

RANDVOORWAARDEN VOOR EEN BETERE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN

Wat is de mening van de beroepsgroep?

D. GROUWELS EN J. HEYRMAN ZIJN BEIDEN ALS HUISARTS VERBONDEN AAN HET ACHG VAN DE KU LEUVEN, EENHEID TEAMMANAGEMENT.

J. GOEDHUIS IS ALS PSYCHOLOOG VERBONDEN AAN HET ACHG VAN DE KU LEUVEN, EENHEID TEAMMANAGEMENT.

De meeste huisartsen beseffen het nut en de voordelen van samenwerken. Maar welke randvoorwaarden zijn er nodig om van samenwerking een succes te maken? In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid werd in 2001 een 200-tal huisartsen hierover bevraagd. Een forfaitair betalingssysteem voor de niet-prestatiegebonden taken wordt door 63,6 % van hen als essentieel geacht om goed te kunnen samenwerken. Ook logistieke ondersteuning, degelijke infrastructuur, geregeld overleg, goede taakafspraken, gemeenschappelijke visie en doelstellingen rond huisartsgeneeskunde en praktijkvoering en ten slotte wederzijds respect en vertrouwen zijn belangrijke pijlers van een goede samenwerking.

De huisartsgeneeskunde was vroeger een individuele zaak: de soloarts was werkzaam in zijn privé-woning en zijn partner fungeerde eventueel als gratis praktijkhulp. Huisarts zijn was een hoofdzakelijk mannelijk beroep dat veel aanzien genoot maar ook veel eisen stelde inzake permanentie en beschikbaarheid.

De laatste jaren bemerken we een mentaliteitswijziging met betrekking tot de inhoud en de werkomstandigheden van het huisartsenberoep. Het steeds complexer worden van het takenpakket en de snelle evolutie in de medische wetenschap (men wil immers 'evidence-based medicine') zijn hier niet vreemd aan. Bovendien beseft de huisarts ook dat het werkveld steeds ingewikkelder wordt: men verwacht dat hij/zij deelneemt aan allerlei overlegplatforms binnen de eerste en tweede lijn. Ook de toenemende vrouwelijking van het beroep is een belangrijke factor. En ten slotte willen jonge huisartsen aanzienlijk minder uren om gezin en werk optimaal te kunnen combineren. Zij zijn zelfs bereid deeltijds te werken.

De samenwerking tussen praktijkopleiders en huisartsen in beroepsopleiding heeft er mee voor gezorgd dat de trend is doorgezet tot meer onderlinge samenwerking. Uit een in 2000 afgenomen enquête bij Vlaamse huisartsen in groepspraktijken blijkt dat 40 % vrouw is tegenover slechts 26 % in de totale huisartsenpopulatie¹. Vrouwen werken minder uren dan hun mannelijke collega's en 42 % van hen werkt deeltijds als huisarts.

De meeste huisartsen beseffen het nut en de voordelen van samenwerken. Maar tussen besef en praktijk bestaat echter een diepe kloof. We moeten vooreerst nagaan welke randvoorwaarden prioritair moeten worden ingevuld. Pas dan zullen samenwerkingsvormen echt ingang vinden bij de beroepsgroep in de eerste lijn. Deze opdracht werd door het Ministerie van Volksgezondheid toevertrouwd aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG) van de KU Leuven. Wij vatten voor u de resultaten samen.

M e t h o d e

Bevraging

In 2001 werd een studie gehouden onder 60 huisartsen die in datzelfde jaar een opleiding volgden rond 'Ieren samenwerken in een huisartsteam'. Aan hen werd gevraagd een vragenlijst in te vullen over de randvoorwaarden voor samenwerkingsverbanden, associaties en groepspraktijken (zie volgende bladzijde). Van de 60 artsen stuurden er 39 hun vragenlijst terug. Dezelfde vragenlijst werd ook nog eens naar 138 huisartsen gestuurd uit dertien lokale kwaliteitskringen na een brainstormingsessie rond samenwerken (112 vragenlijsten werden ingevuld teruggezonden). In totaal werden 151 vragenlijsten verwerkt.

De vragenlijst bestond uit een reeks van 31 randvoorwaarden. Voor elk item moesten drie vragen beantwoord worden:

- (1) Is de randvoorwaarde om goed te kunnen samenwerken nu reeds aanwezig bij de bevraagde huisarts (ja/nee)?
- (2) Zo ja, hoe tevreden is men over de kwaliteit van de aanwezige randvoorwaarde (score van 1 tot 6; 1 is helemaal niet tevreden en 6 is zeer tevreden)?
- (3) Is deze randvoorwaarde in een ideale situatie, afgezien van de haalbaarheid, nodig om goed te kunnen samenwerken (ja/nee)?

Soloartsen vulden voor vraag (1) en (2) slechts zes van de 31 items in (de andere items waren niet van toepassing). Vraag (3) werd door alle huisartsen beantwoord.

Als basis gebruikten we een vragenlijst met 22 stellingen voor huisartsen in beroepsopleiding (opgesteld voor de

Vragenlijst

Randvoorwaarden voor samenwerkingsverbanden, associaties en groepspraktijken

	Aanwezig ja / nee	Tevreden over kwaliteit 1 niet - wel 6	Idealiter nodig ja / nee
1. Duidelijke visie en doelstellingen van de groep.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
2. Wederzijds respect en vertrouwen.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
3. Rekening houden met andere prioriteiten van jongere generatie.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
4. Complementaire teamsamenstelling inzake subspecialisaties.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
5. Leren denken in functie van de groep (patiënten zijn van de groep, zelfde grenzen naar patiënten).	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
6. Goed georganiseerde structuur, zodat huisarts bezig kan zijn met het 'medisch' aspect.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
7. Belang inzien van 'communicatie in de samenwerking' (organisatorisch en medisch-inhoudelijk).	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
8. Oog voor de onderlinge verhoudingen (communicatie op relationeel niveau).	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
9. Reflecteren hoe je zelf in relatie treedt met de andere.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
10. Praktijkcoördinatie gebeurt door één (of meer) perso(o)n(en) van de groep.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
11. Een externe manager.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
12. Een evenredige taakverdeling tussen de huisartsen voor de niet-prestatiegebonden taken.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
13. Geregeld overleg over de praktijkorganisatie en patiënten.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
14. Beslissingen nemen in onderling overleg.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
15. De coördinator ziet toe dat de afspraken opgevolgd worden.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
16. Delegeren van taken naar de verpleegkundige binnen de samenwerking.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
17. Secretariaatondersteuning.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
18. Duidelijk en goed omschreven contract.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
19. Huishoudelijk reglement voor praktische afspraken (uurrooster, financiële regeling,...).	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
20. Normale werkuren voltijds of deeltijds (voltijds = 40 u zonder wachtdiensten).	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
21. Forfaitair betalingssysteem voor niet-prestatiegebonden taken.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
22. Nieuwe collega koopt zich in in de groep.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
23. Informatica voor dossierbeheer.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
24. Degelijke telefooninstallatie, fax, e-mail.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
25. Investerings in gebouw en materiaal.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
26. Onderhoudspersoneel	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
27. Beheren van zijn tijd (time management).	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
28. Afsprakensysteem.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
29. Mogelijkheid tot deeltijds werken.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
30. Werken volgens gemeenschappelijke richtlijnen of standaarden.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee
31. Opleiding/begeleiding in 'samen leren functioneren in een professioneel team'.	ja / nee	1 2 3 4 5 6	ja / nee

thematische opleidingslijn van HIBO's rond management duo-/groepspraktijken; ICHO-project 1998-2000), een andere met 24 stellingen voor praktijkopleiders (ontworpen voor de opleiding *Management samenwerkingsverbanden en groepspraktijken* voor praktijkopleiders; ICHO-project 1998-2000) en een interview met dertien praktijkopleiders (opleiding *Management samenwerkingsverbanden en groepspraktijken* voor praktijkopleiders; ICHO-project, december 1999 tot juni 2000). Alle drie hielden verband met de randvoorwaarden voor goede samenwerking. Na een proefafname bij zes huisartsen werd de vragenlijst voornamelijk aangepast op vlak van leesbaarheid.

Definities van praktijkvormen

Voor de definities van praktijkvormen werd een beroep gedaan op een ontwerp tekst opgesteld voor en gericht aan Vlaams minister van Volksgezondheid².

- Een *solopraktijk* wordt gekenmerkt door een arts die alleen in een eigen praktijkpand (al dan niet gekoppeld aan de woonsituatie) praktijk voert.
- Een *samenwerkingsverband* (HASAV of huisartsensamenwerkingsverband) wordt gedefinieerd als een vrijwillig overeengekomen samenwerking tussen huisartsen die onder andere betrekking heeft op continuïteit van de zorgverstrekking, permanentie, medisch overleg. De geneesheren hebben in deze structuur ieder hun individueel kabinet.
- Een *associatie* (HOED of huisartsen onder één dak) is een vrijwillig overeengekomen samenwerking tussen huisartsen waarbij een verplichting bestaat minstens deeltijds een medische activiteit uit te oefenen in het kader van de associatie. Het gaat om twee of meer artsen die in eenzelfde gebouw praktijk voeren.
- De *groepspraktijk* (HOED): het kenmerkend verschil met de associatie is dat het om minstens drie huisartsen gaat die onder één dak gevestigd zijn en expliciet als groep naar buiten treden. Er is vaak een samenwerkingsovereenkomst met andere disciplines (zowel onder één dak als erbuiten).
- Een *wijkgezondheidscentrum* (WGC) wordt omschreven als een samenwerking onder één dak van eerstelijns-hulpverleners uit verschillende disciplines. Een WGC richt zich op de individuele en collectieve gezondheid van een buurt of wijk. De laagdrempeligheid, een goede bereikbaarheid en het nastreven van betaalbare gezondheidszorg voor de patiënt zijn belangrijke doelstellingen.

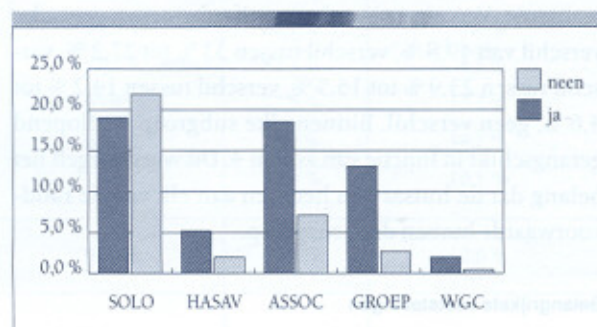
De meeste huisartsen zijn bereid om in samenwerkingsverband te werken op voorwaarde dat het klimaat financieel veilig is.

Resultaten

Van de 151 ingevulde vragenlijsten was 47 % afkomstig van huisartsen werkzaam in een solopraktijk, 7,3 % van huisartsen die in een HASAV werken en 45,7 % van huisartsen actief onder één dak of HOED. Van deze laatste groep zat 26,5 % in een associatie of duopraktijk, 16,6 % in een groepspraktijk en 2,6 % in een wijkgezondheidscentrum. Van de 151 deelnemers was 72,2 % man en 27,8 % vrouw. Van de mannelijke huisartsen was respectievelijk 50,5 % werkzaam in een solopraktijk, 6,4 % in een HASAV en 43,1 % in een HOED. Van de vrouwelijke artsen werkte 38,0 % in een solopraktijk, 9,6 % in een HASAV en 52,4 % in een HOED.

Graad van tevredenheid over huidige praktijkvorm

In onderstaande grafiek krijgen we voor de verschillende bestaande praktijkvormen een overzicht van het percentage deelnemers die al dan niet van praktijkvorm willen veranderen. Iets meer dan 50 % van de soloartsen wil zijn praktijkvorm veranderen naar voornamelijk een HASAV of een associatie, in mindere mate naar een groepspraktijk en slechts in uitzonderlijke gevallen naar een WGC. Meer dan één op vier van de HASAV wil de samenwerking nog verder uitbreiden of verdiepen (niet alleen permanentie, maar ook overleg over patiënten en bespreking van gemeenschappelijke richtlijnen) of overgaan naar een HOED. Van de associaties wil 28 % uitbreiden naar een groepspraktijk.



Grafiek: Percentage deelnemers die al dan niet van praktijkvorm willen veranderen.

In 32,5 % van de samenwerkingsvormen is er sprake van verwantschap. Dit is het meest uitgesproken bij de associaties (40 %): *ouder/kind* (tien keer), *man/vrouw* (elf keer) en soms *broer/zus* (twee keer).

Mannen zijn gemiddeld reeds meer jaren (20 tot 25 jaar) actief als huisarts dan vrouwen (10 tot 15 jaar). Mannen die 25 jaar in het vak staan, zijn eerder geneigd zich te organiseren in een HASAV, vooral om afspraken te maken met collegae rond permanentie en verlof. Vrouwen die gemiddeld vijftien jaar bezig zijn, zitten voornamelijk in solopraktijken. Jongere vrouwen organiseren zich vaker in één of andere samenwerkingsvorm.

Resultaten van de bevraging

De tabel hiernaast geeft de resultaten weer van de bevraging. In kolom 1 staan de 31 randvoorwaarden voor goede samenwerking. Kolom 2 geeft de situatie weer zoals van toepassing tijdens de bevraging: percentage van de huisartsen voor wie desbetreffende randvoorwaarde toen reeds vervuld was. Soloartsen vulden enkel vraag 23 tot en met 28 in (aangeduid met een *).

Kolom 3 vermeldt het percentage huisartsen dat tevreden was over de kwaliteit van de vervulde randvoorwaarde (som van de positieve scores 4, 5 en 6). Soloartsen vulden enkel vraag 23 tot en met 28 in (aangeduid met een *).

Het percentage huisartsen dat de gegeven randvoorwaarde nodig vond om goed te kunnen samenwerken (afgezien van de haalbaarheid), staat in kolom 4. Soloartsen vulden alle vragen in.

Kolom 5 geeft het verschil weer tussen kolom 4 en 3, respectievelijk tussen het percentage huisartsen dat deze randvoorwaarde nodig vond om goed te kunnen samenwerken en het percentage huisartsen voor wie deze toen nog niet kwaliteitsvol vervuld was.

De percentages van de verschillende kolommen staan gerangschikt in functie van kolom 5. Hoe groter het verschil, des te prangender de nood om deze randvoorwaarde te realiseren. Vervolgens werden er vijf subgroepen gemaakt: verschil van 49,8 %, verschil tussen 33 % tot 27,2 %, verschil tussen 23,9 % tot 15,5 %, verschil tussen 14,2 % tot 4,6 %, geen verschil. Binnen elke subgroep is aflopend gerangschikt in functie van kolom 4. Dit weerspiegelt het belang dat de huisartsen hechten aan elk van de randvoorwaarde binnen deze subgroep.

Belangrijkste vaststellingen

- *Item 1:* Van de bevroegde huisartsen beweert 93,8 % dat er in hun huidige samenwerking een gemeenschappelijk visie is rond huisartsengeneeskunde en praktijkvoering. Nochtans is slechts 77,5 % van hen tevreden over de kwaliteit van deze vervulde randvoorwaarde. Dat er een gemeenschappelijke visie en doelstellingen moeten zijn voor de samenwerkingsvorm wordt door 89,4 % bevestigd.

- *Item 10:* Bij 53,8 % van de samenwerkende huisartsen is er sprake van praktijkcoördinatie: 60 % van de associaties, 55 % van de groepspraktijken en 9 % van de HASAV. Slechts 37,5 % van de artsen is tevreden over de kwaliteit ervan en 53 % van alle bevroegden is van oordeel dat deze randvoorwaarde essentieel is om goed te kunnen samenwerken (20 % antwoordde niet). Praktijkcoördinatie is van wezenlijk belang voor de samenwerking. Dit vindt 49 % van de soloartsen, 27 % van de HASAV-huisartsen, 55 % huisartsen in een associatie en 69 % in een groepspraktijk.

- *Item 13:* Van de samenwerkende artsen pleegt 90 % reeds geregeld overleg, maar slechts 65 % is tevreden over de kwaliteit ervan. In een samenwerkingsvorm moet er geregeld overleg zijn: 85,4 % is die mening toegedaan.

- *Item 15:* In 41,3 % van de gevallen volgt de praktijkcoördinator de afspraken op. Dit gebeurt in 9 % HASAV, 35 % associaties en 55 % groepspraktijken. Slechts 35 % van de huisartsen is gelukkig met de kwaliteit van de opvolging. Nochtans bevestigt 58,9 % van alle deelnemende huisartsen dat opvolging van afspraken door de praktijkcoördinator noodzakelijk is voor een goede samenwerking (59 % solo, 36 % HASAV, 57,5 % associatie en 69 % groepspraktijk, 16,5 % antwoordde niet).

- *Items 16 en 17:* Een relatief groot verschil kan men opmerken voor secretariaatsondersteuning (28,6 %) en voor delegeren aan de verpleegkundige (33 %). Als prioritaire randvoorwaarde weegt secretariaatsondersteuning zwaarder door met 74,8 %. Het delegeren scoort minder met 53 %.

Uit ons onderzoek blijkt secretariaatsondersteuning voornamelijk te bestaan in groepspraktijken (79 %), in mindere mate in associaties (40 %) en in zeer beperkte mate in een HASAV (9 %). De vraag naar administratieve ondersteuning bij samenwerking is echter hoog voor alle praktijkvormen: solopraktijk 84,5 %, HASAV 36 %, associatie 72,5 % en groepspraktijk 69 %. Een kleine 15 % van de bevroegde huisartsen gaf geen antwoord.

- *Item 21:* Het hoogste percentage (grootste verschil) in kolom 5, met name 49,8 %, houdt verband met de quasi-afwezigheid van een forfaitair betalingsstelsel voor de niet-prestatiegebonden taken. Slechts 13,8 % van huisartsen is tevreden over de kwaliteit van de huidige invulling van deze randvoorwaarde. Daarentegen vindt 63,6 % dat deze randvoorwaarde een vereiste is om goed te kunnen samenwerken.

- *Item 23 en 24:* Volgens de meeste huisartsen hebben telematica en informatica reeds lang hun intrede gedaan in de huisartsenpraktijk, respectievelijk 92,1 % en 80,8 %.

Nr. item (01-31)	Kolom 1: Randvoorwaarden voor goede samenwerking	Kolom 2: Huidige situatie	Kolom 3: Tevreden over kwaliteit	Kolom 4: Idealiter nodig	Kolom 5: Verschil kolom 4 en 3
21	forfait andere taken	11,3 %	13,8 %	63,6 %	49,8 %
18	contract	63,8 %	51,3 %	82,1 %	30,9 %
17	secretariaat	50,0 %	46,3 %	74,8 %	28,6 %
29	mogelijkheid tot deeltijds werken	55,0 %	45,0 %	72,2 %	27,2 %
31	opleiding/begeleiding	47,5 %	40,0 %	70,2 %	30,2 %
27	time management*	57,0 %	36,4 %	64,2 %	27,8 %
16	delegeren aan verpleegkundige	26,3 %	20,0 %	53,0 %	33,0 %
	Gemiddeld			69,4 %	29,6 %
06	goede structuur	75,0 %	65,0 %	88,1 %	23,1 %
13	geregeld overleg	90,0 %	65,0 %	85,4 %	20,4 %
24	degelijke telefooninstallatie*	92,1 %	60,9 %	78,8 %	17,9 %
20	normale werkuren	60,0 %	51,3 %	74,8 %	23,6 %
23	informatica voor dossierbeheer*	80,8 %	51,0 %	74,2 %	23,2 %
28	afsprakensysteem*	80,1 %	52,3 %	72,8 %	20,5 %
12	evenredige taakverdeling	60,0 %	52,5 %	71,5 %	19,0 %
26	onderhoudspersoneel*	76,2 %	47,7 %	70,2 %	22,5 %
30	gemeenschappelijke richtlijnen	60,0 %	46,3 %	68,9 %	22,6 %
25	gebouw en materiaal*	74,8 %	40,4 %	60,9 %	20,5 %
15	opvolging afspraken door coördinator	41,3 %	35,0 %	58,9 %	23,9 %
10	praktijkcoördinatie	53,8 %	37,5 %	53,0 %	15,5 %
	Gemiddeld			71,5 %	21,1 %
01	visie, doelstelling	93,8 %	77,5 %	89,4 %	11,9 %
07	communicatie	97,5 %	78,8 %	88,1 %	9,3 %
08	onderlinge verhoudingen	93,8 %	76,3 %	86,1 %	9,8 %
19	huishoudelijk reglement	81,3 %	71,3 %	84,1 %	12,9 %
05	denken in functie van de groep	93,8 %	77,5 %	82,1 %	4,6 %
14	beslissen in onderling overleg	100,0 %	77,5 %	82,1 %	4,6 %
03	rekening houden met jonge generatie	75,0 %	63,8 %	77,5 %	13,7 %
09	reflecteren	80,0 %	60,0 %	74,2 %	14,2 %
	Gemiddeld			82,9 %	10,1 %
02	respect, vertrouwen	97,5 %	90,0 %	89,4 %	-0,6 %
	Niet opgenomen in verwerking**				
04	complementair team	50,0 %	46,3 %	46,4 %	0,1 %
22	inkopen in praktijk	41,3 %	35,0 %	44,4 %	9,4 %
11	externe manager	3,8 %	11,3 %	15,2 %	4,0 %

* enkel ingevuld door soloartsen.

** omdat minder dan 30 % van de bevroegde huisartsen deze randvoorwaarde als idealiter nodig achtte om goed te kunnen samenwerken (in ideale omstandigheden).

Tabel: Resultaten van de bevraging.

Nochtans is men maar matig tevreden over de kwaliteit ervan, respectievelijk 60,9 % en 51 %. Toch is dit volgens de huisartsen een belangrijke randvoorwaarde voor een goede samenwerking (78,8 % en 74,2 %).

Bespreking

Vrouwen blijken meer dan mannen werkzaam te zijn in één of andere vorm van samenwerkingsverband. Jonge vrouwen kiezen voornamelijk voor een HOED-structuur omwille van de mogelijkheid tot het beter combineren van beroep en gezinsleven en tot deeltijds werken.

Iets meer dan 50 % van de soloartsen wil zijn praktijkvorm veranderen: voornamelijk naar een HASAV of een associatie, in mindere mate naar een groepspraktijk en slechts in uitzonderlijke gevallen naar een wijkgezondheidscentrum. Dit kan verklaard worden door de stapsgewijze overgang van solopraktijk naar HASAV of duopraktijk, eventueel via associatie met een HIBO, en van duo- naar groepspraktijk.

Wat de mening van artsen betreft over het feit of de gestelde randvoorwaarde in een ideale situatie noodzakelijk is om goed samen te werken, valt er geen noemenswaardig verschil op tussen soloartsen en artsen die reeds samenwerken. Beide groepen schatten het belang van de gestelde randvoorwaarde op dezelfde manier in.

Bijna 70 % van de bevroegde huisartsen vindt dat een degelijke logistieke ondersteuning onontbeerlijk is voor het samenwerkingsverband.

Hiërarchie en praktijkcoördinatie

Rond de stelling dat de praktijkcoördinatie door één of meer personen van de groep gebeurt, bestaat nogal wat controverse. Uit de bevraging blijkt dat amper 37,5 % van de huisartsen tevreden is over de praktijkcoördinatie. Slechts 53 % is van mening dat coördinatie een randvoorwaarde is om goed te kunnen samenwerken.

Hier raken we een gevoelig punt. Huisartsen staan weigerachtig tegenover hiërarchie en staan op hun professionele zelfstandigheid. Daarnaast is er nog niet echt sprake van een 'samenwerkingscultuur'. Binnen een HASAV zijn er vaak alleen praktische afspraken rond permanentie en verlofvervangning. Een praktijkcoördinator als dusdanig is er niet, eerder een contactverantwoordelijke. Associaties die praktijkcoördinatie niet zinvol vinden, zijn vermoedelijk duopraktijken met gedeeld leiderschap (verdelen van mandaten en verantwoordelijkheid).

Vanuit groepsdynamisch oogpunt is bij een groep van meer dan twee artsen een praktijkcoördinator echter wel aan-

gewezen. Goede afspraken rond de inhoud van de taak van de coördinator zoals bijvoorbeeld taak- en procesbewaking, zijn essentieel.

Schril contrast

Duidelijk is de discrepantie tussen de resultaten van de vragenlijst over de randvoorwaarden voor samenwerken (het percentage huisartsen dat beweert dat de randvoorwaarden nu reeds vervuld zijn) en de vaststellingen die we kunnen doen naar aanleiding van het interview met dertien praktijkleiders in het kader van de opleiding Management van groepspraktijken (december 1999 - november 2000) en de evaluatie van huisartsen met betrekking tot de voortgezette opleiding voor praktijkcoördinatoren (maart 2001 - maart 2002). Items als 'visie en doelstellingen zijn gekend, er is een goede communicatie, beslissingen worden genomen in onderling overleg, afspraken worden opgevolgd' scoren hier relatief hoog.

Nochtans staat dit in schril contrast met de gegevens uit de cursussen en trainingen: de kennis rond groepsdynamische processen en vaardigheden rond interactieve communicatie zijn eerder summier. Items als 'leidinggeven aan of coördineren van het team al of niet door een groepslid' liggen zelfs zeer gevoelig! De huisartsen die de voortgezette opleiding voor praktijkcoördinatoren gevolgd

hebben, formuleren onder andere volgend advies voor andere samenwerkingsvormen³. Vermits er een dilemma is tussen enerzijds hun ondervinding dat de opvolging van het groepsgebeuren aandacht vraagt van bij de start van een groep, en anderzijds het gegeven dat het maar zin heeft iets te vertellen over het groepsgebeuren als er een vragende partij is (en dit is jammer genoeg slechts het geval wanneer er problemen opduiken), stellen zij voor te werken met een stappenplan voor startende praktijken en/of een controlelijst met aandachtspunten voor sollicitanten, waarin onder andere het belang van een goede coördinatie en uitwisseling van emotionele facetten van de samenwerking (procesbegeleiding) duidelijk naar voor wordt gebracht.

Noden uit het veld

Om acties te plannen en te ondernemen moeten we ons vanuit management en economisch oogpunt voornamelijk richten op de reële noden en behoeften die leven bij de huisartsen zelf. De tabel met de resultaten van de bevraging (blz. 13) geeft min of meer de volgorde weer van de grootte van de noden uit het veld.

Via acties rond deze concrete punten (in een eerste fase meestal technische vragen), zullen de lacunes rond andere aspecten (onder andere teambuilding en de groepsdynamische en communicatieve aspecten) in een tweede fase duidelijk worden. Voor deze aspecten moet immers eerst een relatie worden opgebouwd tussen de samenwerkende huisartsen onderling, maar ook met de begeleider. Dan pas kan vanuit een nieuwe vraag en concrete nood hieraan efficiënt worden gewerkt.

Voorrang geven aan...

Algemeen kunnen we stellen dat volgende randvoorwaarden nodig zijn om een goede samenwerking tussen artsen te realiseren:

- Een forfaitair betalingssysteem voor de niet-prestatiegebonden taken is een randvoorwaarde die praktisch voor niemand vervuld is (slechts 13,8 % van de huisartsen is tevreden over de kwaliteit) en die toch door 63,6 % als essentieel wordt gepercipieerd om goed te kunnen samenwerken. Wil men samenwerking bevorderen, dan zal er dus in de eerste plaats iets moeten veranderen aan het betalingssysteem.
- Gemiddeld 29,6 % van de huisartsen is van mening dat de logistieke ondersteuning van de praktijk (juridisch, administratief, verpleegkundig, begeleiding of coaching) ontoereikend is. Gemiddeld 69,4 % van de bevroegden vindt het wel een belangrijke randvoorwaarde. Het gebrek aan logistieke ondersteuning is blijkbaar een grote struikelblok voor een goede samenwerking.
- Een goed georganiseerde praktijkstructuur (zowel materieel, organisatorisch als medisch-inhoudelijk) is voor gemiddeld 71,5 % van de huisartsen een belangrijke randvoorwaarde. Nochtans vindt ongeveer 21,1 % dat niet voldoende is ingevuld. Degelijke infrastructuur, geregeld overleg en goede taakafspraken maken het samenwerken een stuk aangenamer en efficiënter.
- Gemeenschappelijke visie en doelstellingen rond de huisartsgeneeskunde en de praktijkvoering, evenals een goede communicatie, zijn noodzakelijk voor een goede samenwerking. Uit onze studie blijkt echter dat volgens 10,1 % van de artsen deze voorwaarde onvoldoende is ingevuld, terwijl 82,9 % dit toch als een essentiële randvoorwaarde ervaart. In de communicatie met en over de patiënt, is de huisarts goed onderlegd, maar de communicatie met collega's en andere disciplines, met oog voor de relationele aspecten, is zeker nog een aandachtspunt.
- Respect en vertrouwen is in zeer hoge mate aanwezig (90 %). Deze randvoorwaarde wordt door praktisch alle artsen als zeer belangrijk ervaren.

B e s l u i t

Uit ons onderzoek blijkt dat huisartsen openstaan voor samenwerking onder één dak of in een samenwerkingsverband op voorwaarde dat het een financieel haalbare werkvorm is met een forfaitair betalingssysteem voor niet-prestatiegebonden taken.

Verder is duidelijk dat een degelijke logistieke ondersteuning, juridische adviesmogelijkheden voor het opstellen van een contract en secretariaatsondersteuning onontbeerlijk zijn. Bovendien wordt de mogelijkheid tot deeltijds werk door vele huisartsen vooropgesteld.

Begeleiden en coachen van de samenwerking is geen overbodige luxe. Een goed gerunde organisatie, met (financiële) ruimte en tijd voor overleg en degelijke telematica- en informaticaondersteuning, is van wezenlijk belang voor de huisarts die zich voornamelijk wil concentreren op zijn medisch-inhoudelijk werk. Dit is de mening van 88 % van de huisartsen.

Een gemeenschappelijke visie op de huisartsgeneeskunde in het algemeen en op de concrete praktijkvoering in het bijzonder, met aandacht voor de onderlinge verhoudingen, is cruciaal voor een goede samenwerking. Bij ontbreken ervan percipiëren de artsen dit echter niet als een grote lacune.

In dit onderzoek wordt praktijkcoördinatie als minder belangrijk naar voor geschoven. Respect en vertrouwen blijft de meest essentiële pijler van de samenwerking.

L i t e r a t u u r

- 1 Boffin N, Cuypers R, De Smedt J, Pas L. Groepspraktijken van Vlaamse huisartsen: samenstelling en gestructureerde samenwerking. *Huisarts Nu* 2001;31:18-23.
- 2 Heyrman J, Van Loon H, De Leppeire J. Progressiviteit en stappen in intensiteit en multidisciplinariteit van de samenwerking binnen de huisartsgeneeskunde [ontwerptekst]. Leuven: ACHG, januari 2001.
- 3 Grouwels D. Huisarts en Samenwerken: een onderzoek naar factoren die het professioneel samenwerken beïnvloeden [rapport]. Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, juni 2002.