Samenwerking tussen twee of meer startende artsen zonder bestaand patiëntenbestand: samen een sprong in het diepe?

Dr. Joke Bertels, KU Leuven
Dr. Debby Smeets, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KU LEUVEN

Dankwoord

Deze thesis kwam tot stand dankzij onze promotor, professor Dr. Birgitte Schoenmakers. We willen haar bedanken voor de informatie, de nuttige tips en het nalezen van de teksten. Zij stuurde dit project in de goede richting en was steeds bereid om advies te geven.

Vervolgens willen we onze praktijkopleiders bedanken. Bedankt voor de interesse in ons project en de vele aanmoedigingen.

Ook gaat er een woord van dank naar de deelnemers van het onderzoek. Zonder hen was deze thesis nooit tot stand kunnen komen.

Tenslotte zouden we ook nog graag onze naaste omgeving willen bedanken: onze ouders die onze studie hebben mogelijk gemaakt, maar ook onze partners voor de ondersteuning en vele aanmoedigingen.

Inhoudsopgave

Dankwoord 2
Inhoudsopgave 3
Inleiding 4
Methode 5
Resultaten van de veldstudie 6
Discussie 7
Conclusie 11
Voetnoot 12
Bronnen 12
Bijlagen 14

Inleiding

Als het huisartsenberoep nog wil voldoen aan de huidige zorgnoden en maatschappelijke evoluties, lijkt enige vorm van samenwerken noodzakelijk. Hoerée et al. stellen dat de huisarts zich de dag van vandaag goed zal moeten organiseren. Hiervoor bestaan er verschillende praktijktypes, zoals monodisciplinaire huisartsenpraktijken of multidisciplinaire eerstelijnspraktijken. Opvallend is dat er dan ook meer en meer samenwerkingsverbanden opgericht worden. Als huisarts kan je ervoor kiezen om in een bestaande groepspraktijk in te stappen. Wanneer dit echter niet tot de mogelijkheden behoort, is er de mogelijkheid om zelf een samenwerking met collega's uit de grond te stampen.

Om dergelijke samenwerking te laten slagen, is een plan voor een goed praktijkbeheer noodzakelijk. Er dienen afspraken gemaakt te worden over infrastructuur, juridische en financiële aspecten, maar ook inhoudelijk overleg en een gemeenschappelijke visie zijn belangrijk[1].

In dit onderzoek wordt er aandacht besteed aan vragen en bedenkingen van huisartsen die samen een groepspraktijk hebben opgestart. De belemmeringen en hindernissen die zij ervaren in de opstart van hun samenwerking zullen in deze studie centraal staan. Vanuit de literatuur zal er getracht worden een praktisch advies te formuleren om deze drempels te overwinnen.

Volgende onderzoeksvragen worden in dit onderzoek gesteld. Wat zijn de drempels die huisartsen ondervinden wanneer ze samen een groepspraktijk willen starten? Welk advies kan gegeven worden als antwoord op de weerhouden drempels?

Hypothese:
Primaire onderzoeksvraag: Wat zijn de drempels die huisartsen ondervinden wanneer ze samen een groepspraktijk willen starten?
Secundaire onderzoeksvraag: Welk advies kan gegeven worden als antwoord op de weerhouden drempels?

Methode

Literatuurstudie

Als eerste bron werd het boek 'Praktijkmanagement voor de huisarts' geselecteerd. Het boek werd grondig doorgenomen en samen met aanvullende artikels uit de literatuur worden antwoorden geformuleerd op de tweede onderzoeksvraag. Gezien het ontbreken van een specifieke Belgische database werden de meeste artikels bekomen via de website van Domus Medica, de eerder gepubliceerde masterproeven huisartsgeneeskunde en medische tijdschriften zoals de Artsenkrant. Via Pubmed werd gezocht met volgende Mesh-termen: '*general practicioner', 'burn-out', 'management', 'communication'.*

Veldstudie

Populatie

De populatie in dit onderzoek bestaat uit twee groepen van huisartsen die een groepspraktijk opstarten. Deze groep kan bestaan uit enkel startende huisartsen of uit startende huisartsen die in zee gaan met meer ervaren collega's. Om deze startende huisartsen te vinden, werd er een oproep gedaan via www.icho.be (bijlage 1). Via deze website kan er immers vlot contact gelegd worden met afstuderende huisartsen die in een nieuw samenwerkingsverband stappen. De eerste twee reagerende groepen werden geïncludeerd.

Design en dataverzameling

De veldstudie is in essentie een actie-onderzoek. Bij elk lid van de groepspraktijk wordt apart een semigestructureerd diepte-interview afgenomen. Concreet betekent dit dat er een lijst wordt gehanteerd van te behandelen vragen en/of onderwerpen, maar waarbij de vraagvolgorde en vraagformulering niet geheel vastliggen en de antwoorden open zijn. Uit de verzamelde antwoorden worden de bezorgdheden van de artsen weerhouden op basis van common ground. Antwoorden die terugkwamen werden gegroepeerd en verder gebruikt in het tweede deel van het onderzoek. In dit tweede deel worden de praktijken begeleid in hun opstartfase door vanuit de bestaande literatuur antwoorden te bieden op hun bezorgdheden. Zaken die goed lopen in de praktijk worden tijdens het interview kort aangehaald, maar deze vormen geen antwoorden op de onderzoeksvragen. Hier wordt dan ook verder niet op ingegaan.

Outcome

Voor het interview worden onderwerpen geselecteerd aan de hand van het boek *'Praktijkmanagement voor de huisarts'*[1]. De gekozen thema's zijn: communicatie, overleg en afspraken, praktijkondersteuning voor de huisarts, taakdelegatie, elektronisch medisch dossier in de praktijk en zelfzorg en preventie van burn-out.

Resultaten van de veldstudie

Praktijk 1 bestaat uit twee net afgestudeerde huisartsen, van wie één man en één vrouw, in combinatie met één vrouwelijke collega met meer dan dertig jaar ervaring en nog een vrouwelijke collega met ongeveer vijf jaar ervaring. Praktijk 2 bestaat uit twee vrouwelijke huisartsen met elk ongeveer vijf jaar ervaring.

Na het afnemen van het semigestructureerd diepte-interview (bijlage 2) worden volgende antwoorden op onderzoeksvraag 1 bekomen.

Praktijk 1

1. *Praktijkmedewerkers*

De aansturing van de secretaresses kan volgens de artsen nog wat structuur gebruiken. De manier waarop de artsen dit best doen, is onderling nog niet voldoende besproken. Er is nog geen duidelijkheid over wie de secretaressen zal aansturen en of ze dit al dan niet tezamen moeten doen. Bij één van de artsen is er ook de bezorgdheid dat er in de toekomst nood zal zijn aan het delegeren van medische taken. Het is echter nog niet duidelijk welke medische taken ze kunnen en willen delegeren en hoe de organisatie hiervan verloopt.

2. *Communicatie tussen de artsen*

Wat betreft de permanentieregeling en het beantwoorden van de telefoons tussen 18u. en 19u. zijn er nog geen concrete afspraken gemaakt. Sommige artsen uiten hier hun bezorgdheid over, één arts maakt hier geen probleem van en wil dit altijd wel op zich nemen.

3. *Communicatie naar patiënten*

De artsen hebben wel duidelijke ideeën rond hun visie en principes naar patiënten toe, maar dit is tot op heden nog niet concreet uitgeschreven. De bezorgdheid van sommige artsen is dat de patiënten het huishoudelijk reglement nog niet kunnen raadplegen.

4. *Elektronisch medisch dossier (EMD)*

Het huidige medische programma wordt niet ten volle benut en volgens de artsen leent dit zich hier niet toe. Om die reden is er nog geen duidelijkheid over welke functies een goed EMD moet beschikken, iets wat vooral de jongere artsen bezig houdt.

5. *Preventie van burn-out*

Eén van de artsen uit duidelijk de bezorgdheid omtrent het thema burn-out. Deze arts maakt zich zorgen over de vergrijzing van de bevolking en alle chronische ziektebeelden die deze met zich meebrengt. Hierdoor kan er een grote werkdruk voor de artsen ontstaan en de vraag is hoe en of dit voorkomen kan worden om zo aan een betere zelfzorg te doen. Een andere arts vindt dit thema weinig relevant en vermoedt dat burn-out binnen deze praktijk niet zal voorkomen. Om deze reden is er rond dit thema weinig communicatie.

Praktijk 2

Praktijkmedewerkers: *aanwerven, aansturen en delegeren van taken*

Het doel van de artsen is om op termijn te evolueren naar een interdisciplinaire groepspraktijk, met enkele vaste artsen, eventueel een huisarts in opleiding, een praktijkassistente/verpleegkundige en enkele andere eerstelijns zorgverleners. Aangezien er nog geen praktijkmedewerkers aanwezig zijn, dient dit thema nog volledig uitgewerkt te worden. Dit is de enige bezorgdheid van praktijk 2.

Discussie

Uit dit onderzoek naar drempels om samen te werken, blijkt dat de artsen in deze studie vijf thema's van bezorgdheid uiten. Deze thema's zijn het aanwerven, het aansturen en het delegeren van taken naar praktijkmedewerkers, communicatie tussen artsen onderling, communicatie naar patiënten, het elektronisch medisch dossier en preventie van burn-out. In dit tweede deel van het onderzoek krijgen de praktijken praktisch advies omtrent hun bezorgdheden. Dit advies werd verzameld op basis van bestaande literatuur en heeft tot doel de praktijken te begeleiden in hun opstartfase.

1. *Aanwerven, aansturen en delegeren van taken naar praktijkmedewerkers*

Praktijkassistentie

Een praktijkassistent wordt door de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen gedefinieerd als iemand die instaat voor de ondersteuning bij de organisatie, voorbereiding, uitvoering en afronding van zorgverlening binnen de eerstelijnszorg in al zijn mogelijke praktijkvormen, zodat de huisarts en andere eerstelijnszorgverstrekkers de individuele consultaties en overige interventies efficiënter kunnen uitvoeren en zich kunnen focussen op hun kerntaken.

Tegemoetkoming door de overheid

In België kan er een tegemoetkoming aangevraagd worden via het Impulseofonds voor de loonkosten van een bediende die instaat voor het onthaal en het praktijkbeheer in een huisartsenpraktijk. Dit kan enkel in het kader van een schriftelijke arbeidsovereenkomst, die een duidelijke omschrijving bevat van de taken voor het onthaal en praktijkbeheer van de werknemer (voetnoot).

Praktijk 2 kan aan deze voorwaarde voldoen op voorwaarde dat ze de drempel van 150 globaal medische dossiers per erkend arts bereikt hebben. Een aanvraag van deze tegemoetkoming kan ingediend worden via het artsensyndicaat of via één van de steunpunten waar het Participatiefonds mee samenwerkt, zoals bijvoorbeeld Domus Medica. Andere steunpunten kunnen geraadpleegd worden via www.fonds.org. Er dient echter opgemerkt te worden dat de tegemoetkoming voor hoger genoemde loonkosten niet cumuleerbaar is met een tegemoetkoming voor de kosten van een telesecretariaat. Dit is echter voor praktijk 2 niet van toepassing, gezien de artsen hebben aangegeven geen interesse te hebben in een telesecretariaat omdat ze meer voordeel zien in de lijflijke aanwezigheid van een praktijkmedewerker.

Taakdelegatie

In België is de hoger beschreven taakomschrijving van een praktijkassistent nog vaag. Er bestaan immers geen specifieke opleidingen die dit volledige profiel omvatten. Vandaar dat huisartsen genoodzaakt zijn om vooraf goed na te denken over het takenpakket dat ze aan de praktijkmedewerker willen geven. Er kan immers geopteerd worden voor een eerder administratieve hulp, een medische hulp of een combinatie van de twee.

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat Belgische huisartsen baat hebben bij taakdelegatie[3, 4]. De artsen van praktijk 2 geven aan dat ook zij dit op termijn een meerwaarde vinden.

Schuerman ontwikkelde een stappenplan dat bruikbaar is bij de uitwerking van deze taakdelegatie[5]. Dit stappenplan kan voor praktijk 2 een leidraad zijn in hun zoektocht naar de mogelijkheid tot taakdelegatie. In een eerste fase van overleg dienen de artsen zich de vraag te stellen waarom ze bepaalde taken uit handen willen geven. Hieruit volgt dan het resultaat dat ze hiermee willen bekomen. Als deze doelstellingen geconcretiseerd worden, kan in een tweede stap overgegaan worden naar het omschrijven van de specifieke taken die uit handen kunnen worden gegeven om deze doelen te bereiken. Dit kunnen zowel administratieve als medische taken zijn. Indien de administratieve taken overheersen, wordt best gekozen voor een secretaresse. Bij het overheersen van medische taken is het aannemen van een verpleegkundige de beste optie. Ten derde moet er bekeken worden welke middelen er nodig zijn om de taakdelegatie tot stand te kunnen brengen. Er moet nagedacht worden over de financiering (zie hierboven), maar ook over de praktische zaken die komen kijken bij de aanwerving van een praktijkassistent. Dit zijn bijvoorbeeld de werkruimte, het materiaal, het huishoudelijk reglement en eventuele werkprotocollen. Tot slot volgt er dan nog de aanwerving zelf. Hiervoor dient er een aantal administratieve formaliteiten vervuld te worden die door de sociale wetgeving worden opgelegd. De huisartsenopleiding biedt hierin weinig deskundigheid. Om die reden kan het zeer nuttig zijn beroep te doen op een erkend sociaal secretariaat[6]. Concreet voert dit sociaal secretariaat de volgende taken uit:

1. de berekening en verwerking van gegevens met betrekking tot de lonen en de premies.
2. de aansluiting bij een kinderbijslagfonds en een jaarlijkse vakantiekas.
3. de driemaandelijkse aangiften en betalingen aan de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ)
4. de aangiften bij de belastingen voor de bedrijfsvoorheffing
5. het opstellen van arbeidscontracten, het personeelsregister en andere sociale documenten (vb. loonfiche).

Momenteel kost de aansluiting bij een sociaal secretariaat tussen de 15 en 20€ per maand. De RSZ kan financieel tegemoetkomen wanneer men voor het eerst een werknemer aanwerft.

Communicatie en aansturing[1, 7]

Om hun job naar behoren te kunnen uitvoeren, is het voor praktijkmedewerkers onontbeerlijk om op de hoogte te zijn van de algemene werking en de huisregels binnen de groepspraktijk. Dit wordt best vastgelegd in een document dat als draaiboek fungeert en dat praktijkmedewerkers volgens noden en vragen kunnen raadplegen. Gezien de medewerkers van praktijk 1 enkel mondeling aangestuurd worden, kan een draaiboek voor hun een zeer nuttig instrument zijn. Dit draaiboek bevat allereerst algemene informatie waaronder contactgegevens en uurroosters van alle medewerkers. Naast deze uurroosters dienen zij een schema terug te vinden over wie te contacteren op welk tijdstip bij urgenties van allerlei aard. Bovendien is het belangrijk te vermelden welke artsen, of andere medewerkers, verantwoordelijk zijn voor bepaalde neventaken zoals materiaalbeheer, infrastructuur e.d. Deze huisregels zijn niet enkel belangrijk voor de patiënten maar ook voor de praktijkmedewerkers die de patiënten vaak uitleg verschaffen. Ook deze praktijkinformatie wordt genoteerd in het draaiboek. Regelmatig nazicht en aanpassing van het draaiboek bij veranderingen zijn tot slot van belang.

Goede communicatie houdt het regelmatig organiseren van overlegmomenten in, dit gebeurt het best op vaste tijdstippen. Deze overlegmomenten bevatten zowel feedback in beide richtingen maar dienen ook voor briefing over de gang van zaken. Los hiervan wordt het best ook op regelmatige tijdstippen plaats gemaakt voor een functioneringsgesprek dat bij voorkeur verloopt aan de hand van een uitgeschreven document om structuur te bewaren. Op deze momenten wordt besproken wat goed verloopt en waar nodig wordt er op een niet bedreigende manier bijgestuurd. Wederzijdse verwachtingen komen aan bod en de toekomst wordt besproken. Aan het einde van dit functioneringsgesprek wordt een conclusie geformuleerd en genoteerd.

Tot slot is het belangrijk om praktijkmedewerkers te instrueren over de omgang met patiënten, waarbij uitleg over het beroepsgeheim en afspraken hierrond zeer belangrijk zijn.

2. *Communicatie tussen de artsen*

Om de werking van een groepspraktijk te laten slagen, is het noodzakelijk dat ook de artsen onderling regelmatig overlegmomenten plannen, en dit liefst op vaste tijdstippen. Dit gebeurt in praktijk 1 iedere vrijdag. Een tip hierbij kan zijn dat er het best gebruik gemaakt wordt van een overlegdocument met hierin terugkerende onderwerpen en ruimte voor vrije invulling.

Tijdens het interview werd opgemerkt dat praktijk 1 nog niet had nagedacht over een permanentieregeling. Om verwarring en frustratie bij praktijkmedewerkers en collega's onderling te voorkomen, kan worden afgesproken wie op welk tijdstip urgenties opvangt of de telefoon opneemt wanneer er geen secretaresse aanwezig is in de praktijk. Er kan bijvoorbeeld voor elke arts een vaste dag worden gekozen. Deze afspraken worden ook weer genoteerd zodat ze te raadplegen zijn door alle medewerkers van de groepspraktijk.

3. *Communicatie naar patiënten*[1, 7]

De artsen van praktijk 1 hebben reeds een duidelijke visie en principes over het huisartsgeneeskundig handelen. Deze verschillende visies kwamen bij de opstart van de groepspraktijk regelmatig aan bod tijdens de overlegmomenten. Ondanks het bekomen van gezamenlijke principes van de artsen naar de patiënten toe, worden deze spijtig genoeg enkel sporadisch meegedeeld aan de patiënten tijdens de consultatie. Dit brengt met zich mee dat patiënten deze afspraken niet meer kunnen herbekijken. Om deze huisregels te verduidelijken, kan er gewerkt worden met een folder of mededeling in de wachtzaal en via de website. Op deze manier kunnen discussies vermeden worden.

Er zijn verschillende belangrijke thema's die naar patiënten gecommuniceerd moeten worden. Om te beginnen is er de globale achterliggende visie van de groepspraktijk. Welke subspecialisaties biedt de praktijk aan en waarvoor kunnen ze er terecht? De artsen van praktijk 1 hebben als visie dat ze samen zorgen voor de patiënten zonder dat deze per definitie een vaste huisarts moeten kiezen. Belangrijk is wel dat patiënten hiervan op de hoogte gesteld worden. Verder zijn er praktische afspraken rond bereikbaarheid, uurroosters, huisbezoeken en hoe deze worden aangevraagd, wachtorganisatie en soorten raadplegingen die worden aangeboden. Het is belangrijk dat patiënten weten hoe ze een afspraak kunnen maken, hoe en op welk tijdstip ze de artsen kunnen bereiken en via welke media ze dit kunnen doen, welk betalingssysteem er gehanteerd wordt, etc.

4. *Elektronisch medisch dossier*

Dat het EMD een onmisbaar instrument geworden is in de Belgische huisartsenpraktijk behoeft geen argumentatie meer. De artsen van praktijk 1 zijn ervan overtuigd dat een overzichtelijk en gebruiksvriendelijk EMD leidt tot betere praktijkvoering. Het huidige EMD dat door hun gebruikt wordt, zou niet aan de criteria voor de registratie van softwarepakketten voldoen. Hiernaast vinden de artsen het niet meer zo'n geschikt pakket voor de nieuw ontstane groepspraktijk. Als voorbeeld vermelden zij het gecodeerd registreren, dat volgens hun een ingewikkelde procedure binnen hun huidig pakket is met als gevolg dat dit niet gebeurt terwijl ze zich wel bewust zijn van het nut ervan.

In België blijkt het niet evident om een keuze te maken tussen de verschillende softwarepakketten voor het gebruik van het EMD, het zijn er immers heel wat. Aan de start van 2015 zijn er vijftien pakketten die aan de criteria voor registratie van EMD-pakketten voldoen[8]. Deze pakketten zijn Accrimed, CareConnect, Daktari, Epicure, HealthOne, iCure, Le Généraliste, Medidoc, Medigest, Medinect, Medinote, Omnipro, Pricare, Prodoc en Windoc.

Tot op heden gebeurden er geen grootschalig vergelijkend onderzoek tussen deze verschillende softwarepakketten. Het enige vergelijkende onderzoek in de huidige literatuur werd gedaan door Fabry et al. In haar masterproef doet Fabry een poging tot het maken van een vergelijking tussen drie markleiders op dat moment, namelijk Medidoc, Windoc en Healt-One. De conclusie van haar onderzoek is dat er dringend nood is aan een grootschalige vergelijking tussen de verschillende pakketten, huisartsen willen immers weten waarin te investeren. Fabry adviseert Belgische huisartsen, die op zoek zijn naar een nieuw pakket, om zich goed te laten informeren over de verschillende pakketten. Maak tijd voor de verschillende firma's voor een uiteenzetting van hun pakket. Laat u hierbij niet enkel leiden door de kostprijs. Indien de keuze gevallen is op een softwarepakket, leer dit dan grondig kennen zodat het gebruik ervan optimaal is. De tijd die hierin geïnvesteerd wordt, zal later beloond worden.[9]

Onderzoek dat door Domus Medica in 2012 gevoerd werd, stelt dat een gebruiksvriendelijk EMD een korte leercurve dient te hebben. Coderen mag niet omslachtig zijn, de basisvaardigheden van het programma moeten vlot aangeleerd kunnen worden aan de gebruiker en tenslotte zouden gegevens niet dubbel ingevoerd moeten worden. Een gebruiksvriendelijk EMD is met andere woorden een pakket waarin data op een zeer vlotte manier worden geregistreerd en waarbij een aantal processen automatisch verlopen.[10]

5. *Preventie van burn-out*[11, 12, 13]

Burn-out wordt door Maslach et al gedefinieerd als een werkgerelateerd syndroom met drie hoofdkenmerken. Ten eerste is er sprake van emotionele uitputting. Een tweede kenmerk is depersonalisatie waarbij men een afstandelijke of onverschillige houding aanneemt. Een derde kenmerk is verminderde persoonlijke bekwaamheid waarbij men zich onvoldoende competent voelt om het werk uit te voeren.

Wat kunnen de artsen van praktijk 1 dan zelf doen om het risico op burn-out te beperken?

1. Balans tussen werk en privéleven bewaken

   Wanneer een huisarts te weinig tijd kan besteden aan zijn privéleven blijkt de kans op emotionele uitputting het grootst.[1] Praktijk 1 is een flexibele praktijk waarin artsen zelf hun werkschema kunnen kiezen met tevens mogelijkheid tot parttime werken. Het is een snelgroeiende praktijk die op termijn wel eens uit zijn voegen dreigt te barsten. Om deze reden

is op tijd ingrijpen, eventueel m.b.v. patiëntenstop, belangrijk zodat deze kostbare privétijd niet in het gedrang komt.

2. Buffertijd inlassen

   Een goede organisatie vereist buffertijd in het werkschema. Deze buffertijd dient niet enkel om uit te lopen maar kan ook gebruikt worden voor de uitvoering van administratieve taken of om iets op te zoeken, maar ook kan deze tijd gebruikt worden als ontspanning. Momenteel is er echter niet bij alle artsen buffertijd aanwezig.

3. Heldere communicatie met de patiënten

   Praktijk 1 heeft een duidelijke groepsvisie waaruit een informeel huisreglement is ontstaan. Deze afspraken worden tijdens de consultaties sporadisch aan de patiënten meegedeeld. Het huisreglement documenteren en communiceren naar de patiënten via een folder of aankondiging in de wachtzaal, zorgt ervoor dat frustratie bij de artsen zoveel mogelijk vermeden wordt.

4. Doe aan goede zelfzorg

   Huisartsen zijn eerder onverschillig als het om hun eigen gezondheid gaat. Hierdoor doen ze vaak aan zelfbehandeling en zijn ze terughoudend om een collega te raadplegen. Zelfzorg is echter zeer belangrijk, omdat zieke huisartsen een gevaar voor zichzelf vormen en ook niet meer in staat zijn om hun professionele taken op gepaste wijze uit te voeren waardoor het risico op medische fouten bestaat. Zelf een huisarts die je kan vertrouwen, zoeken, is een eerste stap in de goede richting. In België bestond er tot voor kort nog geen specifiek programma voor de globale aanpak van burn-out bij huisartsen. Om die reden formuleerde het Kenniscentrum een aantal aanbevelingen naar de bevoegde instanties toe. Uit deze aanbevelingen ontstond de VZW “Doctors 4 Doctors”. Deze organisatie biedt medische hulp en psychologische begeleiding voor dokters in nood. Daarnaast biedt ze ondersteuning voor het leren van vaardigheden rond afbakening, organisatie en teamwerking binnen de praktijk.

Conclusie

Bij het opstarten van een groepspraktijk komt er heel wat kijken. Om een samenwerking tussen artsen te laten slagen, dient er een goede praktijkorganisatie te gebeuren. Er dienen afspraken gemaakt te worden over infrastructuur, juridische en financiële aspecten, maar ook inhoudelijk overleg en een gemeenschappelijke visie zijn belangrijk.

Met dit onderzoek hebben we getracht twee startende groepspraktijken te begeleiden in de opstartfase. Vanuit de literatuur werden antwoorden geboden op bezorgdheden en drempels die artsen ervaren tijdens hun sprong in het diepe.

Voetnoot

In België kan er een tegemoetkoming aangevraagd worden via het Impulseofonds voor de loonkosten van een bediende die instaat voor het onthaal en het praktijkbeheer in een huisartsenpraktijk. Dit kan enkel in het kader van een schriftelijke arbeidsovereenkomst, die een duidelijke omschrijving bevat van de taken voor het onthaal en praktijkbeheer van de werknemer. Deze overeenkomst moet een loon garanderen overeenkomstig de barema's bepaald door het bevoegde paritaire comité. Meer informatie hierover kan gevonden worden via de website www.werk.belgie.be. Het bedrag van de tegemoetkoming komt overeen met de helft van de werkelijke loonkost. Er bestaat echter een maximumbedrag dat elk jaar geïndexeerd wordt.

Indien een groepspraktijk deze Impulseo-tegemoetkoming wil aanvragen, moet er voldaan worden aan een aantal voorwaarden. Deze zijn:

1. er bestaat een samenwerkingsverband tussen de erkende huisartsen van de groepspraktijk. Deze samenwerking moet schriftelijk vastgelegd worden in een samenwerkingsakkoord dat opnieuw aan een aantal voorwaarden moet voldoen en waarin volgende punten aan bod dienen te komen:
    a. de manier waarop het bedrag van de tegemoetkoming wordt verdeeld
    b. de modaliteiten voor intern overleg tussen alle deelnemende huisartsen
    c. de modaliteiten voor het raadplegen van het globaal medisch dossier, rekening houdend met de deontologie en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer
    d. de regels om beslissingen te nemen
    e. de procedure om het samenwerkingsakkoord te beëindigen
2. elke erkende huisarts beheert minstens 150 globaal medische dossiers, deze worden geteld tijdens het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop de aanvraag betrekking heeft. Deze voorwaarde is niet van toepassing voor groepspraktijken die bestaan uit recent erkende huisartsen.
3. de groepspraktijk stelt minstens één derde van één voltijds equivalent met een arbeidsovereenkomst te werk, vermenigvuldigd met het aantal huisartsen die in het samenwerkingsakkoord zijn gestapt.
4. de groepspraktijk maakt gebruik van een gelabeld elektronisch medisch dossier.

Bronnen

1. Schoenmakers B., De Lepeleire J., Aertgeerts, B., *Praktijkmanagement voor de huisarts,* 2014.

2. www.riziv.fgov.be

3. Geeraerts F. Aan de slag met een praktijkassistente: Opstellen van een takenlijst en uitwerken van procedures. Masterscriptie Huisartsgeneeskunde, Faculteit Geneeskunde KUL, 2010.

4. Verhelle G. Perceptie van kerntaken en taakdelegatie in de huisartsenpraktijk. Licentiaatsverhandeling, Faculteit Psychologie en pedagogische wetenschappen KUL, 2006.

5. Schuerman E., *Praktijkorganisatie voor dummies,* 2013.

6. www.belgium.be

7. Grouwels et all., *Goed samenwerken in tien stappen*, Domus Medica, 2003.

8. https://www.ehealth.fgov.be/nl/registratie-van-de-medische-softwarepakketten

9. Fabry K., *Het Elektronisch Medisch Dossier: (ver)wens(ing)en*, 2014.

10. Van der Stighelen et all., *Hefbomen en barrières bij het gebruik van EMD en elektronische communicatie door huisartsen*, Domus Medica, 2012.

11. Maslach et all., Maslach Burn-out inventory: Manual (2nd ed.), 1986.

12. Jonckheer et all., *Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak – synthese,* Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), 2011.

13. *Een huisarts voor elke huisarts*, Artsenkrant, 2013.

Bijlage 1

Beste collega's,

In het kader van onze masterproef zijn we op zoek naar haio's die plannen hebben om een nieuwe groepspraktijk op te richten (eventueel met reeds meer ervaren collega's).

Wat vragen wij van jullie?
Het gaat om 1 interview waarin wij zullen polsen naar aanwezige drempels, verwachtingen, angsten, … om deze droom te realiseren.

Na dit interview trachten wij a.h.v. het boek 'Praktijkmanagement voor de huisarts' persoonlijke feedback en concrete antwoorden te geven op de angsten en/of drempels die werden besproken. Op deze manier geven we jullie dan persoonlijk advies dat zeer nuttig zal zijn in de praktijk.

Interesse?
joke303@hotmail.com, 0496/43.09.49
debbysmeets@hotmail.com, 0476/62.22.53

Bijlage 2

INTERVIEW PRAKTIJK 1

PRAKTIJKSCHETS

Het betreft een groepspraktijk met vier artsen waarvan een vrouwelijke arts met ruim vijfentwintig jaar ervaring, een vrouwelijke arts met ongeveer vijf jaar ervaring en een mannelijke en een vrouwelijke nieuwkomer. Er zijn twee parttime secretaressen aanwezig. Eén van de secretaressen ging recent op pensioen en werd vervangen. Verder is er één poetsvrouw tewerkgesteld in de praktijk.

INTERVIEW

Praktijkmedewerkers

Praktijksituatie

- Er zijn twee secretaressen en één poetsvrouw aanwezig
- Het secretariaat wordt elke dag bemand tussen 8u. en 18u.

Communicatie met praktijkmedewerkers

- Er zijn wel ideeën rond de aansturing van praktijkmedewerkers, maar hierrond werden nog geen concrete afspraken gemaakt
- Elke arts maakt dagelijks afspraken met de secretaresse wanneer de arts dit nodig acht
- Het idee is om één keer per maand een functioneringsgesprek met de praktijkmedewerkers te organiseren, maar hoe dit zal verlopen, is nog niet helemaal duidelijk

Aansturing van praktijkmedewerkers

- Er is geen huishoudelijk reglement noch draaiboek aanwezig dat de praktijkmedewerkers kunnen raadplegen
- De praktijkmedewerkers handelen op basis van ervaring of wat hun is aangeleerd door hun voorganger
- Taken zijn louter administratief, met uitzondering van het begeleiden van patiënten omtrent de GMD+-vragenlijst

Bezorgdheden van de artsen rond het thema praktijkmedewerkers

De aansturing van de secretaresses kan nog wat structuur kunnen gebruiken. De manier waarop de artsen dit het best doen, is voor hun nog niet duidelijk. Er is bijvoorbeeld nog geen duidelijkheid over wie de secretaressen zal aansturen en of ze dit al dan niet tezamen moeten doen. Bij één van de artsen is er ook de bezorgdheid dat er in de toekomst nood zal zijn aan het delegeren van ook medische taken. Het is voor hun echter nog niet duidelijk welke medische taken ze kunnen en willen delegeren en hoe de organisatie hiervan verloopt.

Communicatie tussen de artsen

Praktijksituatie

- Wekelijks is er een overlegmoment tussen de vier artsen. Ze vinden het belangrijk om als praktijk één visie te hebben in hun handelen. Hun visie is dat patiënten bij elke arts op dezelfde manier behandeld worden. De artsen hechten er belang aan dat ieder individueel dezelfde financiële afspraken maakt met de patiënt, dat elke arts gemiddeld evenveel tijd voorziet voor de patiënten, …
- De raadplegingen zijn zo voorzien dat er tussen 8u. en 19u. altijd minstens twee artsen aanwezig zijn, behalve tussen 12u. en 14u. Als er dan een dringende oproep binnenkomt, voert één van de artsen deze uit omdat deze arts aan de praktijk woont.
- Tussen 18u. en 19u. is er geen secretaresse aanwezig en dienen de telefoonoproepen beantwoord te worden door de artsen zelf.

Bezorgdheden van de artsen rond het thema communicatie, overleg en afspraken

Wat betreft de permanentieregeling en het beantwoorden van de telefoons tussen 18u. en 19u. zijn er nog geen concrete afspraken gemaakt. Sommige artsen uiten hier hun bezorgdheid over, één arts maakt hier geen probleem van en wil dit altijd wel op zich nemen.

Communicatie naar patiënten

Praktijksituatie

- Patiënten kunnen de praktijk telefonisch bereiken tussen 8u. en 19u.
- Er is een website beschikbaar voor patiënten en vertegenwoordigers. Op deze website kunnen consultaties geboekt worden en worden enkele praktische afspraken vermeld.

Bezorgdheden van de artsen rond het thema communicatie naar patiënten

De artsen hebben wel duidelijke ideeën rond hun visie en principes naar patiënten toe, maar dit is tot op heden nog niet concreet uitgeschreven. De bezorgdheid van sommige artsen is dat de patiënten het huishoudelijk reglement nog niet kunnen raadplegen.

Elektronisch medisch dossier (EMD)

Praktijksituatie

- Het huidige medische programma zal binnenkort vervangen worden.

Bezorgdheden van de artsen rond het thema EMD

Het huidige medische programma wordt niet ten volle benut en volgens de artsen leent dit zich hier niet toe. Om die reden is er nog geen duidelijkheid over welke functies een goed EMD moet beschikken, iets wat vooral de jongere artsen bezighoudt.

Preventie van burn-out

Praktijksituatie

- Over dit thema wordt zeer weinig gesproken in deze praktijk. Het thema heeft nog geen prioriteit gekregen op de agenda.

Bezorgdheden van de artsen rond het thema zelfzorg en preventie van burn-out

Eén van de artsen uit duidelijk de bezorgdheid omtrent dit thema. Deze arts maakt zich zorgen over de vergrijzing van de bevolking en alle chronische ziektebeelden die deze met zich meebrengt. Hierdoor kan er een grote werkdruk voor de artsen ontstaan en de vraag is hoe en of dit voorkomen kan worden om zo aan een betere zelfzorg te doen. Een andere arts vindt dit thema weinig relevant en vermoedt dat burn-out binnen deze praktijk niet zal voorkomen. Om deze reden is er rond dit thema weinig communicatie.

INTERVIEW PRAKTIJK 2

PRAKTIJKSCHETS

Het betreft een groepspraktijk met twee vrouwelijke artsen die elk ongeveer vijf jaar ervaring hebben. De praktijk werd een half jaar geleden opgestart. Voorlopig zijn er nog geen andere praktijkmedewerkers.

INTERVIEW

Praktijkmedewerkers

Praktijksituatie

- Deze zijn voorlopig nog niet aanwezig. Op de planning staat om eerst en vooral te beginnen met het aanwerven van een praktijkassistente/verpleegkundige om administratieve taken uit te voeren

Communicatie met en aansturing van praktijkmedewerkers

- Op dit moment is dit nog niet van toepassing.

Bezorgdheden van de artsen rond het thema praktijkmedewerkers

Beide artsen geven aan dat ze nog niet zo goed weten hoe de communicatie met en de aansturing van toekomstige praktijkassistenten het best dient te gebeuren. Zij wensen hierover nog meer informatie te verzamelen.

Communicatie tussen de artsen

Praktijksituatie

- Wekelijks zijn er twee overlegmomenten, op maandag van 13-14u en op donderdag van 13-15u. Thema's die op deze overlegmomenten aan bod komen, zijn patiëntenbespreking en praktijkorganisatie. Hierbij wordt een overlegdocument gebruikt om structuur te geven.
- Om de vier maanden plannen de artsen onderling een functioneringsgesprek.
- De werkrooster is zo opgesteld dat de artsen samen één fulltime rooster invullen. Dit brengt met zich mee dat ze nooit parallel werken.
- De arts die werkt, voorziet permanentie.

Bezorgdheden van de artsen rond het thema communicatie, overleg en afspraken

Over het algemeen zijn er rond dit thema nog weinig bezorgdheden, met uitzondering van het feit dat de artsen vaststellen dat de overlegmomenten regelmatig uitlopen doordat ze onnodig uitweiden.

Communicatie naar patiënten

Praktijksituatie

- Patiënten kunnen de praktijk telefonisch bereiken tussen 8u. en 19u.
- Er is een website beschikbaar voor patiënten en vertegenwoordigers. Op deze website kunnen consultaties geboekt worden en worden hun visie en praktische afspraken vermeld.

Bezorgdheden van de artsen rond het thema communicatie naar patiënten

Rond dit thema uiten de artsen geen duidelijke bezorgdheden.

Elektronisch medisch dossier (EMD)

Praktijksituatie

- De artsen hebben na een grondige selectieronde een EMD geselecteerd. Ze zijn hiervan zeer tevreden.
- Ook chronische patiënten kunnen gemakkelijk worden opgevolgd met dit EMD.

Bezorgdheden van de artsen rond het thema EMD

Er zijn geen bezorgdheden rond dit thema.

Preventie van burn-out

Praktijksituatie

- Dit is een centraal thema in de praktijk omdat beide artsen hiermee reeds op één of andere manier geconfronteerd werden.

Bezorgdheden van de artsen rond het thema zelfzorg en preventie van burn-out

Rond dit thema zijn er weinig bezorgdheden, wel geven ze aan dat nieuwe informatie rond dit thema steeds welkom is.