DE MULTIDISCIPLINAIRE GROEPSPRAKTIJK IN VLAANDEREN: OPSTART EN ARCHITECTURALE RICHTLIJNEN

Cloosen Gunther, KU Leuven

Promotor: Peremans Lieve, Universiteit Antwerpen: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2014-2016

Dankwoord

Bij deze wil ik enkele mensen uitdrukkelijk bedanken die elk op hun manier bijdroegen tot de realisatie van dit eindwerk.

Allereerst mijn promotor, professor Peremans, zonder wiens deskundige hulp en begeleiding dit werkstuk niet mogelijk geweest was.

Veel dank ook aan de huisartsen en paramedische medewerkers die mij toegang verschaften tot hun praktijken alwaar ik een gedetailleerde rondleiding kreeg en foto's mocht maken.

Eveneens vermeld ik bij deze Dhr Dany Gilissen. Zijn architectenoog bood een belangrijke insteek bij de studie van de architecturale en infrastructurele aspecten van de praktijken.

Dank ook aan mijn praktijkopleider Dr De Bie voor de steun bij het maken van dit project.

Abstract

Inleiding

Literatuuronderzoek toont het stijgend belang aan van multidisciplinaire groepspraktijken en de inrichting daarvan. Desondanks is er in de literatuur weinig terug te vinden inzake de opstart en architecturale richtlijnen van multidisciplinaire groepspraktijken in Vlaanderen. Deze kwalitatieve studie beoogt enerzijds een overzicht te geven van bruikbare, architecturale richtlijnen en tips en anderzijds door middel van praktijkbezoeken na te gaan hoe het gesteld is met de vormgeving van de hedendaagse, multidisciplinaire groepspraktijk in Vlaanderen. Aldus kan het dienen als leidraad voor artsen die een multidisciplinaire groepspraktijk wensen op te richten.

Onderzoeksvragen

Welke verschillende fasen zijn er te onderscheiden in het bouwproces? Aan welke voorwaarden moet een multidisciplinaire groepspraktijk voldoen op architecturaal en infrastructureel vlak?

Methode

Met het literatuuronderzoek als basis worden een reeks aanbevelingen weerhouden dewelke men zou moeten volgen bij de oprichting van een hedendaagse multidisciplinaire groepspraktijk. Vervolgens worden deze aan de praktijk getoetst door vijf praktijkbezoeken en gestructureerde interviews.

Resultaten

Vijf verschillende groepspraktijken werden bezocht. De volgende medische en paramedische disciplines kwamen voor: artsen, psychologen, diëtisten, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, medisch pedicures, logopedisten en maatschappelijk werkers. Inzake de implementatie van de bestaande architecturale richtlijnen en de incorporatie van paramedische disciplines in de dagdagelijkse praktijk waren er onderling veel verschillen. Slechts één van de vijf praktijken had bij het opstellen van de bouwplannen literatuur met betrekking tot specifieke architecturale richtlijnen voor groepspraktijken geraadpleegd.

Conclusie

Er is nood aan studies die meer groepspraktijken includeren met het oog op enerzijds verdere validatie van de architecturale richtlijnen en anderzijds op een beter inzicht in de multidisciplinaire samenwerkingsvorm. Ook heeft Vlaanderen nood aan een instantie die kennis en controle aanreikt inzake de bouw van multidisciplinaire groepspraktijken. Het zou wenselijk zijn dat deze instantie ook richtlijnen aanbiedt ter bevordering van de implementatie van de verschillende paramedische disciplines in de multidisciplinaire groepspraktijk.

Inhoudstafel

Dankwoord----1
Abstract----2
Inhoudstafel----3
1. Inleiding----5
2. Literatuuronderzoek----5
2.1. Onderzoeksvragen----5
2.2. Methode----6
2.3. Resultaten----6
2.3.1. De verschillende fasen van het bouwproces----6
2.3.2. Architecturaal en infrastructureel aspect----7
2.3.2.1. Algemene richtlijnen----7
2.3.2.2. Richtlijnen per ruimte----12
2.3.2.2.1. De inkomhal of entree----12
2.3.2.2.2. De balie----12
2.3.2.2.3. De backoffice----12
2.3.2.2.4. De wachtzaal----12
2.3.2.2.5. Het artsenkabinet----13
2.3.2.2.6. Het diëtistenkabinet----13
2.3.2.2.7. Het logopedistenkabinet----13
2.3.2.2.8. Het psychologenkabinet----13
2.3.2.2.9. Het kinesitherapeutenkabinet----13
2.3.2.2.10. Het labo----14
2.3.2.2.11. De vergaderzaal----14
2.3.2.2.12. Toiletten----14
2.3.2.2.13. De haio – ruimte----14
3. Veldonderzoek----44
3.1. Introductie ----14
3.1.1. Onderzoeksdoel----14
3.1.2. Onderzoeksvraag----14
3.2. Methodologie----15
3.2.1. Studiepopulatie----15

3.2.2. Analyse----------16
3.2.2.1. Fase 1: Within case analyse----------16
3.2.2.2. Fase 2: Cross case analyse----------46
3.2.2.2.1. Schematisch----------46
3.2.2.2.2. Architectuur, veiligheid en toegankelijkheid onderling vergeleken----------47
3.2.2.2.3. Multidisciplinair samenwerken----------48
4. Discussie----------51
5. Conclusie----------52
Referenties----------53
Bijlage 1----------55
Bijlage 2----------57
Bijlage 3----------59
Bijlage 4----------60

1. Inleiding

Onze samenleving wordt alsmaar ouder. De levensverwachting in België steeg van 73,3 jaar in 1980 tot 80 jaar in 2009 en 80,74 jaar in 2014. Andere bronnen vermelden een levensverwachting van 86,11 jaar voor de man en 88,47 jaar voor de vrouw in 2060.[1] Dit gaat gepaard met een stijging van chronische aandoeningen en multimorbiditeit.[2] Onderzoek toont aan dat de helft van de 75 – plussers twee of meer chronische aandoeningen heeft, twee op vijf 75 – plussers heeft vier of meer chronische aandoeningen.[3] Die chronische aandoeningen zijn doodsoorzaak nummer één wereldwijd en hun aandeel zal nog toenemen.[4]

Voor de behandeling van chronische aandoeningen is een belangrijke rol weggelegd voor de multidisciplinaire zorg.[5-6] Multidisciplinair verwijst naar de betrokkenheid van meerdere disciplines in de patiëntenzorg.[7] Immers, geen enkele arts of hulpverlener kan volledig voldoen aan de noden van alle patiënten. Hiervoor is een verscheidenheid aan hulpverleners nodig, dit in het belang van de patiënten.[6]

Rumball – Smith et al toonden aan dat interprofessionele samenwerking onder één dak leidt tot betere toegang en kwaliteit voor patiënten met een chronische aandoening omwille van het aanbod van een brede, preventieve en gespecialiseerde zorg.[8] Het werken op dezelfde locatie verbeterde de transactie van informatie en faciliteerde de communicatie.[9-11]

Ulrich et al vonden meer dan 600 studies die aantoonden dat de vormgeving van gezondheidscentra de algemene kwaliteit van de zorg beïnvloedt.[12] Rice et al concludeerden dat een verbeterde omgeving en vormgeving van een eerstelijnspraktijk leidde tot een verbetering van de perceptie door patiënten van de patiënt – arts communicatie, een angstreductie bij de patiënten voor en na het artsenconsult en verbetering in de tevredenheid over de zorg zowel bij patiënten als hulpverleners.[13]

Uit bovenstaande referenties uit de literatuur blijkt dus de belangrijkheid van multidisciplinaire groepspraktijken en de inrichting daarvan.

Niettegenstaande de gestage toename de laatste jaren van het aantal nieuwbouwprojecten en vooral van verbouwingen van huisartsenpraktijken in Vlaanderen[14] en de daarmee gepaard gaande groeiende interesse in architecturale richtlijnen inzake de inrichting van huisartsenpraktijken, is er heden in Vlaanderen hieromtrent nog maar weinig informatie te vinden waardoor men grotendeels afhankelijk blijft van de architect. In Nederland daarentegen kan men beroep doen op de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) die een handig naslagwerk uitgebracht heeft met richtlijnen (“tien gouden regels“) inzake de opstart en inrichting van een artsenpraktijk.

Het doel van deze studie is enerzijds een overzicht te geven van bruikbare, architecturale richtlijnen en tips en anderzijds door middel van praktijkbezoeken na te gaan hoe het gesteld is met de vormgeving van de hedendaagse, multidisciplinaire groepspraktijk in Vlaanderen. Immers, steeds vaker gaan artsen en zorgbeoefenaars van verschillende disciplines op één locatie samenwerken.[15]

2. Literatuuronderzoek

2.1. Onderzoeksvragen

We gaan op zoek naar een antwoord op de volgende vragen:

Welke verschillende fasen zijn er te onderscheiden in het bouwproces?

Aan welke voorwaarden moet een multidisciplinaire groepspraktijk voldoen op architecturaal en infrastructureel vlak?

2.2. Methode

Verschillende databases werden geraadpleegd voor het literatuuronderzoek naar wetenschappelijke artikels: Limo, PubMed en Nivel. De volgende zoektermen werden gebruikt: “multidisciplinair“, “groepspraktijk“, “multidisciplinary”, “family practice“, “infrastructure“, “architecture“ en “primary care”. Van de twintig voor deze studie relevante artikels waren de helft afkomstig van Belgische (1) en Nederlandse huisartsenverenigingen (9) en hadden architecturale richtlijnen voor huisartsengroepspraktijken als topic. De overige tien artikels waren van internationale oorsprong en gingen onder andere over positief en negatief beïnvloedende factoren inzake de eerstelijnszorg en de personeelsbezetting. Enkele thesissen waren ook een bron van informatie, onder andere over het management van huisartsengroepspraktijken, de invloed van de inrichting van de spreekkamer van de psycholoog op de patiënt en over multidisciplinair overleg in de eerste lijn.

Ook het tijdschrift “Huisarts en wetenschap” werd er op nageslagen. Verdere informatie werd gevonden via de site van Domus Medica, het “Handboek bouw praktijkruimten huisarts” van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het boek “Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde” en het boek “Praktijkmanagement voor de huisarts”. Verschillende instanties werden aangeschreven voor informatie, namelijk “Ruimte Vlaanderen”, een departement van de Vlaamse overheid, het Kenniscentrum “Samenwerken in associatie” en de federatie van vrije beroepen. De verschillende beroepsverenigingen van paramedici werden gecontacteerd inzake de vereisten aan de kabinetten van hun discipline.

2.3. Resultaten

2.3.1. De verschillende fasen van het bouwproces[16]

Fase 1: het vooroverleg. Contacten worden gelegd en de gewenste uitgangspunten en doelstellingen worden geformuleerd. Voorts vindt een globaal haalbaarheidsonderzoek plaats en een inventarisatie van de financieringsmogelijkheden. Men stelt uiteindelijk een discussiestuk of nota op.

Fase 2: Eisen en wensen worden kenbaar gemaakt. Op basis van praktijkbezoeken en literatuuronderzoek wordt een programma van eisen opgesteld en wordt een globale begroting van de investeringskosten opgesteld.

Fase 3: In het kader van respectievelijk een nieuwbouwproject of een verbouwing, wordt een stuk grond of pand aangeschaft. Prijsonderhandeling en regelen van een hypotheek. Bij een verbouwing kan best een deskundige oordelen als een bestaand pand kan omgebouwd worden tot een praktijk. Uiteindelijk wordt een koopcontract afgesloten.

Fase 4: De architectkeuze. Met verschillende architecten vindt een gesprek plaats over hun modus operandi, het eisenprogramma, tijdschema en honorarium. Verscheidene gerealiseerde projecten van de architect worden bezocht. Fase vier eindigt met het vastleggen van een contract met een architect en het tijdschema.

Fase 5: Opstellen van een voorlopig ontwerp, vervolgens het definitieve ontwerp.

Fase 6: De architect stelt het bestek op, de bestektekeningen en de definitieve begroting.

Fase 7: Aanbesteding van het werk. Op basis van onderzoek van de kwaliteit van reeds afgewerkte projecten en navraag aangaande zijn onderaannemers en werkwijze, wordt de aannemer zorgvuldig gekozen en een aanbestedingsovereenkomst opgesteld.

Fase 8: Dit is de feitelijke bouwfase. Het is belangrijk om tijdens de bouw een goede opzichter te hebben die de bouw begeleidt en eventueel realisaties afkeurt en opnieuw laat bouwen.

Fase 9: De inrichting. Eventueel wordt beroep gedaan op een interieurarchitect. Na enige tijd kan best een evaluatie plaatsvinden om na te gaan als het geheel functioneel is en passend bij de praktijk. Indien nodig kan dan nog aangepast worden.

Fase 10: Ingebruikname.

2.3.2. Architecturaal en infrastructureel aspect

Met het literatuuronderzoek als basis worden een reeks aanbevelingen weerhouden dewelke men zou moeten volgen bij de oprichting van een hedendaagse multidisciplinaire groepspraktijk. Het betreft eerder algemene richtlijnen zonder te diep in te gaan op technische details qua architectuur. De richtlijnen per ruimte worden vervolgens besproken.

2.3.2.1. Algemene richtlijnen

Functioneel gezien moet de praktijk een logische en duidelijke structuur hebben.[17-18] Simpel gezegd, de patiënt kan zich in een vloeiende beweging begeven van de entree naar de balie en vervolgens de wachtzaal, zodat bewegwijzering tot een minimum kan beperkt worden.[17-18] (Cfr figuur1*)* Desgewenst, moeten heldere pictogrammen toegepast worden of beelden voor kinderen[17-18]. Bij het ontwerp kan men ook best rekening houden met een uitbreiding in de toekomst[16]. De praktijk moet ook goed herkenbaar zijn van buitenaf.[17-18] Dit kan met affiches, (lichtgevende) borden of kruisen.[18] De namen van de artsen en medewerkers kunnen tegen de gevel aangebracht worden al dan niet met vermelding van hun discipline. Er moet voldoende fietsenstallingen en parking zijn, ook voor mindervaliden. Het is voornaam dat de praktijk ook past in zijn omgeving[18].

Elke arts heeft een eigen kabinet, parttimers kunnen een kabinet delen.[16] Een groepspraktijk met n kabinetten zou n+1 artsen moeten kunnen laten werken.[18] Alle kabinetten zouden best universeel ingericht zijn zodat deze kamers zonder problemen onderling inwisselbaar zijn.[18]

De *looplijnen* of verkeersstromen in het gebouw zijn goed doordacht indien ze een rustig patroon vormen[17] en obstakelvrij zijn.[18] Nuttige tips hiervoor zijn:

- om patiënten te gaan halen in de wachtzaal, moeten artsen niet voorbij de entree of balie.[17-18]

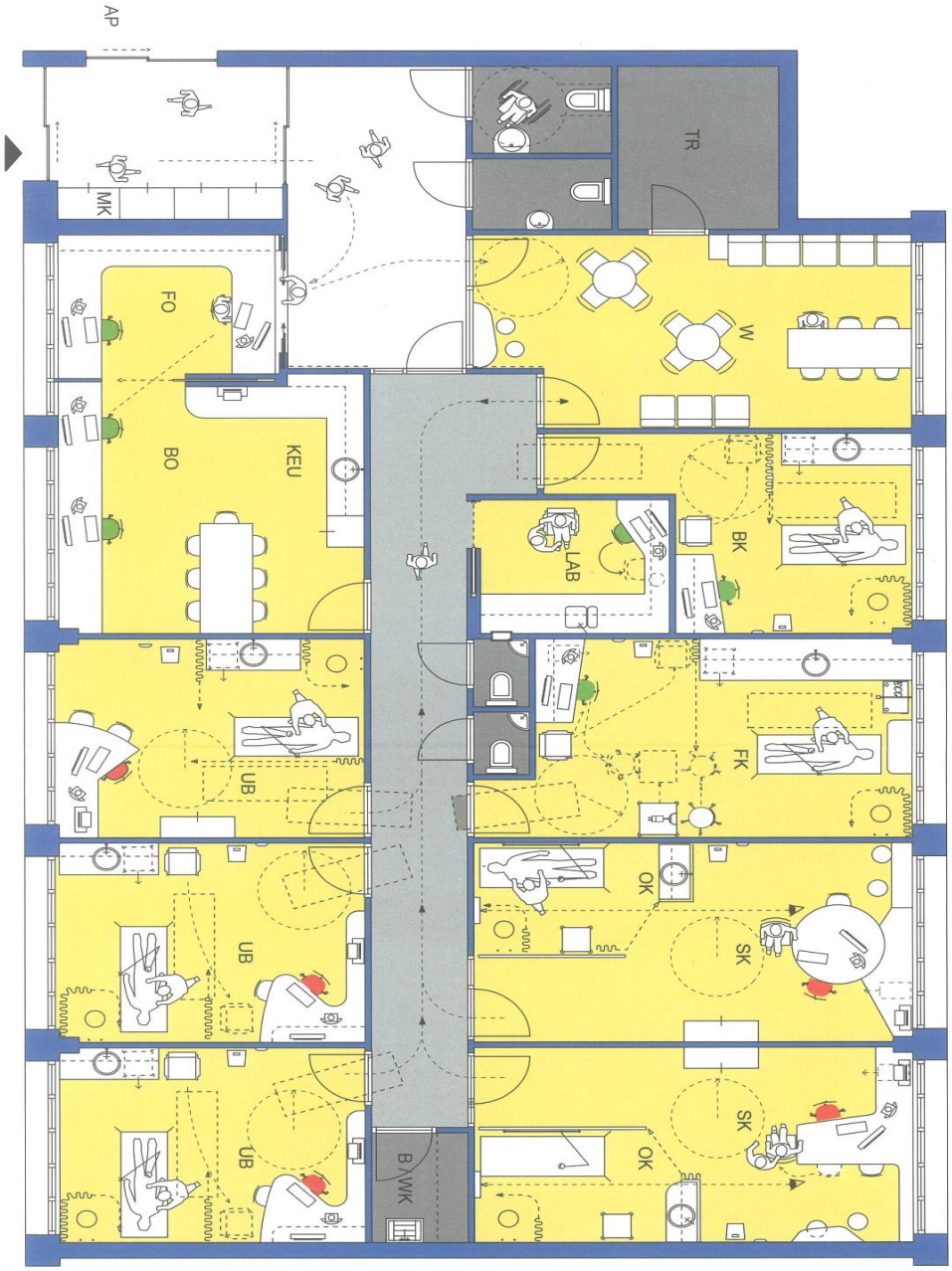
- de looplijnen van artsen naar de backoffice gaan nooit voorbij de balie of wachtzaal.[17]

- de looplijnen van artsen en patiënten kruisen zo weinig mogelijk en zijn bij voorkeur kort. Echter, beter een wat langere, rustige looplijn dan een korte maar drukke.[17-18]

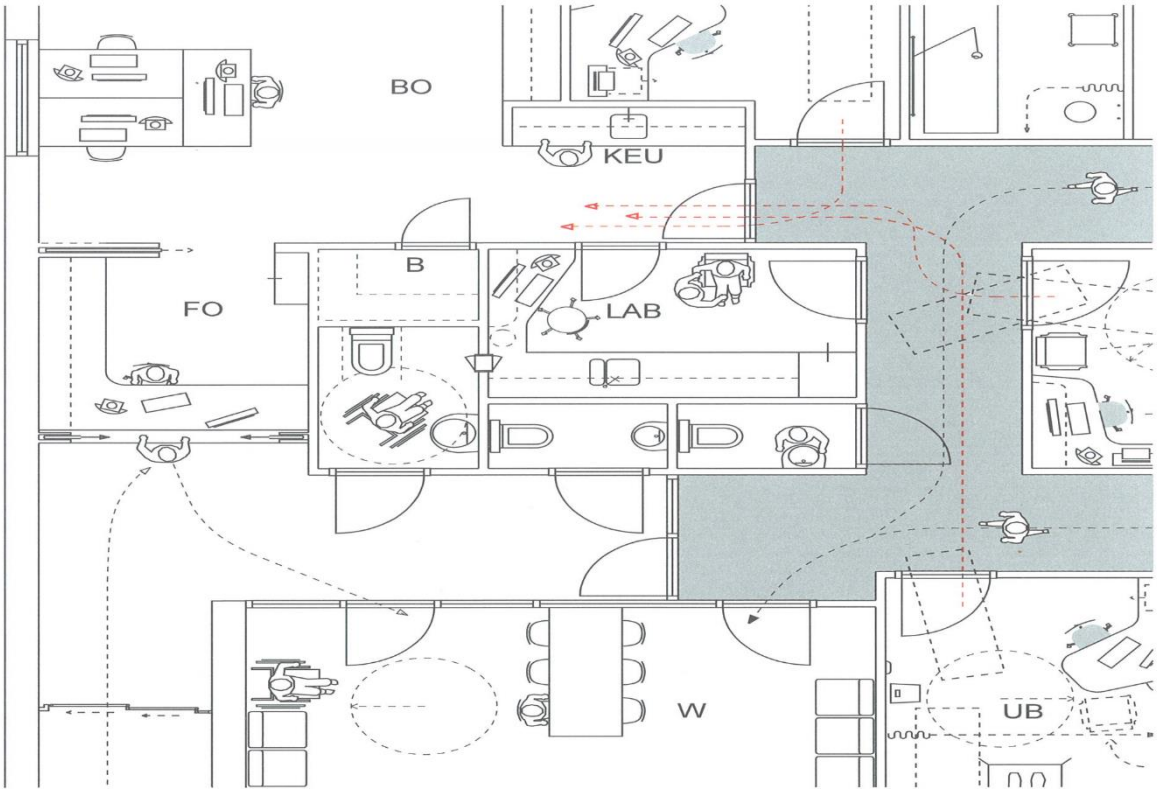
Figuren 2 en 3 schetsen een beeld van respectievelijk een correcte en een foute configuratie van looplijnen.

De zogenaamde *zichtlijnen* voor de patiënten moeten goed gekozen zijn. De patiënt moet duidelijk zien waar hij naar toe moet.[16]

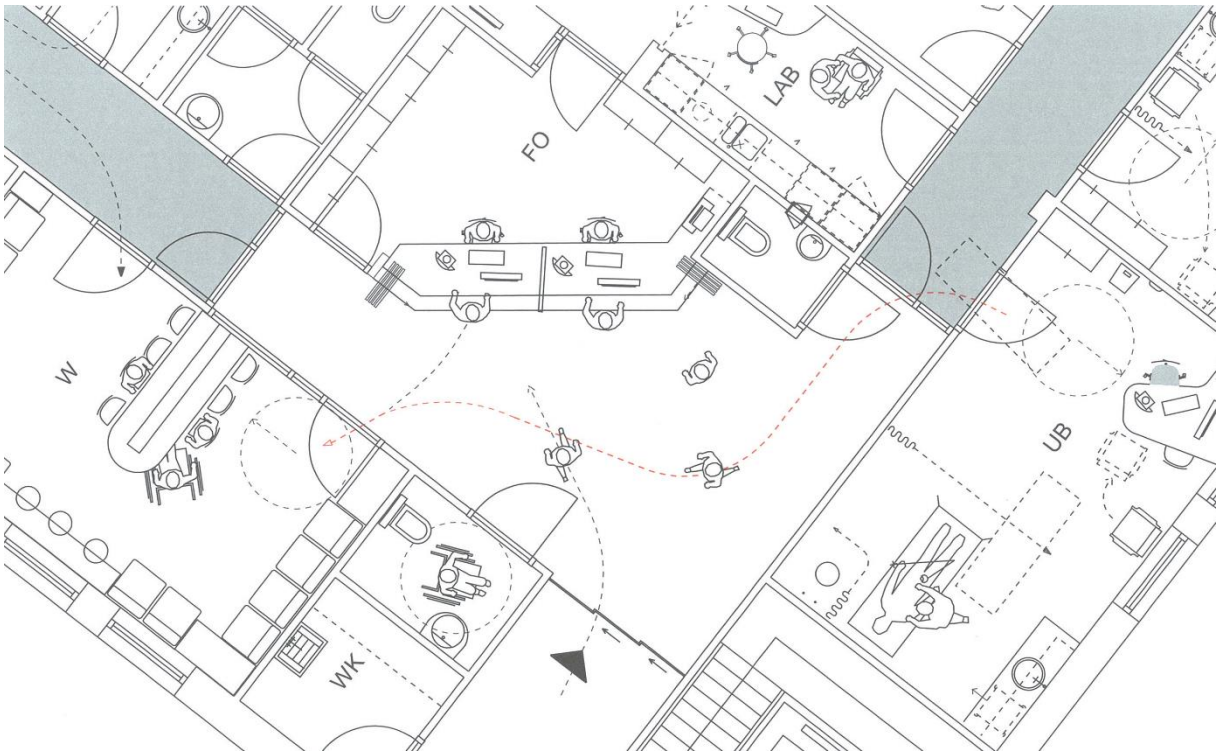
De *onrustzone* of publieke zone (entree, balie en wachtzaal) moet duidelijk gescheiden zijn van de *rustzone* of de werkerszone, zijnde het besloten verkeersgebied voor de medewerkers. (kabinetten, backoffice, vergaderzaal)[16-18] Figuur 3 illustreert dit. Artsen en paramedisch personeel kunnen mekaar en de praktijkassistentie ontmoeten in het rustgebied, voornamelijk in de backoffice.[16-18] De wachtruimte heeft ook best twee deuren.[17] Een inkomdeur, die in de publieke zone ligt, en een ophaaldeur die uitkomt in een rustige werkgang. Op deze manier hoeft de arts niet in de publieke zone komen om de patiënten op te halen. Voorts bevinden de bezoekerstoiletten zich in de publieke zone, de medewerkerstoiletten in de rustzone.[16]



Figuur 1. Bemerk de logische structuur van entree – balie (FO) – wachtzaal (W) – kabinetten.[17]



Figuur 2: De looplijnen van medewerkers en patiënten zijn gescheiden, alsook de rustige zone (donker gearceerd) en onrustzone (gebied tussen frontoffice (FO) en wachtzaal (W))[17]



Figuur 3: In bovenstaande figuur is duidelijk hoe de looplijnen niet gescheiden blijven. De arts moet op weg naar de wachtzaal (W) steeds voorbij de balie (FO) waar patiënten hem kunnen aanspreken.[17] In de literatuur wordt voorgesteld dat er twee wachtzalen nodig zijn indien er links en rechts van de balie kabinetten zijn.[17]

Er moet aandacht zijn voor de **privacy**, van zowel patiënten als werkers. Belangrijke richtlijnen hiervoor zijn:

- In de wachtzaal mogen gesprekken aan de balie niet te volgen kunnen zijn door de plaats en vormgeving van de balie en zijn situering ten opzichte van de wachtruimte.[16-18]

- Aan de balie worden geen vertrouwelijke telefoongesprekken gevoerd.[17]

- Er moet voldoende ruimte zijn aan de balie zodat men afstand kan bewaren tot degene die al aan de balie staat.[17]

- De wachtruimte is preferentieel afsluitbaar door een deur.[17]

- De backoffice is ontoegankelijk voor patiënten.[16-17]

- De plaatsing van de deuren of de aanwezigheid van een gordijn voorkomt dat de behandelbank zichtbaar is voor bezoekers van de behandelkamer.[17-18]

- Voorzieningen moeten zodanig zijn dat hinderlijke inkijk in wachtzaal en kabinetten onmogelijk is van buiten. [16]

- De geluidssfeer moet goed zitten.[16]

    - De kabinetten zijn privacygevoelig en moeten goed geïsoleerd zijn tegen geluid.

    - Inzake *geluidsbeheersing* moet er voldoende afstand zijn tussen de wachtruimte en de balie

    - Geluid moet gedempt worden om nagalmen te vermijden

Zowel voor patiënten als voor personeel moet de **sfeer** in de praktijk aangenaam zijn. Bepalend hiervoor zijn materiaal -en kleurkeuze, vormgeving, klimaatbeheersing, verlichting, keuze van meubilair en stoffering en het gebruik maken van natuurlijk invallend daglicht.[17-18]

De praktijk moet **toegankelijk** zijn voor rolstoelgebruikers, blinden of slechtzienden, kinderwagens en rollators.[17-18]

Wat *rolstoelgebruikers* betreft: Logischerwijs zijn hellingbanen te verkiezen boven trappen.[18] Deze mogen niet te steil zijn en er moet aan het begin en einde plaats zijn om te kunnen draaien.[18] Als de hellingbaan een hoogteverschil van meer dan 25 cm overbrugt, moet er een leuning zijn.[18] Opstapjes en dorpels worden best vermeden, alsook drempels die niet meer dan 2 cm hoog mogen zijn.[18] Als de praktijk meerdere verdiepingen beslaat, is een lift verplicht.[18] Overeenkomstig de gemiddelde breedte van een rolstoel, 70 cm, gelden er minimum afmetingen[18]: deurbreedte van 85 cm, afstand tussen meubels van 90 cm, gangbreedte van 150 cm .[19] Bij een versmalling over hoogstens 120 cm moet de doorgangsbreedte minstens 90 cm bedragen. Is de versmalling langer dan 120 cm, dan moet de doorgangsbreedte van minstens 120 cm gegarandeerd worden.[19] Bedieningsknopjes en -schakelaars voor de lift en verlichting moeten op 120 cm boven de grond zijn, dit is op zithoogte.[18]

Wat blinden of slechtzienden betreft: Deze zullen beter de weg naar de deur vinden indien er bewegwijzering is, het gebouw herkenbaar is, er visuele en tactiele contrasten voor de ingang zijn alsook een kleurcontrast tussen de omgeving en de toegangsdeur.[18] Ideaal is een automatische schuifdeur met een horizontale markering indien deze van glas is.[18] De bel is preferentieel verlicht en op een meter hoogte rechts langs de deur gepositioneerd.[18] Een goede verlichting en geluidssfeer zijn belangrijk voor zintuiglijk gehandicapten.[16]

De praktijk dient **duurzaam** en **kostenbewust** te zijn. De volgende energiebesparende maatregelen kunnen best genomen worden:

- energiezuinige verlichting (spaarlampen) en optimaal gebruik van natuurlijk invallend daglicht.[16]

- goede isolatie van dak, muren en vloer in combinatie met driedubbele beglazing om warmteverliezen te minimaliseren.[16]

- gebruik van vloerverwarming, warmtepomp met bodemwarmtewisselaar en zonnepanelen.[16]

- gebruik van hernieuwbare materialen.[16]

Andere aspecten van kostenbewust ontwerpen zijn:

- Er moet een gezond evenwicht zijn tussen het aantal te realiseren vierkante meters en de inkomsten.[16]

- De prijs per vierkante meter moet in evenwicht zijn met de geboden kwaliteit.[16]

Men moet er ook op letten dat het geheel gemakkelijk te **onderhouden** valt. Een aantal tips zijn:

- let op de gemakkelijke *bereikbaarheid* van hetgeen men moet schoonmaken en van de installaties.[18]

- gebruik van onderhoudsarm materiaal, bijvoorbeeld steenachtige of andere niet – krasgevoelige materialen.[18]

- Voor elk onderhoudsprodukt moet er een beschrijving zijn en wat te doen bij intoxicatie. ISD fiches moeten aanwezig zijn in elke praktijk.[20]

Een belangrijk aspect bij het ontwerpen van een multidisciplinaire groepspraktijk is de **veiligheid**, zowel voor de patiënten als voor het personeel. Belangrijke maatregelen zijn:

- Geneesmiddelen moeten op centrale plek opgeslagen worden, ontoegankelijk voor onbevoegden.[18]

- In de koelkast waar medicatie en vaccins wordt bewaard, mag geen voedsel bewaard worden.[18]

- Gebruik van veiligheidsstopcontacten, naaldcontainers en sterilisatoren van hoge kwaliteit.[18]

- Installatie van overvalknoppen aan de balie en in de kabinetten.[18]

- Knoppen aan de deur in plaats van sleutel op de deur zodat derden lokalen niet aan de binnenkant kunnen sluiten.[18]

- installatie van inbraakalarmsysteem.[18]

- Het op punt stellen van de *brandveiligheid* gebeurt in overleg met de lokale brandweer.[18]

Aandacht voor **infectiepreventie** en **hygiëne** door de volgende richtlijnen in acht te nemen:

- Rookverbod.[18]

- Elk kabinet is voorzien van handalcohol, een lavabo, zeepdispenser, papieren handdoeken, een lekvrije container voor besmettelijk materiaal en een lekvrije prikbestendige, goed afsluitbare gele container voor scherpe voorwerpen. Naaldcontainers moeten afsluitbaar, ondoordringbaar en

vervaardigd uit plastic zijn.[21] Ze moeten ook de naalden van de spuiten en naaldhouders kunnen verwijderen zonder gebruik van de handen.[21]

- In elk toilet moet beschikbaar zijn: koud en warm water, wegwerpdroogdoekjes, desinfecterende zeep en handalcohol.[18]

- Goed uitgerust, permanent werkend ventilatiesysteem.[18]

2.3.2.2. Richtlijnen per ruimte.

2.3.2.2.1. De inkomhal of entree.

De toegangsdeur is preferentieel drempelvrij en makkelijk bedienbaar, ook voor gehandicapten.[17] Er is ofwel een elektronische knop ofwel een automatische schuifdeur.[17] De doorgangsbreedte bedraagt minimum 90 cm.[22] Indien er dan toch een dorpel is, mag die niet hoger zijn dan 2 cm.[17] Voor de werkers is er een aparte inkom. Liefst niet in de nabijheid van de entree voor patiënten.[17]

2.3.2.2.2. De balie.

Doordat de balie de link is tussen de patiënten en de werkers, moet zij centraal liggen in het gebouw.[18] De patiënt moet binnenkomen en meteen zijn weg er naar vinden.[18] Er moet een logisch relatie zijn tussen de entree, wachtzaal en balie.[18] De balie bestaat uit de frontoffice en de backoffice.[17-18] De frontoffice wordt gevormd door de eigenlijke balie en de werkruimte achter de balie die gedeeltelijk zichtbaar is voor de patiënt aan de balie.[17] De balie bestaat idealiter uit een hoog en laag gedeelte waardoor het ook toegankelijk is voor rolstoelgebruikers.[17-18] De balie mag niet breder zijn dan 130 cm vermits anders de patiënten de neiging hebben om naast mekaar te gaan staan aan de balie hetgeen de privacy niet ten goede komt.[17] De balie is best afsluitbaar met verschuifbare ruiten.[17]

2.3.2.2.3. De backoffice.

Aan de frontoffice grenst de backoffice of administratieruimte zodat men vanuit de backoffice de balie in het oog kan houden.[17-18] De patiënt aan de balie mag geen zicht hebben in de backoffice dewelke auditief en visueel af te sluiten is van de frontoffice.[17-18] De backoffice is de plek waar overleg plaats vindt tussen de werkers onderling of met de praktijkassistentie.[17-18] Er is ook plaats voor de administratie en telefonie.[17-18]

2.3.2.2.4. De wachtruimte.

Zoals gezegd moet er een logische relatie bestaan tussen de entree, de balie en de wachtzaal. Deze moet bij het binnenkomen direct in het oog springen zodat men weet waar naartoe na het aanmelden aan de balie.[18] De balie heeft ook een overzicht over de wachtruimte.[18] Er mogen geen looplijnen gaan doorheen de wachtruimte.[18] Idealiter is er een entreedeur en een ophaaldeur.[17] Gemiddeld moeten er vijf stoelen per arts zijn.[18] De wachtruimte is toegankelijk voor rolstoelpatiënten, patiënten met een rollator of een kinderwagen. Vanzelfsprekend is er de mogelijkheid om deze te stallen. Voor de wachtenden zijn er voldoende afleidingsmogelijkheden: tv, voorlichtingsvideo's, radio, stand met brochures, affiches, kinderspeelhoek, waterkoeler,…[17-18]

2.3.2.2.5. Artsenkabinet

Een artsenkabinet bestaat uit een spreekruimte en een onderzoeksruimte.

- De spreekruimte.[17-18] Het voornaamste is dat zowel patiënt als arts hier op een aangename manier kunnen converseren. Er moet dus een goede geluidsisolatie zijn. De zogenaamde *haakopstelling* is de beste opstelling van het bureau. Arts en patiënt kunnen hierbij naar buiten kijken vermits het bureau dwars staat op het raam. Teneinde ouders rustig met de arts te kunnen laten praten, is een speelruimte voor kinderen handig. De spreekruimte is het best gescheiden van de onderzoeksruimte door bijvoorbeeld een deur of een kast. Ook moet er op gelet worden dat de veel gebruikte looplijn van het bureau van de arts naar de behandelbank kort en direct is zonder obstakels.

- De onderzoeksruimte.[17-18] Dit gedeelte moet toegankelijk zijn voor patiënten in een rolstoel of met een rollator of kinderwagen. Er moet een kleedruimte zijn van 1 vierkante meter die moet kunnen afgeschermd worden door een gordijn of een paravent. Er moet aan drie kanten van de onderzoeksbank kunnen gewerkt worden.

Er wordt 18 vierkante meter aangeraden voor de totale oppervlakte van het artsenkabinet.[17]

2.3.2.2.6. Het diëtistenkabinet.[23]

Een diëtistenpraktijk dient te voldoen aan de volgende criteria:

- het kabinet is schoon, hygiënisch, goed toegankelijk en qua geluid en zicht goed afgeschermd.

- de patiënten treffen in het kabinet voor hen relevante informatie aan.

- de inrichting is gebruiksvriendelijk, ook voor mensen met een beperking.

2.3.2.2.7. Het logopedistenkabinet[24]

- Aanwezigheid van diagnostisch materiaal en behandelmateriaal inzake logopedische stoornissen, alsook van opname – en afspeelapparatuur voor beeld en/of geluid.

- Met het oog op een optimale dienstverlening is er klimaatbeheersing en adequate verlichting.

2.3.2.2.8. Het psychologenkabinet.

De patiënt wordt beïnvloed door de sfeer in het kabinet. Vermits de intentie tot zelfonthulling het grootst is in de meest huiselijk ingerichte spreekkamer, is het belangrijk dat het kabinet voldoende aangekleed wordt door het toevoegen van accessoires.[25]

2.3.2.2.9. Het kinesistenkabinet

Afhankelijk van zijn werkwijze of specialisatie heeft de kinesitherapeut behoefte aan een ander kabinet. De ene heeft ruimte nodig voor toestellen te plaatsen, de andere komt toe met een enkele behandeltafel.[26]

2.3.2.2.10. Labo

Het labo wordt bij voorkeur ingericht als een polyvalente kamer, geschikt voor spirometrie, ECG, bloedafname, microscopie.[18] Ook is het een plaats waar patiënten even kunnen bekomen mocht dit nodig zijn.[18] Om hygiënische, evidente redenen wordt verkozen het labo onder te brengen in een aparte ruimte, eerder dan in een kabinet.[18] Het labo is minstens 8 vierkante meter groot en centraal gelegen in de praktijk.[18]

2.3.2.2.11. De vergaderzaal

Het is aangewezen dat de vergaderruimte grenst aan de backoffice. Op die manier kan men van de backoffice uitwijken naar de vergaderruimte indien er meerdere mensen betrokken zijn in het gesprek.[18] Zo stoort men de praktijkassistentie niet en blijft men toch in de buurt. De vergaderruimte is onontbeerlijk om teamvergaderingen te houden.[18]

2.3.2.2.12. Toiletten

Zowel voor de patiënten als voor de werkers moeten er minstens 1 dames - en 1 herentoilet aanwezig zijn.[18] Het patiëntentoilet ligt preferentieel dicht bij de wachtruimte.[18] Deuren die toegang verlenen tot sanitaire voorzieningen, kleedruimtes of pashokjes, moeten naar buiten open draaien.[27] Zo kan een onwel geworden persoon toch worden benaderd langs buiten. Een toilet voor rolstoelgebruikers moet een minimale oppervlakte hebben van 1,65 x 2,20 x 1,95 meter.[18] Ter facilitatie van de transfer van rolstoel naar toilet en omgekeerd, kan men beugels of wandsteunen plaatsen.[18]

2.3.2.2.13 HAIO – ruimte

Deze ruimte bevat een douche, wastafel, een kast en een bed. De huisarts in opleiding kan hier overnachten indien hij van wacht is.[18]

3. Veldonderzoek

3.1. Introductie

3.1.1. Onderzoeksdoel

De bedoeling van deze studie is een overzicht te geven van te nemen maatregelen, te volgen stappen en architecturale tips voor artsen die een multidisciplinaire praktijk wensen op te richten.

3.1.2. Onderzoeksvraag

Door middel van praktijkbezoeken en interviews willen we een antwoord krijgen op de vraag: In welke mate worden de richtlijnen inzake architectuur en infrastructuur in multidisciplinaire groepspraktijken de dag van vandaag nageleefd?

3.2. Methodologie

Dit project bestaat uit een kwalitatieve descriptieve studie met behulp van case studies. De Ethische Commissie van UZA verleende hiervoor haar goedkeuring op 25/01/2016.

Een case studie bestudeert een aantal 'cases' door middel van verschillende onderzoekstechnieken. Hier werd gekozen voor interviews van de betrokken artsen en een observatie van het interieur van de praktijken.

De aanpak met case studies vereist praktijkbezoeken. Tijdens een rondleiding worden alle ruimtes bestudeerd, gemeten en gefotografeerd. Gestructureerde interviews met aanwezige artsen en paramedische medewerkers worden met hun goedkeuring opgenomen en uitgeschreven. Niet aanwezige artsen en paramedische medewerkers werd een vragenlijst gemaild.

3.2.1. Studiepopulatie

Via een internet zoekmachine werden in Vlaanderen een 40-tal multidisciplinaire groepspraktijken weerhouden. Dit zijn praktijken met verschillende huisartsen actief, alsook één of meerdere paramedici. De vijf uitgekozen praktijken werden geselecteerd op basis van hun geografische ligging en hun paramedisch aanbod. Het gaat om de volgende praktijken: praktijk De Oude School te Kortessem, praktijk Ars Curae te Genk, praktijk De Dam te Maasmechelen, praktijk De Artsenpraktijk te Balen en praktijk Mosae Forum te Maastricht, net over de grens met Nederland. In tabel 1 is een overzicht van de vijf praktijken met bijhorend personeel. Per discipline is het aantal medewerkers weergegeven met hun activiteitsgraad per week.

PRAKTIJK	Huisarts	psychologe	KINE	DIËTIST	VPK	MEDISCH PEDICURE	Secret.	Logopediste
De Oude School Kortessem	3+1 haio	2, *elk 2 dagen*		1, *3 avonden*	2*, in toto drie ochtenden*		2 part time	
Ars Curae Genk	2	2*, elk 2 halve dagen*	5 full time	1*, 3 avonden*			1 full time	1, *3 avonden*
De DAM Maasmechelen	6	1, *5 uur per week*		1	1		2 part time, 1 full time	
De Artsen - praktijk Balen	4+2 haios	1, *2 dagen*		1, *een dag*	1*, 4 halve dagen*	1, *een halve dag*	1 full time, 1 part time	
Mosae Forum Maastricht	4	1, *5 halve dagen*	4 full time	1, *5 halve dagen*			2 full time	*In de nabije toekomst*

Tabel 1: Overzicht van de personeelsbezetting van de 5 geïncludeerde praktijken met activiteitsgraad per week. In Mosae Forum te Maastricht is ook nog een maatschappelijk werkster actief. Een dermatoloog en internist consulteren maandelijks aldaar.

3.2.2. Analyse

Het management van de kwalitatieve data gebeurt met een zogenaamde framework of template analyse, waarbij gebruik wordt gemaakt van een 'within' en 'cross-case' analyse.

3.2.2.1. Fase 1: Within – Case analyse

De data worden geanalyseerd aan de hand van een checklist waarbij de items werden gehaald uit de literatuurstudie. De interviews werden als volgt geanalyseerd: doorlezen van de interviews (familiarisatie), coderen (toekennen van descriptieve codes). De codes werden dan gegroepeerd onder thema's of patronen. In deze fase gebeurt er een subjectieve interpretatie van de inhoud van de data. In dit geval wordt er per praktijk op basis van praktijkbezoeken en gestructureerde interviews beoordeeld als er voldaan wordt aan de gevonden richtlijnen.

De observatie in de praktijken gebeurde aan de hand van een checklist. Hieronder worden de gegevens per praktijk weergegeven

a. De Oude School te Kortessem

Buiten	Parking? Fietsenstalling? Kruis? Paneel? Sticker?	Ja Ja Ja, een kruis
Entree	Automatische deur of elektronische knop? Aparte entree voor de werkers?	Neen Ja
BALIE - frontoffice	Centrale ligging in het gebouw? Makkelijk bereikbaar voor iedereen? Hoog en laag gedeelte? Overzicht op wachtzaal? Smaller dan 1,5m? Afsluitbaar door schuifruiten? Markering op vloer voor wachtenden? Voldoende afstand met wachtzaal? (geluid)	Ja Ja Ja (is opzij lager) Neen Neen Neen Neen Ja
BALIE - backoffice	Grenst aan frontoffice? Heeft zicht op frontoffice? Is af te sluiten van de frontoffice? Ontoegankelijk voor patiënten?	Gangetje tussen Neen Ja Ja
WACHTZAAL	Meteen in het oog springend? Dezelfde voor alle disciplines? 2 deuren?(entree en ophaaldeur) Voldoende stoelen (5 per dokter) Afleiding met boekjes/TV? Voorlichtingsvideo? Toilet in de buurt? Dichtbij alle disciplines? Plaats voor rolstoel/kinderwagen?	Ja Nee, apart voor psycholoog/diëtist Neen Ja Ja Neen Ja Apart voor psycholoog/diëtist ja

Kabinetten artsen	Universeel ingericht? Scheiding tussen onderzoek/spreekkamer? Haakopstelling? Minstens 18m²? HAIO eigen kabinet? Direct zicht op bank verhinderd bij openen van deur?	Neen Neen Ja Ja Ja Neen
Kabinet psycholoog	Eigen kabinet? Speciale inrichting? Familialer?	Neen, samen met diëtiste neen
Kabinet diëtiste	Eigen kabinet Speciale inrichting?	Neen, samen met psycholoog neen
Kabinet verpleegster	Ook gebruikt voor opvang patiënten in afwachting tot arts komt? Zichtbaar vanuit frontoffice?	Ja Ja
Labo	Centraal gelegen? Minstens 8m²?	Niet aanwezig
Vergaderzaal	Grenzend aan backoffice?	Neen, op eerste verdieping
Toiletten	Minstens 1 voor heren en dames, zowel voor patiënten en personeel? Rolstoeltoegankelijk?	Ja Te kleine maten ondanks aanwezig pictogram rolstoelpatiënten
Keuken	Aanwezig?	Ja, boven in de artsenlounge, ook in de backoffice (beperkt)

b. Ars Curae te Genk

Buiten	Parking? Fietsenstalling? Kruis? Paneel? Sticker?	Lang de straat Neen Ja, een sticker
Entree	Automatische deur of elektronische knop? Aparte entree voor de werkers?	Neen Neen
BALIE - frontoffice	Centrale ligging in het gebouw? Makkelijk bereikbaar voor iedereen? Hoog en laag gedeelte? Overzicht op wachtzaal? Smaller dan 1,5m? Afsluitbaar door schuifruiten? Markering op vloer voor wachtenden? Voldoende afstand met wachtzaal? (geluid)	Ja Neen, patiënten komen er nadat ze door arts gehaald worden, tenzij ze op de deur kloppen Neen Neen Neen Neen Neen Ja
BALIE - backoffice	Grenst aan frontoffice? Heeft zicht op frontoffice? Is af te sluiten van de frontoffice?	Ja Ja Ja

	Ontoegankelijk voor patiënten?	Ja
WACHTZAAL	Meteen in het oog springend? Dezelfde voor alle disciplines? 2 deuren?(entree en ophaaldeur) Voldoende stoelen (5 per dokter) Afleiding met boekjes/TV? Voorlichtingsvideo? Toilet in de buurt? Dichtbij alle disciplines? Plaats voor rolstoel/kinderwagen?	Ja, je komt er langs Nee, apart voor elke discipline Neen Ja Ja Ja Ja Ja, aparte wachtzaal per discipline Ja, mits verschuiven tafeltje
Kabinetten artsen	Universeel ingericht? Scheiding tussen onderzoek/spreekkamer? Haakopstelling? Minstens 18m²? HAIO eigen kabinet? Direct zicht op bank verhinderd bij openen van deur?	Ja Ja neen Ja Geen haio Ja
Kabinet psycholoog	Eigen kabinet? Speciale inrichting? Familialer?	Ja Ja, huiselijke sfeer
Kabinet diëtist	Eigen kabinet? Speciale inrichting?	Ja Ja, huiselijke sfeer
Kabinet kinesist	Speciale inrichting of materiaal?	Vier volledige ingerichte kamers plus revalidatie
Polyvalent opvangkabinet	Ook gebruikt voor opvang patiënten in afwachting tot arts komt? Zichtbaar vanuit frontoffice?	Ja ja
Labo	Centraal gelegen? Minstens 8m²?	Geen labo aanwezig
Vergaderzaal	Grenst aan backoffice?	Vergaderzaal is hier de backoffice
Toiletten	Minstens 1 voor heren en 1 voor dames, zowel voor patiënten en personeel? Rolstoeltoegankelijk?	Nog nagaan tegoei
Keuken	Aanwezig?	Ja, in de backoffice

c. De Dam in Maasmechelen

Buiten	Parking? Fietsenstalling? Kruis? Paneel? Sticker?	Ja Ja Ja, een verlichtbaar bord en affiche tegen voorgevel
Entree	Automatische deur of elektronische knop? Aparte entree voor de werkers?	Neen Ja, achterkant gebouw
BALIE - frontoffice	Centrale ligging in het gebouw? Makkelijk bereikbaar voor iedereen?	Centraal voor de artsen, niet voor paramedici. Neen, patiënten moeten eerst drie kabinetten

	Hoog en laag gedeelte? Overzicht op wachtzaal? Smaller dan 1,5m? Afsluitbaar door schuifruiten? Markering op vloer voor wachtenden? Voldoende afstand met wachtzaal? (geluid)	voorbij vooraleer frontoffice zichtbaar is Neen ja Neen Neen Neen Ja
BALIE - backoffice	Grenst aan frontoffice? Heeft zicht op frontoffice? Is af te sluiten van de frontoffice? Ontoegankelijk voor patiënten?	Ja Ja Ja Ja
WACHTZAAL	Meteen in het oog springend? Dezelfde voor alle disciplines? 2 deuren?(entree en ophaaldeur) Voldoende stoelen (5 per dokter) Afleiding met boekjes/TV? Voorlichtingsvideo? Toilet in de buurt? Dichtbij alle disciplines? Plaats voor rolstoel/kinderwagen?	Neen, eerst voorbij drie kabinetten Ja neen Neen, 15 voor 6 artsen Boekjes alleen neen Ja Neen, paramedici zitten in achtergelegen gebouw, grote afstand Ja
Kabinetten artsen	Universeel ingericht? Scheiding tussen onderzoek/spreekkamer? Haakopstelling? Minstens 18m²? HAIO eigen kabinet? Direct zicht op bank verhinderd bij openen van deur?	Ja Ja ja Ja Geen haio momenteel, indien er een is eigen kabinet neen
Kabinet psycholoog	Eigen kabinet? Speciale inrichting? Familialer?	Neen, gedeeld met diëtiste Ja, huiselijke sfeer
Kabinet diëtist	Eigen kabinet? Speciale inrichting?	Neen, gedeeld met psychologe Ja, huiselijke sfeer
Kabinet verpleegster	Ook gebruikt voor opvang patiënten in afwachting tot arts komt? Zichtbaar vanuit frontoffice?	Ja Neen
Labo	Centraal gelegen? Minstens 8m²?	Neen, achterste gebouw Neen
Vergaderzaal	Grenst aan backoffice?	Vergaderzaal is hier de backoffice
Toiletten	Minstens 1 voor heren en 1 voor dames, zowel voor patiënten en personeel? Rolstoeltoegankelijk?	Ja Ja
Keuken	Aanwezig?	Ja, in de backoffice

d. De Artsenpraktijk te Balen

Buiten	Parking? Fietsenstalling? Kruis? Paneel? Sticker?	Op plein voor de praktijk Ja Een bord en sticker
Entree	Automatische deur of elektronische knop? Aparte entree voor de werkers?	Neen Neen
BALIE - frontoffice	Centrale ligging in het gebouw? Makkelijk bereikbaar voor iedereen? Hoog en laag gedeelte? Overzicht op wachtzaal? Smaller dan 1,5m? Afsluitbaar door schuifruiten? Markering op vloer voor wachtenden? Voldoende afstand met wachtzaal? (geluid)	Neen, vlak aan de inkom Neen, tenzij men langs de wachtzaal passeert, moet men ver stappen om frontoffice te bereiken Neen Neen Ja Ja Neen Ja
BALIE - backoffice	Grenst aan frontoffice? Heeft zicht op frontoffice? Is af te sluiten van de frontoffice? Ontoegankelijk voor patiënten?	Geen backoffice
WACHTZAAL	Meteen in het oog springend? Dezelfde voor alle disciplines? 2 deuren?(entree en ophaaldeur) Voldoende stoelen (5 per dokter) Afleiding met boekjes/TV? Voorlichtingsvideo? Toilet in de buurt? Dichtbij alle disciplines? Plaats voor rolstoel/kinderwagen?	Ja Ja Ja Ja Ja Neen Ja Ja Ja
Kabinetten artsen	Universeel ingericht? Scheiding tussen onderzoek/spreekkamer? Haakopstelling? Minstens 18m²? HAIO eigen kabinet? Direct zicht op bank verhinderd bij openen van deur?	Ja Ja (in 3 van 6 kabinetten) neen Ja Ja Ja, behalve in 1 kabinet
Kabinet psycholoog	Eigen kabinet? Speciale inrichting? Familialer?	Neen, gedeeld met diëtiste Neen
Kabinet diëtist	Eigen kabinet? Speciale inrichting?	Neen, gedeeld met psychologe Neen
Kabinet verpleegster	Ook gebruikt voor opvang patiënten in afwachting tot arts komt? Zichtbaar vanuit frontoffice? Eigen kabinet?	Ja Neen Neen, gedeeld met pedicure
Labo	Centraal gelegen? Minstens 8m²?	Geen labo aanwezig
Vergaderzaal	Grenst aan backoffice?	Neen

Toiletten	Minstens 1 voor heren en 1 voor dames, zowel voor patiënten en personeel? Rolstoeltoegankelijk?	Nog nagaan tegoei
Keuken	Aanwezig?	Ja, in de backoffice en een kleintje op de gang

e. Mosae Forum in Maastricht

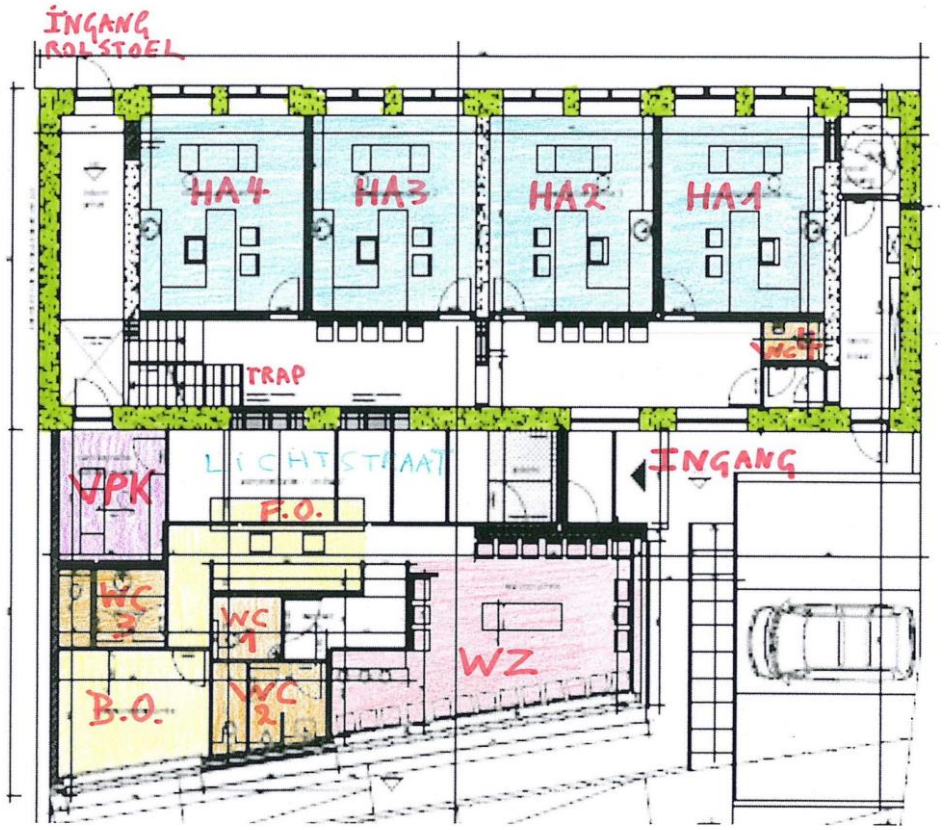
Buiten	Parking? Fietsenstalling? Kruis? Paneel? Sticker?	Ja Ja Belettering en stickering op voordeur
Entree	Automatische deur of elektronische knop? Aparte entree voor de werkers?	Ja Ja, achterkant gebouw
BALIE - frontoffice	Centrale ligging in het gebouw? Makkelijk bereikbaar voor iedereen? Hoog en laag gedeelte? Overzicht op wachtzaal? Smaller dan 1,5m? Afsluitbaar door schuifruiten? Markering op vloer voor wachtenden? Voldoende afstand met wachtzaal? (geluid)	Ja Ja neen ja Neen ja neen ja
BALIE - backoffice	Grenst aan frontoffice? Heeft zicht op frontoffice? Is af te sluiten van de frontoffice? Ontoegankelijk voor patiënten?	Ja Ja ja Ja
WACHTZAAL	Meteen in het oog springend? Dezelfde voor alle disciplines? 2 deuren?(entree en ophaaldeur) Voldoende stoelen (5 per dokter) Afleiding met boekjes/TV? Voorlichtingsvideo? Toilet in de buurt? Dichtbij alle disciplines? Plaats voor rolstoel/kinderwagen?	Ja Ja Zelfs drie deuren Ja Ja Ja Ja ja Ja
Kabinetten artsen	Universeel ingericht? Scheiding tussen onderzoek/spreekkamer? Haakopstelling? Minstens 18m²? HAIO eigen kabinet? Direct zicht op bank verhinderd bij openen van deur?	Ja Ja ja Ja Ja, met opname appartuur ja
Kabinet psycholoog	Eigen kabinet? Speciale inrichting? Familialer?	Neen, gedeeld met maatschappelijk werker Ja, huiselijke sfeer
Kabinet diëtist	Eigen kabinet? Speciale inrichting?	Neen, gedeeld met logopediste Ja, huiselijke sfeer
Polyvalente opvang kabinetten	Ook gebruikt voor opvang patiënten in afwachting tot arts komt? Zichtbaar vanuit frontoffice?	Ja, er zijn er drie Ja

Labo	Centraal gelegen? Minstens 8m²?	Geen labo
Vergaderzaal	Grenst aan backoffice?	Ja
Toiletten	Minstens 1 voor heren en 1 voor dames, zowel voor patiënten en personeel? Rolstoeltoegankelijk?	Ja Ja
Keuken	Aanwezig?	Ja, in de vergaderzaal

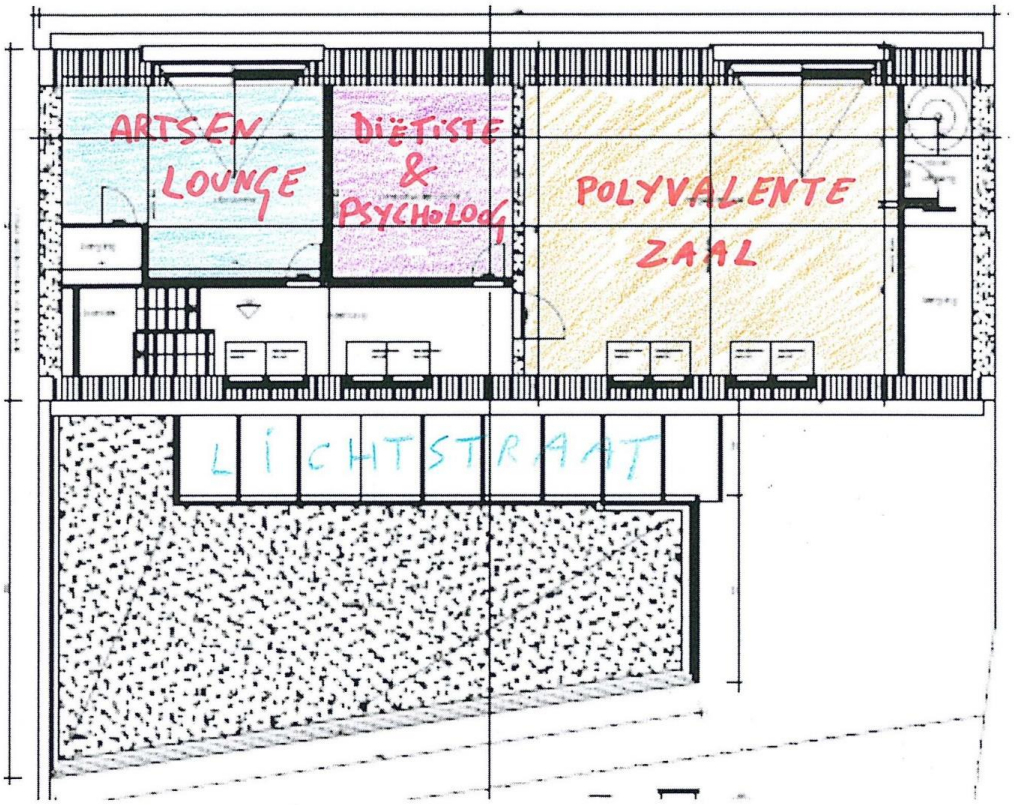
Hieronder volgt – met de richtlijnen indachtig - een geïllustreerd overzicht van de bezochte praktijken.

a. Praktijk "De Oude School" te Kortessem

Dit gebouw, daterend uit begin vorige eeuw onderging in 2011 een totale make - over van een oud schooltje (cfr afbeelding 1, links) tot een moderne multidisciplinaire groepspraktijk. Voorheen werkten de drie aanwezige artsen apart alvorens hun krachten te bundelen. In een latere fase vervoegden een haio, twee psychologen en twee verpleegkundigen alsook een diëtist, waarmee men reeds samenwerkte, de praktijk. Op figuur 4 is de plattegrond van het gelijkvloers afgebeeld, op figuur 5 de eerste verdieping. Het oorspronkelijke gebouw, de oude school, bestaat uit de vier artsenkabinetten (HA 1-4), de artsenlounge, het psychologen/diëtistenkabinet en de polyvalente zaal. De lichtstraat scheidt in feite de oude bouw van de nieuwe, bestaand uit het secretariaat met frontoffice (FO) en back office (BO), de wachtzaal (WZ), het verpleegkabinet (VPK) en de toiletten voor patiënten (WC1-2) en personeel (WC3). Op figuur 4 zijn de buitenmuren van het oude schooltje gemarkeerd in het groen.



Figuur 4: Plattegrond gelijkvloers De Oude School



Figuur 5: Plattegrond eerste verdieping De Oude School

Functionaliteit en herkenbaarheid

Een voorwaarde om van de oude school een praktijk te maken, was dat er niet geraakt mocht worden aan de buitenkant, mits het een beschermde status genoot. Vanop de weg bekeken heeft het dus weinig weg van een dokterspraktijk (afbeelding 1, rechts), behalve dan het verlichte kruis aan de voorkant. De namen van de artsen of paramedici hangen niet op. Voor de praktijk bevindt zich een ruime parkeermogelijkheid en een fietsenstalling. (afbeelding 1, rechts) Aan de zijgevel is ook een AED toestel bevestigd.



Afbeelding 1: De oude school, vroeger en nu.

Zodra men binnenkomt valt meteen de lichtstraat op, die feitelijk de verbinding vormt tussen de oude school en het nieuwe aangebouwde deel. (cfr afbeelding 2) Aan het begin van de lichtstraat, in de inkomhal, hangt een groot plakkaat met alle medewerkers, inclusief het huislogo.



Afbeelding 2: De lichtstraat met zicht op de balie. Tussen de inkomhal en de balie bevindt zich de ingang van de wachtzaal aan de rechterkant op de afbeelding.

Dankzij de **lichtstraat** wordt het natuurlijk daglicht optimaal benut. Het oogt bijzonder luchtig en fris, tezamen met de lichte kleuren. Als men binnenkomt, wordt men automatisch geleid naar de **balie**. (cfr afbeelding 2) De balie is centraal gelegen tussen de wachtzaal en de kabinetten, maar heeft geen direct zicht op de wachtzaal. Ook is ze breder dan 1,5m en heeft ze geen hoog en laag gedeelte. Er is geen rode streep op de vloer die de afstand aangeeft die men moet behouden. De centrale kleur van de praktijk wordt hier gereflecteerd, zijnde dominant wit met bordeaux accenten. De **backoffice** is gelegen net achter de frontoffice, enkel toegankelijk voor medewerkers en voorzien van een raam. Hier wordt ook alle medicatie bewaard. Op figuur 4 is te zien hoe de frontoffice in verbinding staat met de backoffice, er vlak langs liggen de toiletten voor het secretariaat. Aan de andere kant van de frontoffice, tussen de wachtzaal en frontoffice in, zijn de toiletten voor de patiënten.

De **wachtzaal** (Cfr afbeelding 3) telt 20 plaatsen en een apart zit -en speelhoekje voor kinderen. Er is een tv en een voorlichtingsscherm aanwezig, alsook boekjes en een standje met brochures. De wachtzaal is niet afgesloten met een deur en bevat slechts één ingang. Er is natuurlijk invallend licht maar men kan niet naar buiten kijken. Langs de buitenkant is er geen inkijk mogelijk. Er is een waterkoeler aanwezig en een toestel waar men zijn bloeddruk mee kan laten meten. Zeer recent kunnen de patiënten van de diëtiste en psychologen op het eerste verdiep op aparte stoeltjes wachten.



Afbeelding 3: De wachtzaal.

De secretaresses aan de frontoffice hebben een overzicht op de vier **artsenkabinetten** en zijn op die manier als het ware de gatekeepers van de artsen. De uniforme dokterskabinetten, drie voor de vaste huisartsen en één voor de haio, liggen naast mekaar op de gang. (Cfr afbeelding 4) Op het einde van de gang bevindt zich nog een toilet, zowel voor de artsen als voor de patiënten die een urinestaal moeten produceren. De kabinetten zijn elk naar eigen smaak ingericht en zijn niet onderling inwisselbaar, er heerst geen clean desk regime. Ze zijn alle vier exact even groot. Geen enkel kabinet heeft een scheiding tussen de onderzoeksruimte en de spreekkamer, ook is er geen omkleedruimte. Elk kabinet heeft een haakopstelling.



Afbeelding 4: Gang met de 4 kabinetten.

Deze kabinetten, de **rustige zone**, is mooi afgeschermd van de onrustige zone, zijnde de entree, balie en wachtzaal. Hetzelfde geldt voor de **looplijnen** van enerzijds de artsen en anderzijds de patiënten. Als de artsen zich begeven naar de balie of backoffice moeten ze niet voorbij de wachtzaal.

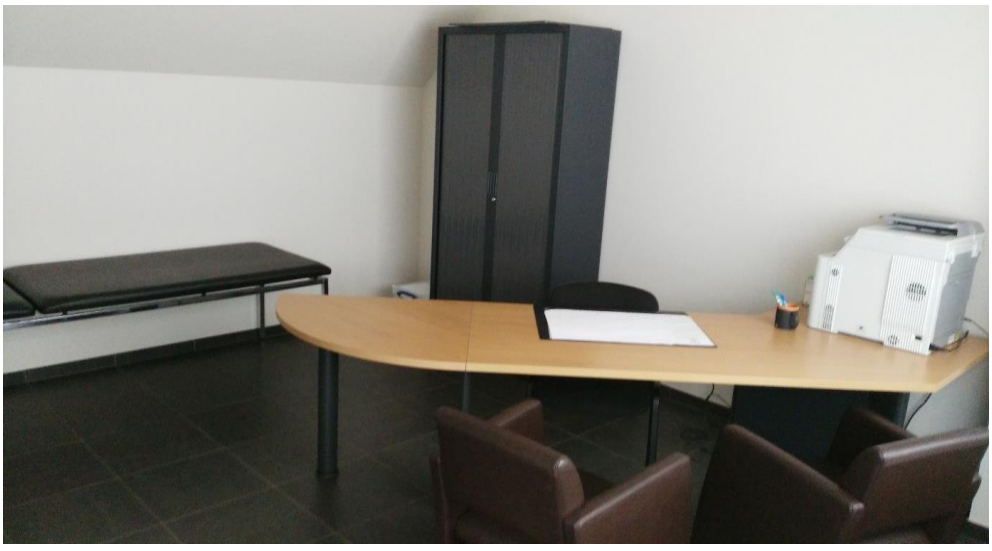
Op het gelijkvloers, duidelijk in het zicht van de frontoffice (Cfr afbeelding 5), ligt het polyvalente opvangkabinet of verpleegkabinet. Hier verrichten de verpleegkundigen bloednames, spirometrie, biometrie en 24 uurs bloeddrukmeting. Patiënten die onverwachts binnenkomen en medische attentie nodig hebben, kunnen hier geplaatst worden in afwachting tot de dokter komt, onder het oog van de frontoffice, bv bij een hechting.



Afbeelding 5: Rechts op de foto is de deuropening van het verpleegkabinet, in het zicht van de balie.

Langs deze polyvalente kamer, bevindt zich een trap naar het eerste verdiep, waar zich een ontspanningsruimte en een grote, polyvalente zaal bevindt. Ook is er een ruimte in gebruik door zowel de psychologen als de diëtiste.

Het kabinet voor de **diëtiste en psychologe** is vrij rudimentair ingericht (Cfr afbeelding 6). Het oogt klinisch en ongezellig. Er zijn drie wachtstoelen voorzien op de gang.



Afbeelding 6: Kabinet voor diëtiste en psychologen.

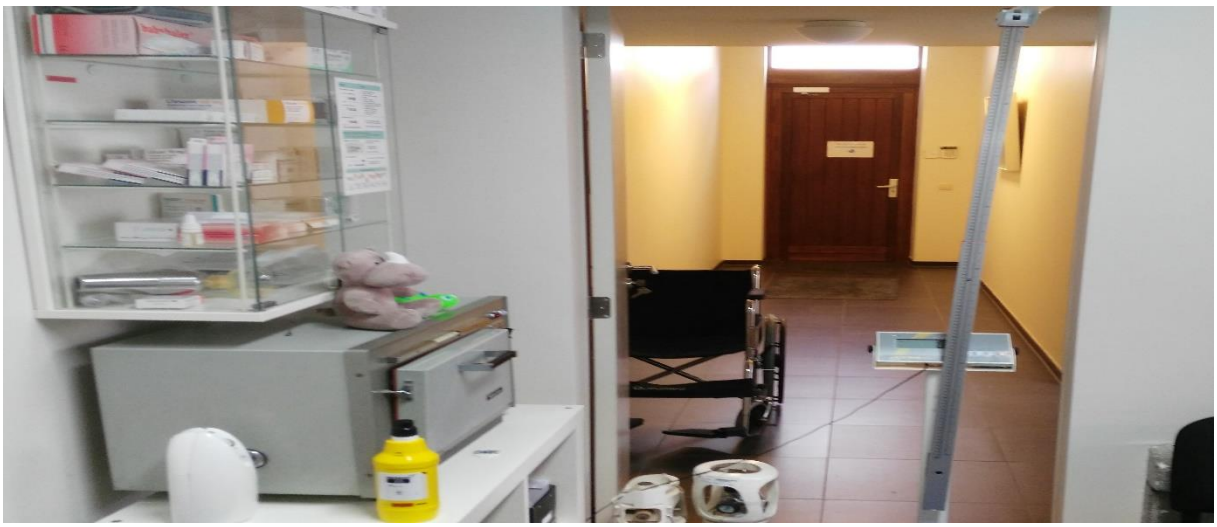
Naast het kabinet voor de diëtiste en psychologe ligt de zogenaamde **dokterslounge**. Deze is enkel voor de artsen toegankelijk. Het dient om te verpozen tussen de consultaties door of om te verblijven wanneer men van wacht is.

Op het einde van de gang bevindt zich de grote polyvalente zaal. Deze wordt gebruikt voor het multidisciplinair teamoverleg, maar ook de lokale huisartsenkring houdt daar haar kringvergaderingen. Er is een beamer met projectiescherm alsook koelkasten voor drank en versnaperingen.

Toegankelijkheid

De praktijk is slechts toegankelijk voor rolstoelgebruikers aan de straatkant. Deze ingang wordt ook gebruikt om patiënten van de praktijk naar een ambulance te brengen die hier een voorbehouden parkeerplaats heeft. De ingang voor ambulante patiënten is aan de achterkant. Rolstoelpatiënten hebben dus een aparte ingang maar kunnen de praktijk slechts binnen via het verpleegkabinet waar de gang op uitkomt. (Cfr afbeelding 7) De deuren en doorgangen zijn voldoende breed. Er zijn geen drempels. Er is een toilet voor rolstoelpatiënten niettegenstaande de afmetingen te klein zijn volgens de richtlijnen. De paramedische beroepen bevinden zich op het eerste verdiep. Deze zijn niet toegankelijk voor rolstoelpatiënten aangezien er geen lift is. Navraag leert dat als rolstoelpatiënten een paramedisch consult wensen, dit doorgaat in een dokterskabinet wanneer dit vacant is.

Wat toegankelijkheid voor slechtzienden of blinden betreft, er zijn geen automatische schuifdeuren of een verlichte deurbel. De deuropening contrasteert ook niet met de omgeving.



Afbeelding 7: De voordeur is de ingang van de praktijk voor rolstoelpatiënten. Ze geraken slecht tot bij de artsen via een passage door het verpleegkabinet.

b. Praktijk " Ars curae " te Genk

De praktijk werd in 2007 nieuw gebouwd en bestond initieel uit één huisarts en één kinesitherapeute, namelijk dr Candreva en diens echtgenote. De voorgaande 15 jaren waren beiden actief op twee verschillende locaties, doch omwille van familiale en praktische overwegingen werd geopteerd voor een gemeenschappelijke locatie.

Twee jaar later werd de praktijk geleidelijk uitgebreid met een andere huisarts, vier kinesitherapeuten, twee psychologen, een logopediste en een diëtiste.

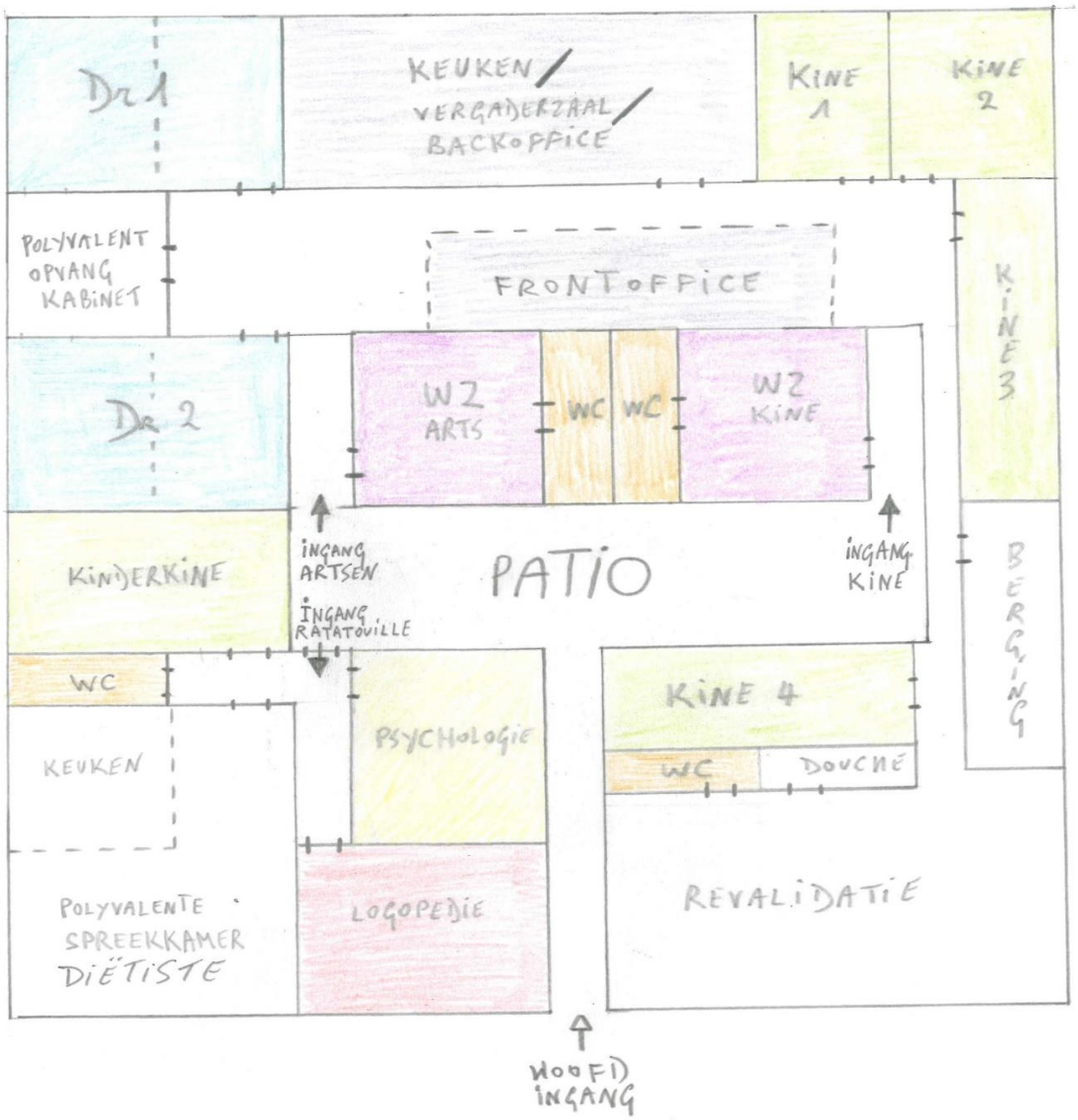
Figuur 6 is een plattegrond van de praktijk en omvat: 2 huisartsenkabinetten (Dr1 en Dr2), wachtzaal voor de artsen (WZ artsen), wachtzaal voor de kinesisten (WZ kine), vier kinesitherapiebehandelruimten (kine 1-4), een grote revalidatieruimte (revalidatie), secretariaat met frontoffice (FO), de keuken die ook dienst doet als vergaderzaal en backoffice, toiletten (WC)

en het polyvalent opvangkabinet. Het gebouw, 'Ratatouille', genaamd bestaat uit de polyvalente spreekkamer, kabinet voor psychologe en logopediste en een kabinet voor kinderkinesitherapie.

Functionaliteit en herkenbaarheid

Ondanks de afwezigheid van een lichtgevend kruis of dergelijke is de praktijk vanop straat goed herkenbaar. (Cfr afbeelding 8) Het logo van de praktijk is namelijk groot afgebeeld, alsook de naamplaatjes van alle artsen en paramedici. De naambordjes vermelden ook het beroep en eventuele specialisaties.

Er is geen eigen parking, de patiënten gebruiken de vele parkeerplaatsen aan beide kanten van de weg. Fietsen worden op het trottoir geplaatst. Er is geen fietsenstalling.



Figuur 6: Plattegrond Ars Curae



Afbeelding 8: Ars Curae vanop straat.

Aan de ingang hangt een bord, de zogenaamde *ad valvas*, met nog eens de namen en functie van alle medewerkers, telefoonnummers incluis. Opvallend zijn de verschillende telefoonnummers voor respectievelijk artsen, kinesitherapeuten en logopedisten / diëtisten / psychologen.

Bij het binnengaan komt men uit op een **patio** (Cfr afbeelding 9) waar men via bordjes gedirigeerd wordt naar ofwel de wachtzaal voor de artsen ofwel deze voor de kinesitherapeuten. Een derde mogelijkheid is het gebouw, genaamd Ratatouille, binnen te gaan. De toegangsdeur is eveneens via de patio te bereiken.


Afbeelding 9: De centrale patio.

Vanuit de wachtzalen, gescheiden van mekaar door de toiletten, wordt men geroepen door respectievelijk de huisartsen of de kinesitherapeuten. Pas dan komt de patiënt voorbij het **secretariaat**. (Cfr afbeelding 10)



Afbeelding 10: De frontoffice met op de voorgrond rechts de deur naar de backoffice. Op de achtergrond in het midden is de deur van het verpleegkabinet.

Na het artsen -of kinesitherapeutenbezoek kan de patiënt aan de balie eventueel nog het nodige regelen, zoals een vervolgafspraak. Niettegenstaande de patiënt het secretariaat maar passeert nadat hij door de arts of kinesitherapeut geroepen is, speelt het secretariaat toch een centrale rol. Immers, iedereen die binnenkomt of vertrekt komt er langs. Bovendien heeft het secretariaat een direct zicht op het multifunctionele **verpleegkabinet**. (Cfr afbeelding 10) Hier bevindt zich het labo, maar worden ook spirometrietesten en ekg's afgenomen en gipsen gelegd. Patiënten die onverwachts binnen worden gebracht, worden hier ook naar toe gebracht en door het secretariaat in de gaten gehouden in afwachting tot de arts komt. Via een deuropening kan men van de frontoffice meteen naar de backoffice gaan. Deze fungeert als vergaderzaal, verpoosruimte en keuken.

Beide **wachtzalen**, zowel van de artsen (Cfr afbeelding 11) als van de kinesitherapeuten, zijn even groot en van mekaar gescheiden door elk hun toilet. Er zijn tien zitplaatsen wat overeenkomt met vijf plaatsten per arts. Met de glazen wand is er veel binnenvallend licht en een uitzicht op de patio. De patiënten die hier met de rug naar toe zitten, hebben afleiding met de tv, waarop voorlichtingsfilmpjes worden afgespeeld.

De **kabinetten** van beide artsen zijn gelijkaardig ingericht. Er is een spreekruimte afgescheiden door een kast van de onderzoeksruimte. Er is geen haakopstelling.



Afbeelding 11: De wachtzaal van de artsen.

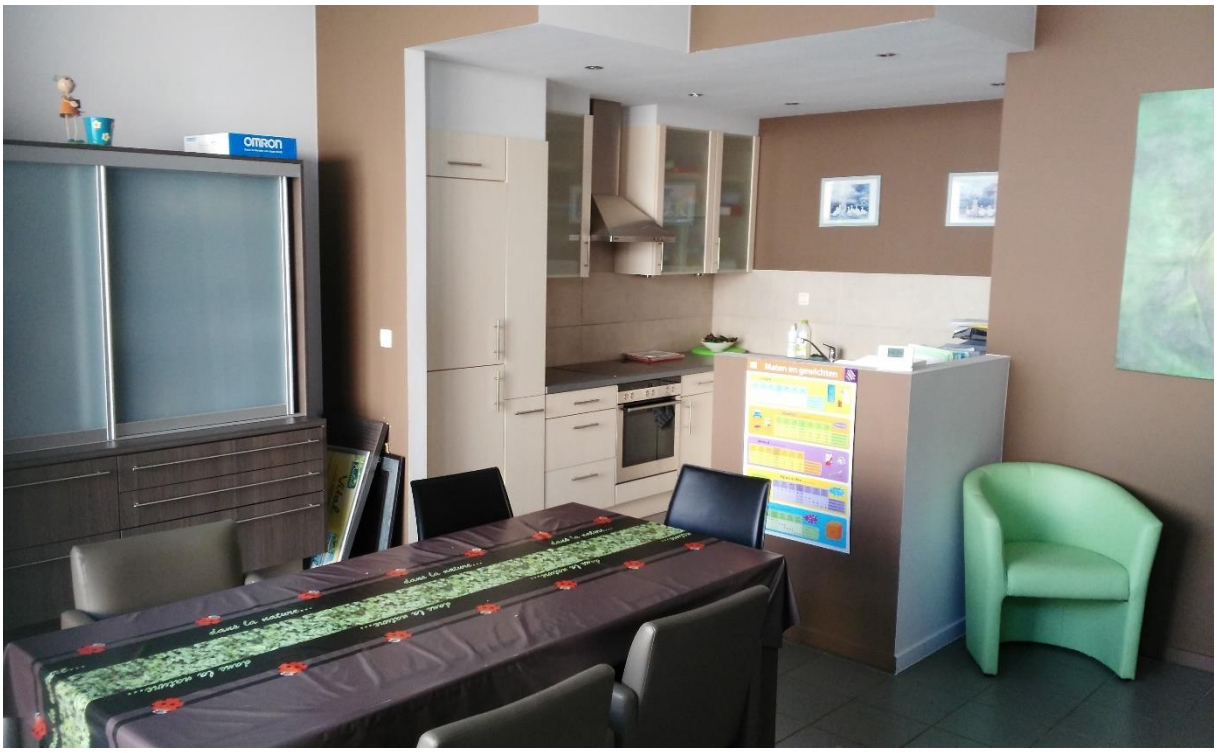
De **looplijnen** van de artsen en patiënten kruisen mekaar enkel aan het secretariaat, doch vermits zich hier enkel patiënten bevinden die net bij de arts geweest zijn, is het loopverkeer hier erg beperkt. Hetzelfde geldt voor de patiënten van de kinesisten, echter aan de andere kant van het secretariaat. Op geen enkel moment kruisen de looplijnen van de patiënten van artsen en kinesitherapeuten mekaar. Er zijn voor hen ook twee verschillende uitgangen voorzien. Patiënten van de artsen verlaten de praktijk via de ingang waarlangs ze kwamen en zo via de patio naar buiten. Patiënten van de kinesitherapeuten verlaten de praktijk via een deur in de revalidatieruimte die uitgeeft op straat en tevens ook de ingang voor rolstoelpatiënten is.

De vier **kinesitherapielokalen** (Cfr afbeelding 12) hebben allemaal een verschillende naam en zijn genoemd naar een dominante kleur in het lokaal of naar het thema van een ophangend schilderij. De namen hangen op aan de lokalen net zoals bij de artsen het geval is.

Opvallend is de plaats die men voorbehouden heeft voor de oefenruimte. Hier bevinden zich vele revalidatietoestellen. Er zijn ook twee deuren naar een toilet en een douche. Er hangt ook een grote tv.


Afbeelding 12: Eén van de 4 kinesitherapielokalen.

In het gebouw Ratatouille, genaamd naar de *mengelmoes* van disciplines aldaar, is er een ruimte speciaal voor kinderkinesitherapie. De consultaties van de logopediste, diëtiste en psychologe spelen zich vooral af in de polyvalente consultatieruimte (Cfr afbeelding 13), met inbegrip van een keuken. Hier leert men kinderen met eetstoornissen omgaan met eten en hoe het klaar te maken.



Afbeelding 13: Polyvalente consultatieruimte met keukentje.

Toegankelijkheid

Rolstoelgebruikers moeten via een aparte deur aan de voorkant het pand betreden, mits de gewone ingang voor de ambulante patiënten hiervoor te smal is. Deze ingang voor rolstoelgebruikers is tevens ook de uitgang voor de kinesitherapie patiënten.

c. Praktijk "De Dam" te Maasmechelen

De Dam is een vrij recente multidisciplinaire groepspraktijk die ongeveer 2,5 jaar geleden opgericht is. Ze bestaat uit zes huisartsen, een verpleegkundige, een diëtiste, een psychologe en drie secretaresses. De " Dam " is kort voor " Dokters Aan de Maas ".

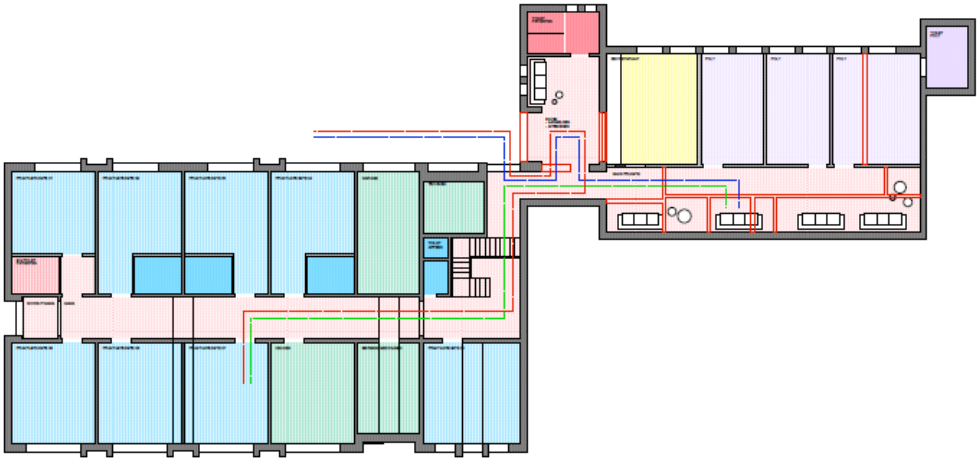
De praktijk is een kloostergebouw dat men intern verbouwd heeft en bestaat in feite uit twee delen, verbonden via een doorgang, zoals op figuur 7 zichtbaar is.

Het gebouw komt men binnen langs de straatkant, op onderstaand plan uiterst links op de foto. Vervolgens staat men op de centrale, lange gang met aan de linkerkant vier artsenkabinetten. Aan de rechterkant bevinden zich achtereenvolgens een artsenkabinet, de wachtzaal, het secretariaat met backoffice/keuken en nog een artsenkabinet.

De artsenkabinetten aan de linkerkant waren vroeger de slaapvertrekken van de kloosterlingen. De kamers werden behouden, de badkamers, zichtbaar op het plan als de vierkantjes naast de

deuropeningen, werden verwijderd. Aan de rechterkant werden enkele binnenmuren verwijderd om het secretariaat en de wachtzaal te creëren.

Als men de gang tot op het einde doorwandelt, komt men in het tweede, verderop gelegen gedeelte dat vroeger bestond uit wasruimten en de kapel. Aan de linkerzijde bevindt zich nu achtereenvolgens het kabinet dat gedeeld wordt door de diëtiste en de psychologe, het kabinet van de verpleegkundige en een slaapkwartier voor de haio of dokter van wacht. Aan de rechterzijde bevindt zich het archief en labo.



Figuur 7: Plattegrond De Dam

Functionaliteit en herkenbaarheid

Vanop straat lijkt het gebouw geenszins op een dokterspraktijk. (Cfr afbeelding 14) Het is de grote affiche tegen de muur en het rechtstaande, mooi verlichtbare bord langs de weg die voor verduidelijking zorgen.



Afbeelding 14: Praktijk vanop straat.

Er is veel parkeermogelijkheid en een fietsenstalling. De praktijk ligt in een drukke éénrichtingsstraat vlak naast een school. Dit brengt wel de nodige problemen met zich mee wanneer de school begint en eindigt.

Noch van de artsen , noch van de paramedische medewerkers hangen er naambordjes op. Ook binnen wordt niemand vermeld.

Het is verwarrend dat er zich, meteen na het binnenkomen, twee dokterskabinetten bevinden aan beide kanten. Het secretariaat springt niet meteen in het oog en men passeert in totaal links en rechts reeds drie kabinetten alvorens het secretariaat te bereiken.

De frontoffice (Cfr afbeelding 15) ligt dan wel centraal in het eerste gedeelte van het gebouw, doch de paramedische medewerkers in het tweede gedeelte zitten op een afstand. Er is geen lager gedeelte voor patiënten in een rolstoel. De balie is verscheidene meters breed hetgeen de mensen aanzet om naast mekaar te gaan staan. Er is ook geen markering op de grond waarachter men moet blijven wachten. De balie is voorzien van een automatisch betalingssysteem. Er wordt ook gebruikt gemaakt van invallend natuurlijk licht.



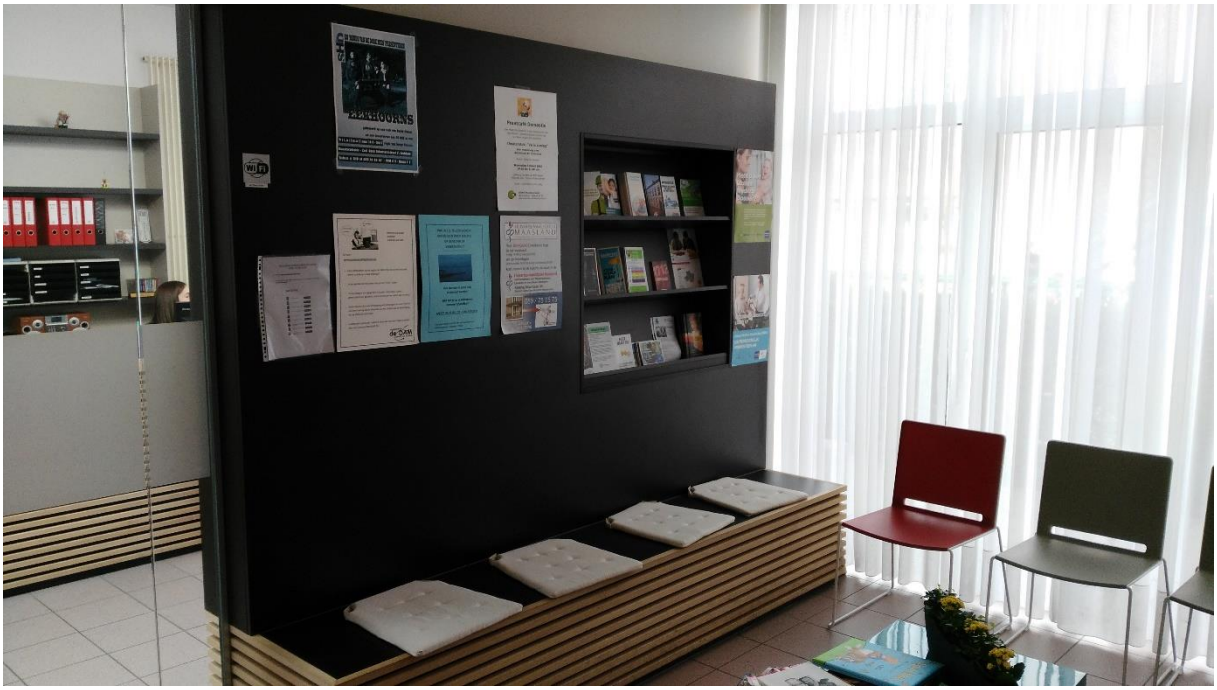
Afbeelding 15: De frontoffice.

De balie kijkt recht uit op de wachtkamer en staat in verbinding met de backoffice, die ook fungeert als keuken en vergaderzaal. Vanuit de backoffice, die afgesloten kan worden, kan men de balie in de gaten houden. De artsen kunnen de **backoffice** betreden langs de andere kant zodanig dat men niet voorbij de wachtzaal of balie moet. (Cfr afbeelding 16)

De **wachtruimte** wordt afgesloten door een glazen deur zodat de privacy beschermd wordt van de patiënten aan de frontoffice. Er komt veel natuurlijk licht binnen. Het is een afgesloten kamer maar mede door de glazen deur en het grote raam is er afleiding mogelijk. Er is geen tv of voorlichtingsscherm. Radio is aanwezig. Er is geen kinderspeelhoek. (vijftien wachtplaatsen voor zes artsen is te weinig volgens de richtlijnen.)



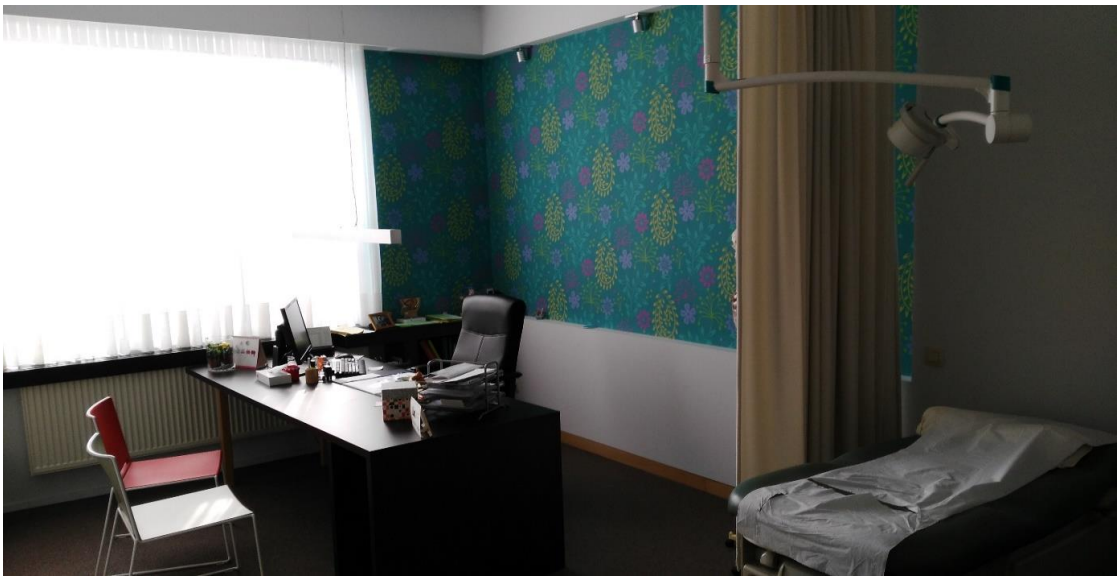
Afbeelding 16: De backoffice/keuken in verbinding met de frontoffice.



Afbeelding 17: Wachtzaal met grote raampartijen.

De artsen en medewerkers kunnen zonder de balie of wachtzaal te passeren zich terugtrekken in de backoffice (**rustzone**) Echter, om patiënten te halen in de wachtzaal kruisen de looplijnen van de werkers echter met de **looplijnen** van de patiënten die naar de balie toe gaan of er vanaf komen of die aan de balie staan te wachten. Bovendien zijn de looplijnen van de psychologe, diëtiste en verpleegkundige die in het tweede gebouw zitten, te lang.

De zes **huisartsenkabinetten** zijn allemaal even groot en op dezelfde manier ingericht. De haakopstelling laat toe dat patiënt en arts naar buiten kunnen kijken. De onderzoeksruimte en spreekruimte zijn van mekaar gescheiden door een gordijn. Bij het openen van de deur is er wel een direct zicht op de onderzoekstafel. Langs drie kanten kan er gewerkt worden rond de onderzoeksbank. (Cfr afbeelding 18)



Afbeelding 18: Artsenkabinet met haakopstelling.

Het kabinet van de **psychologe** dat gedeeld wordt met de **diëtiste** is aangenaam en comfortabel ingericht en straalt gezelligheid uit. (Cfr afbeelding 19)



Afbeelding 19: Kabinet diëtiste/psychologe.

In de **verpleegruimte** is alles aanwezig voor biometrie, ecg, spirometrie en bloednames.

Op het einde van de gang bevindt zich de kamer voor de **haio** of dokter van wacht.

Tegenover deze kamers bevinden zich nog het **archief** en het **labo**.

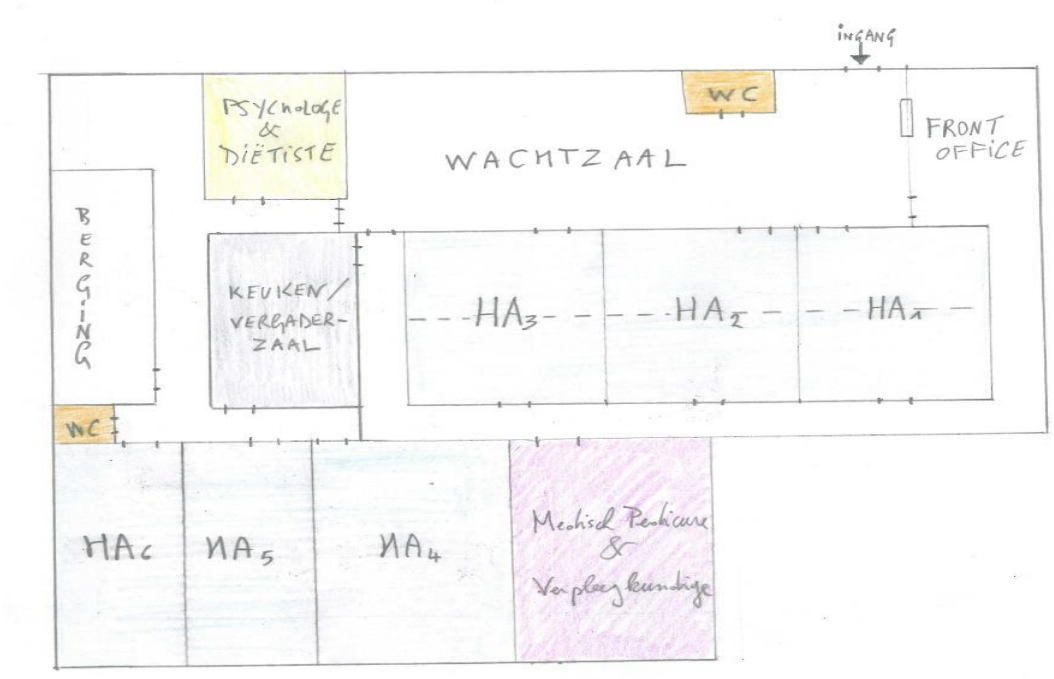
Toegankelijkheid

Rolstoelpatiënten worden binnengelaten aan de achterkant van het gebouw, daar waar het eerste deel overloopt in het tweede deel. Daar is een hellingsbaan voorzien.

d. " De artsenpraktijk " in Balen

Deze praktijk is in 2008 opgericht en bestaat uit twee met mekaar in verbinding gebrachte appartementen. Oorspronkelijk werkten er drie geassocieerde huisartsen en een haio. In 2009 kwamen er een psychologe, diëtiste en medisch pedicure bij, gevolgd in 2011 door nog een geassocieerde huisarts en een extra haio. Sinds 2012 is er een verpleegkundige in loondienst.

Op figuur 8 vinden we terug: zes huisartsenkabinetten (HA1-6), kabinet voor pedicure en verpleegkundige, kabinet voor diëtiste en psychologe, de frontoffice, keuken/vergaderzaal en toiletten.



Figuur 8: Plattegrond De Artsenpraktijk

Functionaliteit en herkenbaarheid

De praktijk is gelegen op de gelijkvloerse verdieping van een appartementencomplex op een rustig plein in het centrum van Balen. Het is goed herkenbaar door het grote, maar niet verlichtbare, bord aan de voorkant. Naast een groot kruis staat er ook het logo van de praktijk op, evenals op de voordeur. Er is voldoende parkeerruimte en fietsenstalling. (Cfr afbeelding 20)



Afbeelding 20: De Artsenpraktijk met parking en fietsenstalling.

Op de glazen inkomdeur vallen de namen van de vier artsen te lezen. De paramedische medewerkers worden noch binnen noch buiten vermeld.

Wanneer men binnenkomt, staat men in feite pal voor het **secretariaat** aan de linkerkant. (Cfr afbeelding 21) Het is smal wat goed is voor de privacy. Er is geen rode lijn waarachter men moet wachten. Bovendien staan de wachtenden in de weg van iedereen die naar buiten wenst te gaan.


Afbeelding 21: De frontoffice.

Probleem is ook dat de secretaresse last heeft van de tocht via de open en toe gaande voordeur. Rolstoelpatiënten kunnen moeilijk met de secretaresse communiceren via de te hoge opening van de frontoffice. Er is plaats in de frontoffice om met een paar medewerkers te zitten maar er is geen echte afgescheiden backoffice.

De secretaresse kijkt weliswaar uit op heel de **wachtzaal** maar kan eigenlijk niemand helemaal zien vermits alle wachtplaatsen verscholen zitten achter kleine muurtjes. (Cfr afbeelding 22)



Afbeelding 22: De ruime wachtzaal. Bemerk hoe de wachtenden uit het oog blijven van de frontoffice.

De wachtzaal oogt erg ruim, licht en modern. Ze wordt opgefleurd door grote foto's van kinderen die spelen met medisch materiaal. Het voorste deel van de wachtzaal is voor de patiënten die bij de drie meest nabije artsenkabinetten moeten zijn (HA 1-3). Het achterste deel is voor de patiënten die worden opgehaald door de artsen van de achterste kabinetten (HA 4-6) of door de diëtiste, verpleegkundige, psychologe of pedicure. Deze indeling is iets wat men al doende leert, het staat nergens aangegeven. Afleiding is er door de tv die echter maar vanop de helft van de plaatsen kan gezien worden. Er is voldoende ruimte tussen het secretariaat en de wachtenden in de wachtzaal. Gesprekken kunnen dus niet meebeluisterd worden.

De **artsenkabinetten** (HA 1-3) zijn allemaal op dezelfde manier ingericht en bestaan uit een spreekruimte en een onderzoeksruimte, gescheiden door een multifunctionele kast. Wat echter opvalt is het totale gebrek aan natuurlijk licht, er is geen enkel raam. (Cfr afbeelding 23)



Afbeelding 23: Artsenkabinet. Bemerk de afwezigheid van een raam.

De overige drie artsenkabinetten (HA 4-6) hebben allemaal natuurlijk, invallend licht, doch geen scheiding tussen onderzoeks -en spreekruimte. Opvallend is ook de centraal gepositioneerde steunpilaar in HA 5. (Cfr afbeelding 24)

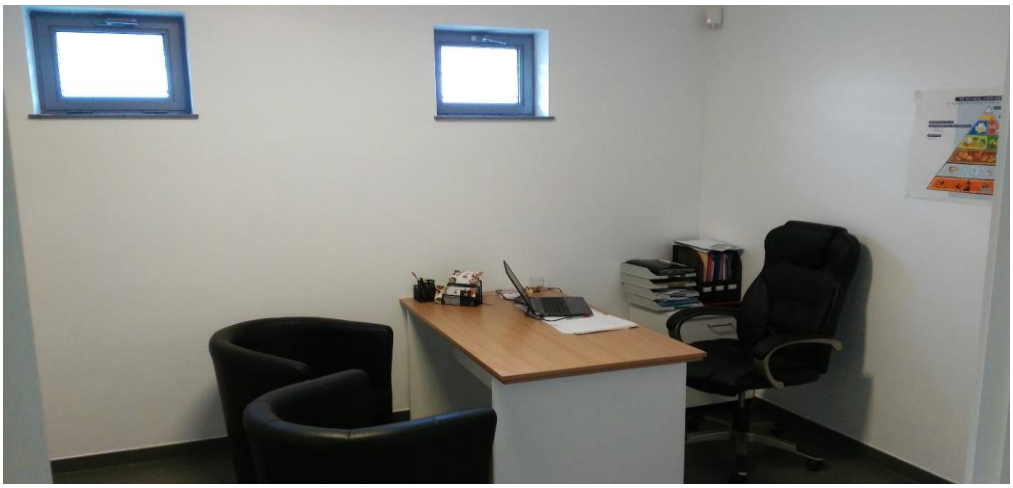


Afbeelding 24: Artsenkabinet. Bemerk de ongelukkig geposteerde pilaar.

Enkel de arts in HA1 kan het secretariaat bereiken zonder een deel van de wachtzaal te passeren. De artsen van HA1-HA3 hebben een *achterdeur* in hun kabinet waarlangs ze het secretariaat kunnen bereiken via een lange gang. (Cfr figuur 8) De verpleegkundige en medisch pedicure kunnen hetzelfde doen. De artsen van HA4-HA6, de diëtiste en psychologe moeten de vergaderzaal passeren vooraleer ze in die gang uitkomen. Hun **looplijnen** worden aldus erg lang. Doordat de patiënten van de verpleegkundige en medisch pedicure ook door de bewuste gang moeten, is er geen patiëntvrije zone, op de vergaderzaal na. Er is dus geen goede scheiding tussen **onrustzone** en **rustzone**.

De **verpleegkundige** en **medisch pedicure** delen een kabinet. Aan de ene kant bevindt zich het materiaal van de pedicure, aan de andere kant dat van de verpleegkundige (ecg, spirometrie, oren uitspuiten, biometrie)

De **psychologe** en **diëtiste** delen ook een kabinet. Dit is zakelijk en klinisch ingericht met weinig oog voor gezelligheid. (Cfr afbeelding 25)



Afbeelding 25: Gedeeld kabinet psychologe en diëtiste.

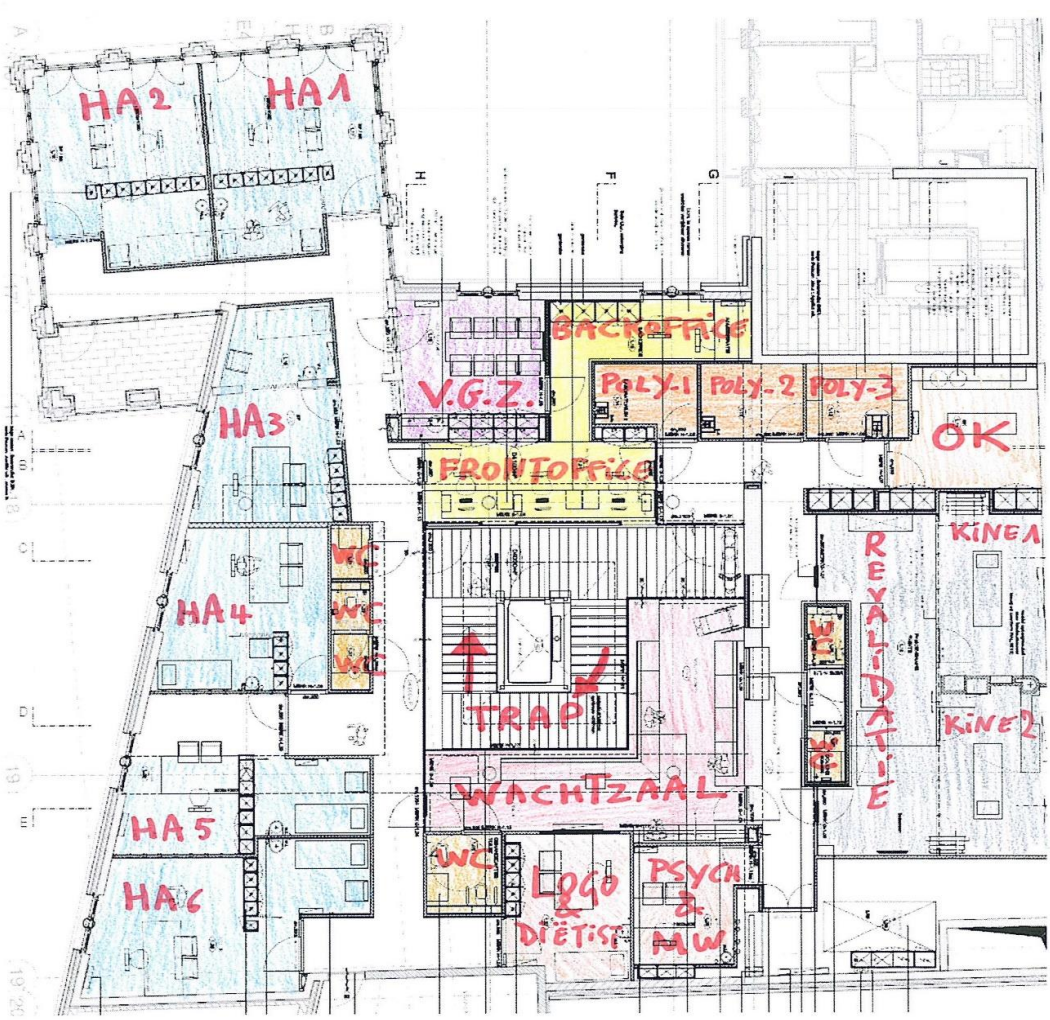
In de **vergaderzaal** bevinden zich de koelkast met vaccinaties en het archief.

Toegankelijkheid

De praktijk is bijzonder moeilijk toegankelijk voor een rolstoelgebruiker. Niet alleen omdat er geen automatische deur is, ook omwille van de afwezigheid van een hellingsbaan voor de dorpel die hoger is dan twee centimeter.

e. Mosae Forum te Maastricht

Deze multidisciplinaire groepspraktijk werd opgericht in 2008. Vanaf het begin werkten er vier huisartsen, een diëtiste, een psychologe, een ergotherapeute, een maatschappelijk werkster en een fysiotherapeut. Een keer per maand houden bovendien een dermatoloog, verloskundige en internist consultaties aldaar. Momenteel is er een aanpalend pand aangekocht om een sportcentrum in te huisvesten en lopen er gesprekken met een logopediste. Op figuur 9 vinden we zes artsenkabinetten (HA1-6), frontoffice (FO), backoffice (BO), keuken/vergaderzaal (VGZ), kinesitherapiekabinetten (kine 1-2), revalidatieruimte, kabinet voor psychologe en maatschappelijk werkster (MW), kabinet voor logopediste en diëtiste, drie kleinere opvangkabinetten (poly 1-3) en een kabinet voor kleine chirurgie (OK). Er zijn zes toiletten.(WC) Het toilet naast het logopedistenkabinet is rolstoeltoegankelijk.



Figuur 9: Plattegrond Mosae Forum

Functionaliteit en herkenbaarheid

De praktijk ligt aan de rand van Maastricht en vormt een groot geheel met de aanpalende apotheek. (Cfr afbeelding 26) Het is een opvallend complex. In grote letters hangt er 'Medisch Centrum' en het logo plakt op het raam langs de ingang. Op de automatische inkomdeur zijn nog de openingsuren aangegeven en de contactdata. De apotheek ligt op het gelijkvloers, de hele praktijk op het eerste verdiep.



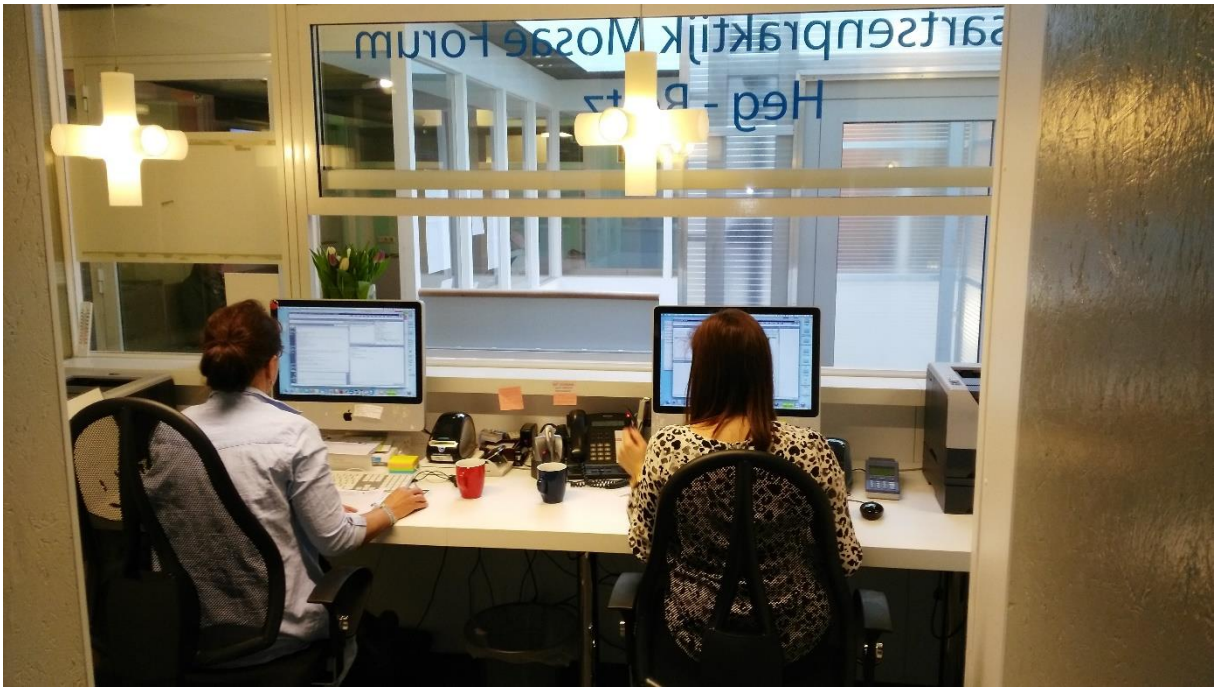
Afbeelding 26: Het medisch centrum en de apotheek vormen een geheel.

Je kan de trap nemen of de lift. Vervolgens sta je voor de **frontoffice**. Deze is enkele meters lang en is continu bemand door twee secretaresses. Het raam van het loket is automatisch afsluitbaar. (Cfr afbeelding 27)



Afbeelding 27: De Frontoffice.

Het secretariaat is zodanig ontworpen dat men elke aankomende of vertrekkende patiënt ziet, alsook de hele wachtzaal. (Cfr afbeelding 28) Achter de frontoffice ligt de **backoffice**. Dit is een vrij kleine ruimte, doch met voldoende natuurlijk invallend licht. (Cfr figuur 29)



Afbeelding 28: Zicht vanuit de frontoffice op de wachtzaal, lift en trap.



Afbeelding 29: De Backoffice.

Afbeelding 30 is een beeld van de **vergaderzaal**, die ook een kleine keuken bevat. De deur op de foto geeft rechtstreeks uit op het verbindingsgangetje tussen de frontoffice en de backoffice. Deze drie kamers vormen een functionele eenheid die het epicentrum is van de praktijk. De vergaderzaal fungeert als een ontmoetingsplaats tussen de artsen en hun paramedische medewerkers. Het is tegelijkertijd afgescheiden maar toch dichtbij voor iedereen.



Afbeelding 30: De vergaderzaal met kleine keuken.

De **wachtzaal** met zitbanken is L- vormig en ruim. Één wand is volledig van glas en biedt zicht op de liftkoker en trap. De andere wand is afwisselend muur en glas. Er hangt een grote tv met informatiefilmpjes en er is een waterkoeler. Er zijn drie deuren waarlangs de patiënten kunnen geroepen worden, afhankelijk van hun bestemming. (Afbeelding 31)



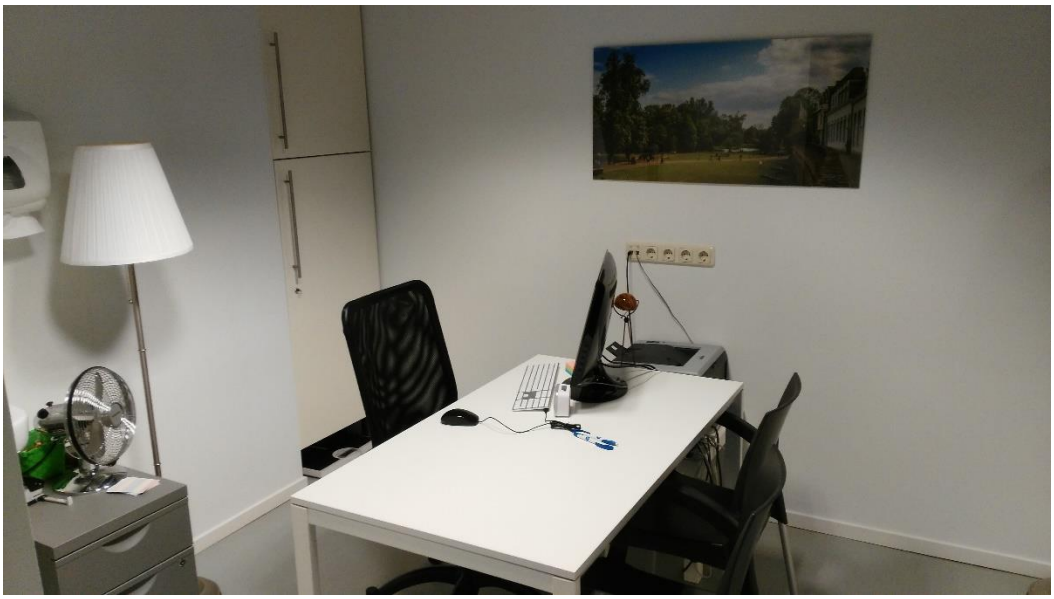
Afbeelding 31: L – vormige wachtzaal met tv, waterkoeler en drie uitgangen.

Er zijn zes **artsenkabinetten** voor vier vaste huisartsen. De andere twee kabinetten worden gebruikt door ofwel artsen in opleiding ofwel door andere disciplines. De kabinetten zijn allemaal identiek ingedeeld in een spreekruimte en een onderzoeksruimte, van mekaar gescheiden door een wand bestaand uit kasten. Al het materiaal wordt in alle kabinetten op dezelfde plaats gelegd. Dit vergemakkelijkt het terugvinden wanneer men eens niet in zijn eigen kabinet kan werken zoals normaal wel het geval is.

Langs de frontoffice ligt een deur die toegang biedt tot drie kleinere zogenaamde **opvangkabinetten**. Hier kunnen patiënten die onverwachts binnen komen, geplaatst worden in afwachting tot de dokter komt. Tevens bevindt er zich ook een sneltester voor D-dimeren, crp en troponines. Langs deze kabinetten is er **operatiekabinet** waar kleine ingrepen gebeuren.

De **looplijnen** van de artsen zijn volledig gescheiden van deze van de patiënten. Hetzelfde geldt voor de **onrustzone** (wachtzaal, frontoffice, backoffice) en de **rustzone** (kabinetten en vergaderzaal).

De twee kabinetten van de **diëtiste, maatschappelijk werkster, psychologe** en **logopediste** zijn identiek en merkbaar huiselijker ingericht. Er is geen natuurlijk licht. (Cfr afbeelding 32)



Afbeelding 32: Kabinet voor logopediste en psychologe/maatschappelijk werkster en diëtiste.

De **fysiotherapie** ruimte bestaat uit een grote oefenzaal en twee aparte behandelkamers.

Toegankelijkheid

De praktijk is een schoolvoorbeeld van toegankelijkheid. Gaand van de automatische deur en lift tot het rolstoeltoegankelijke toilet.

3.2.2.2. Fase 2: Cross – Case analyse

Op basis van de thema's en concepten die geïdentificeerd werden in de within – case analyse, worden overeenkomsten en verschillen tussen de praktijken onderling geïdentificeerd.

3.2.2.2.1. Schematisch

PRAKTIJK	INDELING: FUNCTIONALITEIT EN EFFICIËNTIE	SFEER EN UITSTRALING
De Oude School Kortessem	Patiënt vindt makkelijk zijn weg. Artsen, verpleegkundigen en secretariaat kunnen efficiënt werken. Goede scheiding tussen looplijnen en rust/onrustzone. Paramedici zitten als enigen op eerste verdieping. Er is geen lift.	Door de combinatie van de lange lichtstraat, lichte kleuren en mooie afwerking heerst er een open en frisse sfeer te midden van een historisch kader. Het multidisciplinaire karakter is slechts subtiel aanwezig.
Ars Curae Genk	Patiënten worden vanop de patio duidelijk door bordjes gedirigeerd naar hun discipline. Op elk moment blijven de looplijnen van patiënten van verschillende disciplines gescheiden. Elke discipline heeft eigen wachtzaal. Looplijnen personeel zijn kort. Rust/onrustzone goed gescheiden.	Opvallende look door de vele glaspartijen en de centrale patio. De warme kleuren en grote bedrijvigheid zorgen voor een gezellige sfeer. De praktijk ademt werkelijk multidisciplinariteit.
De Dam Maasmechelen	Patiënten moeten drie artsenkabinetten passeren alvorens het secretariaat te kunnen zien, dit is verwarrend. Hun looplijnen kruisen hier al met die van de artsen van deze kabinetten. Om patiënten te halen moeten alle medewerkers voorbij patiënten die staan te wachten aan de frontoffice. De backoffice is te bereiken zonder frontoffice te passeren. De looplijnen van de paramedici en hun patiënten zijn te lang door hun ligging in achterste gebouw	De lange centrale gang met onopvallende kleuren geeft het geheel een sober en kalm karakter. Het is dan ook een oud klooster. Daarentegen heeft de wachtzaal een moderne, glazen wand en is het secretariaat open en mooi presenteerbaar. Door hun ligging in het achterste gebouw speelt het multidisciplinaire zich letterlijk en figuurlijk af op de achtergrond.
De Artsenpraktijk Balen	De patiënt komt binnen en staat meteen al aan de frontoffice en ziet de wachtzaal liggen. Er is geen goede scheiding tussen de rustige zone en onrustige zone. De vergaderzaal sluit niet aan op de frontoffice. Onderweg naar de frontoffice, moet het personeel ver gaan als ze de wachtzaal wensen te vermijden. Rolstoelpatiënten geraken niet zelfstandig over de te hoge inkomsdorpel.	Er heerst een klinische en onpersoonlijke sfeer door de witte kleuren en de *treinloketachtige* frontoffice. Drie van de zes artsenkabinetten en deze van de paramedici liggen volledige uit het zicht van de patiënten.
Mosae Forum Maastricht	Via de trap of lift komt de patiënt aan bij de frontoffice. Vlak achter hem bevindt zich dan de ruime wachtzaal. Er is een goede scheiding tussen de rust/onrustzone en looplijnen van het personeel met die van de patiënten.	Er heerst een frisse, positieve, haast vrolijke sfeer door de kleurrijke vormgeving met vele glaspartijen. Het multidisciplinaire karakter is voelbaar door de langs de wachtzaal gelegen revalidatieruimte en kabinetten van psychologe,diëtiste en maatschappelijk werker.

3.2.2.2.2. Architectuur, veiligheid en toegankelijkheid onderling vergeleken

Twee van de vijf praktijken werden nieuw gebouwd, namelijk in Genk en Maastricht. De drie andere werden verbouwd. In Kortessem verbouwde men een oude school, in Maasmechelen een oud klooster en in Balen werden twee appartementen met mekaar verbonden.

Het ligt voor de hand dat men zowel de **architecturale** richtlijnen beter kan respecteren als eigen ideeën kan uitwerken indien men nieuw kan bouwen. Mosae Forum in Maastricht is hiervan een sprekend voorbeeld. Zij zijn er in geslaagd een grote apotheek en dito multidisciplinaire groepspraktijk naadloos in mekaar te verweven, onderwijl alle richtlijnen respecterend. Het gegeven dat apotheek en praktijk in hetzelfde gebouw liggen en aldus onderling een goede relatie erop nahouden, heeft een aantal voordelen. Immers, medicatie of verzorgingsmateriaal dat dringend nodig is, evenals farmacotherapeutische expertise, is binnen handbereik. Bovendien, het is gemakkelijker en aangenamer werken als men in hetzelfde gebouw zit en men elkaar dus kent. Nadat de plannen uitgewerkt waren, werden deze door het LHV nagekeken en besproken. Hier werd rekening mee gehouden gezien alle richtlijnen keurig werden nageleefd.

De andere nieuw gebouwde praktijk is Ars Curae in Genk. Opvallend hier is de duidelijke compartimentalisatie. De praktijk bestaat uit drie, ruimtelijk gescheiden delen; dat van de artsen, kinesitherapeuten en het besproken Ratatouille. De looplijnen van de patiënten van elk van de drie *bestemmingen* kruisen mekaar enkel buiten op de patio. Reeds voor een patiënt een gebouw binnengaat, is deze reeds gedirigeerd. In tegenstelling tot de andere praktijken is het leeuwendeel van het personeel kinesitherapeut en niet arts. Dit uit zich ook in het aantal kabinetten. Er zijn twee artsenkabinetten en vier kinesitherapiebehandelruimten met een grote oefenzaal. Al deze aspecten lijken mij veel moeilijker te behalen bij een verbouwing. Van alle praktijken oogt deze het meest familiaal en warm.

Bij een verbouwing is men logischerwijs afhankelijker van de originele staat van het gebouw. Zeker als men verplicht is niet te raken aan de buitenkant van het gebouw, zoals het geval was bij De Oude School in Kortessem. Door een gebouw bij te zetten, verbonden door een lange lichtstraat met het oorspronkelijke schooltje, werd dit probleem elegant opgelost. De authenticiteit, benadrukt door de oorspronkelijke buitenmuren die in het decor zijn opgenomen, wordt erg gewaardeerd door de patiënten, die veelal zelf in het schooltje gezeten hebben. De praktijk heeft een frisse, moderne uitstraling te midden van een historisch kader.

In Maasmechelen werd een klooster aangekocht en verbouwd. Niettegenstaande men alle artsen en andere disciplines wist te huisvesten en een erg functionele centrale eenheid (frontoffice, backoffice/keuken) ontwierp, blijft men zitten met het tweede, verderop gelegen gebouw. Men is dus nog steeds onderhevig aan het oorspronkelijke, langgerekte design met bijhorende te lange looplijnen.

In Balen werd er niet echt verbouwd, maar wel twee bestaande appartementen met elkaar verbonden. Dat dit niet echt een goed idee is, blijkt uit de te lange en kruisende looplijnen van de artsen, de drie kabinetten zonder natuurlijk licht, een misplaatste steunpilaar, de lange donkere gangen, de frontoffice die last heeft van de tocht en zich op een uiteinde van de praktijk bevindt. Het geheel komt wanordelijk over en men kan er zich moeilijk oriënteren.

Voor de **toegankelijkheid** van zowel blinden/slechtzienden als rolstoelgebruikers is een automatische schuifdeur ideaal. Dit is enkel in Maastricht het geval. In Genk, Maasmechelen en Kortessem moeten rolstoelgebruikers een aparte ingang gebruiken, telkens aan de andere kant van het gebouw. In Balen

geraken rolstoelgebruikers niet autonoom binnen door het ontbreken van een hellingbaan bij de meer dan twee centimeter hoge dorpel. Maastricht en Kortessem zijn de enige praktijken die actief zijn op een eerste verdieping. In Maastricht is er een grote lift voorzien, in Kortessem niet. In alle praktijken is er wel tenminste één aangepast toilet aanwezig. Een eenvoudige indeling van de praktijk is belangrijk voor blinden en slechtzienden om zich te kunnen oriënteren. Dit is vooral in Maastricht en Kortessem het geval. De patiënten worden quasi natuurlijkerwijze naar de frontoffice geleid, die mooi centraal ligt. In Genk daarentegen moet de patiënt nog voor hij binnengaat de juiste keuze maken. In Maasmechelen moet hij eerst voorbij drie artsenkabinetten alvorens de balie te bereiken. In Balen ligt de frontoffice weliswaar vlak tegen de inkom, maar is de rest van de praktijk vrij onoverzichtelijk.

Wat de **veiligheid** betreft, worden medicamenten in alle praktijken op een centrale plaats bewaard, ontoegankelijk voor onbevoegden. De vaccins en andere medicatie worden in een aparte koelkast bewaard, zonder etenswaren. In twee praktijken waren er verborgen alarmknoppen aanwezig, zowel aan de balie als bij de artsen en medewerkers. In één praktijk kon iedereen op een knopje duwen op hun telefoontoestel zodat iedereen bij deze persoon kon meeluisteren. In de twee overige praktijken waren er geen van zulke maatregelen genomen. Uit veiligheidsoverwegingen noem ik de praktijken nu niet bij naam. Alle praktijken zijn uitgerust met een inbraakalarmsysteem. Op gebied van de brandbeveiligingsinstallatie is alles overlegd met de lokale brandweer.

3.2.2.2.3. Multidisciplinair samenwerken

“Samenzitten is nog niet samenwerken”, zo vatte een arts het mooi samen. Er zijn in de vijf praktijken alleszins erg uiteenlopende manieren van samenwerken. Gemiddeld is er in de vijf praktijken een multidisciplinair overlegmoment om de drie weken. Het meest frequent dat overlegd wordt is wekelijks, het minst tweemaandelijks.

Opvallend is dat alle artsen en paramedische medewerkers, zonder uitzondering, volledig achter het multidisciplinaire concept staan. Dit werd duidelijk uit de interviews ter plekke alsook uit de ingevulde vragenlijsten. Als redenen wordt aangehaald dat het bijdraagt tot een hoger niveau van zorg voor de patiënt hetgeen nodig is gezien de patiënten almaar ouder worden en langer thuis blijven. Door input en visie te krijgen uit verschillende hoeken wordt de patiënt op een meer holistische manier benaderd en behandeld. Bovendien leren de verschillende disciplines ook bij van mekaar door de terugkerende, multidisciplinaire patiëntbesprekingen en interdisciplinaire feedback. Men geeft ook aan dat dankzij een goed draaiend multidisciplinair team men het *traject* van de patiënt goed kan blijven volgen. Men dreigt de patiënt nergens *kwijt* te geraken, hetgeen leidt tot een kleiner verloop van patiënten naar een andere praktijk. Door de aanwezigheid van verschillende hulpverleners van eenzelfde discipline kan men sub-specialiseren. Zo zijn er in Genk kinesitherapeuten die enkel kinderen behandelen. Multidisciplinair werken levert ook praktische voordelen op. Bijvoorbeeld, patiënten kunnen sneller terecht bij de psycholoog in huis, daar waar hij elders een veel langere wachttijd zou moeten uitzitten. Er is dus een drempelverlagend effect. Of indien een revalidatie niet zo vlot verloopt, kan de kinesitherapeut de arts hieromtrent meteen interpelleren. Eén arts haalde aan dat het een goede manier is om een optimale benutting van alle praktijkruimtes te verkrijgen. Maastricht was de enige praktijk waar medisch specialisten consultaties kwamen doen. Maandelijks komen een internist en een dermatoloog langs.

Aan het multidisciplinaire concept werden in de interviews en enquêtes toch enkele kanttekeningen geplaatst. Net zoals bij een monodisciplinaire groepspraktijk dient iedereen dezelfde visie toegedaan te zijn. Zo niet, kan een enkeling of kleine groep medewerkers de dagdagelijkse werking of toekomstplannen hinderen of zelfs blokkeren. Door gelijkgestemde zielen te zoeken kan zo een

dictatuur van de minderheid vermeden worden. Er moet ook rekening gehouden worden met het kostenplaatje. Des te meer mensen of disciplines actief zijn, des te meer ruimtes en ondersteunend personeel er nodig zijn en dat kost geld. Bovendien ben je als arts in een multidisciplinaire groepspraktijk niet alleen arts, er komt ook een belangrijke, regulerende en delegerende managersfunctie bij.

Op hun websites profileren de praktijken zich als multidisciplinair. Doch, te velde, zijn er grote verschillen in de mate dat dit tot uiting komt. Ars Curae in Genk ademt multidisciplinariteit uit. Aan de voorgevel hangen alle naambordjes op van alle medewerkers met hun beroepsactiviteit. Het feit dat je vanop hun patio drie verschillende ingangen hebt naar drie verschillende disciplines, wijst op de interdisciplinaire gelijkwaardigheid. Ook zijn er dubbel zo veel kabinetten voor kinesitherapie dan voor artsen, allemaal even professioneel ingericht. Hetzelfde kan gezegd worden voor hun Ratatouille afdeling met de mooie ingerichte keuken voor mensen met eetstoornissen. Niet alleen ademt het multidisciplinariteit uit, er heerst ook een goede interdisciplinaire sfeer. Volgens dokter Candreva komt dit door de vele gezamenlijke activiteiten buiten het werk die ondernomen worden. Hij benadrukt dat dit niet evident zou zijn zonder de drijvende kracht die hij en zijn echtgenote, die als kinesitherapeute in de praktijk werkt, vormen. Tijdens mijn praktijkbezoek viel de loutere aanwezigheid van de paramedische medewerkers op, vooral de kinesitherapeuten. In de andere praktijken waren de paramedische medewerkers merkelijk minder nadrukkelijk aanwezig, op de voorgrond traden hoofdzakelijk de artsen en praktijkassistenten.

Behalve Ars Curae in Genk werkt ook nog Mosae Forum in Maastricht samen met kinesitherapeuten. Bovendien zijn ze bezig met de aanbouw van een aanpalend sportcomplex. Ze hebben ervaren dat het niet voldoende is mensen aan te zetten tot bewegen, tenzij het op een gesuperviseerde manier gebeurt. Mosae Forum werkt van alle praktijken met het hoogste aantal disciplines samen. Echter, noch buiten noch binnen zijn er hieromtrent verwijzingen of aanduidingen. Driewekelijks hebben ze multidisciplinair overleg. Om de drie maanden vindt er een *groot* multidisciplinair overleg plaats waar circa dertig mensen aan deelnemen. Onderwerpen zijn praktijkoverstijgende leefstijlprogramma's die op gemeentelijk niveau en in samenwerking met andere praktijken georganiseerd worden.

De praktijken in Maasmechelen en Kortessem werken met dezelfde paramedische beroepen samen, zijnde verpleegkundigen, psychologen en diëtisten. In Kortessem hangt het hele personeel afgebeeld op aan de muur zodra je binnenkomt. Ze worden dus voorgesteld aan de mensen als evenwaardig onderdeel van het ganse team, niettegenstaande ze als enigen patiënten ontvangen op het eerste verdiep en ook geen toegang hebben tot de lounge op het eerste verdiep die uitsluitend voor de vier artsen is. In Maasmechelen is nergens (behalve op de deuren) een naambordje te vinden van iemand van de artsen of het paramedisch team. Vermits het paramedisch team ook nog in het achtergelegen gebouw werkt, zou het niet verbazen dat veel patiënten geen weet hebben van hun aanwezigheid.

In Balen werken er behalve de psychologe, diëtiste en verpleegkundige ook nog een medisch pedicure en orthopedisch technieker. Met deze laatste is er een samenwerkingsverband, de patiënten worden er naar toe gestuurd, zelf komt hij niet in de praktijk.

Wat de inrichting betreft van de kabinetten van de paramedici, zijn er duidelijke onderlinge verschillen. In Maastricht en Genk zijn de kinesitherapie ruimtes volledig afgewerkt en is er zelfs een volwaardige oefenruimte, hetzelfde geldt voor de afwerking van de kabinetten van de paramedische medewerkers. In Maasmechelen heeft men het kabinet voor de diëtiste en psychologe ook wat huiselijker ingericht. Daarentegen in Balen en Kortessem voelen de kabinetten voor de paramedische medewerkers koud en klinisch aan. In de praktijken hebben alle artsen hun eigen kabinet, er wordt onderling in principe niet gewisseld. Echter, in Maastricht en Genk zou dit vrij gemakkelijk mogelijk zijn door de universele

inrichting van de kabinetten. In elk kabinet ligt het materiaal op dezelfde plaats. Opvallend is dat in de vijf praktijken van alle paramedische medewerkers het de verpleegkundigen in Kortessem en Maasmechelen zijn die een eigen kabinet hebben. De overige paramedici delen hun kabinet met een andere discipline. Uit de interviews bleek dat de artsen over het algemeen tevreden waren over hun kabinet. De twee artsen die dit niet waren klaagden het gebrek aan daglicht in hun kabinet aan. Eén diëtiste vond haar kabinet te klein en te weinig aangekleed. De helft van de psychologen die de vragenlijst invulden vond dat hun spreekkamer aangenamer zou moeten ingericht worden. De verpleegkundigen en kinesitherapeuten hadden geen bemerkingen hieromtrent.

In alle praktijken is een zogenaamde *polyvalente kamer* aanwezig. Dit is het domein van de verpleegkundige die hier enkele taken van de artsen overneemt, zoals ECG, spirometrie, oren uitspuiten, 24u bloeddrukmeting en biometrie. Het is ook de kamer waar patiënten die onverwachts tussen de afspraken opduiken op adem kunnen komen, bv bij een hechting of palpitaties, in afwachting tot de arts komt. In Kortessem, Maastricht en Genk is deze kamer als dusdanig gepositioneerd dat de patiënt in de gaten kan gehouden worden door de frontoffice. In Maastricht zijn er twee zulke kabinetten. In Maasmechelen en Balen bevindt deze kamer zich ver van de frontoffice.

Tussen de praktijken zijn er ook verschillen in de financiële overeenkomsten tussen de artsen en de paramedische medewerkers. In alle vijf de praktijken zijn de artsen de eigenaars van het pand. Op vraag van de praktijken belicht ik dit met respect voor hun privacy. Er zijn bepaalde constanten. Zo zijn verpleegkundigen en secretariaatsmedewerkers overal in vaste loondienst naargelang hun uren. De praktijken waar kinesitherapeuten tewerkgesteld zijn, werken met een afdrachtensysteem. Per patiënt wordt een percentage weerhouden voor de praktijkeigenaars, dit ligt tussen de 15 en 30%. Eén praktijk hanteert een degressief percentage met een ingebouwd plafond. Wat de overige paramedici betreft (psychologe, diëtiste, pedicure) wordt er in twee van de vijf praktijken een vaste huurprijs aangerekend. In de overige drie praktijken betalen de paramedici in functie van het aantal patiënten dat ze zien. In de vijf bezochte praktijken zijn alle artsen full time verbonden aan de praktijk, bij de kinesitherapeuten is dit 80 procent. De overige paramedische medewerkers werken ook nog in een andere praktijk of hebben nog een eigen praktijk aan huis.

Zoals gezegd, komen de multidisciplinaire teams van de praktijken gemiddeld driewekelijks samen voor multidisciplinair overleg. Er is echter nog een andere manier dat er patiëntinformatie kan gedeeld worden, en dat is via het digitaal patiëntendossier. In slechts één van de vijf praktijken kunnen alle paramedici in de volledige patiëntendossiers. In drie praktijken is dat totaal onmogelijk. In één praktijk hebben de paramedici toegang tot een gedeelte van het patiëntendossier.

Enkel in Maastricht komen er alleen patiënten van de praktijk zelf bij de in huis werkende paramedici. In de andere praktijken daarentegen komen er ook patiënten van andere huisartsen bij de paramedici. Van deze praktijken is het alleen in Ars Curae in Genk dat de patiënten van de paramedische medewerkers ten alle tijden strikt gescheiden blijven van de patiënten van de eigen huisartsen. Principieel en deontologisch gezien wil men niet dat patiënten van andere artsen in dezelfde wachtzaal komen te zitten bij de eigen patiënten. Vandaar de gescheiden wachtzalen en zelfs verschillende uitgangen. Deze praktijk is ook de enige waar in de wachtzaal expliciet uithangt dat men vrijheid van keuze van therapeut heeft. Met andere woorden, geenszins moet men zich verplicht voelen om bij de in huis werkende paramedici te gaan.

Wat de praktijken allemaal gemeen hebben, zijn de toekomstplannen om uit te breiden, niet zozeer op gebied van artsen, doch wel op het multidisciplinair gebied. Zo gaat Mosae Forum er zelfs een heel sportcentrum tegenaan bouwen. De Dam in Maasmechelen wil uitbreiden met een kinderpsychologe en een kinesist. Bij voorkeur iemand die vooral manueel werkt en geen behoefte heeft aan een grote

oefenzaal. In Balen zoekt men nog een extra psycholoog. Ars Curae in Genk en De Oude School in Kortessem willen wel uitbreiden qua artsen. Ars Curae wil hun patio ombouwen tot een extra artsenkabinet. In Kortessem denken ze eraan de backoffice om te dopen tot een extra artsenkabinet.

4. Discussie

Deze studie is de eerste waarbij multidisciplinaire groepspraktijken in Vlaanderen worden bezocht. Dit onderzoek te velde geeft een beter zicht enerzijds op de manier waarop architecturale richtlijnen en principes in de multidisciplinaire groepspraktijk van vandaag worden toegepast en anderzijds op de manier waarop paramedische disciplines geïncorporeerd worden in de dagdagelijkse praktijkvoering. Bovendien brengen we een bezoek aan een multidisciplinaire groepspraktijk in Nederland dat een langere geschiedenis heeft op vlak van multidisciplinaire groepspraktijken in de eerste lijn. Opvallend is dat uit de interviews en ingevulde vragenlijsten blijkt dat alle artsen en paramedische medewerkers volmondig achter het multidisciplinaire concept staan en deze manier van werken ook zouden aanraden aan collega's.

Een zwak punt van deze studie is dat in totaal slechts vijf multidisciplinaire groepspraktijken bezocht zijn; vier in Vlaanderen, één in Nederland. Er is nood aan studies die meer groepspraktijken includeren met het oog op enerzijds verdere validatie van de architecturale richtlijnen en anderzijds op een beter inzicht in de multidisciplinaire samenwerkingsvorm. Hetgeen de generaliseerbaarheid van onze bevindingen ook compromitteert is het feit dat de vier praktijken in Vlaanderen allemaal in ruraal gebied in de provincie Limburg lagen. Immers, voor praktijken in grootsteden gelden andere veiligheidsmaatregelen. Zo kan men bijvoorbeeld in de praktijk ' De Korte Klaren ' in het centrum van Antwerpen met één druk op een knop elektronische sloten op deuren activeren en aldus de werkerszone volledig afsluiten voor bezoekers. Een ander zwak punt is de relatief lage antwoordgraad. Met behulp van interviews en vragenlijsten was de antwoordgraad per discipline: artsen 65%, psychologen 33%, diëtisten 40%, kinesitherapeuten 20%, medisch pedicure 100%, verpleegkundigen 25%.

Ondanks de gestage toename de laatste jaren van het aantal nieuwbouwprojecten en vooral van verbouwingen van huisartsenpraktijken in Vlaanderen en de daarmee gepaard gaande groeiende interesse in architecturale richtlijnen inzake de inrichting van huisartsenpraktijken, is er heden in Vlaanderen hieromtrent nog maar bitter weinig informatie te vinden. Navraag leerde dat noch de artsen van de vier bezochte Vlaamse praktijken noch hun architecten gespecialiseerde literatuur geraadpleegd hebben bij het opstellen van de plannen. Naar eigen zeggen gebeurde dit allemaal met het gezond verstand als basis. De artsen daarentegen van de praktijk in Maastricht raadpleegden, alvorens samen te zitten met de architect, de volgende boeken: 'Handboek oprichten gezondheidscentrum / HOED' van de Landelijke Vereniging Geïntegreerde eerste lijn (LVG) en 'Bouw eerste lijn' van de bouwadviesgroep van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

In de bestudeerde praktijken vinden we doorgaans dezelfde paramedische medewerkers terug; verpleegkundigen, kinesitherapeuten, diëtisten en psychologen, her en der aangevuld met medisch pedicures en logopedisten. In de literatuur wordt echter ook gewag gemaakt van zogenaamde praktijkcoaches en zorgmanagers die in belangrijke mate kunnen bijdragen tot een meer gecoördineerde zorg met de patiënt die centraal staat.[28] Praktijkcoaches werken samen met het personeel van de praktijk en zijn doorgaans tewerkgesteld door een externe organisatie. Ze geven geen directe zorg aan de patiënten. Ze helpen de praktijk met de organisatie van kwaliteitsverbeterende activiteiten. Zorgmanagers daarentegen geven wel directe zorg aan de patiënten. Ze evalueren de behoeften van de patiënt en ontwikkelen en monitoren geïndividualiseerde zorgplannen.

5. Conclusie

Een multidisciplinaire groepspraktijk oprichten is geen sinecure. Van primordiaal belang is dat men een gemeenschappelijke visie heeft over een heel gamma van verschillende aspecten zoals onder andere werktijden, verlof, overlegmomenten, financiële aspecten[29] en niet in het minst over het multidisciplinaire samenwerken. Men moet zich de vraag stellen welke zorgen men wil aanbieden en wat voor een praktijkruimte daarbij hoort.[30] Door de besproken architecturale richtlijnen en principes er op na te slaan, heeft men reeds een gedegen achtergrondkennis waarmee men vervolgens naar een architect kan trekken. Naar de toekomst toe is het nodig dat men ook in Vlaanderen een instantie heeft die, naar analogie van de Bouwadviesgroep van het LHV in Nederland, kennis en controle aanreikt inzake de bouw van groepspraktijken. Het zou wenselijk zijn dat deze instantie ook richtlijnen aanbiedt ter bevordering van de implementatie van de verschillende paramedische disciplines in de multidisciplinaire groepspraktijk.

Referenties

1. Euhwforce. Joint action health workforce planning and forecasting: Newsletter July 2015/issue 10. 2015 12/10/2015; Beschikbaar via http://euhwforce.weebly.com/uploads/2/3/0/5/23054358/ newsletter no.10.pdf. Geraadpleegd op 20/04/2016.

2. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D (red) Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 december 2014

3. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi – morbidity and implications for health care, research and medical education a cross – sectional study. The Lancet 2012 ; 380 : 37 - 43

4. World Health Organisation : global status report on non - communicable diseases 2010. 2011, world health organisation ; beschikbaar via http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. Geraadpleegd op 18/03/2016.

5. Health Canada: 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. 2003, Ottawa, ON.: Health Canada, beschikbaar via http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/accord.html. Geraadpleegd op 18/03/2016

6. Ministry of Health: The Primary Health Care Strategy. Wellington: Ministry of Health; 2001.

7. Pullon S, McKinlay E, Stubbe M, Todd L, Badenhorst C: Patients' and health professionals' perceptions of teamwork in primary care. J Prim Health Care 2011, 3(2):128–135

8. Rumball-Smith J, Wodchis WP, Koné A et al. Under the same roof: co-location of practitioners within primary care is associated with specialized chronic care management. BMC Family Practice 2014;15:149. Beschikbaar via: http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/149. Geraadpleegd op 18/03/2016.

9. Cook, G., Gerrish, K., Clarke, C., 2001. Decision-making in teams: issues arising from two UK evaluations. Journal of Interprofessional Care 15 (2), 141–151.

10. Molyneux, J., 2001. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? Journal of Interprofessional Care 15 (1), 30–35.

11. Rutherford, J., McArthur, M., 2004. A qualitative account of the factors affecting team-learning in primary care. Education for Primary Care 15, 352–360.

12.Ulrich R, Zimring C. The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity. Beschikbaar via http://www.healthdesign.org/research/reports/physical_environ.php. Geraadpleegd op 18/03/2016.

13. Rice G, Ingram J, Mizan J. Enhancing a primary care environment: A case study of effects on patients and staff in a single general practice. Br J Gen Pract. 2008;58(July):465–70.

14. Ruimte Vlaanderen. Departement van de Vlaamse Overheid. Bundel "Aanvragen voor het bouwen/verbouwen van huisartsenpraktijken 2000 – juli 2015". 2015. p 1-10. Verkregen na direct overleg.

15. G. Van Der Looy. Federatie Vrije Beroepen. Willebroekkaai 37 1000 Brussel. Direct overleg.

16. Dijkers F, Nijland A, In 't Veld K. Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde. Amsterdam: Reed business; 2011. p 374

17. Broek A. Handboek bouw praktijkruimten voor de huisarts nieuwbouw en verbouw. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, bouwadviesgroep – LHV; 2012. p 306

18. Schoenmakers B, De Lepeleire J, Aertgeerts B. Praktijkmanagement voor de huisarts. Leuven/Den Haag: Acco; 2014. p 178

19. Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van een gewestelijke stedenbouwkundige verordening betreffende toegankelijkheid. 05 juni 2009. Artikel 15. Beschikbar via http://www.toegankelijkgebouw.be/Portals/handboek/Documenten/De%20geco%F6rdineerde%20versie%20van%20de%20verordening.pdf. Geraadpleegd op 18/03/2016.

20. Peremans L. Universiteit Antwerpen. Campus Drie Eiken. Universiteitsplein 1. Wilrijk. Direct overleg.

21. Rose S. Hygiëne en infectiepreventie in de huisartsenpraktijk: Naar een nieuwe praktijkstandaard. 2013. Beschikbaar via http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B84069f49-1c59-716c-e578-e7b1ee5ddf43%7D_Rose-Sofie-Scrtiptie.pdf. Geraadpleegd op 20/03/2016.

22. Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van een gewestelijke stedenbouwkundige verordening betreffende toegankelijkheid. 05 juni 2009. Artikel 22. Beschikbar via http://www.toegankelijkgebouw.be/Portals/handboek/Documenten/De%20geco%F6rdineerde%20versie%20van%20de%20verordening.pdf. Geraadpleegd op 18/03/2016.

23. De Diëtist. In: De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Utrecht. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. 2001

24. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Beschikbaar via http://diensten.kiwa.nl/library/diensten-kiwa-nl/inrichtingseisen_november_2013.pdf. Geraadpleegd op 25/03/2016.

25. Reerink K. De invloed van de inrichting van de spreekkamer van een psycholoog op de cliënt. Universiteit Twente Faculteit Gedragswetenschappen. Augustus 2010

26. Beroepsvereniging Kinesitherapeuten Axxon. Imperiastraat 16 1930 Zaventem. Direct overleg.

27. Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van een gewestelijke stedenbouwkundige verordening betreffende toegankelijkheid. 05 juni 2009. Artikel 26. Beschikbar via http://www.toegankelijkgebouw.be/Portals/handboek/Documenten/De%20geco%F6rdineerde%20versie%20van%20de%20verordening.pdf.

28. Taylor E, Machta R, Meyers D. Enhancing the primary care team to provide redesigned care: The roles of practice facilitators and care managers. Ann Fam Med 2013;11:80-83.

29. Schoonis S. Oprichten van een groepspraktijk vanuit bestaande solopraktijken: met welke factoren moet men rekening houden? Universiteit Antwerpen. 2014

30. Heg R. Medisch Centrum Mosae Forum. Gubbelstraat 6b 6211 Maastricht. Direct overleg.

Bijlage 1: Goedkeuring Ethische Commissie

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. L. Peremans
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

De multidisciplinaire groepspraktijk: praktische aanpak van de opstart en patiëntenvisie (manama huisartsgeneeskunde dr. Gunther Cloosen)

Belgisch Registratienummer: B300201627240

datum	ons kenmerk	contactpersoon
25/01/2016	15/24/244	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 25/01/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. G. Cloosen
- Informatie- en toestemmingsformulier NL
  - informatie voor de patiënt, versie 1 dd. 01/05/2015
  - toestemmingsformulier, versie 2 dd. 01/09/2015
- Protocol dd. 1/05/2015
  versie 1
- Vragenlijst(en)
  - korte vragenlijst ter introductie van bij het interview, versie 1 dd. 01/05/2015
  - interview, versie 2 dd. 01/09/2015

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874 619 603

datum	ons kenmerk	contactpersoon
25/01/2016	15/24/244	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. G. Cloosen, NVT, -
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

Bijlage 2: Studieprotocol

STUDIEPROTOCOL MANAMATHESIS: "DE MULTIDISCIPLINAIRE GROEPSPRAKTIJK: PRAKTISCHE AANPAK VAN DE OPSTART EN PATIËNTENVISIE"

DEEL 1 : PRAKTISCHE AANPAK VAN DE OPSTART

HAIO: GUNTHER CLOOSEN

1. INLEIDING

Door de vergrijzing van de bevolking is er meer zorgvraag en in de nabije toekomst zal het artsenaanbod verminderen zodat er een reorganisatie van de eerste lijn nodig is.

Er is een duidelijke verschuiving van solo – praktijken naar groepspraktijken, meer bepaald multidisciplinaire groepspraktijken. Dit zijn praktijken waarin huisartsen samen met andere disciplines van de eerste lijn gevestigd zijn.

Dit werk wil een handig draaiboek zijn voor artsen die een groepspraktijk wensen op te richten. Het wil handvatten aanbieden teneinde weloverwogen keuzes te maken. Immers, vanaf het eerste initiatief tot de uitvoering is een gefaseerd en ingewikkeld proces.

2. ONDERZOEKSVRAAG

a) Welke verschillende stappen dient men te doorlopen wanneer men eenmultidisciplinaire huisartsenpraktijk wenst op te starten?
We diepen de verschillende stappen verder uit: Oriëntatie, haalbaarheidsonderzoek, concretisering van de plannen, uitvoeringsvoorbereiding, planrealisering en opening/start.

b) Met welke financiële aspecten dient men rekening te houden bij de opstart van een groepspraktijk?
We onderscheiden: Budgetbewaking. Investeringsbegroting. Exploitatiebegroting. Dilemma huren of kopen.

c) Op welke manier kan in een multi-disciplinaire groepspraktijk samengewerkt worden? Welke disciplines? We nemen verschillende organisatieschema's onder de loep.

d) Welke zijn de voornaamste uitgangspunten bij het ontwerpen van een groepspraktijk? We hebben het over 'gouden tips', beveiliging, privacy, gebruik van dag – en kunstlicht, kleurgebruik, duurzaamheid.

Voor de duidelijkheid en gebruiksvriendelijkheid wordt er veelvuldig gebruik gemaakt van plattegronden en foto's.

3. Onderzoeksmethode

Via literatuurstudie, praktijkbezoeken en gesprekken met experten ten velde wordt informatie vergaard.
Een vaak geconsulteerd werk is het ' Handboek bouw praktijkruimten voor de huisarts nieuwbouw en verbouw ' van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

4. Conclusies

Bij het oprichten van een multidisciplinaire groepspraktijk komt veel kijken. Dit werk wil hieromtrent een leidraad vormen, als het ware een handig draaiboek dat de gebruiker door de vele fases en aspecten gidst.

Bijlage 3 : Vragenlijst HUISARTSEN

1/ Hoe lang werkt u al in deze praktijk ?

2/ Heeft u hiervoor gewerkt solo of in een andere praktijk ? Zoja, hoelang?

3/ Wat vindt u de voornaamste kwaliteiten van de collega – artsen om een goede samenwerking te hebben?

4/ Hoe is de samenwerking feitelijk tot stand gekomen?

5/ Vindt u werken in een multidisciplinaire groepspraktijk positief of negatief in vergelijking met werken in een niet multidisciplinaire groepspraktijk of solo?

6/ Wat vindt u de voordelen aan werken in een multidisciplinaire groepspraktijk ?

7/ Wat vindt u de nadelen aan werken in een multidisciplinaire groepspraktijk ?

8/Zou u uw collega's aanraden om te werken in een multidisciplinaire groepspraktijk?

9/ Heeft u een eigen werkruimte of deelt u deze met iemand , zoja welke discipline?

10/ Bent u tevreden met uw kabinet of de inrichting/infrastructuur van de praktijk of zou u graag iets veranderd willen zien?

11/ Hebben de paramedici inzage in het electronisch medisch dossier van de patiënten? Zoja, welke paramedische disciplines hebben deze inzage?

12/ Hoe verloopt de verloning van de paramedici? Betalen zij een huur of een percentage per patiënt?

Bijlage 4: Vragenlijst PARAMEDISCHE MEDEWERKERS

1/ Hoe lang werkt u al in deze praktijk en welke discipline beoefent u?

2/ Hoeveel uren werkt u in deze multidisciplinaire praktijk?

3/ Werkt u op dit moment ook nog solo of in een andere praktijk ? Zoja, welk van de twee ?

4/ Vindt u werken in een multidisciplinaire groepspraktijk positief of negatief in vergelijking met werken in een niet multidisciplinaire groepspraktijk of solo?

5/ Wat vindt u de voordelen aan werken in een multidisciplinaire groepspraktijk ?

6/ Wat vindt u de nadelen aan werken in een multidisciplinaire groepspraktijk ?

7/Zou u uw collega's aanraden om te werken in een multidisciplinaire groepspraktijk?

8/ Worden al uw patiënten doorverwezen via artsen in de groepspraktijk waar u werkt of komen er ook patiënten bij u die verwezen worden door artsen, niet behorend tot uw groepspraktijk?

9/ Heeft u een eigen werkruimte/kabinet of deelt u deze met iemand , zoja welke discipline?

10/Aan welke voorwaarden moet uw werkruimte/kabinet voor u voldoen?

11/ Bent u tevreden met uw kabinet of de inrichting/infrastructuur van de praktijk of zou u graag iets veranderd willen zien?