MANAMATHESIS:

DE MULTIDISCIPLINAIRE GROEPSPRAKTIJK: PATIËNTENVISIE.

Kwalitatief onderzoek met diepte-interviews bij patiënten.

Dr. Joye Simon, K.U.Leuven

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr. Kathleen Merckaert

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde, opleidingsjaar 2015-2016

Abstract

DE MULTIDISCIPLINAIRE GROEPSPRAKTIJK: PATIËNTENVISIE
Kwalitatief onderzoek met diepte-interviews bij patiënten.

HAIO: Dr. Simon JOYE, K.U.Leuven
Promotor: Prof. Dr. L. PEREMANS, Universiteit Antwerpen
Praktijkopleider: Dr. K. MERCKAERT

Context:
Door de steeds hogere prevalentie van chronische aandoeningen en het verminderen van het huisartsenaanbod is er in Vlaanderen een toename van chronische zorgvraag. Een herorganisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg met taakdelegatie en het vormen van praktijkgebonden multidisciplinaire associaties dringt zich op.

Onderzoeksvraag:
Wat is de visie van patiënten over een herverdeling van de taken in de huisartsenpraktijk en hoe denken ze over de uitbreiding van de artsenpraktijk met andere zorgdisciplines?

Methode:
Naast een literatuuronderzoek werd er een kwalitatief onderzoek verricht met diepte-interviews bij patiënten van de praktijk van Dr. K. Merckaert. Tien patiënten werden op doelgerichte wijze geselecteerd uit de database van het elektronisch medisch dossier. Selectiecriteria waren leeftijd (0-90jaar), het beschikken over een Globaal Medisch Dossier en wilsbekwaamheid. Een interview werd opgesteld en vervolgens vanaf 1 november 2015 op 4 verschillende data op een semistructurele manier afgenomen bij de patiënten op huisbezoek. Nadien werden de resultaten verwerkt door middel van een open en een axiale codering.

Resultaten:
Bijna alle patiënten hebben een open houding omtrent de aanwezigheid van een ander gezondheidszorgberoep in de huisartsenpraktijk. Voordelen die ze hierbij aanhalen zijn een betere samenwerking tussen huisarts en zorgverlener, het praktisch gebruiksgemak voor de patiënt en het mogelijks drempelverlagend effect om naar een andere zorgverlener te gaan.
Overdracht van medische gegevens tussen zorgverleners is volgens de patiënten onontbeerlijk om de onderlinge samenwerking tussen deze gezondheidszorgberoepen te bevorderen.
Op twee gevallen na gaan de patiënten altijd in op de doorverwijzing van de huisarts: als ze ervan overtuigd zijn dat ze andere hulp nodig hebben of als ze al een vertrouwensrelatie hebben met een andere externe zorgverlener.
Ook het thema 'taakdelegatie' wordt door de patiënten goed onthaald. Verpleegkundigen mogen van de patiënten enkele huisartsgeneeskundige taken op zich nemen op voorwaarde dat ze nadien nog op consultatie kunnen gezien worden door de huisarts.

Conclusie:
Uit deze studie blijkt dat de meerderheid van de patiënten positief staat ten opzichte van het thema 'multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk'. Ook het thema 'taakdelegatie' werd door de patiënten goedgekeurd op voorwaarde dat het contact met de huisarts wordt behouden. Verder onderzoek is nodig om deze resultaten te bevestigen of te weerleggen.

E-mail: Simon_Joye@outlook.com

Trefwoorden: eerstelijnsgezondheidszorg, multidisciplinaire samenwerking, taakdelegatie, gezondheidszorgberoepen.

Inhoudstafel

1. Motivatie 1
   A. AANLEIDING 1
   B. DUIDING 1
2. Situatieschets 2
3. Literatuuronderzoek 6
   A. INLEIDING 6
   B. METHODE 7
   C. RESULTATEN 8
      1. Evolutie van multidisciplinariteit in Vlaanderen 8
         1.1. Wat wordt er precies bedoeld met de term 'multidisciplinariteit'? 8
         1.2. Hoe is multidisciplinaire samenwerking de laatste jaren in Vlaanderen geëvolueerd? . 9
      2. Wat zijn de voornaamste drempels voor een multidisciplinaire praktijk? 11
         2.1. Concrete barrières bij samenwerking met andere disciplines. 11
         2.2. Algemene drempels voor samenwerking onder één dak. 13
      3. Ondersteunende maatregelen 13
         3.1. Algemeen 13
         3.2. Ondersteunende maatregelen in Vlaanderen 14
   D. DISCUSSIE 15
      1. Praktijkverpleegkundigen en taakdelegatie. 15
      2. Multidisciplinaire samenwerking in de huisartsenpraktijk 15
   E. CONCLUSIE 16
   F. BRONNENLIJST 17
4. Veldonderzoek. 20
   A. INLEIDING 20
   B. METHODE 21
      1. Voorbereiding 21
      2. Selecteren doelgroep 22
      3. Interviews met patiënten 22
      4. Analyse 23
   C. RESULTATEN 23
      1. Hoe staat de patiënt tegenover multidisciplinariteit en uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners in de eerste lijn? 23
      2. Hoe reageert de patiënt op een doorverwijzing door de huisarts naar een binnen de praktijk gevestigde zorgverlener? 28
      3. Hoe kijkt de patiënt naar taakverdeling in de eerste lijn? 29
      4. Welk belang hecht de patiënt aan de vrijheid van keuze in de zorgverlening? 30

D. DISCUSSIE 32
1. Gevormde hypotheses: 32
2. Implementaties van deze bevindingen voor de huisartsenpraktijk: 34
3. Sterktes en zwaktes van het veldonderzoek: 34
E. CONCLUSIE 36
F. BRONNENLIJST 37
5. Dankwoord 38
6. Bijlagen 39
A. TABELLEN 39
B. FIGUREN 39
7. Addendum 44
A. SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW 44
B. MAIL NAAR BEROEPSVERENIGINGEN 45
C. GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ UNIVERSITEIT ANTWERPEN 46
D. STUDIEPROTOCOL MANAMATHESIS 47

1. Motivatie

A. AANLEIDING

In 2014 studeerde ik af als basisarts aan de K.U.Leuven en begon ik mijn master-na-masteropleiding als huisarts. Tijdens het eerste jaar werkte ik samen met Dr. De Craecker, een arts die plannen had om een nieuwe groepspraktijk op te richten. De bouwgrond was reeds aangekocht en de gesprekken met de architect waren gaande. Hier was het dat bij mij het idee ontstond om een manamathesis te maken over de praktische stappen die men moet nemen bij een dergelijke opstart. Hieromtrent waren er op dat moment nog geen thesissen gepubliceerd terwijl dit mijns inziens wel een nuttig onderwerp zou kunnen zijn voor startende collega's.

Ik contacteerde vervolgens mijn collega, HAIO Dr. Cloosen Gunther. Hij ging akkoord om samen dit thema uit te werken voor de manamathesis.

Al snel – na een paar gesprekken met onze promotor – verlegde ik mijn focus naar de onderwerpen multidisciplinariteit (binnen één praktijk) en taakdelegatie; onderwerpen die recent steeds meer aandacht krijgen in de media en conferenties rond eerstelijnsgezondheidszorg. Mijn collega zou zich dan in zijn thesis verder verdiepen in de initiële onderwerpen opstart en bouwproces van een artsenpraktijk.

B. DUIDING

Als we de eerstelijnsgezondheidzorg in Vlaanderen onder de loep nemen, merken we op dat deze momenteel nog te veel versnipperd is. De verschillende gezondheidszorgberoepen (artsen, verpleegkundigen, kinesisten,…) werken nog te veel naast elkaar en dit op verschillende locaties. Door de vergrijzing van de bevolking, de toename van het aantal chronische zieken en de vermindering van het artsenbestand in Vlaanderen, stelt zich de vraag of deze vorm van 'samen-werken' nog voldoende geschikt is of dat er niet moet worden nagedacht over andere multidisciplinaire samenwerkingsmodellen.

Een mogelijke denkpiste hierbij is taakdelegatie. Bepaalde taken die tot nu toe nog door de huisarts worden uitgevoerd, zouden in de toekomst kunnen worden uitbesteed aan gezondheidszorgberoepen zoals bijvoorbeeld verpleegkundigen of zorgkundigen. Nu al bestaan er in Vlaanderen praktijken met een praktijkverpleegkundige die ondersteunende taken op zich neemt.

Naast deze evolutie naar (beperkte) taakdelegatie ontstaat ook de trend om andere gezondheidszorgberoepen in de huisartsenpraktijk te vestigen; dit om het multidisciplinair samenwerken in de eerste lijn te bevorderen. Men veronderstelt immers dat er door deze vestiging onder één dak er een betere wisselwerking zal ontstaan tussen de verschillende zorgverleners waardoor zowel de zorg voor de patiënt als het multidisciplinair karakter van de eerstelijnsgezondheidszorg zal verbeteren.

Hoewel dergelijke multidisciplinaire groepspraktijken tegenwoordig reeds worden opgericht, is er weinig onderzoek over wat patiënten zelf van deze vorm van samenwerken denken en hoe ze ten opzichte van het principe van taakdelegatie in de huisartsenpraktijk staan.

Deze thesis heeft als doel inzicht te verwerven in de patiëntenvisie rond multidisciplinaire samenwerking. De resultaten van dit onderzoek worden verder ook gebruikt om een planning te maken voor de invulling van een leegstaande ruimte in de praktijk van mijn huidige praktijkopleider. Hoe kan deze ruimte gebruikt worden met het doel multidisciplinair samen te werken?

2. Situatieschets

Als de huidige situatie in Vlaanderen onder de loep wordt genomen dan kan er worden opgemerkt dat het beroep van huisarts steeds meer onder druk komt te staan.

Door de langere levensduur van de Vlaamse bevolking - de zogenaamde vergrijzing - en het groter aandeel aan chronische zorg neemt de zorgvraag toe. Anderzijds kampt Vlaanderen met een tekort in het artsenbestand waardoor het zorgaanbod langzaam afneemt. Deze discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod leidt ertoe dat de werkdruk van de huisartsen blijft toenemen. Volgens een recent internationaal onderzoek werken de Belgische huisartsen 51 uren per week. Dit is het hoogste cijfer van heel Europa [1].

Zorgvraag

De 'vergrijzing' in Vlaanderen neemt gestaag toe. De voornaamste reden hiervoor is de blijvende toename van de gemiddelde levensverwachting. Mannen en vrouwen in België worden steeds ouder. In het jaar 1999 was de gemiddelde levensverwachting voor een man 75.1 jaar en voor een vrouw 81.0 jaar. In 2008 stegen deze leeftijden respectievelijk naar 78.1 en 83.1 jaar. De algemene verwachting is dat tegen 2020 de gemiddelde levensverwachting voor een man de 80 jaar en voor een vrouw de 85 jaar zal overstijgen [2].
Door deze toename in levensverwachting is het aandeel van ouderen in de maatschappij drastisch toegenomen. Zo toont de bevolkingspiramide van Vlaanderen, bijgehouden door de federale overheid op basis van volkstellingen en het Rijksregister, tussen 2001 en 2013 een forse stijging in het segment van de 60-plussers (zie Fig.1) [3]. Dit aandeel van de bevolking bedroeg in het jaar 2000 al 22.17%. Tegen 2020 wordt verwacht dat dit zal oplopen tot 27.13% en in 2050 zelfs tot 33.14%. Bovendien zal binnen deze groep de proportie 80-plussers steeds belangrijker worden [2].

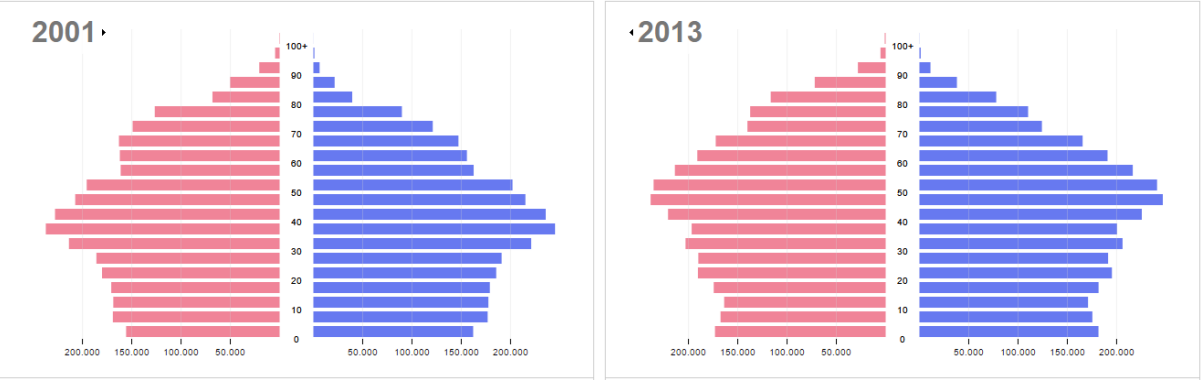


Fig 1. Bevolkingspiramide's in Vlaanderen (2001 en 2013), verdeeld volgens leeftijd en geslacht.

Ook in de praktijk waar ik momenteel actief ben is er een evolutie in het aandeel 60-plussers in het patiëntenbestand te zien. In 2005 was dit aandeel reeds 13%, in 2015 steeg dit door naar 15%. Ook het aandeel 80-plussers kende een gelijkaardige stijging van 3% naar 5%. [1]

Niet alleen de gemiddelde levensverwachting, maar ook het aantal gezonde levensjaren per persoon neemt toe.

[1] Nota: de hierboven vermelde percentages werden berekend op basis van het totaal aantal patiënten die in het EMD zijn opgeslaan. Het betreft dus niet enkel GMD-houdende patiënten (deze konden met de huidige software niet worden achterhaald) maar ook éénmalige patiënten, overleden patiënten, patiënten die komen voor sportmedische keuring, patiënten die verhuisd zijn, enz. Hierdoor dient er bij de interpretatie van deze cijfers enige reserve in acht te worden genomen.

Meer dan ooit wordt er in België en Vlaanderen ingezet op preventie en volksgezondheid. Dit weerspiegelt zich onder andere in de forse investeringen die door de Vlaamse en de Federale overheid in deze domeinen worden gemaakt (vb. Basisvaccinatieschema, Kind en Gezin, griepvaccinaties bij risicogroepen, kankerscreeningprogramma's, antirookwetgeving, stichting 'kom op tegen kanker', campagne 'slaap- en kalmeringsmiddelen', campagne 'handhygiëne', enz…). Mede door deze campagnes evolueert de Vlaamse bevolking naar een steeds gezondere levensstijl.

Ziekten en aandoeningen worden ook in een steeds vroeger stadium ontdekt en aangepakt. Door de opmars en toenemende mate van innovering van technologie in de gezondheidszorg kunnen ziekten zoals bijvoorbeeld kanker of dementie reeds in een beginstadium worden ontdekt. Dikwijls betekent deze vroegdiagnose, omwille van de mogelijkheid tot snellere interventie, een betere prognose voor de patiënt.
Ook breiden de behandelingmogelijkheden steeds meer uit waardoor bij vele aandoeningen veelal curatief kan worden gewerkt. Indien dit niet mogelijk blijkt, kan de ziekteprogressie dikwijls zodanig worden afgeremd dat deze een veel trager verloop kent. Dit is het geval bij ziekten zoals diabetes, hartziekten, kanker, ziekte van Parkinson, osteoporose, hypertensie, artrose,...

Door dit effectieve preventiebeleid, meer vroegdiagnose en de voorhanden zijnde betere behandelingsopties wordt het aandeel chronische aandoeningen belangrijker. Uit een onderzoek van 2008 bleek dat al meer dan één vierde van de Belgische bevolking aan minstens één chronische aandoening lijdt [4]. Uit de Intego-databank, een databank die incidentie- en prevalentiecijfers bevat van via steekproef verzamelde diagnosen door Vlaamse huisartsen, blijkt dat de gecumuleerde prevalentie van de 18 meest voorkomende chronische aandoeningen datzelfde jaar zelfs 57% bedroeg (zie tabel 1) [5]. Er kan dus worden gesteld dat een aanzienlijk deel van de patiënten in de praktijkpopulatie van de Vlaamse huisartsenpraktijken ten minste één chronische aandoening heeft. Ook de prevalentie van multimorbiditeit, gedefinieerd als het aantal personen met minstens twee aandoeningen, is hoog. Dit werd onderzocht in 2010 en varieerde in de leeftijdsgroep van de 40-jarigen tussen de 10% en de 20% en steeg in de leeftijdsgroep van personen van 70jaar en ouder naar 50-70% [4,6].

Door de stijgende levensverwachting en de geassocieerde hogere prevalentie van chronische aandoeningen is er in Vlaanderen een toenemende zorgvraag. Hierdoor wordt de opvolging van chronische patiënten door de huisarts steeds belangrijker.

Zorgaanbod

Het artsenbestand dat deze toenemende chronische zorg dient op te vangen blijkt evenwel op dit moment nog onvoldoende aangepast aan deze veranderingen.
Hoewel het Academisch Centrum voor Huisartgeneeskunde (ACHG) in Leuven aan de hand van de statistieken van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu omtrent de instroom van huisartsen in opleiding (zie Fig.2) berekende dat deze instroom momenteel voldoende is om in de volgende tien jaar in Vlaanderen een werkdruk op te kunnen vangen die zelfs 10% hoger ligt dan de huidige druk, is de huidige situatie toch niet zo rooskleurig te noemen [2]. Men dient immers met volgende factoren rekening te houden. Meer dan de helft van de huisartsen is ouder dan 50jaar en bijna 1/3^{e} gaat binnenkort op pensioen [8]. Één op drie huisartsen - voornamelijk diegene die deeltijds werken en artsen binnen de leeftijdsgroep van 25 tot 30jaar - denkt erover na om hun huidige praktijk stop te zetten. Een niet te verwaarlozen aantal huisartsen stapt uit het beroep door burn-out [7]. Momenteel is het ook nog onduidelijk wat de impact is van de vervrouwelijking van het beroep is op de activiteiten van de huisartsengroep. [7]

Kortom, het aantal huisartsen dat nodig is om aan de steeds toenemende zorgnood een antwoord te kunnen bieden, dreigt dus in de nabije toekomst onvoldoende te zijn.

Chronische aandoeningen	Prevalentie per 1000 patiënten (2008)
Hypertensie	133,8
Depressie	91,3
Astma	79,4
Diabetes	46,3
Ischemische hartaandoeningen	40,8
Migraïne	36,5
COPD	35,3
Maligniteiten	27,3
Cerebrovasculaire aandoeningen	24,5
Hartfalen	11
Reumatoïde artritis	10,4
Chronische enteritis/Colitis ulcerosa	5,66
Epilepsie	9,1
Schizofrenie en andere psychosen	7
Dementie	6
Parkinsonisme	4,7
Multipele sclerose	1,2
HIV/aids	0,2
Gecumuleerde prevalentie	**570,46**

Tabel 1. Prevalentie van chronische aandoeningen per 1000 patiënten in 2008 (Intego-databank)

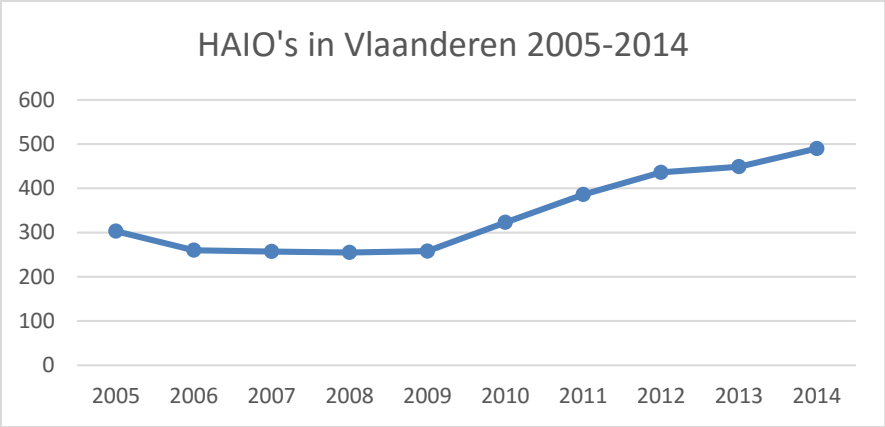


Fig. 2. Instroom van HAIO's in Vlaanderen 2005-2014 volgens jaarlijkse statistieken van het FOD Volksgezondheid, Veiligheid van voedselketen en leefmilieu [17].

Oplossing discrepantie zorgvraag-zorgaanbod

De oplossing die in de media, alsook in conferenties en voordrachten rond eerstelijnsgezondheidszorg het meest aan bod komt om aan de discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod een antwoord te bieden is een volledige herstructurering van de eerstelijnsgezondheidszorg, waarbij door de huisarts taakdelegatie wordt toegepast.
Hierbij zou de huisarts een aantal technische huisartsgeneeskundige taken zoals het meten van de bloeddruk, het opmeten van lengte en gewicht, wondzorg, bloedafnames, enzovoort moeten kunnen

delegeren. Deze taken nemen immers veel tijd in beslag tijdens de consultatie en kunnen evengoed worden overgedragen aan andere gezondheidszorgberoepen. Omwille van hun specifieke opleiding en expertise bij deze taken wordt hierbij dan vooral gedacht aan verpleegkundigen. Idealiter zouden zij dan in een aparte ruimte in de huisartsenpraktijk deze taken bij de patiënten kunnen uitvoeren. Uiteindelijk, door dit proces van taakdelegatie, zou de werkdruk op de huisartsen verminderen en zouden zij hun focus tijdens de consultatie meer kunnen richten op medische kerntaken zoals het aanvragen van onderzoeken, bepalen van diagnose, follow-up, medicatie, enzovoort.

Naast de samenwerking met verpleegkundigen zouden deze verbanden onder één dak evengoed met andere gezondheidszorgverstrekkers kunnen worden aangegaan. Hierbij denken we dan vooral aan kinesisten, psychologen, diëtisten,… Bij deze verbanden zou het echter niet de bedoeling zijn om huisartsgeneeskundige taken te delegeren maar vooral om een vlottere en efficiëntere samenwerking te realiseren tussen diverse zorgverleners binnen dezelfde locatie. Een dergelijke vorm van multidisciplinaire samenwerking zou immers de mogelijkheid creëren om met verschillende disciplines tegelijkertijd verschillende deelaspecten van de chronische zorgnood aan te pakken. Als hierbij ook gebruik wordt gemaakt van optimale coördinatie en communicatie kan dit de zorg voor de patiënt serieus verbeteren.

Op deze manier zou ook de huidige situatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen - een archipel van eilanden met individuele zorgverstrekkers op verschillende locaties - kunnen worden omgezet in een geïntegreerd zorglandschap met gecoördineerde multidisciplinaire samenwerking binnen huisartsenpraktijken.

3. Literatuuronderzoek

A. INLEIDING

In Vlaanderen werken de verschillende gezondheidszorgdisciplines in de eerste lijn nog te veel naast elkaar. Geografisch is er een enorme spreiding qua plaatsen waar de zorgverleners hun patiëntencontacten afwerken. De meeste zorgverleners oefenen hun beroep immers uit in hun eigen praktijk.
Omwille van het feit dat er door de zorgverleners op zo veel verschillende locaties wordt gewerkt verloopt de communicatie tussen deze zorgverleners niet altijd even optimaal. De verschillende disciplines werken veelal geïsoleerd van elkaar en zijn soms niet op de hoogte van het bestaan van andere praktijken. Als er dan toch een blijk wordt gegeven van communicatie tussen de gezondheidszorgberoepen, dan is dit meestal in de vorm van een vluchtig contact tussen twee patiëntencontacten door. Hierdoor hebben de verschillende disciplines eigenlijk weinig tot geen inzicht over de inhoud van de andere gezondheidszorgberoepen.
Ook het doorverwijzen van patiënten van de ene naar de andere zorgverlener staat niet op punt. De huisartsen, die de spilfiguur zijn inzake coördinatie van zorg, hebben dikwijls wel een informeel netwerk van zorgverleners waar ze naar doorverwijzen - de zogenaamde sociale kaart - maar dikwijls komt het er toch op neer dat de patiënt zelf een gepaste zorgverlener moet zoeken voor zijn of haar medisch probleem.

Een oplossing die wordt voorgesteld om deze manier van werken in de toekomst te kunnen verbeteren is een concept waarbij dat de verschillende disciplines met elkaar samenwerken binnen éénzelfde praktijk. Op deze manier wordt er een directere, rechtstreekse manier van communicatie tussen de zorgverleners mogelijk gemaakt en dit zou de samenwerking in grote mate moeten bevorderen.
Ondanks de gebreken van het huidige zorgsysteem wordt deze vorm van multidisciplinair samenwerken op één locatie nog maar zelden toegepast.

Als onderwerp voor dit literatuuronderzoek wordt er gekozen voor het thema ‘multidisciplinariteit en multidisciplinaire samenwerking in Vlaanderen’.

Van bij het proces van afbakenen van het onderwerp kwamen er meteen enkele vragen op.
Op volgende zoekvragen beoogt volgend literatuuronderzoek een antwoord te formuleren:

- Wat wordt er precies bedoeld met de term ‘multidisciplinariteit’?
- Hoe is deze multidisciplinaire vorm van samenwerking de laatste jaren in Vlaanderen geëvolueerd?
- Wat zijn de voornaamste drempels voor een multidisciplinaire praktijk?
- Zijn er op dit moment in Vlaanderen ondersteunende maatregelen ter beschikking om deze multidisciplinaire vorm van samenwerking in de huisartsenpraktijk te ondersteunen?

B. METHODE

Vanaf september 2015 begon ik met een zoekactie naar literatuur op verschillende medische databases van de CEBAM Digital Library for Health.

In de Cochrane Library zocht ik artikels op basis van de volgende combinatie van zoektermen: “Multidisciplinarity” AND “Primary Health Care”. Deze zoekactie leverde slechts één artikel op. Na het lezen van het abstract beschouwde ik het als relevant.
Vervolgens keek ik via Pubmed op de Medline database. Hierbij zocht ik enkel naar artikels waarvan de volledige tekst beschikbaar was (de limiet ‘full text available’ werd aangevinkt).
Een eerste zoektocht met als MeSH-termen "Interdisciplinary Studies" AND "Primary Health Care” AND “Patient care team” leverde 10 artikels op. Aan de hand van de titels las ik vervolgens bij twee artikels de abstract. Geen enkel artikel was relevant.
Bij een tweede zoektocht waarbij de MeSH-term “Interdisciplinary Studies” werd vervangen door de MeSH-term “Interdisciplinary Communication” werden 294 artikels gevonden. Op basis van titel en abstract selecteerde ik er hier negen van. Zes artikels hiervan waren niet aanwezig in de CEBAM Digital Library. Van de andere drie artikels was er slechts één relevant.

Op EBMpracticeNet zocht ik achtereenvolgens met de Nederlandstalige termen “multidisciplinariteit” en “multidisciplinaire samenwerking” maar vond hierbij geen enkele richtlijn. Ook in de NHG standaarden werden met dezelfde zoektermen geen richtlijnen gevonden.

Omwille van het geringe aantal relevante artikels die deze zoektocht op medische databases opleverde, verrichte ik vervolgens een zoektocht online. Dit gebeurde op 7, 9, 10, 12 en 16 september en 10 oktober 2015, en op 23 en 24 januari, 14 februari en 12 en 28 maart 2016.
Op 20 websites (o.a. officiële websites van de Vlaamse Overheid, beroepsverenigingen, Belgisch Staatsblad,...) werd hierbij bijkomende nuttige informatie gevonden.

Ook zocht ik in de thesis-database van het ICHO naar voorgaande thesissen omtrent het thema multidisciplinariteit en multidisciplinaire samenwerking. Bij deze zoektocht vond ik 14 artikels. Van deze 14 artikels beschouwde ik er, na lezen van de abstracts, acht als relevant.

Vier interessante artikels werden op 17 september 2015 en 22 maart 2016 door de promotor aangereikt.

Naast de online zoektocht werd er ook via email contact opgenomen met vijf verschillende beroepsverenigingen van gezondheidszorgberoepen in België en Vlaanderen, namelijk:

- Belgische beroepsvereniging van kinesitherapeuten (Axxon)
- Vlaamse beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VBVD)
- Vlaamse beroepsvereniging van zelfstandige verpleegkundigen (VBZV)
- Vlaamse vereniging van logopedisten (VVL)
- Federatie van Belgische Podologen (FBP)

Hierbij werden de volgende gegevens opgevraagd:

- Hoeveel zorgverleners van de desbetreffende discipline waren er in 2015 in Vlaanderen aan de slag?
- Hoeveel daarvan waren werkzaam in een huisartsengroepspraktijk? (deeltijds/voltijds)

Enkel de mail naar de beroepsvereniging van kinesitherapeuten en deze van de podologen werd beantwoord. Dit gebeurde allebei op 18 januari 2016. Hierin werd verwezen naar een website van de FOD Volksgezondheid met statistieken in verband met het aantal mensen die in de gezondheidszorg actief zijn.

C. RESULTATEN

1. Evolutie van multidisciplinariteit in Vlaanderen

1.1. Wat wordt er precies bedoeld met de term 'multidisciplinariteit'?

Gezondheidszorgberoepen:
Op dit moment zijn er in België acht erkende gezondheidszorgberoepen namelijk artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, verpleegkundigen, zorgkundigen, apothekers en paramedici. De laatste groep, deze van de paramedici, bestaat uit een aantal beroepen die tot taak hebben een aantal technische hulpprestaties te verrichten op vraag van een arts (of in bepaalde gevallen een tandarts of apotheker), die verband houden met het stellen van een diagnose of met het uitvoeren van een behandeling. Ze omvat de farmaceutisch-technische assistenten, de diëtisten, de ergotherapeuten, de logopedisten, de audiologen en audiciens, de orthoptisten, de medisch laboratoriumtechnologen, de technologen medische beeldvorming, de bandagisten, de orthesisten en prothesisten, de podologen en tot slot de personen die voor het patiëntenvervoer instaan. Elk jaar worden door de federale overheid twee nieuwe gezondheidszorgberoepen bij deze lijst gevoegd [9].

Om één van de voorgaande gezondheidszorgberoepen op Belgisch grondgebied te mogen uitoefenen zijn er twee vereisten vastgelegd: enerzijds een erkenning tot het uitoefenen van het specifieke beroep en anderzijds een visum [10].
De bevoegdheid tot erkenning van gezondheidszorgberoepen werd op 1 juli 2014, ter gelegenheid van de zesde staatshervorming, overgeheveld van de federale naar de Vlaamse overheid. Voorheen was dit nog een bevoegdheid van de federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van voedselketen en Leefmilieu. Deze FOD staat op heden wel nog in voor het afleveren van het visum [11].
Als we naar de lijst van de verschillende gezondheidszorgberoepen kijken valt op dat klinische psychologen hier ontbreken. Dit komt omdat er tot voor kort nog geen erkenning van dit beroep was als gezondheidszorgberoep. Op 4 april 2014 werd er, na 15jaar ijveren vanwege de klinisch psychologen, een wetsontwerp van Nathalie Muylle betreffende de wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen ingediend en gestemd in de Kamer. Na aanname verscheen de wet op 20 mei 2014 in het Belgisch Staatsblad en zal ze in werking treden vanaf 1 september 2016. Vanaf die datum zullen dus ook klinisch psychologen kunnen worden erkend als gezondheidszorgberoep [12].

Multidisciplinaire vs. inter- of transdisciplinaire samenwerking:
Als de verschillende disciplines samenwerken rond de acute of chronische zorgproblemen van de patiënt dan kunnen ze dit doen op een multi-, inter- of transdisciplinaire manier.
Met multidisciplinaire samenwerking wordt bedoeld dat meerdere zorgverleners rond éénzelfde 'project' samenwerken (bijvoorbeeld de individuele patiënt of een patiëntenpopulatie) waarbij iedere discipline het onderdeel voor zijn rekening neemt dat past binnen de eigen competentie. [13,14] Deze diensten worden door de verschillende zorgverleners op elkaar afgestemd en parallel geleverd, maar gebeuren op een onafhankelijke basis. [15,16]

Bij interdisciplinaire samenwerking daarentegen wordt er door de verschillende zorgverleners in teamverband gewerkt. Hierbij wordt een gemeenschappelijke, coherente aanpak gerealiseerd waarbij alle partijen een gezamenlijk doel voor ogen hebben en een gemeenschappelijke besluitvorming hanteren. De grenzen van de 'territoria' van de verschillende disciplines zijn hierbij wel nog aanwezig [13,14,15].

Bij transdisciplinaire samenwerking vervagen deze grenzen en wordt alles onderling gedeeld. Zo wordt er tot een op consensus gebaseerde zorgverlening gekomen [14,15].

In deze thesis wordt enkel verder ingegaan op de multidisciplinaire vorm van samenwerken daar het in een multidisciplinaire groepspraktijk voornamelijk de bedoeling is dat alle geassocieerde gezondheidszorgberoepen zich toeleggen op hun eigen competenties binnen hun eigen vakgebied en dit op elkaar afstemmen teneinde een betere gezamenlijke zorgverlening te bekomen.

1.2. Hoe is multidisciplinaire samenwerking de laatste jaren in Vlaanderen geëvolueerd?

Uit de jaarstatistieken van de FOD Volksgezondheid uit 2014 omtrent het aantal gezondheidszorgbeoefenaars kan worden afgeleid dat er in Vlaanderen op macroniveau twee gezondheidszorgberoepen zijn die sterker vertegenwoordigd zijn dan de rest [17]. Het betreft enerzijds de verpleegkundigen en anderzijds de zorgkundigen. Voor de rest is er - rekening houdend met het feit dat de groep van de paramedici uit verschillende disciplines bestaat - een vrij gelijke verdeling tussen de andere beroepen (zie Fig.3).

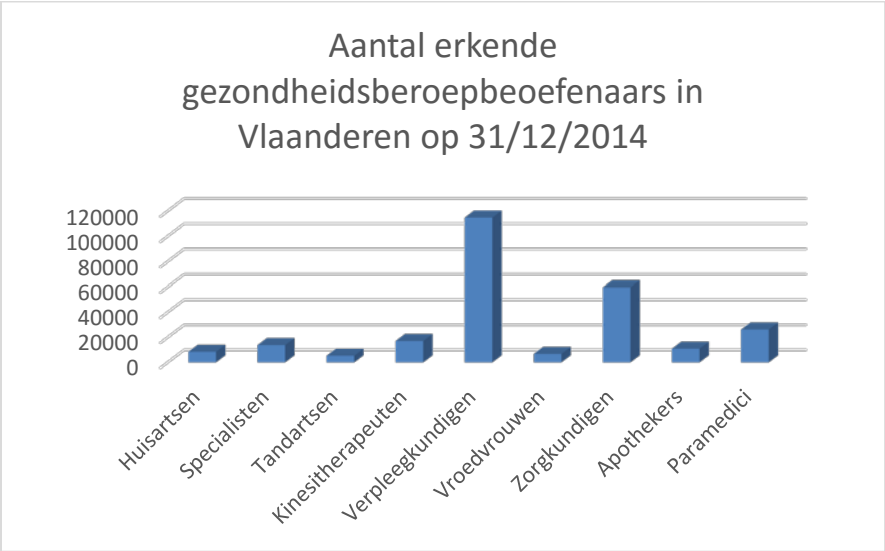


Fig. 3. Aantal erkende gezondheidszorgbeoefenaars op 31/12/2014 volgens de jaarstatistieken van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van voedselketen en leefmilieu [17].

Volgens deze statistieken hadden de disciplines verpleegkunde en zorgkunde in Vlaanderen in 2014 respectievelijk 114.768 en 59.723 beroepsbeoefenaars [17]. Niet alle leden hiervan oefenen evenwel actief hun beroep uit. In een meer recente studie omtrent de toekomstplanning van het aanbod van gezondheidszorgberoepen wordt het aantal actieve verpleegkundigen geschat op 81.106. Sommigen hiervan werken ook slechts deeltijds waardoor dit aantal kan worden omgerekend naar 63.088 voltijdsequivalenten [18]. Een analoge berekening van het aantal actieve zorgkundigen was niet mogelijk omwille van het ontbreken van gegevens hieromtrent.

Ondanks de overschatting van het aantal verpleeg- en zorgkundigen in de statistieken van de FOD Volksgezondheid toont deze bron wel aan dat er een grote evolutie is in het aantal nieuwe leden bij deze beroepen (zie Fig.4). Zo steeg het aantal verpleegkundigen in de periode tussen 2009 en 2014 met 14.583 leden. Het aantal zorgkundigen steeg met 25.801 leden. Vergelijken we dit met de groei van bijvoorbeeld kinesisten of huisartsen, met respectievelijk 1.899 en 466 leden, dan kunnen we stellen dat de twee eerstgenoemde gezondheidszorgberoepen in Vlaanderen de grootste opmars kennen [17].

Als er wordt gekeken naar de verdeling van het aantal actieve verpleegkundigen over de verschillende sectoren van de gezondheidszorg, dan kan er worden opgemerkt dat het overgrote deel van hen werkzaam is als bediende in een ziekenhuis of in een rust- en verzorgingstehuis. In 2014

waren er in deze settings respectievelijk 44.151 en 12.092 verpleegkundigen aan de slag, goed voor 33.490 en 9.245 voltijdsequivalenten. Hiermee vergeleken zijn er veel minder verpleegkundigen die voor een carrière als thuisverpleegkundige kiezen. In 2014 opteerden slechts 10.379 van hen voor deze professie, omgerekend goed voor zo'n 8.469 voltijdsequivalenten [19].
Cijfers over actieve verpleegkundigen in andere gezondheidszorgsectoren dateren van een onderzoek uit 2009. Hieruit blijkt dat er 1.138 verpleegkundigen ofwel bij een medisch laboratorium werkzaam waren, ofwel als praktijkverpleegkundige bij een huisarts, specialist of tandarts werkten ofwel betrokken waren bij ambulante revalidatieactiviteiten [20].

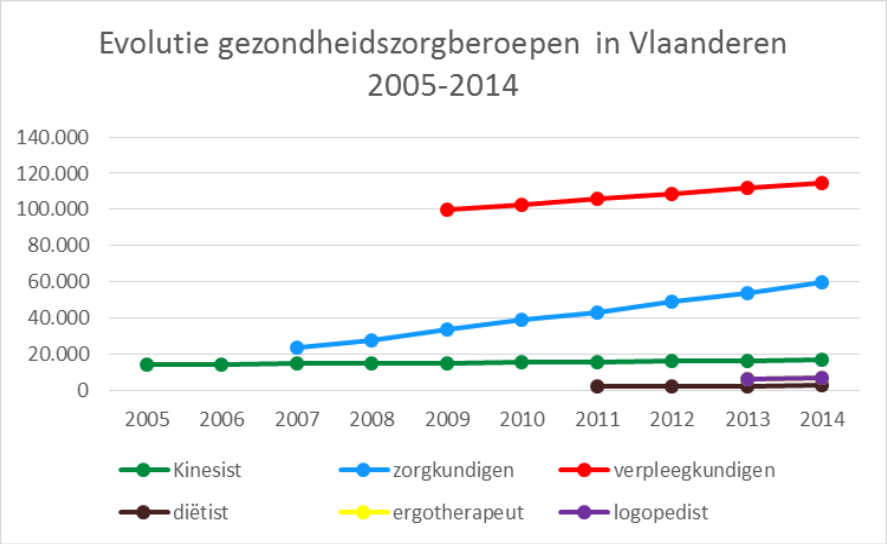


Fig. 4. Evolutie gezondheidzorgberoepen in Vlaanderen 2005-2014 volgens de jaarstatistieken van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van voedselketen en leefmilieu [17].

Hoewel er dus op Vlaams niveau een toename van medisch personeel wordt gezien in de verpleegsector, weerspiegelt dit zich minder op het niveau van de huisartsenpraktijk. Bovenstaande cijfers geven aan dat er weinig praktijkverpleegkundigen zijn. Hieruit volgt dat er slechts in een beperkt aantal Vlaamse huisartsenpraktijken een samenwerkingsverband bestaat tussen huisarts en verpleegkundige.
De provincie die een voortrekker is van deze vorm van samenwerking, zo blijkt uit enkele publicaties hieromtrent in het tijdschrift 'Huisarts Nu' van Domus Medica, is Antwerpen. Maar ook hier staat deze vorm van samenwerking nog helemaal niet op punt. In een kleinschalige manamathesis uit 2014 waarin 23 huisartsen van de wachtpost Antwerpen Noord werden bevraagd bleek slechts ongeveer vijf procent van hen een samenwerkingsverband met een verpleegkundige te hebben binnen de huisartsenpraktijk [21]. Vergeleken met cijfers uit de Verenigde Staten, waar 53% van de huisartsenpraktijken een praktijkverpleegkundige in dienst heeft, is dat niet erg veel [22].

Ook andere gezondheidszorgberoepen (o.a. diëtist, klinisch psycholoog, kinesist,…) vinden slechts aarzelend hun weg naar de huisartsenpraktijk. In Vlaanderen is het nog eerder ongewoon om op één locatie multidisciplinair samen te werken. Veel huisartsen werken nog in kleinschalige praktijken, met een informeel netwerk van lokale zorgverleners die zich op een aparte locatie bevinden [4].
Over deze samenwerkingsvorm zijn werden geen kwantitatieve cijfers gevonden en ook de navraag bij de verschillende beroepsverenigingen leverde niets op.
Hoewel deze samenwerkingsverbanden op één locatie nu nog niet veel worden toegepast zou deze evolutie er in de toekomst zeker moeten komen. In de beleidsnota van minister Vandeurzen 2014-2019 worden er in het voorjaar van 2017 verschillende maatregelen aangekondigd om multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk te stimuleren [23].

2. Wat zijn de voornaamste drempels voor een multidisciplinaire praktijk?

In de literatuur staat beschreven dat de samenwerking tussen huisartsen en andere gezondheidszorgberoepen niet altijd van een leien dakje loopt. Er zijn drie belangrijke categorieën van barrières die de implementering van multidisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg in de weg staan. Deze drie categorieën zijn *structureel*, *cultureelgebonden* en *technisch* [24]:

Structureel
De inherente complexiteit van de menselijke biologie en pathologie resulteert in het feit dat voor verschillende individuen soms een andere zorg nodig is en dat deze zorg niet altijd volgens éénzelfde lineair zorgpad verloopt. Deze variabiliteit in zorg is een eerste factor die de uitbouw van multidisciplinaire teams bemoeilijkt.
Ook frequente wijzigingen in de samenstelling van de teamleden in het multidisciplinair team doen de effectiviteit van de samenwerking dalen.

Cultureelgebonden
Bepaalde artsen staan sceptisch ten opzichte van veranderingen in praktijkorganisatie en vergoedingssystemen. De meeste bezwaren hierbij betreffen zorgen omtrent de financiële verloning, het verliezen van controle over het werkproces en de noodzaak aan bijkomende opleiding. Gebrek aan ervaring met multidisciplinaire samenwerking ligt meestal aan de basis van deze weerstand.

Technisch
Tenslotte zijn er bij multidisciplinaire samenwerking betrouwbare en gevalideerde meetinstrumenten nodig om de kwaliteit van de zorgverlening op te volgen en te beoordelen. De aanmaak en de toepassing hiervan zorgen voor een hoge administratieve belasting.

2.1. Concrete barrières bij samenwerking met andere disciplines.

Zowel de huisartsen als de beoefenaars van andere gezondheidszorgberoepen hebben een aantal ideeën en/of vooroordelen ten opzichte van elkaar of ten opzichte van de patiënt die de samenwerking kunnen hypothekeren. Hieronder volgt een kort overzicht van enkele van deze opinies bij of ten opzichte van diëtisten, praktijkverpleegkundigen en kinesisten.

Diëtisten [25]
Huisartsen zijn soms van mening dat de patiënt moeilijk te motiveren is voor dieetadvies of dat hij/zij hier simpelweg geen interesse in heeft. Het vooroordeel heerst ook dat de familie of de omgeving de patiënt hierin niet zal steunen.
Verder beschikken de huisartsen over te weinig communicatietools ('counseling', motiveren en 'shared decision making') om de patiënt te overhalen naar de diëtist te gaan. Vele huisartsen kiezen daardoor de makkelijkste weg als de patiënt enige weerstand biedt tegen verwijzing en gaan hier dan ook niet verder op in.
Ook het inschatten van de noodzaak tot verwijzing loopt niet altijd optimaal. Veelal minimaliseert de huisarts de ziekte van de patiënt en schenkt hij/zij te weinig aandacht aan de wensen van de patiënt, waardoor een verwijzing niet nodig wordt geacht.
Meer specifiek bij patiënten met Diabetes Mellitus type 2 verloopt de follow-up nog steeds onvoldoende gestructureerd waardoor bij deze patiënten een consultatie bij een diëtist meestal op initiatief van de patiënt zelf gebeurt en niet op die van de huisarts.
Tenslotte vindt ongeveer de helft van de huisartsen een consultatie bij een diëtist te duur.

Diëtisten vinden dan weer op hun beurt dat ze onvoldoende aangepaste informatie krijgen van de huisarts bij doorverwijzing. Ze storen zich aan de houding en de manier van communiceren van de

huisarts naar de patiënt toe. Dit wijten ze voor een stuk aan een te povere kennis van communicatietools bij de huisarts.

Praktijkverpleegkundigen [24,26]

Voor huisartsen zijn er verschillende drempels om een samenwerkingsverband aan te gaan met een praktijkverpleegkundige.

Ten eerste zijn de verpleegkundige bevoegdheden zoals beschreven worden in de Belgische wetgeving, te algemeen en niet nader gespecifieerd voor de huisartsenpraktijk. Hierdoor is het takenpakket van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk te onduidelijk en voor interpretatie vatbaar. Bovendien ontbreekt in België een specifieke opleiding tot praktijkverpleegkundige [24].

Verder blijkt vooral de financiering een enorme barrière voor vele huisartsen [24]. Zo dient de huisarts rekening te houden met het feit dat praktijkverpleegkundigen vallen onder het bediendenstatuut. Hierdoor is het niet mogelijk samen te werken op zelfstandige basis. Huisartsen dienen dus de verpleegkundige aan te werven als bediende. Hierdoor moet de huisarts de praktijkverpleegkundige een vast (bruto)maandloon betalen dat minstens het minimum (bruto)maandloon bedraagt. Dit minimumloon van een verpleegkundige (zonder anciënniteit) is wettelijk vastgelegd op 1.762,26 euro per maand [27]. Bovenop dit maandloon komen nog de kosten van de sociale werkgeversbijdrage en die van het afsluiten van een arbeidsongevallenverzekering [28].Door al deze kosten blijkt het aanwerven van een praktijkverpleegkundige praktisch bijna onmogelijk [29].

Een derde drempel tot samenwerking is het feit dat artsen het soms moeilijk hebben met het uitbesteden van taken uit angst dat er iets fout zou lopen. Zij blijven immers te allen tijde juridisch eindverantwoordelijk.

Ten slotte kan de attitude van de arts zelf zowel een remmende als een bevorderende factor voor samenwerking zijn.

Vanuit de verpleegkundigen zijn er ook verschillende drempels die de samenwerking tussen hen en de huisarts bemoeilijken.

Ze vrezen dat hun integratie mogelijks op weerstand zou kunnen stuiten bij patiënten in Vlaanderen. De patiënten zijn een dergelijke samenwerking, waarbij naast de zorgverlening van de huisarts inhuis zorgverlening door de praktijkverpleegkundige wordt geboden, immers niet gewend.

Ook leeft bij hen de veronderstelling dat ze in de huisartsenpraktijk te weinig de kans zouden krijgen om bijkomende opleidingen te volgen. Dit gebrek aan opleiding is voor sommigen een belangrijke drempel tot samenwerken.

Een reeds vermelde, laatste factor is de attitude van de huisarts in kwestie [26].

Kinesitherapeuten [30]

Er zijn enkele drempels die huisartsen ervaren bij de samenwerking met kinesitherapeuten. Zo missen ze voldoende overleg met de kinesitherapeut omtrent de mogelijke indicaties voor verwijzing. Ze zijn hierdoor bang om ongeschikte verwijzingen te maken.

Veelal is er aan de zijde van de huisarts ook een miskenning van de inhoud van het beroep kinesitherapie dat ervoor zorgt dat de verwachtingen van de huisarts over het kinesitherapeutisch consult niet altijd kloppen.

Verder is de huisarts vragende partij om door de kinesist na de behandeling op de hoogte gehouden te worden d.m.v. de nodige verslagen maar in de praktijk komt dit slechts zelden voor.

Op hun beurt ervaren ook kinesitherapeuten verschillende knelpunten in de samenwerking met de huisarts. Ten eerste vinden ze dat er te weinig mogelijkheid is tot overleg, dit voornamelijk door tijdsgebrek bij de huisarts. De huisarts heeft volgens hen ook een verkeerde indruk van de behandelingsmogelijkheden die de kinesitherapeut toepast. Ze wensen dan ook geen beschrijving van behandeling op het voorschrift, maar eerder een goed uitgewerkte diagnose. Helaas

ontbreekt deze veelal.
Bij de doorverwijzing hekelen ze eveneens het feit dat relevante informatie omtrent medische voorgeschiedenis, verslagen van specialisten en uitslagen van medische beeldvorming niet worden meegegeven.
Ze hebben ook veelal het gevoel dat de huisarts patiënten met chronische pijn bij hen 'parkeert'.

2.2. Algemene drempels voor samenwerking onder één dak.

Ook voor de samenwerking onder één dak tussen de huisarts en de andere zorgdisciplines bestaan er bepaalde drempels. Er moet hiervoor immers minimaal aan een aantal basiseisen worden voldaan. Eerst en vooral moet er voldoende ruimte beschikbaar zijn voor de uitoefening van de onderscheiden disciplines. Deze ruimte moet groot genoeg zijn om het materiaal van het desbetreffende beroep te bevatten. Ook gezamenlijke ruimtes (wachtruimte, archief,…) dienen iets groter geconcipieerd. [24] Dikwijls vereist dit een financiële investering van de samenwerkende partijen.
Ook moet er een contract worden opgesteld door de partijen waarin een financiële overeenkomst (huur, onkosten, etc.) wordt vastgelegd.
Naast deze formele overeenkomst dienen ook praktijkmanagementzaken zoals overlegmomenten, opvolgen van kwaliteit van zorg,… worden geregeld. Dit vereist van beide kanten een grote tijdsinvestering.
Ten laatste, maar minstens even belangrijk moet er voldoende doorverwijzing zijn van de huisarts naar de andere zorgverlener(s).

3. Ondersteunende maatregelen

3.1. Algemeen

Ondersteunende maatregelen hebben tot doel bovenstaande barrières te doorbreken zodat de oprichting van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden wordt gestimuleerd.
Structurele barrières kunnen worden aangepakt door de turn-over van teamleden in het multidisciplinair team zo klein mogelijk te houden en te verzekeren dat de werkplaatsen voldoende geschikt zijn voor multidisciplinaire ingebruikname.
Een financiële tegemoetkoming voor multidisciplinaire samenwerking die huisartsen motiveert om een dergelijke samenwerkingsvorm uit te proberen kan helpen om bij hen de cultuurgebonden barrières weg te werken. De inzichten die ze hierbij verwerven kunnen immers hun vooroordelen rond deze vorm van samenwerking doen verdwijnen waardoor ze meer geëngageerd zijn om in een dergelijk samenwerkingsverband te functioneren. Ook de toenemende evidentie dat de kwaliteit van zorg voor de patiënt beter is als de huisarts in een multidisciplinair team werkt zal deze gedachtegang voor de huisarts nog versterken.
Ten slotte kan de technische barrière worden weggewerkt door een bevoegde instantie die via IT-infrastructuur en gehomologeerde softwarepaketten data kan extraheren omtrent de samenwerking en via analyse van kwaliteitsparameters een evaluatie kan opmaken van deze samenwerking.
In de Verenigde Staten wordt verder ook het idee geopperd dat de samenwerking tussen de beide gezondheidszorgberoepen in grote mate kan worden verbeterd door een externe praktijkassistent en/of een zorgmanager. Een praktijkassistent zorgt er door een hervorming van de werkprocessen en flowcharts in de praktijk voor dat er betere zorg aan de patiënten wordt geleverd. Een zorgmanager neemt dan weer de taak van het coördineren van zorg op zich en helpt de patiënten om in de zorgverlening te navigeren en de gepaste zorg te bekomen [31].

3.2. Ondersteunende maatregelen in Vlaanderen

Financiële ondersteunende maatregelen:
In Vlaanderen zijn er (nog) niet veel ondersteunende maatregelen om multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk te promoten. Er bestaan financiële maatregelen via het Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde voor zowel vestiging van een huisarts in een huisartsenarme zone (IMPULSEO I) als voor aanwerven van praktijkassistentie (ofwel via aanwerving van een bediende ofwel via een contract met een telesecretariaat (IMPULSEO II en III)) [33]. Voor de mogelijkheid tot associatie met andere gezondheidszorgberoepen bestaat een dergelijke premie voorlopig nog niet.
Eind 2013 lanceerde het Academisch Platform Chronische Zorg – bestaande uit de beroepsorganisaties Domus Medica, Société Scientifique de Médecine Générale, alle Academische Centra voor Huisartsgeneeskunde (Nederlandstalig, Franstalig), alsook de Vereniging van Wijkgezondheidscentra en de Maisons Médicales – hiervoor een voorstel genaamd ASSISTEO. Dit is een plan voor financiële ondersteuning van de aanpak van chronische zorg door een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk [32]. Dit zou een eerste goeie stap kunnen zijn in de richting van financiële haalbaarheid van multidiscpilinariteit in de huisartsenpraktijk. In een manamathesis uit 2014 blijkt dat de meerderheid van de artsen in een steekproef van huisartsen in een wachtpost in Antwerpen zich achter dit voorstel schaart [21]. Voorlopig laat een praktische uitwerking van dit voorstel echter nog op zich wachten.

Voor praktijkondersteuning is er financieel voor de Vlaamse huisarts jaarlijks wel een premie voorzien [34]. Dit is een forfaitair bedrag, vastgelegd door het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen en uitgekeerd door het RIZIV, om de werking van de huisartsenpraktijk te ondersteunen. Om dit bedrag te krijgen moet de huisarts wel aan een aantal voorwaarden voldoen. Zo dient hij/zij erkend te zijn als huisarts (bevoegdheidscode -003 of -004), ingeschreven te zijn in een georganiseerde wachtdienst en een voldoende aantal raadplegingen en/of huisbezoeken per jaar te hebben aangerekend (berekend a.d.h.v. de raadplegingen en huisbezoeken in het tweede jaar voorafgaand aan het premiejaar). De huisarts krijgt dit bedrag in eigen beheer en kan het naar believen besteden. Hij kan er dus ook voor kiezen om dit bedrag voor te behouden voor maatregelen ter voordele van multidisciplinaire samenwerking. Er dient wel opgemerkt dat dit bedrag niet erg groot is. Voor 2015 bestaat de premie uit een basisbedrag van 1.672,94 EUR en een aanvullend bedrag van 500 EUR dat kan worden verkregen als de huisarts voldoet aan de voorwaarden voor het basisbedrag en in 2015 volledig toegetreden is tot het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen.

Niet-financiële ondersteunende maatregelen:
Met de opkomst van eHealth in de eerstelijnsgezondheidzorg is er tegenwoordig een forse ontwikkeling op het vlak van elektronische samenwerkingsverbanden [35].
Via netwerken als het Hubs&Metahub systeem kunnen allerhande medische documenten en verslagen gemakkelijk worden uitgewisseld. Momenteel is dit systeem echter beperkt tot uitwisseling van gegevens tussen artsen, zowel binnen als buiten de ziekenhuizen.
Via MyCareNet is er een rechtstreeks contact mogelijk tussen de zorgverleners en de ziekenfondsen en via Recip-e tussen huisartsen en (voornamelijk) apothekers.
Bovendien is er ook een digitaal platform in aanmaak, genaamd Vitalink, dat elektronische uitwisseling van gegevens mogelijk maakt voor alle actoren in de zorg- en welzijnssector. Met dit programma kunnen vaccinatiegegevens, medicatieschema's en SUMEHR's (Summarized Electronic Health Record, beknopt medisch dossier met minimale essentiële gezondheidsgegevens) worden gedeeld [36]. Deze kunnen dan via een systeem van toegangsrechten op basis van type gezondheidszorgberoep door de verschillende zorgverleners worden bekeken.

D. DISCUSSIE

1. Praktijkverpleegkundigen en taakdelegatie.

Door de vergrijzing en de toename van het aantal gezonde levensjaren per persoon neemt het aandeel chronische aandoeningen bij de Vlaamse bevolking toe. Bijgevolg stijgt ook de zorgnood. Momenteel zijn er in Vlaanderen nog genoeg huisartsen actief om aan deze toenemende zorgnood een antwoord te kunnen bieden maar in de nabije toekomst dreigt er een tekort te komen in dit artsenbestand. Hierdoor wordt de werkdruk van de Vlaamse huisarts steeds groter.

Om de huisarts te ontlasten wordt in conferenties en voordrachten rond eerstelijnsgezondheidszorg en in de media gepleit om praktijkverpleegkundigen in te schakelen. Deze zouden enkele huisartstechnische zaken op zich kunnen nemen zodat de huisarts zich tijdens de consultaties meer op zijn medische kerntaken zou kunnen focussen.

Hoewel er in Vlaanderen al enkele praktijken bestaan die zo'n samenwerkingsverband hebben, blijkt de integratie van praktijkverpleegkundigen in de meeste Vlaamse huisartsenpraktijken moeilijk te verwezenlijken. Er zijn namelijk enkele drempels die deze samenwerking kunnen hypothekeren. De grootste barrière voor de huisarts blijkt hierbij de financiering. Naast een vast (bruto)maandloon voor de verpleegkundige dient de huisarts nog enkele andere kosten voor zijn rekening te nemen zoals de sociale werkgeversbijdrage en het afsluiten van een arbeidsongevallenverzekering. Tot nog toe zijn er voor deze (on)kosten door het RIZIV nog geen ondersteunende financiële tegemoetkomingen voorzien. Een voorstel hiervoor, door het Academisch Platform Chronische Zorg eind 2013 ingediend, genaamd Assisteo, kent voorlopig nog geen praktische uitwerking.
Naast de financiële drempels dragen ook enkele andere factoren ertoe bij dat samenwerking met een praktijkverpleegkundige moeilijk te verwezelijken is. Er in België immers geen specifieke opleiding tot praktijkverpleegkundige en in de Belgische wetgeving staat voor praktijkverpleegkundigen geen exacte functie-omschrijving beschreven.

2. Multidisciplinaire samenwerking in de huisartsenpraktijk

De Vlaamse overheid erkent momenteel acht gezondheidzorgberoepen en vanaf 1 september 2016, door de officiële erkenning van klinisch psychologen als gezondheidszorgberoep, breidt dit aantal uit naar negen.

Qua aantal beroepsbeoefenaars zijn er twee gezondheidszorgberoepen die er ten opzichte van de rest boven uitspringen. Dit zijn enerzijds de verpleegkundigen en anderzijds de zorgkundigen. In deze twee beroepen werd de laatste jaren ook een forse toename gezien in aantal leden. De rest van de gezondheidszorgberoepen kende in dezelfde periode slechts een bescheiden evolutie. Een aantal nieuwe, recent erkende gezondheidszorgberoepen, met name logopedie, ergotherapie en diëtiek, tellen dan weer het minst aantal beroepbeoefenaars.

Als verschillende van deze disciplines op onafhankelijke basis samenwerken rond éénzelfde patiënt of patiëntenpopulatie, maar zich hierbij enkel richten op het onderdeel dat past binnen de eigen competentie, dan wordt dit een multidisciplinaire samenwerking genoemd. Hieronder vallen dus alle samenwerkingsverbanden tussen de huisarts en andere gezondheidszorgberoepen.

Door de huidige structuur van de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg, waarin vele zorgverleners nog geïsoleerd werken van andere zorgverleners, gebeurt deze multidisciplinaire samenwerking meestal nog vanuit aparte locaties. De optie van samenwerking onder één dak wordt in Vlaanderen, ondanks de vele praktische voordelen, nog maar weinig toegepast.

Drempels die de huisarts hiervoor aanhaalt zijn voornamelijk financieel. Er moet immers een extra ruimte worden voorzien die voldoet aan de vereisten van het aangetrokken gezondheidszorgberoep en ook de gezamelijke ruimtes moeten iets groter worden geconcipieerd. Ook een grote tijdsinvestering qua praktijkmanagement is voor de huisarts een grote barrière voor deze vorm van samenwerking.
Daarnaast bestaan er ook een aantal beroepsafhankelijke factoren die deze multidisciplinaire samenwerking in de weg staan.

Verder zijn er vanuit de overheid ook onvoldoende ondersteunende maatregelen voorzien ter promotie van multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk. De opkomst van eHealth zorgt voor een verbetering voor de communicatie tussen zorgverleners, maar dit is vooral nuttig bij samenwerkingsverbanden op aparte locaties.

E. CONCLUSIE

In Vlaanderen is er door de discrepantie tussen zorgnood en zorgaanbod nood aan een herstructurering van de eerstelijnsgezondheidzorg. Taakdelegatie, waarbij enkele medisch-technische handelingen worden toevertrouwd aan praktijkverpleegkundigen, lijkt hiervoor een ideale oplossing. Toch laat de praktische uitwerking hiervan op zich wachten. Het aantal verpleegkundigen werkzaam in de huisartsenpraktijk neemt slechts traag toe, ondanks de grote toename van verpleeg- en zorgkundigen op Vlaams niveau. Naast enkele praktische drempels zijn de redenen hiervoor voornamelijk financieel. Er is voor de huisarts te weinig financiële ondersteuning voorhanden.
Ook voornamelijk door deze reden zijn er in Vlaanderen nog te weinig samenwerkingsverbanden onder één dak tussen de huisartsen en andere gezondheidszorgberoepen.

F. BRONNENLIJST

[1] Schafer W., van de Berg M., Groenewegen P. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. Huisarts Wet 2016. 59(3): 94-101.

[2] Conferenties Eerstelijnsgezondheidszorg. [Online]. Beschikbaar: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Vlaamse-bevoegdheden/conferentie-eerstelijnsgezondheidszorg [Geraadpleegd op 10 september 2015]

[3] Vlaamse bevolkingspiramides. FOD Economie. [Online]. Beschikbaar: http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/piramide/ [Geraadpleegd op 14 februari 2016]

[4] Paulus D., Van Den Heede K., Mertens R. Position paper: Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 190As. D/2012/10.273/82. [Online]. Beschikbaar op: https://kce.fgov.be/nl/publication/report/position-paper-organisatie-van-zorg-voor-chronisch-zieken-in-belgi%C3%AB#.VsBpz_LhDIU [Geraadpleegd op 14 februari 2016]

[5] Incidentie en prevalentie chronische aandoeningen in Vlaanderen. [Online]. Beschikbaar: http://www.vitalink.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Chronische-aandoeningen--incidentie-en-prevalentie [Geraadpleegd op 14 februari 2016]

[6] Fortin M., Hudon C., Haggerty J., Akker Mvd, Almirall J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. BMC Health Services Research 2010. 10:111.

[7] Schoenmakers B., Aertgeerts B., Buntinx F., Vankrunkelsven P., Van Pottelberg G., De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2013. 70(12): 657-665.

[8] De Maeseneer J., Aertgeerts B., Remmen R., Devroey D. Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 december 2014. [Online]. Beschikbaar: www.hapraktijkvoorbeelden.be/doc/together-we-change-ned.pdf [Geraadpleegd op 10 oktober 2015]

[9] Informatie over gezondheidzorgberoepen. FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. [Online]. Beschikbaar: http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/index.htm?fodnlang=nl#.VwF2mqSLTIU fVkQPntmko [Geraadpleegd op 9 september 2015]

[10] Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. 10 Mei 2015. [Online]. Beschikbaar: http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@healthprofessions/documents/ie2law/19104488.pdf [Geraadpleegd op 24 januari 2016]

[11] Informatie rond voorwaarden tot uitoefenen van gezondheidszorgberoep in Vlaanderen. Vlaamse overheid. [Online]. Beschikbaar: http://www.vlaanderen.be/nl/werk/werk-zoeken/een-gezondheidszorgberoep-uitoefenen [Geraadpleegd op 24 januari 2016]

[12] Informatie rond de erkenning van klinisch psychologen als gezondheidszorgberoep. [Online]. Beschikbaar: https://www.bfp-fbp.be/de-geschiedenis-van-de-erkenning [Geraadpleegd op 12 maart 2016]

[13] Heyrman J., Springael E., Lammens E. VINO Themagroep. Themadocument Multidisciplinaire samenwerking. 2013. [Online]. Beschikbaar: www.domusmedica.be [Geraadpleegd op 14 februari 2016]

[14] Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. [Review]. Clin Invest Med. 2006 Dec;29(6):351-64.

[15] D'Amour D., Ferrada-Videla M., San Martin Rodriguez L., Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. Journal of interprofessional care. [Review]. 2005 May;19 Suppl 1:116-31.

[16] Minkman MM, Ahaus KT, Huijsman R. A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2009;9:42.

[17] Jaarlijkse statistieken van gezondheidszorgberoepen. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de

voedselketen en leefmilieu. [Online]. Beschikbaar: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/index.htm#.VqNeuCrhDIV [Geraadpleegd op 23 januari 2016]
[18] Toekomstscenario's van de workforce verpleegkunde, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-Generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu,december 2014.
[19] Cel planning van het aanbod van de gezondheidszorgberoepen. Toekomstscenario's van de workforce "verpleegkundigen". 2016. [Online]. FOD Volksgezondheid. [Geraadpleegd op 19/04/2016]. Beschikbaar op: http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/planningscommissie/toekomstscenarios_verpleegkundigen.pdf
[20] Cel planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen. Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt. 2014. [Online]. FOD Volksgezondheid, [Geraadpleegd op 19/04/2016], Beschikbaar op: http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/planningscommissie_-_medisch_aanbod/19103516.pdf
[21] L. Willekens, "Samen werken aan een samenwerking met praktijkverpleegkundigen. Visie van huisartsen in Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord", Manamathesis huisartsgeneeskunde, K.U.Leuven, 2014.
[22] Peikes D.N., Reid R.J., Day T.J., Cornwell D.D.F., Dale S.B., Baron R.J., et al. Staffing Patterns of Primary Care Practices in the Comprehensive Primary Care Initiative. Ann Family Med. Maart/April 2014;12(2):142-149
[23] Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen situering en veranderingstraject 2015 2019. [Online]. Beschikbaar: http://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/ELZ%20ConfReorganisatie2017%20Visietekst%2020150527.pdf [Geraadpleegd op 17 september 2015]
[24] Blumenthal D.M., Song Z., Jena A.B., Ferris T.G. Guidance for structuring team-based incentives in healthcare. Am J Manag Care. 2013 Feb 1;19(2):e64-70
[25] L. De Fauw, "Optimaliseren van de samenwerking tussen de huisarts en de diëtiste voor type 2 diabetespatiënten", Manamathesis huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent, 2013.
[26] M. Smeets, "Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan, een praktijk verbeterend project.", Manamathesis huisartsgeneeskunde, K.U.Leuven, 2013.
[27] Minimumlonen. FOD Werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg. [Online]. Beschikbaar: https://www.minimumlonen.be/document.html?jcId=e51cadcb23164573b51673819ec70e0a&date=02/04/2016#cf2e07ee4724adad01493802dad26b57 [Geraadpleegd op 2 april 2016]
[28] Informatie rond het aannemen van personeel voor ondernemers. Vlaamse overheid. [Online]. Beschikbaar: http://www.vlaanderen.be/nl/ondernemen/een-eigen-zaak-starten/personeel-aanwerven [Geraadpleegd op 31 maart 2016]
[29] Infobox huisarts. RIZIV. September 2014. [Online]. Beschikbaar: http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infobox-huisarts.pdf [Geraadpleegd op 29 maart 2016]
[30] S. Johanns, "Verbetering van communicatie tussen kinesitherapeuten en de huisarts.", Manamathesis huisartsgeneeskunde, K.U.Leuven, 2014.
[31] Taylor E.F., Machta R.M., Meyers D.S., Genevro J., Peikes D.N. Enhancing the Primary Care Team to Provide Redesigned Care: The Roles of Practice Facilitators and Care Managers. Ann Family Med. 2013;11:80-83
[32] Voorstel tot multidisciplinaire praktijkondersteuning chronische zorg: "ASSISTEO". Academisch Platform Chronische Zorg. November 2013. [Online]. Beschikbaar: http://www.domusmedica.be/images/stories/allerlei/Assisteo_Tekst_November_2013.pdf [Geraadpleegd op 7 september 2015]
[33] Informatie rond IMPULSEO. RIZIV. [Online]. Beschikbaar: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/impulseo/Paginas/default.aspx#.VwBflKSLTIU

[Geraadpleegd op 3 april 2016]
[34] Informatie rond premie voor praktijkondersteuning. RIZIV. [Online]. Beschikbaar: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/Paginas/praktijkondersteuning-huisartsgeneeskunde.aspx#.VvlBxvmLTIU [Geraadpleegd op 28 maart 2016]
[35] Overzicht online diensten eHealth. [Online]. Beschikbaar: https://www.ehealth.fgov.be/nl/online_service [Geraadpleegd op 12 september 2015]
[36] Informatie over het project Vitalink. [Online]. Beschikbaar: www.vitalink.be [Geraadpleegd op 12 september 2015]

4. Veldonderzoek.

A. INLEIDING

De laatste jaren is er bij Vlaamse huisartsenpraktijken duidelijk een evolutie te zien van solo- naar groepspraktijken. Huisartsen verkiezen in toenemende mate met collega's te associëren en groepspraktijken te vormen omwille van de vele voordelen die deze formule biedt. Voorbeelden van dergelijke pluspunten zijn continuïteit van zorg, het kunnen delen van financiële investeringen en administratieve werkbelasting, meer werktevredenheid, samenwerking met collega's, uitwisseling van ervaringen, taakverdeling, enzovoort [1]. Tevens hebben huisartsen in groepspraktijken meestal flexibelere werkuren waardoor ze meer tijd vrij hebben voor privéactiviteiten.

De patiëntenmening omtrent deze evolutie van solo- naar groepspraktijken werd reeds onderzocht in een manamathesis huisartsgeneeskunde uit 2014 [1].
Dit onderzoek toont aan dat patiënten minder tevreden zijn als ze door verschillende huisartsen worden opgevolgd. Het liefst worden ze slechts door één arts begeleid en kiezen ze voor praktijken waar de individuele beschikbaarheid van die arts hoog is. In solopraktijken wordt aan die verwachting meestal voldaan. Toegankelijkheid is voor patiënten eveneens een belangrijke issue. Kleinere praktijken worden door patiënten als meer toegankelijk beschouwd en krijgen de voorkeur.

De patiëntenvisie over de opstart van een multidisciplinaire groepspraktijk is daarentegen een thema dat nog niet vaak werd onderzocht.
Slechts één studie uit Nederland weidt hierover uit. Deze toont aan dat patiënten niet of slechts zeer weinig betrokken worden bij dergelijke praktijkgebonden beslissingen [2]. Vormgeving, schaal of intensiteit van een nieuwe multidisciplinaire samenwerking wordt volgens deze studie grotendeels buiten de patiënten om geregeld. Hierdoor krijgen ze bij dergelijke beslissingen veelal geen enkele inspraak. Patiëntenbelangen worden meestal enkel ingebracht via klachtencommissies en post factum tevredenheidsonderzoek. De conclusie in deze studie luidt dat er verder onderzoek nodig is naar het patiëntenperspectief zodat de patiënt bij dit beslissingsproces kan worden betrokken.

De vraag stelt zich inderdaad hoe patiënten in Vlaanderen over een dergelijke multidisciplinaire groepspraktijk denken en welke meningen ze hieromtrent hebben. Deze informatie kan interessant zijn om als huisarts rekening mee te houden, voornamelijk bij de implementatie van een ander gezondheidszorgberoep binnen de praktijk.

In dit deel van de thesis wordt de patiëntenvisie rond de multidisciplinaire groepspraktijk onderzocht en wordt een gericht antwoord gezocht op de volgende 4 onderzoeksvragen:

1. Hoe staat de patiënt tegenover multidisciplinariteit en uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners in de eerste lijn?
2. Hoe reageert de patiënt op een doorverwijzing door de huisarts naar een binnen de praktijk gevestigde zorgverlener?
3. Hoe kijkt de patiënt naar taakverdeling in de eerste lijn?
4. Welk belang hecht de patiënt aan de vrijheid van keuze in de zorgverlening?

De resultaten van dit veldonderzoek zullen uiteindelijk worden gebruikt als aanzet tot een praktijkverbeterend project binnen de praktijk waar ik nu werk. Deze praktijk beschikt immers over een leegstaande ruimte waarvan de functie nog niet verder is bepaald. De vraag rijst in welke mate deze ruimte kan worden aangewend om binnen de praktijk een multidisciplinaire samenwerking uit te werken.

Om dit praktijkverbeterend project te realiseren worden de principes van de kwaliteitscirkel van Deming, beter bekend als de Plan-Do-Check-Act-Cyclus, toegepast. Deze bestaat uit 4 opeenvolgende fasen van kwaliteitsverbetering (zie fig.6). Als deze 4 fasen op seriële wijze worden uitgevoerd, bekomt men een proces dat via planning, implementatie en a posteriori controle een bewezen werking heeft op de verbetering van kwaliteit binnen de praktijk.



Fig. 6. Kwaliteitscirkel van Deming (Plan Do Check Act)

Dit veldonderzoek heeft tot doel een voorbereiding te zijn voor de eerste fase hiervan, de planning. Om tot deze fase te komen moet worden ingeschat welke planning voor de leegstaande ruimte het best door de patiënten zal worden aanvaard. Door middel van het opstellen van hypotheses over de verschillende visies die patiënten hebben omtrent een multidisciplinaire associatie van de huisarts binnen de praktijk beoogt dit veldonderzoek dit inzicht te bereiken.
De patiëntentevredenheid is immers belangrijk om het praktijkverbeterend project te doen slagen.

B. METHODE

1. Voorbereiding

In de literatuur is tot nog toe weinig terug te vinden is over het thema ‘patiëntenvisie rond multidisciplinariteit (in de eerste lijn)’. Dit onderzoeksveld is dus relatief nieuw. Daarom werd hier als methode geopteerd voor een exploratief kwalitatief onderzoek met diepte-interviews bij patiënten uit de huisartsenpraktijk.

Er waren heel wat obstakels bij de start van dit onderzoeksproject.
Omwille van het overlijden van mijn eerste praktijkopleider, Dr. De Craecker, werd mijn oorspronkelijke onderzoeksopzet, het bouwproces van een artsenpraktijk, gehypothekeerd. Ik had mij toen al enigszins verdiept in dit thema en had al enkele praktijkbezoeken achter de rug in verschillende groepspraktijken in Oost-Vlaanderen. De informatie die hieruit werd verkregen werd - vermits niet meer relevant voor mijn deel van de thesis en nuttig voor zijn deel van de thesis – doorgegeven aan mijn collega, Dr. Cloosen.

In de tweede praktijk waar ik vervolgens werkte als HAIO spitste ik mijn aandacht meer toe op het thema ‘multidisciplinariteit’. Het was in eerste instantie mijn promotor die mij via enkele opmerkingen rond mijn zoekvragen in deze richting stuurde. Zij vond dergelijk onderwerp geschikter om te onderzoeken. Ten eerste omwille van het meer medische karakter hiervan. En ten tweede gezien dit thema een topic is die in conferenties en voordrachten rond eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen meer en meer aan bod komt.

Omdat er in deze tweede praktijk toevallig een praktijkruimte leeg stond waarvan de functie nog niet was ingevuld, besloot ik het onderwerp van mijn thesis vast te leggen op de patiëntenvisie rond een eventuele ingebruikname van deze ruimte door een ander gezondheidszorgberoep. Beide artsen die in deze praktijk werkten stemden hiermee in.
Samen met mijn collega, Dr. Cloosen, werd vervolgens in april 2015 een kort interview opgesteld bestaande uit een 10-tal vragen die dieper ingaan op het thema 'patiëntenvisie over multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk'. Naast een openingsvraag, enkele inleidende vragen, enkele transitievragen en een slotvraag bevat het interview 4 kernvragen die een antwoord op de onderzoeksvragen trachten te bekomen.

Helaas vlotte de samenwerking in deze tweede praktijk niet en besloot ik mijn tweede HAIO-jaar aan te vangen in een derde praktijk, waar ik nog steeds actief ben. Hier bevindt zich eveneens een extra ongebruikte ruimte die in de toekomst eventueel multidisciplinair zou kunnen worden gebruikt. Ook hier kreeg ik de toestemming van mijn praktijkopleider, Dr. Merckaert, om dit onderwerp uit te werken zodat ik mijn patiëntenbevraging kon aanvangen.

2. Selecteren doelgroep

In deze praktijk werden vanaf 1 juni 2015 tien patiënten op doelgerichte wijze geselecteerd uit de EMD-database. Selectiecriteria waren leeftijd (0-90jaar), het beschikken over een Globaal Medisch Dossier en wilsbekwaamheid. Vermits de quasi gelijke verdeling van beide geslachten in de patiëntenpopulatie van deze praktijk (mannen 46%, vrouwen 54%) werd er beslist om vijf mannen en vijf vrouwen deel te laten nemen aan het onderzoek. Deze werden gezocht in vijf leeftijdscategorieën (0-18jaar, 19-36jaar, 37-54jaar, 55-72jaar en 73-90jaar) zodat een selectie van deze tien patiënten een weerspiegeling zou geven van de gemiddelde patiëntenpopulatie in de praktijk. Interviews bij kinderen jonger dan 12jaar zouden, omwille van hun cognitieve onrijpheid om over dit onderwerp een mening te vormen, worden afgenomen bij één of bij beide ouders.
De patiënten werden vervolgens één voor één opgebeld met de vraag of ze wilden meewerken aan het wetenschappelijk onderzoek. Alle voorziene patiënten konden op deze manier worden bereikt. Telefonisch werd de nodige uitleg verschaft in verband met het onderzoek (o.a. verwachte duur van het interview, interview op vrijwillige basis, niet vergoed, vrij om te stoppen op elk moment zonder gevolgen, praktijkverbeterend project en geen schade mogelijk). Bij toestemming werd er voorgesteld het interview af te nemen op huisbezoek. Op uitzondering van één patiënt na, die het interview liever in de praktijk wilde komen afleggen, gingen alle gecontacteerde patiënten hiermee akkoord.
Één patiënte weigerde telefonisch de deelname aan het onderzoek. Hierop werd een andere patiënte die aan dezelfde criteria voldeed in het EMD opgezocht en gecontacteerd. Na instemming van deze patiënte werd ze aan de patiëntenselectie toegevoegd.

3. Interviews met patiënten

Vanaf 1 november 2015 nam ik het interview af bij de tien geselecteerde patiënten van de huisartsenpraktijk. Dit gebeurde, op één na, op huisbezoek, gespreid over 4 verschillende data.
Voor de afname van het interview werd het informatie- en toestemmingsformulier samen met de patiënt nog eens overlopen. Alle patiënten tekenden vervolgens het formulier 'informed consent'.
De afname van de interviews gebeurde op een semigestructureerde manier. Op deze manier kon er, afhankelijk van de antwoorden van de patiënten, van de oorspronkelijke vraag worden afgeweken om telkens nieuwe hypotheses te investigeren.

4. Analyse

Vanaf het moment dat alle interviews waren afgenomen, werd er gestart met de analyse van de resultaten. Eerst werd er gekeken of er een theoretische saturatie werd bereikt. Daarna gebeurde er door beide onderzoekers, Dr. Cloosen en mijzelf, gelijktijdig een open codering van de interviews met extractie van relevante data. Om dit proces te vergemakkelijken werden de verschillende resultaten ingevoerd in een Excelbestand. Na het verzamelen van deze resultaten werd er vervolgens axiaal en selectief gecodeerd waarbij de codes onder verschillende categorieën werden geordend.
Hieronder worden de resultaten op narratieve wijze gerapporteerd.

C. RESULTATEN

Omwille van het kleine aantal patiënten die geïnterviewd werd, kon er na tien interviews geen theoretische saturatie van data worden bekomen. In het tiende interview werd er door de patiënten nog steeds - hetzij in veel beperktere mate - relevante data aangebracht. Ondanks dit feit van non-saturatie worden hieronder verschillende hypotheses rond de kernvragen omtrent multidisciplinariteit uitgewerkt.

1. Hoe staat de patiënt tegenover multidisciplinariteit en uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners in de eerste lijn?

1.1. Wat denkt de patiënt over multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk?

De grote meerderheid van de patiënten heeft een **open houding** wat betreft de samenwerking van de huisarts met een ander gezondheidszorgberoep en geeft aan geen probleem te hebben met de aanwezigheid van een andere zorgverlener in de praktijk (zie Fig.7).
Omdat ze vertrouwen hebben in de eigen huisarts, vertrouwen ze ook zijn of haar keuze voor een bepaalde zorgverlener. Ze gaan er dan van uit dat deze zorgverlener kwaliteitsvolle zorg zal aanbieden. De meeste patiënten hebben er dus ook geen probleem mee om zich naar de desbetreffende zorgverlener binnen de praktijk te wenden:

"Als je van je huisarts tevreden bent, dan ga je er ook al deels vanuit dat die persoon ook wel vriendelijkheid en dezelfde waarde zal hebben hé." (interview 4)

Er zijn drie redenen waarom patiënten open staan voor multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk. Een eerste aspect dat door de patiënten als een belangrijk voordeel wordt gezien van een dergelijke praktijk is de mogelijkheid tot een **betere en nauwere samenwerking** tussen de huisarts en de beoefenaar van het ander gezondheidszorgberoep.
Als ze kijken naar de huidige situatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen merken ze op dat er tegenwoordig nog een te grote versnippering bestaat van zorgverleners op verschillende locaties. Ze hekelen hierbij vooral het tekort aan onderlinge communicatie:

"de eerste lijn werkt veel te veel naast elkaar. De eerste lijn zou veel beter moeten samenwerken en dat zou de patiënt ten goede komen. Serieus ten goede komen!"(interview 8)

Vooral onderling multidisciplinair overleg wordt gezien als één van de factoren die deze samenwerking sterk zou kunnen verbeteren. Het feit dat er onderling overleg zou plaatsvinden in de huisartsenpraktijk zou door de patiënt als heel positief worden ervaren en zou de patiënt er zelfs toe kunnen overtuigen om voor deze praktijk te kiezen:

"Awel ja, dan vind ik dat je als patiënt naar zo'n praktijk gaat waar dat meerdere beroepen samenzitten, dan weet je dat er overleg kan zijn. Dat zou voor mij ook een van de redenen zijn om naar zo'n praktijk te gaan." (interview 10)

Hierbij wordt dan meestal gedacht aan multidisciplinair overleg aangaande de medische toestand van de patiënt. Maar niet alleen op medisch vlak zou dit overleg volgens hen de patiënt ten goede kunnen komen, ook functioneel en praktijkorganisatorisch overleg tussen de zorgverleners zou voor hen een meerwaarde betekenen:

"Ze kunnen zo ook betere afspraken maken onderling en beter op elkaar afstemmen. En betere opvolging ook." (interview 8)

Ook de betere gegevensuitwisseling wordt als voordeel aanzien. Zo kunnen zorgverleners meetresultaten of gegevens over follow-up contacten efficiënter communiceren met de huisarts. Omgekeerd kunnen huisartsen de resultaten van onderzoeken of de verslagen vanuit het ziekenhuis direct delen met de andere zorgverleners zodat ze snel op de hoogte gebracht worden van de medische toestand van de patiënt:

"als de patiënt naar huis gaat krijgt de huisarts wel een verslag van het ziekenhuis maar alle andere paramedici krijgen dat niet … dat zou wel veel beter zijn moest dat door de huisarts kunnen worden doorgegeven." (interview 8)

Een tweede aspect dat het thema 'multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk' volgens de patiënten een grote meerwaarde geeft is het feit dat deze vorm van organisatie voor hen veel **praktischer** uitkomt. Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald.
Zo zouden ze, in het geval van een multidisciplinaire praktijk, niet meer zelf het initiatief hoeven te nemen om naar een bepaalde zorgverlener op zoek te gaan, maar zouden ze de zorgverlener kunnen opzoeken die in de praktijk werkzaam is:

"Daar waar je nu zelf moet zoeken en dat je zegt 'we gaan zelf eens bij de diëtist of de psycholoog', zouden jullie dan vanuit de medische wereld makkelijker kunnen zeggen van 'Nee, je zit eigenlijk meer bij de juiste persoon als je bij ons in de praktijk gaat', en dat je dan daarmee tijd wint eigenlijk." (interview 10)

Het feit dat er meerdere disciplines samen zitten op éénzelfde locatie betekent eveneens dat de patiënten die de zorg van deze disciplines nodig hebben de (soms verre) verplaatsingen niet meer zouden hoeven te maken naar de verschillende locaties waar deze disciplines gevestigd zijn. Dit logistiek voordeel blijkt vooral voor ouderen een pluspunt te zijn:

"Dat is misschien beter dat je zover niet moet gaan" (interview 7)

Één patiënte vergelijkt deze vorm van samenwerken in de huisartsenpraktijk zelfs met het principe van een spoeddienst in een ziekenhuis en vindt dat deze gecentraliseerde wijze van zorg een belangrijk voordeel biedt voor de patiënt:

"Ja, ik denk dat het ook daarom is dat sommige patiënten rechtstreeks naar spoed gaan, gewoon omdat ze dan alles bij de hand hebben… " (interview 10)

Een andere patiënt verwacht dan weer dat er minder lange wachttijden zouden zijn ten opzichte van de wachttijden in het ziekenhuis:

"Ja, ik vind dat dat gemakkelijker is. Zeker in vergelijking met het ziekenhuis. Bijvoorbeeld de wachttijden enzo. Bij de dokterspraktijk is dat ook altijd goed getimed. Ik denk dat het daarom ook goed getimed zal zijn." (interview 5)

De betere overdracht van informatie tussen de zorgverleners op één locatie heeft ook als praktisch voordeel dat de patiënt niet altijd hetzelfde verhaal opnieuw moet vertellen:

"Dat is zeker goed vind ik. Je moet je verhaal ook geen tien keer doen overal enzo.. Dus dat is goed." (interview 1)

Een derde positieve factor is de verwachting dat voor hen de stap om naar een andere zorgverlener te gaan kleiner zou worden. Het daadwerkelijk aanwezig zijn in de huisartsenpraktijk van andere zorgverleners zou op hen een **drempelverlagend effect** kunnen hebben:

"En ik denk dat dat ook zo'n drempel is… De dokters zeggen soms: 'ja, je bent een beetje zwaarlijvig. Je moet eens bij een diëtist langsgaan.'. Maar ik vind die drempel ook weeral… Je moet al beginnen zoeken welke diëtist… Terwijl als er in de praktijk een diëtist zou zitten, zou je er al vlugger naartoe gaan vind ik." (interview 9)

Het simpele feit dat de patiënten de zorgverlener al eens in levende lijve kunnen ontmoeten in de wandelgangen van de praktijk, vooraleer ze bij hem of haar op consultatie gaan, kan faciliterend werken:

"En dat zou ook tof zijn dat je ze al eens zien lopen hebt ofzo, misschien juist een keer passeren.. Je hebt er dan toch een beeld van bij wie je dan terechtkomt hé." (interview 9)

Dit drempelverlagend effect zou bijvoorbeeld ook kunnen gelden voor consultaties bij een klinisch psycholoog. Hierop rust er tot op de dag van vandaag nog altijd een groot stigma. Patiënten die een psycholoog opzoeken worden nog regelmatig als afwijkend beschouwd, en generen zich hiervoor. Een consultatie bij een inhuis-psycholoog in een reeds vertrouwde omgeving is daarentegen stukken makkelijker. De buitenwereld weet immers niet voor welke behandeling je de praktijk binnen stapt:

"…misschien dat je dan iets rapper naar de psycholoog gaat. Want nu duurt dat blijkbaar nogal lang eer je die stap zet" (interview 6)

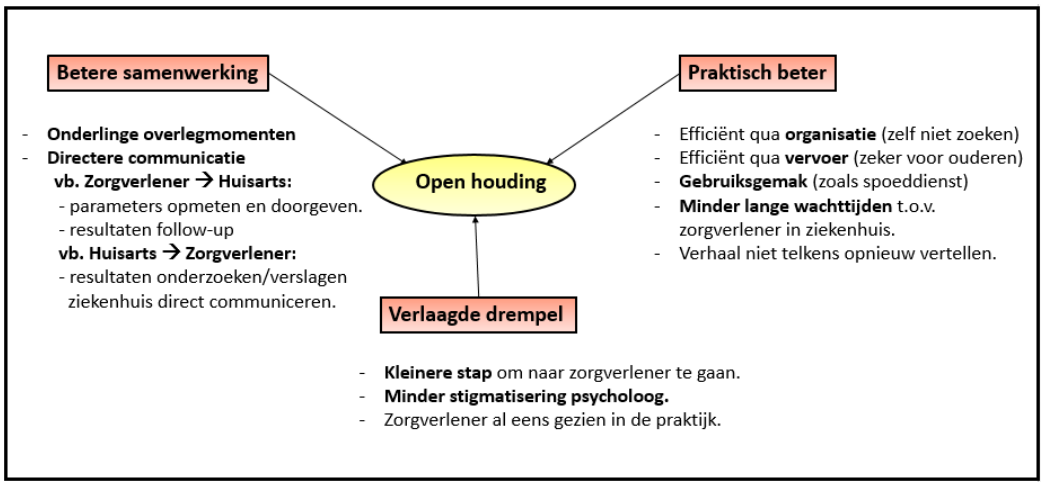


Fig.7. Hoe staan patiënten ten opzichte van multidisciplinariteit in de eerste lijn?

1.2. Welke gezondheidszorgberoepen ziet de patiënt functioneren in de huisartsenpraktijk?

Als er aan de patiënten wordt gevraagd welke discipline zij het meest in een samenwerkingsverband met de huisarts zouden zouden zien functioneren binnen de huisartsenpraktijk, dan hebben de meesten hierover geen mening. Ze laten het beslissingsrecht hierover liever volledig over aan de huisarts die volgens hen immers het beste weet welke disciplines er in zijn of haar praktijk zouden passen. Ze denken dat de huisarts bij deze keuze vooral een afweging zou maken op basis van het **aantal doorverwijzingen dat hij of zij maakt naar de specifieke disciplines**:

"Dat vind ik zo… Voor mijzelf is dat meer dit en voor een ander meer dat… Dat moet je als huisarts zelf uitmaken zeker, waar er meest naar doorverwezen wordt?" (interview 1)

Als de keuze zou afhangen van de patiënt dan wordt logischerwijze gekeken naar de **eigen gezondheidssituatie**:

"Dat is te zien wat je hebt hé. Een psycholoog bijvoorbeeld moet ik niet hebben hé. Maar een kinesist zou kunnen hé." (interview 2)

Drie beroepen waarvan de meerderheid van de patiënten denkt dat ze het best binnen een huisartsenpraktijk kunnen functioneren zijn de **verpleegkundigen**, de **diëtisten** en de **kinesisten**. Hierbij halen ze enkele taken aan die deze beroepen zouden kunnen uitvoeren in de huisartsenpraktijk. Het betreft bijvoorbeeld voor de verpleegkundigen het nemen van parameters (bijvoorbeeld bloeddruk, pols, saturatie, temperatuur,…), het afnemen van bloedstalen, het aanmaken van thuisdossiers en het op zich nemen van de wondzorg. Voor de diëtisten is dit het opstellen van een dieet bij patiënten met diabetes mellitus of obesitas en voor de kinesisten een bewegingsplan opstellen voor patiënten met depressie en het zich focussen op valpreventie bij ouderen.
Over twee beroepen bestaat er bij de patiënten enige twijfel of ze in de huisartsenpraktijk zouden passen of niet. Dit zijn enerzijds de **klinische psychologen** en anderzijds de **podologen**.
De voorstanders van de samenwerking met psychologen halen aan dat deze kunnen worden ingezet bij frequent voorkomende problemen zoals eenzaamheid, depressie en rouw. Diegenen die een podoloog zouden zien functoneren binnen de praktijk zijn meestal ouderen en hebben meestal zelf podologische problemen.
Voor **diabeteseducatoren, logopedisten, ergotherapeuten, bandagisten, audiologen** en **audiciëns** zien de patiënten geen plaats binnen de huisartsenpraktijk.

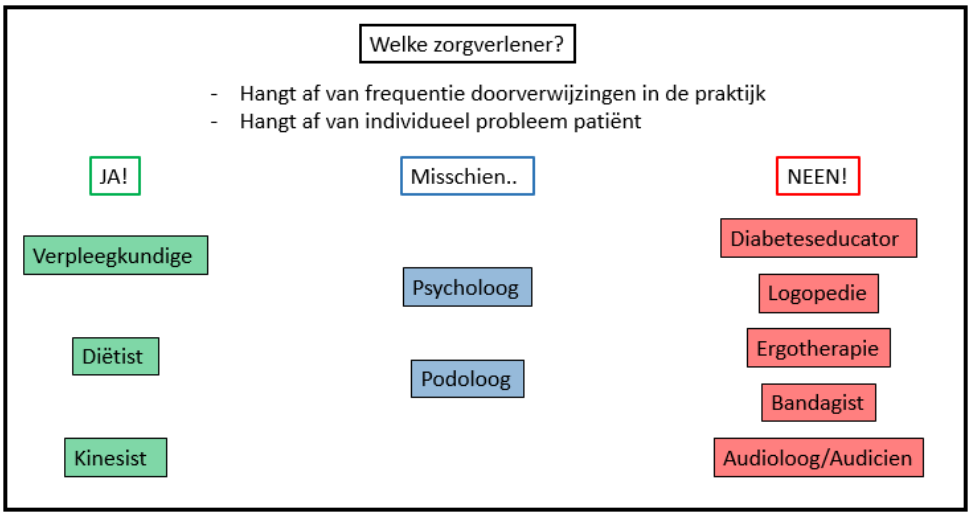


Fig. 8. Welke gezonheidszorgberoepen ziet de patiënt functioneren in de huisartsenpraktijk?

1.3. Wat is de mening van patiënten over de uitwisseling van medische gegevens en hoe zien ze dit in het kader van privacy?

Alle patiënten zijn het er over eens dat **uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners** een **positieve zaak** is. Volgens de meesten is deze uitwisseling **zelfs onontbeerlijk** om tot een goeie onderlinge samenwerking te komen:

"Ah, dat moeten ze doen hé, dat moeten ze doen. Ja, die moeten in verband staan met elkaar!" (interview 3)

Door deze uitwisseling van medische gegevens krijgen de zorgverleners een beter beeld van de medische toestand van de patiënt. Dit is volgens patiënten nodig om optimale omstandigheden te creëren waarin de zorgverleners hun beroep kunnen uitoefenen:

"Zoals met mijn neus. Moesten de huisarts en de specialisten daarover praten.. Nee, daar heb ik geen probleem mee. Het is zelfs beter. Dan zijn ze op de hoogte van mijn situatie en kunnen ze dan met elkaar overleggen hé." (interview 5)

Geen enkele patiënt heeft een probleem met de **privacy** op voorwaarde dat de overdracht tussen beide zorgverleners **enkel relevante medische gegevens** betreft:

"Privacy? Ik heb daar op zich geen problemen mee, nee. Natuurlijk, er mogen alleen maar gegevens worden doorgegeven die relevant zijn voor het ander beroep, dat zou eigenlijk moeten" (interview 1)

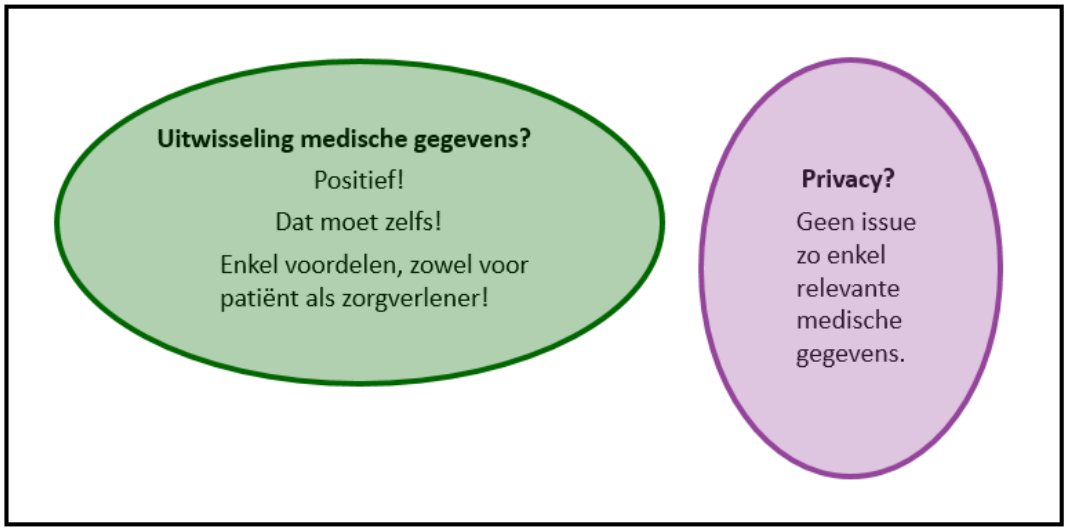


Fig. 9. Hoe staan patiënten tegenover het uitwisselen van medische gegevens en hoe zien ze dit in het kader van privacy?

2. Hoe reageert de patiënt op een doorverwijzing door de huisarts naar een binnen de praktijk gevestigde zorgverlener?

Alle patiënten reageren **instemmend** op de vraag of ze zouden ingaan op een doorverwijzing van de huisarts naar een andere zorgverlener in de praktijk. De meeste van hen zouden niet twijfelen en een consult bij de andere zorgverlener aanvragen. **Hierna kunnen ze dan oordelen** of ze hier iets aan hebben gehad of niet. Op dit oordeel zouden ze zich dan baseren om al dan niet verder in behandeling te blijven bij de zorgverlener:

"Ja zeker. Ik zou dat doen. Ik bedoel, je kan dan nog altijd zien als het iemand is die je niet bevalt ofzo. Dan kan je nog altijd veranderen dus.." (interview 6)

Er zijn voor de patiënten slechts twee gevallen waarom ze niet op de doorverwijzing naar de andere zorgverlener in de praktijk zouden ingaan.
In het eerste geval zijn de patiënten na de doorverwijzing van de huisarts **toch van mening dat ze andere zorg nodig hebben** en gaan daarom niet in op de verwijzing:

"Wel, zoals ik daarnet zei, ik zou daar inderdaad op ingaan. Waarom niet. Tenzij ik vind dat er een andere soort therapie nodig is" (interview 1)

In het tweede geval gaan ze **al naar een soortgelijke zorgverlener** en hebben ze dit niet kenbaar gemaakt tijdens het gesprek met de huisarts.

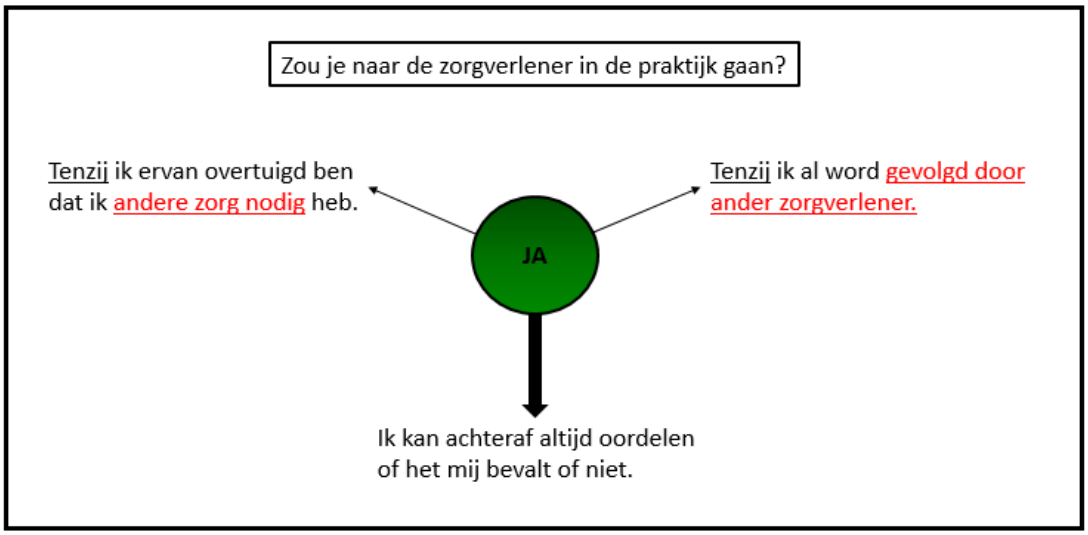


Fig. 10. Hoe reageert de patiënt op een doorverwijzing van de huisarts naar een zorgverlener binnen de praktijk?

3. Hoe kijkt de patiënt naar taakverdeling in de eerste lijn?

De meeste patiënten hebben **geen probleem** met het principe van taakdelegatie in de eerste lijn. Ze vinden het niet erg moesten er bepaalde huisartsgeneeskundige taken, zoals bijvoorbeeld bloedafnames, vaccinaties of wondzorg, in een eerste contact door een praktijkverpleegkundige worden verricht, voor de consultatie bij de huisarts. Volgens de patiënten zijn deze praktijkverpleegkundigen immers voldoende opgeleid en bezitten ze genoeg competenties om dergelijke taken vlot te kunnen uitvoeren:

"Maar ja, dat is allemaal geen probleem. Ze mogen dat allemaal doen. Ze weten wel wat ze moeten doen" (interview 7)

Deze manier van werken, waarbij de consultatie bij de huisarts wordt voorafgegaan door een contact met een verpleegkundige, doet hen ook denken aan het zorgprotocol dat er ook op de **spoeddiensten** in ziekenhuizen geldt. Hier worden patiënten ook veelal eerst onderzocht/behandeld door een verpleegkundige en pas daarna door een arts:

"Nee, ik vergelijk dat met spoed... Op spoed kom je ook binnen met een probleem en je hebt ook eerst de verpleegkundige die je komt onderzoeken en die vaststellen wat het is en daarna komt de arts kijken wat er specifiek aan de hand is." (interview 10)

Dit proces van opeenvolgende contacten - het eerste contact met verpleging en het contact erna met de huisarts - wordt door de patiënten bestempeld als een zeer efficiënte manier van werken.

Het kan evenwel niet de bedoeling zijn dat er na dit eerste contact in de praktijk met een verpleegkundige er geen consultatie bij de huisarts meer zou volgen. De patiënten zijn vragende partij om het **contact met hun huisarts** te blijven onderhouden. Bij de huisarts kunnen ze immers terecht met al hun klachten en medische vragen, wat minder het geval is bij de praktijkverpleegkundige.

Dit geldt zeker ten aanzien van patiënten die met ernstigere gezondheidsproblemen te kampen hebben:

"Persoonlijk vind ik dat als je met ergere situaties zit, dat je de huisarts wel kan blijven in vertrouwen nemen. Maar voor bloedafnames heb ik geen probleem." (interview 4)



Fig. 11. Hoe kijkt de patiënt naar taakverdeling in de eerste lijn?

Patiënten verwachten ook dat de huisarts, door dit proces van taakdelegatie, tijd zal winnen en zich daardoor meer zal kunnen toeleggen op zijn of haar medische kerntaken zoals bijvoorbeeld onderzoek, diagnose, medicatie, enzovoort:

"Ik heb liever dat jullie je kunnen toeleggen op dingen waarvoor jullie opgeleid zijn dan dat je, bij wijze van spreken, half gefrustreerd loopt omdat je door de zoveelste snotneus twintig minuten je tijd hebt verdaan.. Dan vind ik het beter dat je een eerste opvangnet hebt die dat wat kan filteren en dat we dan echt alleen maar bij jullie komen voor hetgeen waarvoor jullie er zijn." (interview 1)

4. Welk belang hecht de patiënt aan de vrijheid van keuze in de zorgverlening?

Voor de patiënten is de mogelijkheid tot het opbouwen van een **vertrouwensrelatie** het belangrijkste aspect bij de keuze van een zorgverlener. Ze zullen enkel bij een zorgverlener gaan als ze voelen dat ze er een goed contact mee hebben en ze er zich op hun gemak bij voelen:

"Ja, en ik vind ook belangrijk dat je, als je gaat bij een dokter of bij gelijk welk beroep ook dat je je er goed bij voelt. Dat je je er op je gemak bij voelt." (interview 6)

Patiënten die een dergelijke vertrouwensrelatie met een **zorgverlener buiten de praktijk** hebben zullen niet snel geneigd zijn om bij een soortgelijke zorgverlener binnen de praktijk in behandeling te gaan en geven aan niet te willen veranderen.
Hierbij komt ook nog dat hoe langer de patiënt al bij deze zorgverlener buiten de praktijk gaat, hoe sterker de vertrouwensband is en hoe minder ze verandering van zorgverlener in overweging nemen:

"Natuurlijk als je al tien jaar bij een kinesist gaat ofzo kan ik me wel voorstellen dat je er zal blijven bijgaan. Dat kan ik wel aannemen." (interview 5)

Soms gebeurt het dat de mening van de patiënt over hun gebruikelijke externe zorgverlener nog niet volledig vaststaat. Deze patiënten zullen wel de neiging hebben om eens op consultatie te komen bij de zorgverlener binnen de praktijk om deze te **vergelijken** met hun huidige zorgverlener:

"Nee, ik zou het in de praktijk wel kunnen proberen. Omdat je zegt van het is dichter tegen de deur, je verliest zoveel tijd niet... Tegen nu… nu moet je iedere keer met de auto naar Zottegem. We weten wanneer je er moet zijn, maar je weet nooit wanneer je er buiten geraakt..." (interview 9)

Patiënten melden ook dat de huisarts hen altijd mag proberen te overtuigen om de interne zorgverlener te consulteren indien hiervoor een goeie reden is. De uiteindelijke keuze blijft echter wel bij de patiënt :

"Ik vind wel dat je als huisarts of als lid van de praktijk dan wel mag zeggen van: 'Kijk, het is wel makkelijker in de praktijk omdat we met meerdere disciplines samenzitten, dat we een meer volledig beeld kunnen hebben of scheppen', maar dat de patiënt wel vrij is om te zeggen van ja, kijk ik werk liever samen met iemand anders…" (interview 10)

Patiënten die nog geen contact hebben gehad met een externe zorgverlener zullen sneller overwegen om een consultatie aan te vragen bij een **zorgverlener binnen de praktijk**:

"Goh, in eerste instantie zou ik wel misschien wel eens proberen in de praktijk.." (interview 4)

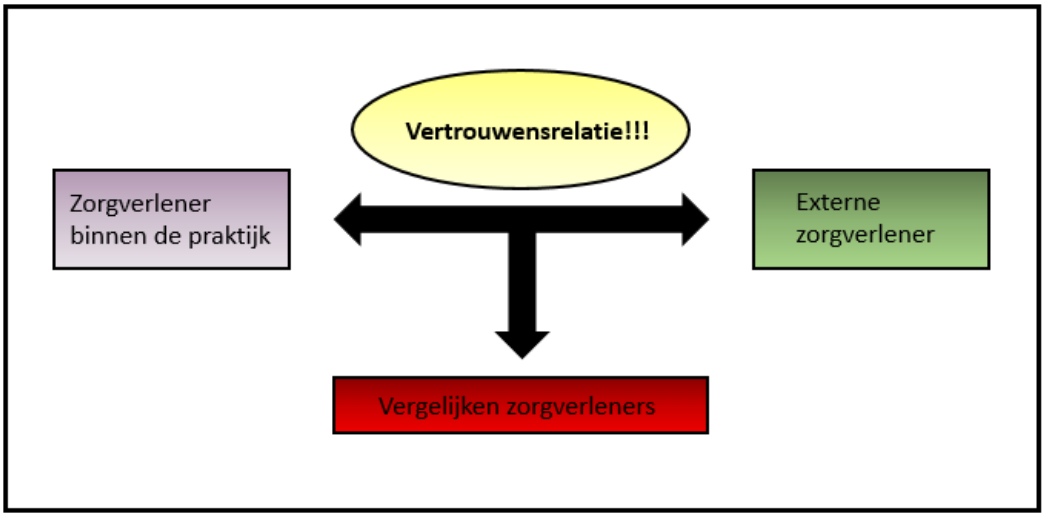


Fig. 12. Welk belang hecht de patiënt aan vrijheid van keuze in de zorgverlening?

Als de patiënt al naar een externe zorgverlener gaat, maar de huisarts verwijst de patiënt door naar een zorgverlener binnen de praktijk, dan geeft dit de patiënt **keuzestress** en zit hij of zij hier soms mee verveeld:

"Ja, allé, ik zou daar heel verscheurd door zijn, want enerzijds wil je uw eigen huisarts niet voor het hoofd stoten..." (interview 1)

Meestal zal deze keuzestress dan rechtstreeks worden besproken tijdens de consultatie in de hoop dat de huisarts begrip zal opbrengen voor zijn of haar keuze:

"Ja, laat ons nu eens zeggen dat je gewend bent om bij een kinesist te gaan en waar je al lang bij gaat. Dan zou ik misschien eens vragen 'Mag ik niet bij die gaan?'. Dat zou kunnen. Maar ik persoonlijk heb dat nog niet nodig gehad." (interview 2)

Andere patiënten zullen eerst de mening vragen van de eigen zorgverlener:

"Dat weet ik nog niet zeker. Ik zou daar graag eens over spreken met Nora. Want zo iemand die je vanbinnen en vanbuiten kent en dan in één keer veranderen.. Als zij ermee toestemt zou mij dat niet kunnen schelen ja. Maar dan moet je wel helemaal herbeginnen hé." (interview 3)

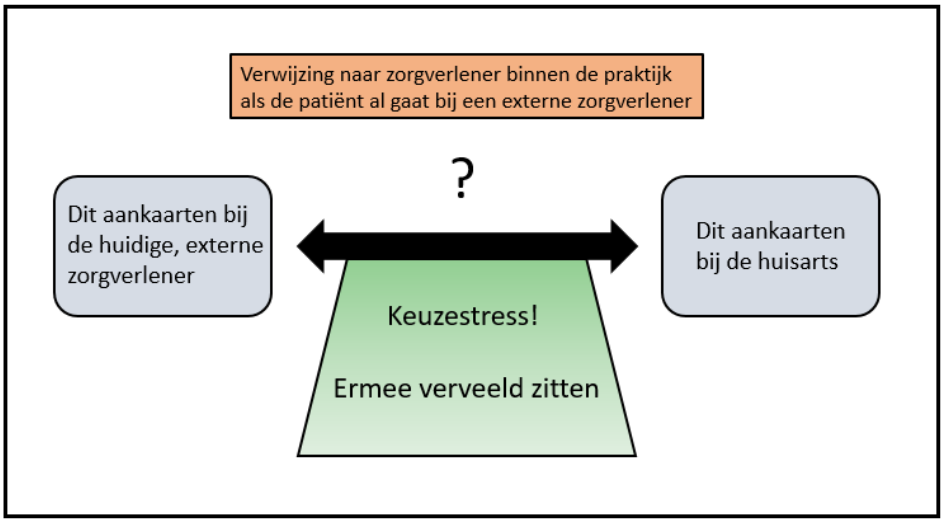


Fig. 13. Wat doet de patiënt bij doorverwijzing als hij al bij een externe zorgverlener gaat?

D. DISCUSSIE

Bij dit veldonderzoek werd er via diepte-interviews bij patiënten gepolst welke visie zij hebben op het thema 'multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk'.

Algemeen kan worden gesteld dat patiënten een positieve kijk hebben op de aanwezigheid van één of meerdere gezondheidszorgdisciplines in de huisartsenpraktijk. Zo goed als alle patiënten vinden een mogelijke samenwerking van de huisarts met een andere zorgverlener in deze setting een positieve zaak. Ze beseffen dat deze vorm van samenwerken zowel voor de patiënt als voor de huisarts vele voordelen biedt en zouden er zelfs voor opteren om bij een huisartsenpraktijk te gaan waar meerdere disciplines samenwerken. Ook de aanwezigheid van een praktijkverpleegkundige en het principe van taakverdeling wordt door de patiënten over het algemeen positief onthaald.

1. Gevormde hypotheses:

Hoe denken patiënten over multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk?
Over het algemeen staan patiënten positief tegenover multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk. Ze zouden weinig weerstand ervaren om op consultatie bij een zorgverleners binnen de praktijk te gaan omwille van het feit dat ze een goeie vertrouwensrelatie hebben met hun eigen huisarts en ze zijn of haar keuze van zorgverlener vertrouwen.
Er zijn volgens de patiënten verschillende voordelen van een multidisciplinaire groepspraktijk.
Een eerste, groot voordeel betreft het feit dat er door een dergelijke vorm van associatie een betere en nauwere samenwerking tussen de verschillende disciplines kan worden bewerkstelligd. Vooral de mogelijkheid tot onderling multidisciplinair overleg zou hiertoe in grote mate kunnen bijdragen. Dit overleg zou dan niet alleen omtrent medische zaken worden gevoerd, maar ook bijvoorbeeld op functioneel en praktijkorganisatorisch vlak.
Een tweede voordeel dat een praktijk met meerdere disciplines heeft betreft het feit dat het voor de patiënt veel praktischer uitkomt. Zo hoeft de patiënt niet meer zelf het initiatief te nemen om een zorgverlener te zoeken. Hij of zij kan daarenboven de (soms verre) verplaatsingen naar de verschillende locaties waarop deze zorgverleners zich bevinden uitsparen. Ook het vermoeden dat er minder lange wachttijden zouden zijn en dat ze niet meer steeds het zelfde verhaal zouden hoeven te vertellen aan de verschillende zorgverleners wordt als voordeel gezien.
Als laatste voordeel wordt door de patiënten het vermoeden geuit dat de drempel om naar een andere zorgverlener te gaan voor hen minder hoog zou worden. Eventuele informele contacten met een zorgverlener in de wandelgangen van de praktijk zouden dit versterken. Dit drempelverlagend effect zou ook voor consultaties bij de psycholoog kunnen gelden, niettegenstaande het feit dat er hierover tot op heden nog een groot taboe bestaat.

Welk type van zorgverlener willen patiënten in de huisartsenpraktijk?
Volgens patiënten is de keuze voor het type zorgverlener vooral afhankelijk van het aantal doorverwijzingen die de huisarts maakt naar de verschillende disciplines. Omwille van het feit dat enkel de huisarts over deze informatie beschikt vinden ze hem of haar beter geplaatst om deze beslissing te nemen. Als ze toch gevraagd worden om een keuze te maken dan laten ze deze keuze vooral afhangen van hun individuele gezondheidsproblemen.
Verpleegkundigen, diëtisten en kinesisten krijgen hierbij de voorkeur boven klinische psychologen en podologen, waarvoor er nog te weinig aanhang onder de patiënten is. Diabeteseducatoren, logopedisten, ergotherapeuten, bandagisten, audiologen en audiciëns passen volgens patiënten niet in de huisartsenpraktijk.

Wat vinden patiënten over de uitwisseling van medische gegevens?
Patiënten vinden de uitwisseling van medische gegevens tussen de verschillende disciplines een positief gegeven en zelfs essentieel om alle zorgverleners op de hoogte te brengen van de medische toestand van de patiënt. Zo kunnen de zorgverleners hun beroep op een optimale manier uitoefenen.
Ze hebben geen enkel probleem met privacy met als enige voorwaarde dat de informatieoverdracht tussen de verschillende zorgverleners enkel relevante medische gegevens betreft.
Die communicatie zorgt er ook voor dat men niet te veel hetzelfde verhaal over hun ziektebeeld moeten vertellen.

Hoe zouden patiënten reageren als ze worden doorverwezen naar een binnen de praktijk gevestigde zorgverlener en wat denken ze over hun vrijheid van keuze in de zorgverlening?
Patiënten geven aan dat ze bijna altijd zouden ingaan op de doorverwijzing van de huisarts, zeker als ze nog geen contact hadden met een externe zorgverlener. Achteraf kunnen ze dan de beslissing nemen om al dan niet bij hem of haar in follow-up te gaan. Belangrijk hierbij is vooral de vertrouwensrelatie die ze met deze zorgverlener opbouwen tijdens de consultaties. Ze blijven enkel bij een zorgverlener gaan als ze er zelf een goed gevoel aan overhouden en als deze hen kan helpen met hun problemen.

Slechts in een tweetal gevallen zouden de patiënten niet op de doorverwijzing van de huisarts ingaan. Ten eerste als ze van mening zijn dat ze andere zorg nodig hebben dan voorgeschreven. Ten tweede als ze al in behandeling zijn of waren bij een soortgelijke externe zorgverlener en ze dit niet hebben vermeld aan de huisarts.
Patiënten die al een dergelijke vertrouwensrelatie hebben opgebouwd met een zorgverlener buiten de praktijk zullen deze willen behouden en zullen niet snel een beroep doen op een andere zorgverlener, zelfs niet als er een zorgverlener van dezelfde discipline in hun huisartsenpraktijk zou werken.
Een reden waarom ze dit wel zouden overwegen is als ze zelf nog enige twijfels hebben over hun huidige zorgverlener. In dat geval zou de huisarts hen ook altijd mogen overtuigen om in behandeling te gaan bij de zorgverlener in de praktijk als de huisarts daar een goeie reden toe heeft.

In de situatie dat de patiënt al een externe zorgverlener heeft, maar de huisarts hem of haar toch doorverwijst naar een zorgverlener binnen de praktijk, dan geeft dit de patiënt keuzestress. Meestal zullen de patiënten hun dilemma dan rechtstreeks met hun huisarts bespreken, maar sommigen zouden dit bespreken met hun huidige zorgverlener.

Wat is de mening van de patiënten over taakverdeling in de eerste lijn?
Patiënten geven aan er geen enkel probleem mee te hebben als praktijkverpleegkundigen sommige huisartsgeneeskundige taken, zoals bijvoorbeeld bloedafnames of wondzorg, op zich zouden nemen. Ze zijn van mening dat verpleegkundigen hiervoor immers voldoende zijn opgeleid.
Wel zijn ze vragende partij om het contact met hun huisarts nog steeds te behouden. Bij hem of haar kunnen ze immers altijd terecht met al hun klachten en medische vragen. Ook als ze met ernstigere gezondheidsproblemen kampen willen ze zeker blijven een beroep doen op de huisarts.
Een structuur van contacten waarbij ze eerst door de verpleegkundige worden onderzocht/behandeld en vervolgens door de huisarts lijkt hen ideaal. Deze structuur is voor hen het efficiëntst en doet hen ook denken aan het zorgprotocol op de spoeddienst in ziekenhuizen. Ze verwachten ook dat de huisarts door deze structuur tijd zal winnen om zich meer te kunnen toeleggen op medische taken zoals onderzoek, diagnose, medicatie, enzovoort.

2. Implementaties van deze bevindingen voor de huisartsenpraktijk:

De voorgaande hypotheses kunnen dienen om de planningsfase van de kwaliteitscirkel van Deming vorm te geven in de praktijk waar ik momenteel actief ben.

Volgens deze hypotheses zien de patiënten een groot voordeel in een samenwerking van de huisarts met een ander gezondheidszorgberoep onder één dak. Er moet door de huisarts dus niet worden getwijfeld of er een andere zorgverlener wordt aangetrokken of niet. De samenwerking met een andere discipline zal over het algemeen goed worden onthaald door de patiënten.
De patiënten geven ook aan dat ze de beroepen verpleegkunde, diëtetiek en kinesitherapie het best zien passen binnen de huisartsenpraktijk, al laten ze de keuze voor het type zorgverlener volledig over aan de huisarts omdat deze het best weet naar welke discipline hij of zij het meest doorverwijst. Als de huisarts de patiëntentevredenheid hier dus wil verhogen kan hij dus misschien het best kiezen voor één van de drie beroepen die door de patiënten worden genoemd.
Indien de huisarts beslist om een praktijkverpleegkundige aan te werven, dan wensen de patiënten een verloop van consulten waarbij ze eerst door de verpleegkundige worden onderzocht/behandeld en vervolgens door de huisarts. Hierdoor lijkt het aangewezen dat de arts deze procedure implementeert in zijn dagelijkse praktijkvoering.
De patiënten vinden ook dat de huisarts hen mag proberen te overtuigen om naar de zorgverlener binnen de praktijk te gaan als hij of zij daarvoor een goeie reden heeft. Meestal zouden de patiënten hierop ingaan. De huisarts dient dus geen gereserveerdheid te tonen in het doorverwijzingsproces. Enkel als de patiënten een andere therapie nodig achten of als ze al een vertrouwensrelatie hebben met een andere zorgverlener buiten de praktijk, zouden ze de doorverwijzing naast zich neer leggen.

3. Sterktes en zwaktes van het veldonderzoek:

Sterktes:

Ondanks het feit dat er in Nederland in 2010 reeds onderzoek is gebeurd naar de patiëntenvisie omtrent multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk, werd dit tot op heden nog nooit gereproduceerd voor de regio's België en Vlaanderen. Dit veldonderzoek is het eerste soortgelijk onderzoek dat zich op Vlaams grondgebied heeft plaatsgevonden.

Een deel van de resultaten uit dit veldonderzoek bouwt rechtstreeks verder op hypotheses die reeds uit voorgaande manamathesissen huisartsgeneeskunde naar boven kwamen over taakdelegatie en praktijkassistentie. Bepaalde hypotheses die in dit voorgaand onderzoek werden vooropgesteld konden door middel van dit veldonderzoek worden bevestigd.

Er werd bij de selectie van de doelgroep gebruik gemaakt van een doelgerichte selectieprocedure waarbij de patiënten werden verdeeld volgens criteria zoals geslacht en leeftijdscategorie op basis van de patiëntenpopulatie van de praktijk zodanig dat er een heterogene groep van patiënten werd gekozen die zo representatief mogelijk was voor de praktijk. Hierdoor zijn de verkregen resultaten beter interpreteerbaar voor de praktijk.

Ondanks het kleine aantal interviews was er wel een goeie participatiegraad onder de patiënten. Negen van de tien patiënten wensten deel te nemen aan het onderzoek. Deze spontane vrijwillige deelname bewijst dat er veel patiënten waren die gemotiveerd waren om hun inbreng te doen. Er was slechts één patiënte die het interview weigerde af te leggen dewelke vervolgens onmiddellijk werd vervangen door een andere patiënte met dezelfde karakteristieken.

Zwaktes:

Één van de grote nadelen van deze studie is het feit dat er na de tien interviews **geen theoretische saturatie van data** kon worden bekomen. Hierdoor is de kans reeël dat er nog andere, niet ontdekte overtuigingen bij de patiënten leven over het onderwerp 'multidisciplinariteit in de huisartsenpraktijk' maar dat deze tijdens de interviews niet aan het licht zijn gekomen. Door deze onvolledigheid van resultaten konden de verschillende hypotheses niet in al hun dimensies en deelaspecten worden uitgewerkt.

Verder kan er worden opgemerkt dat het hier slechts een **kleinschalige studie** betreft binnen de setting van één huisartspraktijk gelegen binnen de provincie Oost-Vlaanderen. De resultaten hiervan niet kunnen worden geëxtrapoleerd naar andere praktijken in andere provincies of in het Vlaamse Gewest omwille van het feit dat er regiogebonden en/of praktijkgebonden verschillen kunnen zijn in meningen van patiënten.

Tijdens de interviews werden volgende **problemen bij de respondenten** gezien:

- ***Overdrijven:*** Sommige respondenten wilden graag interessant overkomen en overdreven daarom hun antwoorden.
- ***Sociaal wenselijke antwoorden geven:*** Sommige respondenten vertelden niet echt hun eigen mening, maar haalden aan wat ze dachten dat de interviewer wilde horen.
- ***Rol-omkering:*** Sommige respondenten begonnen ook vragen te stellen aan de interviewer: "Dat is moeilijk… wat bekent dat voor u?"
- ***Verandering van onderwerp:*** Sommige respondenten weken af van de vraag en raakten op een zijspoor terecht.
- ***Niveau van kennis:*** Sommige respondenten begrepen sommige vragen niet goed.
- ***Geen opinie****:* Sommige respondenten hadden nog nooit eerder nagedacht over de vragen die hem of haar werden gesteld of durfden misschien gewoon niet antwoorden.

Volgende **problemen** konden worden gezien **bij de interviewer**. Deze werden evenwel zo veel mogelijk beperkt:

- ***Te weinig antwoorden proberen te achterhalen:*** Soms kon er door de interviewer meer informatie uit het interview worden gehaald.
- ***Suggererende vragen:*** Soms reikte de interviewer de patiënt antwoorden aan in de vraagstelling. Zo zei hij of zij bijvoorbeeld "Deed je dat omdat je dronken was?" in plaats van "Waarom deed je dat?".
- ***Gesloten vragen:*** Soms werden ja/neen vragen gesteld door de interviewer.
- ***Dubbele vragen:*** Soms werden door de interviewer vragen met meer dan één informatie-element gesteld. Hierdoor is het voor de respondent niet altijd eve duidelijk op welk element hij of zij antwoordt
- ***Jargon:*** Soms werd door de interviewer vakjargon gebruikt, waardoor de patiënt hem niet verstond.

Als laatste dient te worden opgemerkt dat het hier een kwalitatief onderzoek betreft. Dit is een vorm van onderzoek met een eerder exploratief, hypothesevormend karakter. Om de gemaakte hypotheses tijdens dit onderzoek te kunnen bevestigen is er grootschaliger bevestigend onderzoek noodzakelijk. Wel legt dit onderzoek de grondstenen voor een nieuwe denkpiste.

E. CONCLUSIE

- Multidisciplinaire samenwerking is voor de patiënt geen probleem en biedt zelfs een aantal voordelen.
- Artsen mogen zelf beslissen welk type zorgverlener er in de praktijk kan werken. Patiënten zelf zien de disciplines verpleegkunde, kinesitherapie en diëtetiek het best functioneren in de huisartsenpraktijk.
- Als er een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk werkt, wensen de patiënten een structuur van consulten waarbij er na het contact met de verpleegkundige meestal een consult bij de huisarts volgt.
- Patiënten vinden dat de huisarts hen mag overtuigen om beroep te doen op een zorgverlener in de praktijk en zouden meestal op een dergelijke doorverwijzing ingaan.
- Enkel als ze al een vertrouwensrelatie hebben met een andere externe zorgverlener of als ze denken dat ze andere hulp nodig hebben zouden ze niet op de doorverwijzing ingaan.

F. BRONNENLIJST

[1] Van Stappen Fien, “Van solo- naar groepspraktijk: wat zijn de drempels voor de patiënt?”, Manamathesis huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent, 2014.

[2] J. Hansen, M. van Greuningen, R.S. Batenburg. Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie. 2010. [Online]. Beschikbaar op: http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Monitor-multidisciplinaire-samenwerking-eerste-lijn.pdf [Geraadpleegd op 10 september 2015]

5. Dankwoord

Bij deze zou ik graag oprecht dank betuigen aan enkele personen die zich hebben ingezet om mijn manamathesis beter te maken.

Ten eerste zou ik graag mijn promotor, Dr. Peremans Lieve, willen bedanken omwille van de intensieve begeleiding die ze mij geboden heeft gedurende het ganse traject van deze thesis, van start tot afwerking. Zij heeft me ervan kunnen overtuigen om voor het thema 'multidisciplinariteit' te kiezen, hetgeen volgens mij interessanter is dan mijn oorspronkelijke thesisopzet. Ook de artikels die door haar op regelmatige basis werden aangebracht bleken zeer relevant en droegen in sterke mate bij tot het wetenschappelijk karakter van deze thesis.

Eveneens gaat mijn dank uit naar mijn huidige praktijkopleider, Dr. Merckaert Kathleen, voor haar continue steun. Vanaf het moment dat ik als HAIO begon in haar praktijk heeft ze het proces van mijn manamathesis continu opgevolgd en hield ze een oogje in het zeil wat betreft tijdschema. Dikwijls gaf ze me, bij het nalezen van de thesis, ook praktische feedback die ik kon gebruiken om kleine inhoudelijke aanpassingen te doen.

Mijn collega HAIO, Dr. Cloosen Gunther, zou ik willen bedanken voor de fijne samenwerking en vriendschap die hij me in de loop van het thesisproces bood. Dikwijls brachten onze contactmomenten bij mij de motivatie terug om de moed er in te houden en aan de thesis te blijven doorwerken.

Verder wens ik ook mijn vader, broer en zus te bedanken voor hun hulp bij het nalezen van mijn thesis en het intensieve eindredactieproces.

Als laatste zou ik mijn vriendin en twee kinderen willen bedanken voor hun dagelijkse steun en nodige ontspanningsmomenten. Uiteraard zou ik deze thesis zonder hun steun niet tot een goed einde kunnen hebben gebracht.

6. Bijlagen

A. TABELLEN

Chronische aandoeningen	Prevalentie per 1000 patiënten (2008)
Hypertensie	133,8
Depressie	91,3
Astma	79,4
Diabetes	46,3
Ischemische hartaandoeningen	40,8
Migraïne	36,5
COPD	35,3
Maligniteiten	27,3
Cerebrovasculaire aandoeningen	24,5
Hartfalen	11
Reumatoïde artritis	10,4
Chronische enteritis/Colitis ulcerosa	5,66
Epilepsie	9,1
Schizofrenie en andere psychosen	7
Dementie	6
Parkinsonisme	4,7
Multipele sclerose	1,2
HIV/aids	0,2
Gecumuleerde prevalentie	**570,46**

Tabel 1. Prevalentie van chronische aandoeningen per 1000 patiënten in 2008 (Intego-databank)

B. FIGUREN

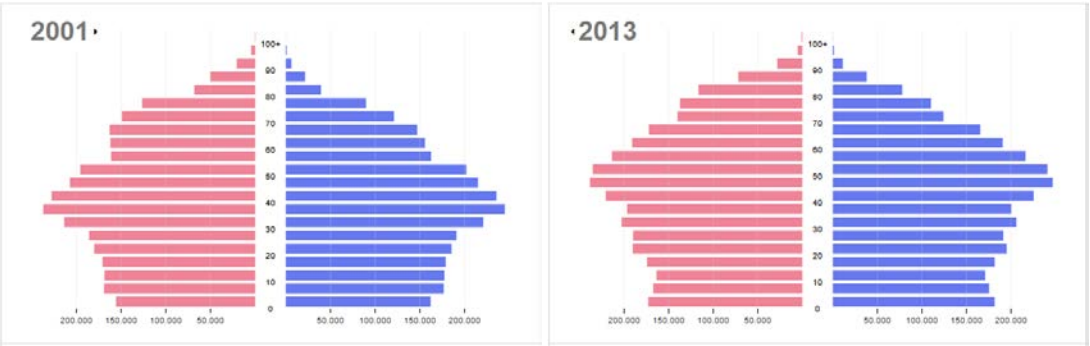


Fig. 1. Bevolkingspiramide's in Vlaanderen (2001 en 2013), verdeeld volgens leeftijd en geslacht.

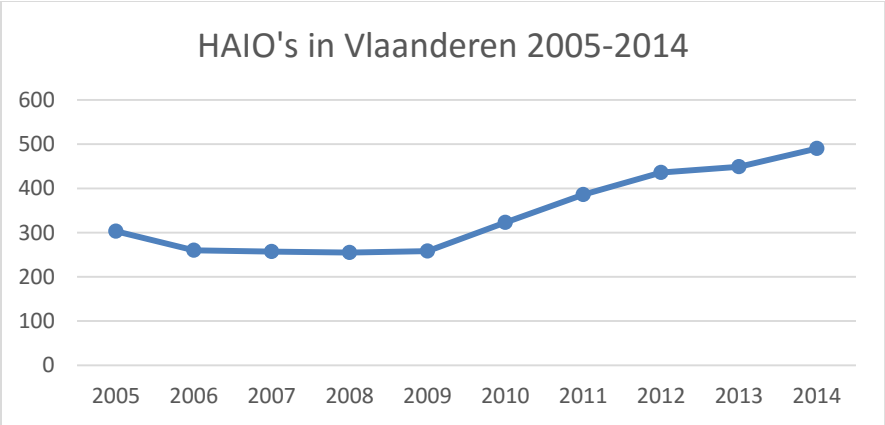


Fig. 2. Instroom van HAIO's in Vlaanderen 2005-2014 volgens jaarlijkse statistieken van het FOD Volksgezondheid, Veiligheid van voedselketen en leefmilieu [17].

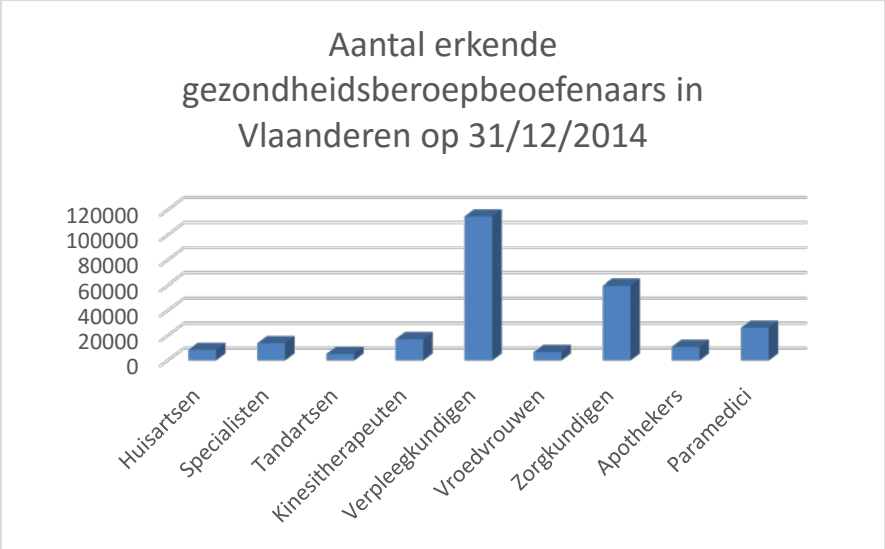


Fig. 3. Aantal erkende gezondheidszorgbeoefenaars op 31/12/2014 volgens de jaarstatistieken van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van voedselketen en leefmilieu [17].

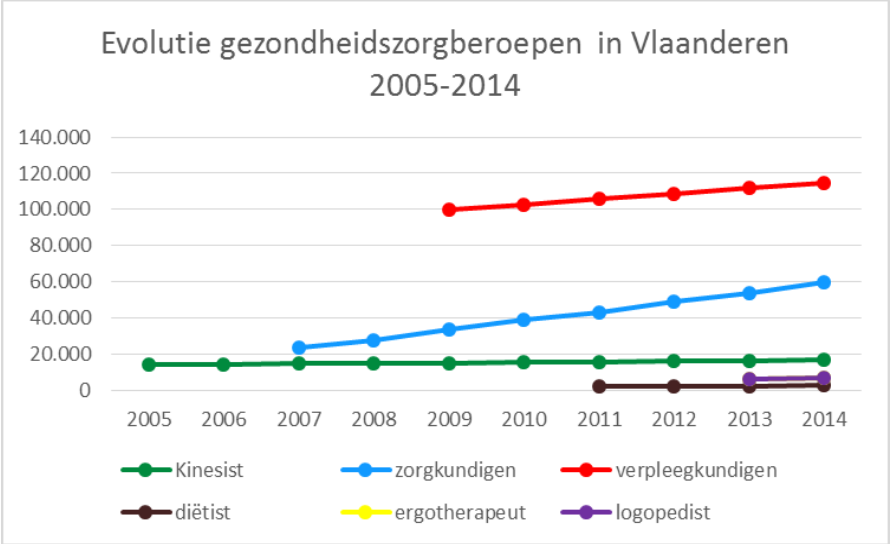


Fig. 4. Evolutie gezondheidzorgberoepen in Vlaanderen 2005-2014 volgens de jaarstatistieken van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van voedselketen en leefmilieu [17].



Fig. 6. Kwaliteitscirkel van Deming (Plan Do Check Act)

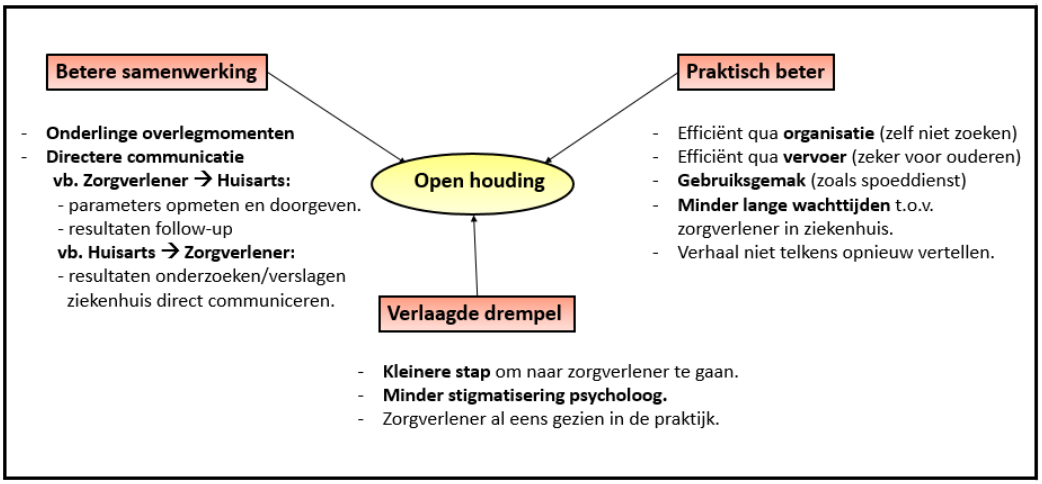


Fig.7. Hoe staan patiënten ten opzichte van multidisciplinariteit in de eerste lijn?

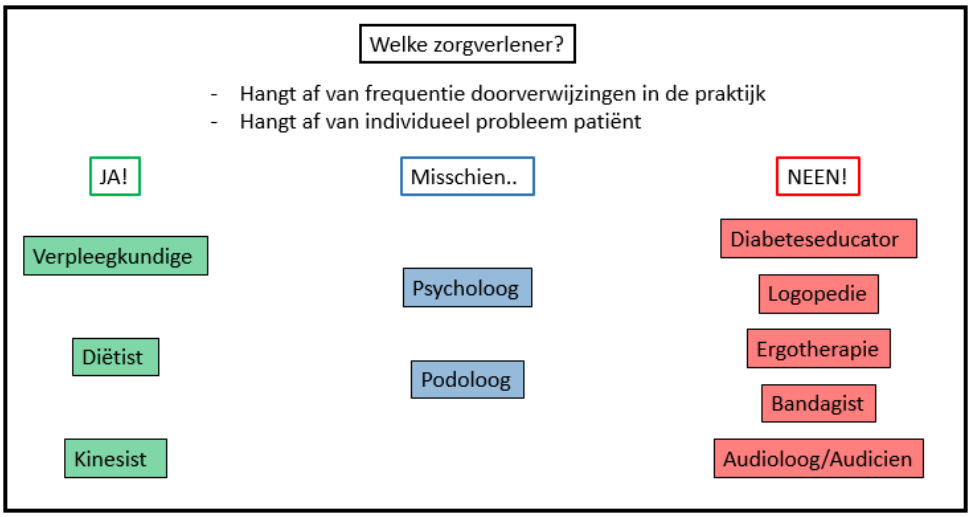


Fig. 8. Welke gezonheidszorgberoepen ziet de patiënt functioneren in de huisartsenpraktijk?

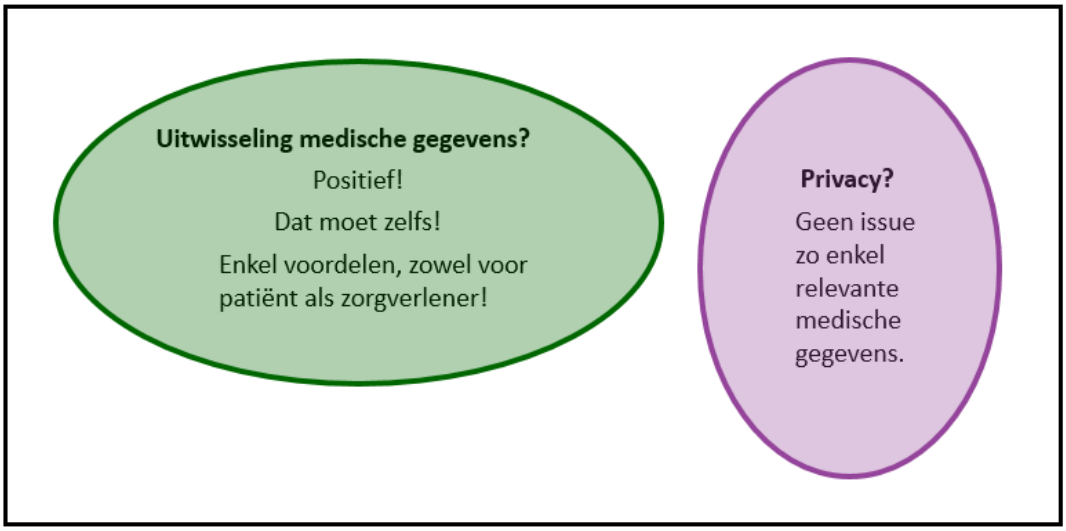


Fig. 9. Hoe staan patiënten tegenover het uitwisselen van medische gegevens en hoe zien ze dit in het kader van privacy?

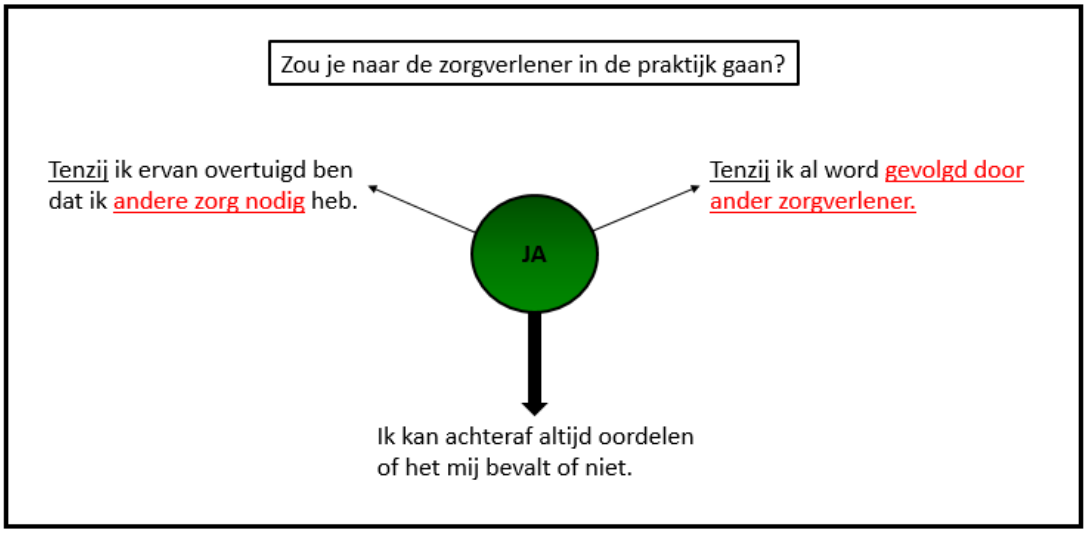


Fig. 10. Hoe reageert de patiënt op een doorverwijzing van de huisarts naar een zorgverlener binnen de praktijk?

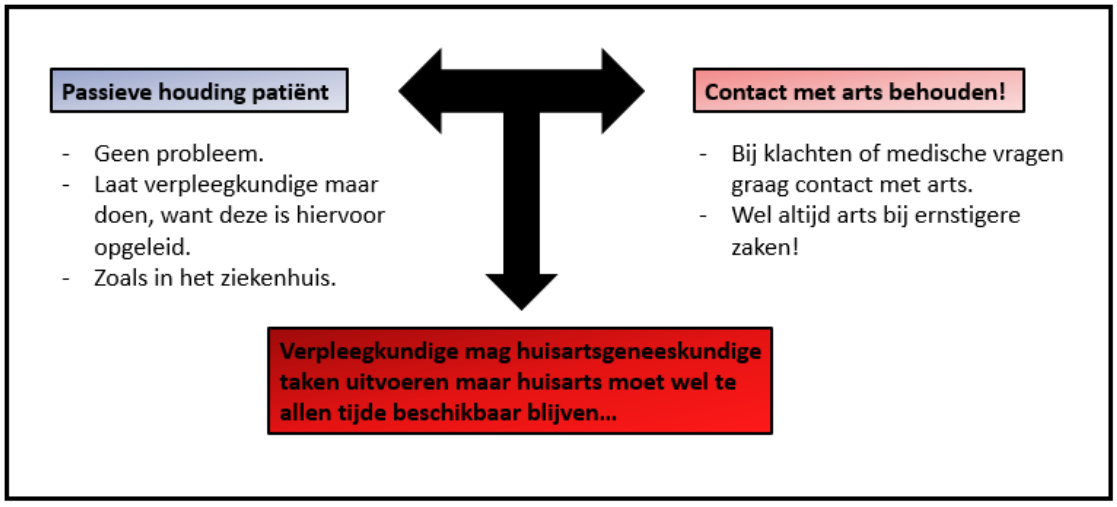


Fig. 11. Hoe kijkt de patiënt naar taakverdeling in de eerste lijn?

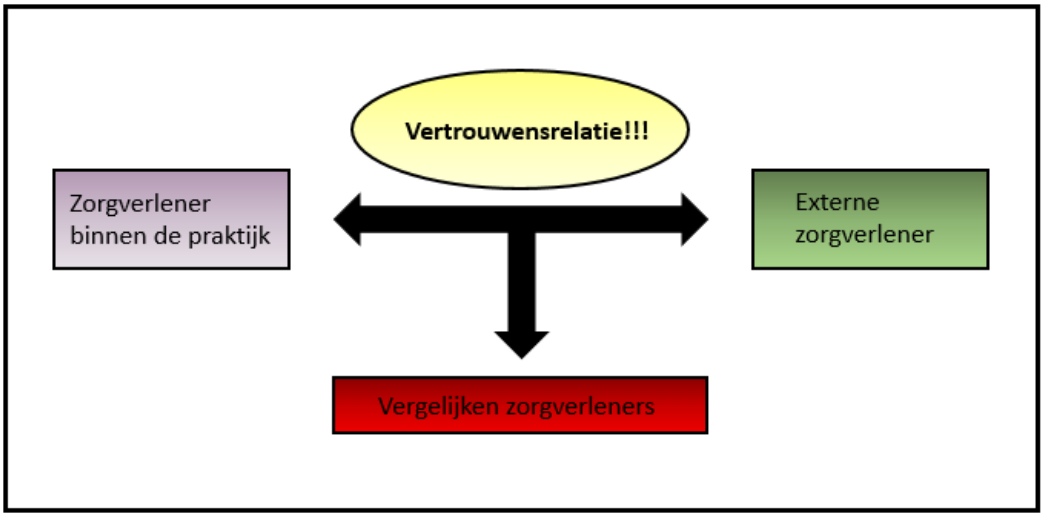


Fig. 12. Welk belang hecht de patiënt aan vrijheid van keuze in de zorgverlening?

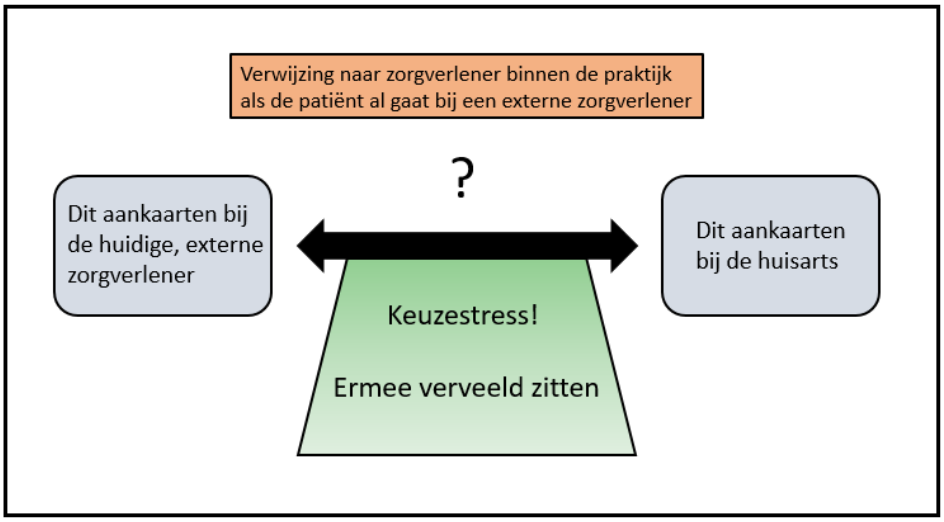


Fig. 13. Wat doet de patiënt bij doorverwijzing als hij al bij een externe zorgverlener gaat?

7. Addendum

A. SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW

DÉ MULTIDISCIPLINAIRE GROEPSPRAKTIJK: PATIËNTENVISIE.
Interview:

Algemeen:

1. Voor welke aandoeningen wordt u zoal in deze praktijk gevolgd?
   (vb. suikerziekte, hoge bloeddruk, cholesterol, problemen met spieren, pezen of gewrichten, hart- of longproblemen, problemen met de spijsvertering, kanker, gynaecologische problemen, psychische problemen,…)

   - Gaat u voor al uw problemen naar dezelfde arts?
   - Gaat u voor bepaalde aandoeningen alleen naar de specialist?

2. Wat is uw ervaring met paramedische beroepen (verpleging, diëtist, kinesist, psycholoog, logopedist, podoloog)?

3. Wat is uw mening over de aanwezigheid van paramedische beroepen in de huisartsenpraktijk?
   - Welke voordelen zie je?
   - Moest er in uw huisartsenpraktijk een paramedisch beroep zijn, zou u hier dan gebruik van maken?

4. Welke paramedische beroepen zou u in de huisartsenpraktijk willen zien?
   (Ja, neen of geen mening?)
   - *Diëtist*
   - *Verpleegkundige*
   - *Kinesist*
   - *Podoloog (voetverpleegkundige)*
   - *Psycholoog*
   - *Diabeteseducator*
   - *Logopedisten*
   - *Ergotherapeuten*
   - *Bandagisten*
   - *Audiologen/audiciens*

Samenwerking:

5. Wat is uw mening over de mogelijkheid van uitwisseling van medische gegevens tussen de zorgverleners in eerste lijn (vb. tussen huisarts en diëtist)?
   - Hoe ziet u dit in het kader van privacy?

6. Hoe staat u tegenover het feit dat huisarts en paramedicus binnen dezelfde locatie vlotter met elkaar kunnen samenwerken (vb. onderling overleg, betere opvolging,…)?

7. Hoe zou u reageren als uw huisarts u doorverwijst naar een paramedicus in dezelfde praktijk? Zou u hierop ingaan?

8. Hoe kijkt de patiënt naar takenverdeling in eerste lijn? (vb. bloednames door verpleegkundige of hebt u liever dat uw huisarts dit blijft doen?)

9. Wat is uw mening over vrijheid van keuze in de zorgverlening? Met andere woorden, als een andere zorgverlener buiten de groepspraktijk uw voorkeur wegdraagt, zou u dan ook effectief naar deze persoon gaan ook al is dezelfde discipline vertegenwoordigd in uw groepspraktijk?

10. Wilt u voor de rest nog iets kwijt over dit onderwerp?

Bedankt voor uw deelname aan ons onderzoek.

Dr. Joye Simon en Dr. Cloosen Gunther.

B. MAIL NAAR BEROEPSVERENIGINGEN

Beste … (naam beroepsvereniging),

ik ben een 2e jaars HAIO (huisarts in opleiding) en voor mijn manamathesis 'Dé multidiscipinaire groepspraktijk: patiëntenvisie' zoek ik informatie omtrent de huidige situatie van gezondheidszorgberoepen in Vlaanderen.
Specifiek voor … (beoefenaars van gezondheidszorgberoep) heb ik de volgende vragen:
- Hoeveel … (beoefenaars van gezondheidszorgberoep) waren er in 2015 in Vlaanderen aan de slag?
- Hoeveel daarvan waren aan de slag in een huisartsengroepspraktijk? (deeltijds/voltijds)

Indien u over deze informatie beschikt, zou u me deze dan kunnen bezorgen aub?

Alvast heel erg bedankt,

Met vriendelijke groeten,

Dr. Joye Simon

C. GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ UNIVERSITEIT ANTWERPEN

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: patiëntenvisie (manama huisartsgeneeskunde dr. Simon Joye)

Belgisch Registratienummer: B300201525279

datum	ons kenmerk	contactpersoon
3/08/2015	15/24/245	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen 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. 3/08/2015.

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

- CV onderzoeker dr. S. Joye
- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 2 aangepaste versie 7/07/2015
- Protocol versie 2 aangepaste versie 7/07/2015
- Vragenlijst
  - inleiding interview, versie 2 dd. 07/07/2015
  - interview, versie 2 dd. 07/07/2015 aangepaste versie

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. M. Vercauteren
Waarnemend voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. S. JOYE, NVT, Baron Idès della Failleplein 11 - 9620 Elene
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

D. STUDIEPROTOCOL MANAMATHESIS

STUDIEPROTOCOL MANAMATHESIS: "DÉ MULTIDISCIPLINAIRE GROEPSPRAKTIJK: PATIËNTENVISIE."

HAIO: JOYE SIMON

ACHTERGROND:

DOOR DE VERGRIJZING VAN DE BEVOLKING IS ER MEER ZORGVRAAG EN IN DE NABIJE TOEKOMST ZAL HET ARTSENAANBOD VERMINDEREN ZODAT ER ZICH EEN HERORGANISATIE VAN DE EERSTELIJNSGENEESKUNDE OPDRINGT. GROEPSPRAKTIJKEN VAN HUISARTSEN WORDEN REEDS OPGERICHT MAAR ASSOCIATIE MET ANDERE DISCIPLINES BLIJFT ZELDZAAM. IN DE TOEKOMST ZOUDEN ER MAATREGELEN MOETEN KOMEN OM DIT MULTIDISCIPLINAIR SAMENWERKEN TE STIMULEREN.
DE VRAAG IS IN HOEVERRE DE MAATSCHAPPIJ EN VOORAL DE PATIENT HIERVOOR KLAAR IS. WAT IS DE VISIE VAN PATIENTEN OVER EEN HERVERDELING VAN DE TAKEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK? BLIJVEN ZE VASTHOUDEN AAN HUN EIGEN HUISARTS VOOR ALLE HANDELINGEN VAN BLOEDNAMES TOT VOORSCHRIJVEN OF MOGEN DEZE TAKEN EVENTUEEL WORDEN OVERGENOMEN DOOR EEN PRAKTIJKVERPLEEGUNDIGE? HOE KIJKEN DE PATIËNTEN BOVENDIEN NAAR MULTIDISCIPLINARITEIT IN DE HUISARTSENPRAKTIJK?

METHODE:

KWALITATIEF ONDERZOEK MET INDIVIDUELE INTERVIEWS BIJ PATIENTEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

1. SETTING:

HET BETREFT EEN ONDERZOEK IN EEN PRAKTIJK IN GERAARDSBERGEN.
ER IS IN DEZE PRAKTIJK NAAST DE CONSULTATIERUIMTES VOOR DE ARTSEN NOG EEN EXTRA, ONGEBRUIKTE RUIMTE AANWEZIG WAAR ER IN DE TOEKOMST EVENTUEEL EEN ANDER GEZONDHEIDSZORGBEROEP (VERPLEEGKUNDIGE, DIETISTE,…) ZOU KUNNEN WERKEN. DIT IS EEN EERSTE STAP NAAR EEN MULTIDISCIPLINAIR HULPVERLENINGSTEAM.

2. PATIËNTENSELECTIE:

PATIËNTEN WORDEN VANAF 01/06/2015 OP DOELGERICHTE WIJZE GESELECTEERD UIT DE EMD-DATABASE VAN DE HUISARTSENPRAKTIJK. VOORAFGAANDE SELECTIECRITERIA ZIJN LEEFTIJD (0-90JAAR), HET BESCHIKKEN OVER EEN GMD EN WILSBEKWAAMHEID. DE PATIËNTEN WORDEN ÉÉN VOOR ÉÉN DOOR DE HAIO'S OPGEBELD MET DE VRAAG OF ZE WILLEN MEEWERKEN AAN HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK. HIERBIJ WORDT DE NODIGE UITLEG VERSCHAFT (VERWACHTE DUUR INTERVIEW, ONDERZOEK VOLLEDIG VRIJWILLIG, STOPPEN MET ONDERZOEK MOGELIJK ZONDER SCHADE, GEEN VERGOEDING VOORZIEN, PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT EN GEEN SCHADE MOGELIJK). BIJ TOESTEMMING WORDT DE PATIËNT UITGENODIGD OM HET INTERVIEW OP HUISBEZOEK TE LATEN AFNEMEN. INDIEN DIT NIET MOGELIJK IS, WORDT HET INTERVIEW IN DE PRAKTIJK AFGENOMEN. BIJ WEIGERING BELT DE HAIO NAAR DE VOLGENDE PATIËNT DIE VOLDOET AAN DE SELECTIECRITERIA. INDIEN DE PATIËNT NIET OPNEEMT WORDT IN DE VOLGENDE 24U NOG TWEE KEER GEPROBEERD DE PATIËNT TE BEREIKEN. BIJ UITBLIJVEN VAN TELEFONISCH ANTWOORD WORDT PER POST EEN UITNODIGING TOT PARTICIPATIE VERSTUURD NAAR HET THUISADRES VAN DE PATIËNT MET DE NODIGE INFORMATIE OVER HET ONDERZOEK. INDIEN DE BRIEF TWEE WEKEN NA DE BEGINDATUM VAN HET ONDERZOEK ONBEANTWOORD BLIJFT DAN WORDT DIT GEKLASSEERD ALS EEN WEIGERING. DIT PROCES WORDT HERHAALD TOTDAT DE HAIO DE TOESTEMMING HEEFT VERKREGEN VAN MINSTENS 10 PATIËNTEN.

3. INTERVIEWS:

EEN VRAGENLIJST WORDT DOOR DE ONDERZOEKERS OPGESTELD VOOR 01/05/2015. ALLE VRAGEN HANDELEN OVER HET THEMA "MULTIDISCIPLINARITEIT IN DE HUISARTSENPRAKTIJK". DE VRAGENLIJST WORDT VERVOLGENS OP EEN SEMIGESTRUCTUREERDE MANIER AFGENOMEN BIJ DE PATIËNTEN (ER WORDEN REËLE VRAGEN ONTWIKKELD DIE DOOR DE INTERVIEWER GESTELD KUNNEN WORDEN, AFHANKELIJK VAN DE GEGEVEN ANTWOORDEN KAN DE INTERVIEWER VAN DE VRAAG AFWIJKEN OM NIEUWE HYPOTHESES TE INVESTIGEREN). DIT PROCES WORDT HERHAALD, TENEINDE EEN THEORETISCHE SATURATIE TE BEKOMEN.

4. ANALYSE:

VANAF HET MOMENT DAT ALLE ENQUÊTES ZIJN AFGENOMEN BIJ DE 10 PATIËNTEN, WORDT DOOR DE ONDERZOEKERS GESTART MET DE ANALYSE VAN DE RESULTATEN.
DE ANALYSE GEBEURT D.M.V. OPEN EN AXIAAL CODEREN WAARNA DE CODES ONDER VERSCHILLENDE THEMA'S WORDEN GEORDEND. DE DATA ZULLEN OP NARRATIEVE WIJZE WORDEN GERAPPORTEERD.