiënt in de huisarts heeft. Een relatie valt of staat met het vertrouwen dat de patiënt in de huisarts heeft.	Nee, de relatie is nog steeds gebaseerd op vertrouwen. Nee.
Interactie arts-patiënt			
- <i>Welk model geeft de interactie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) het beste weer?</i> - <i>Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep A)</i>	De interactie tussen mij en jongeren wordt denk ik het beste weergegeven met het tweede model. Professional as agent. Alleen is het niet zo dat de patiënt zijn voorkeuren kent, maar dat hij ergens last van heeft. Door vragen te stellen probeer ik er achter te komen wat er precies	Informed decision making is natuurlijk het ideale. Dan zou iedereen een klein beetje huisarts zijn en de patiënt overal van op de hoogte moeten zijn. Zoals bijwerkingen van een bepaald medicijn. In de praktijk komt dit bijna nooit voor. Vaak is het toch paternalistisch of professional as	Dat is bij deze groep, in de meeste gevallen, uitzonderingen daargelaten, professional as agent model. Omdat ik samen met het kind ga kijken wat de beste oplossing is maar dat ik uiteindelijk beslis. Professional as agent. Samen

	<p>aan de hand is. Uiteindelijk neem ik dan de beslissing.</p> <p>Uiteindelijk neem ik dan de beslissing. Professional as agent.</p>	<p>agent. Zeker voor groep A. [A8,V7]</p> <p>Informed decision making is natuurlijk het ideale. Dan zou iedereen een klein beetje huisarts zijn en de patiënt overal van op de hoogte moeten zijn. In de praktijk komt dit bijna nooit voor. Vaak is het toch paternalistisch of professional as agent.</p>	<p>met het kind kijken wat de beste oplossing is maar dat de arts uiteindelijk beslist.</p>
<p>- <i>Welk model geeft de interactie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar (groep B) het beste weer?</i></p> <p>- <i>Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep B)</i></p>	<p>Met de oudere kinderen is dat shared decision making. Je gaat samen de diagnose en behandeling doornemen. Is een proces dat je samen doet.</p> <p>Shared decision making. Is een proces dat je samen doet.</p>	<p>Voor groep B, ja je streeft naar shared decision. Maar ook bij deze groep komt professional as agent of paternalistisch voor. Ligt er ook aan waarvoor de patiënt komt.</p> <p>Streeft naar shared decision.</p>	<p>Bij deze groep is dat eerder shared decision making dan professional. Je gaat samen beslissen over de diagnose en de behandeling.</p> <p>Samen beslissen over de diagnose en de behandeling,</p>

		Afhankelijk van situatie.	shared decision.
- <i>Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u kijkt naar de interactie tussen u en Groep A en de interactie tussen u en Groep B?</i>	-	<p>Zoals bij die eerste bullet staat beschreven. Bij groep A leer je de wensen van de patiënt kennen en probeert deze voor hem te implementeren. Voor groep B leer je ook de wensen van de patiënt kennen maar je beslist samen welke behandeling wordt gekozen. [A8,V9]</p> <p>Bij groep A leer je de wensen van de patiënt kennen en probeert deze voor hem te implementeren. Voor groep B leer je ook de wensen van de patiënt kennen maar je beslist samen welke behandeling wordt gekozen.</p>	-
- <i>Heeft het wel of geen</i>	Bij jongeren van 12 tot 15 jaar is	Dit kan invloed hebben ja.	Nee ik ben van mening dat dat

<p><i>toestemming nodig hebben van ouders invloed op de interactie tussen de arts-patiënt (relatie)?</i></p>	<p>er toch vaak iemand bij aanwezig, komen niet vaak alleen naar de praktijk.</p> <p>Ik probeer altijd het gesprek aan te gaan met de patiënt, met aanvullingen van de ouders.</p> <p>Een instemmend knikje van de ouder is dan vaak genoeg. Dat vind ik dan geen shared decision maar nog steeds professional as agent. [A7,V10]</p> <p>Ik probeer altijd het gesprek aan te gaan met de patiënt, met aanvullingen van de ouders.</p>	<p>Bijvoorbeeld wanneer een ouder al het een en ander heeft uitgezocht. Dat je dan samen met de ouder en het kind gaat kijken wat de beste behandeling is en wat de vervolg stappen zijn.</p> <p>Samen met ouder en het kind kijken wat de beste behandeling is.</p>	<p>niet heel veel invloed heeft. Bij de eerste groep is de ouder of iemand anders namelijk bijna altijd bij het gesprek.</p> <p>Niet veel invloed.</p>
<p>- <i>Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd)</i></p>	<p>Het komt wel eens voor dat de ouder erg aanwezig is in het gesprek, dit kan dan invloed</p>	<p>-</p>	<p>Op de interactie heeft het denk ik niet zo veel invloed, zoals ik net al zei is de ouder vaak aanwezig.</p>

<p><i>op de interactie tussen huisarts en de twee groepen jongeren? Invloed op sfeer en gemaakte keuze(s)?</i></p>	<p>hebben op de sfeer. Op de gemaakte keuzes vaak niet of er moeten heel veel verschillende behandelplannen zijn die veel van elkaar afwijken. Z'n situatie komt zelden voor.</p> <p>Ik probeer het kind er altijd bij te betrekken, en zijn 'stem' te horen. [A7,V11]</p> <p>Kind er altijd bij te betrekken, en zijn 'stem' te horen.</p>		<p>Heel af en toe komt een kind maar alleen naar de praktijk.</p> <p>Invloed op sfeer en gemaakte keuzes, ja een derde persoon kan daarop invloed hebben. Vaak is dit in positieve zin.</p> <p>Positieve invloed op sfeer en gemaakte keuze.</p>
<p><i>- Is er een verschil in de interactie bij verschillende aandoeningen?</i></p>	<p>Ja bij aandoeningen waar direct actie moet worden ondernomen dan kies je soms vaker voor het eerste model, dan gezamenlijk in overleg gaan van wat gaan we doen, wat lijkt ons het beste.</p>	<p>Dit kan, hoeft niet. Afhankelijk van de patiënt. [A8,V12]</p> <p>Kan, hoeft niet. Afhankelijk van de patiënt.</p>	<p>In eerste instantie denk ik van niet. Wanneer een kind bij de huisarts komt dan acteer je naar de leeftijd van het kind. Waarvoor die in eerste instantie dan ook komt. Uiteraard zijn er uitzonderingen, bijvoorbeeld als</p>

	Ja. Urgentie aandoening.		je met een kind al een langdurige relatie hebt. Als arts acteer je naar de leeftijd van de patiënt. Uitzondering bij langdurige relatie.
Mondigheid			
- <i>Zou u aan de hand van het mondigheidsmodel willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf 12 jaar tot en met 15 jaar (groep A)?</i>	-	Eisend gedrag komt bijna nooit voor. Een enkele keer maar meegemaakt. Actieve communicatie komt steeds vaker voor, nu veel meer dan 15 jaar geleden. [A8,V13] Ook bij deze groep jongeren. Participatie, heel af en toe. Eisend gedrag komt bijna nooit voor. Actieve communicatie	Vragen stellen, het geven van een mening, uiten van bezorgdheid. De vormen bij actieve communicatie komen vaak voor. Andere weinig. Actieve communicatie.

		komt voor nu meer dan 15 jaar geleden.	
- <i>Zou u aan de hand van het model willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf 16 jaar tot en met 19 jaar (groep B)?</i>	-	Participatie meer dan bij de eerste groep en actieve communicatie. Alle verschijningsvormen komen voor. Participatie meer dan bij de eerste groep en actieve communicatie.	Dezelfde vormen als bij de andere groep. Aangevuld met vormen van participatie, zoals introduceren verschillende keuzes komt voor. Actieve communicatie en participatie.
- <i>Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de mondigheid van de jongeren?</i>	-	Dat deze derde persoon participeert en actief communiceert. Dat komt wel voor ja. Komt voor dat derde persoon mondig is.	Ik denk dat die impact niet zo groot is. Als het kind heel verlegen is dan zou hij of zij dat waarschijnlijk ook zijn als de ouder er niet bij zou zijn. Impact niet groot.
- <i>Is er een verschil in</i>	-	Ja vooral als de patiënt geen idee	Nee, geldt het zelfde voor als bij

<p><i>mondigheid bij verschillende aandoeningen?</i></p>		<p>heeft. Dan zal hij eerder zijn bezorgdheid uiten dan wanneer iets de patiënt al weet wat er precies aan de hand is.</p> <p>Verschil in aandoeningen, vooral als patiënt geen idee heeft.</p>	<p>interactie tussen patiënt en huisarts maar ook hier zijn er uitzonderingen</p> <p>Nee.</p>
<p>- <i>Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen groep A en groep B wat betreft de relatie tussen huisarts en deze twee groepen en de mondigheid van deze twee groepen bij de huisarts?</i></p>	<p>-</p>	<p>Relatie is anders omdat je meer gelijk gestemd bent, beide volwassen. Het is een andere relatie dan met een kind van 12.</p> <p>De tweede groep, groep B, is mondiger.</p> <p>Tweede groep is mondiger. Relatie is gelijk gestemd.</p>	<p>Actieve communicatie komt bij beide groepen vaak voor. Participatie komt ook vaak voor bij de tweede groep, minder bij de jongere groep.</p> <p>Actieve communicatie komt bij beide groepen vaak voor. Participatie komt ook vaak voor bij de tweede groep, minder bij de jongere groep.</p>

<p>- <i>Is er een relatie tussen de relatie van de huisarts en de twee groepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid bij de huisarts? Zo ja, hoe ziet deze relatie eruit?</i></p>	<p>-</p>	<p>Je praat met de tweede groep op hetzelfde level. Hierdoor trigger je vaak ook mondigheid. Met de jongere groep probeer je dat ook maar op een andere manier. [A8,V18]</p> <p>Tweede groep trigger je mondigheid, probeer je met de andere groep ook maar op een andere manier.</p>	<p>Ja, ik denk wel dat er een relatie is. Als er sprake is van een goede relatie, dan zal de patiënt op een positieve manier mondiger zijn. Hetzelfde geldt als de relatie niet goed is dat de patiënt juist minder mondig is of op een negatieve manier mondig.</p> <p>Positieve relatie tussen huisarts en patiënt, dan patiënt mondiger op een positieve manier. Minder goede relatie, negatieve invloed op de mondigheid.</p>
---	----------	--	--

Resultatenmatrix interview 10 en 11

Vraag	Interview 10	Interview 11
<i>Hoe lang bent u al huisarts met een eigen praktijk?</i>	10 jaar	8 jaar
<i>Hoeveel patiënten heeft u?</i>	2100	2400
Kenmerken arts-patiëntrelatie		
<p>- <i>Kunt een rangorde aanbrenge</i> <i>kenmerken waarop de relatie tussen u en de</i> <i>jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15</i> <i>jaar (groep A) is gebaseerd?</i></p> <p>- <i>Kunt u deze rangorde</i> <i>beargumenteren/verklaren?</i></p>	<p>Asymmetrie op 1. Zonder informatie van de ander is van een relatie geen sprake.</p> <p>Vertrouwen op 2. De patiënt moet vertrouwen hebben in mij en inderdaad een positieve verwachting hebben. Dan op 3 macht. Er is een relatie omdat de arts macht heeft om iets te kunnen bewerkstellingen. En als laatste gezag. Gezag is wel heel belangrijk maar minder belangrijk in de relatie.</p> <p>Asymmetrie op 1. Zonder informatie van de ander is van een relatie geen sprake.</p>	<p>Vertrouwen, asymmetrie, gezag en dan macht.</p> <p>Vertrouwen is de basis voor iedere relatie.</p> <p>Asymmetrie op twee omdat ik afhankelijk ben van de patiënt en op dat moment de patiënt afhankelijk is van mij. Anders zou hij niet naar mij toekomen. Gezag op drie omdat de patiënt naar de huisarts gaat omdat hij er vanuit gaat dat ik kennis en ervaring heb om hem te helpen. En macht op de laatste plaats omdat ik daar niet bewust mee bezig ben.</p>

		<p>Macht klinkt wat negatief. Maar de patiënt komt natuurlijk wel naar de huisarts omdat hij ergens last van heeft en hij wil graag dat dat wordt verholpen. Ik kan hem daarbij helpen.</p> <p>Vertrouwen is de basis voor iedere relatie. Asymmetrie op twee omdat ik afhankelijk ben van de patiënt en op dat moment de patiënt afhankelijk is van mij. Anders zou hij niet naar mij toekomen.</p>
<p>- Kunt een rangorde aanbrenge<i>n</i> in deze kenmerken waarop de relatie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 19 jaar (groep B) is gebaseerd?</p> <p>- Kunt u deze rangorde beargumenteren/verklaren?</p>	-	<p>Bij deze groep geldt hetzelfde. Vertrouwen, asymmetrie, gezag en macht.</p> <p>Bij deze groep geldt hetzelfde.</p>
<p>- Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u naar de rangorde kijkt van de kenmerken van Groep A</p>	-	<p>Verschil zit het denk ik in het daadwerkelijk snappen van deze begrippen. Een kind is daar helemaal niet</p>

<p><i>en Groep B? Dus de jongeren vanaf 12 tot en met 15 jaar en de jongeren vanaf 16 tot en met 19 jaar?</i></p>		<p>mee bezig. Iemand in de leeftijd van 16 jaar misschien al wel.</p> <p>Verschil zit in het daadwerkelijk snappen van deze begrippen. Kind is daar niet meer bezig.</p>
<p>- <i>Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de kenmerken tussen de arts-patiëntrelatie en de verhouding tussen deze kenmerken?</i></p>	<p>Nee, dat heeft geen invloed op de arts-patiëntrelatie. En ook niet op deze kenmerken.</p> <p>Geen invloed.</p>	<p>Nee, heeft niet zoveel te maken met de relatie tussen arts en patiënt.</p> <p>Je hebt een relatie met de patiënt, in dit geval het kind. Deze verandert niet als de ouder ergens geen toestemming voor geeft.</p> <p>Geen invloed.</p>
<p>- <i>Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de rangorde van de kenmerken waarop de relatie tussen huisarts (asymmetrie, vertrouwen, macht en gezag) en de twee</i></p>	<p>De impact op de kenmerken is niet zo groot in de meeste gevallen. Wel heeft het invloed op de dynamiek tijdens het gesprek. In plaats van één heb je twee personen tegen over je. Je bouwt zowel een relatie op met de</p>	<p>-</p>

<p><i>groepen jongeren is gebaseerd?</i></p>	<p>patiënt, als een relatie met de ouder. [A10,V5]</p> <p>Impact niet groot. Wel invloed op de dynamiek tijdens het gesprek. Je bouwt een relatie op met de patiënt, als een relatie met de ouder.</p>	
<p>- <i>Is er een verschil in de rangorde bij verschillende aandoeningen? Zo ja, kunt u daar een voorbeeld van noemen?</i></p>	<p>Nee, al kan ik me voorstellen dat gezag bepalend is voor de relatie.</p> <p>Bijvoorbeeld als een patiënt met een vage klacht komt en ik heb geen idee wat het kan zijn. Dan kan het zijn dat relatie tussen patiënt en arts wordt beschadigd omdat ik op dat moment niet de juiste kennis en ervaring heb om de patiënt direct te helpen.</p> <p>Gezag kan bepalend zijn voor de relatie. Bijvoorbeeld als de arts niet weet wat het kan zijn.</p>	<p>Nee dat denkt ik niet. Ik kan in ieder geval niet een voorbeeld noemen waarbij daar wel sprake van was.</p> <p>Nee.</p>

Interactie arts-patiënt		
<ul style="list-style-type: none"> - Welk model geeft de interactie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar (groep A) het beste weer? - Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep A) 	<p>Zorgen voor het welzijn van de patiënt dat probeer je natuurlijk altijd te doen. Alleen je streeft om het samen te doen. Met kinderen is dat een ander verhaal. Zij weten vaak nog niet wat er precies aan de hand is en welke keuzes er allemaal zijn. Daarom kom je vaak op het paternalistische model uit. [A10,V7]</p> <p>Streeft ernaar om het samen te doen. Bij kinderen is het anders. Weten niet precies wat er aan de hand is en welke keuzes er allemaal zijn. Paternalistisch model.</p>	<p>Dat is het professional as agent model.</p> <p>Nou eigenlijk hoe het daar staat. Ik probeer de wensen van de patiënt te leren kennen en deze voor hem te implementeren. Uiteindelijk neem ik de beslissing. [A11,V7]</p> <p>Professional as agent model, door wensen van de patiënt te leren kennen en deze te implementeren.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Welk model geeft de interactie tussen u en de jongeren in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar (groep B) het beste weer? - Kunt u vertellen hoe deze interactie in de praktijk verloopt? (groep B) 	<p>Ja bij deze groep is het al anders. Zij hebben vaak wel enig idee wat de opties zijn. Hierdoor ga je samen op zoek naar de beste oplossing. Shared decision. [A10,V8]</p> <p>Samen op zoek naar de beste oplossing, shared decision.</p>	<p>Met deze groep ga je naar het shared decision making model. Samen met de patiënt ga je kijken wat het beste is.</p> <p>Samen met de patiënt ga je kijken wat het beste is, shared desicion.</p>

<p>- <i>Hoe komen de overeenkomsten en verschillen in de praktijk naar voren? Als u kijkt naar de interactie tussen u en Groep A en de interactie tussen u en Groep B?</i></p>	<p>-</p>	<p>De jongeren in de tweede groep participeren veel meer in het gesprek. Dit leidt er toe dat je samen gaat kijken wat de vervolgstappen zijn. Dat is met kinderen tot 15 jaar niet zo snel het geval. [A11,V9]</p> <p>Tweede groep participeert veel meer.</p>
<p>- <i>Heeft het wel of geen toestemming nodig hebben van ouders invloed op de interactie tussen de arts-patiënt (relatie)?</i></p>	<p>Ik heb het zelden mee gemaakt dat de ouder geen toestemming ergens voor gaf. Lastig om dit te beoordelen.</p> <p>-</p>	<p>Dit kan wel invloed hebben, al kom ik het weinig tegen.</p> <p>Kan invloed hebben.</p>
<p>- <i>Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de interactie tussen huisarts en de twee groepen jongeren? Invloed op sfeer en gemaakte keuze(s)?</i></p>	<p>Ja omdat de ouder bij het gesprek aanwezig is en zij wel vaak weten wat de opties zijn, kan het zijn dat bij interactie in plaats van professional, shared decision making wordt toegepast. [A10,V11]</p> <p>Invloed op interactie.</p>	<p>De invloed kan zijn dat ze juist zelf de beslissing neemt of juist de ouder laat mee beslissen.</p> <p>Invloed op wie beslist.</p>

<p>- <i>Is er een verschil in de interactie bij verschillende aandoeningen?</i></p>	<p>Ja het verschilt per patiënt. Het is niet zo dat het ene model altijd wordt toegepast. Je bekijkt het per situatie, per patiënt en ook per aandoening.</p> <p>Shared decision in plaats van professional as agent bij aanwezigheid ouder. Afhankelijk per patiënt.</p>	<p>Het is denk ik niet aandoening gerelateerd maar patiënt gerelateerd. [A11,V12]</p> <p>Niet aandoening gerelateerd maar patiënt gerelateerd.</p>
<p>Mondigheid</p>		
<p>- <i>Zou u aan de hand van het mondigheidsmodel willen zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf 12 jaar tot en met 15 jaar (groep A)?</i></p>	<p>Consumentisme, claimend gedrag en agressie komt eigenlijk niet voor. Wel het vragen stellen en het uiten van bezorgdheid. Het geven van een mening ook af en toe. En ook de vormen van participatie af en toe. Maar ik moet eerlijk zeggen dat daar niet heel vaak sprake van is.</p> <p>Eisend gedrag komt niet voor. Actieve communicatie en af en toe participatie.</p>	<p>Bij groep A is dat actieve communicatie.</p> <p>Actieve communicatie.</p>
<p>- <i>Zou u aan de hand van het model willen</i></p>	<p>Bij deze groep hetzelfde als bij de andere</p>	<p>Actieve communicatie en participatie.</p>

<p><i>zeggen met welke verschijningsvormen u in de praktijk te maken heeft wanneer het gaat om jongeren met de leeftijd vanaf 16 jaar tot en met 19 jaar (groep B)?</i></p>	<p>groep. Verschil is alleen dat de vormen van participatie vaker voorkomen. Zoals verschillende keuzes introduceren en opties beschrijven.</p> <p>Actieve communicatie en participatie.</p>	<p>Actieve communicatie en participatie.</p>
<p><i>- Wat is de impact van de aanwezigheid van een derde persoon (zoals ouder/voogd) op de mondigheid van de jongeren?</i></p>	<p>Ouder kan juist aanmoedigend zijn voor het kind om zich mondiger op te stellen. Bij de tweede groep kan het ook negatief uitpakken, dat ze juist geen vragen gaan stellen. [A10,V15]</p> <p>Kan aanmoedigend zijn, maar kan ook negatief (minder of niet mondig) uitpakken.</p>	<p>-</p>
<p><i>- Is er een verschil in mondigheid bij verschillende aandoeningen?</i></p>	<p>Ja er is zeker een verschil. Maar ook hier kan het twee kanten uitwerken. Bij ernstige aandoeningen kan een kind juist mondiger worden omdat hij of zij alles wil weten. Maar ze kan ook minder mondig worden omdat ze misschien bang is voor wat er komen gaat.</p>	<p>-</p>

	<p>Mondigheid is bij ieder kind, iedere aandoening, iedere situatie verschillend.</p> <p>Mondigheid is bij ieder kind, iedere aandoening, iedere situatie verschillend.</p>	
<p>- <i>Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen groep A en groep B wat betreft de relatie tussen huisarts en deze twee groepen en de mondigheid van deze twee groepen bij de huisarts?</i></p>	-	<p>Overeenkomst is actieve communicatie. Dat komt bij beide groepen vaak voor. Participatie daarentegen komt vaak alleen voor bij de tweede groep jongeren.</p> <p>Overeenkomst actieve communicatie. Participatie alleen bij tweede groep.</p>
<p>- <i>Is er een relatie tussen de relatie van de huisarts en de twee groepen jongeren en de bepaalde vorm(en) van mondigheid bij de huisarts? Zo ja, hoe ziet deze relatie eruit?</i></p>	<p>Ja, als de relatie goed is dan zal de patiënt eerder geneigd zijn om te participeren, om actief te communiceren.</p> <p>Relatie tussen huisarts en patiënt goed, dan patiënt eerder geneigd te participeren en actief te communiceren.</p>	<p>Wanneer een vertrouwde band ontstaat tussen huisarts en patiënt, zal de patiënt waarschijnlijk mondiger zijn. [A11,V18]</p> <p>Dat wil zeggen vragen stellen, geven van een mening, uiten van bezorgdheid maar ook een beslissing nemen of opties</p>

		beschrijven. Vertrouwde band tussen huisarts en patiënt, dan patiënt mondiger. Actieve communicatie en participatie.
--	--	--