

ICHOvzw

Masterproef: “De solopraktijk onder de loep.”

Eline De Buysscher
Master in de huisartsgeneeskunde
2012 – 2013

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele
Co-promotor: Lynn Ryssaert

INHOUDSTAFEL

Inleiding 3

Stap 1: Literatuurstudie 4

1.1 Methode 4

1.2 Resultaten 5

1.3 Conclusie 8

Stap 2: Beschrijvend-explorerend onderzoek 10

2.1 Methode 10

2.1.1 Vragenlijsten 10

2.1.2 Interviews 11

2.2 Resultaten 12

2.2.1 Vragenlijsten 12

2.2.2 Interviews 22

Stap 3: Discussie 29

3.1 Opmerkelijke onderzoeksresultaten 29

3.2 Beperkingen van het onderzoek 31

Stap 4: Adviezen 33

Conclusie 34

Referenties 35

Bijlagen 37

Bijlage 1: Vragenlijst voor de huisartsen 37

Bijlage 2: Overzicht resultaten enquête 41

Dankwoord 44

INLEIDING

Huisartsen in Vlaanderen gaan zich steeds meer organiseren in groepspraktijken. De evolutie waarbij er nu meer vrouwelijke huisartsen zijn dan vroeger en meer artsen die part-time willen werken, draagt bij tot de vermindering van het aantal solo-artsen. [2,7]

Toen ik halverwege het laatste jaar geneeskunde begon te solliciteren voor een opleidingsplaats als HAIO, was ook ik in eerste instantie op zoek naar een groepspraktijk. Het leek me aangenaam om collega's rond me te hebben en praktisch een stuk handiger voor wat betreft de organisatie van de praktijk en het evenwicht met een privé-leven. Zo kan je de continuïteit van de zorg delen met anderen, vermindert de telefonische belasting, kan je genieten van een hopelijk nauwe samenwerking met collega('s), is er meer privé-tijd,…

Uiteindelijk ben ik in een solopraktijk terecht gekomen en gaandeweg ben ik steeds meer gaan inzien dat ook alleen werken zijn voordelen heeft. Je bent volkomen je eigen baas, er zijn dus geen onderlinge frustraties of conflicten, je hebt een zeer hechte en persoonlijke band met de patiënten,… Dit bracht me tot het onderwerp van deze masterproef.

Via een literatuurstudie wil ik nagaan wat er reeds geweten is over de voor- en nadelen van solo- en groepspraktijken. Door een bevraging via een online enquête, gevolgd door enkele interviews met huisartsen uit de verschillende praktijkvormen, wil ik deze resultaten staven en hun visie op de bevindingen toetsen. Tot slot wil ik enkele adviezen meegeven om een solopraktijk efficiënter te maken en de eventuele moeilijkheden en nadelen weg te werken.

STAP 1: LITERATUURSTUDIE

1.1 Methode

Pubmed

De zoektocht in de literatuur werd gestart via www.pubmed.com. Er werd gezocht op Engelstalige en Nederlandstalige literatuur, maar wat betreft publicatiejaar werden er geen limieten ingevoerd. Er werd gekeken naar alle types van artikels.

De MeSH Database werd als eerste geraadpleegd. De eerste MeSH-termen die gebruikt werden waren 'general practitioners' AND 'workload'. Dit gaf 19 hits, waarvan er op basis van de titel 4 werden weerhouden. De abstracten van deze 4 artikels die op het eerste zicht relevant leken, werden geanalyseerd en uiteindelijk werden er 2 weerhouden. De MeSH-term 'general practitioners' werd achtereenvolgens gecombineerd door middel van AND met de MeSH-termen 'quality of life', 'medical secretaries', 'budgets', 'physician-patient relations' en 'health services accessibility'. Deze gaven respectievelijk 14, 4, 6, 121 en 43 hits, waarvan uiteindelijk geen enkel artikel werd weerhouden op basis van titel of abstract. 'General practitioners' AND 'job satisfaction' gaf 14 hits. Op basis van de titel werden er 3 weerhouden, waarvan er nadien 1 werd geëxcludeerd op basis van de abstract. 'General practitioners' AND 'continuity of care' gaf 15 hits, waarvan er op basis van de titel 2 werden weerhouden. Na analyse van de abstracts werd er 1 artikel geïncludeerd.

De zoektocht ging verder op Pubmed met de zoekterm 'Solo practice advantages' waarbij dezelfde inclusiecriteria werden gebruikt. Er werden 25 artikels gevonden, waarvan er op basis van titel en abstract 2 relevante weerhouden werden. De zoekterm 'single-handed GP' leverde 42 hits op. Op basis van de titel en abstract werden er nog 2 artikels weerhouden. Vervolgens werd er gezocht op 'workload' AND 'solo' en dat leverde 45 hits op. Hiervan werden er 9 weerhouden op basis van titel. Na het lezen van de abstracts bleken er 3 niet relevant voor deze masterproef, van 4 abstracts was het volledige artikel niet beschikbaar, de 2 andere werden wel weerhouden.

Aan de hand van de referenties en verwante publicaties van de gevonden artikels, en naargelang de relevantie voor dit onderzoek, werden nog verschillende artikels opgenomen in de literatuurstudie. Deze techniek van 'snowballen' leverde nog 9 nieuwe artikels en 1 interessante website op.

Richtlijnen

Via CEBAM werden verschillende richtlijnen doorgenomen. Een zoektocht door de richtlijnen van NHG, Domus Medica, SIGN, NICE, WHO, CMA, CBO en NGC met de zoektermen 'solopraktijk – solo practice', 'groepspraktijk – Group practice' en 'solo-arts – single-handed GP' bracht geen resultaten

met zich mee. De website van het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) leverde één relevant rapport op.

Andere

Op de website van Minerva (www.minerva-ebm.be), waar met dezelfde zoektermen werd gezocht als bij de richtlijnen, werd eveneens niets gevonden.

Toen duidelijk werd dat er reeds twee masterproeven bestonden over een verwant onderwerp, lnamelijk telefoonbeleid in de huisartsenpraktijk, werd met beide afgestudeerde HAIO's contact opgenomen. Beide werken werden vervolgens ook opgenomen in de referentielijst.

1.2 Resultaten

De zoektocht leverde 19 bruikbare artikels op, 1 onderzoeksrapport, 1 website en 2 masterproeven.

Indien we nagaan waar de verschillen zitten tussen solo-artsen en artsen werkzaam in duo- of groepspraktijken, dan kunnen we een aantal thema's weerhouden:

- Arts karakteristieken
- Werkbelasting
- Collegiaal contact
- Kwaliteit van de zorgverlening
- Financiële implicaties

Arts karakteristieken

Solo-artsen zijn gemiddeld enkele jaren ouder dan artsen werkzaam in groepspraktijken. [1,2,4,5,19] Ze zijn vaker van het mannelijk geslacht [2,4,5] en geven minder vaak opleiding dan artsen in groepspraktijken [1,2]. Het aantal patiënten per arts is groter in een solopraktijk dan in groepspraktijken. [1,8] Er is minder vaak ondersteunend personeel. [1,2,4,5] Ze doen meer huisbezoeken en zijn gemiddeld minder goed uitgerust qua materiaal. [2]

Werkbelasting

Eén van de grootste motivaties van artsen om in een groepspraktijk te gaan werken is de verminderde werkbelasting. [6] Eén artikel stelde echter dat de werkbelasting niet gerelateerd was aan het aantal artsen werkzaam in de praktijk [8], en een ander artikel suggereerde zelfs dat samenwerkende artsen net minder tevreden zijn over de werkbelasting. [16]

Verschillende studies tonen aan dat een verminderde werkbelasting samen gaat met een betere levenskwaliteit en een hogere jobtevredenheid. En omgekeerd zou een hoger aantal werkuren leiden tot minder jobtevredenheid. [6,14,17,22] Een Britse studie sprak dit tegen door te stellen dat jobtevredenheid niet geassocieerd is met het aantal werkuren per week. [23] Levenskwaliteit betreft zowel het professionele, persoonlijke als het familiale aspect: een vast werkrooster, de optie om andere professionele en recreatieve activiteiten te beoefenen, vakantieplanning,… [6,7,21]

Een KCE-rapport bracht zelfs een associatie tussen hoge werkbelasting en burn-out bij huisartsen aan het licht. [12]

De vervrouwelijking van het beroep en de aandacht voor het belang van het privé-leven brengt met zich mee dat er veel artsen zijn die verkiezen parttime te werken, om zo een betere balans tussen werk en privé te bekomen. Dit is makkelijker te organiseren in groepspraktijken. [7,9,21] Een recent onderzoek uit Australië met bijna 4000 huisartsen gaf aan dat slechts 53% van de huisartsen vond dat deze balans ongeveer juist was. [21]

Een deel van de solo-artsen heeft het vaak moeilijk om betrouwbare vervanging te vinden tijdens verlof, of durft amper verlof te nemen. [4] De continuïteit van de zorg is gemakkelijker te organiseren voor groepspraktijken, en dit kan zowel de artsen als de patiënten ten goede komen. [6] We moeten echter ook rekening houden met de mogelijke nadelige gevolgen wat betreft de continuïteit van de zorg in groepspraktijken. Dit zou namelijk hand in hand gaan met een verminderde persoonlijke continuïteit, hetgeen van belang kan zijn voor kwetsbare patiëntengroepen, zoals ouderen, chronisch zieken en patiënten met een psychische problematiek. [18]

Artsen werkzaam in een solopraktijk zouden meer uren werken en meer stress ervaren. [2] Volgens een studie uitgevoerd in Canada werken solo-artsen daar gemiddeld 53,8 uur per week, en samenwerkende artsen 45 uur per week [15]. Een Nederlands onderzoek vond echter geen significant verschil tussen de totale werkbelasting in solo- en groepspraktijken. [2]

Groepspraktijken kunnen meer ondersteunend personeel tewerkstellen (vb. praktijkassistentie) en dat kan een vermindering van de werkbelasting betekenen door taakdelegatie. [7,9] Solo-artsen werken nog vaak zonder secretariaat, praktijkassistentie of verpleegkundige. [2]

Collegiaal contact

Samenwerkende artsen hebben collega's bij zich in de buurt. Dit brengt als voordeel met zich mee dat er medische kennis en praktische ervaringen kunnen uitgewisseld worden. [4,6] Volgens de literatuur leidt contact met collega's bovendien tot een hogere jobtevredenheid. [14,17]

Daarenboven kan het gebrek aan relaties met professionele zorgverleners een risicofactor zijn voor het ontstaan van een burn-out. [12]

De relatieve isolatie van solo-artsen zorgt voor een eenzaamheidsgevoel, vooral bij de jongere huisartsen. Dit zou te maken hebben met het feit dat ze alle beslissingen alleen moeten nemen, geen deel uitmaken van een werkgemeenschap en een gebrek aan feedback hebben. [2,3,4,7,20] Er wordt wel opgemerkt dat eenzaamheid ook kan voorkomen wanneer er wel een collega in de aansluitende ruimte consultaties doet. De samenwerking in groepspraktijken is geen garantie dat er ook overleg plaatsvindt. [20] En eveneens zijn er solo-artsen die wel overleggen met collega's, en dus niet alle beslissingen alleen nemen. [3]

Om tot een vruchtbare samenwerking te komen, is er bovendien een goede overeenkomst en gedeelde professionele filosofie nodig. Indien die niet aanwezig zijn, kan er een moeizame samenwerking ontstaan. [16] In groepspraktijken waar er artsen van verschillende generaties werkzaam zijn, is er een gevaar dat de werkbelasting ongelijk verdeeld wordt, hetgeen tot frustraties kan leiden. [4,6] Een Britse studie toonde aan dat de meeste solo-artsen een solopraktijk begonnen waren omwille van een negatieve ervaring in een groepspraktijk. [4]

Tenslotte verlies je als arts in een groepspraktijk voor een stuk je onafhankelijkheid. Het plannen van vakanties moet bijvoorbeeld steeds in overleg met de collega('s) gebeuren en volgens de drukte van de praktijk. [6] De totale onafhankelijkheid wordt door solo-artsen gezien als een voordeel. [4,20]

Kwaliteit van de zorgverlening

Een Britse studie, met 206 solopraktijken en 606 groepspraktijken, kwam tot de conclusie dat er geen aanwijzingen zijn dat solo-artsen klinisch minder goed zouden presteren dan samenwerkende artsen. De verschillen die oorspronkelijk gezien werden, verdwenen allemaal wanneer een aantal andere praktijk karakteristieken werden weggefilterd. [1]

Een Duitse studie stelt dan weer dat de werkbelasting en jobtevredenheid cruciaal zijn voor de kwaliteit van de zorg die huisartsen leveren. Bijgevolg zijn de factoren die een hogere jobtevredenheid in de hand werken (collegiaal contact, job variatie) van belang voor de kwaliteit van de zorgverlening. [14]

Solopraktijken hebben, volgens een gerandomiseerde studie uitgevoerd in Londen, een kortere gemiddelde consultatieduur (10,2 minuten in vergelijking met 17,8 minuten in groepspraktijken). Dit zou te wijten zijn aan de stelling dat er in groepspraktijken minder patiënten per arts zouden zijn. [8]

Als de kwaliteit van de zorgverlening bekeken wordt vanuit het oogpunt van de patiënten, zijn er twee zaken die beïnvloed worden door de praktijkvorm: de arts-patiënt relatie en de patiënttevredenheid. Artsen en patiënten hebben vaak een zeer nauw contact. In groepspraktijken waar de verschillende artsen hun patiëntenbestand delen, kan men een deel van het persoonlijke karakter van die arts-patiënt relatie verliezen. [1,5,6,18] Solo-artsen staan volgens een Fins onderzoek nog iets dichter bij de patiënten. [4,20]

Solopraktijken worden door patiënten als meer toegankelijk beschouwd en halen een hogere graad van patiënttevredenheid. [1,2,7,8,13] Hierdoor zijn er nog steeds veel patiënten die een solopraktijk boven een groepspraktijk verkiezen. [5,13] Ook langere werkdagen en meer werkuren zou sterk geassocieerd zijn met een hogere patiënttevredenheid. [13]

Financiële implicaties

Een ander mogelijk voordeel voor samenwerkende artsen is het delen van de kosten. Hierdoor is het vaak mogelijk een betere praktijk infrastructuur te voorzien. [2,16] Dit wordt echter niet steeds opgemerkt door de patiënten, want in een Brits onderzoek scoren de patiënten de organisatie in een solopraktijk hoger; vermoedelijk deels door de privacy die de praktijkvorm met zich meebrengt. [2]

Een groepspraktijk starten vergt echter ook nieuwe investeringen. Bovendien kan het delen van patiënten het totale loon per arts doen dalen, zodat het inkomen van een arts die alleen werkt gemiddeld iets hoger ligt. [6] En een lager inkomen is volgens een Nederlandse review dan weer geassocieerd met een verminderde jobtevredenheid. [17]

1.3 Conclusie

Uit de literatuur kunnen we concluderen dat solo-artsen gemiddeld iets ouder zijn dan samenwerkende artsen, vaker van het mannelijk geslacht zijn en minder ondersteunend personeel hebben. Ze presteren klinisch even goed als samenwerkende artsen.

Over het algemeen werken solo-artsen meer uren per week dan samenwerkende artsen, ze doen meer huisbezoeken en de continuïteit van de zorg is moeilijker te organiseren. Al deze factoren zorgen voor een hogere werkbelasting voor solo-artsen, en bijgevolg een lagere jobtevredenheid.

Solo-artsen werken in relatieve isolatie, wat een eenzaamheid met zich kan meebrengen. Aan de andere kant zijn ze volledig onafhankelijk van anderen, wat als positief ervaren wordt.

Vanuit het standpunt van de patiënt zijn er ook enkele voordelen verbonden aan solopraktijken. De persoonlijke continuïteit is gewaarborgd, hetgeen een sterkere arts-patiënt relatie met zich kan meebrengen. Bovendien worden solo-artsen als meer toegankelijk beschouwd door patiënten.

STAP 2: BESCHRIJVEND-EXPLOREREND ONDERZOEK

Het beschrijvend-explorerend onderzoek omvat twee luiken, namelijk een kwantitatief luik (de vragenlijsten) en een kwalitatief luik (de interviews).

2.1 Methode

2.1.1 Vragenlijsten

De opzet van de vragenlijst was om een pilootstudie uit te voeren, met als doel om 100 huisartsen uit de West-Vlaamse regio te bereiken. Volgens de jaarstatistieken van de 'Federale overheidsdienst van volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu' waren er eind 2011 exact 14758 erkende huisartsen in België, waarvan 8089 in Vlaanderen. Als we kijken naar West-Vlaanderen, het onderzoeksgebied van deze studie, vinden we 1487 erkende huisartsen in 2011. Met de beoogde 100 artsen zouden we dus 1,24% van alle erkende huisartsen in Vlaanderen bereiken, of 6,72% van de West-Vlaamse erkende huisartsen.

Van begin september 2012 tot eind november 2012 werd via email een link naar de enquête (bijlage 1) verspreid in verschillende huisartsenkringen in West-Vlaanderen. De aangeschreven kringen zijn HABO (Huisartsenkring Brugge en omgeving), HZW (Huisartsenkring Zuid West-Vlaanderen), HAOWVL (Huisartsenkring Oost West-Vlaanderen), HAMWVL (Huisartsenkring Midden West-Vlaanderen) en de Huisartsenkring van Wervik-Geluwe. Individuele emailadressen en ledenlijsten konden niet doorgegeven worden, maar de verantwoordelijken van alle kringen verzekerden dat de email met de link naar al hun leden werd doorgestuurd. Het exact aantal huisartsen dat de vragenlijst heeft ontvangen is niet gekend, maar op basis van de ledenaantallen konden naar schatting 700 à 800 huisartsen uit West-Vlaanderen bereikt worden. Dit is ongeveer de helft van alle erkende huisartsen in West-Vlaanderen.

De vragen werden opgesteld op basis van artikels waarin de mogelijke voor- en nadelen van de verschillende praktijkvormen werden besproken. Deze steekproef wilde nagaan of de vooropgestelde gegevens uit de literatuur ook correleren met de realiteit. De resultaten hiervan zullen besproken worden in de discussie.

De enquête startte met een korte inleiding waarin de opzet van deze masterproef wordt uitgelegd. Alle vragen waren meerkeuze, en het invullen van de enquête nam niet langer dan vijf minuten in beslag. Alle gegevens werden volledig anoniem verwerkt.

Er werden drie soorten gegevens bevraagd.

Ten eerste werden er enkele karakteristieken van de invullende arts nagevraagd: het geslacht, de leeftijd, de praktijkvorm en de aanwezigheid van praktijkassistentie, een HAIO of stagiairs. Vervolgens werd er ook bevraagd welke registratiemethode er gehanteerd wordt tijdens de consultaties op de praktijk en op huisbezoek.

Ten tweede werden er een aantal objectieve gegevens bevraagd om de werkuren in te schatten van de artsen: het aantal werkuren per week, het aantal huisbezoeken per dag en de uren administratief werk per week.

Tot slot wordt nagegaan hoe het werkritme subjectief ervaren wordt door de arts. Zo wordt er gevraagd naar de werkbelasting, hoe de organisatie van de continuïteit van de zorg verloopt, de kwaliteit van het patiëntencontact, of er genoeg tijd is per patiënt, de tijd voor privé en persoonlijke vrijheid en hoe de samenwerking met andere zorgverleners verloopt.

Voor de samenwerkende artsen (artsen werkzaam in een associatie, duo- of groepspraktijk) was er nog één extra vraag over de samenwerking met de naaste collega('s).

De resultaten van de enquête werden tenslotte onderworpen aan een significantietest, namelijk de Pearson Chi-Square test , met een significantieniveau van 0,05, uitgevoerd door het statistisch programma IBM® SPSS® Statistics 20. Dus wanneer een vergelijking tussen solo-artsen en samenwerkende artsen wordt aangeduid als significant, wil dit zeggen dat er een significant verschil is met 95% betrouwbaarheidsinterval.

2.1.2 Interviews

De opzet van de interviews was enerzijds de resultaten van de enquête meer kracht geven. Anderzijds konden de interviews bepaalde beïnvloedende factoren aan het licht brengen en zo mogelijke beperkingen van de uitgevoerde enquête aantonen. Ze werden dus afgenomen na de statistische analyse van de resultaten van de vragenlijsten.

Er werden zorgvuldig vier artsen geselecteerd voor het interview, op dergelijke wijze dat verschillende subgroepen vertegenwoordigd waren. Namelijk een jonge solo-arts, een oudere solo-arts, een jonge samenwerkende arts en een oudere samenwerkende arts. Met jong wordt hier bedoeld jonger dan 40 jaar, en ouder betekent tussen 60 en 65 jaar. Drie van hen waren van het mannelijke geslacht, de vierde was een vrouw. (figuur 1)

	Solo-arts	Samenwerkende arts
<40 jaar	Geïnterviewde 1 (vrouw)	Geïnterviewde 2 (man)
>60 jaar	Geïnterviewde 4 (man)	Geïnterviewde 3(man)

Figuur 1: Overzicht geïnterviewde artsen

Eerst werden er enkele bekomen resultaten van de enquête voorgelegd aan de geïnterviewde arts en zijn/haar mening hierover gevraagd. Vervolgens werden er nog enkele vragen gesteld over hun persoonlijke motivatie, ervaringen en visie op de voor- en nadelen van hun praktijkvorm.

Deze werkmethode werd vooraf goedgekeurd door het Ethisch Comité, en alle artsen tekenden vooraf een informed consent. Het interview duurde telkens ongeveer een half uur, werd opgenomen en nadien volledig uitgetypt.

2.2 Resultaten

2.2.1 Vragenlijsten

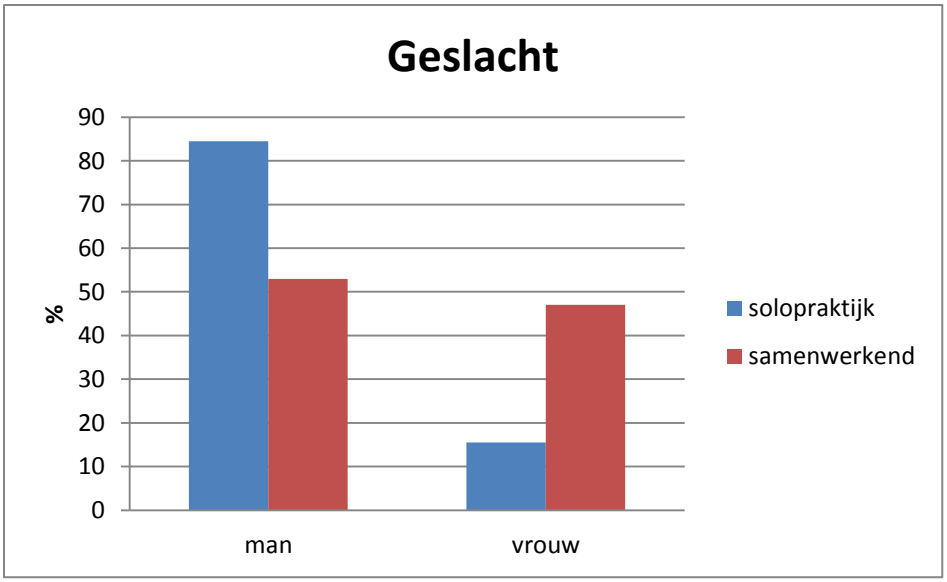
96 huisartsen hebben de enquête ingevuld, waarvan slechts 92 volledig ingevuld en dus bruikbaar waren. 63,04% (58) van de huisartsen die reageerden, werkt in een solopraktijk, 33,70% (31) werkt in een duo- of groepspraktijk en 3,26% van de artsen in een associatie. Deze laatste twee groepen voegen we samen als alle samenwerkende artsen en vormen zo 36,96% (34) van de ondervraagden.

Een overzicht van alle exacte aantallen is terug te vinden in bijlage 2.

Arts karakteristieken

72,83% (67) van alle respondenten zijn van het mannelijk geslacht. Wanneer we dieper ingaan op de verschillende praktijkvormen dan merken we dat 84,48% (49) van de solo-artsen mannen zijn in vergelijking met 52,95% (18) van de samenwerkende artsen.

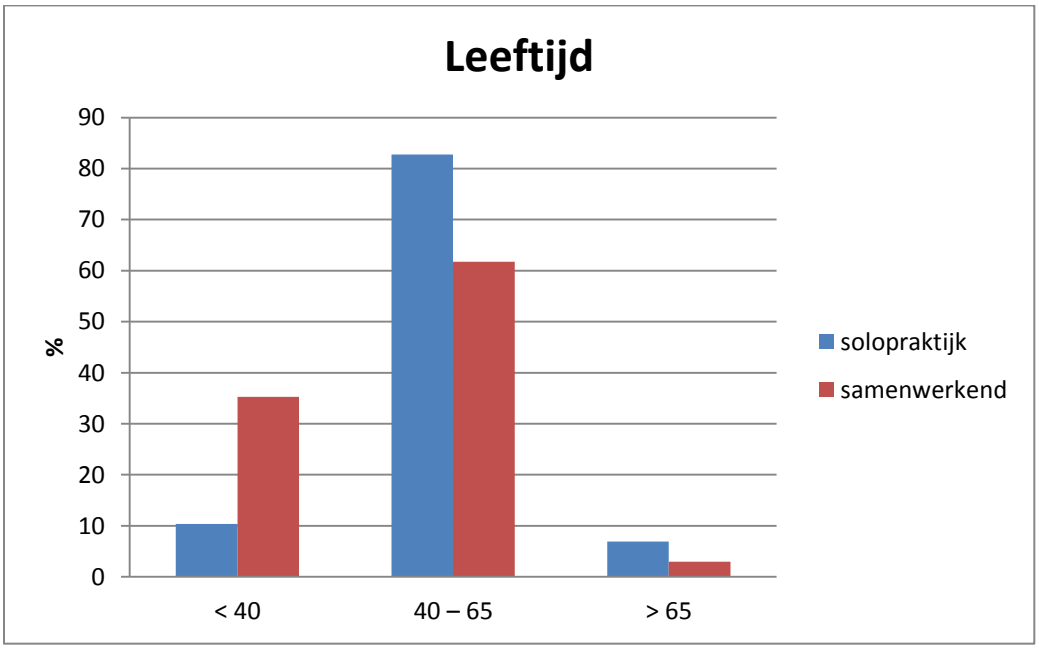
Dit verschil is statistisch significant.



Figuur 2.1: Geslacht van de huisartsen volgens praktijkvorm.

75% (69) van alle bevraagden is tussen de 40 en 65 jaar; 19,57% (18) is jonger dan 40 jaar en 5,43% (5) ouder dan 65 jaar. Van de solo-artsen is 10,34% (6) jonger dan 40 jaar, 82,76% (48) is tussen de 40 en 65 jaar, en 6,9% (4) is ouder dan 65 jaar. Dit tegenover 35,29% (12) van de samenwerkende artsen dat jonger is dan 40 jaar, 61,76% (21) tussen de 40 en 65 jaar en 2,94% (1) ouder dan 65.

Deze verschillen in leeftijd zijn statistisch significant.

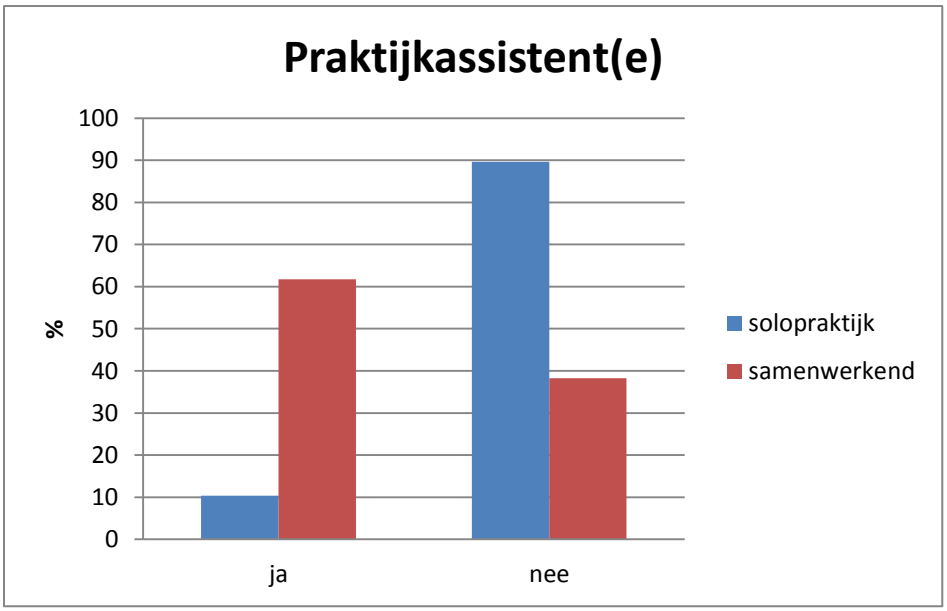


Figuur 2.2: Leeftijd van de huisartsen volgens praktijkvorm.

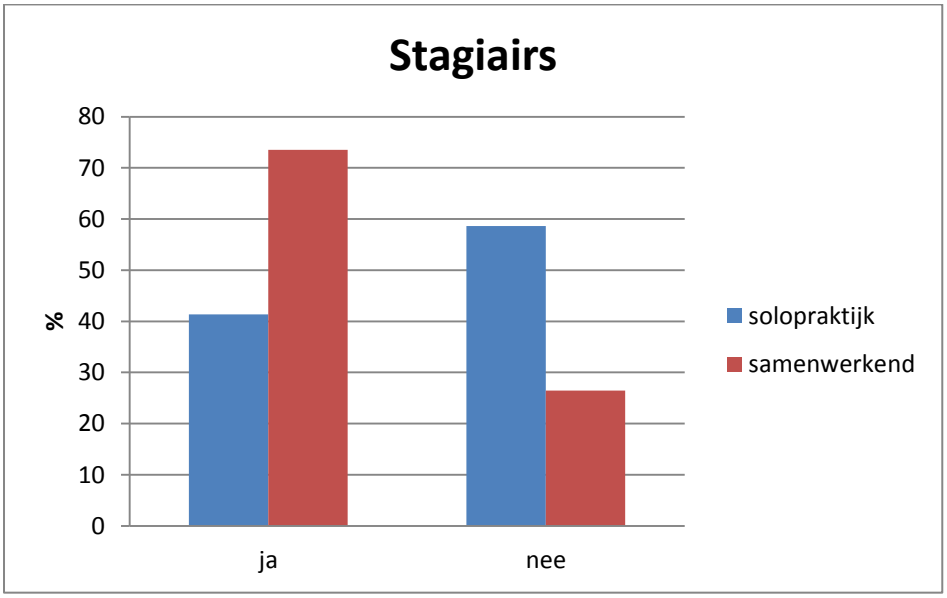
70,65% (65) van alle ondervraagde praktijken heeft geen praktijkassistent(e); specifieker zien we dat slechts 10,34% (6) van de solo-artsen een praktijkassistent(e) heeft tegenover 61,75% (21) van de samenwerkende artsen.

53,26% (49) van alle artsen die de enquête invulden krijgen geregeld stagiairs over de vloer, maar slechts 15,22% (14) heeft ook een HAIO. Van de solo-artsen heeft 41,38% (24) geregeld stagiairs in de praktijk en 1,72% (1) een HAIO. Bij de samenwerkende artsen komen er in 73,53% (25) van de praktijken geregeld stagiairs en 38,24% (13) werkt samen met een HAIO.

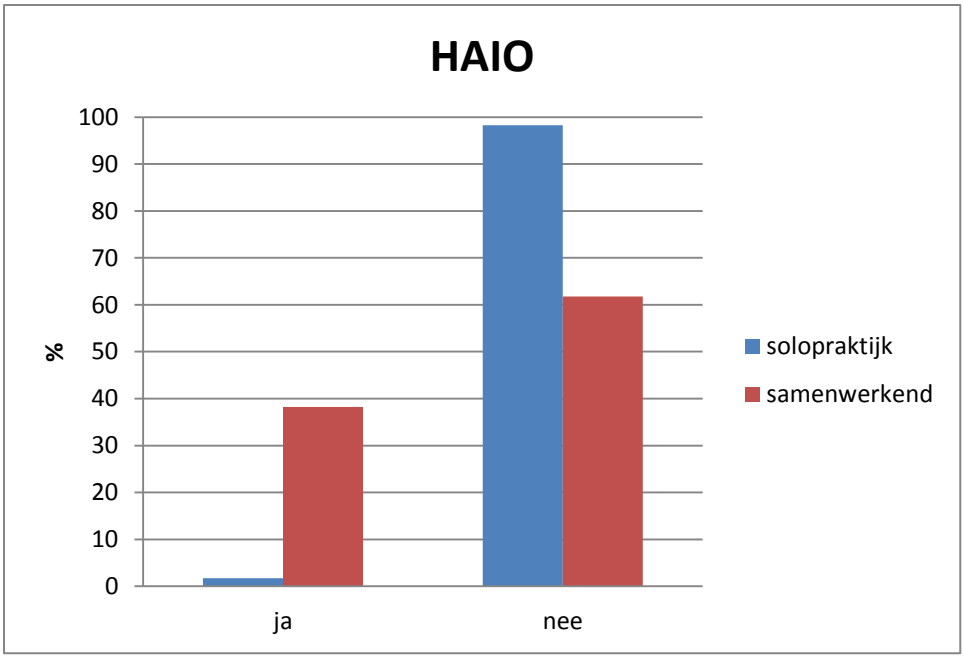
Ook deze verschillen tussen beide groepen zijn significant.



Figuur 2.3: Aanwezigheid van praktijkassistenten volgens praktijkvorm.



Figuur 2.4: Aanwezigheid van stagiairs volgens praktijkvorm.



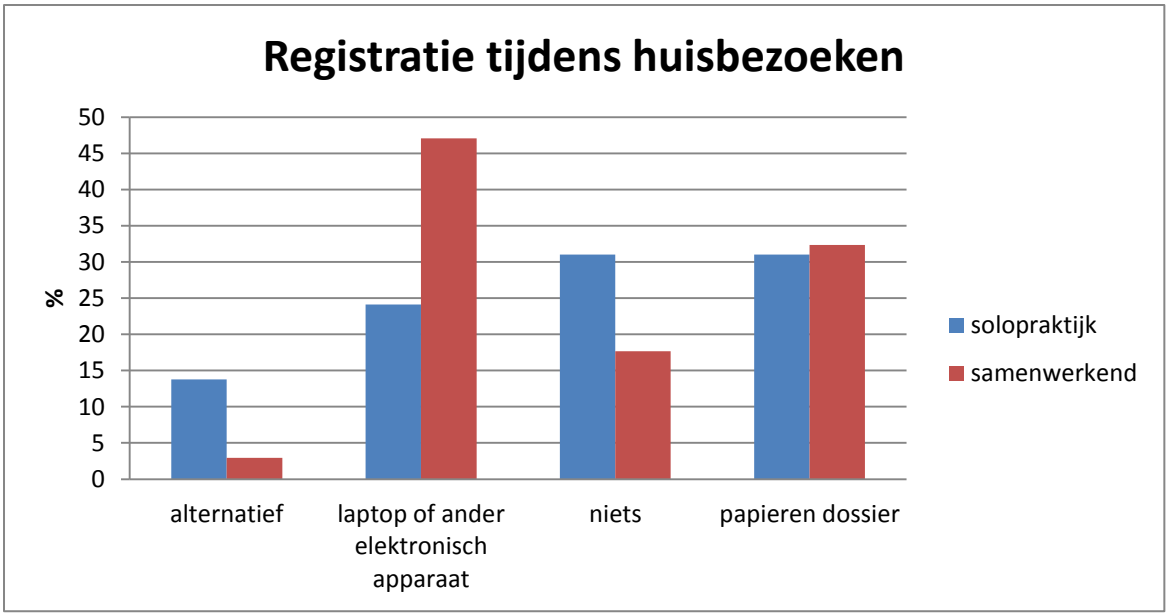
Figuur 2.5: Aanwezigheid van HAIO's volgens praktijkvorm.

95,65% (88) van de respondenten gebruikt het EMD (elektronisch medisch dossier) voor registratie van de patiëntencontacten tijdens de consultaties; dit zijn alle samenwerkende artsen (34) en 93,1% (54) van de solo-artsen. De andere 6,9% (4) van de alleenwerkende artsen registreert de patiëntencontacten tijdens de consultaties in een papieren dossier.

Dit zijn geen significante bevindingen.

Tijdens de huisbezoeken gebruikt 32,61% (30) van de volledige groep respondenten een laptop of ander elektronisch apparaat voor de registratie van het contact, 31,52% (29) houdt een papieren dossier bij en 26,09% (24) registreert die patiëntencontacten tijdens de huisbezoeken in het geheel niet. Van de solo-artsen werkt 24,14% (14) met een laptop of ander elektronisch apparaat; 31,03% (18) gebruikt een papieren dossier en net evenveel solo-artsen registreert de huisbezoeken niet. Van de samenwerkende artsen gebruikt 47,06% (16) een laptop of ander elektronisch apparaat om de huisbezoeken te registreren, 32,35% (11) werkt met een papieren dossier en 17,65% (6) registreert deze patiëntencontacten niet.

Van deze resultaten blijkt enkel het verschil in gebruik van een laptop of een ander elektronisch apparaat voor het registreren van de huisbezoeken statistisch significant te zijn.

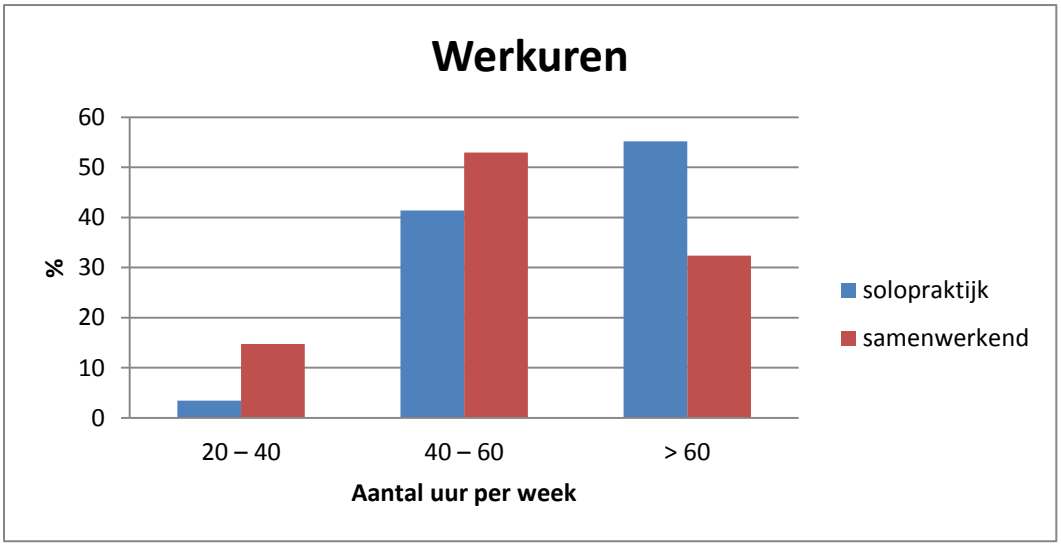


Figuur 2.6: Registratiemethode tijdens huisbezoeken volgens praktijkvorm.

Objectieve gegevens

45,65% (42) van al de huisartsen zegt 40 à 60 uur per week te werken en 46,74% (43) werkt meer dan 60 uur per week. Als we bij de solo-artsen kijken, geeft 55,17% (32) van hen aan gemiddeld meer dan 60 uur per week te werken en slechts 3,45% (2) werkt 20 tot 40 uur per week. Dit wil zeggen dat 96,55% (56) van hen meer dan 40 uur per week werkt. Van de samenwerkende artsen zegt 32,35% (11) gemiddeld meer dan 60 uur per week te werken, 52,94% (18) tussen de 40 en de 60 uur en 14,71% (5) tussen de 20 en 40 uur per week.

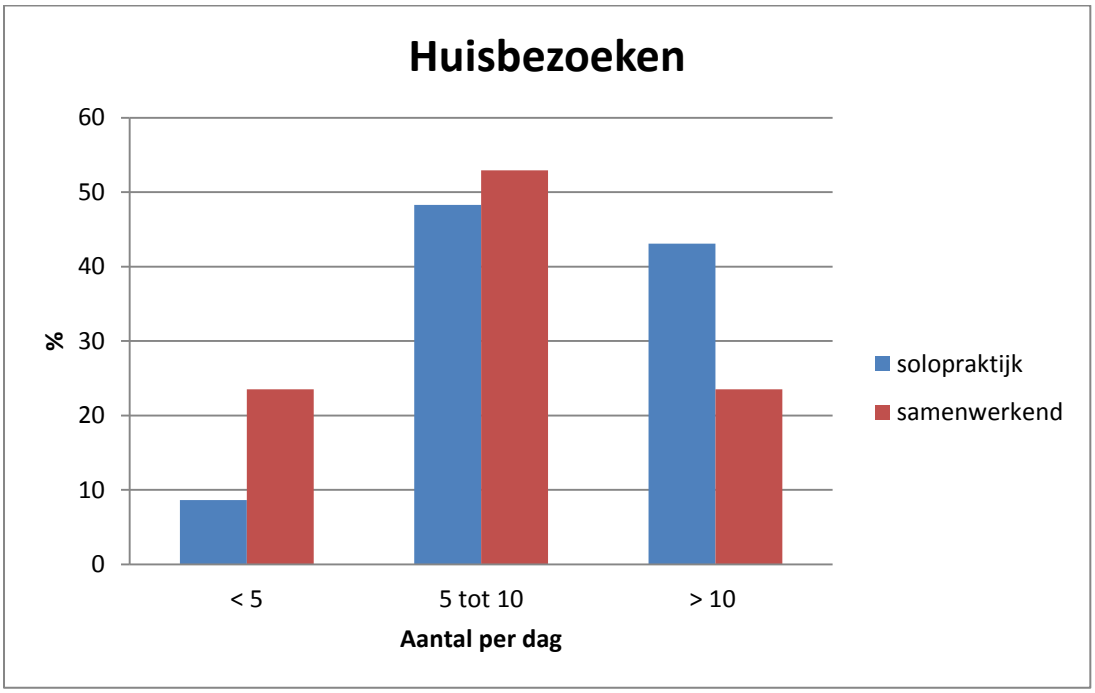
Van deze resultaten zijn de verschillen tussen solo-artsen en samenwerkende artsen die tussen de 20 en 40 uur en meer dan 60 uur per week werken ook statistisch significant.



Figuur 2.7: Gemiddeld aantal werkuren per week volgens praktijkvorm.

De helft (46) van de respondenten doet 5 tot 10 huisbezoeken per dag en 35,87% (33) doet er meer dan 10. Bij de solo-artsen zien we dat 43,1% (25) meer dan 10 huisbezoeken per dag aflegt, en samengeteld doet 91,38% (53) van hen er meer dan 5 per dag. Dit staat tegenover 23,53% (8) van de samenwerkende artsen die meer dan 10 huisbezoeken per dag doen en 76,47% (26) meer dan 5 huisbezoeken.

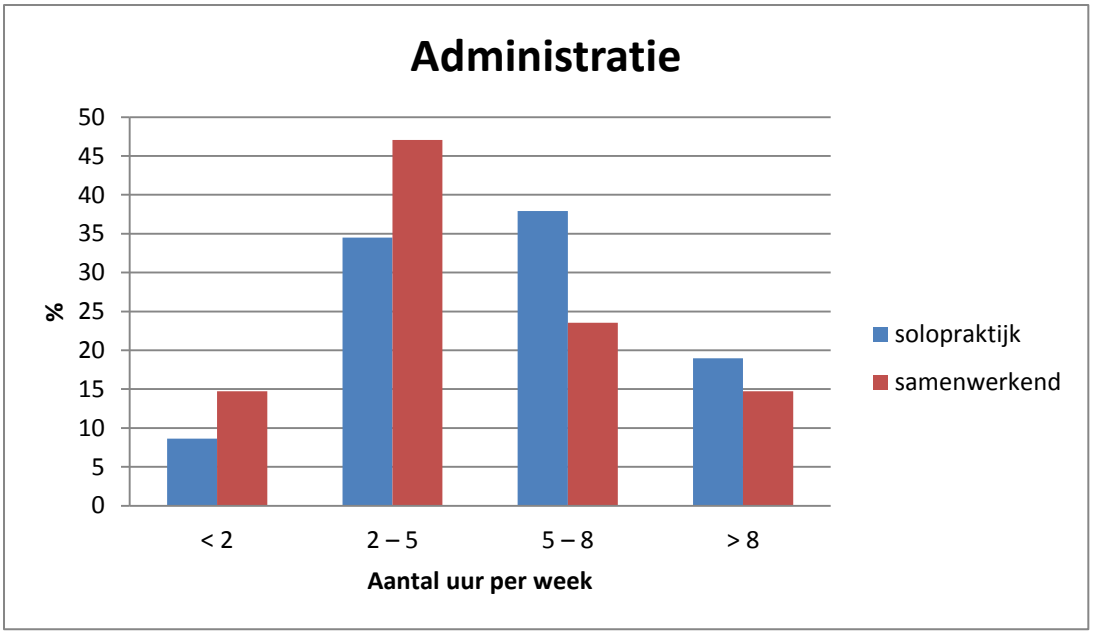
Enkel het resultaat wat betreft de artsen die minder dan 5 huisbezoeken per dag afleggen, doorstaat de significantietest.



Figuur 2.8: Gemiddeld aantal huisbezoeken per dag volgens praktijkvorm.

71,74% (66) van de huisartsen besteedt 2 tot 8 uur per week aan administratie, maar 17,39% (16) zegt daar toch meer dan 8 uur per week voor nodig te hebben. Van de solo-artsen zegt 43,10% (25) minder dan 5 uur per week administratief werk te hebben en 56,90% (33) dus meer dan 5 uur per week. Bij de samenwerkende artsen heeft 61,77% (21) minder dan 5 uur per week werk met administratie en 38,24% (13) meer dan 5 uur per week.

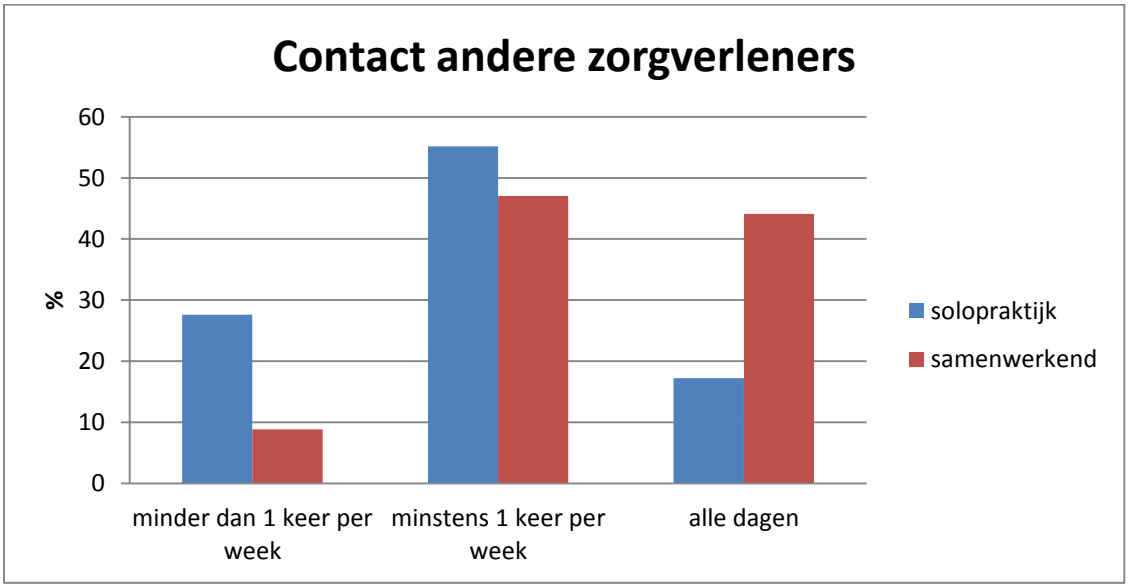
Geen van deze resultaten wat betreft de verschillen tussen administratieve belasting is echter statistisch significant.



Figuur 2.9: Gemiddeld aantal uren administratief werk volgens praktijkvorm.

27,17% (25) van de volledige groep geeft aan alle dagen een waardevol contact met andere zorgverleners te hebben, 52,17% (48) van hen minstens 1 keer per week en 20,65% (19) minder dan 1 keer per week. Bij de samenwerkende artsen zien we dat 44,12% (15) alle dagen een waardevol contact met andere zorgverleners heeft en 8,82% (3) minder dan één maal per week. Van de solo-artsen zegt 17,24% (10) alle dagen en 27,59% (16) minder dan één maal per week een waardevol contact met andere zorgverleners te hebben.

Het verschil tussen solo-artsen en samenwerkende artsen die minder dan één keer per week en alle dagen een waardevol contact met andere zorgverleners hebben, is eveneens statistisch significant.

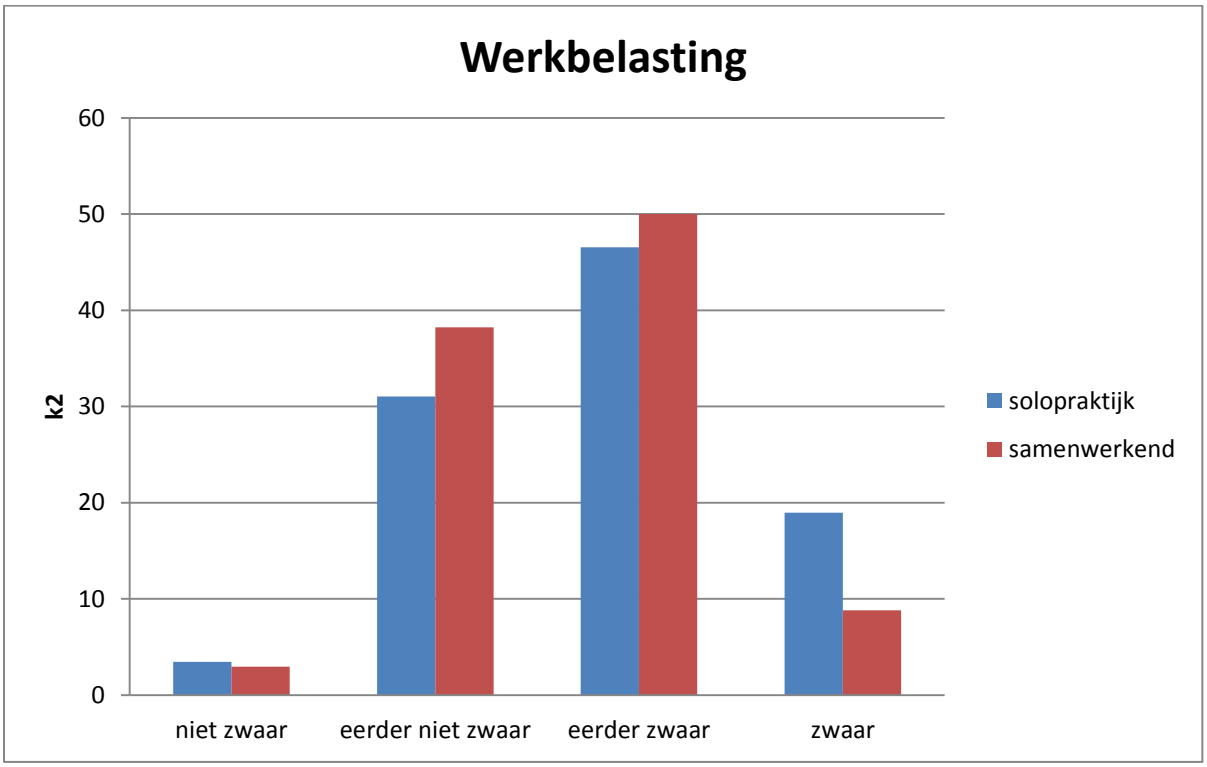


Figuur 2.10: Frequentie van contact met andere zorgverleners volgens praktijkvorm.

Subjectieve gegevens

3,26% (3) van alle artsen die de vragenlijst beantwoordden, ervaart de werkbelasting als niet zwaar, terwijl 63,05% (58) deze als eerder zwaar (47,83%) of zwaar (15,22%) beschouwt. Als we nu de verschillende praktijkvormen vergelijken zien we dat 18,97% (11) van de solo-artsen aangeeft dat de werkbelasting zwaar is versus 8,82% (3) van de samenwerkende artsen. 34,48% (20) van de solo-artsen zegt dat de werkbelasting eerder niet zwaar of niet zwaar is, tegenover 40,72% (14) van de samenwerkende artsen.

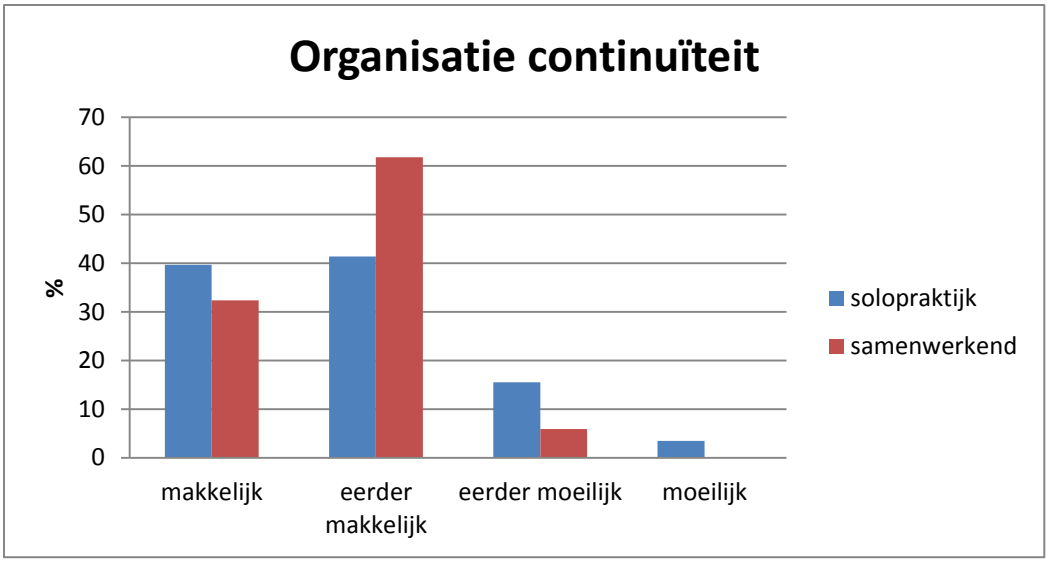
Deze verschillen in werkbelasting doorstaan de significantietest met 95% betrouwbaardsinterval echter niet.



Figuur 2.11: De werkbelasting volgens praktijkvorm.

Van de volledige groep vindt 36,96% (34) de continuïteit van de zorg makkelijk en 48,91% (45) eerder makkelijk te organiseren. Bij de solo-artsen zegt 41,38% (24) dat de organisatie van de continuïteit eerder gemakkelijk is en 15,52% (9) eerder moeilijk. Van de samenwerkende artsen vindt 61,76% (21) dit eerder makkelijk en 5,88% (2) eerder moeilijk.

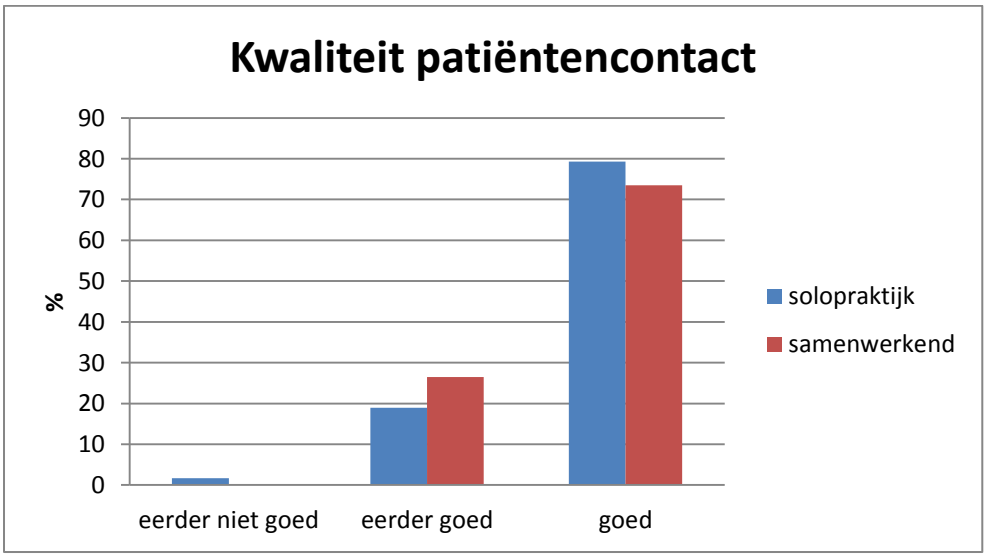
Ook deze verschillen blijken niet statistisch significant te zijn.



Figuur 2.12: De organisatie van de continuïteit van de zorgverlening volgens praktijkvorm.

77,17% (71) van de volledige groep ervaart de kwaliteit van het patiëntencontact als goed, slechts 1 arts als eerder niet goed, en niemand als niet goed. Specifiek bij de alleenwerkende artsen zegt 79,31% (46) dat de kwaliteit van het patiëntencontact goed is, tegenover 73,53% (25) van de samenwerkende artsen.

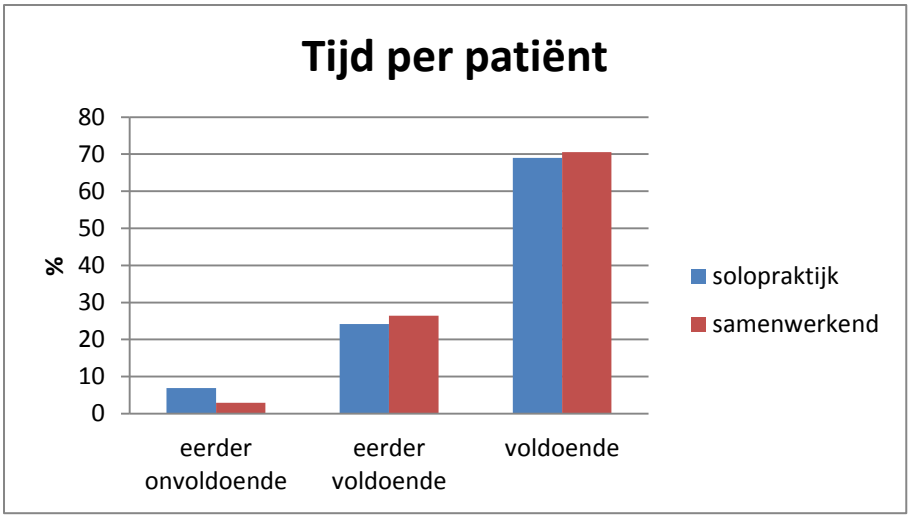
Dit is geen significant resultaat.



Figuur 2.13: De kwaliteit van het patiëntencontact volgens de huisartsen volgens praktijkvorm.

Het overgrote deel van zowel de solo- als samenwerkende artsen zegt voldoende of eerder voldoende tijd te hebben per patiënt. 6,9% (4) van de solo-artsen zegt daar eerder onvoldoende tijd voor te hebben, versus 2,94% (1) van de samenwerkende artsen.

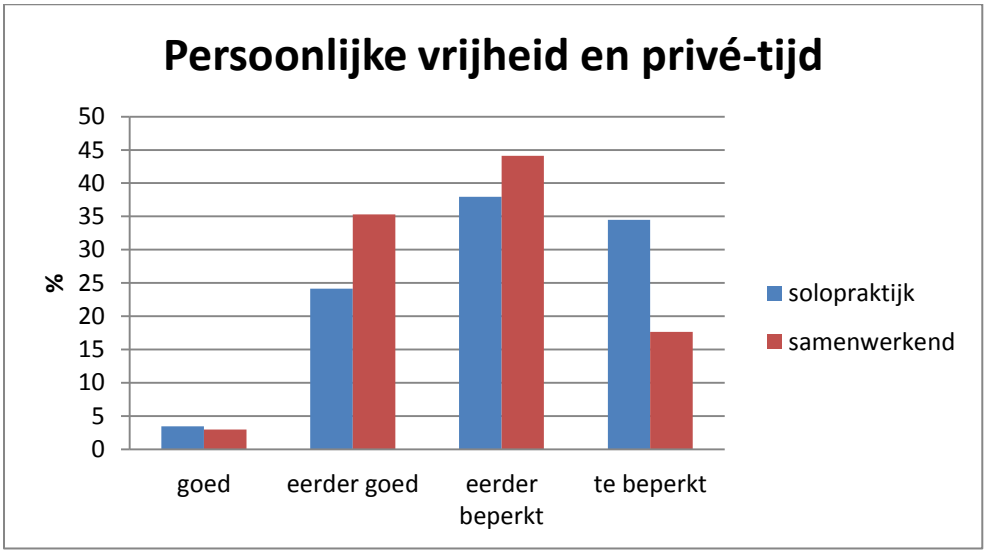
Ook dit is geen statistisch significante bevinding.



Figuur 2.14: Te besteden tijd per patiënt volgens praktijkvorm.

68,48% (63) van de respondenten vindt dat zijn of haar persoonlijke vrijheid en privé-tijd te beperkt of eerder beperkt is, amper 3,26% (3) vindt ze goed. Van de solo-artsen geeft 34,48% (20) aan dat zijn persoonlijke vrijheid en privé-tijd te beperkt is; 27,59% (16) vindt dat de privé-tijd eerder goed of goed is. Hier staat 17,65% (6) van de samenwerkende artsen tegenover die vinden dat hun persoonlijke vrijheid en privé-tijd te beperkt is en 38,23% (13) vindt dit eerder goed of goed.

Hoewel er enkele duidelijke procentuele verschillen zijn, blijken deze niet statistisch significant te zijn.



Figuur 2.15: Hoeveelheid persoonlijke vrijheid en privé-tijd volgens praktijkvorm.

Van de artsen die werkzaam zijn in een associatie, duo- of groepspraktijk zegt 61,76% (21) een goede samenwerking met goede afspraken te hebben. 35,29% (12) ervaart af en toe een ergernis, slechts 1 respondent omschrijft de samenwerking als eerder niet goed.

2.2.2 Interviews

"Bijna 85% van de solo-artsen is van het mannelijk geslacht, tegenover 53% van de samenwerkende artsen."

Alle artsen meenden dat hier de rol van de vrouw in de maatschappij een belangrijke oorzaak van is. Vrouwen doen over het algemeen nog steeds meer in het huishouden en willen meer tijd met de kinderen doorbrengen. Dit zou makkelijker haalbaar zijn in een groepspraktijk dan in een solopraktijk.

Int. 1 "Tja, dat is logisch hé. Als vrouw heb je nog je huishouden, je gezin en dat is alleen moeilijker te combineren dan in een groepspraktijk."

Int. 2 "Ik denk dat dat een beetje aan de plaats van de vrouw in de maatschappij ligt. Een vrouw wilt meer bij de kindjes zijn, wilt meer kwaliteit voor het gezin, en bij de man is dat toch iets minder."

Int. 3 "Ook familiaal is het gemakkelijker om in groep te werken, zeker voor vrouwen."

Int. 4 "Ik denk dat dat gewoon is omdat een vrouw zich wilt organiseren in de richting van naast het beroepsleven ook een familiaal leven te hebben, met kinderen enzo."

"Van de solo-artsen is slechts 10% jonger dan 40 jaar, terwijl dit in groepspraktijken 35% is."

Geen van de geïnterviewde artsen verbaasde zich hierover.

Als mogelijke oorzaak opperden verschillende artsen dat de oudere artsen vaak nog veel werken en de partner - meestal de vrouw - meehelpt in de praktijk. Bij de jongere artsen is dat vaak niet meer het geval, aangezien tegenwoordig beide partners meestal een carrière willen uitbouwen. Bovendien wordt er steeds meer belang gehecht aan activiteiten naast het beroepsleven, zoals bijvoorbeeld sporten, hobby's, vrienden en familie.

Dit zou meteen ook een deel van de verklaring kunnen zijn voor de tendens dat er steeds meer artsen in groepsverband gaan werken en steeds minder huisartsen een solopraktijk opstarten.

Int. 1 "Omdat de oudere artsen vaker heel veel werken en de vrije tijd pas later komt. Terwijl nu is er meer oog voor zowel werk als voor vrije tijd. Een sociaal leven ernaast. Vroeger ging het helemaal anders, had je vaak de solo-arts en de echtgenote werkte mee in de praktijk, deed de telefoon, deed het papierwerk, enz."

Int. 2 “Vroeger was je arts en niets anders. Nu wil je arts zijn, je hobby’s doen, je wilt papa zijn, en dat brengt met zich mee dat dat in samenwerkingsverband allemaal meer tot ontplooiing kan komen dan als solo-arts.”

Int.4 “Dat is een beetje historisch zo gegroeid, denk ik. Toen ik begon in het jaar ’75 begon iedereen solo. Ik denk dat jongeren nu meer kiezen voor een groepspraktijk omdat ze meer privé-tijd willen hebben.”

“55% van de solo-artsen zegt meer dan 60 uur per week te werken, tegenover 32% van de artsen werkzaam in een groepspraktijk.”

Alle geïnterviewde artsen zeiden dat ze op dit moment toch vaak 60 uur of meer werkten per week (ter info: deze uren houden zowel de patiëntencontacten in, als administratieve werkuren en andere beroepsgerelateerde bezigheden). Iedereen ging echter ook akkoord met de stelling dat solo-artsen over het algemeen vermoedelijk nog meer uren werken dan samenwerkende artsen. Als mogelijke oorzaak werd aangehaald dat je er als solo-arts simpelweg alleen voor staat en alles zelf moet doen, terwijl je in een groepspraktijk een aantal taken kunt verdelen.

Er werd ook vermoed dat de subjectieve ervaring een invloed kan hebben op het aangegeven aantal werkuren in de enquête. Zo beantwoorden veel solo-artsen al hun telefoons zelf terwijl veel groepspraktijken een secretariaat hebben, wat de werkdag voor een solo-arts vaak vermoeiender en stresserender maakt. Bovendien voorzien in de bevraagde regio bijna alle artsen ook ’s avonds en ’s nachts de telefonische permanentie voor hun eigen praktijk. In groepspraktijken kan dit uiteraard verdeeld worden, maar solo-artsen staan hier alleen voor.

Int. 1 “Dat klopt zeker. In een groepspraktijk verdeel je het werk, en zo heb je veel meer tijd tussenin.”

Int. 2 “De gedachte van als solo-arts heb je nooit gedaan, geeft ook een gevoel dat je veel werkt hé, omdat je dag nooit echt eindigt.”

Int. 4 “Een solo-arts werkt al snel 60 uren, terwijl in groepspraktijken – ik heb er natuurlijk geen ervaring mee – kun je meer vrije tijd maken hé.”

“Van de solo-artsen zegt 43% nog meer dan 10 huisbezoeken per dag te doen; in groepspraktijken is dat maar 23%.”

Verschillende artsen zeiden vaak 10 huisbezoeken of meer per dag af te leggen.

Als één van de mogelijke redenen werd de algemeen iets hogere leeftijd van de solo-artsen aangehaald. Het is namelijk vaak zo dat de gemiddelde leeftijd van een patiëntenpopulatie mee stijgt met de leeftijd van de huisarts. Oudere patiënten vragen vaker een huisbezoek aan, omdat ze veelal niet meer in staat zijn om zelf op consultatie te komen. Dus: hoe ouder de arts, hoe ouder de patiënten, hoe meer huisbezoeken.

Int.1 "Veel solo-artsen zijn ouder en hebben ook oudere patiënten. Je merkt dat dat wat meegaat met je eigen leeftijd. Er zijn weinig jonge patiënten die vragen om op huisbezoek te komen."

Int. 3 "Ja, dat kan. Solo-artsen zijn over het algemeen iets ouder, en hebben ook vaak een oudere patiëntenpopulatie. En zij gaan vaker een bezoek aanvragen."

Er werd ook gesproken over de buffer van het secretariaat. In groepspraktijken is er vaak een secretariaat dat de telefoons beantwoordt, waardoor er verschillende aanvragen voor huisbezoeken kunnen gewijzigd worden in een consultatie. Een solo-arts neemt vaak zelf de telefoons aan, die bijgevolg vaak een consultatie storen. Uit gemak of gewoonte gaat de huisarts dan misschien al sneller akkoord met een huisbezoek. Het is moeilijker om neen te zeggen, en zo ook misschien moeilijker om de patiënten 'op te voeden'. De meer gestructureerde werking in groepspraktijken zou dus een invloed zou kunnen hebben op het makkelijker naar de praktijk krijgen van de patiënten.

Int. 2 "Ik denk dat dat voortvloeit uit het feit dat je als solo-arts minder snel neen gaat zeggen dan in een groepspraktijk. Er is de buffer van het secretariaat die continu vraagt of ze niet zelf kunnen komen. (…) En ook, ge gaat rapper uw patiënten opvoeden in een groepspraktijk, omdat je met verschillende visies de patiënten probeert te begeleiden."

Int. 4 "In een groepspraktijk is het misschien gemakkelijker om de patiënten naar de praktijk te krijgen, omdat er meer gestructureerd gewerkt wordt, er wordt meer op afspraak gewerkt en dat is toch een voordeel voor de mensen."

"19% van de solo-artsen gaf aan de werkbelasting als zwaar te ervaren, tegenover 9% van de samenwerkende artsen."

Een eerste aangehaalde oorzaak was dat solo-artsen ook gewoon effectief meer werken, hetgeen dus onvermijdelijk leidt tot een zwaardere werkbelasting.

Bovendien waren alle geïnterviewde artsen het eens over het gebrek aan collega's in solopraktijken als oorzaak van een hogere werkdruk. Zo is er de druk van de 24 uur permanentie die moet voorzien worden, maar het brengt ook met zich mee dat je als solo-arts alle consultaties en huisbezoeken zelf moet doen; je kan niet rekenen op iemand om bij te springen op drukke momenten.

Vervolgens zou alleen werken ook psychisch zwaarder zijn, aangezien je niemand hebt om even bij te ventileren. Slechts één arts zei dit niet zo te ervaren, doordat hij reeds lang gewend is aan het alleen werken, waardoor hij niet echt een 'ventilatiepersoon' mist.

Tot slot zou ook de verantwoordelijkheid zwaarder doorwegen als je alleen werkt, omdat je minder gemakkelijk eens kunt overleggen. En ook dat verantwoordelijkheidsgevoel kan een impact hebben op de subjectieve werkbelasting. Er werd echter ook gewaarschuwd voor de mogelijke gevaren van dat verminderd verantwoordelijkheidsgevoel in groepspraktijken.

Int. 1 "Ik denk ten eerste doordat het gewoon effectief minder zwaar is in een groepspraktijk, want je ziet minder patiënten als je het verdeelt onder zoveel artsen. En ten tweede is het, denk ik, ook misschien psychisch een stuk zwaarder om alles alleen te dragen. De verantwoordelijkheid is veel zwaarder, want je bent alleen."

Int. 2 "In een groepspraktijk heb je echt de buffer van de collega's en het secretariaat. Ge kunt buitenkomen en zeggen 'moet je nu een keer een goeien weten…' en ge zijt het kwijt, het blijft niet hangen. Als solo-arts ben je hele dagen alleen, tegen wie moet je het gaan vertellen?"

Int. 3 "Ik denk dat dat is omdat solo-artsen er alleen voor staan. Wij in de groepspraktijk, als er een bezoek is die teveel is, dan bel je naar een collega om te vragen of hij dat bezoek nog kan doen. Dat gebeurt toch regelmatig."

Int. 4 "Dit komt door de druk van de permanentie, zonder twijfel. (…) We zijn wel eenzaam, maar je wordt dat gewoon op den duur."

"34,5% van de solo-artsen vindt zijn vrije tijd te beperkt, versus 17,5% van de samenwerkende artsen."

De interviews bevestigden dat de meeste artsen hun vrije tijd toch eerder beperkt vinden.

Een mogelijke verklaring is dat je je werkuren als arts in een groepspraktijk beter kunt organiseren, en dus ook je vrije tijd. Als de patiënten blijven bellen, is het als solo-arts vaak moeilijk om neen te zeggen, er is een druk om de permanentie van de zorg te onderhouden.

Er werd gezegd dat het ook afhangt van hoe je die vrije tijd invult, of kunt invullen. Als je na een drukke werkdag thuiskomt, is er vaak een gebrek aan energie en 'goesting' om nog veel te doen. Zo kan dus het gevoel van vrije tijd beïnvloed worden door de subjectieve werkbelasting van overdag, los van de effectieve werk/vrije tijd verhouding.

Int. 1 "Dat klopt absoluut, ik merk dat bij mezelf. Aan de andere kant, soms zeg ik 'oké, vanavond ga ik stoppen om 19u', maar ja, ze blijven dan bellen. En als je dan geen neen kunt zeggen…"

Int. 2 "Het hangt ook een beetje af van hoe je je vrije tijd invult hé. Het thuiskomen na een drukke werkdag als solo-arts waarbij je alles zelf hebt moeten oplossen, is minder uitnodigend om nog iets te doen ernaast. En punt twee, ik denk dat een solo-arts ook gewoon meer werkt dan een samenwerkende arts. Maar dat is keuzes maken hé."

Int. 3 "We kunnen ons beter organiseren, maar toch vind ik ook dat de privé-tijd nog te beperkt is."

Int. 4 "In een groepspraktijk kun je uw leven beter gaan organiseren naar vrije tijd toe. Terwijl in een solopraktijk zit je met de druk van de permanentie die niet te onderschatten is.

"Wat was uw grootste motivatie om in uw huidige praktijkvorm te stappen?"

Beide samenwerkende artsen zeiden eigenlijk eerder toevallig in een groepspraktijk gerold te zijn. Het werd hen voorgesteld en het leek hen aangenamer werken op die manier. Achteraf gezien waren ze beiden zeer blij met hun toenmalige keuze. Ook de combinatie werk-gezin was een grote motivatie om samen te werken.

De vrees voor conflicten in een groepspraktijk is één van de motivaties om alleen te werken, en het gevoel van volledig eigen baas te zijn. Ook de intensere arts-patiënt relatie die je ervaart als solo-arts wordt vernoemd. Ten slotte wordt aangehaald dat het vroeger ook gewoon zo was dat bijna iedereen alleen startte.

Int. 1 "Ik wou in een groepspraktijk stappen voor de combinatie gezin-werk. Dat is eigenlijk simpel. Waarom ben ik eruit gestapt? Niet omdat ik het daar niet leuk vond, maar omdat ik daar geen toekomst had. Dan heb ik gezocht naar een andere groepspraktijk, maar ik dacht, ja het gaat overal wel iets zijn."

Int. 2 "Ik heb er nooit bewust bij stilgestaan om niet als solo-arts te beginnen. Maar wel achteraf zeer content dat ik die stap gezet heb."

Int. 3 “Ik ben zelf uitgenodigd geweest door twee oudere collega’s om samen te gaan werken. En eigenlijk was ik er van de eerste keer mee akkoord, omdat je dan ook meer mogelijkheden hebt, meer materiaal kunt aankopen. En meer vrij tijd, dat was de planning in het begin toch.”

Int. 4 “Dat was een beetje de wet van het modale, iedereen startte alleen.”

“Hebt u ooit overwogen om te veranderen van praktijkvorm?”

De artsen werkzaam in een groepspraktijk zijn tevreden in hun huidige praktijkvorm en wensen niet te veranderen. De steun van de collega’s en het secretariaat blijkt één van de hoofdredenen hiervoor te zijn. Er wordt gezegd dat er in elke groepspraktijk van tijd tot tijd conflicten ontstaan en dat er op zo’n momenten misschien even overwogen wordt om alleen te gaan werken. Het gaat er echter om hoe die conflictsituaties aangepakt worden.

Beide solo-artsen overwegen momenteel of hebben ooit overwogen om samen te gaan werken. De grootste moeilijkheid lijkt het vinden van een collega met dezelfde denkwijze en gedrevenheid, iemand waarmee het echt goed klikt. Bovendien zijn goede financiële afspraken erg belangrijk, zodat ergernissen vermeden kunnen worden. De grootste motivatie om te gaan samenwerken is het verminderen van de huidige werkbelasting.

Int. 1 “Naar de toekomst toe ben ik zeker van plan om samen te werken. Als ik iemand zou vinden waarmee het echt goed klikt, zou ik associëren. Maar je moet echt op dezelfde manier geneeskunde doen, dezelfde manier van denken. En anders zou ik van op afstand samenwerken.”

Int. 2 “Ja. Ik denk dat degene die zegt ‘nog nooit’ aan het liegen is. En dat duurt dan een dag dat je dat overweegt, en dan is dat weer helemaal weg dat gevoel.”

Int. 3 “Neen. Je hebt de steun van een secretariaat, de steun van elkaar. Dat is een groot voordeel.”

Int. 4 “Ik zat jaren geleden al met het idee om te associëren. Feitelijk heb ik nooit echt iemand gevonden met dezelfde drive, dezelfde gedrevenheid.”

“Wat is volgens u het grootste nadeel aan uw huidige praktijkvorm?”

Als mogelijk nadeel van groepspraktijken wordt het afbouwen of stopzetten van je carrière op latere leeftijd vermeld. De collega’s zouden kunnen verwachten dat iedere arts zijn deel blijft doen. De eventuele conflicten en de compromissen die je moet sluiten zouden een andere uitdaging vormen

in een groepspraktijk. Bovendien ben je als arts in een groepspraktijk op verschillende vlakken, ook financieel, afhankelijk van anderen.

Int. 3 “Ik denk dat er één nadeel is aan groepspraktijken en dat is als je uw praktijk wilt afbouwen of stoppen. Er wordt verondersteld dat je evenveel ter beschikking blijft, evenveel blijft presteren, en evenveel wachten en nachten doet.”

Int. 2 “Van de patiënten uit dat ze zich moeten neerleggen naar de schikking van de praktijk, dat ze niet elke keer hun vertrouwensarts kunnen opeisen. En als arts, dat je met meer rekening moet houden dan met jezelf, dat je moet durven inbinden soms, compromissen sluiten.”

Beide solo-artsen zetten hier de hoge werkdruk met stip op één. Ook de zware verantwoordelijkheid en de druk van de permanentie die gepaard gaan met deze praktijkvorm.

Int. 1 “De werkdruk! En de zware verantwoordelijkheid om er altijd alleen voor te staan.”

Int. 4 “Het grootste nadeel is de druk van de permanentie. Moest je kunnen zeggen ik stap mijn praktijk binnen om 8u30 en ik stap buiten om 17u, dan zou ik dat zeker niet zwaar vinden.”

STAP 3: DISCUSSIE

3.1 Opmerkelijke onderzoeksresultaten

Arts karakteristieken

Volgens de literatuur zijn solo-artsen over het algemeen iets ouder, vaker van het mannelijk geslacht, geven ze minder vaak opleiding en ze hebben minder vaak ondersteunend personeel rond zich. De resultaten van de enquête bevestigen al deze bevindingen. De verschillen zijn bovendien ook statistisch significant: zowel wat betreft het geslacht, de leeftijd, aanwezigheid van HAIO's of stagiairs (opleiding geven), als de aanwezigheid van een praktijkassistent(e) (ondersteunend personeel). Ook in de interviews wordt de literatuur hieromtrent bevestigd, met de algemene indruk dat jongere artsen – zeker vrouwen – meer belang hechten aan een goede werk-leven-balans, hetgeen enkele van deze arts karakteristieken kan verklaren.

Werkbelasting

Over de werkbelasting was de literatuur wat verdeeld, maar de meeste bronnen verklaarden toch dat de werkbelasting groter is voor solo-artsen. Ook uit de enquêtes kan de conclusie getrokken worden dat solo-artsen een hogere werkbelasting ervaren dan samenwerkende artsen, al is dit verschil niet significant volgens een 95% betrouwbaarheidsinterval. We kunnen hier enkele mogelijke redenen voor aanhalen.

Als we ten eerste kijken naar het aantal werkuren, bevestigen zowel de literatuur als de enquêtes als de interviews dat solo-artsen gemiddeld meer uren per week werken dan artsen in groepspraktijken. Dit verschil blijkt trouwens ook statistisch significant te zijn. Het lijkt een logisch gevolg hiervan dat solo-artsen vaker vinden dat hun vrije tijd te beperkt is, zoals ook uit de resultaten van de enquêtes bleek, hoewel niet statistisch significant.

Volgens zowel de literatuur als de enquêtes doen huisartsen in een solopraktijk bovendien meer huisbezoeken, hetgeen ook tot een hogere werkbelasting kan leiden. Wanneer hiernaar gevraagd werd tijdens de interviews, werden twee mogelijke oorzaken naar voor geschoven. Ten eerste zijn solo-artsen over het algemeen iets ouder dan samenwerkende artsen (cf. supra), waardoor zij vaker een iets oudere patiëntenpopulatie hebben, en ouderen vragen vaker een huisbezoek aan. Dit is ook terug te vinden in de literatuur. [24] Ten tweede kan ook de gemiddeld beter gestructureerde organisatie van groepspraktijken [2] een invloed hebben op het aantal huisbezoeken. Door de aanwezigheid van een secretariaat wordt er in groepspraktijken vaker op afspraak gewerkt, waardoor de patiënten gemakkelijker naar de praktijk op consultatie komen.

Als we vervolgens de organisatie van de continuïteit van de zorg bekijken, zien we ook dat de literatuur, enquêtes en interviews op één lijn zitten. De literatuur zegt dat de continuïteit makkelijker te organiseren is in groepspraktijken, en de resultaten van de enquêtes bevestigen dit, al is dit verschil niet significant bevonden. Ook in de interviews werd de druk van de permanentie als één van de hoofdredenen van de hogere werkbelasting voor solo-artsen naar voor geschoven.

Collegiaal contact

Het gebrek aan naaste collega's heeft enkele nadelen die op hun beurt weer kunnen leiden tot een hogere werkbelasting. Uit de literatuur en ook uit de interviews komt een tweeledige verklaring hiervoor.

Het eerste nadeel is dat er geen medische kennis en praktische ervaringen kunnen uitgewisseld worden, en overleg omtrent een moeilijkere casus minder evident is. [2,3,4,7,20] Een solo-arts moet dan al een collega huisarts of specialist opbellen, wat in de praktijk toch minder snel gedaan wordt dan dat samenwerkende artsen hun naaste collega even raadplegen.

Een tweede nadeel is de mogelijke eenzaamheid. Volgens een Finse interview studie is geen deel uitmaken van een werkomgeving één van de belangrijkste oorzaken van dit gevoel van isolatie. [20] Een Britse studie uit 1996 stelt bovendien dat depressie bij huisartsen gelinkt is met weinig vrije tijd, het aantal wachten en werkzaam zijn in een solopraktijk. [25] Bij de geïnterviewde artsen waren de meningen wat verdeeld, maar er waren er toch enkelen die aangaven soms nood te hebben aan een 'ventilatie-persoon'. Samenwerkende artsen kunnen af en toe hun hart eens luchten, over zowel medische als persoonlijke aangelegenheden, bij de collega-artsen of het ondersteunend personeel. Terwijl een solo-arts deze gevoelens meestal pas op het einde van de dag of later kwijt kan bij een partner, vriend of collega.

Aan de andere kant ben je als solo-arts van niemand anders afhankelijk, hetgeen een voordeel kan zijn. Uit de interviews bleek inderdaad dat het vinden van iemand met dezelfde professionele filosofie de grootste uitdaging is wanneer men wilt associëren. Je moet in staat zijn om compromissen te sluiten en rekening te houden met de anderen.

Kwaliteit van de zorgverlening

Uit de literatuur bleek dat er geen aanwijzingen waren dat solo-artsen klinisch minder goed zouden presteren. Dit werd niet onderzocht via de enquêtes en interviews.

Wat de arts-patiënt relatie betreft, vermeldde de literatuur dat er soms een deel van het persoonlijke karakter van die relatie verloren kan gaan in groepspraktijken. De arts-patiënt relatie werd ook

bevraagd in de enquête; dit verschil tussen solo-artsen en samenwerkende artsen werd niet bevestigd. Uiteraard moet er op gewezen worden dat hier in dit onderzoek enkel de visie van de arts werd nagevraagd en niet die van de patiënten.

Financiële implicaties

Volgens de literatuur zijn er aan beide praktijkvormen zowel voor- als nadelen. In de interviews werden de financiële gevolgen niet uitgediept, maar één van de solo-artsen die vroeger nog in een associatie had gewerkt, bevestigde toch nu meer te verdienen dan vroeger, net zoals de literatuur suggereerde.

Tot slot moet nog gezegd dat het afsluiten van een goede financiële overeenkomst erg belangrijk is als je samen in een groepspraktijk stapt. Eén van de geïnterviewde artsen bevestigde dat een ongunstige overeenkomst tot frustratie en uiteindelijk opsplitsen van de praktijk kan leiden.

3.2 Beperkingen van het onderzoek

Literatuurstudie

Reeds in het begin van de literatuurstudie werd duidelijk dat er relatief weinig literatuur is over dit onderwerp. Er waren zo goed als geen richtlijnen te vinden en slechts een twintigtal bruikbare artikels werden weerhouden. Dit leidde onvermijdelijk tot een literatuurstudie die eerder beperkt in omvang was.

Epidemiologisch onderzoek

Het onderzoek, bestaande uit de enquêtes en vier interviews, heeft enkele beperkingen.

Ten eerste werd de vragenlijst enkel via email verspreid. Hierdoor is het mogelijk dat een deel van de huisartsen die minder vertrouwd zijn met informatica minder bereikt werd, wat de resultaten zou kunnen vertekenen. Er moet dus bijvoorbeeld rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat er minder dan de geregistreerde 97% van de huisartsen gebruik maakt van het elektronisch medisch dossier, aangezien er een kans bestaat dat de artsen die hun patiëntencontacten nog niet elektronisch registreren ook de enquête niet hebben ingevuld.

Een tweede beperking betreft de bevraging van de ‘objectieve’ gegevens. De correctheid van het opgegeven aantal werkuren, aantal huisbezoeken, aantal uren administratief werk… kon onmogelijk worden geverifieerd en kan dus gekleurd zijn door subjectieve beleving.

Een derde beperking is de grootte van de steekproef. Alhoewel de 92 bekomen resultaten bijna het beoogde aantal was (100), is het toch een eerder beperkte studie. Bovendien werd de vragenlijst enkel verspreid onder huisartsen in de West-Vlaamse regio, waardoor regionale verschillen niet uitgesloten kunnen worden.

Tot slot werden tijdens de interviews ook enkele niet-significante resultaten voorgelegd aan de geïnterviewde artsen, hoewel er dus niet zomaar van deze verschillen kon uitgegaan worden. Desalniettemin waren de artsen geneigd om al deze resultaten te bekrachtigen.

STAP 4: ADVIEZEN

Op basis van deze onderzoeksresultaten kunnen enkele nadelen van een solopraktijk weerhouden worden, waarvoor ik graag enkele adviezen zou meegeven. Deze werden geformuleerd op basis van de literatuur en de interviews met de huisartsen.

Gebrek aan collega's

Het gebrek aan naaste collega's leidt voornamelijk tot een gemis aan overleg en ventilatie. Gecontinueerde educatie en overlegmomenten met collega's (vb. LOK's, MOC's, …) kunnen solo-artsen deels uit hun geïsoleerde positie halen. Zo hoeven bepaalde moeilijke beslissingen niet alleen genomen te worden en kunnen eventuele frustraties geventileerd worden. [3]

Organisatie praktijk

Om de belasting van storende telefoons tijdens de werkuren te verminderen zijn er enkele mogelijkheden. Een praktijkhulp kan parttime of fulltime aangenomen worden om telefoons te beantwoorden. Praktijkassistenten kunnen eventueel ook enkele medisch-technische en organisatorische taken op zich nemen. Een telesecretariaat is een andere mogelijkheid. Sinds januari 2012 werd het Impulseo III concept uitgebreid naar solo-artsen. Dit biedt een financiële tegemoetkoming voor de kosten van een praktijkhulp of het medisch telesecretariaat. [10,11] Andere mogelijkheden voor de reductie van de telefonische belasting zijn een antwoordapparaat, een telefoonuurtje of internet-afspraken. [11] Over de werking en mogelijke voor- en nadelen van bovenstaande opties zal deze masterproef niet verder ingaan. Deze manieren van werken kunnen leiden tot minder huisbezoeken, meer werken op afspraak, en dit kan dan weer de werkbelasting verminderen.

Continuïteit

De regio waar de enquêtes en interviews werden afgenomen, is een regio waar er veelal wel regiowachten georganiseerd worden, maar vele huisartsen zelf de permanentie tijdens de week bieden voor hun eigen patiënten. Dit brengt voor solo-artsen een hoge werkbelasting mee. Het concreet uitvoeren van de regiowachten tijdens de week, zou hier een oplossing kunnen bieden.

CONCLUSIE

Uit deze masterproef blijkt dat er drie voordelen verbonden zijn aan het werken in een solopraktijk. Het eerste is de totale onafhankelijkheid van anderen. Je kan je eigen werkschema opmaken en hoeft geen rekening te houden met anderen of compromissen te sluiten. Logischerwijs kunnen er ook geen conflictsituaties of frustraties ontstaan. Ten tweede ligt het inkomen van een solo-arts gemiddeld iets hoger dan dat van een samenwerkende arts. En ten derde zou de arts-patiënt relatie iets hechter zijn in een solopraktijk. Een deel van het persoonlijk karakter dreigt namelijk verloren te gaan wanneer verschillende artsen patiënten delen.

De mogelijke nadelen van een solopraktijk zijn echter iets talrijker. Zowel de literatuur, als de enquêtes als de interviews wezen aan dat de werkbelasting voor solo-artsen zwaarder is dan voor samenwerkende artsen. Het feit dat ze minder vaak ondersteunend personeel rond zich hebben, gemiddeld meer uren werken per week en meer huisbezoeken afleggen dan hun samenwerkende collega's zijn ongetwijfeld enkele oorzaken hiervan. Doordat solo-artsen geen naaste collega's hebben, moeten zij de permanentie van de zorg alleen waarborgen; dit kan leiden tot een moeilijker te organiseren continuïteit. Het gebrek aan collega's maakt het eveneens moeilijker om te overleggen over medische problemen of om bij te leren van elkaar. Er is ook geen naaste collega om bij te ventileren wanneer hier behoefte aan is, de literatuur heeft het hier zelfs over eenzaamheid. Deze laatstgenoemde zaken kunnen op hun beurt ook weer leiden tot het gevoel van een verhoogde werkbelasting voor solo-artsen. Tot slot kan het bij het opstarten van een praktijk voordelig zijn om de kosten te kunnen delen met collega's, zo ook later bij de aankoop van medisch materiaal.

REFERENTIES

1. Hippisley-Cox J, Pringle M, Coupland C, Hammersley V, Wilson A. “Do single handed practices offer poorer care? Cross sectional survey of processes and outcomes.” BMJ. 2001 August 11; 323(7308): 320-323.
2. Van den Hombergh P, Engels Y, Van den Hoogen H, Van Doremalen J, Van den Bosch W, Grol R. “Saying ‘goodbye’ to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain?” Fam Pract. 2005 Feb;22(1):20-7. Epub 2005 Jan 7.
3. Cooper R J. “Solo doctors and ethical isolation.” J Med Ethics 2009;35:692-695.
4. Green J M. “The views of singlehanded general practitioners: a qualitative study.” BMJ. 1993 September 4; 307:607-610.
5. Lunt N, Atkin K, Hirst M. “Staying single in the 1990s: single-handed practitioners in the new national health service.” Soc. Sci. Med. 1997;45(3):341-349.
6. Feron JM, Cerexhe F, Pestiaux D, Roland M, Giet D, Montrieux C, Paulus D. “GPs working in solo practice: obstacles and motivations for working in a group? A qualitative study.” Fam Pract. 2003 Apr;20(2):167-72.
7. Majeed A. “The future of singlehanded general practices.” BMJ. 2005 June 25; 330(7506):1460-1461.
8. Campbell JL, Ramsay J, Green J. “Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care.” Br J Gen Pract 2001;51:644-650.
9. NIVEL, http://www.nivel.nl – Overzichtstudies ‘De eerste lijn’.
10. Van Campen E. Masterproef “Ik moest kloppen want de telefoon doet het niet!”
11. Nieuwhoudt FA. Masterproef “The evaluation of telephonic contact by patients in a general practice during consultation hours.”
12. KCE reports 165A “Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak.”
13. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. “Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice.” BMC Health Serv Res. 2007 Apr 3;7:46
14. Goetz K, Musselmann B, Szecsenyi J, Joos S. “The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners.” Fam Med 2013;45(2):95-101.
15. Slade S, Busing N. “Weekly work hours and clinical activities of Canadian family physicians: results of the 1997/98 National Family Physician Survey of the College of Family Physicians of Canada.” CMAJ. 2002 May 28;166(11):1407-1411
16. Mazzaglia G, Lapi F, Silvestri C, Roti L, Giustini SE, Buiatti E. “Association between satisfaction and stress with aspects of job and practice management among primary care physicians.”
17. Van Ham I, Verhoeven A, Groenier K, Groothoff J, De Haan J. “Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review.” European Journal of General Practice. 2006;12:174-180
18. Bonney A, Farmer E. “Health care reform: Can we maintain personal continuity?” Australian Family Physician Vol.39, no.7, July 2010:455-456
19. Pedersen LB, Kjaer T, Kragstrup J, Gyrd-Hansen D. “General practitioners’ preferences for the organisation of primary care: A discrete choice experiment.” Health Policy 106(2012):246-256

20. Aira M, Mäntyselkä P, Vehviläinen A, Kumpusalo E. “Occupational isolation among general practitioners in Finland.” Occupational Medicine 2010;60:430-435
21. Shrestha D, Joyce CM. “Aspects of work-life balance of Australian general practitioners: determinants and possible consequences.” Australian Journal of Primary Health 17(1):40-47
22. Boran A, Shawaheen M, Khader Y, Amarain Z, Hill Rice V. “Work-related stress among health professionals in northern Jordan.” Occupational Medicine 2012;62:145-147
23. Appleton K, House A, Dowell A. “A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds.” British Journal of General Practice, March 1998,48:1059-1063
24. Groenewegen PP, Hutten JBF. “The influence of supply-related characteristics on general practitioners workload.” Social Science and Medicine, February 1995;40:349-358
25. Chambers R, Campbell I. “Anxiety and depression in general practitioners: associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics.” Fam Pract. 1996;13(2):170-173

BIJLAGEN

Bijlage 1: Vragenlijst voor huisartsen

Geachte collega,

Ik ben Eline De Buysscher, HAIO bij Dr. Vanbiervliet te Marke.

In het kader van mijn masterproef “De solopraktijk onder de loep” doe ik onderzoek naar de voor- en de nadelen van zowel solo- als groepspraktijken, zoals bijvoorbeeld de werkbelasting, het patiëntencontact, de continuïteit van de zorg, de persoonlijke vrijheid, … Na deze in kaart te brengen, is het de bedoeling om enkele oplossingen aan te reiken voor de mogelijke obstakels die solo-artsen tegenkomen. Op deze manier kan dit onderzoek later een ondersteuning vormen voor iedere solo werkende huisarts.

Hiervoor ben ik op zoek naar afgestudeerde huisartsen uit zowel solopraktijken als groepspraktijken die bereid zijn om de bijgevoegde vragenlijst in te vullen.

Deze is meerkeuze en neemt niet langer dan 5 minuten van uw tijd in beslag.

De vragenlijst bestaat uit 2 delen. Het eerste deel bevraagt enkele persoonsgegevens en praktijkkenmerken. De vragen in het tweede deel gaan over de organisatie van de praktijkvoering, de werkdruk, het patiëntencontact, …

Alvast heel hard bedankt voor uw medewerking!

Vriendelijke groet,

Eline De Buysscher

VRAGENLIJST

Algemene gegevens:

1. **Ik ben een:**
   - vrouw
   - man

2. **Mijn leeftijd is:**
   - < 40 jaar
   - 40 – 65 jaar
   - > 65 jaar

3. **Ik werk als huisarts in een:**
   - solopraktijk
   - duo- of groepspraktijk
   - associatie

4. **In de praktijk is een praktijkassistent(e) aanwezig:**
   - ja
   - neen

5. **In de praktijk is een HAIO aanwezig:**
   - ja
   - neen

6. **Er komen geregeld stagiairs in de praktijk:**
   - ja
   - neen

7. **Voor registratie van de patiëntencontacten tijdens de consultatie gebruik ik:**
   - een elektronisch medisch dossier
   - een papieren dossier
   - een alternatief
   - niets

8. **Voor registratie van de patiëntencontacten tijdens de huisbezoeken gebruik ik:**
    - een laptop of ander elektronisch apparaat
    - een papieren dossier
    - een alternatief
    - niets

<u>Onderzoeksgegevens:</u>

1. **Mijn gemiddeld aantal *<u>werkuren</u>* per week bedraagt:**
    - < 20 uur per week
    - 20 – 40 uur per week
    - 40 – 60 uur per week
    - > 60 uur per week

2. **Op een normale werkdag betreft het aantal *<u>huisbezoeken</u>* (gepland + onverwacht):**
    - < 5 per dag
    - 5 tot 10 per dag
    - > 10 per dag

3. **Mijn gemiddeld aantal uren *<u>administratief werk</u>* per week bedraagt:**
    - < 2 uur per week
    - 2 – 5 uur per week
    - 5 – 8 uur per week
    - > 8 uur per week

4. **Ik ervaar de *<u>werkbelasting</u>* (o.a. door telefoons, werkuren, …) als:**
    - niet zwaar
    - eerder niet zwaar
    - eerder zwaar
    - zwaar

5. **De *<u>continuïteit</u>* van de zorg voor de patiënten is in mijn/onze praktijk:**
    - makkelijk te organiseren
    - eerder makkelijk te organiseren

- eerder moeilijk te organiseren
- moeilijk te organiseren

6. Ik ervaar de kwaliteit van mijn *patiëntencontact* als:

- goed
- eerder goed
- eerder niet goed
- niet goed

7. Ik ervaar de *tijd* die ik *per patiënt* kan besteden als:

- voldoende
- eerder voldoende
- eerder onvoldoende
- onvoldoende

8. Mijn persoonlijke *vrijheid* en privé-tijd is voor mij:

- te beperkt
- eerder beperkt
- eerder goed
- goed

9. Ik heb een waardevol *contact* met andere zorgverleners:

- alle dagen
- minstens 1 keer per week
- minder dan 1 keer per week

Enkel voor de artsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk:

10. Ik ervaar de *samenwerking* met mijn naaste collega('s) als:

- goed, we hebben goede afspraken
- eerder goed, maar er is af en toe wat ergernis
- eerder niet goed, er is regelmatig ergernis
- niet goed, het kan zo niet verder

Dank voor uw medewerking!

Bijlage 2: Resultaten enquête

Bijlage 2a: Overzicht epidemiologische gegevens.

	Solo-artsen	**Samenwerkende artsen**	**Totaal artsen**	**Significantie**
Geslacht				
Man	49 (84,48%)	18 (52,94%)	67 (72,83%)	S
Vrouw	9 (15,52%)	16 (47,06%)	25 (27,17%)	S
Leeftijd				
< 40 jaar	6 (10,34%)	12 (35,29%)	18 (19,57%)	S
40 – 65 jaar	48 (82,76%)	21 (61,76%)	69 (75%)	S
>65 jaar	4 (6,9%)	1 (2,94%)	5 (5,43%)	NS
Praktijkassistent				
Ja	6 (10,34%)	21 (61,76%)	27 (29,35%)	S
Neen	52 (89,66%)	13 (38,24%)	65 (70,65%)	S
Stagiairs				
Ja	24 (41,38%)	25 (73,53%)	49 (53,26%)	S
Neen	34 (58,62%)	9 (26,47%)	43 (46,74%)	S
HAIO				
Ja	1 (1,72%)	13 (38,24%)	14 (15,22%)	S
Neen	57 (98,28%)	21 (61,76%)	78 (84,78%)	S
Registratie tijdens consultatie				
EMD	54 (93,1%)	34 (100%)	88 (95,65%)	NS
Papieren dossier	4 (6,9%)	0 (0%)	4 (4,35%)	NS
Registratie tijdens huisbezoeken				
Laptop of ander elektr. apparaat	14 (24,14%)	16 (47,06%)	30 (32,61%)	S
Papieren dossier	18 (31,03%)	11 (32,35%)	29 (31,52%)	NS
Alternatief	8 (13,79%)	1 (2,94%)	9 (9,78%)	NS
Niets	18 (31,03%)	6 (17,65%)	24 (26,09%)	NS

*S = significant (p is kleiner of gelijk aan 0,05) en NS = niet significant

Bijlage 2b: Overzicht objectieve gegevens.

	Solo-artsen	**Samenwerkende artsen**	**Totaal artsen**	**Significantie**
Aantal werkuren per week				
>60	32 (55,17%)	11 (32,35%)	43 (46,74%)	S
40 – 60	24 (41,38%)	18 (52,94%)	42 (45,65%)	NS
20 – 40	2 (3,45%)	5 (14,71%)	7 (7,61%)	S
Aantal huisbezoeken per dag				
<5	5 (8,62%)	8 (23,53%)	13 (14,13%)	S
5 – 10	28 (48,28%)	18 (52,94%)	46 (50%)	NS
>10	25 (43,10%)	8 (23,53%)	33 (35,87%)	NS
Uren administratie per week				
<2	5 (8,62%)	5 (14,71%)	10 (10,87%)	NS
2 – 5	20 (34,48%)	16 (47,06%)	36 (39,13%)	NS
5 – 8	22 (37,93%)	8 (23,53%)	30 (32,61%)	NS
>8	11 (18,97%)	5 (14,71%)	16 (17,39%)	NS
Contact andere zorgverleners				
Alle dagen	10 (17,24%)	15 (44,12%)	25 (27,17%)	S
> 1 x per week	32 (55,17%)	16 (47,06%)	48 (52,17%)	NS
< 1 x per week	16 (27,59%)	3 (8,82%)	19 (20,65%)	S

*S = significant (p is kleiner of gelijk aan 0,05) en NS = niet significant

Bijlage 2c: Overzicht subjectieve gegevens.

	Solo-artsen	**Samenwerkende artsen**	**Totaal artsen**	**Significantie**
Werkbelasting				
Niet zwaar	2 (3,45%)	1 (2,94%)	3 (3,26%)	NS
Eerder niet zwaar	18 (31,03%)	13 (38,24%)	31 (33,69%)	NS
Eerder zwaar	27 (46,55%)	17 (50%)	44 (47,83%)	NS
Zwaar	11 (18,97%)	3 (8,82%)	14 (15,22%)	NS
Organisatie continuiteit				
Makkelijk	23 (39,65%)	11 (32,35%)	34 (36,96%)	NS
Eerder makkelijk	24 (41,38%)	21 (61,76%)	45 (48,91%)	NS
Eerder moeilijk	9 (15,52%)	2 (5,88%)	11 (11,96%)	NS
Moeilijk	2 (3,45%)	0 (0%)	2 (2,17%)	NS
Kwaliteit patiëntencontact				
Goed	46 (79,31%)	25 (73,53%)	71 (77,17%)	NS
Eerder goed	11 (18,97%)	9 (26,47%)	20 (21,74%)	NS
Eerder niet goed	1 (1,72%)	0 (0%)	1 (1,09%)	NS
Tijd per patiënt				
Eerder onvoldoende	4 (6,90%)	1 (2,94%)	5 (5,43%)	NS
Eerder voldoende	14 (24,14%)	9 (26,47%)	23 (25%)	NS
Voldoende	40 (68,96%)	24 (70,59%)	64 (69,57%)	NS
Persoonlijke vrijheid en privé-tijd				
Goed	2 (3,45%)	1 (2,94%)	3 (3,26%)	NS
Eerder goed	14 (24,14%)	12 (35,29%)	26 (28,26%)	NS
Eerder beperkt	22 (37,93%)	15 (44,12%)	37 (40,22%)	NS
Te beperkt	20 (34,48%)	6 (17,65%)	26 (28,26%)	NS
Samenwerking naaste collega's				
Eerder niet goed		1 (2,94%)	1 (2,94%)	
Eerder goed		12 (35,29%)	12 (35,29%)	
Goed		21 (61,76%)	21 (61,76%)	

*S = significant (p is kleiner of gelijk aan 0,05) en NS = niet significant

DANKWOORD

Ik zou graag mijn promotor prof. dr. Myriam Deveugele en mijn co-promotor Lynn Ryssaert willen bedanken voor de begeleiding en feedback die ik mocht ontvangen tijdens het schrijven van deze masterproef.

Ook mijn praktijkopleider, dr. Paul Vanbiervliet, wil ik bedanken voor zijn steun en medewerking aan dit project.

Vervolgens wil ik alle artsen die de tijd hebben genomen om de vragenlijst in te vullen van harte danken voor hun medewerking. Een extra woordje van dank voor de vier artsen die ik mocht interviewen.

Ten derde verdient ook Leen Helsloot een woord van dank voor haar hulp met de statistische analyse van de onderzoeksresultaten en de significantietesten.

En tot slot ook een dankjewel aan Dries, mijn echtgenoot, voor alle opbouwende feedback en de morele steun.