2016

Voor- en nadelen van de groepspraktijk vanuit patiëntenperspectief

DOOR DR. ELINE THYS, KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
PROMOTOR: PROF. J. GOEDHUYS, ACADEMISCH CENTRUM VOOR HUISARTSGENEESKUNDE
CO-PROMOTOR: DR. J. BOSSERS

Contents

1. Abstract 2
2. Inleiding 3
3. Literatuuronderzoek 4
   3.1. Methode 4
   3.2. Resultaten 4
      3.2.1. Definitie van de groepspraktijk 4
      3.2.2. Cijfermateriaal: steeds meer groepspraktijken 5
      3.2.3. Implicaties van het werken in groep op de zorg, de zorgverlener en de zorgontvanger 6
      3.2.4. Belangrijke aspecten van patiënttevredenheid: toegankelijkheid & continuïteit 9
   3.3. Besluit 11
4. Methode 12
5. Resultaten 14
   5.1. Algemene patiënttevredenheid 14
   5.2. Toegankelijkheid 17
   5.3. Continuïteit 18
   5.4. Informatiebrochure 22
6. Discussie 24
   6.1. Kritische bemerkingen 24
   6.2. Conclussies gebaseerd op de resultaten 25
      6.2.1. Algemene patiënttevredenheid 25
      6.2.2. Toegankelijkheid 26
      6.2.3. Continuïteit 28
      6.2.4. Informatiebrochure 29
7. Conclusie 30
8. Bijlagen 31
   Bijlage 1: informatiebrief 31
   Bijlage 2: informed consent 32
   Bijlage 3: vragenlijst 33
   Bijlage 4: Interview 35
   Bijlage 5 : print-screen van deel van de codelijst 39
   Bijlage 6: brochure 40
   Bijlage 7: goedgekeurd protocol 42
   Bijlage 8: goedkeuring ethische commissie 43
9. Referenties 44

1. Abstract

Artsen in Vlaanderen werken steeds vaker in een groepspraktijk en dit om verscheidene redenen. Het werken in groep heeft vanzelfsprekend implicaties op de patiënten en hun tevredenheid.

Onderzoeksvraag:

Wat is de algemene patiënttevredenheid met de groepspraktijk? Hoe ervaren patiënten de toegankelijkheid en persoonlijke continuiteit in onze praktijk? Waar denken ze dat er verbeterpunten liggen in onze groepspraktijk om efficiënter te werken? Hoe kunnen we patiënten informeren over de werking van onze praktijk zodat ze er optimaal gebruik van kunnen maken?

Methode

Ik tracht de onderzoeksvragen te beantwoorden door 2 processen. Enerzijds een literatuurstudie waarin onderzoek wordt gedaan naar de implicaties voor het werken in groep op de zorg, de zorgverlener en de zorgontvanger. Daarnaast wordt een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van semi-gestructureerde interviews bij patiënten van de praktijk, waarin wordt gepeild naar hun tevredenheid op vlak van toegankelijkheid en persoonlijke continuïteit en hun mogelijke verbeterpunten voor de praktijk. Nadien wordt een praktijkoverleg georganiseerd om op basis van de resultaten kwaliteitsverbeterende aanpassingen door te voeren.

Resultaten:

In de literatuur scoren groepspraktijken minder goed dan solopraktijken wat betreft patiënttevredenheid. Uit de bevraging bleken de meeste voordelen van de groepspraktijk te maken te hebben met grote toegankelijkheid van medische hulp; het belangrijkste nadeel dat de patiënten spontaan vermelden is de lagere individuele beschikbaarheid van de artsen en de nadelen die verbonden zijn aan het feit dat ze vaker worden geholpen door een andere arts. Bij de specifiekere bevraging blijkt dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de toegankelijkheid van de groepspraktijk, meer bepaald over de hulp bij medische urgenties, het maken van een afspraak, de wachttijd in de wachtkamer, de hulp door de andere medewerkers en de telefonische bereikbaarheid van artsen. De meerderheid van de patiënten vindt een vaste huisarts belangrijk en dit om verscheidene redenen. Enkele patiënten vinden de persoonlijke beschikbaarheid van hun vaste huisarts ondermaats. Heel wat patiënten ondervinden problemen wanneer zij door een andere huisarts dan hun vaste huisarts worden geholpen. Oplossingen die door de patiënten worden aangeboden zijn onder andere meer vrije raadpleging door hun vaste huisarts en het nemen van 2 vaste huisartsen. Patiënten zijn enthousiast over de informatiebrochure over de praktijk.

Conclusie:

Uit de bevraging van de patiënten bleek dat de grote toegankelijkheid van de praktijk en de snelle hulp bij dringende problemen belangrijke voordelen zijn van de groepspraktijk. Het grote nadeel van groeppraktijk is de lagere individuele beschikbaarheid van de artsen en de nadelen die hieraan verbonden zijn omdat patiënten moeten geholpen worden door een andere arts. Het goed bijhouden van een EMD is hierbij een essentiële oplossing. Ook het verhogen van de individuele beschikbaarheid door meer vrije raadpleging of een afsprakenblok per week dat niet beperkt is in de tijd is een optie. We raadden patiënten bovendien aan 2 vaste huisartsen te nemen. Voor andere, kleinere problemen die worden ervaren blijkt een goede informering van patiënten al een belangrijke stap voorwaarts. Als sluitstuk van deze masterthesis werd daarom gewerkt aan een informatiebrochure en website om patiënten optimaal te informeren over het efficiënt gebruik van onze praktijk.

2. Inleiding

In augustus 2014 startte ik mijn HAIO-schap in 'groepspraktijk Hygeia', een praktijk van 7 vaste artsen en één HAIO. De keuze voor het werken in een groepspraktijk was voor mij evident omwille van zijn vele voordelen: er is steeds mogelijkheid tot overleg met je collega's, je hebt wat meer vrijheid voor het uitbouwen van aanvullende interesses en voor meer vrije tijd. Werken in een groepspraktijk lijkt me leefbaarder en interessanter dan werken als solo-arts. En blijkbaar ben ik in deze mening niet alleen. Uit een recent artikel uit de Standaard blijkt dat er steeds meer artsen in Vlaanderen in groep werken (1). Doch al van bij de start van mijn stage kreeg ik de indruk dat patiënten niet enkel voordelen ervaren bij het werken van hun huisarts in een groepspraktijk. Opmerkingen in de trend van 'weer een nieuw gezicht', 'normaal ga ik bij dr. X, maar daar kan ik niet terecht' of 'wat zijn jullie toch met veel' kwam ik regelmatig tegen.

Gezien de evolutie naar de groepspraktijken quasi onvermijdelijk lijkt in het Vlaamse huisartsenlandschap, is het belangrijk te onderzoeken welke gevolgen dit gaat hebben. Het werken in groep beïnvloedt niet alleen de werk- en leefomstandigheden van artsen, ook de patiënten merken hierdoor belangrijke veranderingen op. Vandaar mijn keuze om hierover een onderzoek op te starten: wat zijn de voor- en nadelen van de groepspraktijk vanuit patiëntenperspectief?

Ik begin met een verkennend literatuuronderzoek. Hierin ga ik op zoek wat er reeds gekend is over de implicaties voor het werken in groep op de patiënttevredenheid. Voor de volledigheid kijk ik ook even naar het artsenperspectief: wat denken de artsen van het werken in groep ten opzichte van een solopraktijk? Daarnaast is het ook belangrijk te kijken naar de implicaties voor de kwaliteit van zorg: worden patiënten van een groepspraktijk beter of minder goed behandeld en opgevolgd dan diegene van een solopraktijk?

Na dit literatuuronderzoek zet ik een kwalitatieve studie op met semigestructureerde interviews bij patiënten van de praktijk. Hierin tracht ik diepgaand in te gaan op hun mening terzake: Wat ervaren ze als voor- en nadelen van de groepspraktijk? Vinden ze een vaste huisarts belangrijk? Vinden ze de beschikbaarheid van hun vaste huisarts voldoende groot? Welke problemen ondervinden ze als ze bij een andere arts terecht komen? En hoe kunnen we deze problemen tot een minimum beperken?

3. Literatuuronderzoek

3.1. Methode

Voor de literatuurstudie werden internationale artikels gezocht via Pubmed. Hierbij werd gebruik gemaakt van verschillende combinaties van volgende mesh-termen:, 'general practice', 'primary health care', 'group practice', 'patient satisfaction', 'continuity of patient care'. Van 54 artikels werd het abstract gelezen, en uiteindelijk werden 17 artikels weerhouden.

Voor de Nederlandstalige literatuur werden de sites van Huisarts&Wetenschap, Huisarts Nu, Domus Medica, tijdschrift voor geneeskunde, NIVEL en het RIZIV achtereenvolgens geëvalueerd. Hierbij waren de gebruikte zoektermen: groepspraktijk, solopraktijk, patiënttevredenheid, huisartsgeneeskunde, continuïteit. Hieruit kwamen 10 resultaten, waarvan uiteindelijk 6 relevante artikels werden weerhouden. Ook werd de database van masterthesissen op de site van het ICHO nagekeken op eerder relevant onderzoek door medestudenten. Hierbij werden 7 masterthesissen gevonden, waarvan er 3 gebruikt werden in dit onderzoek.

Daarnaast werden artikels ook gevonden door de referentielijsten van andere relevante artikels te bestuderen.

3.2. Resultaten

3.2.1. Definitie van de groepspraktijk

Bij de start van een onderzoek naar patiënttevredenheid over groepspraktijken, moet men eerst duidelijk definiëren wat men verstaat onder een 'groepspraktijk'. Meestal worden huisartspraktijktypes ingedeeld op basis van een belangrijk structureel kenmerk nl. het aantal artsen dat er werkzaam is. De laatste tijd blijkt dat er ook steeds meer wordt samengewerkt met andere eerstelijnsdisciplines, hetgeen een extra onderscheid noodzakelijk maakt tussen monodisciplainere praktijken, of huisartsenpraktijken, en multidisciplinaire of eerstelijnspraktijken. Binnen de monodisciplinaire praktijken, die nog steeds de meerderheid uitmaken, wordt er een onderscheid gemaakt tussen de solo-praktijk en de kleine (≤5 artsen) of grote (>5 artsen) groepspraktijken. Deze klassieke groepspraktijk wordt ook HOED, huisartsen-onder-één-dak, genoemd. Dit staat in contrast met de netwerkpraktijk, waarbij huisartsen formeel samenwerken maar geen gemeenschappelijk praktijksgebouw hebben. In beide vormen van praktijk wordt de patiëntenpopulatie als één geheel beheerd met een gemeenschappelijk dossiersysteem. Een laatste vorm van monodisciplinaire huisartsenpraktijk is het permanentienetwerk waarbij enkel afspraken worden gemaakt over vervangingen. (2)

Praktijktypes	*Aantal huisartsen*	*Aantal praktijk-gebouwen*
• **Monodisciplinaire of huisartspraktijken**		
1. Solopraktijk	1	Eén, apart
2. Permanentienet(werk)	≥2	Meerdere, apart
3. Netwerk(groeps)praktijk	≥2	Meerdere, apart
4. 'Klassieke' groepspraktijk	≥2	Eén, gezamenlijk
• **Multidisciplinaire en eerstelijnspraktijken**		
5. Multidisciplinaire netwerkgroepspraktijk	≥1	Meerdere, apart
6. Multidisciplinaire groepspraktijk	≥1	Eén, gezamenlijk

Kader 5: De verschillende praktijktypes en hun kenmerken. (2)

In deze groepspraktijken is er echter niet altijd een gemeenschappelijk medisch beleid, zo zijn sommige groepspraktijken eerder 'solopraktijken onder één dak'. Groepspraktijken kunnen zich presenteren als een losse associatie van individuen waarbij de nadruk ligt op het realiseren van gemeenschappelijke voorwaarden en voorzieningen zoals afspraken rond wachtdienst, vervangingen of faciliteiten, dit noemt het 'zakelijke team'. Anderzijds is er het team met een eigen identiteit waarbij de nadruk ligt op het gemeenschappelijk leveren van goede zorg met een hoge graad aan medisch-inhoudelijk overleg en duidelijke afspraken over het te voeren beleid. Dit noemt met het 'professionele team' (3). Op dat vlak zou het dus beter zijn een indeling te maken op basis van intensiteit van de samenwerking hetgeen beschreven wordt in het HAPO-model (2). Om tot dergelijk samenwerkingsverband te komen is dus een goede voorbereiding nodig waarin ieder lid duidelijk zijn persoonlijke visie omschrijft om daarna een gemeenschappelijke visie en missie te bepalen. Hiervoor werd een praktisch instrument in de vorm van een tien-stappenplan gepubliceerd door Grouwels, Goedhuys en Heyrman (4). ECHTT is een organisatie met expertise op vlak van Huisarts-praktijkorganisatie & samenwerking. Zij kan het dynamisch proces van samenwerking tussen en met huisartsen professioneel begeleiden. (5)

De praktijk waarin ik werkzaam ben en waarin de veldstudie wordt uitgevoerd is een monodiciplinaire klassieke groepspraktijk met 8 huisartsen (7 zelfstandige artsen, 1 HAIO) en 1 verpleger die zich voornamelijk bezig houdt met technische acten (bloednames, spirometries,...). Binnen de praktijk is overleg gepleegd wat betreft de gemeenschappelijke visie en missie, deeltaken binnen de praktijk zijn vastgelegd, er is een wekelijks patiëntenoverleg, een wekelijks gezamelijk zien van de medisch vertegenwoordigers en een maandelijkse praktijkvergadering. Dit alles ligt vast in een praktijkdraaiboek.

3.2.2. Cijfermateriaal: steeds meer groepspraktijken

België telt in 2015 1.441 groepspraktijk, in 2010 waren dit er nog maar 1.132 (1). Volgens een onderzoek door het RIZIV zouden in 2009 slechts 27% van de Belgische huisartsen in een groepspraktijk werken (6). De groepspraktijk is echter vooral in Vlaanderen reeds goed ingeburgerd: volgens een kleiner onderzoek van Huisarts Nu in 2002 bleek dat op dat moment 42% van de Vlaamse huisartsen al in groep werktte. Nieuwe instromende artsen geven bovendien de voorkeur aan grotere praktijkvormen: slechts 3% van hen zei actief op zoek te zijn naar locatie voor een solo-praktijk (7). Ook uit een onderzoek van het RIZIV blijkt dat vooral jonge mensen in groep gaan werken: 64% van de huisartsen onder de 35jaar werkt in groep (6).

Deze cijfers tonen dus duidelijk aan dat het aantal groepspraktijken toeneemt en dat vooral de jongere generatie artsen steeds meer in groep gaat werken. Gezien de evolutie naar de groepspraktijk quasi onvermijdelijk lijkt, is het belangrijk te onderzoeken welke gevolgen dit gaat hebben. Het werken in groep beïnvloedt niet alleen de werk- en leefomstandigheden van de artsen, het kan ook een effect hebben op onze kwaliteit van zorg. En tenslotte zullen ook de patiënten deze belangrijke verandering in het huisartsenlandschap opmerken. In het eerste deel van deze literatuurstudie onderzoek ik deze implicaties voor de zorg, de zorgverlener én de zorgontvanger.

3.2.3. Implicaties van het werken in groep op de zorg, de zorgverlener en de zorgontvanger

- ***Implicaties voor de zorgverlener – het artsenperspectief***

Een Belgische studie uit 2003 ondervroeg 88 solo-artsen over hun motivaties en obstakels om in groep te werken. Hieruit bleek dat veel van de solo-artsen in groep zouden willen werken. Dit vooral omdat zij dachten dat het een verbetering van kwaliteit van leven teweeg zou brengen, ze hierdoor een meer continue zorg aan hun patiënten kunnen bieden en het werken in groep de mogelijkheid biedt tot overleg en uitwisseling van ervaringen. Het belangrijkste obstakel tot werken in groep voor de solo-artsen bleek de angst voor het verlies van de exclusieve arts-patiëntenrelatie en hierdoor ook het effectief verlies van een aantal patiënten (8). In een masterthesis van De Buysscher werden 92 artsen via een enquete bevraagd over voor- en nadelen van een solopraktijk. Hieruit kwamen als belangrijkste voordelen van solopraktijken het financiele aspect, de grote onafhankelijkheid van de solo-arts en de sterke arts-patiëntrelatie. Nadelen van het werken als solo-arts waren het gebrek aan overleg, de moeilijker te organiseren continuiteit en de zwaardere werkbelasting (9)

Of het werken in groep ook echt leidt tot een hogere jobtevredenheid wordt niet geheel bevestigd. Uit een systematische review van 26 artikels die de effectiviteit van groepspraktijken tov solopraktijken onderzoekt, blijkt dat er weinig verschil bestaat tussen de mening van artsen omtrent items zoals jobstress, administratieve last en jobtevredenheid. Enkel voor loontevredenheid lijkt er een bewijs te zijn dat dit groter is voor artsen in een groepspraktijk dan voor solo-artsen (10).

Uit een cross-sectionele studie van 766 huisartspraktijken in Nederland blijkt ook dat er weinig verschil bestaat qua jobstress tussen solo-artsen en artsen werkzaam in een groepspraktijk. Wel blijken solo-artsen gemiddeld 1u per week meer patiëntencontact te hebben en zijn ze iets minder gelukkig met de tijd die ze moeten investeren in hun job (11). Een Vlaams onderzoek onder huisartsen kon eveneens geen aanwijzingen vinden dat er een verschil bestaat in de werkbelasting van artsen in de 2 praktijkvormen. Doch wel blijkt dat solo-artsen een hogere werkbelasting ervaren in vergelijking met samenwerkende artsen. (7)

Artsen zullen in de toekomst steeds meer in groep gaan werken, ook al is het niet duidelijk bewezen dat werken in groep ook leidt tot een lagere werkdruk of een hogere jobtevredenheid. Toch lijkt het intuïtief makkelijker om deeltijds te werken of regelmatig vakantie te nemen wanneer men werkt in een groep. Ook de mogelijkheid tot overleg wordt door artsen gezien als een belangrijk voordeel. Dit kan de levenskwaliteit van de arts ten goede komen, maar wat is hiervan de implicatie op de zorg voor de patiënt en de patiëntevredenheid?

- ***Implicaties voor de zorg***

Intuïtief zou men denken dat groepspraktijken een betere zorg kunnen bieden aan hun patiënten en dit om verschillende redenen. In groepspraktijken is een grotere flexibiliteit van het werkschema mogelijk hetgeen de werkdruk van de artsen kan reduceren, waardoor ze mogelijks betere zorg bieden. Artsen in een solopraktijk zijn vaker klinisch geïsoleerd, waardoor ze zichzelf en hun handelingen minder in vraag stellen. De communicatie en het overleg tussen de artsen in een groepspraktijk kan de zorg voor patiënten ten goede komen. Bovendien hebben groepspraktijken

meer financiële middelen voor de uitbouw van hun infrastructuur en het aanwerven van staf, hetgeen ook positieve gevolgen kan hebben voor de patiëntenzorg.

De literatuur kan deze suggesties echter niet éénduidig bevestigen. Er zijn verschillende studies die het effect van het werken in groep op kwaliteitsindicatoren van zorg onderzoeken. Ik focus mij vooral op systematische reviews van deze studies.

De systematische review van Damiani et al vond 15 studies van goede kwaliteit die de impact van de groepspraktijk op klinische procesmaten en uitkomst vergelijkt met die van een solopraktijk. Hierbij gaat het om uitkomsten zoals het volgen van richtlijnen, het aantal hospitalisaties, verwijzingen naar een specialist, voorschrijfgedrag en dergelijke. Enkel op vlak van voorschrijfgedrag blijkt er een duidelijk bewijs te zijn dat groepspraktijken beter scoren dan solopraktijken. (10)

Een andere systematische review door Charis et al tracht ook het effect van praktijkgrootte op kwaliteit van zorg te onderzoeken. Deze review definieert kwaliteit van zorg als eender welke objectieve maat voor klinisch proces, klinische uitkomst of patiëntgeraporteerde uitkomst. Hier werden 18 artikels geïncludeerd. Voorbeelden van klinische processen zijn het gebruik van correcte diagnostische testen, doorverwijzing naar specialisten, volgen van richtlijnen, correct voorschrijfgedrag en dergelijke. Van de 13 studies die hiernaar onderzoek doen blijken 4 studies een significant effect van groepsgrootte te tonen op enkele klinische processen nl. grotere praktijken zouden meer verwijzingen doen voor een eetstoornis, gaan klinische richtlijnen betreffende ADHD bij kinderen beter opvolgen, voorzien een betere zorg bij diabetes en leveren meer preventieve zorgen zoals pneumokokken-vaccinatie, uitstrijkjes, mammografies en screening naar diabetes. (12)

2 van de 13 studies onderzochten het effect op klinische uitkomsten. Hiervan toonde één studie dat in groepspraktijken betere waarden van HbA1C worden bereikt. Omtrent de optimale waarden van BMI, cholesterol en bloeddruk bij patiënten met ischemisch hartlijden wordt geen verschil gezien tussen groepspraktijken en solopraktijken. (12)

Een andere cross-sectionele studie in Italië die enkele klinische processen en uitkomsten meet in 206 solopraktijken en 606 groepspraktijken toont geen bewijs dat solopraktijken moeten onderdoen voor groepspraktijken. (13)

Een ander verschil tussen de solopraktijk en de groepspraktijk bevindt zich op het vlak van infrastructuur. Het lijkt logisch dat groepspraktijken beter uitgerust zijn wat betreft gesofisticeerd therapeutisch en diagnostisch materiaal, spoed- en labomateriaal en betere faciliteiten hebben. Groepspraktijken zouden ook meer gebruik maken van een elektronisch medisch dosier en de kwaliteit van dit EMD is ook beter. Verder doen groepspraktijken ook aan meer kwaliteitsverbeterende projecten (11) (10).

De literatuur toont dus geen éénduidig voordeel aan van groepspraktijken wat betreft kwaliteit van zorg. Volgens sommige studies zou er een positief effect zijn van het werken in groep op bepaalde aspecten van kwaliteit van zorg, maar dit is zeer verschillend naar gelang de gemeten maat of uitomst. Het optimaal gebruik van het EMD en de gemiddeld betere uitrusting van groepspraktijken kunnen een voordeel vormen t.o.v. de solopraktijk.

Het is duidelijk aan de artsen binnen de groepspraktijk om de voordelen ervan voor hun patiënten optimaal te benutten. De grotere financiële middelen kunnen gebruikt worden voor het aanwerven van capabele paramedici die nuttige taken uitvoeren, zoals het systematisch bespreken van het GMD+ om preventieve maatregelen bij patiënten te verhogen. Ook kan een beter elektronisch medisch dossier worden aangekocht, dat de zorg voor patiënten kan verbeteren. Een regelmatig gestructureerd patiëntenoverleg waarin moeilijke casussen worden besproken onder collega's kan zeker een belangrijke meerwaarde bieden. En ook kwaliteitsverbeterende projecten zijn makkelijker uit te voeren in grotere praktijken.

- ***Implicaties voor de zorgontvanger– patiëntenperspectief***

Een laatste aspect dat kan onderzocht worden is de patiënttevredenheid met de groepspraktijk.

Een eerste vraag die men zich daarbij kan stellen is welke factoren patiënttevredenheid bepalen. Mireia Sans-Corrales et al onderzoeken in hun systematische review de eigenschappen van huisartsgeneeskunde die de tevredenheidsdimensie van patiënten beïnvloeden. Zij includeerden hiervoor 19 studies en besloten dat patiënttevredenheid wordt beïnvloed door volgende eigenschappen van huisartsgeneeskunde: (14)

- Toegankelijkheid: het kunnen krijgen van een afspraak bij een specifieke arts dezelfde of de volgende dag; een korte wachttijd in de wachtzaal (6-10min)
- Continuiteit: het hebben van dezelfde huisarts over een langere periode
- Consultatieduur
- Artskarakteristieken: warme, vriendelijke arts; zelfzekere arts; arts die interesse toont in bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt; arts die het probleem met de patiënt bespreekt, duidelijke uitleg geeft en samen met de patiënt tot beslissingen komt
- Persoonlijke arts-patiëntrelatie

Een tweede vraag is of deze patiënttevredenheid dan verschilt bij groepspraktijken tov solopraktijken. Verschillende studies tonen dat groepspraktijken minder goed scoren wanneer het gaat over de verschillende aspecten van patiëntentevredenheid (11) (12) (15) (16).

2 gelijklopende studies van Baker en Streatfield onderzoeken praktijk- en consultatiekenmerken die een effect hebben op de tevredenheid met de praktijk en de consultatie. In een eerste studie (16) onderzoeken ze de 6 belangrijke aspecten van de tevredenheid met de praktijk: Algemene tevredenheid, toegankelijkheid, beschikbaarheid, continuïteit, medische zorg en garanties (up-to-date werken, comfortabele omstandigheden). Hieruit blijkt dat vooral praktijkgrootte en de aanwezigheid van een persoonlijk afsprakensysteem de praktijktevredenheid beïnvloedt. De tevredenheid blijkt op alle aspecten te dalen met toenemende praktijkgrootte en de algemene tevredenheid, toegankelijkheid en continuiteit stijgt wanneer men werkt met een persoonlijk-afsprakensysteem (dit wil zeggen waarbij de patiënt de vrije keuze van huisarts heeft).

In hun tweede studie onderzoeken ze praktijk-, patiënt- en artskarakteristieken die een invloed hebben op de patiënttevredenheid met consultaties. (15) Praktijkkarakteristieken geassocieerd met een daling van tevredenheid waren: grotere praktijken (met meer patiëntendossiers), de afwezigheid van een persoonlijk-afsprakensysteem en trainingspraktijken (waar artsen worden opgeleid). Patiëntkarakterstieken geassocieerd met een daling in tevredenheid waren toenemende leeftijd en

mannelijk geslacht van de patiënten. De enige arts-eigenschap geassocieerd met lagere patiënttevredenheid was toenemende leeftijd van de arts.

Hieruit blijkt dus dat vooral dat praktijkgrootte een negatief effect heeft op de algemene patiënttevredenheid, die vaak afhankelijk is van verminderde continuïteit en toegankelijkheid in de groepspraktijk.

3.2.4. Belangrijke aspecten van patiënttevredenheid: toegankelijkheid & continuïteit

- ***Toegankelijkheid***

Toegankelijkheid van de huisarts(praktijk) is een belangrijke indicator van patiënttevredenheid. De EUROPEP-vragenlijst is een internationaal gevalideerd instrument om patiëntevaluaties van huisartsenpraktijk te meten. Dit instrument werd ontwikkeld door een internationaal consortium van onderzoekers gelinkt aan EquiP. Het bevraagt toegankelijkheid aan de hand van 6 items:

(1) Behulpzaamheid van de staf (andere dan de arts)
(2) Het krijgen van een passende afspraak bij je huisarts
(3) Tevredenheid met de telefonische bereikbaarheid van de praktijk
(4) Tevredenheid met de telefonische bereikbaarheid/doorschakeling naar de huisarts zelf
(5) Wachttijd in de wachtkamer
(6) Het bieden van hulp bij urgente gezondheidsproblemen

Een studie van Wensing in 2002 onderzocht de invloed van de praktijkvorm op de patiënttevredenheid met betrekking tot toegankelijkheid. Ze peilden naar 5 van de 6 aspecten van de EUROPEP-vragenlijst. De patiëntevaluatie op elk van de 5 aspecten blijkt groter bij praktijken met kleiner aantal artsen en artsen die meer uren per week werken (17).

In de systematische review van Charis & Kok beschrijven 3 studies het effect van groepsgrootte op patiëntgeraporteerde uitkomsten mbt toegankelijkheid. Alle 3 tonen zij een lagere score van groepspraktijken tov solopraktijken wat betreft hulp door de receptioniste, tevredenheid met de telefonische bereikbaarheid van arts, het kunnen krijgen van een afspraak op de dag zelf of binnen de 2 dagen, het kunnen krijgen van een afspraak bij één specifieke huisarts en de openingsuren van de praktijk (12).

- ***Continuiteit van zorg***

Een belangrijk aspect dat in het meten van patiënttevredenheid steeds naar voor komt en dat ook sterk bepalend blijkt te zijn in de verminderde patiënttevredenheid in grotere praktijken blijkt ‘persoonlijke continuïteit’ te zijn.

Continuiteit is het permanent beschikbaar zijn van de noodzakelijke zorg voor een patiënt. Persoonlijke continuïteit is volgens Saultz het principe waarbij deze zorg door éénzelfde arts wordt geboden: er is sprake van een langer bestaande relatie tussen patiënt en arts. De patiënt kent en vertrouwt de arts. De patiënt ontvangt de basiszorg van deze arts die zich daar persoonlijk verantwoordelijk voor voelt (18). Zoals reeds aangehaald willen veel solo-artsen in een groepspraktijk werken om de continuïteit van zorg naar de patiënt toe te verzekeren zonder hierbij in te boeten aan de levenskwaliteit (8). Artsen willen dus de werkdruk verlagen en minder uren per week beschikbaar zijn, zonder hierbij de continuïteit van zorg uit het oog te verliezen. Dit is daadwerkelijk ook zo bewijst een Nederlandse studie: In een solopraktijk is de kans dat een patiënt de huisarts treft

tijdens de kantooruren is respectievelijk 85 en 81 procent voor mannelijke versus vrouwelijke solohuisartsen. In een duo- of groepspraktijk liggen deze percentages beduidend lager, namelijk op 75 en 54 procent (19). Artsen van een groepspraktijk zijn minder beschikbaar, dit impliceert dan ook logischerwijs een lagere persoonlijke continuïteit. Ze werken echter in groep opdat de patiënt steeds door een collega kan worden verder geholpen: het principe van continuïteit evolueert in de groepspraktijk dus naar een gedeelde- of teamcontinuïteit. (17)

Maar het is de persoonlijke continuïteit die net als erg belangrijk wordt aanzien door de patiënt: verschillende studies tonen dat continuïteit een belangrijk effect heeft op patiënttevredenheid (20) (21). Patiënten willen door hun eigen arts worden opgevolgd en hechten veel belang aan de langdurige en sterke band tussen hen en hun persoonlijke huisarts.
De persoonlijke continuïteit verhoogt bovendien het vertrouwen van de patiënten in hun arts (22), kan lijden tot een betere therapietrouw (23) en verbetert de communicatie tussen arts en patiënt (24). Ook op vlak van kwaliteit van zorg kan een grotere persoonlijke continuïteit leiden tot minder hospitalisaties, minder spoedbezoeken en meer preventieve handelingen (25).

Uit een Nederlandse bevraging bij 9334 patiënten blijkt ¾ van de patiënten steeds dezelfde huisarts te willen spreken. Dit percentage is iets groter bij oudere patiënten, vrouwen, gepensioneerden en patiënten die meer vertrouwen hebben in hun huisarts. (26) Dit cijfer wordt bevestigd in een andere Nederlandse studie bij 875 patiënten. Deze studie beweert bovendien dat het belang dat wordt gehecht aan continuïteit afhankelijk is van de ernst van de conditie en niet zo zeer van patiëntkarakteristieken. Deze stelling wordt herhaald door Van Stappen in haar masterthesis, zij onderzocht het belang dat patiënten hechten aan een persoonlijke arts door een enquete te verspreiden bij 104 patiënten. Ze ondervond dat er géén relatie is tussen de leeftijd van de patiënt en het belang hun vaste huisarts te zien. Wel blijken patiënten hun vaste huisarts vooral te willen zien bij psychologische of sociale problematiek en minder bij puur medische problemen (27).

Patiënten hechten veel belang aan persoonlijke continuïteit: ze willen graag gezien worden door hun eigen huisarts met wie ze een vertrouwensband hebben. In de groepspraktijk is er daarentegen steeds minder persoonlijke continuïteit en steeds vaker een gedeelde continuïteit tussen de verschillende artsen. Dit verklaart deels de lagere patiënttevredenheid in groepspraktijken.

Anderzijds zouden er ook voordelen verbonden kunnen zijn aan het zien van meerdere artsen: multiple perspectieven op een medisch probleem kunnen een controle vormen, waardoor incorrecte of te late diagnoses minder voorkomen. Het zien van verschillende zorgverleners kan op die manier aanvullend werken. Bij een hogere continuïteit denken arts en patiënt mekaar erg goed te kennen, maar hierdoor komen soms nieuwe, delicate onderwerpen nooit aan bod. Ten laatste kan men ook denken dat een efficiënte medische dossierbeheersing de voordelen van persoonlijke continuïteit kan verminderen, omdat een uitgebreide voorgeschiedenis in een oogopslag door nieuwe artsen kan geëvalueerd worden. (25)

3.3. Besluit

De meeste patiënten waarderen dus het persoonlijke contact met hun huisarts en willen een huisarts die goed toegankelijk is. Anderzijds zien we een stijgende trend van huisartsen naar het werken in groepspraktijken, waarin de werkdruk lager lijkt te liggen, die goed uitgerust zijn en waarin ze in team kunnen werken. Deze 2 wensen moeten echter geen tegengestelden zijn. Het is belangrijk dat praktijken zo georganiseerd zijn dat ze goede zorg kunnen bieden op een manier die acceptabel is voor zowel artsen als patiënten. Bovendien moeten de mogelijke voordelen van de groepspraktijk verder worden uitgebouwd.

Hierin is het belangrijk dat praktijken de mening van hun patiënten monitoren. In de veldstudie die hierop volgt wil ik nagaan hoe het staat met de tevredenheid van onze patiënten met de groepspraktijk. Dit meer bepaald over de continuïteit en toegankelijkheid van de praktijk, 2 speerpunten in de patiënttevredenheid. Daarnaast hoop ik een beter inzicht te krijgen in de mening en de ideeën van onze patiënten. Deze kan ik enerzijds gebruiken om patiënten beter te informeren over hoe ze optimaal gebruik kunnen maken van onze diensten. Anderzijds hoop ik enkele tips te kunnen geven aan onze praktijk om het beter te doen en zo de patiënttevredenheid te verhogen.

4. Methode

Ik kies ervoor om een **kwalitatief onderzoek** uit te voeren. Dit om 2 redenen: enerzijds omdat dit het optimale onderzoekstype is voor de eerste verkenning van een relatief nieuw topic (28). Anderzijds omdat ik dit project zie als een praktijksverbeterend onderzoek: een kwalitatief onderzoek leent zich het meest om diepgaand in gesprek te gaan met enkele patiënten en hierdoor hun mening beter te exploreren. Zo kunnen ze ons ook waardevolle tips geven om onze praktijkorganisatie te optimaliseren.

De geïnterviewden worden geselecteerd volgens het principe van 'purposeful sampling' waarbij getracht wordt een groep patiënten te interviewen, die overeenkomt met de werkelijke patiëntpopulatie in onze praktijk qua leeftijd, geslacht en vaste huisarts.

De **recrutering** van deze personen gebeurt op 2 manieren: enerzijds wordt er een informatiebrief (zie bijlage 1) geplaatst in de wachtzaal waardoor de patiënten zich spontaan kunnen aanbieden voor medewerking aan het onderzoek. Anderzijds worden patiënten door de huisartsen zelf gevraagd om mee te werken aan dit onderzoek, waarna hun dezelfde informatiefolder wordt aangeboden. Artsen kiezen dan deze patiënten waarvan zij denken dat ze nuttige info kunnen bijbrengen aan het onderzoek.

Aan alle geïnterviewden wordt voor het interview mondeling uitleg gegeven rond het doel van het onderzoek. Deze uitleg wordt schriftelijk herhaald in een 'informed consent'-formulier dat wordt ondertekend door alle geïnterviewden (zie bijlage 2).

Het **interview** wordt opgebouwd rond een aantal vooraf-bepaalde open vragen, die gebaseerd zijn op de informatie uit de literatuurstudie. Na enkele demografische vragen zal worden gestart met een eerste brede, open vraag die direct peilt naar de onderzoeksvraag nl. 'De voor- en nadelen van de groepspraktijk'. Hierna worden een reeks open vragen gesteld over verschillende aspecten van toegankelijkheid en continuïteit. Op voorhand wordt reeds een informatiefolder opgesteld voor de patiënten, die als doel heeft de kennis over de praktijk te verhogen en enkele tips te geven om de praktijk optimaal te gebruiken. Deze folder zal op het einde van het interview aangeboden worden aan de geïnterviewden en hun feedback zal hierover gevraagd worden. Zodoende kan de folder na de interviews worden geoptimaliseerd.

De **data-analyse** gebeurt volgens het principe van de 'grounded theory' of 'gefundeerde theoriebenadering' (28). Hierbij gebeurt de dataverzameling en analyse tesamen, zodat deze mekaar kunnen beïnvloeden. Hierdoor werd de vragenlijst tijdens het verloop van het proces regelmatig aangepast en bijgewerkt op basis van de antwoorden van patiënten. Zo werd na interviews 2 expliciet bevraagd wat de ervaringen van de patiënten zijn wanneer ze geholpen worden door een andere arts dan hun vaste huisarts. Ook werden enkele vragen toegevoegd over de folder: wat vinden ze van lengte, in welke vorm zou deze aangeboden moeten worden aan patiënten en welke informatie missen ze in de informatiefolder? Ook werd de interviewtechniek wat aangepast gedurende het proces: zo werd opgemerkt dat er in de eerste interviews nogal wat suggestieve vragen werden gesteld, er werd nadien getracht deze te vervangen door meer open vragen. De uiteindelijke vragenlijst vindt u in bijlage 3. Alle interviews worden uitgevoerd door mijzelf als Huisarts-in-opleiding.

Elk interview wordt opgenomen met een audio-recorder. Het interview wordt nadien volledig uitgetypt door de interviewer. Achteraf wordt het interview afgeprint met een brede marge, die ruimte laat voor de toevoeging van codecijfers. Er wordt getracht steeds een aantal interviews te verzamelen vooraleer deze gelijktijdig te coderen. Na de eerste 2 interviews wordt gestart met het 'open coderen' en wordt er een voorlopige codelijst aangemaakt in Microsoft Excel. De algemene structuur van deze codelijst wordt bepaald door de belangrijkste open vragen uit het interview. Na enkele interviews zijn de meeste 'hoofdcodes' duidelijk geworden. Naar gelang de interviews vorderen worden nieuwe codes aangemaakt en gekeken of de uitspraken van voorgaande interviews hieronder passen, dit volgens het principe van 'axiaal coderen'. Tenslotte wordt in de laatste stap gestart met 'selectief coderen' waarbij vanuit de codes theorieën worden gevormd en besluiten worden getrokken.

Als richtgetal voor het **aantal subjecten** wordt 20 à 30 personen genomen. Het uiteindelijke aantal interviews zal worden bepaald door het principe van saturatie. Er wordt geschat dat een interview ongeveer 20à30 minuten zal duren.

Na de verzameling van de resultaten zullen de belangrijkste hiervan worden besproken tijdens een praktijkoverleg met alle artsen van de groepspraktijk. Hier zullen mogelijke verbeterpunten in de praktijk worden weerhouden en geïmplementeerd. Er wordt geschat dat dit overleg 1à2uur zal duren.

5. Resultaten

Er werden interviews afgenomen bij 22 patiënten. Elk interview duurde gemiddeld 25minuten (zonder de tijd voor het lezen van de vragenlijst). Een voorbeeld van een uitgeschreven en gecodeerd interview vindt u terug in bijlage 4. De steekproef bestond uit 8 mannen en 14 vrouwen. In onderstaande tabel vindt u de leeftijdsverdeling in de praktijkpopulatie, gemeten in een eerder praktijkonderzoek door dr. Joke Bossers en de leeftijdsverdeling in de steekproef. Daarnaast ziet u de vaste huisartsen van elk van de geïnterviewde patiënten.

Leeftijd	Praktijkpopulatie	Steekproef
<25jr	10.5%	2/22 = 9%
25-40jr	29%	6/22 = 27%
40-65jr	33,7%	7/22 = 32%
>65jr	26%	7/22 = 32%

Vaste Huisarts	Aantal geïnterviewden
Dr. 1	3
Dr. 2	4
Dr. 3	0
Dr. 4	2
Dr. 5	6
Dr. 6	4
Dr. 7	0
Dr. 8	1
Geen vaste Huisarts	4

* sommige patiënten gaven aan meerdere vaste huisartsen te hebben, vandaar dat het totaal aantal de onderzoekspopulatie overschrijdt.

Het praktijkoverleg vond plaats op 25 november 2015 en 9 december 2015. Alle artsen van de huisartsenpraktijk waren hierbij aanwezig. Het overleg duurde in totaal 77 minuten.

5.1. Algemene patiënttevredenheid

Patiënten werden allereerst ter introductie bevraagd naar hun gepercipieerde voor- en nadelen van de groepspraktijk tov een solopraktijk. Deze voor- en nadelen worden dus spontaan vermeldt door de patiënten, het zijn antwoorden op de open vraag ‘wat zijn volgens u de voor- en nadelen van een groepspraktijk tov een solopraktijk?’.

7. Voordelen van de groepspraktijk	
7.1. Snellere hulp bij dringende problemen	9
7.2. Je kan op elk moment van de dag terecht bij een arts	16
7.3. Artsen kunnen onderling overleggen over probleem	8
7.4. Voor gezinnen met meer onverwachtte situaties biedt de groepspraktijk meer voordelen.	1
7.5. Je kan in een groepspraktijk kiezen welke arts je het meest ligt	4
7.6. De andere artsen in de groepspraktijk kennen je dossier.	7
7.7. In een groepspraktijk wordt er meer tijd genomen voor de patiënten.	1
7.8. Je kan de capaciteiten van meerdere artsen combineren en voor verschillende types problemen naar verschillende artsen gaan (cfr. Specialisatie van artsen)	3
7.9. In de groepspraktijk is het veel rustiger, zijn de wachttijden korter dan vroeger in de solo-praktijk.	3
7.10. In een groepspraktijk wordt veel van de administratie overgenomen door het secretariaat, waardoor artsen meer tijd hebben voor pt.	1
7.11. Er is altijd een arts telefonisch bereikbaar voor medische vragen.	1

Het belangrijkste voordeel dat hier naar boven kwam was het feit dat je in de groepspraktijk **op elk moment van de dag bij een arts terecht kan (7.2)**, dit wordt aangegeven door 16 van de 22 ondervraagden. Om diezelfde reden is er dan ook **snellere hulp bij dringende problemen (7.1)**, een voordeel wat door 9 van de ondervraagden werd gegeven. Ook is er steeds een **arts telefonisch bereikbaar voor dringende medische vragen (7.11).**

Een ander voordeel dat patiënten opmerken is het **onderlinge overleg van de artsen over moeilijke problemen (7.3)**, hetgeen door 8 patiënten wordt vermeld.

" een voordeel zou kunnen zijn dat als er iets is de mening van een paar artsen wel handig zou kunnen zijn ... Ook een arts heeft zijn eigen visie en ervaringen en dat vult mekaar misschien wel aan" (i2)

Een laatste voordeel dat regelmatig terugkomt, bij 7 van de ondervaagden, is het feit dat **je dossier ingekeken kan worden door andere artsen van de groepspraktijk (7.6)**. Wanneer de vaste huisarts niet beschikbaar is kennen de andere artsen belangrijke aspecten van de voorgeschiedenis, om de patiënt zo optimaal te kunnen verder helpen.

"als je huisarts bijvoorbeeld in vakantie is kan je altijd terecht bij iemand die je dossier kent. Zeker als je ouder wordt is dat heel belangrijk" (I6)

Andere voordelen die wat minder frequent worden vermeld zijn: **je kan in een groepspraktijk kiezen welke arts je het meeste ligt(7.5)**; **het is veel rustiger in de groepspraktijk en de wachttijden zijn korter dan in de vroegere solopraktijk (7.9)**; **er is een groepspraktijk meer administratieve hulp, waardoor de artsen meer tijd kunnen maken voor de patiënten (7.10)**; **Je kan voor verschillende typen problemen naar verschillende artsen gaan die hierin gespecialiseerd zijn (7.8).**

8. Nadelen van de groepspraktijk	
8.1. Werkverlet voorgeschreven krijgen is moeilijker bij arts die je niet kent	1
8.2. Je komt terecht bij artsen die je niet kent en vertrouwt, dit geeft geen veilig gevoel.	2
8.3. Er zitten vaak veel mensen in de wachtzaal.	2
8.4. Andere artsen weten onvoldoende van je situatie af, ondanks het medisch dossier.	2
8.5. Niet alle artsen noteren goed in het elektronisch medisch dossier	2
8.6. Niet altijd vrije keuze van arts als je een dringend probleem hebt.	4
8.7. Afspraken de dag zelf bij arts naar keuze zitten vaak vol	2
8.8. Er zijn soms artsen waarmee het echt niet klikt.	2
8.9. Problemen met loyaliteit naar vaste huisarts toe als men naar een andere arts gaat.	1
8.10. Artsen geven soms kritiek op mekaar in bijzijn van patiënten.	1
8.11. Door de switch naar de groepspraktijk is de praktijk is nu verder weg van mijn thuis.	1
8.12. Beschikbaarheid van individuele artsen is lager waardoor je vaker terecht komt bij een andere arts.	6
8.13. Verschillende artsen kunnen mekaar soms tegenspreken, hebben een andere aanpak voor eenzelfde probleem.	2
8.14. Mijn vroegere solo-arts werkte veel later in de avond, en hier kon ik altijd bij terecht.	1
8.15. Wanneer ik een keer naar een andere arts moet, moet ik nadien mijn verhaal opnieuw doen, ook aan mijn vaste HA.	2
8.16. Kinderen zijn één vaste arts gewoon, voor hen is het nog moeilijker om naar een andere, onbekende arts te gaan.	1
8.17. Bij huisbezoeken kan je niet kiezen wie langs komt	1

Het nadeel dat het meest vermeld werd, namelijk door 6 ondervraagden, was dat de **individuele beschikbaarheid van de artsen lager is, waardoor je vaker terecht komt bij een andere arts (8.12)**.

Nadelen die verband houden met deze lagere individuele beschikbaarheid zijn: **de afspraken de dag zelf staan bij mijn vaste huisarts vaak al vol (8.7)** en er is **niet altijd de vrije keuze van arts (8.6),** hetgeen respectievelijk 2 en 4 ondervraagden vermelden.

" Heel vroeger was dat natuurlijk geen probleem, vroeger had hij zelfs geen afspraken, dan kon ge wel altijd terecht, hij werkte tot het gedaan was. Nu moet ge meestal een afspraak maken en kunt ge niet altijd terecht bij uw vaste huisarts. Ge zijt eigenlijk verplicht om er minstens twee te hebben waar ge toch wel eens mee kunt afwisselen" (I14)

Heel wat nadelen zijn het gevolg van die lagere individuele beschikbaarheid en hebben te maken met het feit dat je daardoor wel eens geholpen wordt door een andere arts: **hierbij voelt de patiënt zich niet vertrouwt (8.2), de nieuwe arts weet onvoldoende af van de situatie (8.4) al dan niet omdat er slecht is genoteerd in het EMD (8.5), je moet telkens opnieuw je verhaal doen (8.15), kinderen zijn de nieuwe arts niet gewoon (8.16) of de andere arts geeft tegengestelde info dan de vaste HA (8.13).**

Verder zijn er nog enkele nadelen die in het oog springen en die zeker moeten besproken worden binnen de praktijk.

Eén ondervraagde geeft aan dat **artsen soms kritiek geven op mekaar in het bijzijn van de patiënt (8.10)**.

" ik heb wel een incident gehad met een arts, die had zich eens een keer denigrerend over een collega haar capaciteiten geuit en later is dat nog eens opnieuw gebeurd. Dat is niet netjes. Ik vind dat niet kunnen dat een collega denigrerende dingen zegt rechtstreeks tegen mij als patiënt. Ze moeten op één lijn zitten en opmerkingen moeten binnenkamers gebeuren!" (I10)

Eén patiënt geeft aan dat ze **problemen heeft met de loyaliteit wanneer ze naar een andere arts dan haar vaste huisarts gaat (8.9)**. Ze stelt zich daarbij onder andere vragen naar de financiële vergoeding van de artsen.

"is het zo dat de inkomsten van de individuele dokter afhangen van de patiënten die zij ziet, of eerder van de patiënten die de ganse praktijk ziet?" (I10)

3 van de ondervraagden gaf aan **ooit al te hebben overwogen te switchen naar een solo-arts (9.1).** Dit bij alle 3 omdat te veel verschillende artsen werden gezien, bij 2 ervan was de onderliggende reden omdat ze te lang moesten wachten voor een afspraak bij hun eigen huisarts. Bij 2 van deze patiënten bleek het idee van 2 vaste huisartsen wel een mogelijke oplossing hiervoor (I5 en I17).

In het volgende deel van de vragenlijst wordt gepeild naar de 2 belangrijkste indicatoren van patiënttevredenheid: toegankelijkheid en continuïteit.

5.2. Toegankelijkheid

Zoals reeds vermeld in de literatuurstudie wordt er in de EUROPEP-vragenlijst gepeild naar 6 belangrijke aspecten van toegankelijkheid. Ik stelde aan de hand van deze indeling een aantal open vragen om te peilen naar de mening van onze patiënten hierover.

(1) Het bieden van hulp bij urgente gezondheidsproblemen

Uit de algemene bevraging naar voor- en nadelen bleek dat patiënten reeds spontaan 'snelle hulp bij dringende problemen' als belangrijk voordeel van de groepspraktijk vermelden. Deze trend zet zich duidelijk voort in de specifieke bevraging hiervan, **15 van de ondervraagden geeft aan snel te worden geholpen in dringende situaties (10.1)** , de overige 7 ondervraagden hadden hier nog **geen persoonlijke ervaring mee (10.3).** Een aantal van de ondervraagden geeft ook spontaan aan het **geen probleem te vinden door een andere arts te worden geholpen als het om een dringend probleem gaat (10.1.1)**. **17 van de 22 ondervraagden geeft aan soms gebruik te maken van de vrije raadpleging (11.3.1).**

(2) Het krijgen van een passende afspraak bij je huisarts

Alle ondervraagden zijn tevreden met het afsprakensysteem (11.1). In de praktijk kunnen afspraken zowel telefonisch, via het internet als bij de arts zelf worden gemaakt. Er zijn wel enkele kleine opmerkingen mbt het online-afsprakensysteem die kunnen worden meegenomen in de groepsbespreking: **zo zou het online boekingssysteem beter kunnen worden aangegeven op de website (11.1.3), zou er een duidelijkere bevestiging van de afspraak moeten gegeven worden (11.1.5), zou er een extra herinneringsmail kunnen gestuurd worden de dag voor de afspraak (11.1.4) en zou de code op het einde van de afspraak duidelijker te lezen moeten zijn (17.17)**. Ook vraagt één van de ondervraagden ernaar **afspraken zelf te kunnen annuleren op de website (17.10).**

(3) Wachttijd in de wachtkamer

14 van de ondervraagden heeft **geen probleem met de wachttijd in de wachtkamer (12.1)**. 7 van de ondervraagden ondervinden **hier soms wel problemen van (12.2),** de meeste kunnen hier echter **begrip voor opbrengen (12.2.1).** 1 patiënt geeft aan dat een **kwartier per consultatie te kort is (12.2.3)**

Enkele verbetering die de patiënten aanbrengen in dit opzicht zijn: **recentere boekjes in de wachtzaal (17.6**), **aftelsysteem voor aantal wachtenden tijdens de vrije raadpleging (17.11)**, **meer standaard-tijd per consultatie (17.13)** en **update van het speelgoed in de wachtzaal (17.23**).

(4) Behulpzaamheid van de staf (andere dan de arts)

In onze praktijk hebben we 2 secretaresses en 1 verpleegkundige. 20 van de 22 ondervraagden zijn **tevreden over de hulp door de medewerkers (13.1)**. Enkele van de opmerkingen die gegeven worden zijn dat de **secretaresse meer problemen zelf zou moeten oplossen (13.2.2)**, **dat ze dus zelf alternatieven zou moeten bieden bij een probleem (13.2.1)** en dat ze **wat vriendelijker zou kunnen zijn in de omgang (13.2.3).**

Andere opmerkingen omtrent de hulp door de staf blijken te gaan om privacy van patiënten: 2 van de ondervraagden geven aan **géén medische info aan de secretaresse te willen doorgeven (17.3)**, in dezelfde lijn ligt te opmerking dat de s**ecretaresse op haar beurt ook geen medische info aan de patiënt dient te geven (17.14)**. Eén van de ondervraagde geeft ook aan dat er een **betere afscheiding dient te zijn tussen de balie en de wachtkamer (17.12).** Deze opmerkingen zullen verder besproken worden tijdens het praktijkoverleg.

(5) De tevredenheid met de telefonische bereikbaarheid:

De telefonische bereikbaarheid van de praktijk in het algemeen is niet specifiek bevraagd geweest, wel werd gevraagd naar de telefonische bereikbaarheid van de artsen zelf. Uit de bevraging blijkt dat 18 van de 22 mensen **tevreden zijn over de telefonische bereikbaarheid van hun huisarts (14.1),** en zij halen de 3 methodes die we hiervoor gebruiken in de praktijk ook zelf aan: bellen tijdens het beluurtje (14.1.3), de secretaresse geeft aan wanneer ik moet terugbellen (14.1.4), de arts belt mij zelf terug (14.1.5).

Slechts 2 van ondervraagden geven aan **duidelijk ontevreden te zijn (14.2)**. Zij gaven hiervoor als reden dat de **secretaresse het telefonisch contact afblokte zonder alternatief te geven (14.2.1)** en dat ze het **gevoel hebben de consultatie nog steeds te storen ook al bellen ze terug op het beluurtje (14.2.2).**

8 van de ondervraagde patiênten **geven aan het beluurtje te gebruiken (14.3)**. Een tip die wel frequent terugkwam tijdens het interview was om **deze beluurtjes duidelijker door te geven aan de patiënten, door ze bijvoorbeeld online of in de informatiefolder te plaatsen (19.1.12)**.

5.3. Continuïteit

Een tweede aspect dat de patiënttevredenheid sterk lijkt te beïnvloeden is de persoonlijke continuïteit: volgens literatuur lijkt de patiënt het belangrijk te vinden te worden geholpen door één vaste huisarts. Ik bevroeg dit aspect dan ook specifiek in mijn interview. Vinden onze patiënten een vaste huisarts belangrijk, en zo ja waarom? Kunnen onze patiënten gemakkelijk genoeg hun vaste

huisarts zien, is deze met andere woorden voldoende beschikbaar voor hen? En wat als ze door een collega worden geholpen?

Belang van de vaste huisarts:

15.1. Is dit belangrijk voor u?	
15.1.1. Ja	19
15.1.2. nee	3

15.2. Waarom is dit belangrijk?		
15.2.1. Mijn vaste huisarts is een vertrouwenspersoon tegen wie ik dingen zeg die ik niet aan andere artsen kan vertellen.	8	E
15.2.2. Mijn huisarts kent mijn levensloop, weet meer dan enkel mijn medische VG.	8	E
15.2.3. Ik heb een persoonlijke band met mijn huisarts die ik belangrijk vind.	6	E
15.2.4. Ik vertrouw mijn eigen huisarts, weet dat hij/zij een goede arts is, heb goede ervaringen bij hem/haar.	12	E
15.2.5. Enkel mijn eigen huisarts kent mijn volledige medische voorgeschiedenis	2	R
15.2.6. Mijn vaste huisarts behandelt mij beter omdat hij mij kent.	4	?
15.2.7. Betere opvolging van chronische problemen mogelijk door éénzelfde arts	6	R
15.2.8. Ik durf meer vragen stellen bij mijn vaste huisarts, het bevordert de communicatie	1	E
15.2.9. Ik heb bewust voor mijn huisarts gekozen	2	?
15.2.10. Ik voel me veilig bij mijn huisarts ; op mijn gemak.	4	E
15.2.11. Ik ben mijn vaste huisarts gewoon, weet hoe hij/zij werkt, wat je kan verwachten.	4	R
15.2.12. Een vaste huisarts is belangrijker bij psychische problemen dan bij puur medische problemen	6	E
15.2.13. Mijn huisarts kent mijn medische VG uit het hoofd terwijl de anderen dit nog moeten opzoeken.	4	R
15.2.14. Mijn vaste huisarts kan mij beter gerust stellen, omdat ik in hem meer vertrouwen heb.	1	E
15.2.15. Een vaste HA lijkt me belangrijker als je een uitgebreide VG hebt, en minder als je af en toe komt voor kwaaltjes.	2	R
15.2.16. Het is wel makkelijker voor één bepaalde problematiek bij één huisarts te blijven gaan.	2	R
15.2.16. Dit is belangrijk voor kleine kinderen die zich comfortabel voelen bij een vaste huisarts.	1	E

19 van de 22 ondervraagde patiënten **blijkt een vaste huisarts belangrijk te vinden (15.1.1)**. De redenen hiervan lijken mij te kunnen worden opgedeeld in 2 grote aspecten.
Enerzijds is er de emotionele reden voor de vaste HA, met name vertrouwen in hem/haar: 12 mensen geven aan hun **HA te vertrouwen omdat ze goede ervaringen bij de HA hebben (15.2.4)**, ze weten met andere woorden dat hij/zij een goede HA is. Ze kunnen **vertrouwelijke informatie bij hem/haar kwijt(15.2.1)**, ze hebben er **een persoonlijke band mee (15.2.3**), ze **voelen er hun veilig bij (15.2.10)**, **ze weten wat ze kunnen verwachten (15.2.11)**. De ondervraagden die dit vertrouwen belangrijk lijken te vinden geven soms ook aan dat het **vooral bij psychische problemen belangrijk is om hun vaste HA te zien (15.2.12)**.

" Dat is eerder belangrijk bij het psychische dan bij het puur medische. Ze is een stuk een vertrouwenspersoon die mijn geschiedenis meeheeft. Er zijn toch wel een aantal dingen waarvoor het comfortabeler is om ze met eenzelfde persoon te delen"(I10)

Anderzijds geven ook wat mensen aan dat hun vaste **HA hun voorgeschiedenis beter kent (15.2.5**) **zonder dat die dat moet opzoeken in het dossier (15.2.13)**, ze vinden dat hij **chronische problemen daarom beter kan opvolgen (15.2.7)**. Dan lijkt de vaste huisarts vooral van belang bij patiënten met een uitgebreide voorgeschiedenis e**n minder als je gewoon voor kleine kwaaltjes naar de HA komt (15.2.15)**. Dit noem ik de eerder rationele redenen voor een vaste HA.

" Als de arts je regelmatig ziet krijgt die wel een ander idee. Als hij daarentegen alles moet beginnen lezen van de vorige keren is dat heel ambetant, dat kost tijd en tijd is schaars. En zeker om dan linken te kunnen leggen tussen dingen, dat kan je vaste huisarts ongetwijfeld beter" (I15)

Wat ook de reden blijkt te zijn, de grote meerderheid van de ondervraagde personen duidt aan de vaste huisarts belangrijk te vinden (19/22 personen). De 3 mensen die dit niet belangrijk vonden geven aan **gewoon snel te willen worden geholpen (15.3.1, 15.3.3**). Eén ervan geeft aan dat de **artsen zijn dossier toch kennen via de EMD (15.3.2)**, de andere **vertrouwt alle artsen in de praktijk (15.3.4)**.

" Ik heb geen vaste huisarts,voor mij hangt het er gewoon vanaf wie vrij is. Dat vind ik net het voordeel in de praktijk, dat je kan gaan bij welke dokter je maar wilt ze zijn allemaal op de hoogte van hetgeen dat je hebt." (I13)

15.3. Waarom is dit niet belangrijk?	
15.3.1. Ik wil gewoon geholpen worden door een arts, voor de rest maakt het mij niet uit wie.	1
15.3.2. Alle artsen kennen mijn dossier vanuit de pc.	1
15.3.3. Voor mij (met kinderen) is het belangrijk snel te worden geholpen, door wie maakt dan niet uit.	1
15.3.4. ik vertrouw alle artsen in de praktijk, ze lijken mij allemaal capabel.	1

Beschikbaarheid van de vaste huisarts:

16 van de ondervraagden geeft aan **meestal terecht te kunnen bij hun vaste huisarts (15.3.1)**. 8 van de ondervraagde patiënten beseft dat het bij dringende problemen vaak moeilijk is één bepaalde arts te zien, en legt zich er bij neer dat ze **bij dringende problemen de snelst beschikbaarste arts nemen, ook al is dit niet hun eigen huisarts (11.4.4).**

4 patiënten geven duidelijk aan **moeilijk terecht te kunnen bij hun vaste HA (11.4.2)**, 3 hiervan hadden dr. 6 als vaste arts, 1 hiervan dr. 5. 3 andere geven aan om **die reden te zijn veranderd naar een andere HA (11.4.2**), deze hadden elk een andere vaste HA (dr. 5, Dr. 2, Dr. 1). Ik vroeg de patiënten dan ook naar hun mogelijke oplossingen voor dit probleem.

Oplossingen voor lagere beschikbaarheid:

Een oplossing die 3 keer werd voorgesteld is de **mogelijkheid om alle huisartsen terug meerdere vrije raadplegingen te laten doen om de beschikbaarheid te verhogen (11.5.9),** opnieuw hebben deze Dr. 5 en Dr. 6 als vaste HA.

Een verbetering die wij zelf voorstelden was het idee van 2 vaste huisartsen, waarbij 1 arts dan een reserve-arts zou vormen die de patiënt ook kent en vertrouwt en waarbij hij dan terecht kan als de vaste huisarts niet beschikbaar is. **16 van de ondervraagden vindt dit een goed idee (18.1)** en 9 van hen **past dit bewust of onbewust zelf al toe in de praktijk (18.1.1)**. Mogelijke voordelen die hierbij worden benoemd zijn het feit dat die **2 artsen complementair kunnen werken (18.1.3)** en dat ze onderling **kunnen overleggen bij moeilijke problemen (18.1.2)**. Enkele patiënten geven wel aan dat het **belangrijk is dat het klikt met beide artsen (18.1.5)** en dat er **nog steeds één arts moet zijn die de vaste huisarts blijft (18.1.6)**.

Toch zijn er ook wat patiënten die aangeven dergelijke 2de huisarts niet nodig te hebben: als hun **vaste HA niet beschikbaar is, gaan ze gewoon naar iemand anders die ze al ooit gezien hebben (18.2.1)**of **naar de vrije raadpleging (18.2.2).**

Sommige zien ook mogelijks problemen bij dit principe: zo kunnen de **2 artsen mekaar tegenspreken, hetgeen voor verwarring kan zorgen (18.2.4)** en ook deze **2 artsen zijn soms tegelijk niet beschikbaar (18.2.6 en 18.2.8)**

" Dat kan ook weer negatief werken in die zin: je kan niet garanderen dat er altijd één van die twee artsen is. Als je het zo voorstelt is het precies alsof dat wel zo gaat zijn, en dan gaan er ongetwijfeld mensen zijn die daar dan weer geen begrip voor gaan hebben" (i22)

Als je door een andere huisarts wordt gezien:

13 van de ondervraagden geeft aan dat **andere artsen voldoende op de hoogte zijn van hun voorgeschiedenis (16.1)**. Het is natuurlijk vanzelfsprekend dat die andere arts de patiënt minder goed kent dan zijn vaste huisarts: 2 ondervraagden zeggen dat de **andere artsen hun situatie niet kennen (16.4)** of hen **onvoldoende persoonlijk kennen om hen te kunnen helpen (16.5)**. Eén ondervraagde geeft aan dat de **info uit het EMD ook voor interpretatie vatbaar kan zijn (16.6)**. De **eigen huisarts kent de voorgeschiedenis uit het hoofd, terwijl de nieuwe arts die vaak nog uitgebreid moet gaan lezen (16.8 en 16.9).** Dit zijn natuurlijk bestaande nadelen, waaraan we als artsen weinig kunnen veranderen. Toch zijn er ook 3 ondervraagden die aangeven dat **artsen niet goed noteren in het EMD, hetgeen natuurlijk essentieel is voor de goede werking van de groepspraktijk (16.7)**.

5.4. Informatiebrochure

Als laatste deel van het interview liet ik iedereen een voorlopige versie van de informatiebrochure lezen, waarin info wordt gegeven over de werking van de groepspraktijk, mogelijke voor- en nadelen ervan voor de patiënten en tips om die nadelen tot een minimum te beperken.

Over het algemeen vonden 21 van de 22 ondervraagden dit **een goede informatiebrochure (19.1).** 16 van de ondervraagden geeft aan deze folder **spontaan te lezen als hij in de wachtzaal zou liggen (19.1.8)**. Om te zorgen dat hij zoveel mogelijk mensen zou bereiken geven de ondervraagden verschillende tips: Iemand zegt dat hij **in het oog moet springen in de wachtzaal (19.1.45)**, 3 anderen dat hij moet **worden aangekondigd op het scherm (19.1.13)**, iemand anders stelt voor de **brief éénmalig op te sturen aan alle patiënten per post (19.1.24)** of als **elektronische nieuwsbrief (19.1.23)**, nog iemand anders zou de **informatie zeker ook op de website zetten (19.1.33).**

Inhoudelijk gaven 2 mensen aan dat **enkele gebruikte woorden te moeilijk zijn (19.1.9).**
5 ondervraagden zeggen dat het **fijn is om de folder eens te lezen maar dat het weinig veranderd aan hun tevredenheid (19.1.1).** 8 ondervraagden zeggen inderdaad **veel te herkennen van wat er in de folder staat (19.1.5)**. Een heel deel van de ondervraagden **geeft aan de beluurtjes te vermelden in de informatiebrochure** (7 van de 22 patiënten) **(19.1.12)** Zo ook zeggen 6 van 22 patiënten dat ze het nuttig zouden vinden de **specifieke specialisaties van elke arts hierin te kunnen lezen** (6 van de 22 patiënten) **(19.1.10)**. Één ondervraagde zegt dan wel dat men **duidelijk moet aangeven dat alle artsen wel degelijk voldoende algemene kennis** hebben over de verschillende subspecialisaties, omdat dit toch wel verwacht wordt van een huisarts **(19.1.27).** Toch zegt één ondervraagde dat die patiënten voor die extra informatie beter worden verwezen naar de websit**e, omdat de folder anders te lang wordt (19.1.41)**.
Iemand zegt ook **meer informatie omtrent huisbezoeken** te vermelden **(19.1.14).** Eén van de ondervraagden zegt ook toe te voegen dat er **nog extra afspraken bestaan op de dag zelf voor dringende problemen (19.1.46)**. Een andere ondervraagde zou het nuttig vinden in de folder iets te lezen over **het loyaliteitsprincipe tussen de artsen, zodat ze zich niet schuldig moet voelen als ze eens naar een andere arts dan haar vaste huisarts gaat (19.1.20**). Deze inhoudelijke tips moeten zeker nog verder besproken worden in het praktijkoverleg, om te beslissen welke worden toegevoegd aan de folder.

Over de lengte van de folder zijn de meningen verdeeld: 7 mensen vinden hem duidelijk **te lang (19.1.2),** 11 mensen vinden hem **niet te lang (19.1.6)**.

Ook over de vorm van de folder zijn de meningen verdeeld. 4 ondervraagden geven aan dat de folder **goed gestructureerd is in punten (19.1.7)**, iemand geeft aan dat een **korte inleidende samenvatting nuttig zou zijn** zodat niet iedereen de hele tekst moet lezen **(19.1.3),** anderen vinden de **nadelen minder relevant omdat ze voor iedereen anders zijn (19.1.30)**. 9 mensen vinden dat de brief beter in een **mooie, aantrekkelijke folder wordt gegoten (19.1.4)** terwijl 3 anderen juist denken dat mensen in de wachtzaal dit minder makkelijk zullen lezen omdat het **dan één van de vele foldertjes wordt (19.1.38)**. Iemand zegt ook dat de folder te zeer is geschreven vanuit het standpunt van de artsen, en **meer empathie moet tonen voor de problemen van de patiënt (19.1.17).** De folder moet voor één oudere patiënte in een **groter lettertype worden geschreven (19.1.43)** Vooral over de tips leken de mensen enthousiast.

Ten slotte werd door 2 patiënten opgemerkt dat de **folder ondertekend moet worden door alle artsen van de praktijk** zodat duidelijk is dat iedereen met de inhoud akkoord gaat **(19.1.28** en **19.1.44).**

Daarnaast zijn er nog een aantal codes die slechts één maal vernoemd werden. Deze zullen besproken worden op het praktijkoverleg om het nut van deze tips te bepalen.

6. Discussie

6.1. Kritische bemerkingen

Ik ben me ervan bewust dat de recruteringsmethoden die ik heb gebruikt beide een zekere vertekening opleveren: in de eerste methode zijn het de patiënten zelf die het initiatief moeten nemen om mee te werken aan het onderzoek. Dit zullen waarschijnlijk vaker patiënten zijn met bepaalde grieven en ontevredenheden die ze kwijt willen. Bij de tweede methode, waarbij de arts de patiënten vraagt om hun medewerking, kunnen dit evengoed patiënten zijn waarvan de arts weet dat ze al eens klachten hebben gehad of juist patiënten die erg tevreden zijn over de praktijk. Ik benadrukte echter bij mijn collega's dat ik vooral op zoek ben naar mensen met een mening die zich goed kunnen uitdrukken, ongeacht de inhoud hiervan. Opnieuw levert dit natuurlijk vertekening op omdat de stillere, meer verlegen populatie hiermee misschien wordt uitgesloten.

Het interview werd uitgevoerd door mezelf als huisarts-in-opleiding. Opnieuw besef ik dat hier enige vertekening mogelijk is omdat er natuurlijk een hierarchie bestaat tussen de interviewer en geïnterviewde waardoor deze laatste misschien zijn mening niet openlijk durft te zeggen. Dit kan de resultaten van het interview beïnvloeden. Voor elk interview werd wel benadrukt dat dit een praktijksverbeterend onderzoek is dat enkel kan slagen als patiënten openlijk hun mening verkondigen. Bovendien wordt alle informatie anoniem behandeld en weten de betrokken huisartsen niet van wie welke informatie komt.

Gezien deze masterthesis alleen wordt gemaakt bestond de mogelijkheid niet om de interviews door 2 onafhankelijke onderzoekers te laten coderen.

De uiteindelijke populatiegrootte werd bepaald door het principe van saturatie. Na 20 interviews had ik de indruk nog weinig nieuwe informatie te bekomen. Wel bleven er nieuwe codes ontstaan in de zeer specifieke vragen, zoals 'algemene verbeterpunten voor de praktijk' of 'tips voor de informatiebrochure'. Heel veel van deze opmerkingen werden telkens slechts door 1 geïnterviewde vermeld. Ondanks dat dit nuttige informatie kon zijn, bracht dit niets extra op voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Er werd daarom beslist na 22 interviews het onderzoek stop te zetten.

De samenstelling van de steekproef is licht onevenwichtig qua geslacht. Toch wordt er niet direct verwacht dat mannen een volledig verschillende mening gaan hebben dan vrouwen. De leeftijd van de steekproef is gelijklopend aan de leeftijd van de praktijkpopulatie. Van dr. 3 en dr. 7 werden geen patiënten geïnterviewd terwijl er in verhouding meer patiënten van dr. 1 en dr. 5 werden geïnterviewd. Door de verschillende werkwijze en uurregeling van elke arts is het mogelijk dat patiënten van deze artsen een andere mening hebben dan die van andere artsen.

6.2. Conclussies gebaseerd op de resultaten

6.2.1. Algemene patiënttevredenheid

De meest spontaan vermelde **voordelen** van de groepspraktijk hebben te maken met grote toegankelijkheid van medische hulp in de groepspraktijk. In een solopraktijk zijn er vaak vaste momenten dat de huisarts consultaties, vrije raadplegingen of huisbezoeken doet. Hierdoor zullen patiënten vaker moeten wachten vooraleer ze terecht kunnen. In de groepspraktijk werken echter zoveel artsen dat er op elk moment wel iemand raadpleging of huisbezoeken doet, waardoor de patiënten vaker en sneller terecht kunnen. Voordelen zoals snelle hulp bij dringende problemen en de grote (telefonische) bereikbaarheid van de artsen hebben hiermee te maken.

Een ander belangrijk voordeel dat toch heel wat patiënten spontaan opmerken is dat artsen in de groepspraktijk onderling kunnen overleggen over moeilijke situaties of problemen. Ook de artsen vinden dit aspect een groot voordeel van het werken in groep en zijn ervan overtuigd dat dit de zorg voor de patiënt ten goede kan komen. We zijn dan ook blij dat heel wat patiënten dit voordeel spontaan erkennen en willen dit zeker verder benadrukken naar alle patiënten in de informatiefolder. Nochtans is er ook een patiënt die aangeeft dat het hem ongerust zou maken als zijn huisarts er een andere arts moest bijvragen voor advies. Het lijkt dus belangrijk dat de arts dit steeds kadert en aangeeft dat dit in het belang van de patiënt is.

Wat betreft de **nadelen** blijkt de lagere individuele beschikbaarheid van de persoonlijke huisarts het belangrijkste te zijn uit de literatuurstudie en dit bevestigt zich in de interviews (8.12). Het onderstreept het belang van persoonlijke continuïteit voor de patiënten. Een groot deel van de nadelen zijn het directe gevolg van het feit dat patiënten terecht kunnen komen bij een andere arts dan hun vaste huisarts (8.2, 8.4, 8.5, 8.13, 8.15, 8.16).

Artsen in onze goepspraktijk hebben meer ruimte voor aanvullende interesses (werken in een rusthuis, voor de palliatieve thuiszorgequipe, voor kind & gezin enz.) en voor meer vrije tijd (artsen die halftijds of in afbouw werken, een halve dag vrij hebben, regelmatig vakantie nemen enz.). Bovendien zijn de uren in de groepspraktijk strikter geregeld dan in sommige solopraktijken waar de arts tot laat in de avond werkt. In de groepspraktijk gaat de wachtdienst steeds in omstreeks 20u. Hierdoor is het vanzelfsprekend dat de individuele arts minder beschikbaar is. De continuïteit wordt dan onderhouden door de andere artsen, het principe van ‘groepscontinuïteit’. Patiënten merken dit dus op. Vooral bij dringende problemen komen ze terecht bij diegene die vrije raadpleging heeft, de patiënt heeft in zo’n gevallen dus niet altijd de vrije keuze van arts.Toch is het net dit principe wat we als artsen erg belangrijk vinden om onze carrière als huisarts interessant en leefbaar te houden. Het is voor de meeste artsen de belangrijkste reden geweest om te werken in een groepspraktijk. Als we ons dus willen houden aan deze principes is het onvermijdelijk dat hieraan nadelen voor de patiënt verbonden zijn. De meeste van de vermeldde nadelen zijn dus inherent aan de groepspraktijk en onvermijdelijk als we in deze organisatie willen blijven werken.

Toch zijn er enkele nadelen specifiek aan de groepspraktijk waar we verder bij stilstaan en die ons tot nadenken moeten brengen. Eén ondervraagde geeft aan dat artsen soms kritiek geven op mekaar in het bijzijn van de patiënt (8.10). Dit heeft natuurlijk enkel slechte gevolgen, zowel voor de indruk die de patiënt opdoet als voor de collegialiteit tussen de verschillende artsen. Tijdens het praktijkoverleg werd deze opmerking naar voor gebracht en iedereen was er mee akkoord dat dit niet kan.

Een tweede nadeel dat werd besproken tijdens het praktijkoverleg is dat één van de patiënten het moeilijk vindt om een andere arts te raadplegen omdat ze dan problemen heeft met de loyaliteit naar haar vaste huisarts toe. In onze praktijk werken we met een sociaal systeem waarbij elke arts per uur wordt betaald in plaats van per patiëntencontact. Hierdoor heeft de arts geen directe financiële gevolgen wanneer een patiënt beslist een collega te raadplegen. Tijdens het praktijkoverleg stelde zich dus de vraag of we dit aan onze patiënten zouden meedelen. Er werd beslist dat we dit financiële aspect niet in detail willen bespreken, maar dat we wel willen benadrukken naar onze patiënten toe dat de artsen in de groepspraktijk geen concurrenten zijn van mekaar. Het is voor ons dus geen probleem als de patiënt gezien de omstandigheden een keer naar een andere arts gaat. Dit willen we naar voor brengen in de informatiebrochure en op de website zetten.

6.2.2. Toegankelijkheid

Patiënten zijn tevreden over de **hulp die wordt geboden bij dringende medische problemen**. De vrije raadpleging is in dit opzicht misschien een belangrijk discussiepunt. Onder de collega's wordt soms de vraag gesteld naar het behoud van de vrije raadpleging en of we niet beter enkel op afspraak zouden werken. 17 van de 22 ondervraagden geeft echter aan soms gebruik te maken van die vrije raadpleging (13.3.1). Enkele ondervaagden geven ook duidelijk aan dat het belangrijk is deze te behouden, zeker omdat in drukke periodes de afspraken de dag zelf vaak al helemaal vol staan. Moest de vrije raadpleging ooit worden afgeschaft moet er zeker rekening worden gehouden met het feit of dit niet ten koste gaat van de toegankelijkheid van de praktijk, zeker omdat dit door patiënten als belangrijk voordeel van de groepspraktijk wordt gezien.

Patiënten lijken ook tevreden te zijn met het **afsprakensysteem**. Tijdens het praktijkoverleg werden enkele tips over dit afsprakensysteem besproken. Er werd besloten om de doorverwijzing naar het afsprakensysteem duidelijker aan te geven op de website, door een grote knop 'maak een afspraak' die in het oog springt. De bevestigingsmail die wordt gestuurd na het maken van een afspraak komt bij heel wat patiënten in de prullenbak terecht, dit lijkt volgens onze webmaster onvermijdelijk. Wel zal nagevraagd worden naar de mogelijkheid om een extra bevestigingsmail te sturen op de dag voor de afspraak. Er werd beslist dat het onmogelijk blijft voor patiënten om hun afspraak zelf te annuleren. Dit om te voorkomen dat patiënten meerdere afspraken maken om deze dan last-minute nog te kunnen annuleren.

De meeste patiënten hebben weinig problemen met de **wachttijd in de wachtkamer**. Wel geven een aantal mensen aan dat ze het vervelend vinden niet te weten hoeveel mensen er voor hen zijn tijdens de vrije raadpleging. Tijdens het praktijkoverleg werden enkele oplossingen hiervoor besproken. Uiteindelijk werd beslist een sjabloon te geven aan de secretaresses waarbij deze patiënten per uur van aankomst opschrijven, als er per patiënt een kwartier wordt gerekend kunnen de secretaresses een richtuur aan de patiënten doorgeven. Dit vormt wel een extra belasting voor de secretaresses die altijd al druk bezig zijn met telefoons en het afhandelen van bancontact-betalingen. Er wordt geopperd een bancontact-systeem te installeren per kabinet waardoor de artsen zelf kunnen afrekenen. Wanneer dit uit handen van de secretaresses wordt genomen hebben ze meer tijd om een richtuur te kunnen doorgeven aan de patiënten. Op het scherm moet dan wel duidelijk worden aangegeven dat dit een richtuur is, het is een benadering maar géén afspraak.

Daarnaast werd aangegeven dat er recentere boekjes zouden mogen liggen in de wachtzaal. Tijdens het praktijkoverleg wordt geopperd om een abonnement te nemen op een bepaald tijdschrift, in

dergelijk geval is er natuurlijk slechts een ééntonig aanbod van tijdschriften. Dit wordt later opnieuw besproken tijdens het praktijkoverleg. Voorlopig doen alle artsen zelf een inspanning om af en toe recente tijdschriften mee te nemen naar de praktijk.

De laatste tip betrof het speelgoed in de wachtzaal. Vooral de boekjes lijken aan vernieuwing toe. Deze zullen eens worden opgeruimd door één van de artsen. Ook moet het speelgoed regelmatig worden afgewassen, dit zal gevraagd worden aan de kuisvrouw.

De patiënten zijn meestal tevreden over de **hulp door de medewerkers**. Een opmerking die door 2 patiënten werd gegeven was dat ze geen medische informatie wensten mee te delen aan de secretaresses, meer specifiek ging het dan om de reden van een huisbezoek. We beseffen als arts dat dit vervelend kan zijn voor patiënten om door te geven, maar dat het voor ons als arts toch wel voordelen biedt om te weten waarvoor het huisbezoek wordt aangevraagd: enerzijds om de urgentie van het huisbezoek in te schatten, maar anderzijds ook om ons optimaal te kunnen voorbereiden op dit huisbezoek (materiaal meenemen voor bloedname, urine-analyse, wondzorg etc.) Er wordt uiteindelijk beslist dat de secretaresses dit nog steeds mogen vragen aan de patiënt, maar met een iets minder aggresieve vraagstelling. Zo wordt niet gevraagd 'voor wat is het?' of 'is het dringend?' maar eerder 'mag ik vragen wat het probleem is dan kan de arts beter inschatten hoe dringend het is?'. Ook zal in de brochure en op het scherm worden aangegeven waarom de secretaresse hierom vraagt.

In dezelfde lijn ligt de opmerking van patiënten dat ze niet willen dat de secretaresse medische info doorgeeft via de telefoon, bijvoorbeeld omtrent bloedresultaten. Eén van de artsen geeft aan dat hij inderdaad soms aan onze secretaresse vraagt om de patiënten terug te bellen, vooral dan wanneer een bloeduitslag goed is of als het gaat over een marcoumar-schema. Er wordt afgesproken dit te beperken en dit enkel te doen als de patiënt hiermee akkoord gaat. Bij verdere vragen wordt de patiënt doorverbonden met de arts in kwestie.

Eén patiënt geeft aan dat er een betere afscheiding dient te zijn tussen de balie en de wachtkamer, vooral om privacyredenen: de patiënten in de wachtkamer kunnen vaak horen wat de secretaresses telefonisch of aan de balie zegt tegen andere patiënten. Dit was reeds eerder een heikel punt, waarop al deels een oplossing werd geboden door recent een luidspreker te installeren in de wachtkamer met muziek, waardoor er minder gehoord wordt van de gesprekken aan de balie.

18 van de 22 patiënten zegt tevreden te zijn over de **telefonische bereikbaarheid van hun huisarts**. In onze praktijk wordt getracht de artsen tijdens de consultaties zo veel mogelijk te ontlasten en om die reden wordt gevraagd te bellen tijdens het beluurtje van de arts of worden de telefoonnummers van patiënten opgeschreven zodat de arts zelf later terug belt. Sommige artsen beslisten ook om hun patiënten standaard zelf op te bellen voor resultaten en uitslagen. Een opmerking die hieromtrent vaak gegeven werd is dat de beluurtjes nergens vermeld staan. Op het praktijkoverleg werd beslist de beluurtjes toe te voegen aan het consultatieschema van de praktijk en ook op de website te zetten. Hoewel patiënten tevreden lijken te zijn met de telefonische bereikbaarheid van hun arts, merken de artsen en secretaresses zelf toch nog vaak dat mensen bellen op andere momenten en dan absoluut een arts wensen te spreken. Het publiek maken van de beluurtjes en uitleggen aan patiënten waarom telefonisch doorverbinden niet altijd makkelijk is via de folder en de website wordt gezien als mogelijke oplossing hiervoor. Ook wordt de vraag gesteld of uniformere beluurtjes een optie zijn. Nu heeft elke arts op elke dag andere uren, waardoor het soms ingewikkeld wordt. Er

wordt onderzocht of er niet 2 vaste momenten per dag zijn waarop elke arts minimum één maal telefonisch beschikbaar is. Er wordt benadrukt dat artsen zo veel mogelijk aanwezig dienen te zijn op hun beluurtje. Wanneer dit toch niet is, door drukte van huisbezoeken of consultaties, dienen alle telefoonnummers te worden opgeschreven en dient de arts zelf de patiënten terug te bellen.

6.2.3. Continuïteit

Uit de bevraging blijkt dat de meerderheid van de ondervraagden **een persoonlijke vaste huisarts** belangrijk vindt, en dit om uiteenlopende redenen die enerzijds rationeel en anderzijds emotioneel kunnen zijn. Heel wat mensen brengen begrip op voor het feit dat ze soms worden geholpen door een andere arts, zeker bij dringende problemen. Toch is het onvermijdelijk dat deze nieuwe arts de patiënt niet zo goed kent als de vaste huisarts. Dit zijn nadelen waar we als artsen onmogelijk iets aan kunnen veranderen. Toch zijn er ook 3 ondervraagden die aangeven dat artsen niet goed noteren in het EMD, hetgeen natuurlijk essentieel is voor de goede werking van de groepspraktijk. Tijdens het praktijkoverleg wordt het belang van een goed bijgehouden EMD opnieuw onderstreept. We merken dat er bij de overgang van Windoc naar ons nieuwe EMD care-connect heel wat informatie met betrekking tot voorgeschiedenis en medicatie verloren is geraakt of niet meer op de juiste plaats staat. Het zal tijd kosten om dit allemaal terug op orde te brengen en dit mag ook aangegeven worden aan patiënten. Door het maken van Sumhers, hetgeen momenteel door het RIZIV sterk wordt aangemoedigd, proberen we onze dossiers opnieuw te updaten. Er wordt beslist ook echt wel werk te maken van een goede Sumher. Hierin moet éénmalig veel tijd worden geïnvesteerd maar een goed bijgehouden EMD bespaart veel tijd naar de toekomst toe!

Aan de patiënten die minder tevreden zijn over **de persoonlijke beschikbaarheid van hun huisarts** wordt gevraagd welke oplossingen zijn hiervoor zien. 3 patiënten geven aan dat hun huisarts terug vrije raadpleging zou moeten doen of meer vrije raadplegingen per week zou moeten doen, zodat ze hier terecht kunnen als ze geen afspraak kunnen krijgen. Dit werd besproken tijdens het praktijkoverleg met de 2 betrokken artsen. Zij geven aan dat deze vrije raadplegingen dan gaan overlopen met patiënten die eigenlijk een afspraak wilden maken en dit ten koste van de patiënten die een dringend medisch probleem hebben. Het lijkt hen dan beter de afspraken uit te breiden en bijvoorbeeld meer verborgen afspraken te maken die pas de dag zelf door de secretaresses kunnen worden ingevuld. Het belang van een goede informering van patiënten wordt benadrukt. In de folder en op de website moeten duidelijke alternatieven worden geboden: als je geen passende afspraak vindt bij je huisarts kan je enerzijds altijd terecht op de vrije raadpleging of bij een andere arts met vrije afspraken. Als je vaste huisarts aanwezig is kan hij er altijd even worden bijgeroepen om zijn/haar mening te geven. Als je toch echt een afspraak wil bij je vaste huisarts kan je dit bespreken met de secretaresse, als zij je geen passende oplossing kan bieden (bijvoorbeeld door verborgen afspraken de dag zelf voor dringende problemen) kan zij je doorverbinden met de huisarts in kwestie. Deze kan dan zelf beslissen hoe je kan geholpen worden, bijvoorbeeld door een afspraak bij te creeëren. Er zal wel niet worden aangegeven aan de patiënten dat deze verborgen afspraken bestaan, dit om misbruik te voorkomen.
Een oplossing die tijdens het praktijkoverleg werd besproken is één afsprakenblok per week in te voegen voor elke arts die niet beperkt is in de tijd, één avond dat de arts met andere woorden doorwerkt totdat hij iedereen heeft gezien. Dit is een optie, maar niet evident in het financiële systeem waarmee we werken. Dit zal dan ook verder besproken worden tijdens een praktijkvergadering.

Het voorstel van 2 vaste huisartsen lijkt iets te zijn waarin de ene patiënt zich beter kan vinden dan de andere. Het idee moet dan ook als een mogelijkheid naar voor worden gebracht voor patiënten en zeker niet als verplichting!

6.2.4. Informatiebrochure

De meeste mensen waren enthousiast over het idee van een informatiebrochure. Zeker de tips en nuttige info zoals de beluurtjes en specialisaties zouden ze kunnen gebruiken. Ook tijdens het praktijkoverleg werd meermaals het besluit gemaakt dat de patiënten goed moeten geïnformeerd worden en dat veel conflicten kunnen vermeden worden als we een goede uitleg geven over de redenen van ons handelen. Deze informering van patiënten zou kunnen gebeuren via een informatiefolder en via de website.

Over **de vorm** werd besloten toch voor een aantrekkelijk gepresenteerde folder te gaan, omdat dit voor de meeste mensen meer aanzet tot lezen. Wel moet duidelijk op het scherm aangegeven worden dat er een informatiefolder bestaat, zodat deze in het oog valt. Ook kan deze folder door de artsen meegegeven worden aan patiënten met meer vragen.

De folder mag niet te lang zijn, ze moet beknopte informatie bevatten en voor meer uitleg moet verwezen worden naar de website. De lay-out van de folder en de website zou dan in dezelfde stijl moeten gebeuren, zodat er een duidelijk geheel bestaat.

Wat betreft **de inhoud** van de folder werd op het praktijkoverleg beslist de beluurtjes zeker toe te voegen, eventueel op de achterkant van het uurschema. De specialisaties worden beter niet in detail toegevoegd. Wel moet aangegeven worden waarvoor de patiënten allemaal terecht kunnen in de praktijk en dat we een verhoogde deskundigheid bezitten wat betreft bepaalde onderwerpen (oa. palliatieve zorg, sportgeneeskunde, kinder- en jeugdzorg,...). Dit is vooral van belang voor de artsen opdat zij bepaalde collega's kunnen aanspreken die hierover meer kennis hebben. Het is niet de bedoeling dat patiënten voor elk probleem naar een andere arts gaan, elke arts blijft in de eerste plaats een arts in de algemene geneeskunde. Daarom werd beslist de exacte specialisaties per arts niét te vermelden in de informatiebrochure. Over vragen omtrent het loyaliteitsprincipe in de praktijk werd reeds eerder beslist om algemeen aan te geven dat we geen concurrenten van mekaar zijn, zonder hierin in detail te treden over het financiële systeem.

Er wordt beslist met een drietal artsen nogmaals te zitten om te beslissen welke informatie exact moet worden toegevoegd aan de informatiebrochure en de website. Deze folder en de opmerkingen die gegeven werden tijdens de interviews kunnen hierbij als leidraad dienen.

De uiteindelijke informatiebrochure wordt als mooi naslagwerk en resultaat van deze masterthesis toegevoegd.

7. Conclusie

Uit de bevraging van de patiënten bleek dat de grote toegankelijkheid van de praktijk en de snelle hulp bij dringende problemen belangrijke voordelen zijn van de groepspraktijk. Dit zijn aspecten die we zeker in ere dienen te houden.

Het grote nadeel van de groeppraktijk die door onze patiënten wordt aangegeven is de lagere individuele beschikbaarheid van de artsen en de nadelen die hieraan verbonden zijn omdat patiënten moeten geholpen worden door een andere arts. Het bijhouden van een goed elektronisch medisch dossier blijkt hierbij héél belangrijk. We zullen in de toekomst tijd moeten investeren in onze dossiers en in het maken van goede Sumehrs. Het verhogen van de individuele beschikbaarheid van artsen is niet gemakkelijk, zeker als we onze carrière als huisarts leefbaar en interessant willen houden. Een goede communicatie met de patiënten en het bieden van alternatieven als ze niet terecht kunnen bij hun eigen huisarts worden gezien als belangrijkste oplossing. Ook de tip om 2 vaste huisartsen te nemen wordt door veel patiënten als mogelijkheid gezien.

Ook voor andere, kleinere problemen die worden ervaren blijkt een goede informering van patiënten al een belangrijke stap voorwaarts. Er zal worden gewerkt aan een degelijke informatiebrochure en website. Deze masterthesis heeft enkele goede opmerkingen geboden die opgenomen kunnen worden in de brochure.

Bovendien gaven veel patiënten kleine tips en opmerkingen die niet direct te maken hebben met onderzoeksvraag, maar toch interessant kunnen zijn om de patiënttevredenheid te verhogen. Enkele van deze tips hebben nu reeds tot veranderingen in de praktijk geleid. Deze masterthesis gaf dus een interessante inkijk in de mening van onze patiënten over onze praktijk.

Daarnaast heb ik ook een belangrijk persoonlijke leerpunt gehaald uit het maken van deze thesis. Als mens zijn we vaak bezig met onze eigen problemen en zorgen. Als arts denk je aan de hoge werkdruk die het soms niet mogelijk maakt om nog aan goede geneeskunde te doen; Je wilt ’s avonds nog op een redelijk uur thuis komen; Je wil zo weinig mogelijk tijd verliezen in het verkeer door op huisbezoek te moeten gaan. Patiënten hebben hun perspectief: ze willen door hun vaste arts worden gezien die hun levensverhaal kent en die ze kunnen vertrouwen; Ze willen geen dagen wachten op een afspraak als ze met een probleem zitten; Ze willen de reden van hun consult niet vertellen aan de secretaresse. Mensen zijn in de eerste plaats bezig met hun eigen problemen en dit zorgt soms voor conflicten. Door de vele interviews met patiënten begrijp ik nu beter hun bekommernissen en angsten met betrekking tot de groepspraktijk. Anderzijds besef ik ook dat de meeste patiënten zeker voor rede vatbaar zijn, als hun maar wordt uitgelegd “waarom”. Waarom doen we liever geen huisbezoeken, waarom is er vandaag geen tijd bij de vaste arts enzovoort. De enige manier om deze kloof te overbruggen is je eigen situatie uitleggen, aangeven dat je je ook kan inleven in de situatie van de ander en samen zoeken naar een valabel alternatief.

Er gaan altijd nadelen verbonden zijn aan het werken in groep. Een goede informering van patiënten via de website, met een informatiebrochure, maar zeker ook door ons en ons secretariaat is onontbeerlijk om problemen en conflicten op te lossen en te vermijden. Het onderstreept nogmaals het belang van een goede communicatie tussen artsen en patiënten, tussen artsen onderling en tussen artsen en hun medewerkers.

8. Bijlagen

Bijlage 1: informatiebrief

KU Leuven
Faculteit Geneeskunde
Oude markt 13
3000 Leuven

Beste patiënt,

Zoals u wel weet werken we in onze groepspraktijk Hygeia met een groep van 7 artsen en 1 huisarts-in-opleiding. Dit heeft zijn voordelen zowel voor jou/u als voor de huisartsen die hier werken. Anderzijds beseffen we dat er ook nadelen kunnen zijn aan het samenwerken van een groep artsen. Om de kwalititeit van onze zorg naar jullie toe te verbeteren hadden we graag jullie mening hierover gekend: wat vindt jij/u van onze groepspraktijk en het groot aantal artsen dat er werkzaam zijn? Waaraan stoor je je/ stoort u zich of wat vind je/u net goed? Wat zou jij/u graag veranderd of verbeterd zien in onze praktijk?

Dit onderzoek kadert binnen de masterthesis van onze huisarts-in-opleiding dr. Eline Thys. Zij zal deze informatie gebruiken in haar eindwerk op de KULeuven om uiteindelijk verbeterpunten aan te halen voor de praktijk. Als je/u wil meewerken aan deze studie betekent dit praktisch dat je/u meedoet aan een interview, van maximum 30 minuten, uitgevoerd door dr. Eline Thys, waarbij er enkele richtinggevende vragen worden gesteld om je/uw mening te exploreren. Dit kan doorgaan in de praktijk of bij jou/u thuis, afhankelijk van je/uw persoonlijke voorkeur. De informatie die je/u geeft wordt volledig anoniem verwerkt in het onderzoek. Je/u hebt natuurlijk op elk ogenblik het recht om je terug te trekken uit de studie.

Ben je een tevreden of net ontevreden patiënt, heb je grieven die je/u al lang wilde vertellen aan iemand of wil je/u gewoon meewerken aan kwaliteitsverbetering in de praktijk? Laat dit dan weten aan een van onze medewerkers of artsen zodat er verder afspraken kunnen worden gemaakt. Jouw/uw mening telt!

Met dank voor jullie medewerking,

Dr. Eline Thys,
mede in naam van alle artsen werkzaam binnen groepspraktijk Hygeia.

Bijlage 2: informed consent

KU Leuven
Faculteit Geneeskunde
Oude markt 13
3000 Leuven

Hasselt,

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

De groepspraktijk, voor- en nadelen vanuit patiëntenperspectief.

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de bekomen gegevens en resultaten volledig anoniem zijn en enkel gebruikt zullen worden voor studie-doeleinden.
Ik behoud het recht om op ieder gewenst ogenblik mijn medewerking aan dit onderzoek stop te zetten zonder opgave van reden en ik weet dat dit geen negatieve gevolgen voor mij zal teweegbrengen.
Ik begrijp dat voor de medewerking aan dit onderzoek geen onkostenvergoeding voorzien kan worden.

Deze toestemming heb ik gegeven zonder enige druk van ander persoon.

Ik heb dit formulier gelezen en stem hiermee in,

……..
Naam participant

…….. ……..

Datum en plaats Handtekening participant

Bijlage 3: vragenlijst

Enkele basiskenmerken van geïnterviewde patiënt:

- Leeftijd
- Geslacht
- Gezinssamenstelling
- Aantal jaren in de praktijk (ev. vroegere arts: solo/praktijk)
- Vaste huisarts
- Aantal artsen gezien in afgelopen jaar tov totaal aantal consultaties

Algemene patiënttevredenheid:

- Wat zijn volgens jou de voor- en nadelen van het komen naar deze groepspraktijk (in vergelijking met het raadplegen van een solo-arts)?

- Wat stoort je regelmatig aan onze praktijk? Wat kan er beter?

- Heb je al ooit overwogen te switchen naar een solo-arts? Waarom?

Omtrent beschikbaarheid:

- Vind je dat je snel geholpen wordt bij dringende problemen? 7

- Wat vind je van het functioneren van het afsprakensysteem?
    - Kan je gemakkelijk een afspraak krijgen in de praktijk?
    - Wat vind je van het systeem van dagelijks vrije raadpleging?

- Wat vind je van de wachttijd in de wachtkamer?

- Wordt je goed geholpen door de medewerkers (secretaresses, verpleger) in de praktijk?

Omtrent continuïteit:

- Heb je één vaste huisarts binnen onze praktijk? Zo nee, waarom niet?
- Kan je je vaste huisarts meestal zien? Zo nee, waarom niet?
    - Hoe lang ben je bereid te wachten om je vaste huisarts te zien?

- Vind je het belangrijk om steeds je vaste huisarts te zien?
    - Waarom? (denk je dat hij je beter kan behandelen? Heeft dit positief effect op je gezondheid?)
    - Is dit afhankelijk van het probleem? (familiale/psychosociale problemen vs puur medische problemen?)

- Vind je dat de andere artsen voldoende op de hoogte zijn van je gezondheidstoestand?

Omtrent eventuele verbeteringen:

- Denk je dat het nuttig zou zijn om:
    - Iedereen een vrije raadpleging te laten doen 1x/week
    - 2 vaste huisartsen aan te nemen? (1 reserve-arts die je dossier ook kent)

- Het uitdelen van een informatiefolder over de werking van de praktijk en tips voor de patiënt (voorbeeld van dergelijke folder?)
- Het dagelijks aanbieden van extra afspraken bij elke arts voor dringende dingen.

- Heb je zelf suggesties voor verbeteringen in onze praktijkorganisatie?

Bijlage 4: Interview

Leeftijd	24jr
Geslacht	Vrouwelijk
Gezinstoestand	Alleenstaand
Vaste huisarts	Ja, dr. HDW
Aantal huisartsen gezien afgelopen jaar?	3 (dr. ET, Dr. JB, dr. HDW)
Aantal jaar in de praktijk	2

Het onderzoek gaat dus over voor-en nadelen van de groepsprakitjk, heb jij zelf al voor- of nadelen ervaren?
Nee, niet echt eigenlijk. Ik vind dat wel gemakkelijk, een groepspraktijk. Ale, er is een tijdje geweest dat dr. DW het heel druk had, dan kan ik wel bij een andere dokter terecht. Ik vind dat heel fijn, ik kan altijd komen in principe, voor dringende zaken.

Al ooit nadelen ervaren?
Nee, eigenlijk niet. Ik vind dit heel positief, tot nu toe.

Er is ook nooit wat u stoort aan de praktijk, algemeen.
Nee, geen lange wachttijden. Nee…

Ben je vroeger ooit naar een solo-arts geweest?
Ja, dat was zo een zonder afspraak, daar ging ge naar toe als ge het echt nodig had en dan hielp die u verder.

Kan je een vergelijking maken tussen die twee?
Ja daar zijn de wachttijden soms wel heel lang, vermits dat zonder afspraak is. Altijd vrije raadpleging, dat zat daar soms stappend vol.

Hier maak je dus meestal een afspraak?
Meestal wel, juist voor bijvoorbeeld mijn prikpil, dan maak ik geen afspraak, dan kom ik gewoon naar de vrije raadpleging, omdat dat toch maar 5min is.

Kan je makkelijk een afspraak krijgen?
Ja dat vind ik wel, soms ligt dat er wel aan, soms moet je ook een week wachten. Ik zeg het, dat ligt eraan, als ik iets dringend heb maak ik geen afspraak dan kom ik gewoon. Als ik griep heb ga ik geen drie dagen wachten want dan is het voorbij. Daarvoor is er vrije raadpleging e.

Vind u dat dan ambetant dat je niet altijd terecht kan bij je vaste huisarts?
Nee, ik ga er wel van uit dat ze op de hoogte wordt gehouden, jullie hebben allemaal een dossier normaal gezien.

Als het iets echt persoonlijk is kan ik nog bellen naar haar van kan je mij zien.

Vind je dat je snel genoeg geholpen wordt voor dringende problemen?
Ja, eigenlijk wel.

Hoe maak je een afspraak?
Online, heel handig!

Vind je dat je huisarts voldoende beschikbaar is?
Ohja, ik denk soms hoe doet ze is. Maar ja!

Heb je soms problemen met de wachttijd
Nooit.

Wordt je goed geholpen door de medewerkers?
Ja, dat is gewoon e.

Heeft u het ooit voor dat je de huisarts persoonlijk aan de lijn wil hebben?
Nog niet echt gehad, maar ik denk wel dat dat mogelijk is e. Ik bel met ellen, en ze verbindt mij door met Hanne. Of hanne belt mij zelf terug, dat doet ze wel vaak voor een bloedonderzoek ofzo. Dat is een goed systeem ja, voor mij is dat het beste.

12.1.
13.1.
14.1.
14.1.5.

Dus je hebt één vaste huisarts binnen de praktijk, vind je dat belangrijk?

Ja dat denk ik wel, voor persoonlijke dingen, zij is daarvan op de hoogte. Ik moet dat niet iedere keer opnieuw vertellen, dat zijn soms delicate dingen. Als je dan binnenkomt en je zegt het gaat me niet, dan weet ze eigenlijk al meteen wat ik bedoel. Dat vind ik wel heel belangrijk. Een vertrouwenspersoon is dat eigenlijk in de praktijk.

15.2.2.
15.2.1.

Iemand die meer van je weet dan enkel je medische voorgeschiedenis?

Ja, inderdaad.

Denk je dat je persoonlijke zaken makkelijker tegen haar gaat zeggen?
ja, dat is zo, mijn lichaam is niet enkel mijn lijf e, dat is ook mentaal. En dat is moeilijker te zeggen tegen zo maar iemand dan tegen één specifiek. Voor lijfelijke klachten zal ik wel naar iedereen gaan, maar als het meer mentaal is ga ik wel naar hanne.

15.2.1.
15.2.12.

Heb je het gevoel dat je eigen huisarts je beter kan behandelen dan andere artsen?
Nee, dat vind ik niet. Het is gewoon voor mij aangenamer; Als ik zit met een hoest, dat maakt mij niet uit wie mij behandelt, als ik maar gewoon beter wordt. Maar als ik bijvoorbeeld antidepressiva nodig heb, dan heb ik liever mijn vaste huisarts.

Weet je hoe die band er is gekomen?
Dat is een klik ja. Maar ik heb ook wat opzoekwerk gedaan voor ik naar de praktijk kwam hier, en ik heb eigenlijk specifiek gekozen voor haar. Ik ben dan ook wel naar de andere artsen gegaan, maar zij is een jong persoon en is een vrouw, ik kan mij daar het beste mee vinden. En dat bevalt mij tot nu toe heel goed.

15.2.9.

Als je iets aan de hand hebt waarvoor je je eigen huisarts wil zien, hoe lang ben je dan bereid te wachten op haar?

Zo lang als dat nodig is. Als ik haar nodig heb dan wacht ik. Mij maakt dat niet uit, als dat echt iets is wat ik met haar wil bespreken. Ik kan altijd bellen e, als het echt iets dringend is ze zegt me dat ook: bel en dan regelen we iets.

15.4.4.
11.4.5.

Als je bij één van de andere artsen terecht komt, heb je dan het gevoel dan die voldoende afweten van je gezondheidstoestand?
Ja, dat staat in mijn dossier e. Als ze dat even nalezen of je vertelt het. Het is niet dat je echt bij een vreemde dokter komt, ergens weten ze wel wat van je af. Maar zij is dan een huisarts die alles eet.

16.1.

U bent eigenlijk heel positief over de praktijk, maar sommige mensen hebben het moeilijk met de vele gezichten in de praktijk en worden liever altijd door hun ene vaste huisarts gezien.
Ik snap dat, maar dan moet ge een afspraak maken. Ik begrijp dat e. Maar als ge een hoestje of een griepje hebt, vind ik niet dat dat uitmaakt wie ge ziet. Als ge iets gynaecologisch hebt fzo dan snap ik dat, maar dan maakt ge een afspraak of ge belt. Voor mij maakt dat echt niet uit, als ik maar geholpen ben.

Een van de voorstellen dat we dan doen aan mensen is om een tweede reserve-arts te nemen die je ook vertrouwt. Wat denk je van dat idee?
Dat heb ik eigenlijk al met dr. JB, als dr HDW er niet is ga ik naar haar. Zij kent u ook en weet hoe het zit? Inderdaad, iets minder als hanne maar dat is normaal e. Ik heb dat dus al.

18.1.1.

Daarnaast hebben we ook een informatiefolder over de praktijk, met enkele voor- en nadelen en tips om de praktijk te gebruiken. En wat vindt u ervan?
Ja, dat is eigenlijk al een beetje, voor mij is dat al logisch. Ik herken mij erin. Ge zijt ook mensen e, gij zit hier niet 24u op 24u. Er is een vertrouwensband en die moet er zijn, maar het is toch ook logisch dat gij nog een leven hebt buiten de praktijk. Ik vind dat allemaal hier normaal. Rekening houden met elkaar is toch belangrijk. Ik ben nu zelf ook jong, ik kan dat beter plaatsen. Ik kan me voorstellen als ge ouder zijt en er komen veel nieuwe gezichten, ik kan er wel inkomen dat dat lastig is. Die mensen komen van een solo-huisarts meestal, dan kan dat lastig zijn. Maar voor mij is dat logisch dat iedereen nog een leven heeft buiten de praktijk. Zolang dat er naar oplossingen worden gezocht als dat nodig is, dan ist goed e.

19.1.5.

Voor u heeft dit niet echt geholpen om dit te lezen?
Ik pas dat eigenlijk al allemaal toe.

19.1.1.

Zou je dit lezen moest dit in de wachtzaal liggen?
Ja, spontaan ja. Ik neem bijna alles vast.

19.1.8.

Vind je de brief te lang?
Misschien wel een beetje, ik lees nu heel graag dus voor mij is dat geen probleem. Maar ik weet dat hier ook mensen zijn die niet graag lezen. Dus misschien schrikt dat wat af.

19.1.2.

Zie je daar een oplossing voor?

Misschien als ge dat verdeelt, dat ze een specifiek papiertje nemen van wat zij willen lezen. Dat ge het gewoon in 3 splitst. Het is ook al opgesplitst in principe, ik zou het gewoon doorknippen, dat schrikt ook al minder af, dan moeten ze de rest niet lezen.

Een folder om het wat mooier in te kleden?
Ja sowieso e, mensen zijn heel visueel ingesteld e. Ja zeker, dan nemen ze dat ook mee naar huis. Zeker wel.

19.1.4.

Had je verder nog op- of aanmerkingen, verbeteringen?
Nee, in principe staat alles erin. Nee. Je hebt uw eigen huisarts, voor dringende gevallen kan je terecht op de vrije raadpleging 2x per dag. Ik vind dat een heel goed systeem. Ik weet ik kan daar altijd naar toe. Tis niet mijn huisarts is 2 weken op vakantie, nu mag ik niet ziek worden hoor. Ik vind dat een heel goed systeem, zo moesten er meer zijn.

Bijlage 5 : print-screen van deel van de codelijst

137																								
138	**D. Continuïteit**																							
139	15. Belang van een vaste huisarts																							
140	15.1. Is dit belangrijk voor u?																							
141	15.1.1. Ja	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0		19
142	15.1.1.1. Ik had een vaste huisarts maar deze was niet altijd beschikbaar, waardoor ik nu bij i	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
143	15.1.1.2. Soms neem ik ook een andere arts om een tweede opinie te hebben	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
144	15.1.2. nee	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1		3
145	15.2. Waarom is dit belangrijk?																							
146	15.2.1. Mijn vaste huisarts is een vertrouwenspersoon tegen wie ik dingen zeg die ik niet aar	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	8
147	15.2.2. Mijn huisarts kent mijn levensloop, weet meer dan enkel mijn medische VG.	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
148	15.2.3. Ik heb een persoonlijke band met mijn huisarts die ik belangrijk vind.	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
149	15.2.4. Ik vertrouw mijn eigen huisarts, weet dat hij/zij een goede arts is, heb goede ervarin	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	12
150	15.2.5. Enkel mijn eigen huisarts kent mijn volledige medische voorgeschiedenis	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
151	15.2.6. Mijn vaste huisarts behandelt mij beter omdat hij mij kent.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4
152	15.2.7. Betere opvolging van chronische problemen mogelijk door éénzelfde arts	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	6
153	15.2.8. Ik durf meer vragen stellen bij mijn vaste huisarts, het bevordert de communicatie	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
154	15.2.9. Ik heb bewust voor mijn huisarts gekozen	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
155	15.2.10. Ik voel me veilig bij mijn huisarts ; op mijn gemak.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4
156	15.2.11. Ik ben mijn vaste huisarts gewoon, weet hoe hij/zij werkt, wat je kan verwachten.	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
157	15.2.12. Een vaste huisarts is belangrijker bij psychische problemen dan bij puur medische pr	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	6
158	15.2.13. Mijn huisarts kent mijn medische VG uit het hoofd terwijl de anderen dit nog moete	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4
159	15.2.14. Mijn vaste huisarts kan mij beter gerust stellen, omdat ik in hem meer vertrouwen h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
160	15.2.15. Een vaste HA lijkt me belangrijker als je een uitgebreide VG hebt, en minder als je a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
161	15.2.16. Het is wel makkelijker voor één bepaalde problematiek bij één huisarts te blijven ga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1		2
162	15.2.16. Dit is belangrijk voor kleine kinderen die zich comfortabel voelen bij een vaste huis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1
163	15.3. Waarom is dit niet belangrijk?																							
164	15.3.1. Ik wil gewoon geholpen worden door een arts, voor de rest maakt het mij niet wie.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
165	15.3.2. Alle artsen kennen mijn dossier vanuit de pc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		1

Bijlage 6: brochure

Telefonische bereikbaarheid van de huisarts

Indien u uw huisarts telefonisch wenst te spreken, zijn er verschillende opties.

- Elke arts heeft zijn "beluurtje": dit is een moment waarop de arts beschikbaar is om u telefonisch te woord te staan. Deze bel-momenten vindt u op de website en in het uurschema. Het secretariaat kan ze u ook telefonisch doorgeven.
- Indien dit belmoment niet past, kan u ook steeds uw telefoonnummer doorgeven aan onze secretaresse. Zo kan de arts u terugbellen zodra hij hiervoor tijd heeft.
- Indien u op een ander moment belt, zal de secretaresse u vragen terug te bellen tijdens het beluurtje en dit om zo weinig mogelijk de consultatie te verstoren.
- Als u de secretaresse meldt dat het een echt dringende vraag betreft, zal zij u door-verbinden met uw huisarts of bij afwezigheid hiervan met één van de andere huisartsen.



Varia

Voorschriften

- Voorschriften kunnen niet afgeleverd worden op louter telefonische vraag. Zorg er dus voor dat u tijdens een raadpleging voldoende voorschriften voor uw chronische medicatie krijgt.
- Komt u uitzonderlijk toch iets tekort, dan kan dit met uw arts besproken worden tijdens het beluurtje.

Bespreking van resultaten

- Voor het bespreken van bloedresultaten, uitgevoerde onderzoeken of raadplegingen bij een geneesheer-specialist, maakt u bij voorkeur een vervolgafspraak, tenzij anders overeengekomen met uw arts.
- Een kopie van uw resultaten kan u bij het secretariaat bekomen, doch enkel na dat deze besproken zijn met uw huisarts (telefonisch of tijdens een consultatie).
- Voor bloedafnames en bepaalde technische onderzoeken kan u bij de verpleger terecht. Afspraken hiervoor kunnen echter enkel na overleg met uw arts vastgelegd worden. De verpleegkundige zal u nadien steeds een afspraak met uw huisarts geven ter bespreking van het resultaat.



HYGEIA CVBA
HuisartsenPraktijk



Huisartsenpraktijk Hygeia cvba is een artsen-praktijk waarin wij, huisartsen, onderling nauw samenwerken om u zo de best mogelijke zorg te kunnen bieden.

Onze praktijk is door het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding) ook erkend als opleidingspraktijk, zodat geregeld een jonge arts, onder onze supervisie, zijn specialisatie tot huisarts in onze praktijk kan voltooien.

Omdat wij werken met een gezamenlijk elektronisch medisch dossier, kan elke arts van onze praktijk- zo nodig- kennis nemen van uw medische voorgeschiedenis.

Om een vertrouwensband te kunnen opbouwen adviseren wij u één huisarts te nemen als vaste arts. Toch raden we u ook aan, naast deze vaste huisarts, een tweede arts van uw voorkeur te kiezen. Bij afwezigheid van uw vaste huisarts kan u zo in eerste instantie terecht bij iemand die u ook beter kent. Beiden kunnen bovendien samen overleggen, hetgeen uw gezondheid enkel ten goede kan komen.

Bij onbereikbaarheid van beiden of wanneer het u beter past, kan u natuurlijk steeds terecht bij één van de andere huisartsen van de groepspraktijk. Wij zijn géén concurrenten van elkaar en het is dus voor ons geen enkel probleem wanneer u eens een andere arts uit onze praktijk consulteert.

Waarvoor kan ik bij mijn huisarts terecht?

Als huisarts willen we uw eerste aanspreekpunt zijn wanneer u zich minder goed voelt, zowel op lichamelijk als op psychosociaal vlak.

Omdat we met verschillende huisartsen samenwerken, kan onze praktijk u daarenboven extra deskundigheid bieden op gebied van kinder - en jeugdzorg, sportgeneeskunde, ouderenzorg en palliatieve zorg.

U kan ook bij ons terecht voor:

- kleine heelkundige ingrepen
- bevriezen van wratten
- vaccinaties
- elektrocardiogram en longfunctie-onderzoek
- algemeen gynaecologisch onderzoek en afnemen van uitstrijkjes
- zwangerschapsbegeleiding in samenwerking met uw gynaecoloog naar keuze
- sportkeuring
- reisadvies
- rookstopadvies en begeleiding
- gesprek over wensen en verwachtingen naar het levenseinde toe
- ...

Contacteer ons

Groepspraktijk Hygeia
Kramerslaan 9 B4 , Hasselt
011/27.83.80
www.praktijkhygeia.be

Een afspraak maken

Dit kan telefonisch of online op de website.
Indien u geen passende afspraak vindt bij de arts van uw keuze:

- dan kan u een afspraak maken bij één van de andere huisartsen. Via het medisch dossier kan ook deze zicht hebben op uw voorgeschiedenis. Bovendien kan deze collega, zo nodig, overleggen met uw eigen huisarts;
- voor dringende problemen is er tweemaal daags een vrije raadpleging;
- Indien u toch bij uw eigen huisarts terecht wil, kan u telefonisch contact opnemen met de praktijk. In samenspraak met uw huisarts kan er zo naar een oplossing gezocht worden .

Het vastleggen van een huisbezoek

Indien enigszins mogelijk, vragen we u om zelf naar de praktijk te komen. Hier kunnen wij u in optimale omstandigheden onderzoeken en behandelen.

Indien dit niet lukt, vragen we u om huisbezoeken steeds telefonisch aan te vragen en dit liefst in de voormiddag vóór 11uur.

Het tijdstip waarop de huisarts bij u zal langs-komen, is door het secretariaat moeilijk in te schatten. Bij het noteren van een huisbezoek zal onze secretaresse vaak vragen naar de reden voor dit huisbezoek. Dit is om de graad van dringendheid te kunnen inschatten en om de arts te kunnen inlichten, indien specifiek materiaal nodig is.

Bijlage 7: goedgekeurd protocol

De groepspraktijk, voor- en nadelen vanuit patiëntenperspectief

Student(en): Eline Thys (eline.thys@student.kuleuven.be)
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: monocentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Ikzelf en heel veel van mijn collega-HAIO's willen in een groepspraktijk werken onder andere owv mogelijkheden tot overleg en betere planning van privé- werktijd. Deze trend blijkt ook uit een onderzoek uitgevoerd in Nederland, waar slechts 3% van de startende artsen zich als solo-arts wenst te vestigen. Voor artsen zijn de voordelen van de groepspraktijk vaak overduidelijk, maar is dit ook zo voor patiënten?
Na enkele maanden te werken in groepspraktijk Hygeia (waarin 8 artsen werkzaam zijn) merk ik dat de patiënten niet altijd tevreden zijn met het werken in groep. Ze vinden dat ze te veel verschillende artsen zien, en dat niet alle artsen op voldoende op de hoogte zijn van hun problematiek. Ik zou de mening van onze patiënten graag eens verder onderzoeken en hieruit kwaliteitsverbeterende maatregelen willen voorstellen in onze praktijk.

Vraagstelling:

Welke voor- en nadelen geven patiënten aan omtrent het werken van de artsen 'in groep'? Kunnen we vanuit die nadelen kwaliteitsverbeterende punten naar voor brengen, om het nadeel voor de patiënt te minimaliseren.

Methodologie:

Vooreerst zal een grondig literatuuronderzoek moeten gebeuren om de mogelijke voor- en nadelen van de groepspraktijk te onderzoeken. Wat is het effect op de kwaliteit van zorg, op de tevredenheid en het functioneren van de arts? Maar vooral ook wat is het effect op de patiënten tevredenheid en op basis van welke criteria beoordeelt de patiënt dit? Wat vindt hij/zij belangrijk?

Dit vormt de basis van het kwalitatief onderzoek dat hierna zal plaatsvinden: op basis van de bekomen informatie kunnen semi-gestructureerde interviews worden uitgevoerd bij een groep patiënten. Hieruit kunnen al positieve aspecten maar ook pijnpunten voor de praktijk naar voor komen. Willekeurige patiënten zullen gevraagd worden vrijwillig mee te werken aan deze interviews, hierbij zal getracht worden een zo gevarieerd mogelijke onderzoekspopulatie te ondervragen. De geïnterviewden zullen vooraf een informed consent tekenen, waarin wordt aangegeven dat hun gegevens volledig anoniem verwerkt zullen worden. De grootte van de onderzoeksgroep zal gaandeweg worden bepaald volgens het principe van saturatie.

Referenties:

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

[UrlBlockedError.aspx]96122_1423997237_4363_Informed_Consent_pdf
[UrlBlockedError.aspx]10483_1423998161_5606_Vragen___onder_voorbehoud_pdf

Promotor:

Jo Goedhuys (Jo.Goedhuys@med.kuleuven.be - u0005986 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Registratienummer:

mp04725

Bijlage 8: goedkeuring ethische commissie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Met vriendelijke groeten

An Stockmans

9. Referenties

1. Goethals M. 'meneer doktoor' wordt de uitzondering. De Standaard. 2016.
2. Hoerée T, Grouwels D D, Cuypers R R, Heyrman J. De huisartspraktijk herbekeken: Een visiedocument. Domus Medica. 2006.
3. Grouwels D, Goedhuys J. Van solo-arts naar team-arts. Samenwerking en management in duo- en groepspraktijken. 2001; 30(22-7).
4. Grouwels D, Heyrman J, Goedhuys J. Goed samenwerken in tien stappen. Beschrijving van een praktisch instrument. Huisarts Nu. 2003; 32 (1), 29-34.
5. Expertise Centrum Huisartsen Trajecten en Teams. [Online]. [cited 2016 maart 27. Available from: http://www.echtt.be/.
6. RIZIV. Performantie van de huisartsgeneeskunde, een check-up. 2013;: p. 58.
7. Boffin N, Cuypers R, De Smedt J, Pas L. Groepspraktijken van Vlaamse huisartsen. 2002: p. 24-28.
8. Feron JM, Cerexhe F, Pestiaux D, Roland M, Giet D. GPs working in solo practice: obstacles and motivations for working in a group? A qualitative study. Family Practice. 2003;: p. 20: 167-172..
9. De Buysscher E, Deveugele M. De solopraktijk onder de loep. 2012-2013..
10. Silvestrini G, Federico B, Cosentino M, Marvulli M, Tirabassi F, Ricciardi W. A systematic review on the effectiveness of group versus single-handed practice. 2013: p. 180-7.
11. van den Hombergh P, Engels Y, van den Hoogen H. Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? 2005: p. 20-7.
12. Charis Wl, Kok P. Does practice size matter? Review of effects on quality of care in primary care. 2013: p. e604-10.
13. Hippisley-Cox J, Pringle M, Coupland C, Hammersley V, Wilson A. Do single handed practices offer poorer care? Cross sectional survey of processes and outcomes. British Medical journal. 2001: p. 320-3.
14. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarın-Ruad MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Bruneta J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Family Practice. 2006: p. 308-316.
15. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. British journal of general practice. 1996: p. 601-605.
16. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. British journal of general practice. 1995: p. 654-659.

17. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. International journal for quality in health care. 2002: p. 111-118.

18. Saultz J. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Ann. Family Medicine. 2003: p. 134-43.

19. van der Velden L, Jabaaij L, Hingstman L. Deeltijdwerken heeft effect op de beschikbaarheid. Huisarts en wetenschap. 2006: p. 957-59.

20. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. British medical journal. 1992: p. 1287-90.

21. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. Journal of general internal medicine. 2005: p. 226-233.

22. Kao A, Green D, Davis N, Koplan J, Cleary P. Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. J Gen Intern Med. 1998: p. 681-6.

23. Baker R, Mainous A, Gray D, Love M. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. Scand. J. Prim Health Care. 2003: p. 27-32.

24. Love M, Mainous A, Talbert J, Hager G. Continuity of care and the physician-patient relationship: the importance of continuity for adult patients with asthma. Journal of family practice. 2000: p. 998-1004.

25. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? The journal of family practice. 2004: p. 12.

26. Jabaaij L, Schers H, Van Essen T, Goudswaard L, Schellevis F. Altijd dezelfde huisarts? Een onderzoek naar wens en waardering van patiënten. Huisarts & wetenschap. 2006: p. 934-939.

27. Van Stappen F, Avonts D. Van solo- naar groepspraktijk: wat zijn de drempels voor de patiënt? 2013-2014..

28. Boeijhe H. Analyseren in kwalitatief onderzoek Den Haag: Boom/Lemma; 2008.

29. Schers H, Webster S, van den Hoogen H, Avery A, Grol R, van den Bosch W. Continuity of care in general practice: a survey of patiënts' views. British journal of general practice. 2002: p. 459-462.