# Omschakeling van een klassieke groepspraktijk naar een wijkgezondheidscentrum: een analyse

Debonne Elise, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KULeuven ACHG

Academiejaar 2015 - 2016

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

## Abstract

***Titel:*** Omschakeling van een klassieke groepspraktijk naar een wijkgezondheidscentrum: een analyse
***ICPC-code:*** C01 Huisarts-geneeskundige theorie
***HAIO:*** Elise Debonne, KULeuven
***Promotor:*** Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KULeuven ACHG
***Praktijkopleider:*** Dr. Lieve Callewaert
***Contactgegevens:*** elise@debonne.be
***Context:*** In de eerstelijnszorg is er toenemende aandacht voor multidisciplinariteit en het forfaitaire betalingssysteem. Een voorbeeld hiervan zijn het groeiende aantal wijkgezondheidscentra. Het omschakelen van een klassieke praktijk naar een wijkgezondheidscentrum betekent een uitdaging met tal van obstakels en keuzes.
***Onderzoeksvraag:*** Hoe verloopt de omschakeling van klassieke groepspraktijk naar wijkgezondheidscentrum? Wat zijn de drempels en verwachtingen bij artsen, medewerkers en patiënten? Wat is de impact op een aantal patiënt-, arts- en praktijkindicatoren?
***Methode:*** Het verloop werd geregistreerd op het moment van voorkomen. Deze gegevens werden in een tijdslijn weergegeven en toegelicht. Om de drempels en verwachtingen te achterhalen, kregen de patiënten die op consultatie kwamen in mei 2015 een gestructureerde vragenlijst. Aan alle artsen en medewerkers werd een open vragenlijst gegeven. In antwoord op de laatste onderzoeksvraag, werden verschillenden methodes gehanteerd. Het verloop van het aantal patiënten werd in kaart gebracht met behulp van het elektronisch medisch dossier. De professionele tijdsbesteding van de artsen werd voor en na de omschakeling gedurende twee weken door hen bijgehouden en het takenpakket van de praktijkassistenten werd opgelijst en er werd een inschatting gemaakt van de hieraan gespendeerde tijd voor en na de omschakeling.
***Resultaten:*** De tijdslijn toont zeven lijnen waaraan tijdens een omschakeling gewerkt moet worden. Tal van mensen, zowel intern als extern, zijn hierbij betrokken. Veel zaken zijn tijdsrovend en behoren niet tot het standaard takenpakket van zorgverleners. Communicatie speelt in het hele proces een niet te onderschatten rol.
De vragenlijsten van patiënten, artsen en medewerkers tonen in het algemeen een positieve tendens. Er zijn voornamelijk praktische verwachtingen en drempels.
Het aantal inschrijvingen loopt vrij snel op en volgt de vooropgestelde doelen. Uit de tijdsregistraties van de artsen blijkt dat de tijd besteed aan consultaties daalt en de overlegmomenten en vergaderingen toenemen. Bij de praktijkassistenten is er een verschuiving van een aantal taken, waarbij een deel van de taken verdwijnt en een deel doorgeschoven wordt naar de praktijkverpleegkundigen. Een aantal nieuwe taken nemen veel tijd in beslag.
***Conclusie:*** Het is mogelijk om vanuit de geregistreerde tijdslijn enkele praktische aanbevelingen voor een omschakeling naar wijkgezondheidscentrum te formuleren. Deze kunnen toekomstige omschakelende praktijken op weg helpen en de basis vormen voor een draaiboek.

## Inhoudsopgave

**LIJST MET AFKORTINGEN** ..... **1**

**VOORWOORD** ..... **2**

**INLEIDING** ..... **3**

**METHODE** ..... **4**

**RESULTATEN** ..... **5**

DEFINITIES EN BEGRIPPEN ..... 5

PROCESBESCHRIJVING ..... 6

BEZORGDHEDEN EN VERWACHTINGEN ..... 10

IMPACT VAN DE OMSCHAKELING OP EEN AANTAL INDICATOREN ..... 12

**DISCUSSIE** ..... **13**

**BESLUIT** ..... **15**

**REFERENTIES** ..... **16**

**BIJLAGE 1. ACHTERGRONDINFORMATIE WIJKGEZONDHEIDSCENTRA** ..... **18**

**BIJLAGE 2. GEBIED** ..... **19**

**BIJLAGE 3. VRAGENLIJSTEN** ..... **20**

**BIJLAGE 4. TIJDSBESTEDING EN TAKENPAKKET** ..... **23**

## Lijst met afkortingen

| | |
|---|---|
| EMD | Elektronisch Medisch Dossier |
| GMD | Globaal Medisch Dossier |
| HABO | Huisartsen van Brugge en Omgeving |
| HAIO | Huisarts In Opleiding |
| RIZIV | Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering |
| VWGC | Vereniging van Wijkgezondheidscentra |
| VZW | Vereniging Zonder Winstoogmerk |
| WGC | Wijkgezondheidscentrum |
| WZC | Woonzorgcentra |

## Voorwoord

Deze masterproef liep als een rode draad doorheen mijn opleidingsjaren, aangezien de omschakeling naar wijkgezondheidscentrum (WGC) tijdens deze jaren plaatsvond. Het werd een boeiende tijd, waarin ik veel meer leerde dan enkel huisartsgerelateerde zaken. Het opende en verbrede mijn kijk op huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg in het algemeen.

Eerst en vooral wil ik mijn echtgenoot, Bram, en mijn broer, Niels, bedanken. Hun inzet, kennis en enthousiasme hebben mij enorm geholpen. Ze hielpen me op praktisch vlak en steunden me op moeilijkere momenten.

Zonder de steun van de artsen en de praktijkassistenten van WGC De Bruggen was deze masterproef er niet geweest. Ze waren zeer bereidwillig om vragenlijsten in te vullen en uit te delen en mee te denken over de invulling van dit project.

Ook wil ik de mensen van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) en de verschillende WGC's die ik contacteerde, bedanken voor hun vriendelijkheid en respons.

Niet in het minst wil ik mijn promotor, Birgitte Schoenmakers, bedanken. Ze gaf me steeds snelle en duidelijke respons en steunde me bij mijn niet evidente keuze om mijn masterproef vervroegd in te dienen.

Deze masterproef vroeg veel inzet en tijd, maar maakte van mij ook een completere arts. Ik hoop om in mijn verdere jaren als huisarts een brede kijk op gezondheidszorg te behouden en mijn vaardigheden verder uit te bouwen.

Elise Debonne

Brugge, 6 november 2016

## Inleiding

Laagdrempelige, kwalitatieve en betaalbare zorg is van groot belang voor eerstelijnsgeneeskunde in Vlaanderen. De manier waarop deze zorg optimaal georganiseerd moet worden, is recentelijk het onderwerp van discussie.

In de huidige situatie in Vlaanderen werkt 40% van de huisartsen solo en 25% zonder praktijkassistentie[1]. Betaling per prestatie blijft de meest gangbare manier, maar het forfaitaire financieringssysteem is aan een opmars bezig[2]. Momenteel zijn ongeveer 3% van de Belgische patiënten ingeschreven in een forfaitair systeem voor eerstelijnszorg[3].
Uit het voortgangsrapport over de eerstelijnszorg in Vlaanderen van 2010 – 2013 blijkt dat de multidisciplinaire samenwerking gegroeid is. Tegelijkertijd worden het nog verder uitwerken van deze multidisciplinariteit en de toegankelijkheid van zorg garanderen geformuleerd als uitdagingen voor de toekomst[4].

In het document 'Together We Change', opgesteld door de centra voor huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent, de Universiteit Antwerpen, de Katholieke Universiteit Leuven en de Vrije Universiteit Brussel, wordt de conceptuele basis gelegd voor de eerstelijn in de toekomst. Er wordt gesteld dat in de toekomst de eerstelijnszorg volgens een aantal principes georganiseerd zou moeten worden: burgers schrijven zich in in een eerstelijnsvoorziening, waarbij ze zich ertoe verbinden te consulteren bij de artsen en verpleegkundigen verbonden aan deze voorziening. De betaling verloopt forfaitair of per prestatie met een systeem van volle derde betaler (wegvallen van het remgeld). Er is een taakdelegatie waarbij de huisarts zich meer op zijn kerntaken kan toeleggen. Dit gebeurt door samenwerking met praktijkassistenten en verpleegkundigen[3].

Al decennia geleden werd door studenten geneeskunde gezocht naar manieren om zoveel mogelijk te beantwoorden aan noden en behoeften van de bevolking, met bijzondere aandacht voor de maatschappelijk kwetsbare bevolkingsgroepen. Van daaruit werden in de jaren '70 de eerste WGC's opgericht vanuit de principes van toegankelijkheid, multidisciplinariteit en aandacht voor preventie en gezondheidspromotie in een geografisch afgelijnd gebied. Het aantal WGC's is sindsdien steeds toegenomen. De bovengenoemde principes van het document 'Together We Change' worden in deze centra toegepast, zoals blijkt uit hun voorwaarden[5]. (Bijlage 1)

Concepten en krijtlijnen zijn erg belangrijk om de eerstelijnszorg vorm te geven, maar de uiteindelijke veranderingen gebeuren door de actoren op het veld. Het omschakelen van een klassieke groepspraktijk naar een WGC betekent een grote uitdaging waarbij tal van keuzes gemaakt moeten worden. Dat gaat dan bijvoorbeeld over het kiezen van een naam, locatie, team, gebied, etc. Hiervoor bestaat er op heden geen draaiboek en met vallen en opstaan moet er gezocht worden naar een manier om deze omschakeling mogelijk te maken.

In dit tweedelige onderzoek wordt enerzijds het proces van de omschakeling in deze groepspraktijk beschreven, waarbij ook gepeild wordt naar drempels en verwachtingen bij artsen, patiënten en medewerkers. Anderzijds wordt de impact op een aantal patiënt-, arts- en praktijkindicatoren gemeten. Uiteindelijk worden praktische aanbevelingen voor een omschakeling van klassieke praktijk naar WGC uitgewerkt.

## Methode

Het verloop van de omschakeling van een klassieke groepspraktijk naar een WGC werd in de eerste onderzoeksvraag beschreven. Het proces van de omschakeling werd geregistreerd en er werden praktische aanbevelingen voor een omschakeling naar een WGC geformuleerd. Ter beantwoording van deze vraag werd ook gepeild naar de drempels en verwachtingen bij de patiënten en de medische en paramedische medewerkers van huisartsenpraktijk De Brug.
In de tweede onderzoeksvraag werd de impact van de omschakeling op een aantal arts-, patiënt- en praktijkindicatoren bestudeerd. Deze indicatoren zijn het verloop van de inschrijvingen in het WGC ten opzichte van het aantal globaal medische dossiers (GMD) in 2015 en de verandering in professionele tijdsbesteding en takenpakket van de artsen en praktijkassistenten.

In antwoord op de eerste onderzoeksvraag werden de verschillende gebeurtenissen en stappen tijdens het omschakelingsproces geregistreerd op het moment van voorkomen. Het registreren gebeurde deels retrospectief (januari – augustus 2015) en deels prospectief (september 2015 – oktober 2016). Deze gegevens werden verwerkt tot een tijdlijn en toegelicht.
Het tweede luik van de eerste onderzoeksvraag, namelijk het peilen naar drempels en verwachtingen, werd beantwoord door vragenlijsten uitgedeeld aan patiënten, artsen en medewerkers in het voorjaar 2015. De patiënten kregen een gestructureerde vragenlijst waarbij gepeild werd naar sociodemografische gegevens (leeftijd, geslacht, gezinssituatie, opleiding, beroep, chronische ziekte), begrip van het concept WGC en verwachtingen en bezorgdheden bij de omschakeling. In de vragenlijst voor artsen en medewerkers werden de verwachtingen en bezorgdheden rond het omschakelen met open vragen bevraagd. Bij de medewerkers werd ook gevraagd naar het begrip van het concept WGC.
Om de impact op een aantal indicatoren in de tweede onderzoeksvraag te meten, werd gebruik gemaakt van verschillende methodes. Om een zicht te krijgen op het aantal GMD's in 2015 en de evolutie van het aantal inschrijvingen werd gebruikt gemaakt van het elektronisch medisch dossier (EMD) van de praktijk. Om de professionele tijdbesteding van de artsen te registreren werd gevraagd om gedurende twee weken bij te houden welke taken zij doen en hoeveel uren zij hieraan besteden voor en na de omschakeling. Het takenpakket van de praktijkassistenten werd opgelijst en er werd een inschatting gemaakt van hoeveel tijd ze hieraan spenderen voor en na de omschakeling.

De studiepopulatie voor de eerste onderzoeksvraag bestaat uit de wilsbekwame patiënten tussen 18 en 85 jaar met een GMD in huisartsenpraktijk De Brug te Brugge die tijdens het onderzoek op consultatie kwamen in mei 2016. Hun respons werd volledig geanonimiseerd. Daarnaast omvat het ook de medewerkers van de praktijk, namelijk vier artsen, twee praktijkassistenten (onthaal en administratie), twee psychologen, een kinderpsycholoog, een diëtiste en een pedicure.
Voor de tweede onderzoeksvraag bestaat de onderzoekspopulatie uit de vier artsen en de twee praktijkassistenten.

Vanuit de beschrijving van de omschakeling in de eerste onderzoeksvraag werden praktische aanbevelingen geformuleerd. De resultaten van de gestructureerde vragenlijsten voor patiënten werden in percentages uitgedrukt en opvallende verschillen in antwoorden tussen

de sociodemografische groepen worden apart toegelicht. Vanuit de open vragenlijsten over drempels en verwachtingen van artsen en medewerkers werden de meest relevante trends gedistilleerd.
Voor de tweede onderzoeksvraag zijn er verschillende uitkomstmaten. Het aantal patiënten voor, gedurende en net na de omschakeling werd gemeten. Voor het meten van de professionele tijdbesteding van de artsen werden de verschillen voor en na de omschakeling in uren en per taak uitgedrukt. Het takenpakket van de praktijkassistenten werd vergeleken, waarbij nieuwe taken werden beschreven en opvallende verschuivingen werden toegelicht.

## Resultaten

### Definities en begrippen

Een medisch huis wordt door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkeringen (RIZIV) gedefinieerd als een eerstelijnsvoorziening dat een akkoord voor forfaitaire betaling heeft gesloten met de mutualiteit van de patiënt. Indien de patiënt hiervoor kiest, verbindt hij zich ertoe om, op enkele uitzonderingen na, geen andere zorgverleners te raadplegen dan degene die in het medisch huis werkzaam zijn. Een medisch huis kan huisartsgeneeskundige zorg, kinesitherapie en verpleegkundige zorg aanbieden[6-7].

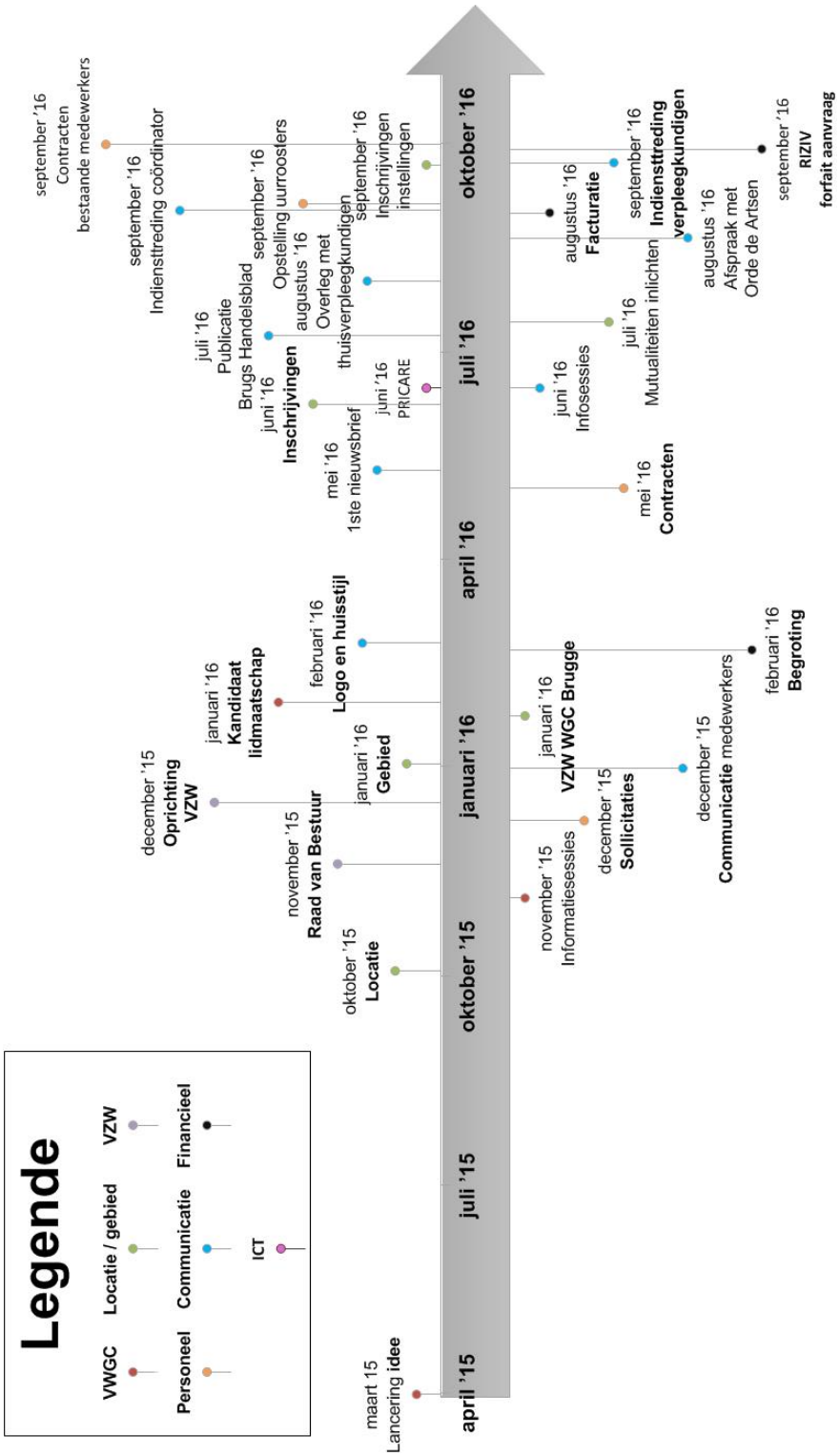
Bij een systeem van forfaitaire betaling ontvangen de zorgverstrekkers per maand een bedrag per ingeschreven patiënt, afhankelijk van een aantal variabelen die de individuele zorgnood bepalen. Dit gaat bijvoorbeeld over leeftijd, geslacht, sociale status, aanwezigheid van een aantal belangrijke chronische ziektes etc[7-9].

Er zijn verschillende verengingen die medische huizen groeperen. De Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) is zo'n vereniging en vertegenwoordigt meer dan twintig verschillende WGC's in Vlaanderen en Brussel[10-11].

In WGC's wordt gewerkt met verschillende gebieden waarbinnen patiënten zich al dan niet kunnen inschrijven of geacht worden om naar het centrum te komen.
- Gebied van 'niet-terugbetaling': Binnen dit gebied worden ingeschreven patiënten geacht naar het centrum te komen. Dat wil zeggen dat een consultatie bij een andere huisarts in dit gebied niet vergoed wordt (tenzij een uitzondering wordt toegestaan). Dit gebied wordt officieel vastgelegd bij het RIZIV.
- Werkingsgebied: Het gebied waarbinnen de ingeschreven patiëntenpopulatie feitelijk woont.
- Inschrijvingsgebied: Het gebied waarbinnen nieuwe patiënten zich mogen inschrijven in het WGC.
- Verhuisgebied: Het gebied waarbinnen ingeschreven patiënten, bij verhuis, ingeschreven mogen blijven in het WGC.

## Procesbeschrijving

Hieronder wordt op een schematische manier de tijdsregistratie weergegeven van de gebeurtenissen vanaf de lancering van het idee tot de opening van het WGC op 3 oktober 2016. De vetgedrukte termen worden toegelicht in de tekst eronder.



Reeds lang zochten de artsen van de praktijk naar manieren om nog meer multidisciplinair samen te werken, de kwaliteit van zorg te verbeteren en zich meer op hun medische kerntaken te focussen. Voor de artsen betekende de omschakeling naar een WGC een mogelijkheid om bovenstaande doelen financieel en praktisch te verwezenlijken.
Uit de masterproef van Michael Erkens blijkt dat er veel drempels zijn bij de Vlaamse huisartsen ten opzicht van de omschakeling naar een forfaitair systeem. Er blijken zowel principiële als praktische drempels te zijn[12]. Er waren op dat moment ook nog geen WGC's in West-Vlaanderen[11]. Het **idee** was dus op z'n minst uitdagend te noemen.

Eén van de voorwaarden voor de omschakeling was het vinden van een nieuwe **locatie** met voldoende ruimte voor het team. De ligging, grootte en indeling van het gebouw moeten aan allerlei voorwaarden voldoen. Het is dus ook moeilijk om dergelijke locatie te vinden. Uiteindelijk zal de verhuis naar dit nieuwe gebouw uitgesteld worden tot na de omschakeling.

Om om te schakelen naar een WGC moet een **vzw** opgericht worden. Hiervoor moeten er statuten uitgeschreven en neergelegd worden bij de griffie van de rechtbank van koophandel. De artsen hadden hier geen ervaring mee, dus dit vroeg tijd en opzoekwerk. De statuten van een ander WGC werden gebruikt als basis en licht aangepast om eigen accenten te leggen[13].
Verder moest een **Raad van Bestuur** worden samengesteld. De vier artsen zijn de interne leden, maar op termijn kan dit evolueren naar een team van verschillende disciplines (artsen, administratie, verpleging etc.). De twee externe leden werden gekozen op basis van hun expertise (advocaat en boekhouder). De zoektocht naar deze leden werd grondig uitgevoerd en nam dus tijd in beslag. De **Algemene Vergadering** bestaat uit alle medewerkers van vzw WGC De Bruggen.
Op dit moment bestaat er nog geen organogram wegens tijdsgebrek en andere prioriteiten. Dit kan van belang zijn, om bijvoorbeeld de positie van de coördinator binnen het geheel duidelijk te maken.

De **sollicitaties** begonnen met de zoektocht naar een coördinator. Het gezochte profiel werd opgesteld met behulp van voorbeelden van andere WGC's. Een deel van de taakomschrijving is nieuw (vertegenwoordiging WGC, coördineren van het team etc.) en een deel werd voorheen door de artsen zelf gedaan volgens een beurtrol (administratie, financiën, infrastructuur etc.).
Daarna gingen de sollicitaties voor de verpleegkundigen van start. Om in te schatten hoeveel verpleegkundigen er nodig zijn om in de zorg van de patiëntenpopulatie te voorzien, werd aan de voornaamste thuisverpleegkundige diensten in de buurt gevraagd om patiëntenlijsten door te geven. Ook werd er vergeleken met andere WGC's.
De coördinator en een verpleegkundige van het 'peter-WGC', een WGC die de omschakeling extra ondersteunt, waren aanwezig bij de sollicitatierondes. Dit was erg nuttig.

**Communicatie** speelde al heel vroeg in de omschakeling een rol. Eerst werden de medewerkers en de huisartsen in de buurt ingelicht. Bij de start van het WGC werd praktische informatie met betrekking tot de wachtdienst aan de huisartsenkring gegeven.
Om de patiënten in te lichten werd gewerkt met een aantal nieuwsbrieven. De informatie werd in kleine stukken gebracht, om het aantrekkelijk te maken voor de patiënten, maar ook omdat nog niet alle informatie al gekend was. De nieuwsbrieven werden verspreid op de website, op papier en via mail. Het was moeilijk om alle patiënten te bereiken en in te schatten

of de informatie voldoende begrepen werd. Er werden drie infosessies georganiseerd, met een korte presentatie en mogelijkheid tot vragen stellen. Het was belangrijk om enerzijds goed te informeren, maar anderzijds geen reclame te maken, zoals De Orde der Artsen voorschrijft[14].
Onder andere op vraag van enkele thuisverpleegkundige diensten werden overlegmomenten georganiseerd. Dit bleek soms moeilijk, aangezien de omschakeling patiëntenverlies voor hen betekende. Ook de mutualiteiten en de ziekenhuizen werden ingelicht.

Om het **gebied** van het WGC vast te leggen werd gebruik gemaakt van advies van het 'peter-WGC', een kaart en informatie over de woonplaats van de bestaande patiëntenpopulatie. Het inschrijvingsgebied komt overeen met het gebied waarbinnen nieuwe patiënten voorheen ook al konden komen naar de groepspraktijk. Buiten dit gebied was er reeds een patiëntenstop voor nieuwe patiënten. Het werkingsgebied komt ruwweg overeen met het gebied waarbinnen de meeste patiënten van de bestaande populatie wonen. Er werd ook rekening gehouden met huisartsarme gebieden, waar het voor patiënten moeilijk is om een andere huisarts te vinden. Onvermijdelijk vielen een aantal bestaande patiënten buiten het werkingsgebied. Aan hen werd gevraagd om een andere huisarts te zoeken. Dit was voor zowel de artsen als de patiënten soms erg zwaar. (Bijlage 2)

Er werd financiële steun van stad Brugge en de provincie West-Vlaanderen aangeboden vanuit de **VZW WGC Brugge**. Deze VZW ontstond uit een stuurgroep dat werd opgericht vanuit het actieplan armoedebestrijding van stad Brugge. Het doel van deze VZW is initiatieven om het opstarten of omschakelen naar een WGC in Brugge te faciliteren. Het plan om een nieuw WGC, niet opgericht vanuit een bestaande praktijk, op te richten stuitte al snel op protest van de huisartsenkring van Brugge en omgeving (HABO)[15-16].
Concreet werd met dit budget een procesbegeleider aangenomen die gedurende enkele maanden de omschakeling hielp ondersteunen. Ook werd bepaalde infrastructuur deels betaald. In de toekomst is een tegemoetkoming mogelijk om het loon van disciplines die niet in het forfait zitten (psycholoog, maatschappelijk werker etc.) te betalen.
Deze steun was zeer welkom. Voor de artsen was het wel erg belangrijk dat het opstarten van het WGC niet gelinkt wordt met politieke belangen en dat er geen oneerlijke concurrentie zou zijn ten opzichte van de andere Brugse huisartsen.

Om **lid** te worden van de **VWGC** moet er lidgeld betaald worden. De eerste jaren betalen de leden een onkostenvergoeding. Vanaf het derde jaar betalen de leden lidgeld, berekend op basis van het aantal ingeschreven forfaitpatiënten en de inkomsten van het WGC (persoonlijke communicatie via mail, Nele Gerrits van VWGC, 2016 september 1). Dit was voor de artsen een erg hoog bedrag dat pas laat in het beslissingsproces werd gecommuniceerd.
De VWGC ondersteunt de verschillende WGC's op diverse domeinen en behartigt kun belangen. Naast ondersteuning van de bestaande WGC's, biedt de VWGC ondersteuning bij de opstart van nieuwe WGC's, bijvoorbeeld door het aanstellen van een 'peter-WGC'[17]. Dit 'peter-WGC' bleek van zeer grote waarde tijdens het omschakelingsproces.

Samen met een boekhouder werd een **financieel plan** opgesteld. Hierbij werden de inkomsten geschat op basis van een prognose van het aantal ingeschreven patiënten bij de opening en de toename van inschrijvingen de maanden erna. De uitgaven werden berekend op basis van

loonkosten, huurprijs en huidige kosten van de praktijk. Een aantal kosten zijn onzeker of onbekend, waardoor het opstellen van een financieel plan niet evident was.
De lonen werden vastgelegd op basis van de gangbare loonbarema's en contracten werden opgesteld. Voor de eerste maanden moest een lening afgesloten worden, aangezien de eerste lonen moeten uitbetaald worden nog voor de eerste forfaitinkomsten binnenkomen.

De nieuwe naam 'De Bruggen' werd door de artsen gekozen na een korte brainstorm. Het ontwikkelen van een **huisstijl en logo** werd wegens tijdsgebrek uitgesteld. De artsen ervaarden dit als zeer belangrijk en wilden geen overhaaste beslissingen nemen. Het WGC ging van start met een voorlopig zelfgemaakt logo en blancobrieven, enveloppen etc.

De **inschrijvingen** verliepen op verschillende manieren. Er werden drie infosessies georganiseerd waarop het mogelijk was zich in te schrijven. Er werden vrijwilligers ingeschakeld die hielpen bij het inschrijven op dat moment. Dit verliep erg vlot. Mensen konden zich ook inschrijven via een online inschrijfmodule, wat zeer tijdsefficiënt bleek. Het merendeel van de mensen schreef zich op die manier in. De mensen waarvoor dit moeilijk was, konden zich inschrijven bij de praktijkassistenten. Sommige inschrijvingen werden door de arts in orde gebracht op het moment van het huisbezoek of de consultatie. De mensen in de woonzorgcentra (WZC) werden ter plaatse ingeschreven. In geval van wilonbekwaamheid, werd de vertegenwoordiger gecontacteerd. De praktijk werkte ook samen met verschillende instellingen en het al dan niet inschrijven werd geval per geval bekeken. Dit verliep soms moeilijk. Sommige instellingen bevinden zich eigenlijk buiten het gebied of hadden onhaalbare verwachtingen van de verpleegkundige zorg. Het was telkens zoeken naar een optimale samenwerking. Sommige samenwerkingen werden uiteindelijk opgezegd.
De inschrijving wordt opgemaakt in drie exemplaren (patiënt, WGC en mutualiteit) en wordt ondertekend door de patiënt (of zijn wettelijk vertegenwoordiger in geval van wilsonbekwaamheid of een leeftijd onder de veertien jaar) en door een vertegenwoordiger van het WGC. Men kan zich steeds uitschrijven[18].

Eén maal per maand moet er voor de ingeschreven patiënten **gefactureerd** worden bij de verschillende mutualiteiten. Het factureren vergt een specifieke administratieve expertise waarvoor een externe facturatiedienst ingeschakeld kan worden. WGC De Bruggen besloot dit te doen zodat ze niet zelf iemand moesten aannemen en opleiden hiervoor. Dit betekende een grote tijdswinst en een zorg minder.
De technische prestaties worden apart gefactureerd met een systeem van derde betaler. De patiënten die nog niet ingeschreven zijn, worden verrekend per prestatie met remgeld. In het begin is dit nog een aanzienlijk deel van de patiënten. De praktijkassistenten nemen deze administratie op zich.

Om forfaitair te kunnen werken is een akkoord van de 'Commisie belast met het sluiten van de akkoorden betreffende het **forfait**' nodig. Hiervoor dient een aanvraag ingediend te worden die door de mutualiteiten, het Verzekeringscomité en de minister van Sociale Zaken wordt nagekeken. De aanvraag moet een aantal elementen bevatten, onder andere de samenstelling van het team met RIZIV nummers van minstens twee forfaitdisciplines[19].
Dit had tot gevolg dat er reeds een RIZIV nummer van een verpleegkundige moest opgegeven worden, nog voor die werkzaam was in het WGC. Het was op voorhand onduidelijk hoelang het goedkeuren van de aanvraag zou duren. Dit had enkele vervelende gevolgen, bijvoorbeeld het organiseren van sollicitaties zonder duidelijke startdatum.

Op basis van informatie van andere WGC's werd een startdatum gekozen en werd een aanvraag ingediend. Er waren tal van technische problemen, waardoor de aanvraag veel vertraging opliep. Hierdoor werd eind september 2016 duidelijk dat de aanvraag niet goedgekeurd zou worden voor de start in oktober, terwijl het dossier wel in orde was. De goedkeuring kon pas op 24 oktober doorgaan. Uiteindelijk werden de ingeschreven patiënten toch forfaitair gezien, omdat de goedkeuring met terugwerkende kracht zou ingaan vanaf 1 oktober. Dit zorgde voor veel stress en verwarring.

Het in kaart brengen van welke patiënten voor welke indicatie **verpleegkundige zorg** kregen was een uitdaging. De patiëntenlijsten van thuisverpleegkundige diensten in de buurt en het actief bevragen bij inschrijving hielp om hier zicht op te krijgen.
Het 'peter-WGC' hielp ook bij het inschatten van de zorgnood en één van de verpleegkundigen liep een dag mee met hen om een aantal praktische zaken te bevragen en bekijken.
Voor sommige patiënten was het niet evident om nieuwe verpleegkundigen te aanvaarden, maar velen reageerden uiteindelijk erg positief. Het organiseren van verpleegkundige consultaties in de praktijk werd nog minimaal gehouden in de startfase, door een relatieve onderbemanning.

## Bezorgdheden en verwachtingen

*Patiënten*

311 patiënten vulden (soms deels) een vragenlijst in met vragen rond hun bezorgdheden en verwachtingen na het lezen van de informatiebrochure. Uit hun antwoorden bleek dat 96% het (eerder) interessant zou vinden om patiënt te zijn in een WGC en 97% zich (eerder) zou inschrijven. 94.5% van de patiënten vindt het (eerder) een meerwaarde dat er in dit systeem niet per consultatie betaald moet worden. 89% vindt het (eerder) een meerwaarde dat er overleg is over hun zorg en 94% vindt het (eerder) goed dat de praktijkverpleegkundige enkele taken opneemt. 99.5% van de patiënten vinden het (eerder) belangrijk om een vaste huisarts te hebben en 10,5% consulteert vaak een huisarts van een andere praktijk. 91% van de patiënten vindt het (eerder) belangrijk een eigen thuisverpleegkundige te kunnen kiezen indien dit nodig zou zijn.
Deze resultaten zijn erg gelijklopend met de resultaten van de masterproef van Chris Vodde, die ook een vragenlijst afnam bij patiënten in een omschakelende praktijk in Baarle in 2010[20].

Bij vergelijking van de resultaten van mannen/vrouwen, verschillende opleidingsniveaus, beroepen en het gemiddeld aantal huisartsbezoeken per jaar valt op dat studenten het minder interessant lijken te vinden om patiënt te zijn in een WGC dan andere beroepsgroepen. Werkzoekenden en patiënten die meer dan één keer per week komen lijken het interessanter te vinden dat ze niet hoeven te betalen per consultatie. Verder lijken diezelfde patiënten die meer dan één keer per week komen minder akkoord te gaan dat een thuisverpleegkundige enkele handelingen van de artsen overneemt. Zowel de patiënten van 18-25 jaar, studenten als de patiënten van 76 – 85 jaar vinden het minder van belang om zelf een thuisverpleegkundige te kunnen kiezen. Verder zijn de antwoorden erg gelijklopend over de sociodemografische groepen heen.

Uit de bijgeschreven opmerkingen van patiënten bleek dat het onduidelijk is hoe dit betaald wordt. Ook is er bezorgdheid over of ze hun vaste arts en thuisverpleegkundigen kunnen behouden. Er zijn een aantal vragen over het inschrijfgebied en de gevolgen wanneer ze buiten dit gebied wonen of verhuizen. Verder waren er vragen over het gebruik van de wachtdienst en de verwijzing naar specialisten. (Bijlage 3)

*Artsen*

Een reden om over te schakelen is het multidisciplinaire karakter van een WGC, met onder andere een coördinator en verpleegkundigen. De verwachting is dat de artsen zich meer kunnen focussen op de medische kerntaken en minder op administratieve en organisatorische zaken.
Van de samenwerking met een eigen team van verpleegkundigen wordt verwacht dat er een meer uniform verpleegkundig beleid komt en dat een aantal taken van de artsen overgenomen worden. Het gaat hier bijvoorbeeld om bloednames, EKG's, vaccinaties etc.
Een bezorgdheid is dat het centrum te groot zou worden en dat de eigenheid verloren zou gaan.

Het engagement van het inschrijven wordt als een pluspunt aangehaald. Het is hierdoor mogelijk om zicht te krijgen op de patiëntpopulatie en gemakkelijker om aan gezondheidspromotie te doen. Ook is het mogelijk om het werkgebied, waarbinnen ook huisbezoeken gebeuren, af te bakenen.
Verlies van patiënten en verandering van patiëntenpopulatie is een bezorgdheid bij de artsen.

De artsen vinden het logisch dat er een vergoeding komt voor de totale zorg voor patiënten en niet per patiëntencontact. Ze zijn wel bezorgd over mogelijks loonsverlies.

Er is een algemene bezorgdheid over het omschakelingsproces, aangezien hier geen duidelijke handleiding voor bestaat. Het is onduidelijk welke boekhoudkundige, juridische en andere administratieve stappen er genomen moeten worden. (Bijlage 3)

*Medewerkers*

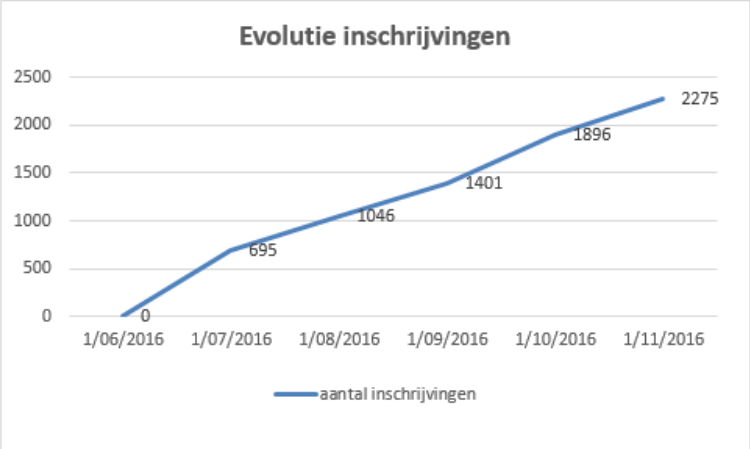
Uit de vragenlijsten aan de medewerkers bleek dat het nog onduidelijk is hoe de samenwerking zal evolueren en of bepaalde disciplines op termijn binnen het forfait zouden kunnen vallen. Er zijn ook nog vragen bij hoe de werkruimte zal verdeeld worden. Eén van de verwachtingen is een betere interdisciplinaire communicatie.

Bij de praktijkassistenten is er bezorgdheid over de inhoud van hun takenpakket binnen het WGC en over veranderingen bij de patiënten omtrent afspraken. Ze vrezen dat de patiënten meer op consultatie zullen komen en sneller een huisbezoek zullen aanvragen, aangezien er geen meerkost meer is voor de patiënt.
Ze hopen op meer werkuren en meer samenwerking onderling en met de artsen. (Bijlage 3)

## Impact van de omschakeling op een aantal indicatoren

*Effect op patiëntenbestand*

Voor de omschakeling had huisartsenpraktijk De Brug 3282 GMD's in 2015. De voorinschrijvingen gingen van start begin juni. Bij de omschakeling waren er uiteindelijk 1896 inschrijvingen. In het financieel plan werd 1800 ingeschreven patiënten op het moment van de omschakeling als doel vooropgesteld.




*Effect op professionele tijdsbesteding van de artsen*

Voor en na de omschakeling presteerden de artsen gemiddeld evenveel uren per week (ongeveer 42 uur). Opvallend is dat er minder tijd besteed werd aan consultatie (-3u22). De artsen planden administratieblokken en de overleg in op momenten waar voor de omschakeling consultaties gepland werden.
Vanaf 1 september werd een tweede HAIO aangenomen, vandaar dat de tijd besteed aan opleiding licht toenam (+38 min). Dit effect is niet gelinkt aan de omschakeling naar WGC. Het aantal overlegmomenten (+41 min) en vergaderingen (+ 30 min) nam toe na de omschakeling. Dit is, samen met de Raad van Bestuur (+1u11min), vermoedelijk een blijvend.
De verschillen in tijd besteed aan bijscholing (-34 min), wacht (+34 min) en huisbezoeken (+34 min) zijn vermoedelijk toevallig en afhankelijk van het moment, niet van de omschakeling.
De verschillen in tijd besteed aan praktijktaken (+41 min) en administratie (-45 min) kunnen moeilijk verklaard worden. Toekomstige metingen kunnen hier verder duidelijkheid in brengen. (Bijlage 4)

*Effect van de omschakeling op de praktijkassistentes*

Voor de omschakeling werkten de praktijkassistenten 50 uur per week (elk 25 uur). Tijdens en na de omschakeling werd dit uitgebreid naar 55 uur. De extra uren werden gebruikt om mensen in te schrijven.
Een aantal taken worden doorgeschoven naar de praktijkverpleegkundigen zoals het bijhouden van de stock en het afwassen en steriliseren van materiaal. De tijd om af te rekenen met patiënten vermindert en er wordt verwacht dat een aantal taken in de nabije toekomst zullen verminderen/verdwijnen. Dit gaat dan bijvoorbeeld om het verwerken van getuigschriften voor verstrekte hulp en het controleren van betalingen.

Een aantal taken neemt meer tijd in beslag, zoals het beheren van huisbezoeken, telefoneren en opvragen en versturen van dossiers. Het beheren van huisbezoeken duurt langer omdat er telkens gecontroleerd wordt of de patiënt ingeschreven is en de papieren voor inschrijving klaargelegd worden. Dit is vermoedelijk een tijdelijk effect. Ook het opvragen en versturen van dossiers is waarschijnlijk tijdelijk, omdat bij de omschakeling een aantal patiënten buiten het gebied vielen en dus een andere huisarts gekozen hebben. Het telefoneren neemt extra tijd in beslag aangezien ook de telefoons met betrekking tot de coördinator en de praktijkverpleegkundigen door de praktijkassistenten worden opgenomen. Dit is vermoedelijk een blijvend effect.
Inschrijvingen en het bijhouden van de agenda van de verpleegkundigen zijn nieuwe taken in het takenpakket. Tijdens en net na de omschakeling nemen de inschrijvingen zeer veel tijd in beslag. Dit zal een blijvende extra taak zijn, maar vermoedelijk zal dit in de toekomst minder tijd nemen. (Bijlage 4)

## Discussie

Dit onderzoeksproject heeft als doel te registreren welke stappen gezet moeten worden bij de omschakeling van een klassieke groepspraktijk naar een WGC en wat de implicaties hiervan zijn op een aantal relevante indicatoren. De bovenstaande resultaten worden hier bediscussieerd om een antwoord te formuleren op deze vragen.

Eerst en vooral is het belangrijk om, afhankelijk van een aantal factoren, minstens een jaar te nemen voor het hele omschakelingsproces. Als er bijvoorbeeld al een samenwerking is met verpleegkundigen of er reeds forfaitair gewerkt wordt zal de omschakeling minder tijd in beslag nemen.
Om een team samen te stellen kan gewerkt worden met gekende contacten en/of via sollicitaties. Het is belangrijk om na te denken over via welke kanalen de vacature gepubliceerd wordt. Zowel te veel als te weinig kandidaten werkt ontmoedigend.
Een procesbegeleider of coördinator betekent een grote hulp. Andere WGC's, bijvoorbeeld een 'peter-WGC', hebben veel ervaring bij onder andere het opstellen van een vacature en sollicitatierondes. Zo'n 'peter-WGC' is op veel vlakken een steun.
Nadat een coördinator wordt aangenomen moet het team verder samengesteld worden. Er moeten sollicitaties georganiseerd worden voor verpleegkundigen en eventuele kinesitherapeuten. Afhankelijk van de situatie voor de omschakeling kan er aan extra praktijkassistentie gedacht worden.
Buiten het eigenlijke team moeten ook externe partners gezocht worden. Voor de Raad van Bestuur worden best mensen aangetrokken met expertise waarover het team zelf minder beschikt. Dat kan gaan over boekhouden, computers, juridische kennis etc. Daarna kan een VZW opgericht worden. Het samenstellen van een vrijwilligersteam om te helpen bij bijvoorbeeld inschrijvingen is ook ondersteunend.
Opvallend is het belang van communicatie als rode draad doorheen het hele proces: het bereiken van de juiste populatie, het gebruik van de juiste kanalen, het doseren van informatie en het hanteren van een aangepaste taal.
Om de volledige patiëntenpopulatie te bereiken moet er via verschillende kanalen gewerkt worden; persoonlijk, via infomomenten, via de wachtzaal, per brief, per mail, via de website

etc. Aangezien het nodig is om de hele patiëntenpopulatie te bereiken, kan hiervan gebruik gemaakt worden om een aantal dingen, zoals nood aan verpleegkundige zorg, via bevraging te weten te komen.
Daarnaast moeten bestaande teamleden, huisartsen en paramedici in de buurt, mutualiteiten, ziekenhuizen etc. geïnformeerd worden. Het is nodig om stapsgewijs te werk te gaan en de informatie volgens wat op dat moment relevant en gekend is, mee te delen. Door correct en vroegtijdig met communicatie om te gaan, kunnen conflicten en negatieve meningen over het op te richten WGC vermeden worden. Een aantal bezorgdheden die voortkwamen uit de vragenlijsten, zoals bezorgdheid rond betaling, thuisverpleegkundige zorg en het behoud van de vaste arts hadden vermeden kunnen worden.
Er zullen al een aantal kosten (loon, materiaal, huur/aankoop locatie etc.) zijn nog voor het WGC opgericht wordt en dus nog voor het eerste forfait bedrag uitbetaald wordt. Deze kosten moeten in kaart gebracht worden, eventueel met behulp van een boekhouder. Er wordt best uitgezocht of er initiatieven zijn die het oprichten van een WGC financieel ondersteunen en of hierover onderhandeld kan worden. Het zal nodig zijn om een extra lening aan te gaan om de beginperiode te overbruggen.
Omdat de omschakeling een druk proces is, moeten prioriteiten worden gesteld. Dat gaat dan bijvoorbeeld over het kiezen van een logo en huisstijl. Het kiezen van een andere locatie kan mogelijks ook uitgesteld worden, indien de huidige locatie toch minstens voorlopig aan de noden van het opgerichte team voldoet.
Onvermijdelijk komen er ook negatieve reacties op de omschakeling naar een WGC. Patiënten zijn het niet eens met de visie of moeten een andere huisarts kiezen omdat ze buiten het gekozen gebied wonen, collega artsen reageren eerder afwijzend, sollicitaties springen af etc. In combinatie met de verhoogde werkdruk kan dit tot spanning en stress leiden. Het is nodig om voldoende tijd in te lassen, maar ook om binnen het team voldoende aandacht te besteden aan de ervaren druk en stress.

Bij het bevragen van drempels en verwachtingen bij patiënten, artsen en medewerker is er een positieve tendens. De artsen hebben voor de omschakeling gekozen vanuit een zoektocht om meer multidisciplinair te werken en zich meer op hun medische kerntaken te focussen. Ze waren voornamelijk bezorgd over de praktische uitvoering van de omschakeling. De medewerkers hebben een aantal praktische bedenkingen en verwachten een betere samenwerking. De praktijkassistenten vrezen een toevloed aan patiënten en hebben vragen rond de inhoud van hun takenpakket. Een aantal bezorgdheden hadden voorkomen kunnen worden met een betere communicatie, waarvan het belang al duidelijk uit de registratie van het proces bleek.

De tijds- en takenregistraties tonen bij de artsen een afname van het aantal consultatie-uren en een toename van overleg- en vergadermomenten. Bij de praktijkassistenten is er een verschuiving van een aantal taken, waarbij een deel van de taken verdwijnt en een deel doorgeschoven wordt naar de praktijkverpleegkundigen. Een aantal nieuwe taken, zoals inschrijvingen, nemen veel tijd in beslag.

De grote sterkte van dit onderzoek is dat het gelijk liep met het omschakelingsproces zelf, waarbij elk stap werd voorbereid en in kaart gebracht. Ook de bevraging van patiënten, waarbij een groot aantal mensen bereikt kon worden, draagt bij tot relevante conclusies.

Een zwakte van dit onderzoek is dat de nameting van indicatoren plaats vond vlak na de omschakeling. Hierdoor kan er slechts deels een beeld worden gevormd van de verschillen voor en na de omschakeling. Het is waarschijnlijk dat de tijds- en taakverdeling nog verder zal evolueren. Het kan een aanzet vormen tot verder onderzoek met nieuwe metingen van indicatoren wanneer het WGC langer bestaat.

## Besluit

De omschakeling van klassieke groepspraktijk naar WGC is een complex proces. In dit onderzoeksproject werd dit proces geregistreerd en werden enkele relevante indicatoren gemeten voor en na de omschakeling. Hieruit blijkt dat het omschakelingsproces uit verschillende lijnen bestaat. De verschillende stappen vereisen vaak vaardigheden die niet door zorgverleners beheerst worden. Het is mogelijk om uit deze registratie enkele praktische aanbevelingen te distilleren. De geformuleerde praktische aanbevelingen moeten steeds op de unieke situatie van elke omschakelende praktijk aangepast worden. Deze masterproef is geen kookboek voor een omschakeling, want elke praktijk heeft zijn eigenheid, maar het vormt een aanzet tot een draaiboek die de omschakeling kan faciliteren.

## Referenties


(1) Schoenmakers B, Aertgeerts B, Buntinx F, Vankrunkelsven P, Van Pottelberg G, De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2014; 70: nr. 12: 657-665.

(2) Annemans L, Closon JP, Closon MC, Heymans I, Lagasse R, Mendes Da Costa E, et al. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. KCE reports 85A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2008.

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

(4) Nuyens Y. De eerste lijn in beweging? Voortgangsrapport 2010-2013. KU Leuven en Universiteit Antwerpen; 2013.

(5) Geschiedenis. Internet site VWGC. Beschikbaar via: http://www.vwgc.be/index.php?page=2&titel=Geschiedenis&style=blauw. Geraadpleegd 2015 december 22.

(6) Medisch huis. Internet site Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering. Beschikbaar via: http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/medisch-huis/Paginas/default.aspx#.V7xJyVfQrgI. Geraadpleegd 2016 augustus 23.

(7) Onkelinx L (red). 23 april 2013, - KB tot uitvoering van art 52, 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen. Internet site Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. Beschikbaar via: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=13-04-30&numac=2013022233. Geraadpleegd 2016 september 6.

(8) Forfaitaire betaling of abonnementsgeneeskunde. Internet site VWGC. Beschikbaar via: http://www.vwgc.be/index.php?page=6&titel=Forfaitaire. Geraadpleegd 2016 augustus 23.

(9) Hens E. Medische huizen gefinancierd op basis zorgnoden patiënteel. Intervisie 2014; 2: 6-7.

(10) Concept wijkgezondheidscentrum. Internet site VWGC. Beschikbaar via: http://www.vwgc.be/index.php?page=4. Geraadpleegd 2015 december 22.

(11) Waar. Internet site VWGC. Beschikbaar via: http://www.vwgc.be/index.php?page=7&titel=Waar?%20&style=bruin. Geraadpleegd 2015 december 22.

(12) Erkens M, Schoenmakers B. Omschakeling naar het forfaitaire betalingssysteem. Perceptie van de Vlaamse huisarts. Huisarts Nu 2014; 43: 195-200.

(13) De VZW. Internet site Federale Overheidsdienst Justitie 2016. Beschikbaar via: http://justitie.belgium.be/sites/default/files/vzw-nl.pdf. Geraadpleegd 2016 augustus 23.

(14) Orde der Artsen. Hoofdstuk III: publiciteit. Code van geneeskundige plichtenleer. Brussel; 2014.

(15) Sp.a en CD&V, Stad Brugge. Algemeen beleidsprogramma 2013 - 2018. Brugge; 2013.

(16) Bestuur HABO. Stuurgroep WGC Brugge. Internet site KGBN-HABO. Beschikbaar via http://www.kgbn-habo.be/nieuws/Stuurgroep-WGC-Brugge. Geraadpleegd 2016 september 15.

(17) Vereniging van Wijkgezondheidscentra. Jaarverslag 2013. Brussel; 2013.

(18) De Ridder H. Omzendbrief aan de medische huizen toegetreden tot het forfaitair betalingssysteem voor sommige verstrekkingen. Forfaitaire betaling van de verstrekkingen in de medische huizen - toepassingsmodaliteiten, 11. Brussel; 2013.

(19) Medische huizen - een akkoord voor forfaitaire betaling sluiten. Internet site Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/medische-huizen/Paginas/default.aspx#.V9WAGlfQrgI. Geraadpleegd 2016 september 11.

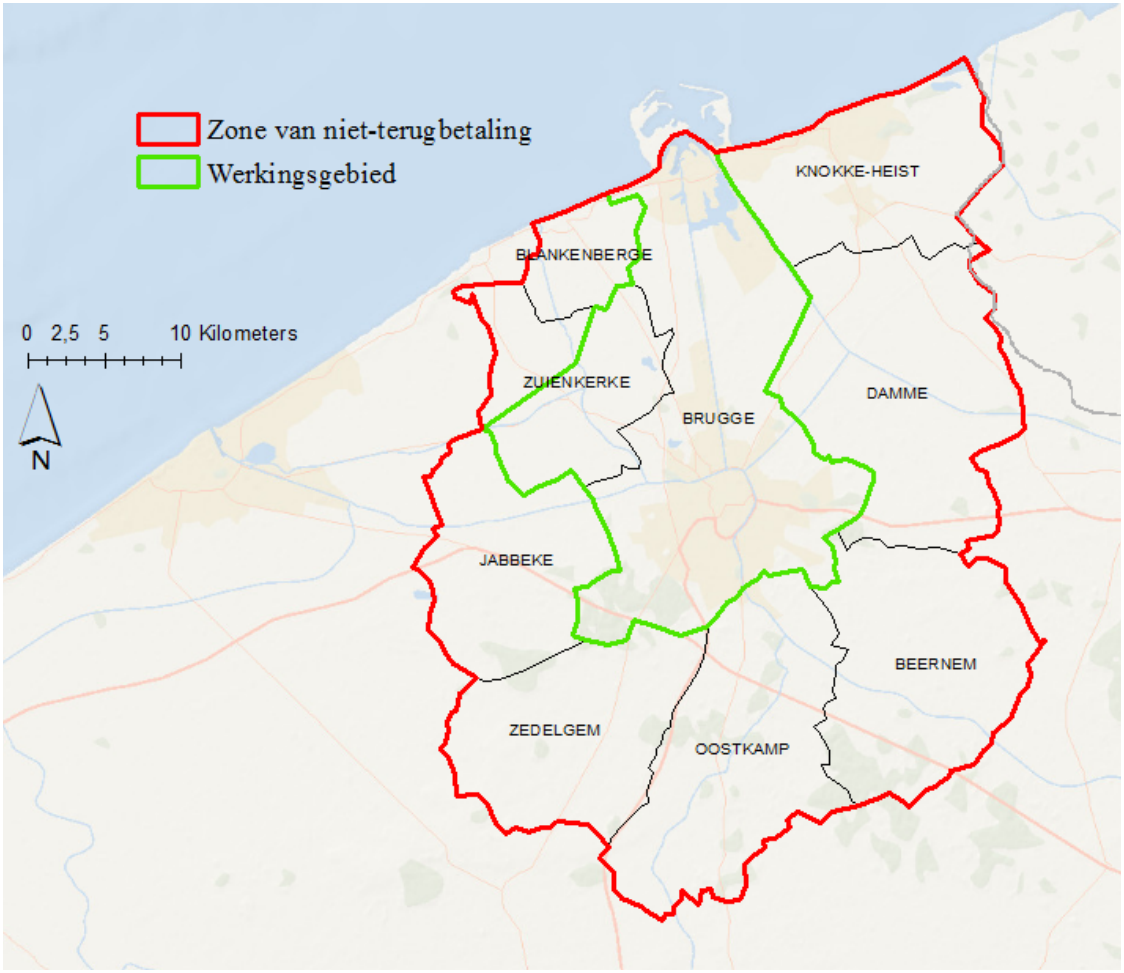
(20) Vodde C, Remmen R, Seuntjens S, Lesaffer C, Vermeirssen R, Vriens V, et al. Overschakelen naar het forfaitaire betalingssysteem in een traditionele praktijk in Vlaanderen. Wat betekent dit voor huisarts en patiënt? Huisarts Nu 2010; 39(8): 14-18.

## Bijlage 1. Achtergrondinformatie wijkgezondheidscentra

WGC's zijn multidisciplinair eerstelijnshuizen. De eerste WGC's in Vlaanderen ontstonden in de jaren '70 met als doel op wijkniveau eerstelijnszorg te bieden met speciale aandacht voor preventie en gezondheidspromotie, ook bij maatschappelijk kwetsbare groepen. Eind 2015 zijn er 24 WGC's in Vlaanderen, waarvan geen enkel in West-Vlaanderen[10-11].

WGC's moeten aan een aantal voorwaarden voldoen[10]:
- De zorg moet minstens verzekerd worden door een huisarts, een verpleegkundige en een medewerker. Deze laatste moet werkzaam zijn in een andere eerstelijns RIZIV-discipline, gezondheidspromotie of maatschappelijk werk.
- Een geografisch gebied wordt afgebakend waarbinnen zorg geboden wordt. De mogelijkheid tot inschrijving van patiënten hangt dus af van hun verblijfplaats.
- Er wordt bij voorkeur forfaitair gewerkt. Dit betekent dat de zorgverleners per ingeschreven patiënten in de praktijk een maandelijks bedrag ontvangen van de mutualiteit. Dit bedrag hangt af van allerhande factoren, zoals leeftijd, sociale status, aanwezigheid van ziekte of chronische ziekten etc. Dit bedrag is niet afhankelijk van de frequentie waarmee de patiënt consulteert. Technische prestaties vallen buiten het bedrag en worden verrekend met het derdebetalerssyteem.
- Om de continuïteit van zorg te garanderen, verbinden de zorgverstrekkers van het centrum zich ertoe beschikbaar te zijn gedurende 10 uren per dag.
- Een WGC organiseert zich als een niet winstgevende organisatie met een Algemene vergadering en een Raad van Bestuur.

## Bijlage 2. Gebied

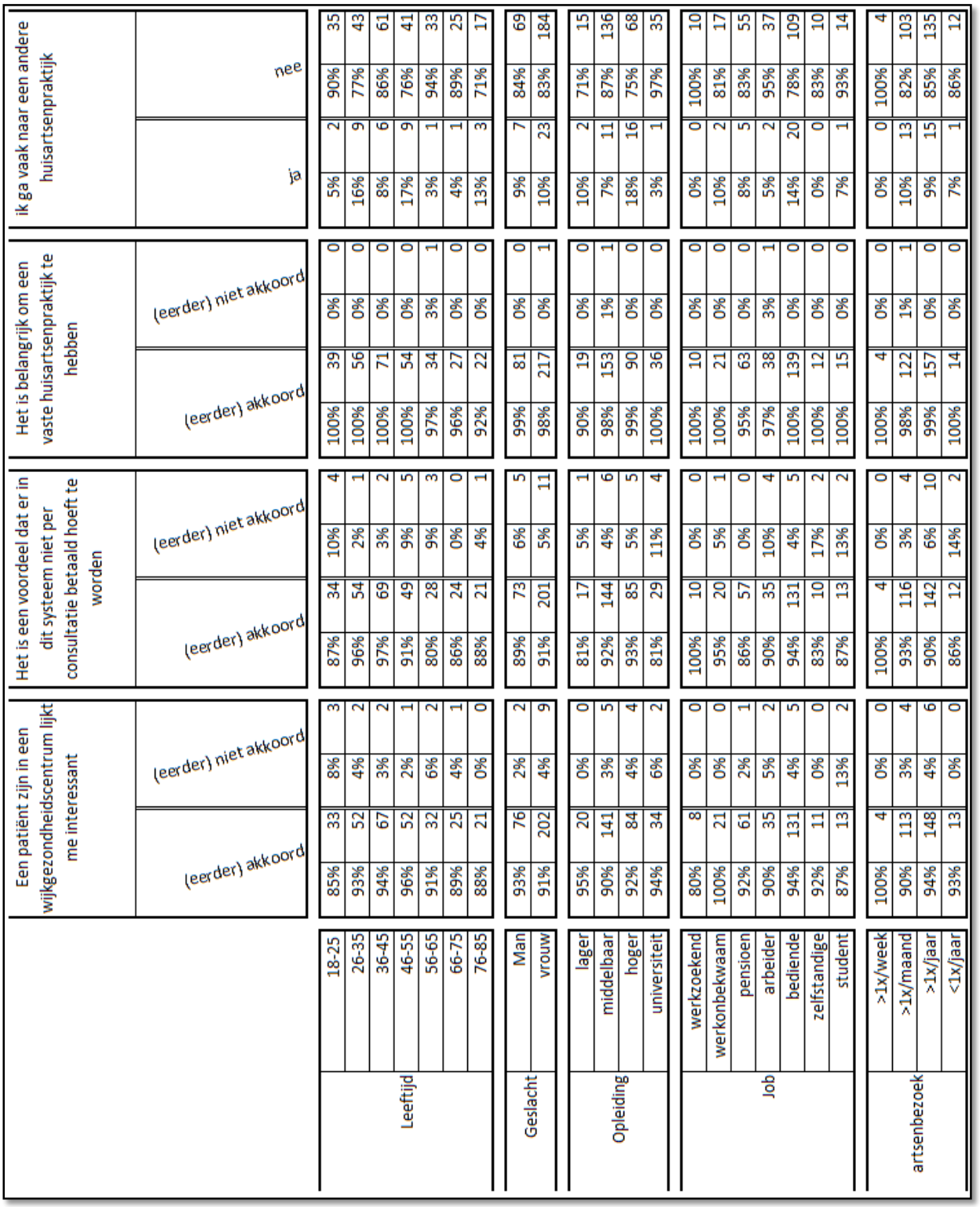



Inschrijvingsgebied: deelgemeentes Sint-Pieters en Christus Koning, binnen het werkingsgebied

Bron kaart: Esri, GEBCO, NOAA, National Geographic, DeLorme, HERE, Geonames.org en andere

## Bijlage 3. Vragenlijsten

Patiënten



| | | Een patiënt zijn in een wijkgezondheidscentrum lijkt me interessant | | | | Het is een voordeel dat er in dit systeem niet per consultatie betaald hoeft te worden | | | | Het is belangrijk om een vaste huisartsenpraktijk te hebben | | | | ik ga vaak naar een andere huisartsenpraktijk | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | (eerder) akkoord | | (eerder) niet akkoord | | (eerder) akkoord | | (eerder) niet akkoord | | (eerder) akkoord | | (eerder) niet akkoord | | ja | | nee | |
| Leeftijd | 18-25 | 85% | 33 | 8% | 3 | 87% | 34 | 10% | 4 | 100% | 39 | 0% | 0 | 5% | 2 | 90% | 35 |
| | 26-35 | 93% | 52 | 4% | 2 | 96% | 54 | 2% | 1 | 100% | 56 | 0% | 0 | 16% | 9 | 77% | 43 |
| | 36-45 | 94% | 67 | 3% | 2 | 97% | 69 | 3% | 2 | 100% | 71 | 0% | 0 | 8% | 6 | 86% | 61 |
| | 46-55 | 96% | 52 | 2% | 1 | 91% | 49 | 9% | 5 | 100% | 54 | 0% | 0 | 17% | 9 | 76% | 41 |
| | 56-65 | 91% | 32 | 6% | 2 | 80% | 28 | 9% | 3 | 97% | 34 | 3% | 1 | 3% | 1 | 94% | 33 |
| | 66-75 | 89% | 25 | 4% | 1 | 86% | 24 | 0% | 0 | 96% | 27 | 0% | 0 | 4% | 1 | 89% | 25 |
| | 76-85 | 88% | 21 | 0% | 0 | 88% | 21 | 4% | 1 | 92% | 22 | 0% | 0 | 13% | 3 | 71% | 17 |
| Geslacht | Man | 93% | 76 | 2% | 2 | 89% | 73 | 6% | 5 | 99% | 81 | 0% | 0 | 9% | 7 | 84% | 69 |
| | vrouw | 91% | 202 | 4% | 9 | 91% | 201 | 5% | 11 | 98% | 217 | 0% | 1 | 10% | 23 | 83% | 184 |
| Opleiding | lager | 95% | 20 | 0% | 0 | 81% | 17 | 5% | 1 | 90% | 19 | 0% | 0 | 10% | 2 | 71% | 15 |
| | middelbaar | 90% | 141 | 3% | 5 | 92% | 144 | 4% | 6 | 98% | 153 | 1% | 1 | 7% | 11 | 87% | 136 |
| | hoger | 92% | 84 | 4% | 4 | 93% | 85 | 5% | 5 | 99% | 90 | 0% | 0 | 18% | 16 | 75% | 68 |
| | universiteit | 94% | 34 | 6% | 2 | 81% | 29 | 11% | 4 | 100% | 36 | 0% | 0 | 3% | 1 | 97% | 35 |
| Job | werkzoekend | 80% | 8 | 0% | 0 | 100% | 10 | 0% | 0 | 100% | 10 | 0% | 0 | 0% | 0 | 100% | 10 |
| | werkonbekwaam | 100% | 21 | 0% | 0 | 95% | 20 | 5% | 1 | 100% | 21 | 0% | 0 | 10% | 2 | 81% | 17 |
| | pensioen | 92% | 61 | 2% | 1 | 86% | 57 | 0% | 0 | 95% | 63 | 0% | 0 | 8% | 5 | 83% | 55 |
| | arbeider | 90% | 35 | 5% | 2 | 90% | 35 | 10% | 4 | 97% | 38 | 3% | 1 | 5% | 2 | 95% | 37 |
| | bediende | 94% | 131 | 4% | 5 | 94% | 131 | 4% | 5 | 100% | 139 | 0% | 0 | 14% | 20 | 78% | 109 |
| | zelfstandige | 92% | 11 | 0% | 0 | 83% | 10 | 17% | 2 | 100% | 12 | 0% | 0 | 0% | 0 | 83% | 10 |
| | student | 87% | 13 | 13% | 2 | 87% | 13 | 13% | 2 | 100% | 15 | 0% | 0 | 7% | 1 | 93% | 14 |
| artsenbezoek | >1x/week | 100% | 4 | 0% | 0 | 100% | 4 | 0% | 0 | 100% | 4 | 0% | 0 | 0% | 0 | 100% | 4 |
| | >1x/maand | 90% | 113 | 3% | 4 | 93% | 116 | 3% | 4 | 98% | 122 | 1% | 1 | 10% | 13 | 82% | 103 |
| | >1x/jaar | 94% | 148 | 4% | 6 | 90% | 142 | 6% | 10 | 99% | 157 | 0% | 0 | 9% | 15 | 85% | 135 |
| | <1x/jaar | 93% | 13 | 0% | 0 | 86% | 12 | 14% | 2 | 100% | 14 | 0% | 0 | 7% | 1 | 86% | 12 |

| | | het is goed dat voor bepaalde handelingen en aandoeningen de praktijkverpleegkundige patiënten mee behandelt | | | | het is een meerwaarde als mijn huisarts over mijn zorg kan overleggen met collega's en/of andere medewerkers | | | | het is belangrijk zelf een verpleegkundige te kunnen kiezen in het geval dat nodig zou zijn | | | | Als de praktijk overschakelt naar een wijkgezondheidscentrum schrijf ik me zeker in | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | (eerder) akkoord | | (eerder) niet akkoord | | (eerder) akkoord | | (eerder) niet akkoord | | (eerder) akkoord | | (eerder) niet akkoord | | ja | | nee | |
| Leeftijd | 18-25 | 82% | 32 | 10% | 4 | 92% | 36 | 3% | 1 | 77% | 30 | 15% | 6 | 85% | 33 | 10% | 4 |
| | 26-35 | 91% | 51 | 0% | 0 | 93% | 52 | 2% | 1 | 93% | 52 | 4% | 2 | 93% | 52 | 2% | 1 |
| | 36-45 | 86% | 61 | 8% | 6 | 96% | 68 | 0% | 0 | 89% | 63 | 6% | 4 | 92% | 65 | 1% | 1 |
| | 46-55 | 89% | 48 | 4% | 2 | 89% | 48 | 4% | 2 | 83% | 45 | 9% | 5 | 93% | 50 | 0% | 0 |
| | 56-65 | 91% | 32 | 6% | 2 | 94% | 33 | 3% | 1 | 91% | 32 | 6% | 2 | 91% | 32 | 3% | 1 |
| | 66-75 | 89% | 25 | 4% | 1 | 96% | 27 | 0% | 0 | 82% | 23 | 7% | 2 | 93% | 26 | 0% | 0 |
| | 76-85 | 79% | 19 | 0% | 0 | 88% | 21 | 0% | 0 | 75% | 18 | 13% | 3 | 75% | 18 | 4% | 1 |
| Geslacht | Man | 85% | 70 | 6% | 5 | 90% | 74 | 2% | 2 | 79% | 65 | 12% | 10 | 91% | 75 | 0% | 0 |
| | vrouw | 87% | 192 | 5% | 11 | 93% | 206 | 1% | 3 | 87% | 193 | 6% | 14 | 89% | 196 | 3% | 7 |
| Opleiding | lager | 71% | 15 | 0% | 0 | 76% | 16 | 0% | 0 | 62% | 13 | 19% | 4 | 76% | 16 | 5% | 1 |
| | middelbaar | 84% | 131 | 9% | 14 | 93% | 145 | 2% | 3 | 87% | 136 | 6% | 10 | 90% | 140 | 3% | 5 |
| | hoger | 90% | 82 | 2% | 2 | 91% | 83 | 2% | 2 | 88% | 80 | 4% | 4 | 89% | 81 | 1% | 1 |
| | universiteit | 97% | 35 | 0% | 0 | 100% | 36 | 0% | 0 | 83% | 30 | 17% | 6 | 97% | 35 | 3% | 1 |
| Job | werkzoekend | 80% | 8 | 10% | 1 | 100% | 10 | 0% | 0 | 100% | 10 | 0% | 0 | 90% | 9 | 0% | 0 |
| | werkonbekwaam | 81% | 17 | 14% | 3 | 95% | 20 | 0% | 0 | 95% | 20 | 5% | 1 | 100% | 21 | 0% | 0 |
| | pensioen | 88% | 58 | 2% | 1 | 94% | 62 | 0% | 0 | 82% | 54 | 9% | 6 | 89% | 59 | 2% | 1 |
| | arbeider | 87% | 34 | 10% | 4 | 92% | 36 | 8% | 3 | 92% | 36 | 5% | 2 | 97% | 38 | 3% | 1 |
| | bediende | 88% | 122 | 4% | 5 | 91% | 127 | 1% | 2 | 86% | 119 | 6% | 9 | 88% | 123 | 3% | 4 |
| | zelfstandige | 83% | 10 | 0% | 0 | 83% | 10 | 0% | 0 | 75% | 9 | 8% | 1 | 83% | 10 | 0% | 0 |
| | student | 93% | 14 | 7% | 1 | 100% | 15 | 0% | 0 | 73% | 11 | 27% | 4 | 87% | 13 | 13% | 2 |
| artsenbezoek | >1x/week | 75% | 3 | 25% | 1 | 100% | 4 | 0% | 0 | 75% | 3 | 25% | 1 | 100% | 4 | 0% | 0 |
| | >1x/maand | 82% | 102 | 8% | 10 | 93% | 116 | 2% | 2 | 88% | 110 | 6% | 8 | 91% | 114 | 3% | 4 |
| | >1x/jaar | 94% | 148 | 1% | 2 | 94% | 148 | 2% | 3 | 86% | 136 | 8% | 12 | 91% | 144 | 3% | 4 |
| | <1x/jaar | 86% | 12 | 7% | 1 | 93% | 13 | 0% | 0 | 79% | 11 | 14% | 2 | 79% | 11 | 0% | 0 |

Artsen

Waar zie je tegenop/wat vind je moeilijk bij de omschakeling naar een forfaitaire praktijk?

Waarom wil je omschakelen naar een forfaitaire praktijk? Waarom nu?

Hoe zal de praktijk er tegen eind 2016 volgens jou uitzien? Wat zal er veranderd zijn? Wat zal er hetzelfde gebleven zijn?

Wat hoop je dat de voordelen zullen zijn van een forfaitair systeem in jullie praktijk?

Wat zouden de nadelen kunnen zijn van een forfaitair systeem in jullie praktijk?

Medewerkers

Hoe werd je op de hoogte gebracht van de plannen rond de omschakeling naar een wijkgezondheidscentrum?

Welke vragen heb je nog rond die omschakeling?

Wat hoop je dat de voordelen zullen zijn van het werken in een wijkgezondheidscentrum?

Wat denk je dat de nadelen zullen zijn van het werken in een wijkgezondheidscentrum?

Welke concrete gevolgen denk je dat deze omschakeling zal hebben voor jouw functie binnen deze praktijk?

## Bijlage 4. Tijdsbesteding en takenpakket

Artsen

| TAKENPAKKET HUISARTSEN<br>Taakomschrijving | VOOR<br>min/week | NA<br>min/week | VERSCHIL<br>/ week |
|---|---|---|---|
| Administratie | 243 | 198 | - 45 min |
| Bijscholing | 131 | 97 | - 34 min |
| Consultatie | 1327 | 1125 | - 3u22 |
| Opleiding | 33 | 71 | + 38 min |
| Overleg | 146 | 187 | + 41 min |
| *... enkel artsen* | 0 | *153* | |
| *... met artsen en vpk* | 0 | *33* | |
| Praktijktaken | 71 | 112 | + 41 min |
| Vergadering | 67 | 97 | + 30 min |
| *... intern* | 0 | *71* | |
| *... extern* | 0 | *26* | |
| Wacht | 138 | 172 | + 34 min |
| Raad van Bestuur | 0 | 71 | + 1u11 |
| Huisbezoeken | 375 | 409 | + 34 min |
| Totaal | 42u11 | 42u19 | + 8 min |

Praktijkassistenten

| TAKENPAKKET PRAKTIJKASSISTENTEN<br>Taakomschrijving | VOOR<br>min/week | NA<br>min/week | VERSCHIL<br>/ week |
|---|---|---|---|
| Medisch materiaal afwassen, steriliseren | 150 | | - 2u30 |
| Elektronische brieven binnenhalen | 150 | 150 | |
| Arbeidsongevallen dossier opstellen, opsturen | 86 | 86 | |
| Bevallingen dossier opstellen, opsturen | 43 | 43 | |
| Stock bijhouden en bestellen | 33 | | - 33 min |
| Wachtzaal onderhouden | 50 | 50 | |
| Vaccins invoeren in vaccinet | 29 | 29 | |
| Betalingen controleren | 264 | 264 | |
| Getuigschriften verstrekte hulp verwerken | 93 | 93 | |
| Bakjes consultatieruimtes verwerken | 275 | 275 | |
| Inkomende post verwerken | 300 | 300 | |
| Afrekenen met patiënten | 300 | 150 | - 2u30 |
| Beheren huisbezoeken | 225 | 250 | + 25 min |
| Telefoon | 600 | 750 | + 2u30 |
| Opvragen en versturen van dossiers | 21 | 29 | + 7 min |
| Bijhouden geboortes en sterfgevallen | 5 | 5 | |
| Inschrijvingen | | 1770 | + 29u30 |
| Agenda verpleegkundigen | | 50 | + 50 min |

## Protocol

| mp11512 | Omschakeling van een klassieke groepspraktijk naar een wijkgezondheidscentrum : een analyse |
|---|---|

Student(en): Elise Debonne
Promotor: Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be - u0031684 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: monocentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is: praktijkverbeterend

**Bijkomende gegevens:**

Achtergrond:

Wijkgezondheidscentra zijn multidisciplinaire medische eerstelijnshuizen. De eerste wijkgezondheidscentra in Vlaanderen ontstonden in de jaren ’70 met als doel op wijkniveau eerstelijnszorg te bieden met speciale aandacht voor preventie en gezondheidspromotie, ook bij maatschappelijk kwetsbare groepen (Wijkgezondheidscentra, sd). Eind 2015 zijn er 24 wijkgezondheidscentra in Vlaanderen, waarvan geen enkel in West-Vlaanderen (Wijkgezondheidscentra V. v., sd).

Wijkgezondheidscentra moeten aan een aantal voorwaarden voldoen.
De zorg moet minstens verzekerd worden door een huisarts, een verpleegkundige en een medewerker. Deze laatste moet werkzaam zijn in een andere eerstelijns RIZIV-discipline, gezondheidspromotie of maatschappelijk werk.
Verder bakenen wijkgezondheidscentra een geografisch gebied af waarin zorg geboden wordt. De mogelijkheid tot inschrijving van patiënten hangt dus af van
hun verblijfplaats.
Een wijkgezondheidscentrum werkt bij voorkeur forfaitair. Dit betekent dat de zorgverleners per ingeschreven patiënten in de praktijk een maandelijks bedrag ontvangen van het RIZIV. Dit bedrag hangt af van allerhande factoren, zoals leeftijd, sociale status, aanwezigheid van ziekte of chronische ziekten... Dit bedrag is niet afhankelijk van de frequentie waarmee de patiënt consulteert. Technische prestaties vallen buiten het bedrag en worden verrekend met het derdebetalerssyteem.
Om de continuïteit van zorg te garanderen, verbinden de zorgverstrekkers van het centrum zich ertoe beschikbaar te zijn gedurende 10 uren per dag.
Een wijkgezondheidscentrum organiseert zich als een niet winstgevende organisatie met een Algemene vergadering en een Raad van Bestuur (Wijkgezondheidscentra V. v., sd).

In Vlaanderen werkt 40% van de huisartsen solo en 1⁄4 van de huisartsen heeft geen praktijkassistentie (B. Schoenmakers, 2014). In België blijft betaling per prestatie de meest

gangbare manier, maar het forfaitaire financieringssysteem is aan een opmars bezig (L. Annemans, 2008). Momenteel zijn ongeveer 3% van de Belgische patiënten ingeschreven in een forfaitair systeem voor eerstelijnszorg (J. De Maeseneer, 2014). Deze gegevens wijzen erop dat de meeste praktijken minder intra- en interdisciplinair werken dan wijk-gezondheidscentra. Ook hanteren de meeste praktijken een andere manier van betaling. Een omschakeling is dan ook een hele aanpassing.

In Brugge is er een praktijk met 4 voltijds werkende artsen, een haio en 2 praktijkassistenten die samen 50 uur per week werkzaam zijn. In de praktijk zijn ook een aantal uur per week 2 psychologen, een kinderpsycholoog, een diëtiste en een pedicure werkzaam. Het systeem van betaling per prestatie wordt gehanteerd. Deze praktijk plant een omschakeling naar een wijkgezondheidscentrum in 2016.

Vraagstelling:

1 Hoe verloopt de omschakeling van een klassieke groepspraktijk naar een WGC?
2 Wat is de impact van deze omschakeling op patiëntindicatoren, artsindicatoren en praktijkindicatoren?

In dit tweedelige onderzoek wordt enerzijds het proces van de omschakeling in deze Brugse praktijk beschreven en wordt anderzijds de impact op een aantal patiënt-, arts- en praktijkindicatoren gemeten. Deze indicatoren worden bepaald
op basis van een literatuuronderzoek en een bevraging van verwachtingen, bezorgdheden en drempels bij patiënten, medewerkers en artsen.

Methodologie:

Onderzoeksvraag en uitkomstmaten

De eerste onderzoeksvraag peilt naar het verloop van de omschakeling van een klassieke groepspraktijk naar een wijkgezondheidscentrum. Het proces van de omschakeling wordt beschreven en er worden praktische aanbevelingen voor een omschakeling naar een wijkgezondheidscentrum geformuleerd. Door middel van een vragenlijst wordt gepeild naar de drempels en verwachtingen en bezorgdheden bij de patiënten en de medische en paramedische medewerkers van huisartsenpraktijk De Brug.
In de tweede onderzoeksvraag wordt de impact van de omschakeling op een aantal arts-, patiënt- en pratkijkindicatoren bekeken. Er wordt gekeken naar de impact van de omschakeling op inkomsten van de artsen, het verloop van de inschrijvingen ten opzichte van het aantal GMD's in 2015 en de verandering in tijdsbesteding van de artsen en praktijkassistenten. Er wordt ook gekeken naar de rol van de coördinator en de praktijkverpleegkundigen binnen het wijkgezondheidscentrum. Deze indicatoren kunnen aangepast worden aan de hand van de drempels en verwachtingen die in de bevragingen in de eerste onderzoeksvraag naar boven komen.

Studiepopulatie

De bevraging naar drempels en verwachtingen wordt meegegeven aan alle wilsbekwame patiënten tussen 18 en 85 jaar die een GMD hadden in 2015 in huisartsenpraktijk De Brug. Ze krijgen deze vragenlijst mee met de informatiefolder die wordt uitgedeeld om de mensen te informeren rond de omschakeling. De vragenlijst kan ook via de website van de praktijk ingevuld worden en wordt online gepubliceerd samen met de informatie betreffende de omschakeling. De medische en paramedische medewerkers van de praktijk krijgen allemaal een vragenlijst.
Om een zicht te krijgen op het aantal GMD's in 2015 en de evolutie van het aantal inschrijvingen wordt gebruikt gemaakt van het elektronisch dossier van de praktijk. Om de tijdsbesteding van de verschillende medewerkers en de inkomsten van de artsen in te schatten, worden deze mensen voor en na de omschakeling geïnterviewed.

Vragenlijst

In de kwantitatieve vragenlijst voor de patiënten wordt gepeild naar sociodemografische gegevens (leeftijd, geslacht, gezinssituatie, opleiding, beroep, chronische ziekte), begrip van het concept wijkgezondheidscentrum en verwachtingen en bezorgdheden bij de omschakeling.
In de kwalitatieve vragenlijst voor de dokters worden de drempels en verwachtingen rond het omschakelen met open vragen bevraagd.
Bij de overige medewerkers wordt het begrip van het concept wijkgezondheidscentrum en verwachtingen en drempels bevraagd door middel van een kwalitatieve vragenlijst.

Referenties:

B. Schoenmakers, B. A. (2014). *De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering* (Vol. 12). Leuven: Tijdschr. voor Geneeskunde.
J. De Maeseneer, B. A. (2014). *Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!* Brussel.
L. Annemans, J. C. (2008). *Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. KCE reports 85A.* FOD Volksgezondheid en Sociale Zaken, Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Brussel.
Wijkgezondheidscentra, V. v. (sd). *Concept wijkgezondheisdcentrum*. Opgeroepen op december 22, 2015, van vwcg: www.vwcg.be
Wijkgezondheidscentra, V. v. (sd). *Geschiedenis*. Opgeroepen op december 22, 2015, van vwgc: www.vwgc.be
Wijkgezondheidscentra, V. v. (sd). *Waar*. Opgeroepen op december 22, 2015, van vwgc: www.vwgc.be

## Goedkeuring ethische commissie

**From:** Martine Goossens <martine.goossens@med.kuleuven.be>
**Sent:** Wednesday, March 23, 2016 5:28 PM
**To:** Birgitte Schoenmakers
**Cc:** Elise Debonne
**Subject:** Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Omschakeling van een klassieke groepspraktijk naar een wijkgezondheidscentrum : een analyse" (mp11512)

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Omschakeling van een klassieke groepspraktijk naar een wijkgezondheidscentrum : een analyse" 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 "Omschakeling van een klassieke groepspraktijk naar een wijkgezondheidscentrum : een analyse" 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.)