Samenwerken of niet samenwerken als ouder en kind binnen de huisartsenpraktijk?
-
Negen factoren op de weegschaal.

[Els De Boeck, KULeuven]

Promotor: [Jo Goedhuys, ACHG KULeuven]

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Haio: Els DE BOECK
Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Jo GOEDHUYS
Praktijkopleiders: Dr. Lud WEYTJENS, Dr. Anne-Marie WUYTS

Context: Als dochter van twee huisartsen werd ik geconfronteerd met het dilemma samenwerken of niet samenwerken met mijn ouders? Ook in mijn omgeving zag ik meerdere artsen in een gelijkaardige situatie.

Onderzoeksvraag: Waarom kiezen kinderen van huisartsen eveneens voor het beroep van huisarts? Wat zijn redenen om al dan niet te gaan samenwerken als ouder en kind? Wat zijn voordelen en valkuilen van een samenwerking tussen ouder en kind binnen de huisartsenpraktijk?

Methode: Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews. De vragenlijst werd gebaseerd op huidige literatuur rond goede samenwerking in de huisartsenpraktijk vanuit quaternaire en tertiaire bronnen en getoetst met een ervaringsdeskundige van de organisatie ECHTT. De interviews werden afgenomen in twintig huisartsenpraktijken waar een ouder-kind relatie bestond en er al dan niet werd samengewerkt. De verkregen informatie werd volgens de grounded theory geanalyseerd en in kaart gebracht.

Resultaten: Uit ons onderzoek kwamen negen factoren naar voren die meespelen in de keuze om al dan niet te gaan samenwerken als ouder en kind: visie, werkverdeling, praktijkorganisatie, familieband, loyaliteit en flexibiliteit, communicatie, gelijkwaardigheid, innovatie en kwaliteitscontrole en financiële overwegingen. Voor al deze factoren vonden we zowel valkuilen, als succesfactoren van het samenwerkingsverband tussen ouder en kind terug.

Conclusies: Dit artikel wil dienen als een leidraad voor huisartsen die een ouder-kindrelatie hebben en er over nadenken om samen te gaan werken. We raden aan om aan de hand van de negen kernfactoren uit dit onderzoek op voorhand te reflecteren, samen te discussiëren en duidelijke afspraken te maken. Eens een samenwerking tot stand gekomen is, blijft het belangrijk om regelmatig aan intervisie te doen aan de hand van de negen factoren. Op deze manier kan men anticiperen op mogelijke valkuilen en kunnen de succesfactoren van een samenwerking tussen ouder en kind zoals open communicatie, minder onderlinge concurrentie, grotere loyaliteit en flexibiliteit, grotere interdependentie en innovatie en kwaliteitscontrole beter tot hun recht komen.

Inhoudsopgave

Inleiding 3

Methodologie 3

Onderzoeksopzet 3

Dataverzameling 3

Gegevensanalyse 4

Studiepopulatie 4

Resultaten 4

Redenen om voor huisartsgeneeskunde te kiezen 4

Redenen om al dan niet samen te werken als ouder en kind 5

Voordelen en valkuilen van de samenwerking tussen ouder en kind 7

Tips voor een goede samenwerking tussen ouder en kind 10

Bespreking en besluit 11

Bespreking 11

Besluit 12

Literatuur 13

Inleiding

Het beroep van huisarts is traditioneel één van die beroepen die van generatie op generatie, van vader op zoon, wordt overgedragen. De traditionele huisartsgeneeskunde is ondertussen sterk geëvolueerd en gemoderniseerd. Er zijn meer en meer vrouwelijke huisartsen, de klassieke solopraktijk evolueert naar samenwerkingsvormen en er wordt meer aandacht besteed aan het combineren van werk en privé, professionele ontwikkeling en (inter)disciplinaire samenwerking. Het profiel van de huisarts van de 21ste eeuw is dat van een arts die vanuit een emancipatorisch, participatorisch en educatief perspectief met zijn patiënten interageert en vanuit een zo goed mogelijke praktijkorganisatie de gezondheidsbelangen van zijn patiëntenpopulatie behartigt.[1]

In 1999 toonde onderzoek naar groepspraktijken van Vlaamse huisartsen dat in 43% van de ondervraagde praktijken een partner- of familierelatie bestond. Het blijkt dat ouders en kinderen één van de eerste waren om als huisarts te gaan samenwerken en dat deze familiepraktijken tot de pioniers van de groepspraktijken mogen gerekend worden, maar dat er vooral werd samengewerkt vanuit praktische overwegingen.[2] Dit artikel wil nagaan of dit nog steeds het geval is binnen de moderne huisartsgeneeskunde of dat er ook andere beweegredenen zijn om als ouder en kind te gaan samenwerken. Verder willen we uitzoeken welke mogelijke voordelen en valkuilen zijn van deze manier van samenwerken en dit tegen het licht houden van de huidige aanbevelingen rond goede samenwerking in de huisartsenpraktijk. Nadien trachten we zelf een aanbeveling te doen naar huisartsen toe, die als ouder en kind overwegen om samen te werken.

Methodologie

Onderzoeksopzet

We voerden een kwalitatief onderzoek uit aan de hand van semigestructureerde interviews. Onze methodologie is gebaseerd op een gelijkaardig onderzoek uit 2010 door Dr. Liesbeth Van de Voorde rond samenwerking tussen huisartsenkoppels.[3] Als voorbereiding voor de interviews werd een literatuuronderzoek gedaan met als doel de huidige aanbevelingen rond goede samenwerking in de huisartsenpraktijk te verkennen. We hebben ons gebaseerd op vijf artikels uit Huisarts Nu (Van solo-arts naar team-arts[4], Goed samenwerken in tien stappen[5], Organisatiepsychologische inzichten in samenwerkingsstructuren[6], Randvoorwaarden voor een betere samenwerking tussen huisartsen[7], Zichzelf en anderen (er)kennen in een samenwerkingsverband[8]) en twee rapporten van Domus Medica (De huisartspraktijk herbekeken: een visiedocument[9], Huisartsen en samenwerking: een draaiboek[10]). Ook werd uit het boek Arts en het ziekenhuis: een HR-perspectief[11], het hoofdstuk rond succesfactoren voor een goede samenwerking binnen associaties geraadpleegd. De relevante thema's werden getoetst met ervaringsdeskundige Dr. Danielle Grouwels, huisarts en praktijkcoach via de organisatie ECHTT (Expertise Centrum Huisartsen Trajecten en Teams). Op basis hiervan werd een vragenlijst opgesteld. (zie bijlage 1)

Dataverzameling

De zoektocht naar respondenten gebeurde op een exponentiële manier. Er werd gestart met een rondvraag bij een aantal collega's huisartsen en een aantal experten op het vlak van samenwerking. Hierdoor kwamen we tot een poel van door hen gekende huisartsen met een ouder-kind relatie. Vanuit deze poel werden de eerste respondenten telefonisch gecontacteerd. Nadien werd er op het einde van elk interview gevraagd naar andere mogelijks te includeren huisartsen. Het initiële streefdoel was een dertigtal interviews af te nemen. Na twintig interviews echter werd er saturatie benaderd, dit wil zeggen dat er door bijkomende interviews geen nieuwe informatie meer werd verkregen, en werd de dataverzameling stop gezet. Er werd gepoogd de studiepopulatie zo divers mogelijk te houden, om

zoveel mogelijk informatie te verzamelen, representatief voor een zo groot mogelijke subgroep van huisartsen met een ouder-kind relatie. Hiervoor trachtten we zowel samenwerkings- als niet-samenwerkingsverbanden te bekijken en ook verschillende ouder-kindrelaties (bv. moeder-dochter, vader-zoon,…). Deels omwille van praktische redenen en om de diversiteit van de gegevens te stimuleren werden verschillende interviewvormen gebruikt. In de praktijken waar er werd samengewerkt, werd elf keer het interview met ouder en kind samen afgenomen, tweemaal werd hetzelfde interview bij ouder en kind afzonderlijk uitgevoerd en tweemaal werd slechts één partij geïnterviewd. In de praktijken waar er niet werd samen gewerkt, werd alleen het kind geïnterviewd. Deze verschillende interviewvormen hadden als doel om zowel de interactie tussen de beide partijen te kunnen observeren, alsook na te gaan of er in een afzonderlijk interviewopzet extra informatie kon bekomen worden.

Gegevensanalyse

Na afname van de interviews werden deze uitgetypt en geanalyseerd volgens de grounded theory van Glaser en Strauss.[13,14] De verschillende topics die aan bod kwamen als antwoord op de vragen van de vragenlijst werden gegroepeerd volgens een boomstructuur. Uit de herhaalde analyse van de fragmenten binnen ieder interview kwamen we tot een antwoord op drie grote kernvragen: Wat zijn voor kinderen van huisartsen redenen om voor huisartsgeneeskunde te kiezen? Wat zijn redenen om als ouder en kind al dan niet te gaan samenwerken? Wat zijn voordelen en valkuilen van het samenwerkingsverband tussen ouder en kind als huisarts? Eveneens werden vanuit de interviews tips voor artsen in een gelijkaardige situatie bij elkaar gebracht.

Studiepopulatie

Van de twintig ondervraagde praktijken waren er vijftien waar door ouder en kind werd samengewerkt binnen één praktijkgebouw. In vijf praktijken waren zowel ouder als kind huisarts, maar werd er apart gewerkt. Onder de samenwerkende praktijken waren er drie duo-praktijken en twaalf groepspraktijken variërend van drie tot zeven samenwerkende huisartsen. De duur van het samenwerken wisselde van enkele maanden tot tien jaar. In één van de praktijken werd een samenwerking net beëindigd. Binnen de praktijken van de samenwerkers waren er zes praktijken met een vader-zoon relatie, vijf met een vader – dochter relatie, twee met een moeder – dochter relatie, twee met een samenwerkingsverband tussen vader, moeder en dochter en geen enkele met een moeder – zoon relatie. Bij de praktijken waar er niet werd samen gewerkt waren er drie vader – zoon relaties, één vader – dochter relatie en één moeder – dochter relatie. In geen van de praktijken waren er broers of zussen actief als huisarts. Er werden negen praktijken uit de provincie Vlaams-Brabant geïncludeerd, zes uit de provincie Limburg en vijf uit de provincie Antwerpen.

Resultaten

Redenen om voor huisartsgeneeskunde te kiezen

Empirisch stellen we vast dat heel wat kinderen van artsen uiteindelijk ook arts worden. Welke mechanismen hier meespelen kan moeilijk geobjectiveerd worden, maar onderzoek suggereert dat vooral overdracht van menselijk kapitaal en nepotisme een rol spelen. Het is inderdaad denkbaar dat vriendjespolitiek kan zorgen dat kinderen van artsen zich gemakkelijker succesvol als arts kunnen vestigen. Ook speelt overdracht van menselijk kapitaal een rol, hiermee wordt het onrechtstreeks overbrengen bedoeld van kennis die het kind motiveert tot een keuze voor (huisarts)geneeskunde en ondersteunt om succesvol de opleiding tot arts te vervolmaken en een goede arts te worden.[12] Vanuit dit opzicht zijn we in dit onderzoek nagegaan wat bij de respondenten de motivatie was om te kiezen voor huisartsgeneeskunde en welke rol hun ouder huisarts hierin speelde. Redenen die werden opgegeven waren wetenschappelijke interesse, het sociale aspect, de variatie in het beroep, de

zelfstandigheid en relatieve vrijheid als huisarts en de mogelijkheid om werk en privé te combineren. Ook de opleiding speelde een rol in de keuze voor huisartsgeneeskunde: men werd door stagemeesters en lesgevers warm gemaakt voor het beroep van huisarts. Het bleek inderdaad dat de ouder huisarts eveneens een invloed had gehad op de keuze en dit zowel in de positieve als de negatieve zin. Vele respondenten percipieerden een ouder of een ander familielid als rolmodel en gaven aan voorbeelden gezien te hebben van goede combinatie werk-privé, plezier aan de job,… Met andere woorden, er werd gekozen voor huisartsgeneeskunde omdat men dit kende. In volgend citaat wordt duidelijk dat er ook sprake is van overdracht van menselijk kapitaal. "*Dat is van jongs af aan wat geprikkeld. We hadden hier een praktijk aan huis en dan komt het er wel dikwijls van dat je eens de telefoon moet opnemen of een keer als kind mee op huisbezoek bent geweest. En ik denk wel dat zo de fundamenten gelegd zijn."* Anderzijds was er bij een aantal artsen ook sprake van een negatieve kennismaking met huisartsgeneeskunde en werd er bewust gekozen voor een andere aanpak als huisarts dan de ouder. Een deel van de ouders raadden hun kinderen de keuze voor huisartsgeneeskunde initieel af, vanuit hun eigen ervaringen met werkdruk, moeilijke combinatie werk - privé en inadequate verloning. Loyaliteit naar de ouder toe was ook een reden om voor het huisartsenberoep te kiezen om zo de ouderlijke praktijk verder te kunnen zetten.

Redenen om al dan niet samen te werken als ouder en kind

Kinderen van huisartsen hebben dus een hogere kans om in de voetsporen van hun ouder(s) te treden, maar wat zijn de redenen om al dan niet in eenzelfde praktijk te gaan samenwerken? In onze interviews vonden we algemene motivaties terug, maar er waren ook specifieke redenen om al dan niet als ouder en kind te gaan samenwerken. Letterlijke citaten worden schuingedrukt weergegeven.

1. Algemeen

1.1. Werkverdeling

De hoofdreden om als huisarts niet alleen maar in groep te werken, is het kunnen verdelen van het werk. Hierdoor is er de mogelijkheid tot een betere combinatie tussen werk en privé, wordt er een continuïteit naar de patiënten toe gewaarborgd, is er in geval van oudere artsen een voortbestaan van de praktijk mogelijk en een grotere werkzekerheid voor jongere artsen. Een evenwichtige werkverdeling biedt ook een bescherming tegen burn-out, waarbij men op elkaar kan terugvallen en de werkdruk verminderd wordt. "*Als het druk is in de praktijk, of er lopen dingen mis, dan is er altijd wel iemand die de rust bewaart. Dan kan je op elkaar inpraten. De reflecties tegenover elkaar maken dat het werk draaglijk blijft."*

1.2. Zelfstandigheid

Een reden, die door artsen wordt opgegeven om liever solo te werken, is de zelfstandigheid. Respondenten gaven aan meer voldoening te hebben door zelf iets op te bouwen en aan niemand verantwoording te hoeven afleggen. "*De eerste patiënt die komt voor u en dan ook echt voor u en niet voor uw vader of moeder en dat geeft een ongelooflijke voldoening."*

1.3. Visie

Een algemeen gegeven was dat samenwerken moeilijk werd als er een verschillende visie was: een andere manier van werken, andere waarden over wat goede huisartsgeneeskunde is, een andere visie op organisatorisch vlak en meningsverschillen over combinatie werk-privé en beschikbaarheid naar patiënten toe.

2. Ouder – kind

2.1. Visie

Eén van de redenen om als ouder en kind niet te gaan samenwerken, is het gevoel de eigen visie niet te kunnen waarmaken in de praktijk van de ouder. Een aantal kinderen gaven aan niet te willen samenwerken met de ouder omdat men het bewust anders wilde aanpakken. "*Ik heb eigenlijk gedacht dat ik nooit huisartsgeneeskunde zou doen, omdat ik zag thuis hoe dat ging, mensen die te pas en te onpas binnenlopen, ook 's nachts en in het weekend. Ik heb er bewust voor gekozen om dat anders te doen.*"

Ouders en kinderen die echter ontdekten een gemeenschappelijke visie te hebben rond huisartsgeneeskunde, vonden dit één van de belangrijkste redenen om wel te gaan samenwerken. Hierbij gaf men ook aan dat deze gemeenschappelijke visie een deel berustte op opvoeding en overdracht van menselijk kapitaal. "*Dat merkte ik in een andere praktijk, dat bij besprekingen met mijn vader, mijn manier van werken heel dicht bij de zijne bleek te liggen. Misschien heb ik die visie wat onbewust overgenomen. Je toetst wat af en dan zie je dat je op dezelfde golflengte zit.*"

2.2. Relationeel aspect: familieband

De familieband die de huisartsen hadden was een reden om te gaan samenwerken. Een goede ouder-kindrelatie of eenzelfde persoonlijkheid deed hen denken dat een samenwerking gemakkelijker zou zijn dan met andere collega's. Samenwerken voelde vertrouwd en vanzelfsprekend aan. Toch doet deze familieband heel wat ondervraagden twijfelen om samen te werken. Er is de angst dat professionele conflicten de familiale band zouden kunnen aantasten of dat een samenwerking te emotioneel en te weinig professioneel zou kunnen verlopen. "*Om geen discussies te krijgen, die dan binnen het gezin gaan mengen, hebben we dan maar beslist dat ieder zijn eigen manier van praktijkvoeren doet en dan gaan we ook best niet samen in één praktijk.*"

2.3. Opportuniteit

Of een samenwerking tussen ouder en kind al dan niet tot stand komt, hangt ook af van opportuniteiten: een bestaande patiëntenpopulatie met ouders die het werk willen verminderen en kinderen die werkzekerheid zoeken, ligging van de praktijk dichtbij de woonplaats en mogelijkheid om te evolueren naar een groepspraktijk. In een aantal gevallen werd er niet samen gewerkt omdat er te weinig werk was of omdat de infrastructuur een samenwerking niet toeliet.

2.4. Gelijkwaardigheid

De mogelijkheid van een hiërarchische samenwerking tussen ouder en kind is een factor die meespeelt in de overweging om niet samen te werken. Toch werd ook aangegeven dat het even zwaar wegen van ieders mening een reden was om te gaan samenwerken. "*Op wetenschappelijk of beleidsmatig vlak heb ik nooit het gevoel gehad dat er hiërarchie was, of dat haar mening zwaarder zou wegen. Daardoor wou ik wel samen werken.*"

2.5. Financieel

Een andere motivatie voor samenwerken is van financiële aard, een manier om het kapitaal binnen het gezin te houden. Het willen afhouden van een financiële vermenging tussen ouder en kind werd eveneens aangegeven als een reden om niet samen te werken.

2.6. Invloed partner

De invloed van de partner speelt ook mee in de beslissing om al dan niet te gaan samenwerken. Heel wat partners waren ondersteunend en vonden een samenwerking vanzelfsprekend. Toch was dichter bij het werk van de partner gaan wonen ook een reden om niet met de ouder samen te werken.

Voordelen en valkuilen van de samenwerking tussen ouder en kind

Eens er een samenwerking tussen ouder en kind tot stand is gekomen, is er heel wat nodig om deze tot een succes te brengen. We gingen op zoek naar een aantal voordelen en succesfactoren van deze manier van samenwerken en een aantal te vermijden valkuilen. Ook hier kwamen er algemene voor- en nadelen van samenwerken naar voren alsook meer specifieke voor- en nadelen door de ouder-kind relatie.

1. Algemeen

1.1. Werkverdeling

Een algemeen voordeel van samenwerken, dat in de interviews naar boven kwam, is de mogelijkheid om het werk te verdelen. Hierdoor komt er meer tijd vrij: meer vrije tijd, maar ook meer tijd voor de patiënten, tijd om de patiëntendossiers goed in orde te brengen, vaardigheden uit te oefenen, zich bij te scholen, te sub-specialiseren en (professionele) activiteiten buiten de praktijk te combineren. Op deze manier wordt ook de continuïteit naar de patiënten toe gewaarborgd.

Een slechte werkverdeling kan een valkuil zijn van samenwerken: te weinig werk met een gevoel van onderlinge concurrentie, praktische zaken die altijd op één iemand zijn schouders terecht komen,… kunnen tot onderlinge conflicten leiden. Verder is het belangrijk de praktijkexpansie te bewaken en te zorgen dat de patiëntenpopulatie de extra capaciteit niet te boven groeit, want dan vallen de voordelen van de werkverdeling opnieuw weg.

1.2. Praktijkorganisatie

Uit de interviews blijkt dat eerder de praktijkorganisatie dan het medisch inhoudelijke een mogelijke bron van conflicten is. Zo kan bijvoorbeeld slecht noteren in de patiëntendossiers de samenwerking bemoeilijken. Ongelijke verdeling van administratieve en organisatorische lasten kan voor wrevel zorgen. In de ouder-kind praktijken dreigen deze taken uit gewoonte teveel op de schouders van de ouder terecht te komen.

1.3. Innovatie en kwaliteitscontrole

Gaan samenwerken biedt mogelijkheid tot innovatie: er komt nieuwe input in de praktijk en men vult elkaar op heel wat vlakken aan: oudere en jongere generatie, man/vrouw, ... Deze complementariteit zorgt voor een grotere kennis, maar ook een groter aanbod naar patiënten toe, waardoor men een meer gevarieerde patiëntenpopulatie kan aantrekken. Men kan zich specialiseren in één of meerdere topics waarbij de collega's deze kennis kunnen benutten door bij elkaar te gaan kijken naar elkaar te verwijzen.[4] Er is ook meer kwaliteitscontrole bijvoorbeeld door aftoetsen en verantwoording van beleid. Het geeft de mogelijkheid om eens grondig te reflecteren over de eigen praktijkvoering en eventueel veranderingen door te voeren. In de praktijken met een ouder-kind relatie gaven de ouders-artsen aan dat hun kind had gefungeerd als een katalysator voor praktijkvernieuwing. "*Het feit dat mijn zoon interesse had, dat is voor mij een motivatie geweest. Ik zie dat we zo kwalitatief op een hoger niveau zijn gaan werken. Moest hij er niet geweest zijn, was die groepspraktijk er misschien nooit gekomen. Het is door het feit dat hij erbij kwam, dat ik op 60-jarige leeftijd nog de investering heb gedaan om een groepspraktijk op te starten.*"

1.4. Uniformiteit

Respondenten gaven aan dat een zekere uniformiteit nodig is voor een goede samenwerking. Een mogelijke valkuil is dat iedereen op zijn eigen manier blijft verder werken en dat er binnen één praktijk geen zelfde lijn wordt gevolgd. Anderzijds is het belangrijk verschillen tussen de individuele artsen toe te laten en ieder zijn eigenheid te laten behouden om de creativiteit en de groei van de groep mogelijk te maken.[4]

2. Ouder – kind

2.1. Invloed familieband op de samenwerking

2.1.1. Relationeel aspect: elkaar kennen en vertrouwen, loyaliteit en flexibiliteit

Als ouder en kind ken je elkaar, dit geeft meer vertrouwen en een beter idee van hoe de andere zal functioneren binnen de samenwerking. Hierdoor weet men op voorhand meer waar men aan begint. Vaak is er wat een gelijkaardige persoonlijkheid en een gelijklopende manier van werken mede genetisch en door opvoeding bepaald. Sterke appreciatie en loyaliteit voor elkaar, maken dat men aan hetzelfde eind trekt. Er is minder irritatie en er wordt meer van elkaar verdragen, bijvoorbeeld omdat men achterliggende redenen van bepaald gedrag kent en meer kan plaatsen. Een bijkomend voordeel van samenwerken is ook elkaar als mens beter te leren kennen en dichter naar elkaar toe groeien als ouder en kind.

Valkuilen zijn het doorsijpelen van ingeslepen familiebanden in de samenwerking bijvoorbeeld de ouder die steeds het laatste woord heeft en te veel zijn manier van werken wil doorgeven. Een te grote loyaliteit kan er ook voor zorgen dat de grenzen minder goed bewaakt worden: dat men soms wat te veel zal verwachten van de ander, of juist te veel voor elkaar zal overhebben. Men aanvaardt te snel elkaars minpuntjes, past zich te gemakkelijk aan elkaar aan of wil elkaar sparen. Hierbij treedt er soms een schuldgevoel op. "*Als ik verlof heb, dan ben ik eens graag thuis. Dat knaagt een beetje aan u, dan weet je dat de ander het heel druk heeft. Je kan dat moeilijker achter je laten. Je gaat elkaar sparen omdat je je mee verantwoordelijk voelt omdat de ouder meer werk heeft en bijvoorbeeld weinig thuis is.*" De ouder-kind relatie maakt ook dat een samenwerking een groter commitment is dan in een andere praktijk, uitstappen gaat moeilijker. Men moet als jonge arts sneller een definitieve keuze maken en ook de partner moet zich aanpassen. Langs de andere kant geven ook ouders-huisartsen aan hun pensioen uit te stellen omwille van dochter of zoon die associeert. Een andere valkuil is enkel samen te werken omdat men ouder en kind is, zonder dat er andere raakpunten zijn. Er is het gevaar dat de ouder zijn kind onder druk zet om de praktijk voort te zetten. Verschillende respondenten gaven aan dat dit een belangrijke voorwaarde was voor een samenwerking: het mag geen verplichting zijn en men moet openstaan voor de mogelijkheid dat er ooit een einde komt aan de samenwerking. De wetenschap dat een samenwerking met de ouder maar tijdelijk is, kan ook een voordeel vormen. Dit opent nieuwe perspectieven op verandering van de praktijk tijdens de carrière als huisarts. "*Als je gaat samenwerken met je ouder komt daar ook een einde aan. Het is niet dat dat tot het einde van je loopbaan is. Ik denk dat dat ook iets positief is. Mijn vader vindt dat ook zo, hij gaat nu op pensioen en dan kan de praktijk een nieuw karakter aannemen.*"

2.1.2. Communicatie

In de interviews werd vaak aangegeven dat de communicatie tussen ouder en kind gemakkelijker verloopt. Dit is tijdbesparend: conflicten worden sneller uitgepraat en beslissingen worden gemakkelijker genomen. De drempel om advies te vragen en kritiek te geven ligt ook lager. Het grootste voordeel is de openheid die er binnen de ouder - kind relatie heerst: men is rechter voor de raap, zal de eigen visie duidelijker durven aangeven en ergernissen uitspreken, waardoor er minder risico is om gevoelens en ergernissen op te kroppen. "*Als je samen met iemand vreemd begint, laat je je minder zien zoals je bent. Ik denk dat ieders visie dan wat later naar buiten kan komen, tegenover wanneer je dichter bij elkaar staat, dan is het duidelijker wat je wil en niet wil. Je gaat ook sneller je mening zeggen. Bij samenwerken met een vreemde arts denk ik dat sneller de emmer vol loopt en er niet op tijd iets wordt gezegd.*"

Een te grote openheid kan ook een nadeel zijn, men is minder geremd ten opzichte van elkaar en dit kan soms te snel tot kritiek leiden. Langs de andere kant kan een ouder-kindrelatie er ook voor zorgen dat bepaalde zaken minder snel uitgesproken worden, juist omdat men elkaar wil sparen. Een andere

valkuil is dat professionele discussies te emotioneel verlopen. "*We zijn wat vranker tegen mekaar, minder geremd, terwijl je gereserveerder bent tegen een andere collega. Soms komt dat dan harder aan natuurlijk. Dat je zegt van: seg, ik kan nooit iets goed doen voor u."* Er is ook het gevaar te weinig structureel overleg te plannen en de communicatie te veel informeel te laten verlopen. Men kan het als ouder en kind minder nodig vinden om formele afspraken te maken.

2.1.3. Gelijkwaardigheid

Een samenwerking tussen ouder en kind houdt een gevaar voor hiërarchie in. Doch meestal bleken de ouders en kinderen zich hier op professioneel vlak zonder problemen over te kunnen zetten. De perceptie van de patiënten leek eerder een probleem. Men voelde zich als 'zoon of dochter van' tweede keuze en vond het moeilijk om in de voetsporen te treden van vader of moeder. "*Naar patiënten toe blijf je toch zekere tijd 'zoon van' en toch voor veel patiënten ook tweede keuze omdat ze zo gewoon zijn aan je vader. En dat zal met de tijd wel weg gaan, maar dat zal toch jaren duren voor je in de ogen van de mensen op gelijke voet staat. Het is wel zo dat met een nieuwe lei beginnen, zonder erfenis van je vader, gemakkelijker is dan met een erfenis beginnen, dat voelde ik wel. Ze vergelijken je toch altijd met je vader."*

Anderzijds bleek dat in de ouder-kind praktijken de zoon of dochter sneller de mogelijkheid kreeg om coördinerende en besluitvormende functies op te nemen. "*Mijn vader heeft altijd opengestaan voor veranderingen. Dat kun je in andere praktijken nooit verwezenlijken dat je ergens binnenstapt als nieuwkomer en zegt: ik wil een secretaresse, ik wil een tweede kabinet en ik wil een andere wachtzaal."*

2.1.4. Financieel

Een samenwerking tussen ouder en kind maakt het voor het kind in een aantal gevallen financieel gemakkelijker. Men kan zijn visie op huisartsgeneeskunde, bijvoorbeeld uitbouwen van een groepspraktijk, mede waarmaken door financiële en praktische steun van de ouder huisarts. Er worden door de ouder patiënten en technische prestaties doorgesluisd naar het kind, zodat deze sneller een beter inkomen kan opbouwen. "*Op voorhand zie papa van: "Doe jij dat maar." Dat is een leuke technische prestatie die je kan doen en daar hangt een financieel voordeel aan. Gewone collega's gunnen dat elkaar minder, denk ik."* Eveneens wordt er geopperd dat in een ouder-kind relatie het financiële gemakkelijker bespreekbaar is en transparanter verloopt.

Toch vinden heel wat artsen het gemakkelijker om het financiële gescheiden te houden. Zo kan een financiële regeling bijvoorbeeld erg complex worden indien er ook broers of zussen in het spel zijn. Financiële afhankelijkheid van de ouder kan de gelijkwaardigheid binnen de samenwerking in gedrang brengen. De samenwerking kan ook gehypothekeerd worden door de perceptie van een potentieel loonverlies door het associërende kind. "*Ik zou het eerder vervelend gevonden hebben om daar te werken en dan in de gaten te houden van: oei, ik ben hier misschien wat te veel of wat te weinig aan het verdienen ten opzichte van hem."*

2.1.5. Werkverdeling: meer flexibiliteit, minder concurrentie, meer patiënten-vertrouwen

Een belangrijk voordeel van de samenwerking tussen ouder en kind is dat de werkverdeling meestal flexibeler verloopt dan in andere associaties. Er wordt gemakkelijker voor elkaar ingesprongen bij zwangerschap, verlof en ziekte. Enkele jonge moeders gaven aan het moederschap beter met hun werk als huisarts te kunnen combineren door aan hun ouderlijk huis te werken. De zonen en dochters van huisartsen vermelden ook relatief sneller gelanceerd te zijn als huisarts dan andere starters en van in het begin meer werk te hebben. *"'Zoon zijn van' heeft wel gemaakt dat je snel in gang bent. Als je ziet hoe ik begonnen ben, de eerste week zat mijn agenda al vol, want iedereen wist dat ik huisarts ging worden en mijn vader had wel gezorgd dat ik werk had."* Er is binnen de ouder-kind samenwerking

minder onderlinge concurrentie. Dit zorgt in de meeste gevallen voor een gedeeld patiëntenbestand, waarbij de patiënten door de verschillende artsen samen opgevolgd worden. Dit geeft de mogelijkheid tot overleg, flexibiliteit en continuïteit. Er is een grotere intensiteit van samenwerking of interdependentie.[9] Het patiënten-vertrouwen blijkt ook groot in de ouder-kind praktijken. Er is een lagere drempel om bij de zoon of dochter te consulteren, mede doordat men het gevoel heeft dat de opvolging door een nieuwe generatie verzekerd is. "*De patiënten gaan denken, bij die moeder was dat goed, dan zal dat bij die dochter ook wel goed zijn. Mensen zijn ook wel blij dat ze niet naar een andere arts op zoek moeten, ze zijn weer voor zoveel jaren gerust. De praktijk blijft voortgaan."*

2.2. Invloed samenwerking op familieband

Eén van de gevaren van een professionele samenwerking tussen ouder en kind is dat de ouder-kindrelatie zou kunnen gaan lijden onder een professioneel conflict. Vaak is er vermenging tussen professioneel en privé en moet men er op letten om tijdens familiemomenten niet over het werk te praten. Er wordt ook vermeld dat door samen te werken de privémomenten kunnen verminderen. Men kan bijvoorbeeld samen geen verlof nemen omdat de praktijk dan onderbemand is.

3. Valkuilen vermijden

We kunnen besluiten dat er in bijna alle geïnterviewde praktijken een zekere vorm van samenwerking tussen ouder en kind bestond. Waar er niet systematisch werd samengewerkt in hetzelfde gebouw, was er vaak een regeling om in elkaars praktijk bij te springen of elkaar te vervangen tijdens vrije en verlofmomenten, patiënten naar elkaar door te sturen en advies aan elkaar te vragen. Op deze manier trachtte men in sommige praktijken de valkuilen van samenwerken als ouder en kind te vermijden, maar wel te profiteren van de voordelen. Toch kan er als ouder en kind ook volwaardig als huisarts worden samengewerkt in een samenwerkingsverband indien men de valkuilen kent en zich hierop voorbereidt. In dit opzicht wil dit artikel een leidraad bieden voor ouders en kinderen die als huisarts willen gaan samenwerken. Ook het evolueren naar een groepspraktijk kwam in de interviews naar voren als een manier om te anticiperen op de mogelijke valkuilen van een samenwerking tussen ouder en kind. "*Ik denk dat we veel valkuilen hebben ontweken, doordat we in een groep zijn gaan werken. Je maakt afspraken als groep, en die afspraken gelden voor ons allebei."* Vanaf drie personen kan één groepslid bufferend optreden, maar is er anderzijds een coördinator nodig.[4]

Tips voor een goede samenwerking tussen ouder en kind

Tot slot groeperen we enkele tips, aangebracht door de ervaringsdeskundigen uit de interviews, voor een geslaagde samenwerking tussen ouder en kind.

1. Visie en intervisie
   - Bespreek de praktijkvisie en doelstellingen op voorhand
     - Denk individueel na over de eigen visie
     - Ken elkaars verwachtingen op voorhand
     - Probeer op dezelfde lijn te zitten, maar laat plaats voor diversiteit
   - Praktische regeling
     - Maak op voorhand goede praktische en concrete afspraken alsof je geen familie zou zijn
     - Stel een contract op
     - Laat je extern begeleiden: boekhouder, jurist, praktijkcoach
   - Intervisie
     - Maak regelmatig tijd voor intervisie
       - Bespreek regelmatig wat er goed en minder goed gaat binnen de samenwerking

        - Spreek ergernissen uit
        - Evalueer regelmatig de manier van werken en durf te veranderen
2. Werkverdeling
    - Streef naar een gelijkmatige werkverdeling
    - Zorg voor een goede taakverdeling, delegeer ook niet-medische taken
3. Praktijkorganisatie
    - Administratie
        - Steek moeite en tijd in een goede uniforme registratie in de elektronische patiëntendossiers
    - Infrastructuur
        - Probeer idealiter elk een eigen kabinet te hebben
        - Zorg indien mogelijk voor een praktijkgebouw losstaand van het ouderlijk huis
4. Familieband
    - Kijk hoe de ouder-kindrelatie op voorhand is, vooraleer je beslist samen te werken
    - Probeer werk en privé gescheiden te houden
5. Loyaliteit en flexibiliteit
    - Durf je eigen grenzen te stellen en je eigenheid te bewaken
    - Durf te delen, los te laten en te delegeren
    - Geef elkaar vrijheid: de samenwerking mag geen verplichting zijn
6. Communicatie
    - Las vaste overlegmomenten in
    - Zorg voor openheid en transparantie
7. Gelijkwaardigheid
    - Vermijd hiërarchie: zie elkaar als gelijkwaardige artsen en niet als ouder en kind
8. Innovatie en kwaliteitscontrole
    - Blijf kritisch
    - Leer van en aan elkaar, maar dring je eigen werkwijze niet op
9. Financieel[1]
    - Maak concrete financiële afspraken
    - Streef financiële transparantie na
    - Bespreek een eventuele instapsom of een andere financiële regeling naar broers en zussen toe

Bespreking en besluit

Bespreking

In dit onderzoek ontdekten we een negental beïnvloedende factoren voor een professionele samenwerking tussen huisartsen die ouder en kind zijn. Visie, werkverdeling, praktijkorganisatie, familieband, loyaliteit en flexibiliteit, communicatie, gelijkwaardigheid, innovatie en kwaliteitscontrole en financiële aspecten zijn factoren die meespelen in de keuze om al dan niet te gaan samenwerken en zijn eveneens onderwerp van succesfactoren en valkuilen. Als we deze bevindingen vergelijken met de huidige aanbevelingen rond goede samenwerking, merken we dat deze factoren hier eveneens aan bod komen. Visie, werk- en taakverdeling en communicatie komen zowel in het HAPOmodel (Huisarts Praktijk Organisatie model)[9] als in het tien-stappen-plan[5] terug. Organisatiepsychologische inzichten

[1] Voor bijkomende literatuur rond een mogelijke financiële en juridische regeling verwijzen we naar Cuypers R. Huisartsen en samenwerking: een draaiboek [rapport]. Berchem: Domus Medica, 2008 [10] en Cuypers R. Draaiboek voor associaties en netwerken: 101 praktische vragen en antwoorden. Leuven: Uitgeverij Indicator; 2008. p. 43.[15]

wijzen op het belang van innovatie en kwaliteitscontrole, doelgerichte informatiedoorstroming en intervisie.[6,8]

Met dit artikel willen we een leidraad bieden voor huisartsen die een ouder-kindrelatie hebben en er over nadenken om samen te gaan werken. Gezien de beperkte omvang van dit onderzoek is er het risico dat onze bevindingen te weinig algemeen gelden. Door de selectie van de ondervraagde praktijken is er bijvoorbeeld onvoldoende geografische spreiding. Er werden ook proportioneel meer samenwerkers dan niet-samenwerkers geïnterviewd, wat een té positief beeld van samenwerken kan opleveren. In deze laatste praktijken werden enkel de kinderen geïnterviewd. Dit kan mogelijks een vertekend beeld van de redenen om niet samen te werken geven. Een bijkomend gevaar van de semigestructureerde interviews is dat er sociaal wenselijk wordt geantwoord. Tijdens het interviewen bleek er echter niet zoveel verschillende informatie naar boven te komen naargelang het interview met ouder en kind samen, dan wel apart werd afgenomen. Mede door de anonimiteit die werd gegarandeerd, hadden we de indruk eerlijke en open gesprekken te kunnen voeren.
In de groepspraktijken kon het interessant geweest zijn om naast ouder en kind ook de andere collega's te interviewen en het gevaar voor coalitievorming bij samenwerken van familieleden in een groepspraktijk te exploreren. Dit zou eventueel een aanzet kunnen zijn tot vervolgonderzoek.
Ten slotte kan mijn eigen situatie, zelf dochter van twee huisartsen, ervoor gezorgd hebben dat ik als onderzoeker op een te emotionele manier betrokken ben geweest bij het verhaal van de respondenten en dit onderzoek. Toch werd getracht de interviews uit te voeren als een relatieve buitenstaander en was het eerder een voordeel voldoende vertrouwd te zijn met de situatie om het verhaal van de respondenten te contextualiseren.

Besluit

Het blijft een persoonlijke afweging om al dan niet als ouder en kind huisarts samen te gaan werken. In dat opzicht kan dit artikel dienen als voorbereidende lectuur voor dergelijke samenwerkingen. Onze belangrijkste aanbeveling is een mogelijke samenwerking op voorhand goed door te spreken aan de hand van de negen kernfactoren uit dit onderzoek. Als op deze niveaus op voorhand goede afspraken kunnen worden gemaakt, met regelmatige intervisie, heeft een samenwerking tussen ouder en kind een grotere kans op slagen. Op deze manier kunnen voordelen van een samenwerkingsverband tussen ouder en kind zoals open communicatie, minder onderlinge concurrentie, grotere loyaliteit en flexibiliteit, grotere interdependentie, innovatie en kwaliteitscontrole ten volle in deze praktijken tot hun recht komen.

Literatuur

1. Derese A, Belsack G, Michiels J, Segers K. Profiel van de huisarts van de 21ste eeuw en de huisartsenopleiding: Visie van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding. *Huisarts Nu 2001; 30 (7): 306-311.*
2. Boffin N, Cuypers R, De Smedt J, Pas L. Groepspraktijken van Vlaamse huisartsen: samenstelling en gestructureerde samenwerking. *Huisarts Nu 2002; 31 (1): 18-23.*
3. Van de Voorde L, Goedhuys J. Een duopraktijk als koppel: exploratie van de voor- en nadelen. *Huisarts Nu 2010; 39 (2): 59-64.*
4. Grouwels D, Goedhuys J. Van solo-arts naar team-arts: samenwerking en management in duo- en groepspraktijken. *Huisarts Nu 2001; 30 (1): 22-27*
5. Grouwels D, Heyrman J, Goedhuys J. Goed samenwerken in tien stappen: beschrijving van een praktisch instrument. *Huisarts Nu 2003; 32 (1): 29-34.*
6. Smeyers J, Dekeyser L, Grouwels D. Organisatiepsychologische inzichten in samenwerkingsstructuren: een leerinstrument voor samenwerkende huisartsen onder één dak. *Huisarts Nu 2003; 32 (1): 25-28.*
7. Grouwels D, Heyrman J, Goedhuys J. Randvoorwaarden voor een betere samenwerking tussen huisartsen: wat is de mening van de beroepsgroep? *Huisarts Nu 2003; 32 (1): 9-15.*
8. Callewaert L, Vervaeck N. Zichzelf en anderen (er)kennen in een samenwerkingsverband: het verfrissende effect van intervisie. *Huisarts Nu 2003; 32 (1): 35-37.*
9. Hoerée T, Grouwels D, Cuypers R, Heyrman J. De huisartspraktijk herbekeken: een visiedocument. Berchem: Domus Medica, project HUSAM; 2006.
10. Cuypers R. Huisartsen en samenwerking: een draaiboek [rapport]. Berchem: Domus Medica, 2008.
11. De Witte K, Eeckloo K, Vleugels A. Arts in het ziekenhuis: een HR-perspectief. Leuven: Uitgeverij Lannoo Campus; 2011. p. 216.
12. Lentz B. F, Laband D. N. Why so many children of doctors become doctors: Nepotism vs. Human capital transfers. *The Journal of Human Resources 1989; 24 (3): 396-413.*
13. Glaser B. G, Strauss A. L. The discovery of grounded theory. Hawthorne (NY): Uitgeverij Aldine; 1967.
14. Glaser B. G, Basics of grounded theory analysis. Mill Valley (CA): Uitgeverij Sociology Press; 1992.
15. Cuypers R. Draaiboek voor associaties en netwerken: 101 praktische vragen en antwoorden. Leuven: Uitgeverij Indicator; 2008. p. 43.

BIJLAGE 1: Vragenlijst

Algemene inleiding

1. Hoe is de praktijkorganisatie?
2. Wat is de gezinssamenstelling? Zijn er binnen het gezin nog mensen actief in de geneeskunde?
3. Waarom heb je gekozen voor geneeskunde en huisartsgeneeskunde?
   Heeft het beroep van je ouders je keuze beïnvloed?
4. Waarom heb je gekozen om (wel/niet) samen te werken?
   - Wat heeft deze keuze beïnvloed?
   - Wat waren de alternatieven?
   - Hoe is het idee om samen te werken gegroeid? Werd er eerst een HAIO jaar gedaan in de praktijk?
   - Waarom heb je gekozen om al dan niet andere collega's in de praktijk te betrekken ?
5. Hoe werd de samenwerking gecommuniceerd naar de patiënten? Wat was hun reactie?

Visie en doelstelling op korte en lange termijn

1. Zijn er binnen de samenwerking een gemeenschappelijke visie en doelstellingen op korte en lange termijn met betrekking tot huisartsgeneeskunde en praktijkvoering?
2. Wat is de visie over
   - **Gelijkwaardigheid en taakverdeling:**
     1. Staat de ouder-kind relatie het samenwerken op grond van gelijkwaardigheid soms in de weg?
     2. Worden ondersteunende taken (zoals secretariaat of poetsen) uitbesteed of zelf gedaan? Door wie? Is dit veranderd sinds de samenwerking?
     3. Worden de patiënten gezien als individueel of van de praktijk?
   - **Communicatie/gestructureerd overleg**
     1. Is er een structureel overleg gepland?
     2. Wordt er advies gevraagd aan elkaar?
     3. Hoe speelt jullie ouder-kindrelatie mee in het geven en aanvaarden van advies aan elkaar? Hoe wordt er omgegaan met kritiek op elkaar?
     4. Wat bij conflictsituaties? Werden er hier op voorhand afspraken over gemaakt? Wat zijn frequente oorzaken van conflicten?
     5. Werd er een externe facilitator (coach) of interne coördinator aangesteld?
     6. Wordt er regelmatig gepraat over hoe de samenwerking loopt? Welke dingen er goed zijn en welke er beter kunnen? (intervisie)
   - **Combinatie werk en privé:**
     1. Zijn er voldoende mogelijkheden tot vrije tijd en ontspanning? Heeft de samenwerking gezorgd voor meer vrije tijd voor de beide partijen?
     2. Worden er ook familiemomenten buiten het samenwerken afgesproken?
     3. Worden privé-conflicten meegenomen naar de praktijk? Of andersom?
   - **Professionele ontwikkeling: wederzijds respect, vertrouwen en onderlinge steun versus innovatie**
     1. Wordt er van elkaar geleerd?
     2. Wordt het beleid op elkaar afgestemd?
     3. Is er mogelijkheid tot subspecialisatie en het leggen van eigen accenten?
     4. Staat men open voor nieuwe inzichten, groei en verbetering van de praktijk? Wie neemt er hiertoe het vaakst het initiatief?

Praktische en financiële regeling samenwerking

1. **Praktische regeling samenwerking**
    1. Werd er een contract en/of huishoudelijk reglement opgesteld?
2. **Financiële regeling samenwerking**
    1. Werd er een instapsom betaald?
    2. Hoe werd omgegaan met waardeoverdracht door de mogelijkheid om in de praktijk te komen werken? Hoe hebben de andere kinderen gereageerd op de samenwerking?
    3. Van wie is het praktijkgebouw? Wordt er huur betaald? Is de infrastructuur veranderd door de samenwerking?
    4. Hoe worden kosten en uitgaven verdeeld? Hoe transparant wordt er over de boekhouding gesproken?

Mogelijke valkuilen en voordelen van samenwerken:

1. Wat loopt er gemakkelijker door samen te werken als moeder/vader en dochter/zoon?
2. Wat loopt er moeilijker door samen te werken als moeder/vader en dochter/zoon? Hoe ga je hiermee om?
3. Met je ervaringen in het achterhoofd, zou je bepaalde aspecten anders aanpakken?
4. Welke tips kan je geven voor jonge huisartsen en ouders die willen gaan samenwerken?