Van solo- naar groepspraktijk: wat zijn de drempels voor de patiënt?

Van Stappen Fien, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Avonts Dirk, Universiteit Gent

Co-promotor en praktijkopleidster: Dr. Meert Hilde

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2013 – 2014

Abstract

Van solo- naar groepspraktijk: wat zijn de drempels voor de patiënt?

Huisarts-in-opleiding: Van Stappen Fien, Universiteit Gent.
Promotor: Prof. Dr. Avonts Dirk, Universiteit Gent.
Co-promotor en praktijkopleider: Dr. Meert Hilde.

Titel: Van solo- naar groepspraktijk: wat zijn de drempels voor de patiënt?
Context: Het huisartsenberoep wordt geconfronteerd met enkele trends wat betreft de praktijkvoering. Enerzijds is er de vervrouwelijking van het beroep, anderzijds dient opgemerkt te worden dat de gemiddelde leeftijd van de huisarts toeneemt, waardoor de komende tien jaar een grote groep actieve huisartsen uit het beroep zal stappen. De vergrijzing van de patiëntenpopulatie en de groei van het aantal patiënten met chronische zorgen vergroot daarnaast de werkbelasting onder de huisartsen. Door deze trends bij huisartsen en patiënten dreigt er in de nabije toekomst een tekort aan huisartsen te ontstaan. Bovendien wenst de huisarts zich anders te organiseren met een evenwichtige balans tussen zijn professioneel en privéleven. De groei van de groepspraktijken tracht hier een antwoord op te bieden.
Onderzoeksvraag: Welke drempels ervaart de patiënt bij de overgang van een solo- naar een groepspraktijk? Heeft de patiënt een voorkeur voor één specifieke arts binnen een groepspraktijk?
Methode: Literatuursearch via database Pubmed met volgende MESH-termen:“Patient satisfaction”, “Primary Health care”, “Group practice”, “General practitioners”. Aanvullende literatuur via de website van het ICHO, Domus Medica en het archief van de Nederlandstalige wetenschappelijke tijdschriften “Huisarts Nu” en “Huisarts & Wetenschap”. Het praktijkverbeterend onderzoek startte met een gestructureerd groepsgesprek met alle artsen van de groepspraktijk over de voorkeur van patiënten voor één specifieke arts. Dit leidde tot het opstellen van een visgraatmodel met mogelijke determinanten. Deze incidentanalyse vormde de basis voor een vragenlijst voor patiënten.
Resultaten: Er werden 117 vragenlijsten verdeeld, waarvan 104 geschikt waren voor analyse. Hieruit blijkt dat de deelnemers aan het praktijkproject wel degelijk een voorkeur hebben voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk. Er kon geen relatie tussen het hebben van een voorkeur voor één specifieke arts en de leeftijd van de deelnemers weerhouden worden. Vrouwen scoorden gemiddeld iets hoger in vergelijking met mannen wat betreft het hebben van een voorkeur voor één specifieke arts (7,0 versus 6,4 op 10), maar dit verschil was statistisch niet significant. 62,5% van de deelnemers (n=104) geeft te kennen dat ze hun huisarts beschouwen als hun vertrouwenspersoon. Indien hun arts van voorkeur niet aanwezig is, zal 62,5% van de deelnemers (n=104) hun consultatie niet uitstellen, ongeacht de reden van consulteren. Wanneer men zijn consultatie wel uitstelt zal men dit voornamelijk doen wanneer het probleem van psychologische aard is (17,8%) of wanneer het een sociale problematiek betreft (17,8%). Slechts 3,0% geeft te kennen dat ze hun consultatiemoment zullen uitstellen indien het over een zuiver medisch probleem gaat.
Conclusies: Het praktijkverbeterend project en het literatuuronderzoek tonen respectievelijk aan dat patiënten een voorkeur hebben voor één specifieke arts binnen een groepspraktijk en anderzijds dat de voorkeur uit gaat naar solo-artsen.

E-mail: fienvanstappen@hotmail.com.

ICPC-code: Z10 (Health Care System problems).

Inhoudsopgave

Abstract .....

Voorwoord 1

Inleiding 2

1. Motivatie voor onderzoek. 2

Literatuuronderzoek 3

1. Zoekmethode. 3
2. Situatie in België. 4
3. Tekort aan huisartsen? 5
4. Evolutie naar groepspraktijken. 6
5. Groepspraktijk versus solopraktijk: voor- en nadelen vanuit artsenperspectief. 6
6. Patiëntentevredenheid en groepspraktijken. 9
7. Besluit 10

Resultaten 11

1. Methode. 11
2. Deelnemers karakteristieken. 11
3. Voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk. 13
4. Actie wanneer de arts van voorkeur niet beschikbaar is. 16
5. Reden om één specifieke arts binnen de groepspraktijk te verkiezen. 17
6. Verschillende stellingen waarmee de deelnemer niet akkoord (0 op de VAS-schaal) tot akkoord (10 op de VAS-schaal) kan gaan. 19
7. Wijze waarop de patiënt graag op de hoogte gesteld wordt indien er structurele veranderingen gebeuren in de groepspraktijk. 23

Discussie 24

1. Sterktes en zwaktes van het onderzoek 25
2. Suggesties voor verder onderzoek 27

Besluit 28

Persoonlijke beschouwingen 29

1. Reflectie over groepspraktijken. 29
2. Reflectie over het Belgische gezondheidszorgsysteem. 30

Dankwoord 32

Referenties 34

Bijlage 36

1. Bijlage 1 Visgraatmodel 36
2. Bijlage 2 Vragenlijsten. 37
3. Bijlage 3 Informatie voor de deelnemers 42
4. Bijlage 4 Toestemmingsverklaring 43

Lijst figuren en tabellen 44

Voorwoord

Bijna twee jaar na de start van mijn opleiding is mijn visie op het werken in groep veranderd. Het werken aan dit praktijkverbeterend project heeft daar zeker toe bijgedragen. Alvorens te starten aan mijn opleiding en het zetten van mijn eerste stappen in de huisartsgeneeskunde was ik van mening dat werken in groep het hoogste “goed” was. Ik begreep dan ook niet waarom sommige patiënten problemen hadden om bij verschillende artsen binnen een groepspraktijk te consulteren. Ik was van mening dat een groepspraktijk alleen maar voordelen had, zowel voor de artsen als de patiënten. In de zoektocht naar mogelijke drempels om mee te evolueren van een solopraktijk tot een groepspaktijk werd voornamelijk gekeken of patiënten een voorkeur hebben voor één specifieke arts binnen een groepspraktijk en wat de mogelijke redenen hiervoor kunnen zijn. Het hebben van drempels of het hebben van een voorkeur voor één hulpverlener binnen een groepspraktijk wordt dan ook in deze masterproef door elkaar gebruikt.

Inleiding

Motivatie voor onderzoek.

De laatste decennia is de huisartsgeneeskunde onderworpen aan veranderingen wat betreft praktijkvoering. Werken in groep wordt meer en meer de regel in plaats van de uitzondering. Ook in landelijke regio's zoals Denderhoutem zet deze trend zit door. Ars Medica is een middelgrote groepspraktijk in Denderhoutem, momenteel bestaande uit drie vaste artsen en één huisarts-in-opleiding.

In 1993 werd de praktijk opgericht door de huidige praktijkopleidster. Zes jaar later groeide de praktijk uit tot een duopraktijk. De daarop volgende jaren kwamen verschillende artsen het team vervoegen op tijdelijke basis. De praktijk werd in 2009 vervolledigd met een derde vaste huisarts. Het werken met een huisarts-in-opleiding is een relatief nieuw gegeven voor Ars Medica: de eerste huisarts-in-opleiding maakte haar opwachting in 2011.

Op het moment van onderzoek bestond het artsenteam uit vijf voltijdse huisartsen, bestaande uit drie vrouwen en één man, alsook één huisarts-in-opleiding.

De evolutie naar een groepspraktijk werd door de artsen binnen het team voornamelijk als een positieve ontwikkeling ervaren. Ondanks alle inspanningen wordt er toch een zekere terughoudendheid ervaren bij sommige patiënten om te consulteren bij alle artsen binnen de groepspraktijk. De indruk bestaat onder de artsen dat niet alle patiënten zich kunnen vinden in het concept van een groepspraktijk en dan voornamelijk de patiënten "van het eerste uur". Aan de hand van een kwaliteitsverbeterend praktijkproject onder de vorm van een prospectief observationeel onderzoek met vragenlijsten werd getracht om een antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen:

1. Zijn er drempels bij de patiënten om te evolueren tot een groepspraktijk? En zo ja, welke?
2. Welke leeftijdsgroep en patiëntenpopulatie ervaart voornamelijk dergelijke drempels? Is dit onafhankelijk van het geslacht of niet?
3. Ervaart de patiënt voor- en/of nadelen aan een groepspraktijk? En zo ja, welke?
4. Kan men veranderingen in praktijkvoering waaraan de patiënt blootgesteld wordt in de toekomst anders/beter aanpakken? En zo ja, hoe?

Literatuuronderzoek

Zoekmethode.

De zoektocht naar relevante literatuur startte door gebruik te maken van de database Pubmed.

De eerste MeSH-termen die gebruikt werden waren: “Patient satisfaction” AND “Primary Health care”. Deze werden achtereenvolgens gecombineerd met enerzijds de MeSH-term “Group practice” en anderzijds de MeSH-term “General practitioners”. Respectievelijk leverde dit 18 en 106 resultaten op. Er werd uit het eerste zoekresultaat één artikel op basis van het abstract weerhouden. Bij het tweede zoekresultaat werden enkel artikels van de laatste 10 jaren (limiet “10 years”) en handelend over mensen (limiet “humans”) weerhouden. Op basis van de titel en het abstract kon hier uiteindelijk geen artikel weerhouden worden.

Vervolgens werd de combinatie van volgende MeSH-termen gebruikt: “Private practice” AND “Group practice” AND “General practitioners” AND “Patient satisfaction”. Dit leverde nul resultaten op. Als vierde zoekactie werd de combinatie “Patient satisfaction” AND “Group practice” AND “General practitioners” ingegeven. Dit leverde eveneens nul resultaten op. Wanneer we minder specifieke termen gebruiken voor “General practitioners”, namelijk “Physicians” werd met dezelfde combinatie 57 resultaten bekomen, waarvan opnieuw op basis van de titel en het abstract slechts één artikel weerhouden werd.

De volgende stap was het lezen van de weerhouden artikels. Door gebruik te maken van de referentielijsten van deze artikels werden vervolgens nog vijf extra artikels weerhouden voornamelijk op basis van hun titel.

Via de website van Domus Medica, de Vlaamse vereniging voor en door huisartsen, werd aan de hand van de zoekterm “groepspraktijk” relevante informatie ingewonnen. Dit mondde enerzijds uit in verwijzingen naar artikels uit het tijdschrift “Huisarts Nu”, anderzijds in de broodnodige achtergrondinformatie, alsook een interessante visietekst van Domus Medica, namelijk “Zorgmodel 2020”.

Het archief van het wetenschappelijk tijdschrift “Huisarts Nu” werd eveneens doorzocht met de zoektermen “groepspraktijk” en “solo-arts”. Dit leverde twee artikels op, waarvan uiteindelijk slechts één weerhouden werd op basis van de inhoud van het artikel.

Daaropvolgend werd het archief van een tweede Nederlandstalig tijdschrift voor huisartsgeneeskunde, namelijk “Huisarts & Wetenschap” met de zoekterm “groepspraktijk”

doorgrond. Dit tijdschrift belichaamt de situatie bij onze noorderburen. De zoekactie leverde drie artikels op.

Via de ICHO-website werd er gezocht naar masterproeven die handelen over gelijkaardige onderwerpen. De termen “groepspraktijk” en “solopraktijk” werden gebruikt. Uiteindelijk werden drie masterproeven weerhouden die interessant zouden blijken voor dit onderzoek. Ook deze referentielijsten leverden nog enkele interessante artikels op.

Tot slot werd ook de zoekrobot “Google” gebruikt, voornamelijk om informatie te vergaren over de huidige stand van zaken in België en Vlaanderen wat betreft de verdeling van het aantal huisartsen. Door de zoektermen “vergrijzing” en “huisartsgeneeskunde” alsook “groepspraktijk” en “huisartsgeneeskunde” in te geven werden enkele rapporten van de Belgische overheid bekomen.

Situatie in België.

Een recent onderzoek, uitgevoerd door het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering), toont aan dat de Belgische bevolking tevreden is over zijn huisarts, meer bepaald 95 procent van de Belgische populatie is tevreden. Bovendien raadpleegt de Belg zijn huisarts frequent: 95 procent van de patiënten die een ambulant contact heeft met een arts, over een periode van drie jaar, heeft contact met een huisarts. Wanneer we dit op jaarbasis bekijken heeft 90 procent van de patiënten die een ambulant contact heeft met een arts, contact met een huisarts en dit ongeacht de categorie van de rechthebbende, de leeftijd, het geslacht, het gewest of de provincie waar de patiënt woont. De frequentie van contacten met andere zorgverleners is minder hoog. Wanneer er dan dieper ingegaan wordt op het aantal contacten valt op te merken dat de huisarts ook de zorgverlener is met de meest frequente contacten. Gemiddeld komt een patiënt 4,28 keer per jaar bij een huisarts, dit in tegenstelling tot 2,69 keer per jaar bij andere artsen-specialisten. Deze frequentie ligt opvallend hoger bij ouderen en patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Wanneer er gekeken wordt naar de patiëntentrouw, vertaald in het percentage afgesloten GMD’s (Globaal Medisch Dossier), bedraagt deze 46 procent. Dit percentage ligt hoger bij ouderen (78 procent bij 75-plussers) en vrouwen (50 procent)[1].

Dit alles toont aan dat de huisarts dé spilfiguur alsook een eerste aanspreekpunt is in ons Belgisch gezondheidszorgsysteem. De Belgische huisarts blijkt tevens veel vertrouwen te genieten van zijn patiënten.

Tekort aan huisartsen?

Momenteel wordt de medische capaciteit, welke in densiteit (aantal actieve huisartsen per 10.000 inwoners) uitgedrukt wordt, geschat op 9,5 per 10.000 inwoners. Dit impliceert een opmerkelijke daling daar de densiteit aan het begin van deze eeuw door internationale rapporten van de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) nog geschat werd op 21,1 per 10.000 inwoners.

Dé huisarts van vandaag valt niet te vergelijken met deze van enkele decennia terug. Een eerste opgemerkte tendens is de vervrouwelijking van het beroep: 30,1 procent van de huidige artsen is een vrouw, terwijl deze verhouding 59,5 procent bedraagt bij de pas afgestudeerde huisartsen. Daarnaast valt te vermelden dat de gemiddelde leeftijd van de huisarts toeneemt: de gemiddelde leeftijd bedraagt momenteel 51,4 jaar ten opzichte van 47,3 jaar in het jaar 2000. Deze veranderingen hebben gevolgen voor de huidige praktijkvoering. Enerzijds zijn vrouwelijke artsen minder geneigd huisbezoeken af te leggen en hebben ze een kleiner patiëntenbestand. Anderzijds houdt de vergrijzing in dat de groep van recent gediplomeerde artsen ontoereikend dreigt te worden om de artsen die hun activiteiten stopzetten te vervangen. Doordat het beroep vervrouwelijkt alsook vergrijst, zal dit impact hebben op de beschikbare arbeidskrachten[1,2,3,9]. Bovendien wordt de huisarts geconfronteerd met een toenemende vergrijzing in de patiëntenpopulatie, alsook een verschuiving naar meer thuiszorg. Tot slot breidt het takenpakket van de huisarts eveneens uit: er is meer nood aan systematische preventie, alsook aan zorg voor en management van frequent voorkomende chronische aandoeningen.

Ook de Belgische overheid is zich bewust van het mogelijks dreigend tekort aan huisartsen. Nog in december 2013 formuleerde minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, minister Onkelinx, een wetsvoorstel voor de afschaffing van de contingentering voor huisartsgeneeskunde. Doch rees als snel de vraag vanuit verschillende hoeken, onder meer de Vlaamse universiteiten, BVAS (de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten), alsook de Vlaamse vereniging voor huisartsgeneeskunde Domus Medica, of dit een structurele oplossing is voor het probleem.

Groepspraktijken en samenwerkingsverbanden laten huisartsen toe hun krachten te bundelen. Dit is belangrijk voor de continuïteit van de zorg, taakdelegatie en taakdifferentiatie met behoud van het persoonsgerichte en integrale karakter van de huisartsgeneeskunde[4].

Evolutie naar groepspraktijken.

Het zijn zowel medische, idealistische als sociaal-economische omstandigheden en wensen geweest die aan de opkomst van de groepspraktijk hebben bijgedragen[20]. De nieuwe generatie huisartsen wensen zich anders te organiseren. Om aan de stijgende werkdruk te voldoen trachten steeds meer huisartsen een samenwerkingsverband of groepspraktijk op te starten. Alles wijst er op dat de solistisch werkende huisarts vrijwel helemaal gaat verdwijnen in de toekomst. Een studie, weliswaar uitgevoerd in Nederland alwaar de evolutie naar groepspraktijken zich sneller inzette dan in België, toont aan dat in 2005 slechts 3 procent van de nieuw instromende huisartsen de voorkeur geeft aan een solopraktijk[11]. Dé groepspraktijk bestaat in België echter niet: elke vorm van samenwerking, zowel op organisatorisch als financieel vlak, is mogelijk[7]. Momenteel bestaan er in België geen financiële tegemoetkomingen die huisartsen stimuleren om samenwerkingsverbanden aan te gaan met elkaar[8].

Groepspraktijk versus solopraktijk: voor- en nadelen vanuit artsenperspectief.

Continuïteit.

Door zich te groeperen slagen huisartsen erin om de continuïteit van de zorg naar de patiënt toe te verzekeren alsook te delen en dit zonder afbreuk te doen aan de levenskwaliteit van de arts zelf. Volgens een Belgische studie is dit één van de belangrijkste redenen waarom een arts kiest om in een groepspraktijk te werken[8].

Continuïteit is een essentieel kenmerk van de huisartsenzorg. De huisarts is voor de patiënt de constante factor in de gezondheidszorg. Enerzijds omvat het begrip continuïteit de continue zorg die de huisarts zijn patiënt aanbiedt gedurende zijn of haar volledige leven, anderzijds moet de huisartsenzorg de klok rond beschikbaar zijn. Vroeger impliceerde dit noodzakelijkerwijs persoonlijke continuïteit, maar door de opkomst van georganiseerde wachtdiensten onder de vorm van streekwachten en huisartsenwachtposten, alsook groepspraktijken evolueert dit steeds meer naar gedeelde continuïteit of teamcontinuïteit.

Aan deze nieuwe vorm van continuïteit zijn uiteraard enkele voorwaarden verbonden. Vooreerst moeten alle relevante medische gegevens beschikbaar zijn voor elke collega hulpverlener[4]. Hieruit vloeit voort dat het bestaan van een goed EMD (elektronisch medisch dossier) alsook een goed gebruik en beheer ervan door de verschillende teamleden, een belangrijke voorwaarde is voor teamcontinuïteit. Een tweede essentiële voorwaarde voor het

leveren van continuïteit in een groepspraktijk is onderlinge overeenkomst over het te voeren beleid. Een gemeenschappelijke praktijkvisie alsook visie op huisartsgeneeskunde is hier onlosmakend mee verbonden. Dit sluit naadloos aan bij een derde doch niet onbelangrijke voorwaarde, namelijk het bestaan van een goede vorm van praktijkoverleg om op regelmatige basis deze visie op elkaar af te stemmen en eventueel bij te sturen waar nodig.

Een gevaar van teamcontinuïteit is het verloren gaan van de persoonlijke relatie tussen de patiënt en de huisarts. Uit studies blijkt dat het waarborgen van deze persoonlijke relatie in grotere groepspraktijken meer aandacht vereist, in vergelijking met kleinere praktijken[17].

Individuele beschikbaarheid.

De individuele beschikbaarheid ligt in een solopraktijk hoger ten opzichte van een groepspraktijk. De kans dat een patiënt een solowerkende huisarts treft tijdens de kantooruren is respectievelijk 85 en 81 procent voor mannelijke versus vrouwelijke solohuisartsen. In een duo- of groepspraktijk liggen deze percentages beduidend lager, namelijk 75 en 54 procent[10].

Financieel.

In het huidige Belgische gezondheidszorgsysteem zijn er geen financiële tegemoetkomingen om huisartsen te stimuleren samenwerkingsverbanden aan te gaan met elkaar[8]. Door zich te groeperen kunnen artsen de kosten van het ondersteunend personeel, medisch materiaal, alsook de initiële broodnodige investeringen delen[7]. Anderzijds vereist een groepspraktijk bepaalde investeringen die niet noodzakelijk zijn bij een solopraktijk. Bovendien zijn het management alsook de vergaderingen in een groepspraktijk tijdsrovend en staat hier (meestal) geen financiële tegemoetkoming tegenover[8]. Tot slot kan er doordat de Belgische patiënt in het huidige gezondheidszorgsysteem vrije keuze heeft wat betreft zijn zorgverlener competitie ontstaan tussen de verschillende samenwerkende zorgverleners voor een patiënt, wat financiële implicaties heeft voor de arts.

Werktevredenheid.

Artsen die in een groepspraktijk werken, worden gekenmerkt door een hoge graad van professionele tevredenheid. Door over de mogelijkheid te beschikken om ervaring uit te wisselen met collega's worden ze gemotiveerd. Bovendien biedt een groepspraktijk een oplossing voor de noodzaak van continuïteit in de zorg, zonder afbreuk te doen aan de levenskwaliteit van de arts[8]. Solo-artsen geven in studies te kennen dat ze meer stress in hun job ervaren. Werken in isolement en gebrek aan feedback van gelijken zijn gekende risicofactoren voor alcoholisme en suïcidaliteit voor solo-artsen[14].

Administratieve werkbelasting.

Uit onderzoek blijkt dat het delen van de administratieve werkbelasting een belangrijke motivatie is voor artsen om zich te groeperen[8].

Verschuiving van zorg, meer bepaald naar praktijkassistenten en verpleegkundigen, kan bijdragen tot een betere organisatie van de huisartspraktijken. Routinetaken, zoals het maken van afspraken, administratie regelen en het stellen van eenvoudige handelingen, kunnen overgenomen worden door praktijkassistenten in de eerstelijnsgeneeskunde. Door een verhoging van de efficiëntie ontstaat er opnieuw meer tijd voor de humane kant van het vak en komen de echt inhoudelijke medische taken meer in het vizier. Oorspronkelijk werden enkel huisartsengroeperingen vanuit de overheid financieel gemotiveerd tot het aanwerven van een praktijkassistent via de Impulseo II-bijdragen. Doch, sinds de invoering van Impulseo III anno 2012 kunnen ook solopraktijken genieten van een financiële tegemoetkoming in een deel van de loonkosten van de bediende die de solo-arts bijstaat op vlak van administratie en onthaal[12,13]. Solo-artsen werken nog vaak zonder secretariaat, praktijkassistentie of verpleegkundigen[14].

Werkbelasting.

Een Nederlandse studie vond geen verschil tussen het aantal uren dat een voltijdse solo-arts in vergelijking met een voltijdse samenwerkende huisarts per week werkt (gemiddeld 55 uur per week)[14]. Een Vlaams onderzoek onder huisartsen kon eveneens geen aanwijzingen vinden dat er een verschil bestaat in de werkbelasting van artsen in een groepspraktijk en artsen in solopraktijk[16]. Doch, wanneer gepeild wordt in dezelfde studie naar de ervaring omtrent deze werkbelasting, blijkt dat solo-artsen een hogere werkbelasting ervaren in vergelijking met samenwerkende artsen en dit voornamelijk ten gevolge van eisen, uitgaande van de patiënten die ze als ongepast ervaren. Solo-artsen waren minder tevreden over hun beschikbare tijd en over de tijd die ze moeten investeren in hun job[14].

Samenwerking.

De mogelijkheid om overleg te plegen met andere gezondheidswerkers is tevens een belangrijke motivatie voor artsen om zich te groeperen. Doch deze samenwerking vereist het vinden van collega's met een gemeenschappelijke praktijkvisie alsook visie op huisartsgeneeskunde. Uit een Belgische studie blijkt dat deze zoektocht naar de geschikte collega('s) sommige artsen afschrikt om de stap te zetten tot het vormen van een groepspraktijk[8].

In groepspraktijken is overleg met collega's onontbeerlijk voor een goede samenwerking. Niet alleen om op gepaste tijden patiënteninformatie uit te wisselen, maar ook om te vergaderen over praktijkvisie, financiële aspecten, praktijkmanagement, praktijkprotocols,… Dit houdt in dat er op regelmatige basis praktijkoverleg moet ingebouwd worden in de agenda van de samenwerkende huisarts, iets waarmee de solo-arts niet geconfronteerd wordt. Een Nederlandse studie toont niet alleen aan dat artsen binnen een groepspraktijk meer samenzitten met collega-huisartsen, maar ook met andere zorgverleners binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en specialisten, in vergelijking met solo-artsen. Solo-artsen ervaren eveneens meer autonomie en worden enkel beperkt door de standaarden en richtlijnen die verbonden zijn aan hun beroep[14]. Deze autonomie reikt verder dan het medisch handelen; de solo-arts wordt gekenmerkt door totale onafhankelijkheid ook wat betreft zijn werkschema en vakantieregeling. Deze onafhankelijk heeft tot gevolg dat er minder conflictsituaties mogelijk zijn en de solo-arts geen compromissen moet sluiten[21].

Kwaliteit van zorgverlening.

Een Britse studie kwam tot de conclusie dat er geen evidentie is dat solo-artsen onderpresteren op klinisch vlak, in vergelijking met samenwerkende huisartsen, wanneer praktijkkenmerken in rekening gebracht werden[6,14]. Anderzijds is er geen evidentie dat persoonlijke continuïteit geassocieerd is met betere resultaten op vlak van kankerscreening en diabetesmanagement[19].

Patiëntentevredenheid en groepspraktijken.

Uit onderzoek blijkt er een omgekeerde relatie te bestaan tussen gedeelde continuïteit en patiëntentevredenheid. Verschillende studies tonen dat groepspraktijken in vergelijking met solopraktijken minder goed scoren wanneer het gaat over de patiëntentevredenheid[5,14,15,18].

Toegankelijkheid.

In een studie uitgevoerd door Baker over de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van huisartsenpraktijken blijken solopraktijken de voorkeur weg te dragen bij de patiënten in vergelijking met groepspraktijken[15]. Kleine praktijken worden door patiënten meer toegankelijk beschouwd en hebben hierdoor de voorkeur bij de patiënt[6,14] .

Persoonlijke continuïteit.

Zoals reeds hoger aangehaald, ligt de individuele beschikbaarheid van de solo-arts hoger dan deze van een arts werkend in een groepspraktijk[10]. Persoonlijke continuïteit wordt door de patiënten gewaardeerd. Dit geldt bij uitstek voor ouderen, patiënten met een chronische ziekte en ernstig zieke patiënten. Baker kwam tevens tot de conclusie dat voornamelijk vrouwelijke

patiënten gekenmerkt werden door een hogere tevredenheid indien er sprake is van persoonlijke continuïteit. Hij verklaart dit doordat vrouwen frequenter de huisarts consulteren dan mannen, alsook frequenter een familielid vergezellen op consultatie bij de huisarts. Hierdoor zouden ze meer waarde hechten aan de persoonlijke zorgen en de voorkeur geven aan solopraktijken[15]. Persoonlijke continuïteit draagt bij tot het vertrouwen van de patiënt in zijn huisarts[15,17]. Een grote Europese studie, uitgevoerd in negen landen waaronder België, bevestigt de bovengenoemde studie van Baker, namelijk dat praktijken waar de huisarts meer uren werkt, alsook waar er minder zorgmedewerkers en huisartsen zijn, hoger scoren op vlak van patiëntentevredenheid en de voorkeur wegdragen bij de patiënt[18].

Omkadering.

Een Nederlandse studie die groepspraktijken met solopraktijken vergelijkt, op vlak van infrastructuur, teammanagement, communicatie en kwaliteit, kwam tot de vaststelling dat patiënten in solopraktijken meer tevreden waren over de consultatietijd die ze kregen in vergelijking met patiënten uit een groepspraktijk[14].

Er bestaat een discrepantie tussen enerzijds het hoger scoren van groepspraktijken wat betreft de infrastructuur alsook het teammanagement in vergelijking met solopraktijken en anderzijds de hogere appreciatie die solo-artsen genieten op de meeste aspecten van praktijkmanagement. De hogere appreciatie die solopraktijken genieten op vlak van patiëntenservice, toegankelijkheid en beschikbaarheid staat in schril contrast met groepspraktijken die over het algemeen beter uitgerust zijn. Deze hogere appreciatie kan mogelijks verklaard worden doordat de patiënt een persoonlijke, continue relatie heeft met zijn of haar huisarts in solopraktijken, welke ontbreekt bij groepspraktijken[14].

Besluit

Hét type praktijk dat de beste service biedt is per definitie moeilijk te beschrijven, daar de definitie van kwaliteit verschillend is vanuit enerzijds het standpunt van de patiënt, anderzijds het standpunt van de huisarts, en tot slot de maatschappij. Bovendien zijn de voorwaarden die nodig zijn voor het bieden van kwalitatieve zorg verschillend voor een groepspraktijk in vergelijking met een solopraktijk. Zo zijn praktijkprotocols, het belang van communicatie tussen teamleden, alsook het beschikken over een goed gemeenschappelijk elektronisch dossier sleutelvoorwaarden in een groepspraktijk, doch eerder van onderschikt belang in een solopraktijk[14].

Resultaten

Methode.

De vragenlijst werd opgesteld naar aanleiding van een gestructureerd groepsgesprek met alle artsen van de groepspraktijk Ars Medica. Centraal bij deze incidentenanalyse stond de ervaring binnen de groepspraktijk dat sommige patiënten weigeren te consulteren bij alle artsen binnen de groepspraktijk en een voorkeur hebben voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk. Aan de hand van een visgraatmodel (cfr. bijlage 1) werden er mogelijke oorzaken, op vlak van persoons- en praktijkkenmerken, alsook mogelijk externe oorzaken en oorzaken die gekoppeld zijn aan de middelen waarover men beschikt in de praktijk (bijvoorbeeld het elektronisch medisch dossier) naar voor gebracht. Deze analyse vormde de basis voor de vragenlijst (cfr. bijlage 2). De doelgroep waren alle patiënten die gedurende een bepaalde periode kwamen consulteren en tussen de 18 en de 100 jaar oud waren. Daarnaast werden de vragenlijsten ook op geplande huisbezoeken gedurende deze periode uitgedeeld. Andere in- of exclusiecriteria werden niet weerhouden.

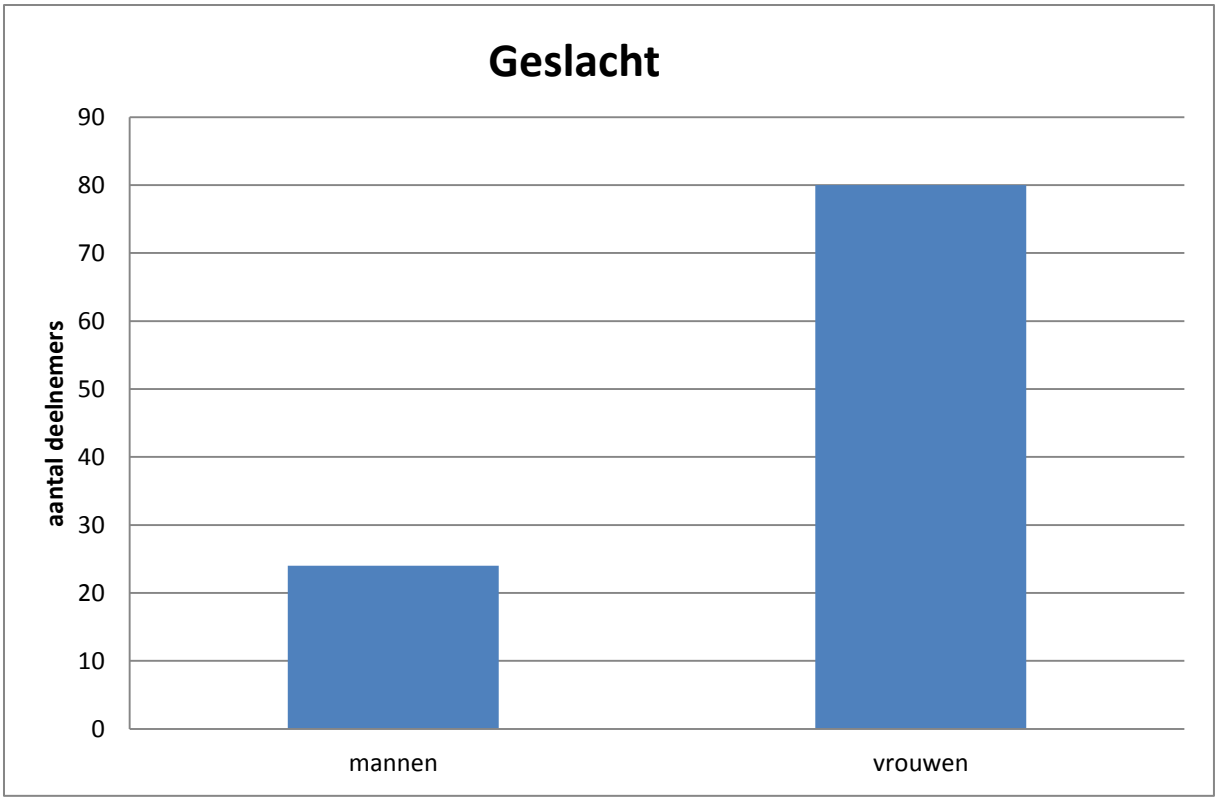
Oorspronkelijk werd vooropgesteld de studie te laten lopen gedurende één maand. Echter, al snel bleek dat het vooropgestelde aantal, namelijk tussen de 50 en 100 ingevulde vragenlijsten, na enkele dagen reeds behaald werd. De studie werd dan ook vroegtijdig, na het behalen van het beoogde aantal, stopgezet.

In totaal werden er 117 vragenlijsten uitgedeeld. Uiteindelijk werden er 104 ingevulde vragenlijsten terugbezorgd, wat het aantal non-responders op 13 brengt. Daar deelname op geheel vrijwillige basis gebeurde, stond het de patiënten vrij al dan niet deel te nemen aan de studie. In totaal weigerden 10 patiënten.

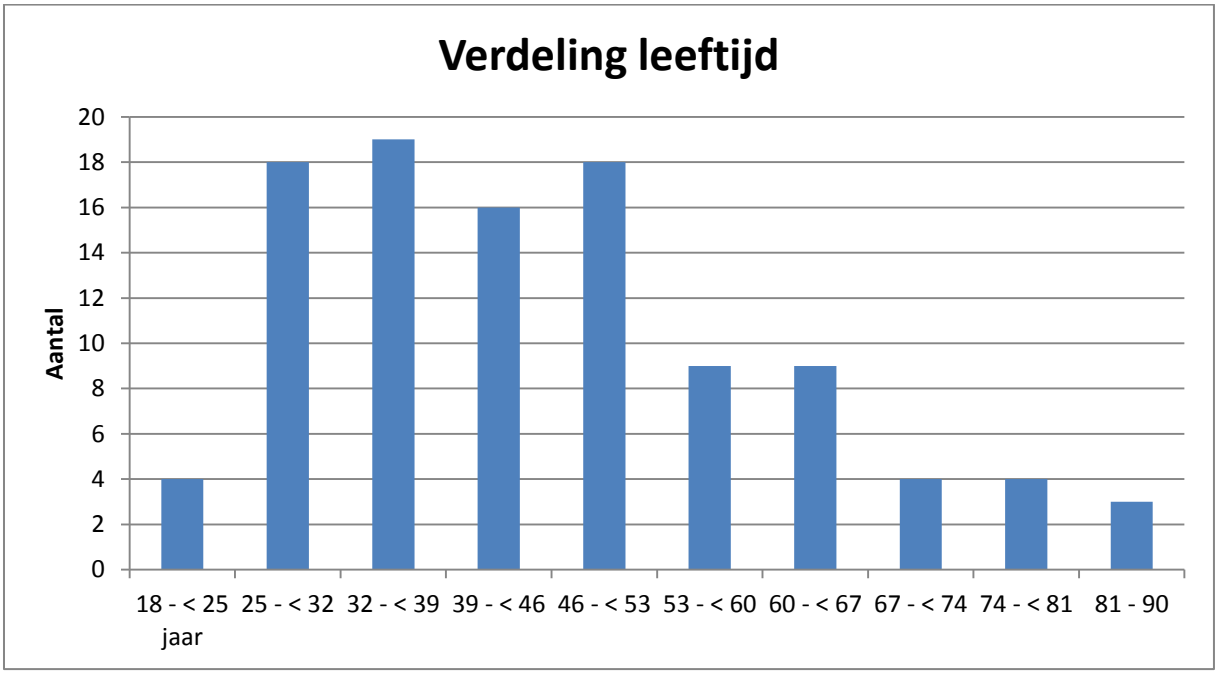
Deelnemers karakteristieken.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bedraagt 45,4 jaar. 23 procent (24 /104) van de deelnemers waren mannen met een gemiddelde leeftijd van 48,2 jaar. Dit maakt dat 77 procent (80 /104) van de deelnemers vrouwen waren en dus meer vertegenwoordigd zijn in deze studie. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen bedraagt 44,5 jaar.

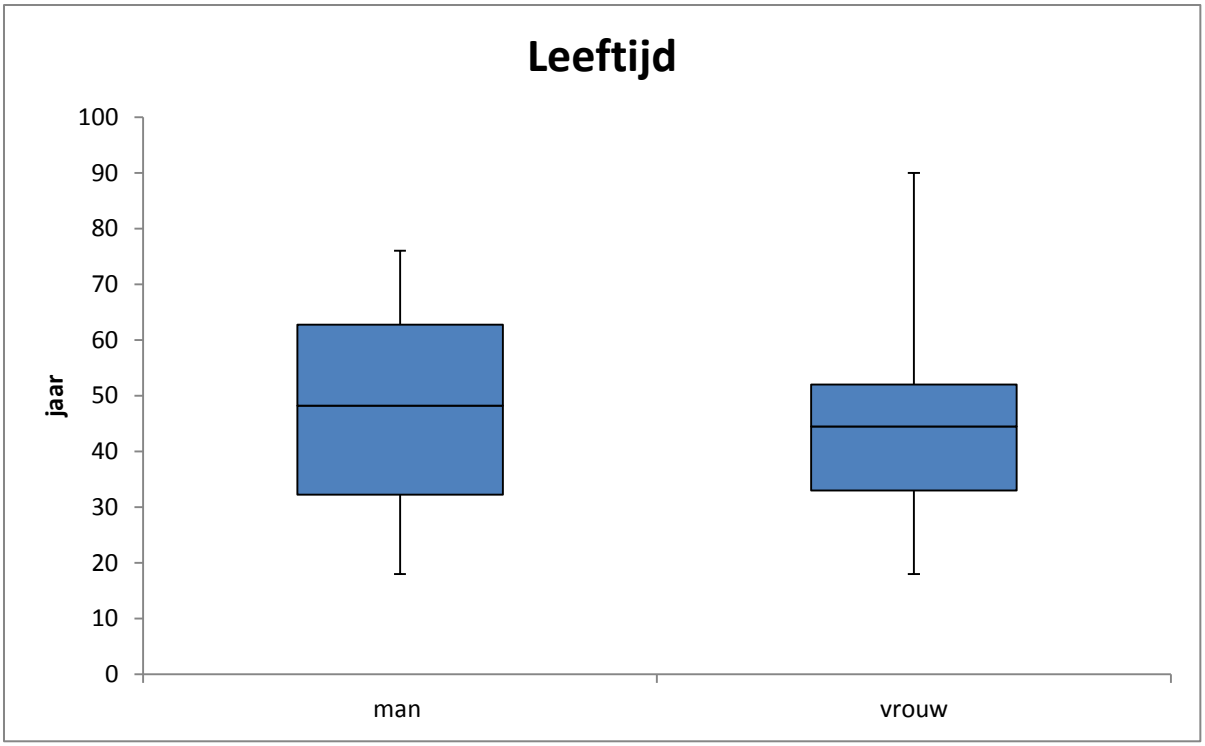
Wanneer we kijken naar de noodzaak tot het dagelijks in te moeten nemen van medicatie moeten 55 deelnemers (53%) dagelijks medicatie nemen, terwijl 49 patiënten (47%) geen chronische medicatie moeten nemen.



Figuur 1. Verdeling deelnemers op basis van geslacht.



Figuur 2. Verdeling deelnemers op basis van leeftijd.



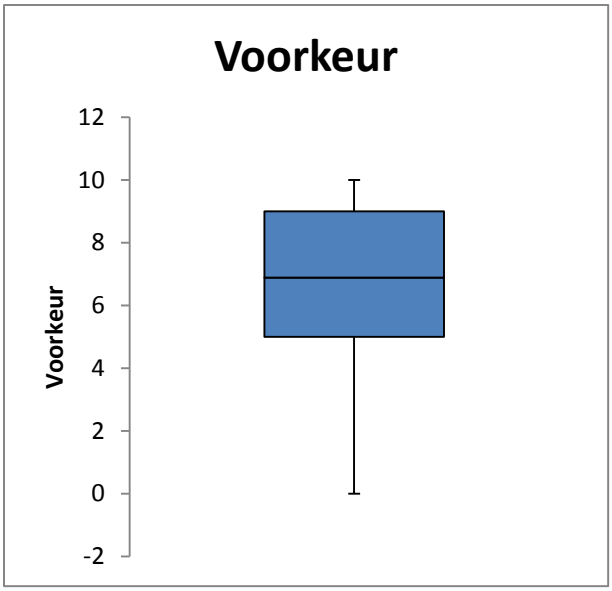
Figuur 3. Boxplot leeftijd deelnemers.

Voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk.

De deelnemers konden aan de hand van een VAS-schaal (visual analogue scale) hun voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk weergeven en dit door een getal aan te duiden tussen 0 en 10, waarbij 0 overeenkomt met"Ik heb helemaal geen voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk" tot 10 zijnde "Ik verkies steeds dezelfde arts binnen de groepspraktijk".

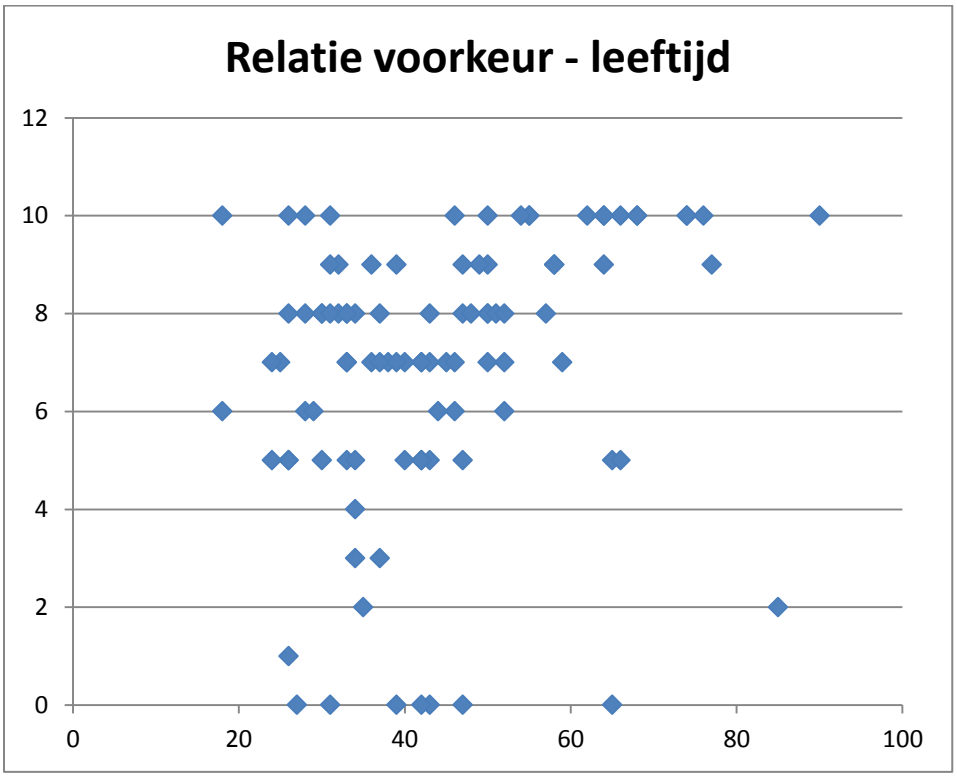
De deelnemers scoorden gemiddeld 6,9 op 10 op een VAS-schaal. Bij de mannen ligt dit gemiddelde iets lager, namelijk 6,4, terwijl bij de vrouwen dit gemiddelde hoger ligt, namelijk 7,0.

Wanneer we de voorkeur van de deelnemers visueel trachten voor te stellen aan de hand van een boxplot merken we dat de mediaan gelijk is aan 7. Met andere woorden 50 procent van de deelnemers heeft op een schaal van 0 tot 10, met 10 zijnde een absolute voorkeur voor één specifieke arts, minder dan 7 geantwoord. De overige 50 procent van de deelnemers drukte hun voorkeur uit met meer dan 7 op 10. Het eerste kwartiel is gelijk aan 5, met andere woorden 75 procent van de deelnemers scoorde hoger dan 5 op 10 wat hun voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk betreft.



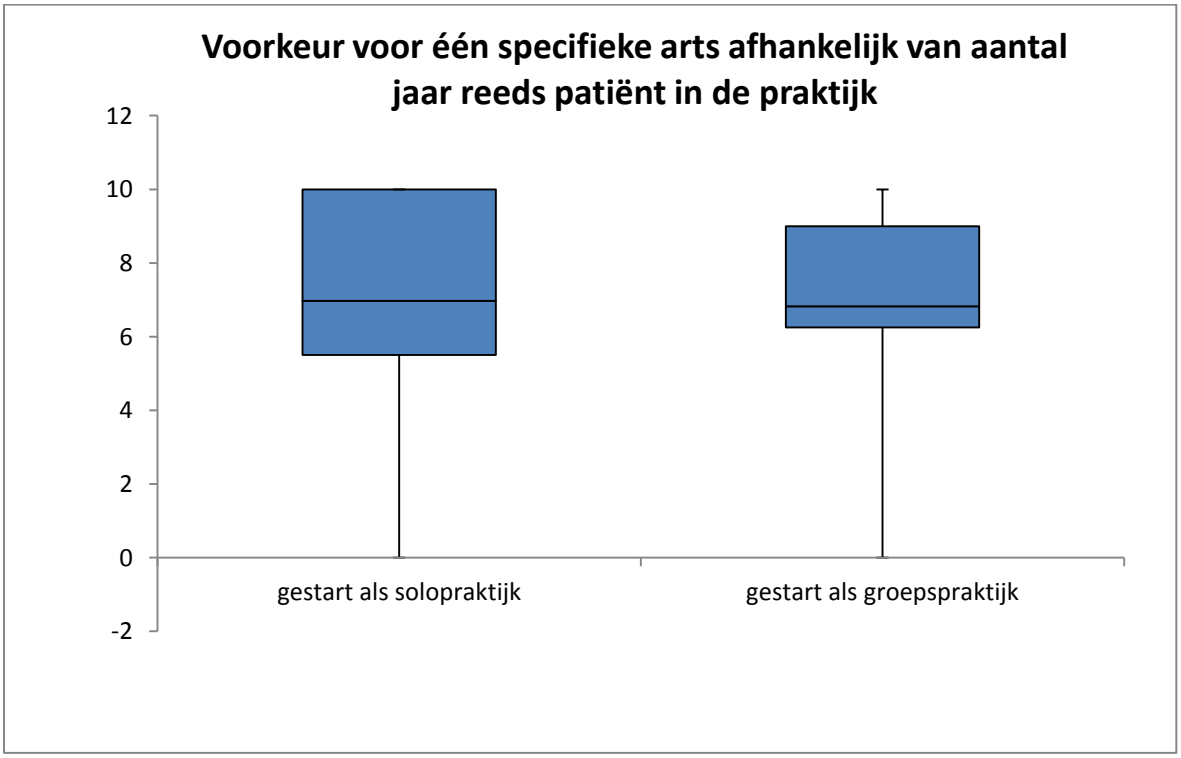
Figuur 4. Boxplot voorkeur van de deelnemers voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk.

Wanneer we trachten na te gaan of er een verband bestaat tussen enerzijds de leeftijd van de deelnemers en anderzijds hun voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk kunnen we dit visueel voorstellen aan de hand van een scatterplot. Hieruit blijkt het niet mogelijk een rechte te trekken, met ander woorden we kunnen niet zeggen dat naarmate de leeftijd van de deelnemer stijgt deze ook hoger zal scoren op de VAS-schaal om zijn voorkeur uit te drukken.



Figuur 5. Scatterplot leeftijd en voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk.

Er werd tevens gevraagd aan de deelnemers om aan te geven hoelang ze reeds patiënt zijn in de prakijk. Op basis hiervan konden de deelnemers ingedeeld worden in twee groepen. Enerzijds diegenen die patiënt werden op het moment dat de praktijk nog een solopraktijk was (>14 jaar patiënt in de praktijk), anderzijds diegenen die patiënt werden op het moment dat de praktijk reeds uit meer dan één arts bestond (duo- en later groepspraktijk) (0 – 14 jaar patiënt in de praktijk). Op deze manier kan nagegaan worden of patiënten "van het eerste uur" anders scoorden wanneer er gepeild werd naar het al dan niet hebben van een voorkeur voor één specifieke arts. Zowel de groep patiënten die de praktijk nog gekend hebben als solopraktijk, als de groep patiënten die de praktijk leerden kennen op het moment dat de praktijk reeds een duo- of groepspraktijk was, scoorden als minimum waarde 0 (= "Ik heb helemaal geen voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijken") en als maximum waarde 10 (= "Ik verkies steeds dezelfde arts binnen de groepspraktijk"). Wanneer we kijken naar de waarde die het meest gescoord wordt in beide groepen, namelijk de modus, is dit voor de eerste groep, zij die gestart zijn in een solopraktijk 10 (="Ik verkies steeds dezelfde arts binnen de groepspraktijk"). Voor diegenen die startten in de praktijk wanneer deze reeds bestond uit meer dan één arts bedraagt de modus 8. Het gemiddelde voor de groep patiënten die startte in een solopraktijk is gelijk aan 6,9 op een VAS – schaal van 0 tot 10, in vergelijking met 6,8 voor de andere groep.



Figuur 6. Boxplot voorkeur voor één specifieke arts afhankelijk van aantal jaar men reeds patiënt is in de praktijk.

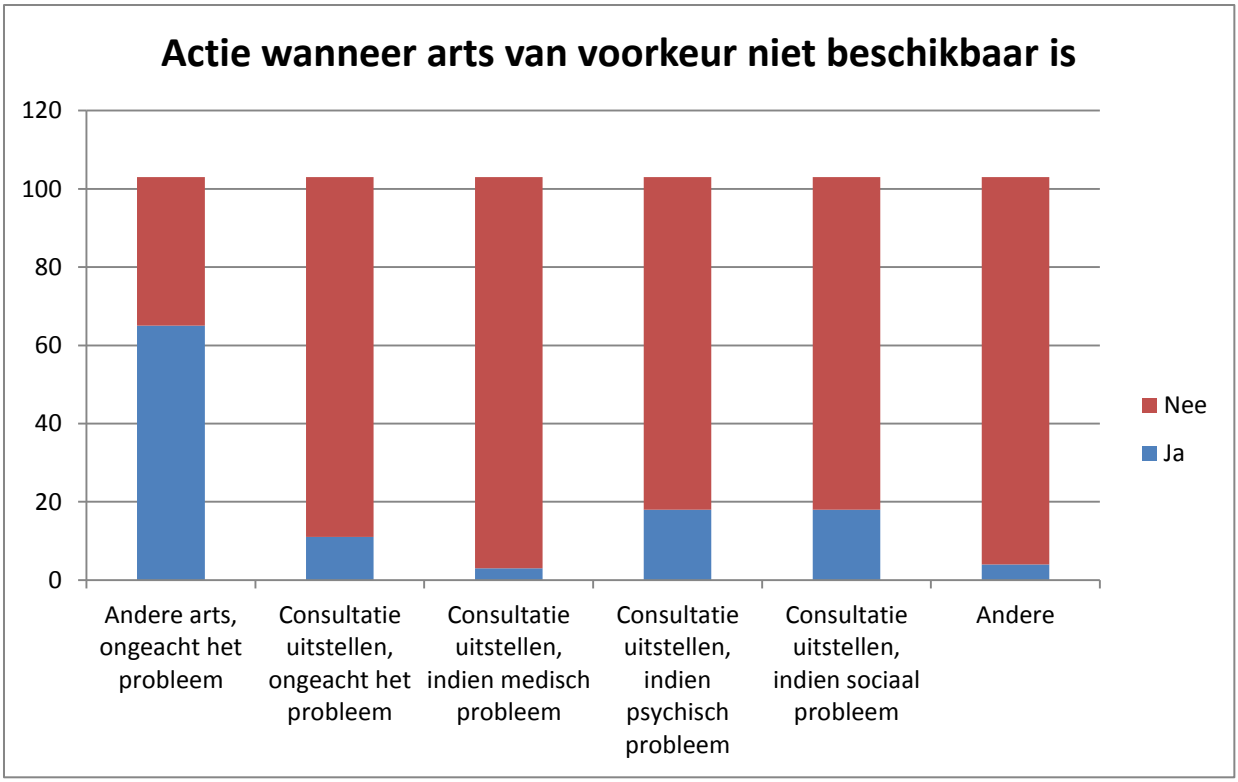
Actie wanneer de arts van voorkeur niet beschikbaar is.

Aan de deelnemers werd gevraagd wat ze zouden doen indien de arts die hun voorkeur wegdraagt niet beschikbaar is, omdat deze afwezig is of de agenda van de desbetreffende arts reeds volzet is. De deelnemers konden aanduiden of ze zouden consulteren bij een andere arts binnen de groepspraktijk, ongeacht de reden van consultatie. De deelnemers konden er eveneens voor kiezen om hun consultatie uit te stellen naar een later moment wanneer hun arts van voorkeur wel beschikbaar is en dit ook ongeacht van het probleem of reden van consulteren. Andere opties waren dat de deelnemers hun consultatiemoment zouden uitstellen naar een later moment wanneer hun arts van voorkeur wel beschikbaar was, maar dit afhankelijk van het probleem waarvoor ze consulteren. Ofwel wanneer het ging om een puur medisch probleem (bijvoorbeeld een keelontsteking, hoest of griep), ofwel wanneer het ging om een puur psychisch probleem (bijvoorbeeld een depressie), ofwel wanneer het ging om een puur sociaal probleem (bijvoorbeeld problemen in de gezinssituatie of werkgerelateerde problemen). Tot slot kon de deelnemer er ook voor kiezen om zelf een antwoordmogelijkheid in te vullen. De deelnemers konden meerdere antwoordmogelijkheden aanduiden.

Onderstaande tabel en figuur toont een overzicht van de verschillende antwoorden van de deelnemers.

Allen	Andere arts, ongeacht probleem	Uitstellen consultatie, ongeacht het probleem	Consultatie uitstellen, indien medisch probleem	Consultatie uitstellen, indien psychisch probleem	Consultatie uitstellen, indien sociaal probleem	Andere
Ja	65	11	3	18	18	4
Nee	38	92	100	85	85	99
“leeg”	1	1	1	1	1	1
Mannen						
Ja	15	4	2	4	3	0
Nee	8	19	21	19	20	23
“leeg”	1	1	1	1	1	1
Vrouwen						
Ja	50	7	1	14	15	4
Nee	30	73	79	66	65	76
“leeg”	0	0	0	0	0	0

Tabel 1. Actie wanneer arts van voorkeur niet beschikbaar is. “Ja” = deelnemer duidde dit antwoord aan, “nee”= deelnemer duidde dit antwoord niet uit, “leeg” = vraag werd door de deelnemer niet ingevuld.



Figuur 7. Actie indien de arts van voorkeur niet beschikbaar is, voor alle deelnemers.

Indien de arts van hun voorkeur niet beschikbaar is, zal de meerderheid, namelijk 65 van de 104 deelnemers (62,5%) consulteren bij een andere arts binnen de groepspraktijk, ongeacht het probleem. Elf van de 104 deelnemers, ofwel 10,6 procent, kiezen ervoor om zijn of haar consultatie uit te stellen naar een later moment, ongeacht het probleem. Wanneer het gaat over een zuiver medisch probleem, zoals bijvoorbeeld een keelontsteking of griep, zal slechts 3,0 procent van de patiënten hun consultatie uitstellen naar een later moment. Dit percentage ligt hoger wanneer het gaat over een puur psychisch probleem of sociaal probleem, namelijk 17,8 procent zal zijn of haar consultatiemoment uitstellen naar een later moment wanneer het om dergelijke problemen gaat.

Reden om één specifieke arts binnen de groepspraktijk te verkiezen.

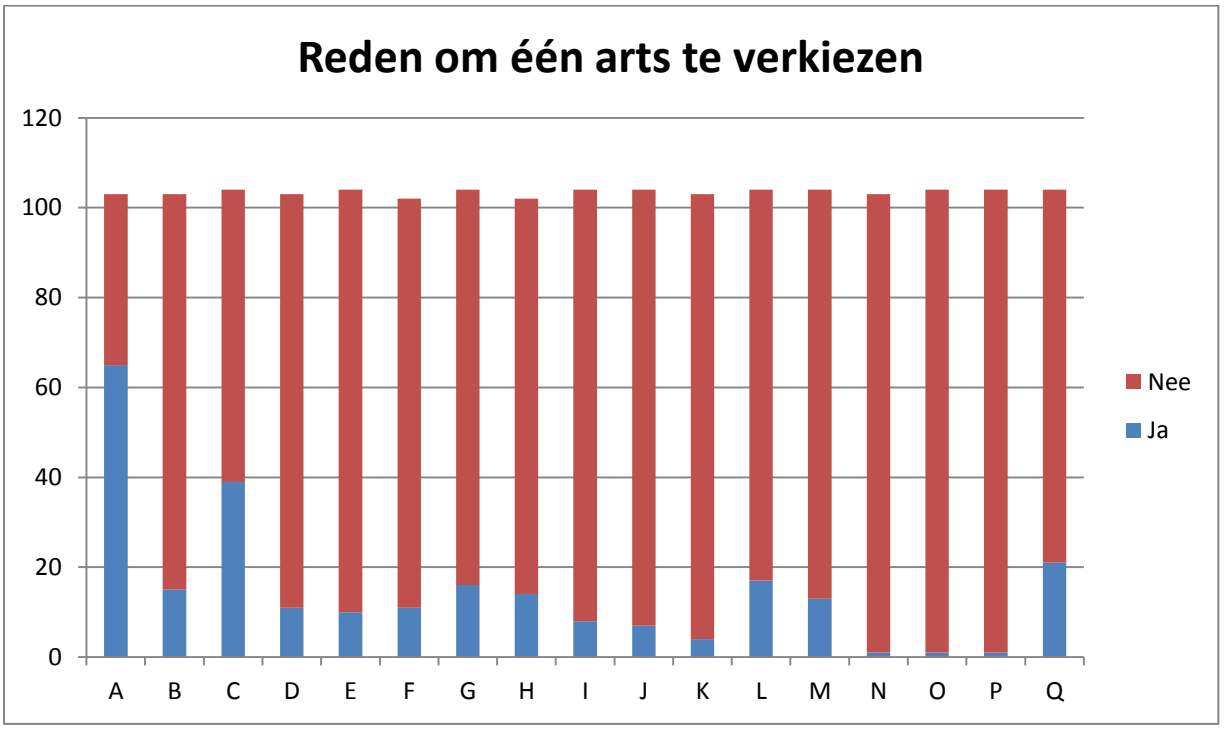
Vervolgens werd gepeild naar de mogelijke oorzaken of redenen waarom de deelnemers één specifieke arts verkiezen om bij te consulteren. De deelnemer kon verschillende antwoordmogelijkheden aanduiden. Volgende antwoordmogelijkheden waren mogelijk, gevolgd door het aantal keer dat deze antwoordmogelijkheid aangeduid werd op 104 deelnemers, alsook het overeenstemmende percentage.

A. Mijn huisarts is een vertrouwenspersoon (65/104, 62,5%).
B. Ik mijn probleem enkel met hem/haar wil delen (15/104, 14,4%).

C. Ik heb reeds ervaren dat enkel de arts in kwestie volledig op de hoogte is van mijn (medische) problematiek (39/104, 37,5%).
D. Ik vind dat de arts in kwestie beter op de hoogte is van eventuele gezinsproblemen (11/104, 10,6%).
E. Ik vind dat de arts in kwestie beter op de hoogte is van mijn persoonlijke niet-medische problematiek (10/104, 9,6%).
F. Ik ken de arts in kwestie persoonlijk (familie/vrienden) (11/104, 10,6%).
G. Ik vind de arts in kwestie beter op medisch vlak in vergelijking met de andere artsen (16/104, 15,4%).
H. Ik vind de arts in kwestie beter op sociaal vlak in vergelijking met de andere artsen (14/104, 13,5%).
I. Ik vind de arts in kwestie beter op psychologisch vlak in vergelijking met de andere artsen (8/104, 7,7%).
J. De consultatie uren van de arts in kwestie passen mij beter door mijn beroepsactiviteiten en/of sociale activiteiten (7/104, 6,7%).
K. De arts in kwestie kent mijn financiële situatie beter en ik geniet bij hem/haar een verminderd tarief, waarvan de overige artsen soms niet op de hoogte zijn (4/104, 3,8%).
L. Ik vind dat de arts in kwestie mij sneller doorverwijst naar een specialist wanneer het volgens mijzelf nodig is (17/104, 16,3%).
M. Ik vind dat de arts in kwestie sneller bijkomende onderzoeken verricht wanneer het volgens mijzelf nodig is (13/104, 12,5%).
N. Ik vind dat de arts in kwestie sneller antibiotica voorschrijft wanneer het volgens mijzelf nodig is (1/104, 1,0%).
O. Ik vind dat de arts in kwestie toegeeflijker is wat betreft het schrijven van werkonbekwaamheid (1/104, 1,0%).
P. Andere. Zelf aan te vullen (1/104, 1,0%).
Q. Niet van toepassing. Ik consulteer bij elke arts binnen de groepspraktijk (21/104, 20,2%).

Opvallend is dat antwoordmogelijkheid A, namelijk “Mijn huisarts is een vertrouwenspersoon”, door 65 van de 104 deelnemers ofwel 62,5 procent aangeduid werd. Dit antwoord werd het meest frequent aangeduid door de deelnemers. Het tweede meest frequent aangeduide antwoord was antwoordmogelijkheid C, namelijk “Ik heb reeds ervaren dat enkel

de arts in kwestie volledig op de hoogte is van mijn (medische) problematiek", 39 van de 104 deelnemers, ofwel 37,5 procent, duidden dit antwoord aan. Antwoordmogelijkheid B ("Ik wil enkel mijn problemen met hem/haar delen"), G ("Ik vind de arts in kwestie beter op medisch vlak in vergelijking met de andere artsen"), H ("Ik vind de arts in kwestie beter op sociaal vlak in vergelijking met de andere artsen"), L ("Ik vind dat de arts in kwestie mij sneller doorverwijst naar een specialist wanneer het volgens mijzelf nodig is"), en M ("Ik vind dat de arts in kwestie sneller bijkomende onderzoeken verricht wanneer het volgens mijzelf nodig is") scoorden in dezelfde rangorde. Tot slot gaf 20,2 procent te kennen dat ze consulteren bij alle artsen binnen de groepspraktijk.



Figuur 8. Reden om één arts te verkiezen. (legende A tem Q cfr. supra).

Verschillende stellingen waarmee de deelnemer niet akkoord (0 op de VAS-schaal) tot akkoord (10 op de VAS-schaal) kan gaan.

Stelling 1: Steeds bij dezelfde arts gaan, zorgt voor een betere opvolging van mijn medische problematiek.

Op de vraag of de patiënt vindt of steeds bij dezelfde arts consulteren bijdraagt tot een betere opvolging van zijn of haar medische problematiek scoorde men gemiddeld 7,3 op 10 op een VAS-schaal (0 = "niet akkoord", 10 = "akkoord"). De mannelijke deelnemers scoorden gemiddeld 7,6 op 10, terwijl de vrouwelijke deelnemers gemiddeld 7,3 scoorden.

Stelling 2: Een groepspraktijk biedt voor mij als patiënt meer voor- dan nadelen.

Stelling twee ging na of de deelnemers meer voor- dan wel nadelen aan een groepspraktijk ervaren. Gemiddeld werd er 6,9 op 10 op een VAS-schaal gescoord. Het gemiddelde bij de mannen en de vrouwen was van vergelijkbare grootorde, namelijk respectievelijk 7,0 en 6,9.

Stelling 3: Ik heb het gevoel dat elke arts binnen de groepspraktijk op de hoogte is van mijn medisch dossier.

Stelling drie tracht te peilen of de patiënt het gevoel heeft dat alle artsen binnen de groepspraktijk op de hoogte zijn van zijn of haar medisch dossier. Het gemiddelde was zowel bij alle deelnemers als bij de mannen én de vrouwen apart 7,3, op een schaal van 0 tot 10.

Stelling 4: Ik vind het een voordeel aan een groepspraktijk dat er steeds (de volledige dag) een arts aanwezig is op de praktijk.

Gemiddeld werd er 8,7 op 10 gescoord wanneer gepeild werd of de deelnemer het feit dat er in de groepspraktijk steeds een volledige werkdag een arts aanwezig is als een voordeel beschouwt. Wanneer we kijken naar het gemiddelde bij mannen en vrouwen apart is dit gelijkaardig, respectievelijk 8,6 en 8,7.

Stelling 5: Ik vind het een voordeel aan een groepspraktijk dat ik op consultatie kan komen wanneer het mij past.

Ook op deze stelling werd er hoog gescoord, namelijk 8,0 op een schaal van 0 tot 10. Zowel bij de mannen als de vrouwen apart is dit gemiddelde vergelijkbaar, namelijk respectievelijk 8,0 en 8,1.

Stelling 6: Ik vind het een voordeel aan een groepspraktijk dat er overleg mogelijk is tussen de verschillende artsen wanneer er één arts zich geen raad weet met mijn probleem.

Gemiddeld werd er op deze stelling 8,4 op 10 gescoord. Bij mannen was dit 8,1 op 10, bij vrouwen 8,5 op 10.

Stelling 7: Ik vind het een voordeel in een groepspraktijk dat ik nooit naar een andere praktijk moet gaan wanneer de arts(en) in vakantie is (zijn).

Ook op deze stelling werd gemiddeld hoog gescoord, namelijk 8,8 op een schaal van 0 tot 10.

Stelling 8: Door een beter evenwicht tussen werk en privé in een groepspraktijk slaagt de arts er in om kwalitatief beter werk te leveren.

Wanneer we aan de deelnemers vragen of ze van mening zijn dat de kwaliteit van geleverde zorgen hoger ligt in de groepspraktijk doordat er een beter evenwicht mogelijk is tussen werk en privé, scoort men gemiddeld 8,1 op 10. De mannelijke deelnemers scoren op deze stelling gemiddeld lager, namelijk 7,6 op 10 ten op zichte van de vrouwelijke deelnemers, namelijk 8,2 op 10.

Stelling 9: In een groepspraktijk heeft de arts tijdens de consultatie meer tijd voor mij en mijn problemen.

Wanneer er nagegaan wordt of de patiënt vindt dat men in een groepspraktijk meer tijd voor hem/haar heeft tijdens de consultatie scoort men gemiddeld 7,6 op 10. De mannelijke deelnemers scoren gemiddeld 7,4 en de vrouwen gemiddeld 7,7 op 10.

Stelling 10: Ik vind het een nadeel dat ik niet steeds bij de arts van mijn keuze op consultatie kan komen.

Wanneer er gepeild wordt of patiënten teamcontinuïteit in een groepspraktijk als een nadeel ervaren, scoort men gemiddeld 5,0 op 10, waarbij 0 gelijk staat aan "niet akkoord" en 10 overeenkomt met "akkoord". Het gemiddelde op deze vraag ligt bij mannen iets lager dan bij vrouwen, namelijk respectievelijk 5,1 versus 5,7 op 10.

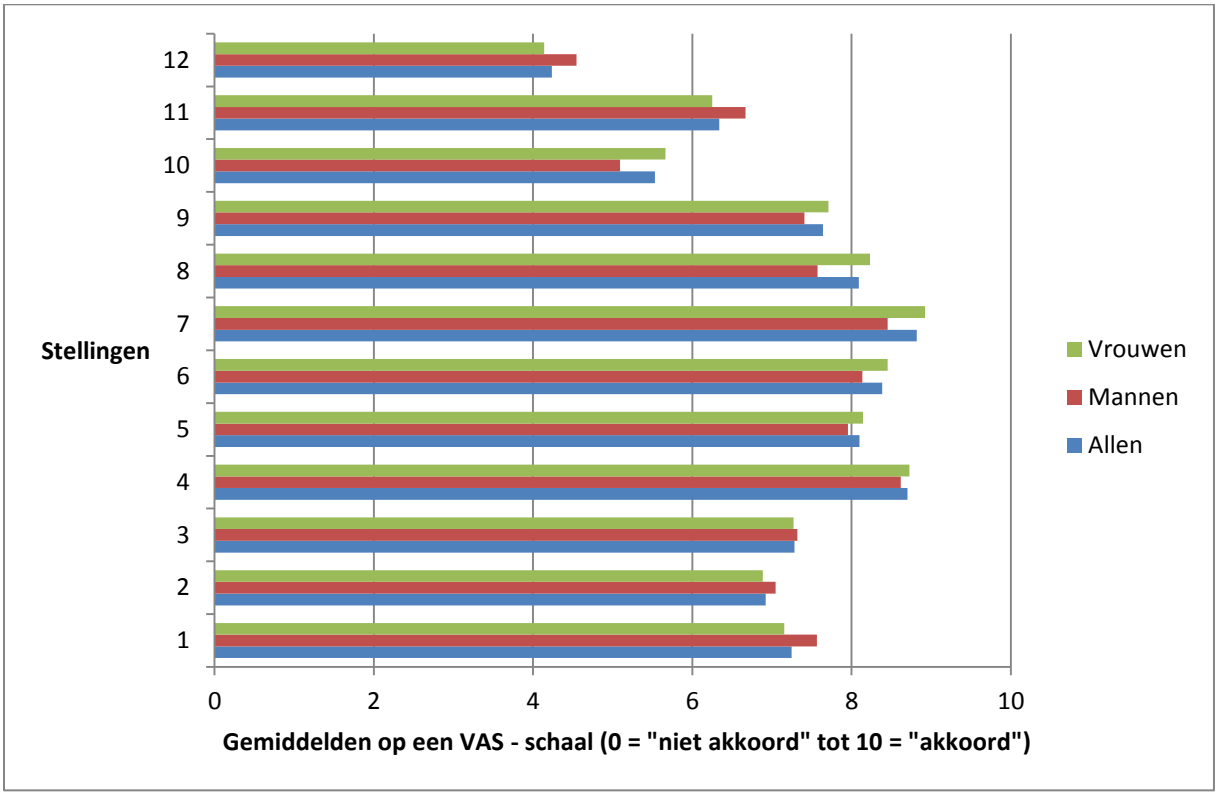
Stelling 11: In een groepspraktijk kunnen verschillende visies tot verschillende adviezen leiden.

Wanneer er gepeild wordt of patiënten van mening zijn dat verschillende visies in een groepspraktijk kunnen leiden tot verschillende adviezen scoort men gemiddeld 6,3 op 10. Mannen scoren gemiddeld 6,7 terwijl vrouwen gemiddeld 6,3 op 10 scoren.

Stelling 12: Bij de huisarts op consultatie komen in een groepspraktijk is onpersoonlijker dan in een solopraktijk.

Tot slot werd nagegaan of de deelnemende patiënt vindt dat op consultatie gaan bij een arts binnen een groepspraktijk onpersoonlijker is dan bij een solowerkende huisarts. Gemiddeld scoort men hier 4,2 op 10. Mannen scoren iets hoger dan vrouwen, namelijk 4,5 ten op zichte van 4,1 op 10.

Onderstaand staafdiagram en tabel geven een overzicht van enerzijds de gemiddelden zowel voor alle deelnemers als voor mannen en vrouwen apart. De tabel geeft naast de gemiddelden ook de mediaan-waarden weer.



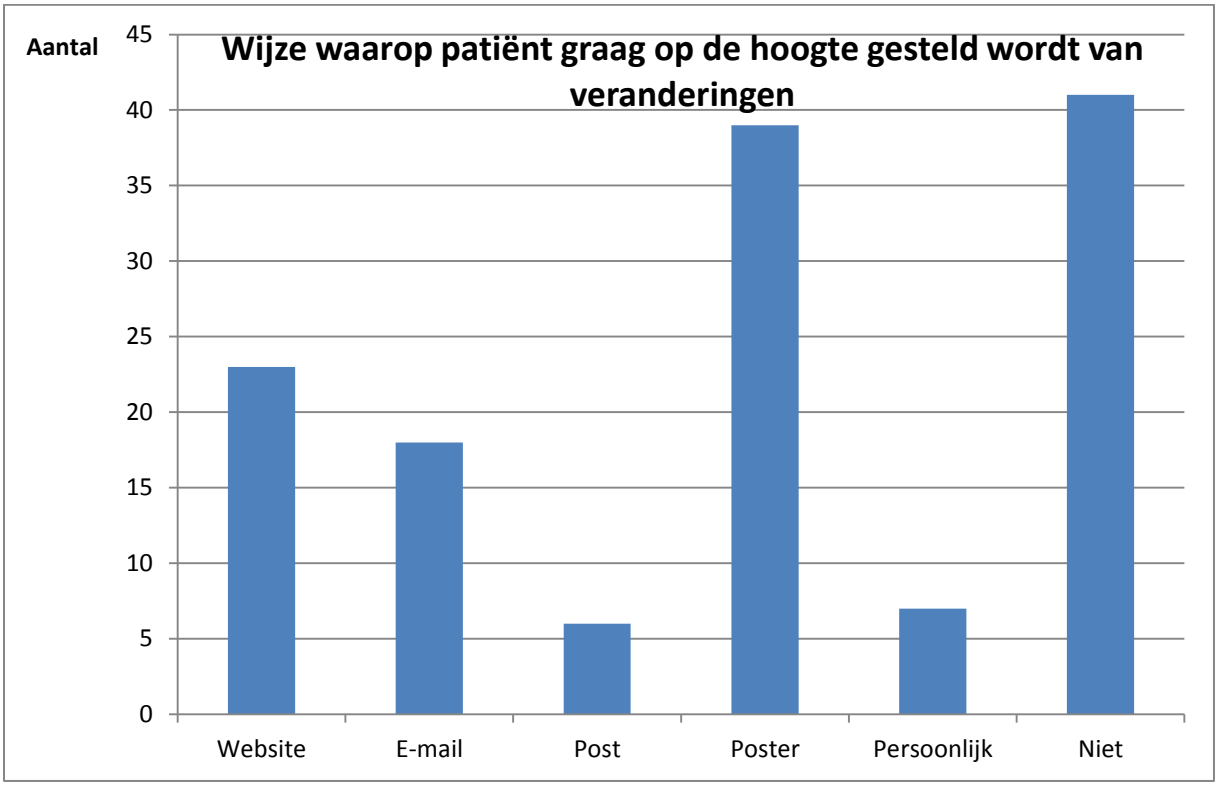
Figuur 9. Staafdiagram gemiddelden op een VAS-schaal (0 = “niet akkoord” tot 10 = “akkoord) gescoord op verschillende stellingen (legende stelling 1 tot en met 12 cfr. supra).

Stelling	Gemiddelde			Mediaan		
	Allen	Man	Vrouw	Allen	Man	Vrouw
1	7,2	7,5	7,2	8	8	8
2	6,9	7,0	6,9	7	7,5	7
3	7,3	7,3	7,3	7	8	7
4	8,7	8,6	8,7	9	9	9
5	8,1	8,0	8,1	8	8	8
6	8,4	8,1	8,5	9	8	9
7	8,8	8,5	8,9	9	9	9,5
8	8,1	7,6	8,2	8	8	8
9	7,6	7,4	7,7	8	8	8
10	5,5	5,1	5,7	5	5	5,5
11	6,3	6,7	6,3	7	7	7
12	4,2	4,5	4,1	4,5	5	4

Tabel 2: Overzicht gemiddelden en mediaan gescoord op een VAS-schaal (0 = “niet akkoord” tot 10 = “akkoord”) verschillende stellingen (legende stelling 1 tot en met 12 cfr. supra).

Wijze waarop de patiënt graag op de hoogte gesteld wordt indien er structurele veranderingen gebeuren in de groepspraktijk.

Tot slot werd er gevraagd op welke manier de patiënt graag op de hoogte gesteld wordt in de toekomst, indien er structurele veranderingen (bijvoorbeeld een nieuwe collega, een nieuwe huisarts-in-opleiding, een nieuwe secretaresse) plaatsvinden in de groepspraktijk. 39,4 procent ofwel 41 van de 104 deelnemers antwoordde dat ze niet op de hoogte gesteld wensen te worden bij structurele veranderingen. Wanneer de patiënten toch wensten op de hoogte gesteld te worden was de populairste manier via een poster in de wachtzaal. Hier kozen 39 deelnemers ofwel 37,5 procent voor. Andere antwoorden in dalende orde van voorkeur waren: via de website (23 van de 104 deelnemers, ofwel 22,1%), per e-mail (18 van de 104 deelnemers ofwel 17,3 procent), door de secretaresse persoonlijk wanneer de patiënt op consultatie komt (7 van de 104 deelnemers, ofwel 6,7 procent) en tot slot verkozen 6 van de 104 deelnemers of 5,7 procent om per brief via de post aan huis afgeleverd te worden geïnformeerd.



Figuur 10. Wijze waarop de patiënt graag op de hoogte gesteld wordt van structurele veranderingen in de praktijk.

Discussie

Uit het praktijkverbeterend project, uitgevoerd in een Denderhoutemse middelgrote groepspraktijk, dat peilt naar de voorkeur van de patiënten voor één specifieke arts binnen het team, blijkt dat de patiënten gemiddeld 6,9 op een VAS-schaal, lopende van 0 (= "Ik heb helemaal geen voorkeur") tot 10 (= "Ik verkies steeds dezelfde arts binnen de groepspraktijk") scoren. Dit gemiddelde ligt bij de vrouwelijke deelnemers iets hoger in vergelijking met de mannelijke deelnemers (respectievelijk 7,0 versus 6,4 op 10). Bovendien drukt 50 procent van de deelnemers hun voorkeur uit met een score van meer dan 7,0 op 10. Er kon geen verband weerhouden worden tussen enerzijds de leeftijd van de deelnemers en anderzijds hun voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk. Deelnemers die reeds patiënt waren in de praktijk op het moment dat deze nog een solopraktijk was, scoorden frequenter een hogere waarde om hun voorkeur voor één specifieke arts uit te drukken, in vergelijking met patiënten die kennismaakten met de praktijk op het moment dat deze reeds uit meer dan één arts bestond (modus respectievelijk 10 in vergelijking met 8). Doch, het gemiddelde van beide groepen was vergelijkbaar (respectievelijk 6,9 in vergelijking met 6,8). Indien de arts van hun voorkeur niet beschikbaar is, zal 62,5% ongeacht de reden van hun consultatie consulteren bij een andere arts binnen de groepspraktijk. Van diegenen die wel uitstelgedrag vertonen, zal 17,8 procent hun consultatie uitstellen wanneer het gaat over een psychisch probleem, 17,8 procent wanneer het gaat over een sociaal probleem en slechts 3,0 procent wanneer het gaat over een zuiver medisch probleem. De belangrijkste reden waarom de deelnemers een voorkeur hebben voor één specifieke arts binnen een groepspraktijk is dat de deelnemers hun huisarts beschouwen als hun vertrouwenspersoon (62,5 %).

Uit onderzoek blijkt dat de Belgische populatie tevreden is over zijn huisarts, alsook deze frequent consulteert. De Belgische huisarts blijkt tevens veel vertrouwen te genieten van zijn patiënten[1].

Enerzijds door de vervrouwelijking en de vergrijzing van de huisartsenpopulatie, anderzijds door veranderingen in de patiëntenpopulatie en zijn noden, dreigt er een tekort aan artsen in de eerstelijn[1,2,3,9]. De opkomst van de groepspraktijken tracht hier een antwoord op te bieden. Één van de belangrijkste redenen voor huisartsen om zich te groeperen is het verzekeren van de continuïteit in zorg naar de patiënt toe[8]. Hierdoor ontstaat er een verschuiving van persoonlijke continuïteit naar teamcontinuïteit. Vanuit patiëntenoogpunt blijkt er echter een omgekeerde relatie te bestaan tussen deze gedeelde continuïteit en de

patiëntentevredenheid[5,14,15,18]. Voornamelijk vrouwelijke patiënten, ouderen, patiënten met een chronische ziekte en ernstig zieke patiënten waarderen persoonlijke continuïteit[15]. Uit onderzoek blijkt dat solopraktijken nog steeds de voorkeur wegdragen bij de patiënten daar de toegankelijkheid en beschikbaarheid van een solopraktijk beter scoort in vergelijking met een groepspraktijk[6,14,15].

Het praktijkverbeterend project bevestigt de literatuur, namelijk dat patiënten een voorkeur hebben voor solowerkende artsen[5,14,15,18]. Uit de literatuur blijkt dat voornamelijk vrouwen, alsook oudere patiënten en patiënten met chronische ziekten deze voorkeur hebben[15], doch dit kon niet bevestigd worden aan de hand van het praktijkverbeterend project. Waarschijnlijk kan dit verklaard worden doordat de mannelijke en oudere deelnemers ondervertegenwoordigd waren in de studie in vergelijking met vrouwelijke en jongere deelnemers. Zowel uit de literatuur als het praktijkverbeterend project komt naar voor dat de patiënt veel belang hecht aan persoonlijke continuïteit en hij/zij zijn/haar (Belgische) huisarts ziet als een vertrouwenspersoon[1,15,18]. Uit literatuuronderzoek blijkt dat de toegankelijkheid en beschikbaarheid van solopraktijken hoger scoren in vergelijking met groepspraktijken[6,14,15]. Uit het praktijkverbeterend project uitgevoerd in een Denderhoutemse groepspraktijk blijkt dat de deelnemers het als een voordeel beschouwen dat ze op consultatie kunnen komen wanneer het hen past. Dit kan geïnterpreteerd worden als het feit dat de deelnemers tevreden zijn over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de praktijk, doch door een gebrek aan definitie van deze begrippen kunnen hierover geen uitspraken gedaan worden.

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Wanneer we het praktijkverbeterend project onder de loep nemen, kan gezegd worden dat het aantal deelnemers relatief hoog ligt, namelijk 104 deelnemers. Dit kan aanzien worden als een sterk punt van het project. Bovendien ligt het aantal non-responders laag, namelijk 13 personen. Doch, het project telt ook enkele zwaktes wanneer gekeken wordt naar de ondervraagde patiënten: de deelnemers waren overwegend vrouwen, namelijk 80 vrouwen versus 24 mannen. Bovendien is de oudere populatie eveneens ondervertegenwoordigd, wat mogelijks ook bijdraagt tot vertekende resultaten, daar oudere patiënten over het algemeen meer als honkvast beschouwd kunnen worden. Het project werd uitgevoerd in een groepspraktijk, het is niet ondenkbaar dat de resultaten anders zullen zijn in een solopraktijk. Men kan er van uitgaan dat patiënten die kiezen voor een solopraktijk een sterke voorkeur hebben voor persoonlijke continuïteit, waardoor ze anders en mogelijks hoger zullen scoren op de gestelde vragen. Tot slot dient opgemerkt te worden dat het praktijkproject uitgevoerd

werd in het landelijke Denderhoutem. Mogelijks worden er andere resultaten bekomen wanneer gelijkaardige studies uitgevoerd worden in meer stedelijke gebieden. Men kan opperen dat een huisarts in een stad een jongere patiëntenpopulatie heeft, alsook meer wisselende patiënten, waardoor deze misschien minder belang zullen hechten aan het hebben van steeds dezelfde arts binnen een praktijk.

Door elke patiënt, ouder dan 18 jaar, die op consultatie kwam gedurende een bepaalde periode uit te nodigen tot deelname aan de studie, was er geen selectiebias. Er werd geopteerd om de vragenlijsten enkel uit te delen op geplande maandelijkse huisbezoeken. Slechts één arts heeft dit ook effectief gedaan, namelijk de arts die tevens de oprichtster was van de praktijk. Hierdoor zijn enerzijds de patiënten die niet naar de praktijk (kunnen) komen, meestal oudere en chronisch zieke patiënten, ondervertegenwoordigd. Anderzijds zorgt dit mogelijks voor een vertekend beeld, daar dit meestal patiënten zijn die de start van de (solo)praktijk nog meegemaakt hebben. Het is niet ondenkbaar dat deze patiënten hoger zullen scoren op het hebben van een voorkeur voor één specifieke arts, enerzijds door hun gevorderde leeftijd, anderzijds doordat zij gestart zijn als patiënt in een solopraktijk. Deze patiënten werden willens nillens onderworpen aan de evolutie tot een groepspraktijk.

Een mogelijk nadeel was dat de vragenlijst relatief veel vragen én antwoordmogelijkheden telde. Bovendien kan geopperd worden dat vraag 9, namelijk "*Indien de arts die mijn voorkeur wegdraagt afwezig of volzet is….",* geen mogelijkheden biedt voor deelnemers die geen voorkeur hebben voor een specifieke arts en hierdoor leidend is. Ook vraag 10, namelijk "*Ik verkies één specifieke arts omdat …",* kan geïnterpreteerd worden als richtinggevend. De deelnemers konden op deze vraag echter wel antwoorden dat de vraag niet van toepassing was, "*daar ze consulteren bij alle artsen binnen de groepspraktijk",* doch sluit het consulteren bij alle artsen binnen de groepspraktijk niet uit dat er wel degelijk een voorkeur bestaat voor één specifiek arts. Een betere antwoordmogelijkheid zou geweest zijn *"Niet van toepassing, ik heb geen voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk"*.

Wanneer we de literatuurstudie onder de loep nemen kan gesteld worden dat er relatief veel artikels de Belgische situatie beschrijven. Doch, de meeste literatuur blijft aan het oppervlak wanneer het gaat over de reden waarom patiënten een voorkeur hebben voor een solopraktijk ten opzichte van een groepspraktijk. Voornamelijk het standpunt van de arts wordt beschreven, er is minder gekend over de motieven van een patiënt om een solopraktijk te verkiezen. Wanneer men dan toch verder ingaat op het waarom, komt men niet verder dan de

begrippen “vertrouwen”, “toegankelijkheid” en “beschikbaarheid”. Deze begrippen worden niet gedefinieerd waardoor het gissen blijft wat deze begrippen exact inhouden voor de patiënten.

Suggesties voor verder onderzoek

Het lijkt nuttig vergelijkbaar onderzoek met vergelijkbare vragenlijsten uit te voeren in solopraktijken, daar het niet ondenkbaar is dat patiënten van een solopraktijk anders zullen antwoorden dan deze van een groepspraktijk. Ook vergelijkbaar onderzoek uitvoeren in meer stedelijke gebieden lijkt nuttig omwille van dezelfde reden.

Kwalitatief onderzoek, aan de hand van interviews met patiënten uit groepspraktijken, solopraktijken en groepspraktijken die geëvolueerd zijn uit solopraktijken lijkt eveneens een meerwaarde te hebben om meer te weten te komen over dit onderwerp. Op deze manier kan dieper ingegaan worden op de betekenis van sommige begrippen, zoals vertrouwen, toegankelijkheid en beschikbaarheid, voor de patiënt.

Besluit

Ondanks de evolutie tot groepspraktijken in de Belgische gezondheidzorg geniet de solopraktijk nog steeds de voorkeur bij de patiënt. De Denderhoutemse patiënt heeft wel degelijk een voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk, doch de meerderheid, namelijk 62,5 procent, zal geen uitstelgedrag vertonen wanneer zijn arts van voorkeur niet beschikbaar is en consulteert bij een andere arts binnen de groepspraktijk. De patiënten die toch uitstelgedrag vertonen zullen dit voornamelijk doen wanneer het gaat over een sociaal of psychisch probleem (17,8 procent). De belangrijkste reden die aangehaald wordt om een voorkeur te hebben voor één specifieke arts is dat de patiënt zijn huisarts beschouwt als een vertrouwenspersoon. Dit wordt tevens bevestigd in de literatuur. Hoewel de patiënten een duidelijke voorkeur hebben voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk, zijn ze toch van mening dat een groepspraktijk voor hen als patiënt meer voor- dan nadelen biedt.

Persoonlijke beschouwingen

Reflectie over groepspraktijken.

Groepspraktijken hebben hun meerwaarde en voordelen in het Belgische gezondheidzorgsysteem en lijken de toekomst. Ze kunnen zowel voor de arts al voor de patiënten voordelen bieden. Doch, wanneer ze ondoordacht opgericht en geleid worden, dreigen de nadelen de kop op te steken.

Het waarborgen en bewaken van de persoonlijke arts-patiëntenrelatie en ervoor zorgen dat alle artsen binnen de groepspraktijk op de hoogte blijven van de (medische) voorgeschiedenis van de patiënt vraagt inspanningen en investeringen. Enerzijds kan dit bewerkstelligd worden door op regelmatige basis vergaderingen in te lassen in de agenda van de artsen om patiënteninformatie uit te wisselen. Niet alleen kan op deze manier medische achtergrondinformatie en voorgeschiedenis, maar ook psychosociale informatie over de patiënt, uitgewisseld worden tussen de artsen, daar voornamelijk gebleken is dat de patiënt zijn consultatie uitstelt wanneer het een psychologisch of sociaal probleem betreft. Anderzijds is het essentieel om te beschikken over een goed en up to date elektronisch medisch dossier dat steeds beschikt over de recentste medische ontwikkelingen omtrent de patiënt. Een goed gebruik ervan is tevens essentieel. Op deze manier kan men evolueren naar een gevoel van persoonlijke continuïteit, ondanks het feit dat men te maken heeft met een groep artsen.

Hiernaast is het eveneens belangrijk om als artsen een gemeenschappelijke visie te hebben over de inhoud en het uitvoeren van het huisartsenberoep.

Mijn inziens moet een groepspraktijk beschouwd worden als een klein bedrijf, waar men op regelmatige basis zijn werking moet durven evalueren. Het zomaar bundelen van de krachten omdat men bedolven wordt onder werk lijkt me niet meer van deze tijd. Ik ben dan ook van mening dat een huisarts anno 2014 niet alleen een goede arts, maar ook een goede manager zou moeten zijn om dit kleine bedrijf te leiden en bij te sturen.

Reflectie over het Belgische gezondheidszorgsysteem.

Het Belgische gezondheidszorgsysteem wordt onderworpen aan veranderingen op niveau van de eerste lijn. Veranderingen die voortvloeien uit de noden van de huisartsen en diens wensen om zijn of haar beroep uit te voeren. De patiënt, uiteindelijk de persoon waarom het gaat, wordt hierin niet gekend en ondergaat lijdzaam.

De Belgische overheid stelt enkele voorwaarden aan huisartsen om zich een "erkend" huisarts te mogen noemen en dit in de hoop de kwaliteit van de huisartsen te waarborgen en te superviseren. Zo moet de huisarts medische dossiers bijhouden van zijn patiënten, deelnemen aan wachtdiensten, minstens 500 patiëntenconsultaties totaliseren per jaar en tot slot via het verzamelen van accrediteringspunten zijn kennis, vakbekwaamheid en medische prestatie onderhouden en regelmatig ontwikkelen. Men tracht op deze manier een kwaliteitslabel aan de individuele huisarts te koppelen. Doch dit kwaliteitslabel van de erkende en geaccrediteerde huisarts start nog steeds met de idee dat de Belgische huisarts een solistisch werkende arts is. Op geen enkele manier wordt de (werking van een) groepspraktijk onderworpen aan controle of wordt de kwaliteit ervan nagegaan. Op deze manier wordt de huidige stand van zaken, namelijk de evolutie tot groepspraktijken in de Belgische gezondheidzorg, volledig genegeerd.

Bovendien zorgen deze voorwaarden voor een strak keurslijf waarin de huisarts anno 2014 zich bevindt, met als gevolg dat er weinig ruimte tot afwijking bestaat. De vraagt rijst of deze rigide voorwaarden nog in overeenstemming zijn met de huidige ontwikkelingen in de eerstelijn en de veranderde noden en wensen van de toekomstige huisarts. Wat met de huisarts die zijn toekomst al dan niet tijdelijk in het buitenland wenst te zoeken? Wat met de huisarts die op basis van tijdelijke vervangingen zijn job wenst uit te voeren? Wat met de huisarts die zich op wetenschap of onderwijs wenst te storten? Wat met de huisarts die als zaalarts in een ziekenhuis wenst te werken? Wat met de huisarts die een time-out wenst om zich voor zijn of haar gezin in te zetten? En ga zo maar door… In het huidige rigide systeem zijn al deze mogelijkheden niet verenigbaar, of toch moeilijk, met het behoud van de erkenning als huisarts. Om nog maar te zwijgen over de bureaucratie die eraan te pas komt indien men hiervan wenst af te wijken.

Ik pleit niet voor het afschaffen van enige vorm van controle: kwaliteit moet nagegaan worden, enkel op deze manier kan ze gewaarborgd worden. Alleen, de huidige manier van kwaliteitsgarantie lijkt me niet de ideale alsook voorbijgestreefd. De samenwerkingsvorm die

de toekomst zal uitmaken, namelijk de groepspraktijk, wordt in het huidige systeem niet gecontroleerd. Bovendien is het huidige systeem te rigide, zonder enige vorm van flexibiliteit.

Ik droom dan ook van een België waarin de huisarts zijn taak flexibel kan invullen. Flexibiliteit zorgt namelijk voor tevreden werknemers, als we de Belgische overheid dan toch als onze werkgever willen beschouwen. We weten tenslotte allemaal dat een tevreden werknemer een betere én productievere werknemer is. Waardoor op het einde van de rit de patiënt hier ook wel bij vaart.

Dankwoord

9 jaar vol studiegenot, 2 eindverhandelingen, 2 onvergetelijke HAIO-jaren, x-aantal examens met minstens evenveel paniekmomenten, ontelbare levenslessen, een handvol vrienden voor het leven, mijn Gentse tweede familie, enkele waardevolle collega's en zoveel meer. Met dit alles sluit ik mijn master na master opleiding in de huisartsgeneeskunde af. Dit dankwoord is dan ook een allerlaatste officieel moment dat ik graag ter harte wens te nemen om mijn dank te betuigen ten opzichte van enkele bijzondere mensen die dit absoluut verdienen.

Vooreerst zou ik mijn promotor Prof. Dr. Avonts willen bedanken, die mij tijdens deze queeste begeleidde en me bijstond met raad en daad waar het nodig was, ook buiten het bereik van dit thesisonderwerp. Bedankt om mij telkens op een andere manier naar dit onderwerp te laten kijken en mijn invalshoek bij te schaven waar nodig. Eveneens wens ik Steven Freson te danken om mijn statistische onkunde te compenseren.

Een oprechte dank aan mijn praktijkopleidster, dr. Hilde Meert. De laatste twee jaar waren leerrijk en waardevol maar ook zwaar, op professioneel en persoonlijk vlak. Twijfels sloegen te pas en te onpas toe. Je slaagde er steeds in om mij de nodige rust te verschaffen, die ik in mijn onstuimigheid zocht. Bedankt om mij te maken tot de huisarts die ik ben, bedankt om mijn ochtendlijk humeur te tolereren, bedankt voor de subtiele aanmoedigingen en bemoedigende woorden, bedankt om mijn vurigheid enerzijds aan te sporen en anderzijds te temperen waar nodig. Ook een welgemeende "dank je wel" aan mijn collega, dr. Sigrid Musch. Het secretariaat, met in het bijzonder mevrouw An De Wint, verdient tevens een vermelding in dit dankwoord, daar deze masterproef niet tot stand zou gekomen zijn zonder haar hulp en steun gedurende de afgelopen 2 jaar.

Het zou oneerlijk zijn, moest ik voorbijgaan aan de steun die ik de afgelopen 9 jaar - en bij uitbreiding 27 jaar - gekregen heb van mijn moeder. Ook mijn broers, Dieter en Jeroen, wens ik te danken voor hun geduld met mij.

Tot slot wens ik mijn vrienden te danken. Ten eerste voor hun gezelschap tijdens onze gemeenschappelijke rit op weg naar het diploma basisarts en huisarts. Het was een onvergetelijke periode, waarop ik met veel heimwee terugkijk. Ten tweede voor de hulp en steun tijdens deze afgelopen twee jaar. Zonder hen zou deze thesis nooit gelukt zijn. Het was een moeilijke weg, met veel uitstelgedrag en uitspattingen van paniek tot gevolg. Het is dan ook maar meer dan eerlijk dat ik de mensen die mijn paniektelefoons steeds weer opnieuw

beantwoordden met rustgevende woorden hier uitdrukkelijk vermeld. Ik wens hen tevens te bedanken voor onze nachtelijke lyrische en filosofische momenten over de toekomst. Het resultaat was misschien niet steeds productief, doch het verschafte de nodige rust en afleiding. Bedankt Magali, Anneleen, Atekeh, Griet, Ana, Sofie, An, Karen, Anneleen, Sarah, Elisabeth, Evelien,… Het was een hobbelig parcours, waarbij ik soms mijn weg kwijt was. Bedankt om mijn wegwijzers te zijn.

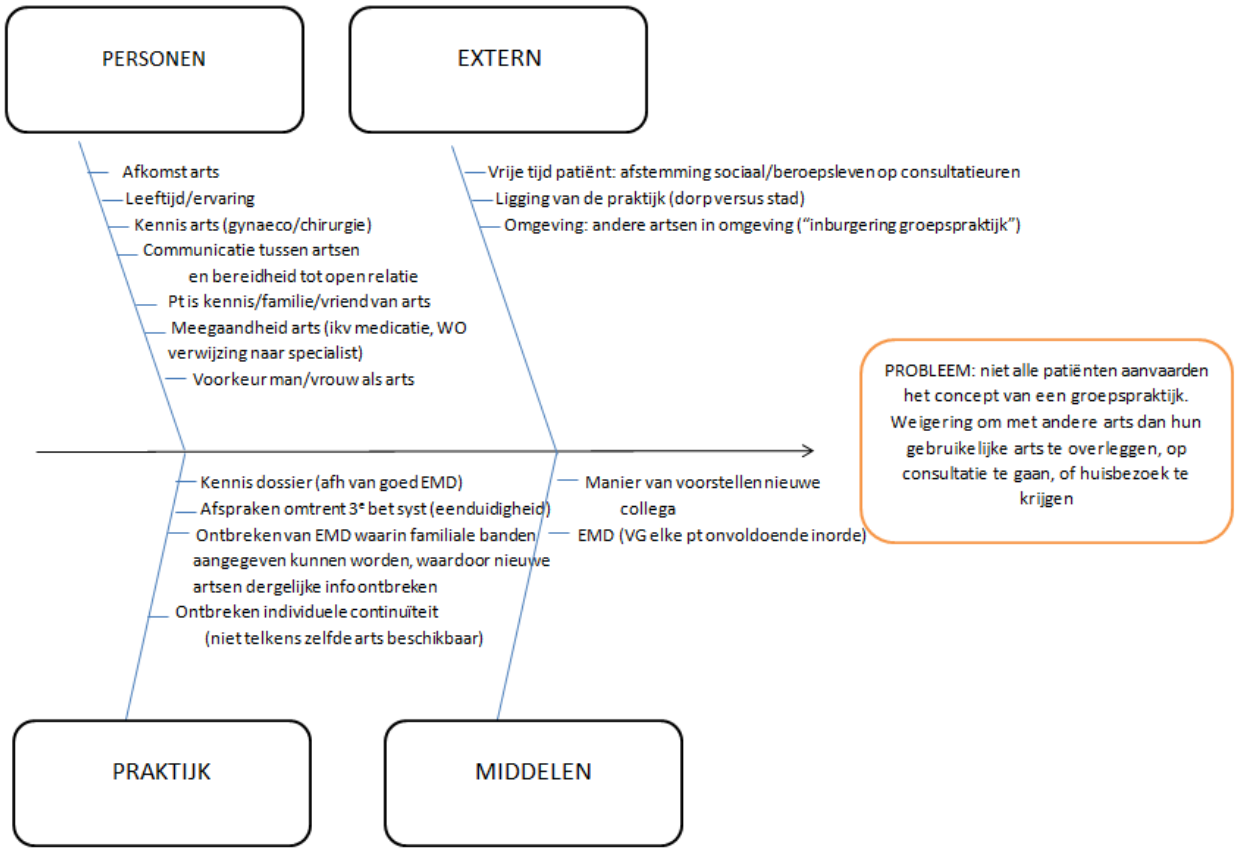
Referenties

1. Meeus P, Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde, Een check-up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituutvoor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). 2012. D/2012/0401/12.
2. Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. Het aanbod van artsen in België: huidige toestand en uitdagingen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports.72A (D/2008/10.273/07)
3. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Artsen. De financiële aspecten, de activiteiten en het aanbod van artsen in België. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study01/pdf/study01.pdf
4. Domus medica Zorgmodel 2020
5. Patricia H. Parkerton, PhD, MPH; Dean G. Smith, PhD; Hu gh L. Straley, MD. Primary Care Practice Coordination versus Physician Continuity. Fam Med 2004; 36(1): 15-21.
6. Julia Hippisley-Cox, Mike Pringle, Carol Coupland, Vicky Hammersley, Andrew Wilson. Do single handed practices offer poorer care? Cross sectional survey of processes and outcomes. BMJ 2001;323:320-3.
7. Van Roeyen T, Van Looy B, Leten B. Kosten en batenanalyse van Groepspraktijken van Huisartsen. Nov 2008.
8. Feron J-M, Cerexhe F, Pestiaux D, Roland M, Giet D, Montrieux C and Paulus D. GPs working in solo practice: obstacles and motivations for working in a group? A qualitative study. Family Practice 2003; 20: 167-172.
9. N. Boffin, R. Cuypers, J. De Smedt, L. Pas Groepspraktijken van Vlaamse huisartsen. Huisarts Nu 2002;31:24-28.
10. L. van der Velden, L. Jabaaij, L. Hingstman. Deeltijdwerken heeft effect op de beschikbaarheid. Huisarts & Wetenschap. Jaargang 2006, nummer 13: 684-684.
11. Lea Jabaaij, Lammert Hingstman. Alleen is maar alleen: huisartsen steeds vaker samen. Huisarts & Wetenschap 50 (5) mei 2007.
12. Remmen, Coenen, Devroey, De Maeseneer, Christiaens, Aertgeerts, De Lepeleire, Gielis. Er is geen tekort aan huisartsen in Vlaanderen en ze zijn niet “burnt out”! februari 2013. Website Domus Medica.
13. Voorwaarden Impulseo II en III. RIZIV website. Beschikbaar via https://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/specific-information/impulseo/index.htm
14. Van den Hombergh, Engels, van den Hoogen, van Doremalen, van den Bosch and Grol. Saying goodbye to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? Family Practice 2005; 22: 20-57.
15. Baker, streatfield. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. British Journal of General Practice, 1995, 45, 654-659.
16. Boffin, Cuypers, De Smedt, Pas. Groepspraktijken van Vlaamse huisartsen. Werkbelasting en tijdsbesteding. Huisarts Nu feb 2002; 31(1).
17. NHG-standpunt kernwaarden huisartsgeneeskunde. Generalistisch, persoonsgericht en continu.
18. Wensing, Vedsted, Kersnik, Peersman, Klingenberg, Hearnshaw, Hjortdahl, Paulus, Künzi, Mendive, Grol. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. Internation Journal of Quality in Health Care 2002; vol 14, numb 2; 111-118.

19. Parkerton, Dean, Smith, Straley. Primary care practice coordination versus physician continuity. Relationship of the process of primary care to health outcomes. Fam Med 2004; 36(1): 15-21.
20. Van hometeam naar HOED-constructie. De weerslag van de verandering in praktijkvoering in 50 jaargangen Huisarts en Wetenschap. Huisarts & Wetenschap 50 (13) december 2007.
21. De Buysscher. Masterproef: de solopraktijk onder de loep.

Bijlage

Bijlage 1 Visgraatmodel.



Bijlage 2 Vragenlijsten.

Consultatie / Huisbezoek

Vragenlijst: Gelieve onderstaande vragen in te vullen en deze te deponeren in de bus bij de secretaresse of op te sturen naar de groepspraktijk.

1. Wat is uw leeftijd? …… jaar.

2. Geslacht:

□ Man □ Vrouw

3. Gelieve volgende vragen in te vullen over uw gezinssamenstelling:

3.1. Heeft u kinderen?

□ Ja

□ Nee

3.2. Relatiestatus?

□ Vrijgezel. □ In een vaste relatie.

□ Getrouwd. □ Gescheiden, niet hertrouwd.

□ Gescheiden en hertrouwd.

4. Wat is uw beroep?

□ Werkloos. □ Arbeider.

□ Bediende. □ Zelfstandige.

□ Andere: …….

5. Gelieve volgende vragen in te vullen over uw medicatiegebruik:

□ Ik moet dagelijks geen medicatie nemen.

□ Ik moet dagelijks wél medicatie nemen.
Zo ja, gelieve uw medicatielijst hieronder zo volledig mogelijk op te schrijven:

……

……

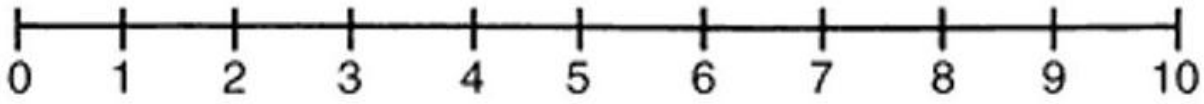
……

……

6. Hoelang bent u al patiënt in onze praktijk? …….

7. Bij hoeveel huisartsen bent u reeds patiënt geweest in uw leven?……..huisartsen

8. Duid op volgende schaal aan waar u zicht bevindt. 0 = ik heb helemaal geen voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk tot 10 = ik verkies steeds dezelfde arts binnen de groepspraktijk.



9. Indien de arts die mijn voorkeur wegdraagt afwezig of volzet is….

□ … ga ik op consultatie bij een andere arts binnen de groepspraktijk, ongeacht het probleem.

□ … stel ik mijn consultatie uit naar een later moment wanneer hij/zij wel beschikbaar is, ongeacht het probleem.

□ … stel ik mijn consultatie uit naar een later moment wanneer hij/zij wel beschikbaar is, indien ik een puur medisch probleem (bijvoorbeeld keelontsteking, griep, hoest) heb.

□ … stel ik mijn consultatie uit naar een later moment wanneer hij/zij wel beschikbaar is, indien ik een psychisch probleem (bijvoorbeeld depressie) wil bespreken.

□ … stel ik mijn consultatie uit naar een later moment wanneer hij/zij wel beschikbaar is, indien ik een sociaal probleem (bijvoorbeeld problemen in de gezinssituatie, problemen op het werk) wil bespreken.

□ …….....(eventueel zelf aan te vullen).

10. Ik verkies één specifieke arts omdat (meerdere antwoorden zijn mogelijk):

□ mijn huisarts een vertrouwenspersoon is

□ ik mijn problemen enkel met hem/haar wil delen.

□ ik reeds ervaren heb dat enkel de arts in kwestie volledig op de hoogte is van mijn (medische) problematiek.

□ ik vind dat de arts in kwestie beter op de hoogte is van eventuele gezinsproblemen.

□ ik vind dat de arts in kwestie beter op de hoogte is van mijn persoonlijke niet-medische problemen.

□ ik de arts in kwestie persoonlijk ken (familie/vrienden).

□ ik de arts in kwestie op medisch vlak beter vind dan de andere artsen.

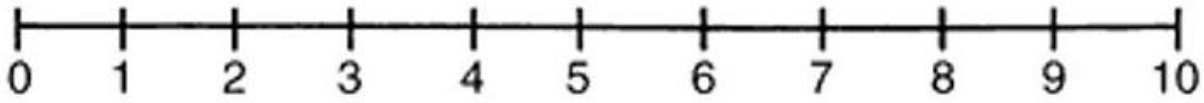
□ ik de arts in kwestie op sociaal vlak beter vind dan de andere artsen.

□ ik de arts in kwestie op psychologisch vlak beter vind dan de andere artsen.

□ de consultatie uren van de arts in kwestie mij door mijn beroepsactiviteiten en/of sociale activiteiten beter passen (bijvoorbeeld: uw vrije namiddag valt op woensdag waardoor u steeds op woensdag op consultatie komt en daardoor bij de arts die op woensdag consultatie houdt).

□ de arts in kwestie mijn financiële situatie het best kent en ik bij hem/haar een verminderd tarief geniet, waarvan de overige artsen soms niet van op de hoogte zijn.

□ ik het belangrijk vind dat mijn huisarts uit eigen streek komt. *Zo ja, duid op volgende schaal hoe belangrijk u dit vindt. 0= niet belangrijk tot 10= uiterst belangrijk.*



□ ik vind dat de arts in kwestie mij sneller doorverwijst naar een specialist wanneer het volgens mijzelf nodig is.

□ ik vind dat de arts in kwestie sneller bijkomende onderzoeken verricht (bijvoorbeeld scanner of bloedonderzoek) wanneer het volgens mijzelf nodig is.

□ ik vind dat de arts in kwestie sneller antibiotica voorschrijft wanneer het volgens mijzelf nodig is.

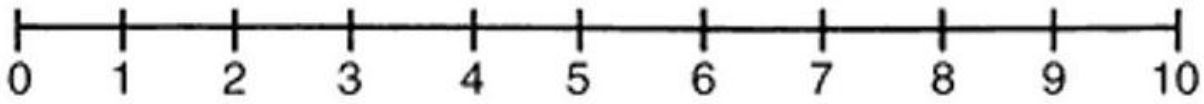
□ ik vind dat de arts in kwestie toegeeflijker is wat betreft het schrijven van werkonbekwaamheid (briefje voor het werk).

□ ……..
…….
…….
(eventueel zelf aan te vullen)

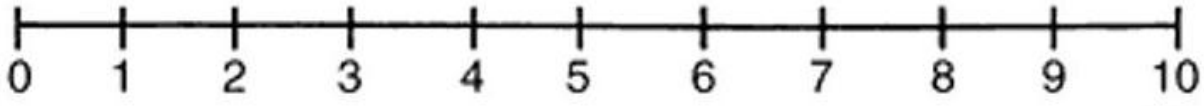
□ niet van toepassing: ik consulteer bij elke arts binnen de groepspraktijk.

11. Duid aan op volgende schaal waar u zich bevindt. 0= niet akkoord tot 10= akkoord.

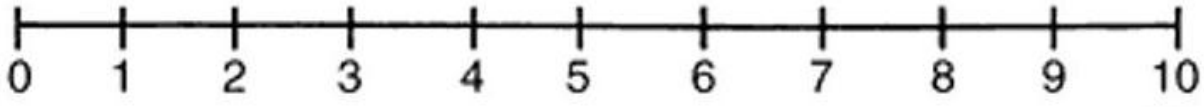
11.1 Steeds bij dezelfde arts gaan, zorgt voor een betere opvolging van mijn medische problematiek.



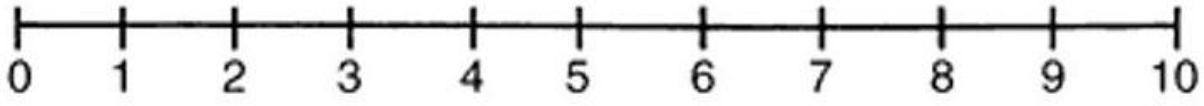
11.2. Een groepspraktijk biedt voor mij als patiënt méér voor- dan nadelen.



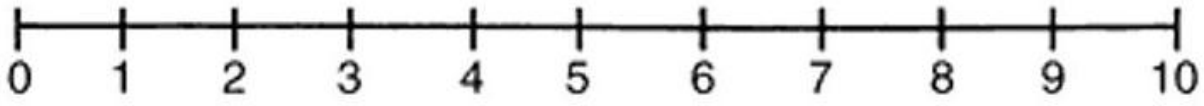
11.3. Ik heb het gevoel dat elke arts binnen de groepspraktijk op de hoogte is van mijn medisch dossier.



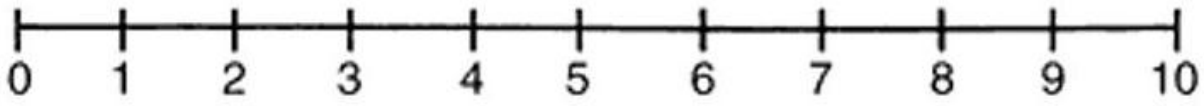
11.4. Ik vind het een voordeel aan een groepspraktijk dat er steeds (de volledige dag) een arts aanwezig is op de praktijk.



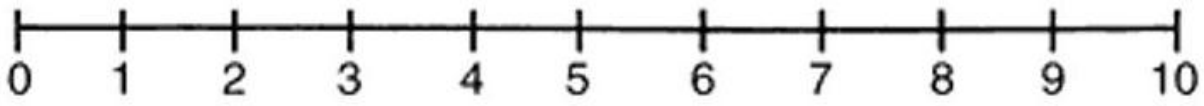
11.5. Ik vind het een voordeel aan een groepspraktijk dat ik op consultatie kan komen wanneer het mij past.



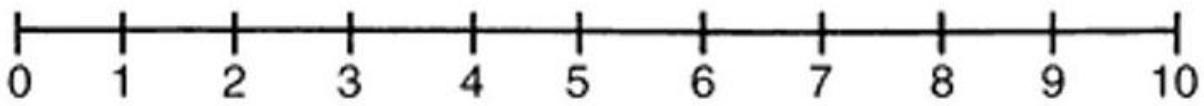
11.6. Ik vind het een voordeel aan een groepspraktijk dat er overleg mogelijk is tussen de verschillende artsen wanneer één arts zich geen raad weet met mijn probleem.



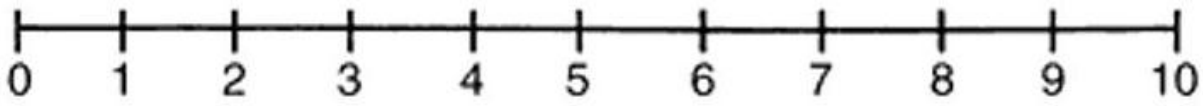
11.7. Ik vind het een voordeel in een groepspraktijk dat ik nooit naar een andere praktijk moet gaan wanneer de arts(en) in vakantie is (zijn).



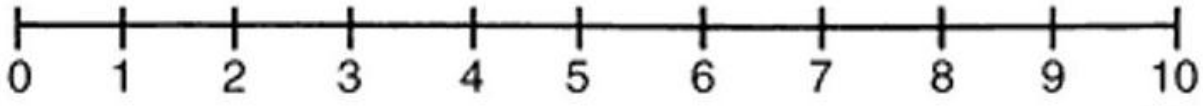
11.8. Door een beter evenwicht tussen werk en privé in een groepspraktijk slaagt de arts erin om kwalitatief beter werk te leveren.



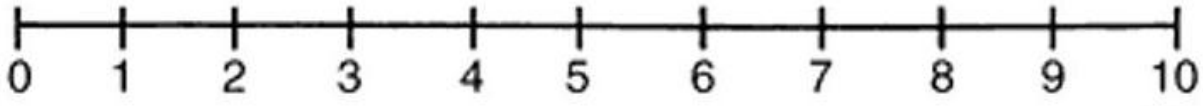
11.9. In een groepspraktijk heeft de arts tijdens de consultatie meer tijd voor mij en mijn problemen.



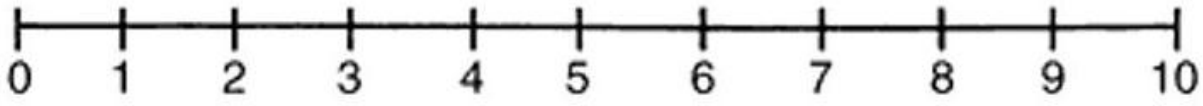
11.10. Ik vind het een nadeel dat ik niet steeds bij de arts van mijn keuze op consultatie kan komen.



11.11. In een groepspraktijk kunnen verschillende visies tot verschillende adviezen leiden.



11.12. Bij de huisarts op consultatie komen in een groepspraktijk is onpersoonlijker dan in een solopraktijk



.

12. Wanneer er structurele veranderingen gebeuren in de groepspraktijk (bijvoorbeeld een nieuwe collega, een nieuwe huisarts-in-opleiding, een nieuwe secretaresse) dan zou ik graag op volgende manier hiervan op de hoogte gesteld worden (meerdere antwoorden zijn mogelijk):

□ via de website

□ via e-mail

□ via een brief thuis geadresseerd

□ via een poster in de wachtzaal

□ persoonlijk wanneer ik op consultatie kom door de secretaresse

□ ik hoef niet op de hoogte gesteld worden: ik zie het wel wanneer het zover is.

Bijlage 3 Informatie voor de deelnemers.

Van solo- naar groepspraktijk: wat zijn de drempels voor de patiënten?

“Mijnheer Doktoor” als solo-arts wordt steeds zeldzamer. Her en der wordt de groepspraktijk de regel. De huisartsgeneeskunde evolueert dus, maar is de patiënt hier tevreden mee?

Ook in Denderhoutem zet de tendens zich door: in de loop der jaren heeft de praktijk enkele veranderingen ondergaan. Zo evolueerde de praktijk van een solo-praktijk, met Dr. Hilde Meert als enige huisarts, naar een groepspraktijk met ondertussen vier vaste huisartsen en één huisarts in opleiding.

In het kader van haar master- na master opleiding in de huisartsgeneeskunde doet Dr. Fien Van Stappen een studie naar de mogelijke drempels die er bij patiënten kunnen bestaan om als patiënt mee te evolueren naar een groepspraktijk. Heeft u een voorkeur voor een bepaalde arts? En zo ja, wat zorgt er voor dat u die voorkeur heeft? Wat zijn voor u de voor- en nadelen van een groepspraktijk?

Deelname aan de studie gebeurt op geheel vrijwillige basis. Dit wil zeggen dat u ook kan weigeren deel te nemen aan de studie en dit zonder nadelige gevolgen voor de kwaliteit van de zorgen noch op de relatie met alle artsen binnen de groepspraktijk. Indien u toestemt om deel te nemen aan deze studie zal er aan de hand van een korte vragenlijst gepeild worden naar uw idee en ervaring over het onderwerp. Deze vragenlijst wordt geheel anoniem afgenomen. Alle gegevens, verzameld in het kader van de studie, zullen uiterst vertrouwelijk behandeld worden. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen en de Belgische wetgeving, inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en inzake rechten van de patiënt, nageleefd.

Door het ondertekenen van het formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie. U kunt op elk moment van de studie uw deelname beëindigen en dit zonder nadelige gevolgen.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u steeds contact opnemen met één van de artsen van de praktijk.

We stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Fien Van Stappen.

Bijlage 4 Toestemmingsverklaring.

Titel onderzoek: **Van solo- naar groepspraktijk: Wat zijn de drempels voor de patiënten?**

In te vullen door de deelnemer

Ik bevestig dat ik op een correcte en voldoende duidelijke wijze geïnformeerd werd over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie op een schriftelijke én mondeling wijze verkregen en begrepen heb. Bovendien bevestig ik dat ik de nodige tijd gekregen heb om het document te lezen en dat al mijn vragen beantwoord werden. Ik begrijp dat persoonlijke gegevens alsook de vragenlijst op een anonieme manier verwerkt zullen worden.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek en het invullen van de vragenlijst. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment van de studie mijn deelname aan dit onderzoek te kunnen beëindigen.

Naam deelnemer: ……

Datum: …… **Handtekening deelnemer**: ……

In te vullen door de informatieverstrekker

Ik heb een schriftelijke én mondelinge toelichting gegeven over het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. Bovendien verklaar ik dat ik geen druk op de deelnemer uitgeoefend heb om deel te nemen aan de studie. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam informatieverstrekker: ……...

Datum: …… **Handtekening informatieverstrekker:** ……

Lijst figuren en tabellen

Figuur 1. Verdeling deelnemers op basis van geslacht.
Figuur 2. Verdeling deelnemers op basis van leeftijd.
Figuur 3. Boxplot leeftijd deelnemers.
Figuur 4. Boxplot voorkeur van de deelnemers voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk.
Figuur 5. Scatterplot leeftijd en voorkeur voor één specifieke arts binnen de groepspraktijk
Figuur 6. Boxplot voorkeur voor één specifieke arts afhankelijk van aantal jaar men reeds patiënt is in de praktijk.
Figuur 7. Actie indien de arts van voorkeur niet beschikbaar is voor alle deelnemers.
Figuur 8. Reden om één arts te verkiezen. (legende A tem Q cfr. supra).
Figuur 9. Staafdiagram gemiddelden op een VAS-schaal (0 = "niet akkoord" tot 10 = "akkoord) gescoord op verschillende stellingen.
Figuur 10. Wijze waarop de patiënt graag op de hoogte gesteld wordt van structurele veranderingen in de praktijk.

Tabel 1. Actie wanneer arts van voorkeur niet beschikbaar is. "Ja" = deelnemer duidde dit antwoord aan, "nee"= deelnemer duidde dit antwoord niet uit, "leeg" = vraag werd door de deelnemer niet ingevuld.

Tabel 2: Overzicht gemiddelden en mediaan gescoord op een VAS-schaal (0 = "niet akkoord" tot 10 = "akkoord") verschillende stellingen.