Samenwerkingsvormen: een exploratie bij West-Vlaamse huisartsen middels focusgroepen

Sanne Vanthourenhout, KULeuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

1 ABSTRACT

Titel: "Samenwerkingsvormen: een exploratie bij West-Vlaamse huisartsen middels focusgroepen"
HAIO: Sanne Vanthourenhout, KULeuven
Promotor: Jo Goedhuys
Contact: vanthourenhout.sanne@gmail.com

Context
We zien een duidelijke tendens naar groepspraktijken. Deze groepspraktijken vormen een antwoord op de veranderde zorgstructuur. Bovendien is de maatschappelijke kost van de geneeskunde fors gestegen. Wellicht kan versterking van de eerste lijn, door middel van samenwerken en taakdelegatie, een antwoord bieden. In de Westhoek werken nog veel artsen solo met een minieme tot geen vorm van praktijkondersteuning en praktijkwachten zijn legio. In dit artikel wordt gepoogd om te polsen naar de meningen en het draagvlak omtrent associëren in de westhoek.

Onderzoeksvragen
1. Wat zijn de verschillende aspecten omtrent associëren: welke soorten associaties zijn er, zijn er voordelen verbonden aan associëren voor de patiënten, de artsen en de maatschappij?
2. Wat is de tevredenheid van huisartsen in associaties en wat zijn de struikelblokken?
3. Wat zijn de meningen, het draagvlak en de kennis in de westhoek omtrent de verschillende aspecten van associëren?

Methode
De eerste twee onderzoeksvragen werden beantwoord door middel van een literatuuronderzoek. Om een antwoord te vinden op de derde onderzoeksvraag werd een kwalitatieve studie opgezet waarbij drie focusavonden werden georganiseerd. De meningen en het draagvlak werden afgetoetst door middel van controversiële stellingen. In totaal namen 17 huisartsen en 3 HAIO's deel. De analyse van de resultaten gebeurde via grounded theory.

Resultaten
De meerderheid van de deelnemende artsen is positief ingesteld ten opzichte van associëren. Een gelijklopende visie is een essentieel element om een geslaagde associatie te vormen. Alle deelnemers vinden een kostenassociatie de meest eerlijk vorm. Het betalen van een instapsom wordt als nuttig beschouwd. Daartegenover vindt men een uitstapsom overbodig. De meerwaarde van een secretaresse, praktijkassistente of een verpleegkundige in de praktijk wordt niet door iedereen erkend. Bij de deelnemende artsen is er een duidelijke generatiekloof aanwezig. De meerderheid vindt het hebben van een associatiecontract, met goedkeuring van de Orde der artsen, een meerwaarde.

Besluit
We kunnen stellen dat er bij de deelnemende artsen een draagvalk is voor associaties in de westhoek. De ruime meerderheid staat positief ten opzicht van samenwerkingsverbanden. Wel merken we nog duidelijke verschillen tussen de generaties. Maar ook binnen de generatie oudere artsen zijn er duidelijke verschillen tussen de geassocieerde en de niet-geassocieerde artsen. Geassocieerde artsen en jonge artsen erkennen de voordelen van groepspraktijken en de kwaliteitsverbetering die dit met zich meebrengt. Deze populatie vindt kwaliteit van werk heel belangrijk. Hiertegenover staan de niet-geassocieerde artsen die vooral financiële aspecten naar voren halen in de discussie. Zij houden nog vast aan hun grote praktijken en zien associëren vooral als een middel om de werkdruk te verminderen. Zij zijn er niet van overtuigd dat samenwerken en taakdelegatie in de eerste lijn leidt tot een betere geneeskunde.

2 INHOUD

1 Abstract 2
2 Inhoud 3
3 Dankwoord 5
4 Inleiding 6
5 Literatuurstudie 8
5.1 Methode 8
5.2 Inleiding 8
5.3 Missie en visie 9
5.4 Associatievormen 10
5.4.1 Inleiding 10
5.4.2 Losse samenwerking 10
5.4.3 Middelen- of kostenassociatie 10
5.4.4 Professionele associatie 11
5.4.5 De associatievorm en de tevredenheid van de artsen 11
5.5 De instapsom 12
5.6 De uitstapsom 13
5.7 Vakantie, zwangerschap, ziekte, invaliditeit en overlijden 13
5.8 Praktijkgebouw huren of kopen 14
5.9 Praktijkassistentie 15
5.10 Burn- out 16
5.11 De generatiekloof 17
5.12 Deontologie: Orde der artsen 17
6 Methode 19
7 Resultaten 21
7.1 Demografische gegevens 21
7.2 Meningen, het draagvlak en de kennis omtrent de verschillende aspecten van associëren in de Westhoek 23
7.2.1 Aanpak 23
7.2.2 Missie en Visie 23
7.2.3 Associatievormen 25
7.2.4 In- en uitstapsom 26
7.2.5 Vakantie, zwangerschap, ziekte, invaliditeit en overlijden 27
7.2.6 Praktijkgebouw huren of kopen 28
7.2.7 Praktijkassistentie 28

7.2.8 Burn-out 29
7.2.9 De generatiekloof 29
7.2.10 Deontologie: Orde der artsen 30
8 Discussie 32
9 Besluit 34
10 Bronnen 35
11 Bijlagen 38
11.1 Bijlage 1: Demografische gegevens van de deelnemers en gegevens over de werksituatie 38
11.2 Bijlage 2: powerpointpresentatie 40
11.3 Bijlage 3: protocol ethische commissie 48
11.3.1 Achtergrond 48
11.3.2 Methode 48
11.3.3 Te verwachten resultaten 48
11.4 Bijlage 4: advies ethische commissie 48

3 DANKWOORD

Heel wat mensen hebben geholpen aan de totstandkoming van deze masterpaper. Eerst en vooral zou ik Prof. Dr. Jo Goedhuys willen bedanken voor zijn uitstekende begeleiding tijdens het schrijven van dit werk. Daarnaast wil ik alle deelnemers van de focusavonden bedanken. Zonder hun deelname was deze masterpaper niet gerealiseerd. Ik wil het Jan Yperman Ziekenhuis bedanken voor het ter beschikking stellen van een lokaal en het voorzien van broodjes tijdens de focusavonden. Tot slot zou ik graag mijn familie en vriend bedanken voor de steun tijdens het maken en het nalezen van dit werk.

4 INLEIDING

Door de vervrouwelijking en de verjonging is het huisartsenberoep veel veranderd. (1) Huisartsen willen niet meer non-stop paraat staan, maar willen een goed evenwicht vinden tussen hun werk en privéleven. (2) Daarnaast willen ze een kwaliteitsvolle geneeskunde bieden, die voldoet aan de noden van de patiënt. Hierbij moet de huisartsgeneeskunde generalistisch, persoonsgericht zijn en voorzien in continuïteit. (3-5) We merken dat zowel de vraag naar als het aanbod van de geneeskunde sterk is toegenomen. (3-4) Dit heeft geleid tot een sterke verhoging van de kost, waardoor het solidariteitsprincipe onbetaalbaar dreigt te worden. (3) Dit samen met een gevreesd huisartsentekort leidt tot de noodzaak om de huisartsgeneeskunde anders te organiseren en te ondersteunen. (1, 3-7) Door middel van een betere samenwerking en taakdelegatie in de eerste lijn kan men de continuïteit van zorg verzekeren, vrije tijd voor de artsen creëren, de kwaliteit van zorg verbeteren en de toenemende werkdruk trachten tegemoet te komen. (2-3, 7, 5) Met andere woorden, willen we dat de gezondheidszorg betaalbaar blijft en haalbaar voor de artsen, dan moeten we in eerste instantie de positie van de eerste lijn versterken door middel van gestructureerde samenwerking zowel met collega-huisartsen als met andere actoren van de eerste lijn. (7-8)

In 'Huisarts en wetenschap' verscheen in 1960 het eerste artikel over groepspraktijken, geschreven door Buma. Op dat moment werden de eerste groepspraktijken opgericht in Nederland en werkten in Engeland reeds driekwart van de huisartsen in een groepspraktijk. (2, 9-10) Onderzoek van B. Schoenmakers *et al.* in 2013 toonde dat slechts 40% van de Vlaamse huisartsen nog solo werkt. (6, 11) In de toekomst zal dit percentage wellicht nog verder dalen. Ook in Nederland zien we het aantal soloartsen verder afnemen. (12) Daarenboven gaan huisartsen niet enkel samenwerken met elkaar, maar ook met andere actoren van de eerste lijn zoals praktijkassistenten, psychologen, enz. (13)

Samenwerken biedt tal van voordelen zoals de mogelijkheid om het werk te verdelen, vrije momenten te kunnen inplannen, overlegmomenten te kunnen organiseren, enz. (7, 11) Daarnaast is een van de hoofdconclusies van het KCE rapport 'burn-out' dat de stimulering van groepspraktijken en praktijknetwerken uitgebreid moet worden om burn-out bij artsen te voorkomen. (8, 14) Dit is een belangrijk gegeven, aangezien er steeds meer artsen met een burn-out te kampen krijgen. (11)

Ook de overheid ondersteunt de vorming van huisartsengroepspraktijken. Dit doen ze door middel van tegemoetkomingen met betrekking tot de loonkosten van werknemers en de administratiekosten (Impulseo II en Impulseo III). (10,15)

Recent is er een masterpaper verschenen van S. Calaerts, die de tevredenheid van Vlaamse huisartsen met betrekking tot hun associaties en associatiecontracten in kaart bracht. Hieruit bleek dat er een hoge mate van tevredenheid is bij de artsen, maar in de vrije velden werden vaak negatieve commentaren geuit. (11)

Ikzelf ben afkomstig uit de Westhoek en ben hier ook HAIO. Het wordt wel eens gezegd dat de Westhoek enkele jaren achterloopt op andere delen in Vlaanderen. Soloartsen zijn hier nog in de meerderheid en praktijkwachten zijn legio. Daardoor leek het me interessant om een

aantal huisartsen van de Westhoek te laten discussiëren omtrent controversiële stellingen rond associaties, om zo zicht te krijgen op de meningen, het draagvlak en de kennis van de verschillende aspecten omtrent associëren.

Dit brengt ons tot de eigenlijke onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de verschillende aspecten omtrent associëren? Welke soorten associaties zijn er? Zijn er voordelen verbonden aan associëren voor de patiënten, de artsen en de maatschappij?
2. Wat is de tevredenheid van huisartsen in associaties en wat zijn de struikelblokken?
3. Wat zijn de meningen, het draagvlak en de kennis in de Westhoek omtrent de verschillende aspecten van associëren?

De eerste twee onderzoeksvragen zullen we beantwoorden aan de hand van een literatuuronderzoek. De resultaten van de literatuurstudie zullen gebruikt worden als basis voor de derde onderzoeksvraag. Hiervoor werden drie focusavonden georganiseerd met huisartsen en HAIO's uit de Westhoek (Ieper, Vlamertinge, Zonnebeke, Moorslede, Beselare, Voormezele, Komen, Reningelst, Boezinge, Passendale en Zillebeke).

5 LITERATUURSTUDIE

5.1 METHODE

In eerste instantie hebben we via de ICHO-site gezocht naar masterproeven omtrent dit onderwerp. Hierbij vonden we drie bruikbare masterpapers. Een pubmed search via meerdere MeSH-termen, zoals: "General Practitioners/organization and administration", "General practitioners and contracts" leverden geen bruikbare resultaten. De meerderheid van de artikels werden via cross-referencing gevonden. Via www.nivel.nl werd er in de Nederlandse literatuur gezocht met volgende zoektermen: "Associatiecontracten", "Financiële aspecten en associaties", "Associatievormen". Tot slot werd de code van de geneeskundige plichtenleer nagelezen.

We probeerden de gevonden literatuur binnen verschillende thema's met betrekking tot associëren te groeperen.

5.2 INLEIDING

In binnen- en buitenland wordt er voor de toekomst een tekort aan huisartsen gevreesd, zeker op het moment dat de generatie babyboomers met pensioen gaat. (1, 6) In Vlaanderen zijn er 9,5 huisartsen per 10 000 Vlamingen, dat wil zeggen ongeveer 1200 patiënten per huisarts. (8) Daarbij zien we dat het aantal patiëntencontacten per huisarts per jaar toeneemt, terwijl het aantal contacten per patiënt daalt. (1, 8, 24, 17, 27) Het totale aantal contacten neemt toe ondanks een stabiel aantal huisartsen per regio. (1, 8, 17, 24, 27) In België vertegenwoordigen huisartsen jonger dan 45 jaar slechts 25% van de professionele activiteit. (1, 6, 17, 24, 27) Deze jongere generatie, die uit meer vrouwen bestaat (man/vrouw ratio bedraagt ongeveer 60/40), wil meer vrije tijd voor professionele nevenactiviteiten en privéleven. (1, 6-8) De federale overheid in België tracht jonge huisartsen te stimuleren zich in huisartsenarme regio's of regio's met een risico hierop te vestigen door middel van een financiële ondersteuning: Impulseo I. (15)

Daarnaast zien we een belangrijk aantal huisartsen uitvallen omwille van burn-out. (6) De werkdruk is toegenomen door een toename van het aantal patiëntencontacten. Er zijn meer chronische patiënten en de ziekenhuisopnames worden korter van duur waardoor een deel van de nazorg doorgeschoven wordt naar de huisartsen. Daarenboven is er een grotere administratieve belasting en moet er zorgoverleg gepland worden om aan een kwaliteitsvolle geneeskunde te kunnen doen. Daarnaast zijn de verwachtingen van de patiënten veranderd. Dit alles samen zorgt voor een stijgende werkdruk in de huisartsgeneeskunde. (1, 6, 16) Doordat de vraag naar en het aanbod van de geneeskunde is toegenomen, zijn de kosten fors gestegen. (3)

In heel wat landen tracht men op het nakende huisartsentekort te anticiperen door middel van taakdelegatie. (17) Samenwerkingsverbanden en taakdelegatie zijn essentieel om de positie van de eerste lijn te versterken en kunnen een antwoord bieden op de veranderde zorgstructuur. (1, 6, 8) Het leven van huisartsen is meer geregeld zonder dat de continuïteit van zorg in het gedrang komt. De mogelijkheid om casussen te overleggen met collega's leidt

vermoedelijk tot kwaliteitsverbetering. (1) Daarnaast zou samenwerken een beschermende factor zijn tegen een burn-out. (6, 14) De intensiteit van samenwerken kan sterk verschillen. Dit kan gaan van een permanentienetwerk tot de meer complexe multidisciplinaire praktijken zoals de wijkgezondheidscentra. (3) In elk geval zal het zorglandschap in de toekomst sterk veranderen om een efficiënte, kwalitatieve, sociaal toegankelijke en patiëntgerichte zorg op een betaalbare manier te kunnen aanbieden. (5) Ook de patiënt zal een toenemende verantwoordelijkheid krijgen voor zijn gezondheid en ziekte, de zelfzorg zal met andere woorden gestimuleerd worden. (5)

Om te kunnen samenwerken is het hebben van dezelfde visie omtrent geneeskunde en praktijkvoering essentieel. Het afwezig zijn van een gemeenschappelijke visie op de geneeskunde of de manier van praktijkvoeren is een belangrijke bron van onenigheid en frequent de oorzaak van het spaak lopen van associaties. (6, 11)

Naast een gemeenschappelijke visie moeten er ook een aantal financiële aspecten geregeld worden. Men moet zich afvragen of men wil werken in een kostendelende associatie of een integrale samenwerking. Daarnaast moet de kostenverdeling besproken worden. Er moet ook nagedacht worden hoe men de GMD's, zorgtrajecten, enz. gaat verdelen. Hoe staat men tegenover het betalen van een in- of uitstapsom.

Zowel op juridisch, logistiek en ideologisch vlak moeten er veel beslissingen genomen worden bij een associatie. (8) Men moet zorgvuldig de voor- en nadelen overwegen en alles schriftelijk vastleggen. (8) Gespecialiseerd advies en begeleiding kan hierbij helpen en is veelal noodzakelijk. (8)

In dit deel trachten we een antwoord te formuleren op de eerste twee onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de verschillende aspecten omtrent associëren? Welke soorten associaties zijn er? Zijn er voordelen verbonden aan associëren voor de patiënten, de artsen en de maatschappij?
2. Wat is de tevredenheid van huisartsen in associaties en wat zijn de struikelblokken?

5.3 Missie en visie

De meest bepalende factor voor het slagen van een associatie is de aanwezigheid van een gemeenschappelijke visie en missie. Elke huisarts moet voor zichzelf een visie vormen. Daarna moet er geverifieerd worden of de individuele visies gelijklopend zijn en van daaruit moet men een praktijkvisie en missie vormen. (18) Onder visie verstaan we de normen, waarden en overtuigingen waar men mee wil werken. Hierbij houdt men rekening met de noden van de patiëntenpopulatie. (3, 19) De uitwerking van deze waarden naar de praktijk wordt de 'missie' genoemd. (3, 19) Hierbij worden concrete korte- en langetermijndoelstellingen geformuleerd. (3, 19) Daarbij houdt men rekening met de relevantie, doeltreffendheid, realiseerbaarheid en betaalbaarheid van deze doelstellingen. (3) Bij het maken van deze visie en missie kan men zich eventueel laten bijstaan door een praktijkcoach. (3)

De meeste samenwerkingen lopen stuk op een kortetermijnplanning en een gebrek aan een gemeenschappelijke visie en langetermijndoelstellingen. (1, 6, 8, 24, 17, 27) Het hebben van een andere visie betreffende de geneeskunde tussen de associés, zoals bijvoorbeeld de visie

omtrent alternatieve geneeskunde, is een belangrijke bron van onenigheid. (7, 11) Daarnaast kan de manier van praktijkvoering ook leiden tot onenigheid: wanneer mogen mensen bellen voor uitslagen, tot hoe laat wordt er ’s avonds gewerkt, doen we als praktijk praktijkwachten of niet, enz. (11)

5.4 ASSOCIATIEVORMEN

5.4.1 Inleiding

Huisartsen die gaan samenwerken vormen een groep. De afzonderlijke leden van die groep zijn een individueel natuurlijk persoon of hebben een eenmansvennootschap opgericht. Zo’n feitelijke groep kan op zich functioneren of kan overgaan tot de oprichting van een rechtspersoon of een vennootschap. Als de groep geen vennootschap opricht, dan is ze een feitelijke vereniging. Afspraken tussen de leden van de groep worden vastgelegd in een associatiecontract. (20)

“*Een associatieovereenkomst is een burgerlijke overeenkomst met als doel een praktijk samen uit te oefenen, aangepast aan de huidige noden van de tijd en de samenleving, om de continuïteit van zorg te kunnen verzekeren, om een adequate geneeskunde te kunnen aanbieden, om vrije tijd te verkrijgen teneinde het familiale leven, sociale betrachtingen en verdere (postuniversitaire) studie te kunnen behartigen en om de algemene kosten van de praktijk te kunnen drukken.” (20)*

Als de leden van de groep werken voor een gemeenschappelijke rekening, dan is de burgerlijke overeenkomst een maatschapsovereenkomst of anders gezegd een professionele vennootschap. (20) Hiertegenover staat de middelenvennootschap die als doel heeft de gemeenschappelijke kosten te delen. (20)

Het is altijd aan te raden om met een proefperiode te starten. Een proefperiode duurt meestal 6 maanden tot 2 jaar. Deze periode dient om te toetsten of de samenwerking vlot verloopt. De financiële regelingen in de proefperiode wijken af van die in de periode erna. (21)

Een huisarts kan vergoed worden per prestatie of kan forfaitair betaald worden. Bij een forfaitair betalingssysteem krijgt de arts een vergoeding per maand per ingeschreven patiënt. (20) In België is de betaling per prestatie het meest gebruikt. Het forfaitair honoreringssysteem vinden we terug bij wijkgezondheidscentra, maisons médicales en enkele praktijken. (20) In Nederland worden de huisartsen vergoed via een gemengd systeem. Het grootste deel forfaitair en deels op basis van de geleverde prestaties. (7)

5.4.2 Losse samenwerking

De losse samenwerking is weinig juridisch onderbouwd. Er is enkel een samenwerking wanneer er een noodzaak toe is. Elke partij blijft op zijn eigen praktijkadres werkzaam. Het huisartsensamenwerkingsverband (HASAV) of een doorverwijzing naar een collega zijn hier voorbeelden van. (18-19)

5.4.3 Middelen- of kostenassociatie

In de kostenassociatie worden de gemeenschappelijke praktijkkosten al dan niet via een verdeelsleutel verdeeld en worden de inkomsten afzonderlijk geïnd. (21-22) Deze wordt vaak

gezien als de meest eerlijke vorm, aangezien er loon naar werken is. (3, 21) Hierbij vormen nevenactiviteiten van de artsen geen probleem aangezien iedereen voor eigen rekening int. Nadelen zijn de mogelijke concurrentiestrijd bij onvoldoende werk en een mogelijk gevecht voor de best gehonoreerde prestaties. (21)

Bij deze vorm van samenwerken kan de intensiteit van samenwerken sterk verschillen. (3) Men kan werken als soloartsen onder één dak in plaats van een echte samenwerking te vormen. (3) Volgens het onderzoek van S. Calaerts komt deze vorm van associatie het vaakst voor, namelijk in 69% van de associaties. (11) Hierbij kunnen de GMD's al dan niet gepoold worden. (21)

De kosten kunnen op verschillende manieren verdeeld worden. Een eerste mogelijkheid is om ze te verdelen volgens de omzet. Zo dragen de sterkste schouders de zwaarste lasten. Een andere mogelijkheid is dat de kosten deels vast en deels volgens een bruto-omzet verdeeld worden. Hierbij worden de kosten van het praktijkgebouw in gelijke delen verdeeld, zoals huur, water, gas, elektriciteit, brandverzekering, enz. Verbruikskosten en telefoonkosten worden verdeeld volgens bruto-inkomen. Personeelskosten worden meestal deels vast en deels volgens bruto-omzet verdeeld. Een laatste mogelijkheid is om de kosten te verdelen volgens het aantal gewerkte dagdelen. (21)

5.4.4 Professionele associatie

In een professionele associatie wordt gewerkt voor de rekening van de associatie en na aftrek van de kosten wordt het saldo al dan niet met een verdeelsleutel onder de associés verdeeld. (21, 22) De artsen treden naar buiten als een groepspraktijk, waarbij alle dossiers worden gedeeld en de zorg voor de patiënten samen wordt opgenomen. (19) Hierbij moet men de vrije artsenkeuze, opgelegd door de Orde der artsen, respecteren. (19, 23) Zevenentwintig procent van de groepspraktijken in het onderzoek van S. Calaerts betroffen dit type. (11) Dit systeem kent enkele voordelen: er is geen concurrentiestrijd tussen de collega's, men krijgt de mogelijkheid om zich toe te leggen op een subdiscipline, ongelijke honorering voor prestaties wordt weggewerkt waardoor minder gehonoreerde prestaties aangeboden worden om zo een meerwaarde te creëren voor de praktijk, er is minder druk om te presteren en managementtaken kunnen op deze manier ook vergoed worden. Nadelen van dit systeem zijn dat minder dynamische associés geen druk voelen en niet gestimuleerd worden, snelle werkers beboet en trage werkers beloond worden. Hierbij moet opgemerkt worden dat de snelheid van werken niet altijd in relatie staat tot de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Belangrijk is dat de activiteitsgraad van de associés goed bepaald wordt zodat er geen wrevel ontstaat bij discrepantie. Indien de arts nevenactiviteiten heeft moeten de inkomsten van die nevenactiviteiten gepoold worden of moet het activiteitsniveau binnen de associatie verlaagd worden. (21)

5.4.5 De associatievorm en de tevredenheid van de artsen

Samenwerken kan stress met zich meebrengen, vooral als er ongelijkheid is in de werkverdeling van zowel patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden taken. (24) Een kostenassociatie is mogelijk de eerlijkste vorm om de ongelijkheden tussen het aantal patiëntencontacten op te lossen. Daarnaast moeten er afspraken gemaakt worden om de niet-patiëntgebonden taken zoals managementtaken en stockbeheer onderling te verdelen.

Een belangrijke factor binnen een associatie is communicatie: als er onenigheid ontstaat moet dit bespreekbaar zijn. Conflicten binnen praktijken gaan vaak over financiële zaken, het medisch beleid en taakafspraken. (7)

Slechts 7% van de artsen in het onderzoek van S. Calaerts zijn ontevreden over hun associatie. Hierbij was er geen significant verschil in de tevredenheid bij de artsen die werken in een kostenassociatie *versus* een professionele associatie. (11)

Toch komen er een aantal struikelblokken naar voren uit het onderzoek van S. Calaerts Zo vermeldt drieëntwintig procent dat er soms of regelmatig onenigheid is omtrent de manier van kostendeling. Een variabele kostenverdeling wordt als complex maar eerlijk gezien. Anderen vinden deze variabele verdeling te ingewikkeld. Sommigen vinden dat een berekening van de kosten volgens een *pro rata* bruto-omzet beter zou zijn. Een andere bron van onenigheid is het verdelen van de inkomsten uit GMD's, HAIO's en de vergoeding van niet-patiëntgebonden taken zoals stockbeheer. (11) Het is belangrijk om financiële zaken transparant te regelen om latere problemen te voorkomen. (25)

5.5 De instapsom

De instapsom wordt gezien als een financiële vergoeding voor het patiëntenbestand, het beschikbare materiaal en de infrastructuur. Ze heeft als doel een directe gelijkwaardigheid te creëren tussen de associés. (19, 21) In zes op de tien gevallen wordt een instapvergoeding gevraagd. (11) Of men al dan niet een instapsom moet betalen hangt af van de situatie. Als je terechtkomt in een praktijk waar er nauwelijks werk is voor een extra associé, is het billijk dat er geen instapsom betaald wordt. Associeert men in een praktijk waar er een overschot is aan werk, dan is het betalen van een instapsom aanvaardbaar. (20) Door middel van een instapsom worden de associés gestimuleerd om werk door te geven aan de nieuwe collega.

De instapvergoeding is meestal een percentage van het bruto-inkomen berekend op een referteperiode. (20) Bijvoorbeeld: tien procent van het bruto inkomen van het eerste jaar verspreid over enkele jaren. Aan dit bedrag kan een minimum en/of een maximum gekoppeld worden. (19-20) Deze berekening van de instapsom is een relatief veilige manier voor de toetredende collega. (20) Een andere minder transparante vorm van inkopen is het niet mogen innen van GMD's of het niet mogen deelnemen aan een pooling van GMD's. Dit is vaak een dure vorm van inkopen, waarbij de collega's niet gestimuleerd worden om werk door te geven aan de nieuwe associé. (20) Deze regelingen zijn van toepassing in de kostenassociatie waar elke associé int voor eigen rekening. (20) Bij de professionele associatie waar ook de inkomsten gepoold worden, wordt er een instapsom betaald door het krijgen van een ongelijk deel van de netto-opbrengst van de associatie gedurende de eerste jaren en dit - volgens de Orde der artsen - met een maximum van vier jaar. (20-21) Heeft de toetredende arts slechts een geringe activiteit dan zal het poolaandeel dat hij ontvangt het bedrag benaderen van zijn geleverde prestaties. Indien de nieuwe associé direct veel werk heeft dan zal hij een grotere instapsom betalen omdat het verschil tussen zijn eigen inbreng en zijn poolaandeel hoger is. Dit is dus een oncontroleerbare manier van instappen. (21)

Instapsommen die vooraf bepaald en betaald zijn, kunnen een bron van conflict zijn indien het gehoopte werkvolume en daarmee dus ook het gehoopte inkomen niet is behaald. (20)

De details met betrekking tot de instapsom moeten worden voorgelegd en goedgekeurd door de provinciale raad van de Orde der artsen. (20)

5.6 DE UITSTAPSOM

Een uitstapsom kan gezien worden als een vergoeding voor de achtergelaten goodwill, of anders gezegd: het achtergelaten patiëntenbestand. Men heeft hier enkel recht op indien de arts in kwestie zijn werkzaamheden in de regio volledig stopzet. (19-20) Dit kan een vast bedrag zijn, een percentage van het bruto-inkomen van de laatste jaren of de instapsom van de opvolger of van de nieuwe associé die zich binnen de twee jaar na de stopzetting van de arts in de praktijk inkoopt. (11, 20) Deze vergoeding is enkel redelijk indien er bij de resterende collega's, die vaak geen vragende partij zijn voor extra werk, ook een belangrijke stijging in omzet is als gevolg van de stopzetting van de activiteiten van de associé, bijvoorbeeld een stijging van 30%. (19-20) Deze regeling zal vaak leiden tot het wegvallen van de uitstapvergoeding. (20)

Het is aan te raden om afspraken omtrent een uitstapsom op te nemen in het associatiecontract. De uitstapsom wordt in mindere mate dan de instapsom gevraagd, volgens het onderzoek van S. Calaerts namelijk in 48 % van de associaties. (11)

Een bron van verdeeldheid is dat in sommige praktijken de oudere artsen een uitstapvergoeding verlangen terwijl de jonge collega's al een instapsom hebben betaald. (11) Ook de uitstapvergoeding moet worden voorgelegd aan de provinciale raad. Zij zullen het normaliter niet goedkeuren dat iemand die reeds een instapvergoeding heeft geïncasseerd ook een uitstapvergoeding zal krijgen. (20)

Er bestaan geen eenduidige adviezen en regels omtrent de inkoop- en uitstapprocedures. Belangrijk hierbij is dat alle partners zich tevreden voelen met de genomen beslissing en dat alles schriftelijk wordt vastgelegd. (8, 20)

5.7 VAKANTIE, ZWANGERSCHAP, ZIEKTE, INVALIDITEIT EN OVERLIJDEN

Er zijn verschillende mogelijkheden wat betreft de kostenverdeling gedurende arbeidsongeschiktheid of zwangerschap. Is er veel solidariteit binnen de praktijk, dan kunnen de kosten wegvallen. Is er minder solidariteit, dan kan er bepaald worden dat de kosten gedurende een bepaalde periode verder moeten worden betaald. Indien er een plaatsvervanger is, dan betaalt hij de onkosten aan de andere associés. Kosten kunnen ook berekend worden op basis van een percentage van de omzet. Op deze manier vervalt de bijdrage voor de onkosten omdat er op die momenten geen omzet gegenereerd wordt. (20) Het wettelijk stelsel voorziet voor zelfstandigen een zwangerschapsverlof met weekvergoeding van minstens zes en maximaal acht weken. (20)

Het is belangrijk dat de associés de modaliteiten omtrent zwangerschap, arbeidsongeschiktheid, verlofregeling en overlijden schriftelijk vastleggen. (20)

In 30% van de associatiecontracten staat niets vermeld met betrekking tot vakantie, zwangerschap, ziekte en invaliditeit. (11) Nochtans zijn dit belangrijke thema's om te bespreken zodat men latere problemen kan trachten te voorkomen.

5.8 PRAKTIJKGEBOUW HUREN OF KOPEN

De goedkope, eenvoudige werkplaats van de soloarts met praktijk in eigen huis is met uitsterven bedreigd. Met de komst van de groepspraktijken stelt zich een bijkomend probleem, namelijk de plaats. In ideale omstandigheden is er voor elke associé een kabinet voorzien, zeker nu het aantal huisbezoeken daalt en het aantal raadplegingen stijgt . (26)

Men kan een praktijkgebouw huren of kopen. Een praktijkgebouw huren heeft zeker voordelen indien er voor een voldoende lange termijn gehuurd kan worden en als een aantal voorwaarden vervuld zijn zoals de mogelijkheid om het huurcontract op elk moment te kunnen opzeggen mits een opzeggingstermijn, het gebouw mogen onderverhuren aan iemand die dezelfde discipline uitoefent, voorkooprecht hebben, enz. (21) Het aankopen van een praktijkgebouw is niet evident, zeker niet indien de associés verschillende leeftijden en dus ook verschillende financiële mogelijkheden hebben. Eén associé kan het praktijkgebouw aankopen waarbij de andere associés huren. Dit stelt geen problemen indien alle associés hiermee akkoord gaan. Deze situatie kan echter al snel een ongelijke toestand creëren, waarbij de gelijkwaardigheid tussen de collega's in het gedrang komt. (26)

Men kan ervoor kiezen om gezamenlijk te investeren in een praktijkgebouw. Hierbij kan men het gebouw in onverdeeldheid kopen of men kan een vennootschap oprichten die het praktijkgebouw zal aankopen en waarvan de associés aandeelhouder zijn. (21)

Kopen in onverdeeldheid wil zeggen dat de associés samen eigenaar worden van het gebouw. Hierbij kunnen ze elk gelijke of ongelijke delen bezitten in functie van de financiële middelen. (21) Dit is een eenvoudige keuze waarbij elke arts zijn deel aankoopt en afschrijft. Een ander voordeel is dat men geniet van lagere registratierechten indien men een deel van een associé overkoopt. (21) Een laatste voordeel van deze manier is dat een toekomstige associé die een deel van het gebouw overkoopt, deze som fiscaal kan afschrijven. (21) Helaas zijn er een aantal fiscale nadelen, namelijk als een arts sterft, komen er erfgenamen in de plaats. Dit kan men voorkomen door vast te leggen dat mede-eigenaars verplicht zijn om het deel van de overleden associé over te kopen. Bovendien kan men zich telkens maximaal voor vijf jaar verbinden, dat wil zeggen dat ten laatste om de vijf jaar één of meerdere associés de verkoop van het geheel of hun deel kunnen eisen. Dit zorgt voor een constante onzekerheid. (21)

Een tweede manier om samen een gebouw aan te kopen is via een vastgoedvennootschap. Hierbij wordt het gebouw gekocht door de vennootschap en betalen de associés huur aan de vennootschap. Vennoten kunnen niet de verkoop van het hele onroerend goed opeisen, maar kunnen er wel op elk ogenblik uitstappen. Regelingen betreffende het uitstappen van een vennoot kunnen vastgelegd worden in de statuten. Indien een vennoot zijn aandelen verkoopt, komen er geen registratierechten meer aan te pas. Deze formule gaat gepaard met een grotere opstartkost en de verplichte boekhouding die met een vennootschap gepaard gaat. Een tweede probleem is dat het beter is dat het huurgeld in de associatie blijft om opnieuw te beleggen in plaats van het uit de vennootschap te halen. Een ander probleem is dat de aandelen die overgekocht worden door een nieuwe vennoot niet kunnen worden afgeschreven. (21)

Belangrijk hierbij is dat men op voorhand vastlegt wat te doen bij ruzie, overlijden, langdurige ziekte, pensioen, uitsluiting of wanneer een nieuwe associé start. (21)

5.9 PRAKTIJKASSISTENTIE

In het buitenland tracht men het dreigende tekort aan huisartsen, dat al in 1954 gesuggereerd werd in Frankrijk, op te vangen door het stimuleren van taakdelegatie naar praktijkassistenten. (17) Een uitbreiding van de rol van praktijkassistenten, gebaseerd op het model van de US, werd besproken, aangepast en overgenomen in onder andere Engeland, Schotland, Nederland, Canada, Australië, Taiwan, Japan en Nieuw-Zeeland. (4, 17) In het buitenland is er reeds veel meer ervaring inzake de samenwerking met goed opgeleide praktijkassistenten. (3) Hierdoor bereikt men in Nederland en Engeland een twee tot drie keer grotere patiëntenpopulatie in vergelijking tot België. (3) Er wordt gesuggereerd dat goed opgeleide verpleegkundigen kwalitatief een gelijkwaardige zorg kunnen verlenen als artsen. Daarenboven wordt deze manier van werken aanvaard door de patiënten. Wel is het niet zeker of taakdelegatie naar praktijkassistenten ook effectief tot een kostenbesparing zal leiden. (16, 27-28)

In Nederland kan men een opleiding tot praktijkassistente volgen. Zij staan in voor het onthaal, secretariaat en een aantal proceduregestuurde taken zoals bloeddrukmeting, het nemen van lengte en gewicht, een aantal eenvoudige labotesten (fecesstaal, urinestaal en zwangerschapstest), cervixuitstrijkje, spirometrie en gehoortest. (3)

In Groot-Brittannië spreekt men van de *nurse practitioner*. Naast de bovenstaande taken nemen ze ook procedureel gestuurde taken over en een beperkt aantal professioneel gestuurde taken. Hiermee verstaan we onder andere gezondheidsvoorlichting en een eerste consult en behandeling voor courante, milde aandoeningen. (3, 7, 18, 29)

Onderzoek wijst uit dat in Vlaanderen de werkverdeling afhankelijk is van het praktijktype. (29) Solo- en duopraktijken worden meestal minimaal ondersteund, terwijl groepspraktijken vaak ondersteuning hebben voor de telefoon, patiëntenonthaal, administratie en soms ook voor beperkte medische handelingen. (3) Ruim ¼ van de huisartsen heeft geen enkele vorm van formele assistentie in de praktijk. (8, 17, 24, 27) In vergelijking met het buitenland is in Vlaanderen de functie van secretaresse of verpleeghulp niet ingeburgerd. Hun takenpakket is ook opvallend beperkter dan in andere landen. (3) Daarnaast scoort België heel slecht op vlak van interprofessionele samenwerking binnen huisartsenpraktijken en de eerste lijn (met receptioniste, verplegend personeel, labo-assistenten, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, apothekers, sociale werkers …). (8) De afwezigheid van een goed uitgebouwde samenwerking heeft als resultaat dat het moeilijker is om tot kwaliteitsvolle procedures en taakverschuivingen te komen. (8)

In het onderzoek van Dirickx *et al.* komt naar voren dat de bevraagde Vlaamse huisartsen voornamelijk administratieve taken, beperkte medisch-technische taken, onderhouds- en managementtaken uit handen willen geven. (1, 8) De belangrijkste drempels bij het aanwerven van een praktijkassistente zijn van financiële en praktische aard zoals de beschikbaarheid van een praktijkruimte. (1) De overheid betaalt via Impulseo II een deel van de loonkost van praktijkassistenten die instaan voor het onthaal en het praktijkbeheer. (15)

Door het samenwerken in groepspraktijken is de stap sneller gezet naar het aanwerven van praktijkassistentie. Zij kunnen een groot deel van de alsmaar toenemende administratieve taken van de artsen overnemen. (6, 17) Wellicht zal de vervrouwelijking van het huisartsenberoep de aanwerving en uitbreiding van de taken van praktijkassistenten bevorderen. (17) Een absolute voorwaarde om taakdelegatie in te burgeren in Vlaanderen is de aanwezigheid van een formeel kader en een mandaat waarin praktijkassistenten tewerkgesteld kunnen worden. Helaas ontbreekt dit vandaag nog. (6, 8, 17, 24 27)

5.10 BURN- OUT

Burn-out wordt gekenmerkt door emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde professionele bekwaamheid. (20, 30) Dit is het gevolg van langdurige werkgerelateerde stress bij daarvoor gevoelige personen waarbij draaglast en draagkracht niet met elkaar in evenwicht zijn. (20) Burn-out onderscheidt zich van depressie door de werkgerelateerde oorzaak en het op de voorgrond treden van uitputtingsverschijnselen. (20)

Er is evidentie dat veel artsen niet goed in hun vel zitten. (26) Volgens een enquête van de FOD Werkgelegenheid wordt bij 0,8% van de werkende bevolking in België de diagnose van burn-out gesteld. (14) In 2005 schatte de “Fédération des maisons médicales” dat 10% van de huisartsen een burn-out had. (14) Volgens de review van Wallace *et al* wordt de prevalentie van burn-out bij artsen geschat tussen de 25-60% en in bepaalde studies zelfs tot 75%. (31) Uit het onderzoek van Schoenmakers *et al* (2013) blijkt dat een derde van de respondenten ooit de overweging heeft gemaakt om uit het beroep te stappen. Deze overweging was vooral op basis van een combinatie van factoren zoals de werklast, het gebrek aan waardering en financiële gebreken. (17, 24, 27) In 25% was burn-out de oorzaak van de uitstap. (6, 8) Huisartsen vormen mogelijk een kwetsbare groep voor burn-out omwille van de aard van het werk. Patiënten stellen toenemende verwachtingen zowel op het medische als het niet-medische vlak en artsen moeten in een continue zorg voorzien. (14, 30-31) Daarenboven verwaarlozen artsen vaak hun persoonlijk welzijn en gezondheid en ontkennen ze frequent hun eigen problemen. (14, 31) Hierbij zien we dat vrouwelijke artsen gevoeliger zijn om een burn-out te ontwikkelen omdat ze meer stress ervaren bij het vinden van een evenwicht tussen werk en privé. (31) Nochtans zijn de gezondheid en het welzijn van de arts kwaliteitsindicatoren voor de kwaliteit van de geneeskunde van een land. (20, 31) Er is toenemend bewijs dat een slechte gezondheidstoestand van artsen negatieve effecten heeft op de gezondheidszorg, namelijk: aanwerving en behouden van artsen, productiviteit, efficiëntie, kwaliteit en patiëntveiligheid. (31) Een arts die zich goed in zijn vel voelt, zal beter werk leveren. (20, 31) Zelfzorg is essentieel in de strijd tegen burn-out. (20)

Artsen die te veel stress ervaren op hun werk zijn niet alleen vatbaar voor het krijgen van een burn-out, maar lopen ook een risico op middelenmisbruik, relatieproblemen, depressie en zelfmoord. (31)

Het KCE-rapport ‘burn-out’ formuleerde veertien aanbevelingen voor de preventie en aanpak van burn-out onder de vorm van drie actielijnen. (14, 20) Deze actielijnen zijn: zelfzorg, ondersteunende maatregelen en hulp voor artsen in nood. (14, 20) Eén van de hoofdconclusies is de stimulering van groepspraktijken, bij voorkeur multidisciplinaire

praktijken en de uitbreiding van praktijknetwerken om burn-out bij artsen te voorkomen. Een andere prioritaire actie is het opzetten en uitbreiden van wachtsystemen. (14)

5.11 De generatiekloof

Elke generatie wordt gekenmerkt door bepaalde karaktereigenschappen. Dit maakt het niet altijd gemakkelijk om samen te werken met collega's die ouder of jonger zijn. Specialisten delen de beroepsbevolking vaak op in drie groepen, namelijk: de babyboomers geboren tussen 1946 en 1964, generatie X geboren tussen 1965 en 1980 en generatie Y geboren tussen 1981 en 1990. (32)

Ook in het artsenberoep is er een generatiekloof merkbaar. Naast de karakteriële verschillen tussen de generaties zien we dat de oudere generatie artsen andere klemtonen had in de opleiding. De huidige opleiding legt meer de nadruk op patiëntgerichtheid, taakdelegatie en kwaliteitscontrole. (5, 11) De oudere generatie artsen heeft zich volledig ten dienste gesteld van de patiënten en was continu paraat om patiënten te helpen. Beschikbaarheid is nog steeds een belangrijke waarde in ons beroep, maar de nieuwe generatie kan niet meer instaan voor dezelfde beschikbaarheid als de oudere generatie. Aangezien we nu meestal met tweeverdieners zijn, is de druk te hoog om dit te kunnen combineren met de rol van moeder/vader en echtgenoot zijn. Daarnaast vinden we grote verschillen tussen de generaties op vlak van waarden en de identiteit van huisartsen. (20) Daarenboven nemen de oudere artsen in Vlaanderen nog steeds het merendeel van de patiëntencontacten op zich. (6) Jongere artsen werken evenveel uren, maar zien minder patiënten. Dit zou een oneerlijkheidsgevoel kunnen opwekken bij de oudere generatie artsen. (11) Daarnaast zien we de complexiteit van huisartspraktijken toenemen: de jonge generatie zal meer managementtaken op zich moeten nemen. (11) Mogelijkerwijs zal door de overheid een bredere toepassing van het forfaitaire betalingssysteem gestimuleerd worden. (8, 11, 33)

In het onderzoek van S. Calaerts vinden we veel negatieve commentaren terug omtrent de generatiekloof. Oudere artsen vinden dat de jongere artsen met hun gat in de boter zijn gevallen. Ze komen terecht in goed draaiende praktijken zonder zelf risico's te moeten nemen. Een instapsom kan een financiële compensatie zijn, maar dit kan ook een overcompensatie zijn, zeker in regio's met een tekort aan huisartsen. (11)

5.12 Deontologie: Orde der artsen

Het associatiecontract moet worden goedgekeurd door de Orde der artsen van de provincie waarin men werkzaam is. De Orde leest het contract na om inbreuken tegen de code van de geneeskundige plichtenleer op te sporen. Hierbij treedt de Orde op als een onpartijdige instantie die de belangen van beide partijen verdedigt. (34) Zo kijkt de orde bijvoorbeeld de redelijkheid van een vestigingsverbod na bij de beëindiging van een associatiecontract. Een vestigingsverbod moet altijd beperkt zijn in tijd en ruimte. Bij het opstellen van een contract moet men rekening houden met de deontologische gewoonten van de verschillende provinciale raden. (21)

Om taakdelegatie en geïntegreerde vormen van samenwerking te stimuleren zullen ook aanpassingen van deontologische bepalingen noodzakelijk zijn. Artikel 81 van de Code zegt

dat: “Elke ereloonverdeling tussen artsen en niet-artsen is verboden.” (8, 35) Deze bepaling is niet compatibel met het forfaitair honoreringssysteem waar het ontvangen bedrag per patiënt zowel de financiering van de huisarts, als van verpleegkundige en kinesitherapeut dekt. (8)

6 METHODE

We zien een duidelijke tendens naar groepspraktijken. Deze groepspraktijken vormen een antwoord op de veranderde zorgstructuur. Samenwerken biedt tal van voordelen. Zo zien we dat dit leidt tot een beter evenwicht tussen werk en privéleven zonder dat de continuïteit van zorg in het gedrang komt. Bovendien wordt er ruimte voor professionele nevenactiviteiten gecreëerd. Daarnaast zien we dat samenwerken mogelijk een beschermende factor is tegen burn-out. Daarenboven verbetert het de kwaliteit van de geleverde geneeskunde. De maatschappelijke kost van de geneeskunde is fors gestegen, een versterking van de eerste lijn door middel van samenwerken en taakdelegatie kan hier een antwoord op bieden. (1, 6-8, 14)

Bij de start als HAIO in Ieper waren er een aantal zaken die opvielen: in de streek werken nog heel veel artsen solo met minieme tot geen vorm van praktijkondersteuning. Daarnaast staan de huisartsen in dit wachtgebied in de week zelf in voor hun praktijkwachten. Er is wel een streekwacht, maar toch is het de gewoonte dat hier enkel in uitzonderlijke gevallen en in het weekend gebruik van wordt gemaakt. Nochtans zien we in nabijgelegen regio's meer groepspraktijken en wordt er ook frequenter gebruik gemaakt van de streekwacht. Dit leidde tot de derde onderzoeksvraag: wat zijn de meningen, het draagvlak en de kennis omtrent de verschillende aspecten van associëren in de Westhoek?

Om tot een antwoord te komen op deze onderzoeksvraag werden er drie focusavonden georganiseerd. De huisartsen werden telefonisch gecontacteerd. Deze selectie gebeurde willekeurig. Om huisartsen en HAIO's te motiveren tot deelname werd er in accreditatie en broodjes voorzien. Op elke avond was er een jurist aanwezig die zich met het opstellen van associatiecontracten bezighoudt. Hij kon, waar nodig, vragen beantwoorden en nuances aanbrengen. Tijdens deze avonden werd de huisartsen gevraagd een vragenlijst in te vullen omtrent demografische gegevens (zie bijlage 1). Daarna werden er stellingen met betrekking tot samenwerken geprojecteerd, waarbij de aanwezige huisartsen hun mening en bedenkingen moesten geven. Hierbij werden controversiële stellingen, die aanleiding zouden kunnen geven tot discussie, gebruikt. (zie bijlage 2) Het merendeel van de stellingen komen uit de masterpaper van S. Calaerts. In die masterpaper werd er naar de tevredenheid van artsen over hun associatie en associatiecontract gepeild. Alle artsen gaven een goede tevredenheidsscore. Toch werden er in de vrije velden vaak negatieve commentaren geuit. De meest controversiële stellingen die aanleiding kunnen geven tot discussie werden gebruikt. (11) Daarnaast werden er enkele stellingen uit het KCE-rapport burn-out en het handboek voor vrije beroepen gehaald. (14, 36) De gekozen stellingen zijn terug te vinden in bijlage 2. Er werden geen extra stellingen bij de opeenvolgende avonden gebruikt. De commentaren van de vorige avonden werden gebruikt om meer discussie uit te lokken. De avonden werden opgenomen en er werden elektronische notities gemaakt.

Er werd gepoogd de resultaten door middel van *grounded theory* te verwerken. Hierbij werden de uitspraken gegroepeerd in thema's, die we in de literatuurstudie terugvinden. Binnen elk thema werd er geprobeerd om uitspraken die bij eenzelfde mening aansloten te groeperen. Zo werd er naar de verschillende meningen omtrent de thema's rond associëren gekeken. Op deze manier trachtte men tot een conclusie te komen aangaande de meningen

en het draagvlak voor associëren bij de deelnemende artsen. Wellicht is de methode niet volledig correct toegepast. (38)

7 RESULTATEN

7.1 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

De demografische gegevens en de antwoorden op de vragenlijst zijn terug te vinden in tabel 1. Er namen in totaal 17 huisartsen en 3 HAIO's deel. Met respectievelijk twee keer zeven en één keer zes deelnemers. Het ging om zeven vrouwelijke en dertien mannelijke artsen. Op de eerste avond waren er vier mannelijke en twee vrouwelijke artsen, op de tweede avond vier mannelijke en drie vrouwelijke en op de laatste avond vijf mannelijke en twee vrouwelijke artsen aanwezig. De artsen zijn werkzaam in Ieper, Reningelst, Boezinge, Moorslede, Zonnebeke, Passendale, Beselare, Zillebeke, Voormezele en Komen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemende artsen bedroeg 43 jaar. Het aantal praktijkjaren bedroeg gemiddeld 16,5 jaar (van 0 tot 37 jaar). Bij het aantal praktijkjaren werden de HAIO-jaren meegerekend. Vijfenzeventig procent heeft meer dan 75 patiëntencontacten per week. Het merendeel (60%) werkt tussen de 40-60 u per week. Binnen deze artsenpopulatie heeft 40% van de artsen geen nevenactiviteit. De nevenactiviteiten van de overige 60% vindt men terug in tabel 1. Van de aanwezige artsen werkt 65% in een samenwerkingsverband. Hierbij zien we dat het merendeel van de vrouwelijke huisartsen in een samenwerkingsverband werkt, namelijk 6 van de 7 of 86%. Van de mannen werken er 7 in groepsverband (54%).

In tabel 2 vinden we de overige antwoorden van de huisartsen die in een samenwerkingsverband werken. De percentages in deze tabel zijn berekend ten opzichte van de subpopulatie van artsen in een samenwerkingsverband. In deze cijfers werd er geen rekening gehouden met de overige aanwezigen. Van de 13 huisartsen die werken in een samenwerkingsverband, werken er 10 samen met andere huisartsen, 8 met een HAIO, slechts 2 praktijken werken multidisciplinair samen, waarvan 1 met een diabeteseducator en de andere met een diëtiste. Bij 31% van de samenwerkingsverbanden is er geen vorm van praktijkondersteuning. Het merendeel heeft praktijkondersteuning onder de vorm van een secretaresse (38% of 5 aanwezigen). Bij twee huisartsen is er medewerking van een verpleegster en bij de overige twee is er een praktijkassistente. Bij de niet-samenwerkende artsen is er geen enkele vorm van formele praktijkondersteuning, dat wil zeggen dat op de totale populatie 55% geen praktijkondersteuning heeft. Alle samenwerkingsverbanden werken onder één dak. In 7 van de 13 praktijken is er een associatiecontract (54%). Bij de overige artsen is er in 5 gevallen sprake van een samenwerking tussen huisarts en HAIO en in één geval van een samenwerking met de echtgenoot. Het merendeel van de geassocieerde huisartsen heeft een kostenassociatie.

Tabel 1: Demografische gegevens en de antwoorden op de vragenlijst:

Vraag	**Antwoord**	**N[1]**	**%[2]**
Geslacht	Man	13	65
	Vrouw	7	35
	Geen antwoord	0	0

Wekelijks gemiddeld aantal patiëntencontacten	< 25 25-50 50-75 75-100 > 100 Geen antwoord	0 2 3 6 9 0	0 10 15 30 45 0
Hoeveel uren per week werkt u gemiddeld?	< 40 40-60 60-80 > 80 Geen antwoord	2 12 4 2 0	10 60 20 10 0
Voert u nevenactiviteiten uit naast de huisartsenpraktijk?	Kind & Gezin Controlegeneeskunde CRA Praktijkopleider ICHO Coördinator ICHO Praktijklector KULAK Brandweer korpsarts Sportgeneeskunde Voorzitter plaatselijke wachtkring Neen	2 2 2 3 1 1 1 3 1 8	10 10 10 15 5 5 5 15 5 40
Werkt u in een samenwerkingsverband?	Ja Nee	13 7	65 35

[1]N: absoluut aantal antwoorden, [2] %: Percentage van het totale aantal antwoorden

Tabel 2: Overige antwoorden van de huisartsen die in een samenwerkingsverband werken:

Vraag	**Antwoord**	**N[1]**	**%[2]**
Met welke disciplines werkt u samen?	Andere huisartsen HAIO Diabeteseducator Diëtiste Geen antwoord	10 8 1 1 0	77 62 8 8 0
Is er praktijkondersteuning?	Secretaresse Verpleging Praktijkassistente Neen	5 2 2 4	38 15 15 31
Werken de verschillende partners samen onder 1 dak?	Ja Nee Geen antwoord	13 0 0	100 0 0

Heeft u een associatiecontract?	Ja Nee Geen antwoord	7 6 0	54 46 0
In welke soort associatie werkt u?	Kostenassociatie Andere Niet van toepassing	5 2 6	38 15 46

[1]N: absoluut aantal antwoorden, [2] %: Percentage van het totale aantal antwoorden

7.2 MENINGEN, HET DRAAGVLAK EN DE KENNIS OMTRENT DE VERSCHILLENDE ASPECTEN VAN ASSOCIËREN IN DE WESTHOEK

7.2.1 Aanpak

Om de meningen, het draagvlak en de kennis omtrent de verschillende aspecten van associëren in de Westhoek in kaart te brengen, werden drie focusavonden georganiseerd. De uitspraken van deze avonden werden, volgens de hierboven beschreven methode, gegroepeerd in de thema's die aangesneden werden in de literatuurstudie. Binnen elk thema worden de verschillende meningen besproken. De uitspraken die het meest in het oog springen worden in een kader weergegeven.

7.2.2 Missie en Visie

Tijdens de focusavonden werd er naar ideeën omtrent associëren gepolst. Hierbij werd er naar de mogelijke meerwaarde van een associatie ten opzichte van een solo-praktijk gevraagd. In elke avond kwam naar voren dat associëren een middel is om de *werkload* te verlagen, maar de overgrote meerderheid is het erover eens dat dit niet het enige doel is van een associatie. Men kan met elkaar overleggen en zo heeft men een soort van *'second opinion'* in huis. Samen weet je meer dan alleen. Ook biedt samenwerken meer ruimte om bij te scholen en op deze manier kan men zich toespitsen op een aantal onderwerpen waarvoor men zich interesseert. Eén huisarts haalde aan dat er enkele jaren geleden in Ieper sprake is geweest om samen te werken met huisartsen waarbij elk zijn kennis van een bepaalde niche uitbreidt met als doel om onderling naar elkaar door te verwijzen. Dat idee werd niet verder uitgewerkt. Tijdens één avond werd er ook gezegd dat je door samenwerken het doelpubliek vergroot. In functie van leeftijd en geslacht van de arts trek je andere patiënten en andere pathologie aan. Hier werd het voorbeeld aangehaald van het jonge meisje dat haar eerste pilvoorschrift liever bij een jonge vrouwelijke arts komt vragen. Men is het er unaniem over eens dat men door te gaan samenwerken een betere balans tussen werk en privéleven kan verkrijgen. Ook werd er aangehaald dat het in een groepspraktijk voordeliger is om een secretaresse in dienst te nemen. Eén iemand haalde aan dat samenwerken financieel voordeliger is voor de starters. Dit in tegenstelling tot de gevestigde waarde, die inboet op financieel vlak, maar meer vrije tijd in de plaats krijgt. Er werd gesuggereerd dat de opleiding tot huisarts, waarbij men eerst als HAIO samenwerkt, ertoe leidt dat men na de HAIO-periode liever in een associatie treedt omdat men heeft kunnen proeven van de voordelen van samenwerken zoals het hebben van een vrije namiddag, mogelijkheid tot overleg, enz. Eén arts haalt aan dat samenwerken een

maatschappelijke evolutie is, namelijk een evolutie van kwantiteit van werk naar kwaliteit. Deze persoon stelt dat samenwerken de enige manier is om meer kwaliteit te leveren in de huisartsgeneeskunde. Hierbij is het van essentieel belang dat er een visie rond samenwerken wordt gedefinieerd. Ook wordt er aangehaald dat hoe ouder men start met een associatie, hoe slechter dit is. Eén van de deelnemers en solo arts vindt het heel belangrijk dat je op voorhand een idee hebt van de grootte van de praktijk en dus van de verdiensten. De financiële component speelt bij hem een belangrijke rol.

Men is het erover eens dat er minstens één keer per week moet worden overlegd. Een aantal geassocieerde deelnemers zeggen dat dit te weinig is. Anderen zijn van mening dat hoe groter de associatie is, hoe meer overleg er nodig is. De frequentie van overleg hangt af van hoeveel patiënten naar meerdere artsen gaan. Sommigen vinden een goed ingevuld dossier het belangrijkste. Anderen zeggen dat dit inderdaad heel belangrijk is, maar overlegmomenten blijven essentieel in een samenwerking. Hierbij stellen niet-geassocieerde artsen vaak de vraag over wat er moet worden overlegd. Ook hier wordt aangehaald dat een goede verstandhouding onder elkaar primordiaal is.

Er werd nagevraagd wat de meningen zijn betreffende het blokkeren van een medisch dossier voor de andere leden van de associatie. Hier zijn de meningen verdeeld. Slechts enkelingen vinden dat dit op uitdrukkelijke vraag van de patiënt of bij leden van de familie mogelijk moet zijn. Het overgrote deel van de deelnemers vindt dat dit de continuïteit van de zorg niet ten goede komt. Bovendien zijn ze van mening dat er voldoende deontologie in een praktijk moet zijn zodat je niet gaat snuisteren in dossiers. Het is belangrijk om naar de patiënt toe te communiceren dat er enkel in een dossier wordt gekeken op het moment dat de patiënt voor je zit. Er moet worden gecommuniceerd dat het belangrijk is dat het dossier wordt gedeeld om een goede geneeskunde te kunnen verlenen, bv. tijdens de wachtdienst. Er is grote weerstand tegen het blokkeren van een volledig dossier. Wel moet de mogelijkheid bestaan om een notitie te verbergen met betrekking tot confidentiële of psychische zaken, maar zeker geen belangrijke medische informatie.

Men is het er allemaal mee eens dat beslissingen in een praktijk zo veel mogelijk volgens unanimiteit moeten gebeuren. Maar hoe groter een associatie, hoe moeilijker dit wordt. Minder belangrijke zaken kunnen eventueel met een meerderheid beslist worden. Ongeacht de grootte van een praktijk moeten bepaalde zaken sowieso unaniem beslist worden, bv. de keuze van een nieuwe collega.

“Op één generatie tijd is er veel veranderd: vroeger startten artsen zelden een associatie en nu start bijna niemand nog alleen.”

“Samenwerken is geen hype maar een maatschappelijke evolutie, een evolutie van kwantiteit van werk naar kwaliteit.”

“Heel wat associaties willen omwille van te veel werk associëren, men moet niet associëren voor te veel werk, maar voor de organisatie en de kwaliteit van je werk.”

“ Door een dossier te blokkeren gaat de samenwerking het verkeerde pad op en wordt de samenwerking aangevreten in zijn essentie. Het dossier is een bindmiddel tussen alle leden in de groep.”

7.2.3 Associatievormen

Alle deelnemers vinden een kostenassociatie de meest eerlijke vorm. Op die manier kun je zelf kiezen op welke momenten men zijn inkomsten vergaart, mits de late uren en weekends eerlijk verdeeld worden. Niet iedereen wil evenveel werken en heeft hetzelfde werkritme. Een kostenassociatie vindt men de gemakkelijkste manier om aan deze verschillen tegemoet te komen. Door middel van een kostenassociatie zou je het risico op onenigheid binnen de samenwerking beperken. Bij een integrale samenwerking zou er jaloezie kunnen optreden indien de associés niet evenveel werken. Men denkt dat deze associaties gemakkelijker ten einde lopen. Bij een integrale samenwerking zou men de drive uit de associatie kunnen halen. Wel wordt er aangehaald dat een kostenassociatie in essentie minder puur is dan een integrale samenwerking. Volgens de jurist is het fundamentele verschil tussen beide associaties dat je bij een integrale samenwerking geen schrik mag hebben om je patiënten los te laten en dit ten opzichte van een kostenassociatie waarbij je de kosten deelt, maar niet de patiënten. Daardoor creëer je een vorm van onderlinge concurrentie en zal men minder geneigd zijn om patiënten door te sturen.

Het merendeel is voor een kostenverdeling die deels vast is en deels op basis van het bruto-inkomen. Kosten zoals de huur worden gezien als vaste kosten, kosten van bijvoorbeeld het verbruiksmateriaal moeten verdeeld worden naargelang het inkomen. Doordat niet alle collega’s evenveel werken is het eerlijker om een deel variabele kosten te hebben. Eén associatie verdeelt de kosten via een vaste verdeelsleutel, maar daar werken alle associés evenveel blokken. Men zegt ook dat kosten nooit tot op de euro uitgerekend kunnen worden, het is belangrijk dat er een goede sfeer heerst in de praktijk. Eén iemand haalt aan dat je een associatie in eerste instantie moet aangaan voor de meerwaarde van het samenwerken en de inspiratie die je put uit de ander.

Het merendeel is voorstander om de GMD’s te poolen op één rekening. Patiënten kiezen niet meer voor één arts, maar voor een praktijk. Het is logisch dat het GMD niet aan één arts toebehoort. Daarenboven zou het oneerlijk zijn mocht er een collega in de maand januari verlof nemen en een deel van de GMD’s mislopen. De GMD’s worden gepoold op een gemeenschappelijke rekening en verdeeld volgens bruto-inkomen. Voor één niet-geassocieerde arts is deze manier van werken te ingewikkeld en wordt het feit dat de GMD’s via derde betalers worden aangerekend als een extra drempel gezien. De mening rond de zorgtrajecten, GMD+, enz. is verdeeld. Een aantal kiezen ervoor om deze samen met de GMD’s te poolen. Anderen vinden dat zorgtrajecten en dergelijke een weergave zijn van de kwaliteit van werk en dus best individueel geïnd worden.

Iedereen is het erover eens dat niet-patiëntgebonden werk niet vergoed moet worden indien deze taken eerlijk verdeeld zijn en iedereen zich hiervoor inzet. Een soloarts heeft immers ook niet-vergoede managementtaken. Er wordt gesuggereerd dat praktijkvergaderingen

gefinancierd zouden moeten worden. Deze zijn nodig voor de visie en kwaliteit van een groepspraktijk en worden vaak achterwege gelaten door de drukte.

Het opstellen van een contract door een jurist wordt als een meerwaarde gezien. Artsen weten te weinig wat er in een assocatiecontract dient te staan. Daarenboven helpt een jurist om onderwerpen zoals zwangerschapsverlof, ziekte en uitstap bespreekbaar te maken. Het inschakelen van een praktijkcoach zou men enkel doen indien er problemen zijn. Eén iemand vindt het belangrijk dat praktijkcoaches zelf als huisarts gewerkt hebben.

"Een integrale samenwerking is misschien continu kijken hoe en hoeveel de ander werkt. De mens is een jaloers wezen, zeker over geld. Loon naar werken is altijd eerlijker."

"In een associatie is het de bedoeling dat de patiënten naar meerdere artsen gaan, dan is het normaal dat de GMD's niet voor één arts zijn."

"Praktijkvergaderingen zouden moeten gefinancierd worden, want dat is nodig voor de visie en kwaliteit van een groepspraktijk. Deze worden altijd achterwege gelaten omdat het te druk is."

"Wij zijn huisartsen, geen juristen."

7.2.4 In- en uitstapsom

7.2.4.1 Instapsom

Het betalen van een instapsom wordt door de jonge geassocieerde huisartsen als nuttig gezien. Het is een compensatie voor het opbouwen van de praktijk in de voorgaande jaren en het gemak waarmee je als jonge arts gelanceerd wordt. Het betalen van een instapvergoeding stimuleert de gevestigde waarden om werk door te geven. Op die manier hebben ze het ook niet allemaal voor niks gekregen en kan hen dat ook niet verweten worden. Men is voorstander van een instapsom die gebaseerd is op een percentage van het inkomen van het eerste jaar en niet op een vooraf bepaald bedrag. Eén aanwezige jonge associé heeft geen inkoopsom moeten betalen en had schrik dat dit een grotere drempel zou zijn voor de collega's om werk door te geven. Maar de betreffende collega's zijn van mening dat ze meer vrije tijd willen. Associëren is dus een winsituatie voor beide partijen, waarvoor er geen geld gevraagd dient te worden. Eén soloarts van 63 jaar zegt dat hij al blij zou zijn mocht er iemand willen komen zonder instapsom. Door één deelnemende soloarts werd er een onrealistisch hoge instapsom verwacht van 350 000 euro. Men is ook van mening dat de instapsom afhankelijk is van vraag en aanbod in een regio. Veurne werd aangehaald als voorbeeldregio met een groot tekort aan huisartsen. In zo'n regio is het normaal dat er geen instapsom wordt betaald.

Hierbij werd de opmerking gemaakt dat elke situatie afzonderlijk bekeken moet worden. Het is afhankelijk van de context en het verhaal van een associatie. Stel dat je collega een financiële tegenslag heeft gehad, dan moet je daar rekening mee kunnen houden.

> *" Wij willen ook meer vrije tijd, het is een win-winsituatie. Waarom zouden we er dan geld voor vragen?"*
>
> *"Wij hebben erover gediscussieerd. Ik was bang dat het niet betalen van een instapsom ging leiden tot een grotere drempel om patiënten door te geven."*

7.2.4.2 Uitstapsom

De uitstapsom wordt als iets raars gepercipieerd. Tegen die tijd heeft elke associé zijn werk opgebouwd en wil men misschien geen extra werk, waarom zou men dan nog betalen voor extra werk. Een uitstapvergoeding in combinatie met een instapvergoeding wordt niet aanvaard. Eén deelnemende jonge associé heeft reeds een instapvergoeding betaald en moet in de toekomst nog een uitstapvergoeding betalen. Dit is aanvaard door de Orde der artsen. Een oudere soloarts denkt dat de mogelijke rationale achter een uitstapvergoeding de bescherming van de oudere collega is, zodat hij niet aan de kant gedrukt wordt.

> *"Een instapvergoeding kun je verklaren, een uitstapvergoeding niet. Je hebt al werk en misschien wil je niet meer extra werken."*
>
> *"Ruikt naar Afrika waar je bij het verlaten van een land een uitreisvisum moet betalen."*

7.2.5 Vakantie, zwangerschap, ziekte, invaliditeit en overlijden

Iedereen is het erover eens dat de onderwerpen vakantie, ziekte, invaliditeit en overlijden besproken en opgenomen moeten worden in het contract. Hier moeten ook de financiële aspecten zoals de kosten tijdens langdurige afwezigheden besproken worden. Volgens een aantal is het al vaak voorgevallen dat er problemen in een associatie optreden omdat deze onderwerpen niet besproken en beschreven zijn, met name rond ziekte- en zwangerschapsverlof. Een aanwezige associatie (die reeds lange tijd bestaat) heeft dit niet beschreven in het contract. Toen bestonden er nog geen praktijkcoaches. Het is nog steeds niet beschreven maar ze zijn van mening dat ze dit alsnog moeten doen. Een ander alternatief is deze onderwerpen via overleg vastleggen.

> *"Dat is een misse dat dit er niet in staat, in onze tijd bestond er geen praktijkcoach."*

"HAIO's die ik ken zonder goed contract: is al ruzie. Heel concreet over ziekteverlof en zwangerschapsverlof."

7.2.6 Praktijkgebouw huren of kopen

Er werd nagevraagd of men vindt dat huren leidt tot ongelijkheid. Hierover zijn de meningen verdeeld.

Een aantal vinden dat er een ongelijkheid gecreëerd wordt indien één associé eigenaar is en de anderen huren. Een huurcontract is altijd eindig en opzegbaar. Als huurder bevindt men zich in een onzekere positie, ondanks het bestaan van een contract. Eén iemand vindt dat dit oneerlijk is, zeker nadat er een instapsom werd betaald.

Verschillende deelnemers zien het niet als een probleem indien één associé de eigenaar is en de anderen huren. Het is normaal dat je huur moet betalen voor een pand dat je zelf niet hebt gekocht. Kopen met meerdere partijen is ook niet gemakkelijk. Zeker niet als er na een overlijden erfgenamen in het spel komen. Men vindt het ook anders wanneer men start in een bestaande praktijk *versus* een nieuwe praktijk. Door een aanwezige arts wordt er gesuggereerd dat huren gemakkelijker is dan kopen. Eén jonge associé heeft in haar contract laten opnemen dat er na 3 jaar een voorkooprecht is zodat ze zich niet direct hoeft in te kopen in het pand, maar er wel de kans voor zal krijgen in de toekomst. Een belangrijke opmerking bij deze discussie is dat elke associatie haar eigen verhaal heeft, alle associés hebben een andere leeftijd en beschikken niet over dezelfde financiële middelen. Met andere woorden: het is niet altijd eenvoudig om met alle associés samen een pand te kopen.

"Volgens mij wel, je blijft afhankelijk van die persoon die eigenaar is. Als die zegt: "Buiten!", kan je daar weinig aan doen. Er is wel een contract, maar toch."

"Elke associatie heeft haar eigen verhaal, elk heeft een andere leeftijd en staat verder of minder ver in het leven. Niet iedereen heeft evenveel financiële middelen."

"Je hebt de 'zulle instapkost' en de maandelijkse pacht."

7.2.7 Praktijkassistentie

Alle aanwezige geassocieerde artsen geven aan dat het hebben van een secretaresse, praktijkassistente of een verpleegkundige in de praktijk een belangrijke meerwaarde is, zowel voor de artsen als voor de patiënten. Op die manier kan het werk beter gestructureerd worden en vermindert de werkdruk. Van de niet-geassocieerde artsen komt er weerstand op deze visie. Zij vinden dat het hebben van een secretaresse, praktijkassistente of een verpleegkundige vooral een meerwaarde is voor de arts. Het contact naar de patiënt toe verloopt moeilijker. Het secretariaat vormt een barrière tussen arts en patiënt en zij kunnen situaties telefonisch niet goed inschatten.

"Secretaresse en praktijkassistenten zijn vooral voor de arts een voordeel. Naar patiënten toe verloopt het contact moeilijker, secretariaat vormt een barrière tussen arts en patiënt. Als arts weet je al wie er belt en kan je de situatie veel beter inschatten."

7.2.8 Burn-out

De meerderheid gaat ermee akkoord dat samenwerken bescherming biedt tegen burn-out. Door samen te werken kun je overleggen, ventileren en de werkdruk verminderen. Dit alles leidt tot een verminderde kans op het krijgen van een burn-out. Eén niet-geassocieerde deelnemer vindt dat je daarvoor niet altijd een associatie nodig hebt. Een goede houding ten opzichte van andere collega huisartsen is even goed.

"1000% waar"

"Je hebt niet altijd een associatie nodig voor deze voordelen. Een goede houding ten opzichte van collega's is evenwaardig."

7.2.9 De generatiekloof

Negatieve commentaren met betrekking tot de generatiekloof werden voorgelegd aan de groep. Iedereen is het erover eens dat er een generatiekloof is. Hier kan je de groep wel in tweeën verdelen: de jongere generatie en de oudere geassocieerde generatie *versus* de oudere generatie die niet geassocieerd is.

De oudere, niet-geassocieerde generatie vindt inderdaad dat de jongere generatie met hun gat in de boter is gevallen. Nu hebben ze het veel gemakkelijker, ze moeten gewoon in een associatie instappen en ze zijn zeker van hun werk. Deze generatie verwacht dat men waardering toont voor de oudere collega's. Zij komen van een tijd dat ze moesten wachten op de eerste patiënt en ze konden geen eisen stellen - anders liepen de patiënten naar een collega. Men moest zich meer inzetten om ze te kunnen houden. Nu is het een gemakkelijkere tijd om te starten. Maar volgens hen zei de generatie voor hen hetzelfde: zij hadden geen wachtsysteem, geen vakantie en werkten tot ze 80 jaar waren. Ze zien de generatiekloof als een maatschappelijke evolutie die vooral toe te schrijven is aan de vervrouwelijking en het feit dat gezinnen nu bestaan uit tweeverdieners. Vrouwen hebben andere prioriteiten dan mannen. Daarnaast wordt er gezegd dat de jonge generatie zich er niet mee kan verzoenen dat ze maar de helft zo goed verdient als ze maar voor de helft zo hard werken. Ook wordt er gesteld dat de jongere generatie niet meer hard wil werken op momenten dat anderen niet werken. Aan de andere kant begrijpen ze de keuze van de jongere generatie om voor meer *quality of life* te gaan. Ze hebben immers ook meer financiële zekerheid doordat ze met

tweeverdieners zijn. Deze generatie is blij dat ze de keuze gehad heeft om al dan niet samen te werken, want de sfeer in het ziekenhuis is volgens hen verre van optimaal.

De jongere generatie en geassocieerde oudere artsen erkennen het bestaan van een generatiekloof. Eén van de jonge deelnemers zegt al vaak het verwijt gekregen te hebben dat ze met hun gat in de boter zijn gevallen en niet meer zo hard willen werken. Zij stellen dat de generatiekloof er is doordat ze een andere perceptie hebben op werk en privéleven. Het hoge werkritme van soloartsen schrikt de jonge generatie af. Deze generatie, vaak vrouwen, start haar carrière met het idee dat ze mama/papa willen worden, en tijd willen hebben voor gezin en hobby's. Er wordt gezegd dat net zoals in andere sectoren er een vraag-en-aanbodcurve is. Je kunt het ons niet kwalijk nemen dat we in een generatie geboren zijn waar de vraag naar extra werkkrachten groot is. Daarenboven is de toekomst onzeker. Nu ziet het er goed uit, maar misschien hebben we over 20 jaar geen werk meer. Daarnaast wordt er gezegd dat ook de patiënten niet meer kiezen voor monsterpraktijken en eerder kiezen voor kwaliteit. Deze generatie erkent de luxe dat ze eisen kunnen stellen aan patiënten en respect afdwingen (bv. niet meer bellen na een bepaald uur). De deelnemers van deze avonden zijn er zich van bewust dat minder werken gelijkstaat aan een lager loon, maar ze leveren dit graag in voor een beter evenwicht tussen werk en privéleven.

"Het idee dat je hard moet werken op momenten dat anderen niet werken gaat er uit bij jongeren."

"Een generatiekloof heeft niets te maken met lui zijn, maar met een andere perceptie hebben ten opzichte van werk. Werk hoeft niet alles te zijn in een leven, het kerkhof ligt vol met onmisbaren."

7.2.10 Deontologie: Orde der artsen

Er werd gepolst naar de meningen met betrekking tot het opstellen van een associatiecontract en de rol van de Orde om het contract goed te keuren. Hierbij zijn de meningen verdeeld. De meesten vinden het hebben van een contract heel belangrijk, zeker wanneer er iets spaak loopt. Men is van mening dat een contract niet enkel wordt opgesteld voor de Orde, maar voor de associatie op zich om ruzies te vermijden. Het contract moet er ook voor zorgen dat er gelijkwaardigheid wordt gecreëerd tussen de collega's. Eén aanwezige associatie die reeds lange tijd bestaat, is gestart zonder contract, enkel met een mondelinge overeenkomst. Ondertussen hebben ze een contract opgesteld omdat de Orde dat vraagt. Ze vinden communicatie veel belangrijker dan een associatiecontract. De goedkeuring door de Orde wordt door één deelnemer aangehaald als een administratieve rompslomp, maar wel heel belangrijk. Een andere deelnemer suggereert dat veel artsen een contract maken, zonder dit te laten goedkeuren door de Orde. De commentaar hierop was dat indien een contract deontologisch correct is, er geen reden is om dit niet te doen. Het niet opsturen van een contract wil wellicht zeggen dat er iets niet pluis is. Het associatiecontract wordt gezien als

een bescherming voor de artsen, vooral de toetredende arts. Als men associeert hoopt men dat er niets fout loopt, maar dit kan altijd gebeuren. Het hebben van een slecht of onvolledig contract wordt aangehaald als een oorzaak van onenigheid binnen associaties De orde wordt gezien als de goede huisvader die nagaat of de rechten en de plichten tussen de partijen gelijkmatig zijn.

Betreffende het vestigingsverbod is iedereen het erover eens dat dit beperkt moet zijn in tijd en ruimte. Gedurende de proefperiode wordt het door de jonge artsen als normaal geacht dat er een vestigingsverbod geldt, maar zodra de instapsom betaald is, zou deze moeten wegvallen. Anderen artsen vinden een vestigingsverbod niet nodig omdat er genoeg werk is voor iedereen. Je kunt moeilijk verwachten dat een collega waarmee je jaren hebt samen gewerkt zich plots twee dorpen verder moet vestigen.

"Als jonge arts moet je een associatiecontract hebben, anders ben je altijd de tweede viool en uiteindelijk gesjost."

"Bij problemen is het goed dat je kan terugvallen op iets. Als er niets op papier staat dan heb je niks om op te steunen. Voor een secretaresse en een kuisvrouw staat er ook iets op papier."

"Je kan je niet vaccineren tegen het lot en je kan geen contract opstellen dat alles dekt."

8 DISCUSSIE

Tijdens dit kwalitatief onderzoek werd er naar de meningen, het draagvlak en de kennis in de Westhoek omtrent de verschillende aspecten met betrekking tot associëren gepolst. Dit gebeurde door middel van drie focusavonden. Tijdens deze avonden kwamen tal van meningen naar voren.

In totaal namen er 20 huisartsen deel, de gemiddelde leeftijd bedroeg 43 jaar. Dit ligt merkelijk onder de gemiddelde leeftijd van het wachtgebied Ieper (Ieper, Voormezele, Zillebeke, Vlamertinge) die 52 jaar bedraagt. Van de aanwezige artsen werkt 65% in een samenwerkingsverband. Dit komt goed overeen met de bevindingen uit het onderzoek van B. Schoenmakers *et al.* in 2013, waarbij slechts 40% van de Vlaamse huisartsen nog solo werkt. (6, 11) Mogelijk is het cijfer in deze studie beïnvloedt door een selectiebias bij de keuze van de deelnemende huisartsen. 55% van de deelnemende artsen heeft geen praktijkondersteuning. Dit is duidelijk boven het cijfer dat we in de literatuur, waar ruim ¼ van de huisartsen geen enkele vorm van formele assistentie heeft in de praktijk, terugvinden. (8)

We kunnen stellen dat de meeste huisartsen en HAIO's positief ten opzichte van associëren zijn ingesteld. Naast praktische voordelen die men aanhaalt om te associëren, is de meerderheid ervan overtuigd dat de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde toeneemt door samen te werken. Daarenboven moet er een gemeenschappelijke visie tussen de associés aanwezig zijn om tot een geslaagde associatie te kunnen komen. Ook is men van mening dat samenwerken beschermend werkt tegen burn-out.

Met betrekking tot de associatievorm opteren alle deelnemers voor een kostenassociatie. Dit wordt gezien als de meest eerlijke vorm van samenwerken aangezien er loon naar werk is. Mogelijkerwijs willen de artsen op deze manier meer autonomie behouden en blijft men graag financieel onafhankelijk. Men is voorstander van een kostenverdeling die deels vast en deels variabel is. De GMD's zou men poolen, de zorgtrajecten en dergelijke zou men niet altijd verdelen omdat deze in relatie staan tot de kwaliteit van werk. Deze denkwijze impliceert dat je als individuele arts binnen een groepspraktijk werkt en niet zozeer als groepspraktijk met een gemeenschappelijke visie, beleid en dus ook kwaliteit naar buiten komt.

Het betalen van een instapsom vinden jonge artsen nuttig, enerzijds als compensatie voor de gemakkelijkere start en anderzijds om niet verweten te kunnen worden dat ze alles in hun schoot geworpen krijgen. Bij de oudere populatie is de mening met betrekking tot de instapsom tweeledig. Enerzijds een groep die een instapsom overbodig vindt. Anderen zijn voor een instapsom mits realistische bedragen. Eén deelnemer stelde een onrealistisch hoge instapsom voor. Niemand is voorstander voor het betalen van een uitstapvergoeding, men ziet het nut er niet van in. Desondanks is er toch iemand die zowel een instap- als een uitstapsom zal moeten betalen.

Met betrekking tot de discussie huren *versus* kopen bestaat er onenigheid. Heel wat huisartsen vinden het belangrijk om zelf eigenaar of mede-eigenaar te zijn van het pand waar de praktijk gevestigd is. Bij deze discussie merk je duidelijk dat een groot deel van de artsen

liever niet afhankelijk is van een collega. Ook hier merken we dat artsen graag hun autonomie behouden.

De meerwaarde van een secretaresse, praktijkassistente of een verpleegkundige in de praktijk wordt niet door iedereen erkend. Geassocieerde artsen zijn overtuigd van de meerwaarde hiervan voor zowel arts als patiënt. Zij zijn van mening dat dit tot kwaliteitsvollere praktijken leidt. Niet-geassocieerde artsen daarentegen percipiëren secretaresses, praktijkassistenten en verpleegkundigen als een onnodige barrière tussen arts en patiënt. Deze barrière zou misschien kunnen leiden tot een slechtere geneeskunde.

Uit de masterpaper van S. Calaerts kwam naar voren dat de oudere generatie artsen vindt dat de jonge generatie met hun gat in de boter is gevallen. Ze moeten geen risico's nemen en ze hebben het werken niet meer in zich. (11) Ook tijdens de focusavonden is de generatiekloof duidelijk aanwezig, de oudere generatie heeft de perceptie dat de jongere generatie het gemakkelijker heeft en dat ze minder wil werken dan hun generatie, maar het merendeel begrijpt hun keuze. De vervrouwelijking en de evolutie naar tweeverdieners zien zij als oorzaak van de generatiekloof. De jongere generatie wil vooral een goed evenwicht tussen werk en privé. Ze werken liever in een kwaliteitsvolle praktijk in plaats van in monsterpraktijken. De verschillen tussen de generaties in visie op werk en privéleven zouden een obstakel kunnen vormen om te associëren.

De overgrote meerderheid vindt het hebben van een associatiecontract essentieel. De goedkeuring door de Orde wordt als een belangrijke meerwaarde gezien. Hierbij worden best de onderwerpen vakantie, ziekte, invaliditeit en overlijden in opgenomen om latere conflicten te vermijden. Een jurist en/of een praktijkcoach bieden een meerwaarde bij het opstellen van een associatiecontract. De Orde wordt gezien als een instantie die de gelijkwaardigheid tussen de collega's tracht te bewaken.

De resultaten van deze studie geven wellicht een vertekend beeld omwille van een selectiebias. Voornamelijk geassocieerde artsen en artsen geïnteresseerd in het thema zijn gekomen. Wellicht kunnen we geen besluiten trekken voor de volledige regio. Niet alle thema's met betrekking tot associëren werden uitvoerig genoeg besproken, bv.: multidisciplinaire praktijken. Sterkten van deze studie zijn dat het om een kwalitatieve studie gaat. In totaal namen 17 artsen deel waardoor we toch een zicht krijgen op de denkwijze van de aanwezigen met betrekking tot associëren in de regio. We kunnen de bevindingen mogelijkerwijs niet gebruiken om de meningen, het draagvlak en de kennis omtrent de verschillende aspecten met betrekking tot associëren weer te geven voor de gehele regio. Dit onderzoek toont enkel de meningen en bedenkingen van de 20 aanwezige artsen. Om meer zicht te krijgen op de totale regio zouden er meer artsen bereikt moeten worden. Het samenzitten in groep is enerzijds goed en lokt discussie uit, langs de andere kant komen een aantal deelnemers en dus ook meningen minder naar voren. Mogelijk zou men nog meer te weten kunnen komen over dit onderwerp door middel van semigestructureerde interviews.

9 BESLUIT

We kunnen stellen dat er bij de deelnemende artsen een draagvalk is voor associaties in de Westhoek. De ruime meerderheid staat positief ten opzicht van samenwerkingsverbanden. Wel merken we nog duidelijke verschillen tussen de generaties. Maar ook binnen de generatie oudere artsen zijn er duidelijke verschillen tussen de geassocieerde en de niet-geassocieerde artsen. Geassocieerde artsen en jonge artsen erkennen de voordelen van groepspraktijken en de kwaliteitsverbetering die dit met zich meebrengt. Deze populatie vindt kwaliteit van werk heel belangrijk. Hiertegenover staan de niet-geassocieerde artsen die vooral financiële aspecten in de discussie naar voren halen. Zij houden nog vast aan hun grote praktijken en zien associëren vooral als een middel om de werkdruk te verminderen. Zij zijn er niet van overtuigd dat samenwerken en taakdelegatie in de eerste lijn tot een betere geneeskunde leidt. Daarenboven is deze groep ervan overtuigd dat de jonge generatie het veel gemakkelijker heeft dan dat zij het gehad hebben en werkt de jonge generatie minder hard. Deze generatie vindt autonomie en financiële onafhankelijkheid belangrijke waarden in het huisartsenberoep.

In de Westhoek worden er steeds meer groepspraktijken opgericht. De meerderheid van de artsen staat hier positief tegenover. Hoogstwaarschijnlijk zullen in de komende jaren nog veel veranderingen in de regio plaatsvinden, waarbij steeds meer en grotere groepspraktijken zullen ontstaan, die eventueel multidisciplinair zullen samenwerken. Eventueel zullen vanuit de overheid nog meer maatregelen genomen worden om dit te stimuleren.

10 BRONNEN

1. Dirickx B., Viaene M., De Lepeleire J. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 2011; 40: 417-424.
2. Van der Werf G., de Haan J. De praktijkvoering in huisarts en wetenschap; een historische beschouwing. Henw 2002; 45: 96-102.
3. Hoerée T., Grouwels D., Cuypers R., Heyrman J. de huisartspraktijk herbekeken: een visiedocument. Berchem: WVVH/HUSAM, 2006.
4. Laurant M., Harmsen M., Faber M., Wollersheim H., Sibbals B., Grol R. Revision of professional roles and quality improvement: a review of the evidence. Radbound University Nijmegen, 2010.
5. Gielis G., Goedhuys J., Schoenmakers B. Huisartsgeneeskunde, verleden en toekomst (30 jaar ICHO). ACCO 2014.
6. Schoenmakers, B., Aertgeerts, B., Buntinx, F., Vankrunkelsven, P., Van Pottelberg, G., De Lepeleire, J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. Tijdschrift voor Geneeskunde 2014; 70 (12): 657-665.
7. Boffin N., Cuypers R., De Smedt J., Pas L. Group practices of flemish general practitioners: composition and co-operation. Huisarts Nu 2002; 31(1)
8. Prof. Dr. De Maeseneer J., Prof. Dr. Aertgeerts B., Prof. Dr. Remmen R., Prof. Dr. Devroey D. Together we change: eerstelijnsgezondheidszorg: Nu meer dan ooit! 2014. Beschikbaar via:https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container2884/files/together-we-change.pdf. Geraadpleegd 2016 september.
9. Buma JT. Enkele beschouwingen over groepspraktijken. Henw 1960, 3: 298-302
10. Bollen K. Groepspraktijken starten: wat zijn de drempels? Implementatie van een e-learning. [dissertation] Master in de huisartsgeneeskunde. 2014-2015. Promotor Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers.
11. Calaerts S. Associatievormen in Vlaanderen en de tevredenheid van huisartsen over hun associatiecontract. [dissertation] Master in de huisartsgeneeskunde. 2014-2015. Promotor MD PhD Vanpottelbergh Gijs, Co-promotor Dr Fonteyn.
12. Jabaaij L, Hingstman L. Alleen is maar alleen: huisartsen steeds vaker samen. Henw 2007; 5: 185-185.
13. Meul I., Thijs G. Samenwerken in vijf stappen. Huisarts Nu 2016; 45(2): 71.
14. Jonckheer *et al*. Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak. KCE rapport 165A, 2011, Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl/publication/report/burnout-bij-huisartsen-preventie-enaanpak#.VTji_iHtlBd. Geraadpleegd 2016 juli.
15. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Impulseo. 2016, Beschikbaar via: http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/impulseo/Paginas/default.aspx#.WGKdvpUizX5. Geraadpleegd 2016 september.
16. Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (review). The Cochrane Collaboration 2009, issue 1.
17. Dini L., Sarganas G., Boostrom E., Ogawa S., Heintze C., Braun V. German GPs' willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions

and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. Fam Pract 2012; 29: 448-454.
18. Grouwels D.; Heyrman J.; Goedhuys J. Goed samenwerken in tien stappen. Beschrijving van een praktisch intrument. Huisarts Nu 2003; 32(4): 29–34.
19. Verbelen V. Associatiecontracten tussen huisartsen: wat zijn de verwachtingen? [dissertation] Master in de huisartsgeneeskunde. 2014-2015. Promotor Prof. Dr. Jan De Lepeleire.
20. Schoenmakers B., De Lepeleire J., Aertgeerts B. Praktijkmanagement voor de huisarts. Leuven: Acco; 2014. p. 200.
21. Wijns M., Cuypers R. Draaiboek voor associaties en netwerken. 2008.
22. Rita Cuypers. Huisartsen en samenwerking: een draaiboek. 2008. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/dossiers/samenwerking.html. Geraadpleegd 2016 juni.
23. Nationale Raad Orde van Geneesheren. Code geneeskundige plichtenleer. Februari 2014; art. 159 §5.
24. Branson R., Armstrong D. General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study. BMJ 2004; 329-381.
25. De Lepeleire J., Hillemans C., Hillemans K., Van Tichelt K., Creemers M., Cuypers R. Huisarts, van solo naar huisartsen onder één dak (Hoed). Een praktijkervaring. Huisarts nu 2009; 38: 63-69.
26. Cuypers R. Draaiboek gevraagd: praktijkgebouw te huur/te koop. 2008. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/1648-u-zoekt-een-nieuwe-praktijkruimte.html. Geraadpleegd 2016 juni.
27. Drennan V., Levenson R., Halter M., Tye C. Physician assistants in English general practice: a qualitative study of employers' viewpoints. J Health Serv Res Policy 2011; 16: 75-80.
28. Weeks G., George J., Maclure K., Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue *11*. Art. No.: CD011227. DOI: 10.1002/14651858.CD011227.pub2.
29. Grouwels D. Praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk: taakinhoud en opleiding. Inventaris van de situatie in Vlaanderen en vergelijking met Nederland en Groot-Brittannië. Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen; 2004. Antwerpen. pp. 1-50.
30. Vandierendonck D., Groenewegen P. & Sixma H. Opgebrand. De resultaten van een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Nivel 1992.
31. Wallace, J. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet 2009; 374: 1714-1721.
32. Vacature 2014. Tien verschillen tussen de generaties op de werkvloer. Beschikbaar via: http://www.vacature.com/carriere/werk-leven/10-verschillen-tussen-de-generaties-op-het-werk. Geraadpleegd 2017 januari.
33. Annemans L., Closon J-P., Closon M-C., Heymans I., Lagasse R., Mendes da Costa E., Moureaux C., Roch I. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen

voor de eerstelijnszorg in België, KCE rapport 85A, 2008 Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl/press-release/de-twee-financieringssystemen-van-de-huisarts-kostenevenveel-en-geven-dezelfde-zorgkw#.VTjtNyHtlBc. Geraadpleegd 2016 juni.
34. Nationale Raad Orde van artsen. Code van geneeskundige plichtenleer. Februari 2014; art 159-165.
35. Anoniem. Code van Medische Plichtenleer: laatste aanpassing: februari 2014. Tijdschrift Nationale Raad 2014;146.
36. De Hondt P., Tobback K., Van Eetvelt K., Vanleenhove S., Verhavert E., Peeters G. Handboek voor vrije beroepen. Brussel: Kluwer; 2009. p.178.
37. Fijgje de Boer. De grounded theory approach: een update. Kwalon 2011; 16 (1).

11 BIJLAGEN

11.1 BIJLAGE 1: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE DEELNEMERS EN GEGEVENS OVER DE WERKSITUATIE

1. Naam:
2. Plaats van deelname aan de focusgroep:
3. Leeftijd:
4. Geslacht: man/vrouw
5. Aantal jaren werkzaam als huisarts/HAIO:
6. Wekelijks gemiddeld aantal patiëntencontacten:
    - <25
    - 25-50
    - 50-75
    - 75-100
    - >100
7. Voert u nevenactiviteiten uit naast de huisartsenpraktijk zoals CRA-arts, Kind en Gezin, arbeidsgeneeskunde, academische taken…? Zo ja specifieer:

8. Hoe veel uren per week werkt u gemiddeld?
    - <20
    - 20-30
    - 30-40
    - >50
9. Werkt u in een samenwerkingsverband? JA / NEE

Als het antwoord op vraag 9 nee is stopt de vragenlijst hier, indien het antwoord ja is graag volgende vragen verder invullen

10. Met welke disciplines en aantal (andere huisartsen, HAIO's, specialisten, multidisciplinair) werkt u samen?

11. Is er praktijkondersteuning: praktijkassistente, secretaresse, verpleging, tele-secretariaat of andere? Zo ja welke?

12. Werken de verschillende partners samen onder 1 dak: JA / NEE
13. Heeft u een associatiecontract? JA / NEE

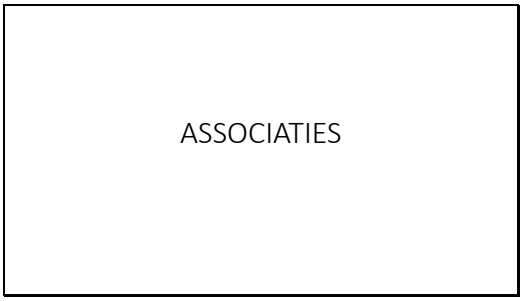
Indien het antwoord op vraag 10 nee is stopt de vragenlijst hier, indien het antwoord ja is gelieve de volgende vragen nog te beantwoorden

14. In welke soort associatie werkt u?
    - Kosten associatie (iedere arts werkt voor eigen rekening en de gemeenschappelijke praktijkkosten worden gedeeld)
    - Partiële professionele associatie (Inkomsten worden gepoold in de associatie, na aftrek van de gemeenschappelijke kosten wordt het saldo onder de associés verdeeld)
    - Volledige professionele associatie (Inkomsten worden gepoold in de associatie, na aftrek van de gemeenschappelijke kosten wordt het saldo onder de associés verdeeld)

15. Juridische structuur van de associatie:
    - Maatschap
    - BVBA: Besloten Vennootschap met Beperkte Aansprakelijkheid
    - EBVBA: Eenhoofdige Besloten Vennootschap met Beperkte Aansprakelijkheid
    - CVBA: Coöperatieve Vennootschap met Beperkte Aansprakelijkheid
    - CVOHA: Coöperatieve Vennootschap met Onbeperkte Hoofdelijke Aansprakelijkheid
    - VOF: Vennootschap Onder Firma
    - ESV: Belgisch Economisch Samenwerkingsverband
    - VZW: Vereniging Zonder Winstoogmerk

11.2 BIJLAGE 2: POWERPOINTPRESENTATIE

Dia 1



Dia 2



Dia 3



Dia 4

"Samenwerken is een hype. Dit verandert niets aan de concrete problemen waarmee men in het vrije beroep te maken heeft."[2]

Dia 5

"Wij hebben alleen een contract omdat de Orde van Geneesheren ons daartoe verplicht heeft." Geef jullie mening over deze stelling, heeft een associatiecontract een meerwaarde of is het enkel een verplichting?[1]

Dia 6

"Jongeren hebben het niet meer in zich"
"Samenwerkingsverbanden tussen vrije beroepen zijn gedoemd te mislukken"[2]

Dia 7

"Jonge collega's zijn te verwend: de goed draaiende praktijken waar ze in terecht komen, zijn het werk van jaren en zelf moeten ze geen risico's nemen, ze vallen met hun gat in de boter."[1]

Dia 8

"Na 25 jaar zwoegen komt een jonge collega voor veel geld en te weinig inbreng werken (ze zijn zo gevormd door de proffen)". Geef jullie mening: is er wel degelijk een generatiekloof? Is de jonge generatie luier?[1]

Dia 9

De beste manier om een contract te laten opstellen, is met de begeleiding van een onafhankelijke jurist en een praktijkcoach?[1]

Dia 10

"Een kostenassociatie is de meest eerlijke vorm van samenwerken, aangezien iedereen een verschillend werkschema en werkritme heeft."[1]

Dia 11

Verdeling van de kosten volgens een pro-rata bruto omzet is eerlijker dan een vaste verdeelsleutel van de kosten.[1]

Ereloon naar werken: GMD's/diabetespas/technische prestaties/zorgtraject.. worden verdeeld volgens het aantal GMD's[1]

Dia 12

Kosten voor nutsvoorzieningen, verbruiksmateriaal, inrichting van de kabinetten, praktijkgebouw en personeel: een variabele verdeling naargelang inkomen is complex maar eerlijk, of is dat te ingewikkeld?[1]

Dia 13

Je kan maar van een echte groepspraktijk spreken als er een volledig professionele samenwerking is waarbij zowel de inkomsten als onkosten, al dan niet via een verdeelsleutel, gepoold worden.[1]

Dia 14

Moet niet-patiëntgebonden werk vergoed worden? (bv praktijkondersteunend werk zoals stockbeheer, managementtaken...)[1]

Dia 15

"Huren creëert ongelijkheid."[1]

Dia 16

" In een groepspraktijk moet de mogelijkheid bestaan om een dossier te blokkeren voor de andere collega's van de praktijk, als de patiënt hier om vraagt."[1]

Dia 17

Verantwoordelijkheid kunnen delen door onderling overleg en af en toe ventileren beschermt artsen voor het krijgen van een burnout.[3]

Samenwerken is alleen maar een middel om de werkdruk te beheersen[3]

Dia 18

In 6 op de 10 gevallen wordt een instapsom betaalt dit kan gaan om een vast bedrag of meer courant een bepaald percentage van het bruto-inkomen gedurende de eerste jaren. Het betalen van een instapsom heeft als doel gelijkwaardigheid tussen collega's te creëren, maar niet alle artsen vindt het betalen van een instapsom gewenst of haalbaar. Geef jullie mening?[1]

Dia 19

Is het eerlijk dat jongere collega's die al reeds een instapsom betaald hebben ook nog een uitstapvergoeding moeten betalen aan de oudere collega die vertrekt?[1]

Dia 20

Om goed te kunnen samenwerken, moet men minstens 1x per week op een vast tijdstip een gestructureerd overleg plaatsvinden.[1]

Dia 21

Besluitvorming gebeurt volgens unanimiteit of dmv meerderheid? Heeft de oudste associé een vetorecht?[1]

Dia 22

In 30 % blijkt de werkverdeling en regeling voor vakanties/wetenschappelijke activiteiten/afspraken rond zwangerschap en ziekte niet opgenomen te zijn in het associatiecontract. [1]

In het contract moet duidelijk geschreven staan wat er gebeurt bij overlijden, uitstap of ziekte?[1]

Dia 23

58% neemt in het contract een vestigingsverbod op na uittrede uit de associatie. Terecht?[1]

Dia 24

VRAGEN?

Dia 25



11.3 BIJLAGE 3: PROTOCOL ETHISCHE COMMISSIE

11.3.1 Achtergrond

De structuur van huisartsen is de laatste jaren sterk veranderd. Vroeger was de huisarts een solo-arts, nu gaan we meer en meer naar groepspraktijken. Om een goede samenwerking tussen huisartsen tot stand te kunnen zetten is er nood aan een goed associatiecontract met duidelijke afspraken omtrent de financiële en de juridische aspecten, alsook de visie van de artsen op de gezondheidszorg. Aan de hand van deze masterproef wil ik deze aspecten van een associatie verder uitdiepen om zo een duidelijker beeld te krijgen over hoe we het best een associatie aanpakken en wat de struikelblokken zijn binnen associaties.

11.3.2 Methode

Enerzijds zal ik meer informatie omtrent deze materie verzamelen door middel van een literatuuronderzoek naar juridische en economische aspecten omtrent associaties van huisartsen.

Daarnaast zal ik een praktijkonderzoek doen bij geassocieerde huisartsen aan de hand van semigestructureerde interviews. Op deze manier wil ik meer te weten komen over de financiële aspecten van een groepspraktijk en wat de meest voorkomende struikelblokken zijn binnen groepspraktijken.

11.3.3 Te verwachten resultaten

Ik hoop dat deze masterproef zal leiden tot bruikbare adviezen voor huisartsen die willen associëren om zo de kans op slagen van een goede samenwerking te verhogen

11.4 BIJLAGE 4: ADVIES ETHISCHE COMMISSIE

Van: Martine Goossens <martine.goossens@med.kuleuven.be>
Verzonden: woensdag 23 maart 2016 17:27
Aan: Jo Goedhuys
CC: Sanne Vanthourenhout
Onderwerp: Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Financiële aspecten, sterktes en struikelblokken van de associatievormen tussen huisartsen" (mp11359)

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Financiële aspecten, sterktes en struikelblokken van de associatievormen tussen huisartsen" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Financiële aspecten, sterktes en struikelblokken van de associatievormen tussen huisartsen" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)