Groepspraktijk starten: wat zijn de drempels?

Implementatie van een e-learning

Katrien Bollen, K.U.Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, K.U.Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUD

DANKWOORD 3
ABSTRACT 4
VOORWOORD 5
INLEIDING 6
METHODE 7
RESULTATEN 9
DISCUSSIE 12
BESLUIT 21
REFERENTIES 23
BIJLAGEN 24

DANKWOORD

Bij dezen wil ik iedereen bedanken die aan dit onderzoek heeft meegeholpen. In het bijzonder wil ik mijn promotor professor Dr. Birgitte Schoenmakers bedanken voor haar enorm goede begeleiding en nuttige tips. Maar ook mijn praktijkopleiders verdienen een dank voor het motiveren en stimuleren. Daarnaast bedank ik iedereen die praktische tips heeft gegeven om de e-learning vorm te geven. En tenslotte bedankt aan allen die de tijd hebben genomen om deel te nemen aan de vragenlijsten.

ABSTRACT

Titel: 'Beproevingen bij het opstarten van huisartsengroepspraktijken. Invloed van een e-learning.'
HAIO: Katrien Bollen
2014-2016 K.U.Leuven
Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers
PO: Dr. Annemie Claes en Dr. Michel Bollen
Contact: katrien.bollen@outlook.com

Context: Het opstarten in een groepspraktijk verloopt niet altijd even eenvoudig. In het verleden werden al verschillende moeilijkheden aangewezen, zoals spanningen in de groep en een gebrek aan financiële tegemoetkomingen. Toch groeit het aantal groepspraktijken.

Onderzoeksvragen:
1. Welke drempels worden verondersteld of ervaren door huisartsen en HAIO's bij het opstarten van een groepspraktijk?
2. Wat is de invloed van een e-learning op deze drempels?

Methode: Het onderzoek betreft een observationeel beschrijvend onderzoek met secundair een interventie. Het observationeel beschrijvend onderzoek brengt de drempels in kaart die huisartsen kunnen ervaren bij het opstarten van groepspraktijken. Deze informatie werd omgevormd in een e-learning met leermodules die aansluiten bij de mogelijke drempels. Dan werd een interventie gedaan bij huisartsen en HAIO's. De interventie bestond uit een voormeting, het doorlopen van de e-learning en een nameting.
De voormeting toetst de drempels die huisartsen ervaren of veronderstellen bij het opstarten in een groepspraktijk en biedt een antwoord op de eerste onderzoeksvraag. De nameting gaat na welk nut het doorlopen van de e-learning heeft op die drempels en biedt een antwoord op de tweede onderzoeksvraag.

Resultaten: De belangrijkste drempels die naar voor geschoven worden zijn de in- en uitstapregeling, de tijdsinvestering die nodig is voor het opstarten van groepspraktijken en de verdeling van inkomsten en uitgaven binnen de praktijk. Als extra nota geven verschillende artsen aan dat afspraken maken, visies op elkaar afstemmen en compromissen sluiten met collega's een moeilijk aspect blijft in de samenwerking.
De e-learning blijkt een drempelverlagend effect te hebben, maar werkt de drempel niet noodzakelijk weg.

Conclusie: Er zijn verschillende moeilijkheden bij het opstarten van groepspraktijken waar rekening mee gehouden moet worden. De regeling rond instappen en uitstappen, de tijdsinvestering, maar ook het verdelen van inkomsten en uitgaven in de praktijk en het maken van onderlinge afspraken blijken heikele punten te zijn. Een e-learning is een goede methode om informatie aan te bieden over deze moeilijkheden, maar moet aangeboden worden aan het juiste publiek en op het juiste moment. Vooral artsen die in groep werken en huisartsen in opleiding blijken geïnteresseerd. Een positief aspect van de e-learning is dat de inhoud kan aangepast en uitgebreid worden aan de noden van de lezer.

Trefwoorden: Drempel, groepspraktijk, e-learning

VOORWOORD

Tijdens mijn eerste jaar als huisarts in opleiding (HAIO) ben ik opgeleid in een vlot draaiende groepspraktijk. Hier heb ik enkele aspecten gezien die het reilen en zeilen van de praktijk bevorderden. Echter ook enkele valkuilen vielen me op.
Wetende dat ik mijn tweede opleidingsjaar zou starten bij een praktijkopleider die voordien werkte als solo-arts, nam ik zowel de positieve punten als de valkuilen mee in mijn achterhoofd.
Het plan om te associëren en een groepspraktijk te starten was reeds besproken. Samen met mijn praktijkopleider heb ik er baat bij te zoeken naar de ideale manier om een groepspraktijk op te richten. Maar ook in mijn omgeving zie ik meer en meer groepspraktijken ontspringen.
Voor alle startende artsen in groepspraktijken en alle artsen die reeds in een groepspraktijk actief zijn wil ik graag de moeilijkheden in kaart brengen en informatie aanbieden die artsen kunnen gebruiken om hun weg naar een goede groepspraktijk te faciliteren.

INLEIDING

Het is een trend: de laatste jaren ontstaan er meer groepspraktijken in de huisartsgeneeskunde. Meer en meer solo-artsen raken gemotiveerd om zich te organiseren. In 1960 schrijft Buma in 'Huisarts en wetenschap' het eerste artikel over groepspraktijken. In die tijd werden de eerste groepspraktijken in Nederland opgericht. Driekwart van de huisartsen in Engeland werkt dan al in een groepspraktijk.[1]
Na 1977 stagneert de verdere ontwikkeling van groepspraktijken. Een gebrek aan financiële tegemoetkoming voor onder andere praktijkassistentie ligt aan de basis, maar ook spanningen in de groep spelen een rol. Na de intrede van het elektronisch medisch dossier in 1990 komt het gesprek over telefoonassistentie en taakdelegatie terug op gang.[2]

Op dit moment organiseert de overheid tegemoetkomingen om de loonkosten van werknemers in huisartsengroepspraktijken mee te dragen, alsook om mee de kosten van het administratief beheer van de medische praktijk te dekken (Impulseo II en Impulseo III).[3]
Op die manier bestaan er meer mogelijkheden voor huisartsen om zich te organiseren in groep. Zo kan er gedacht worden aan de voordelen ervan, zoals taakdelegatie, samen kosten delen voor een secretariaat, intercollegiale feedback en vrije tijd voor de huisarts, zonder dat de continuïteit van zorg hiervoor moet inboeten.[4]

Maar het verhaal eindigt niet bij het financiële plaatje. Er zijn tal van andere, soms vermeende, factoren die voor huisartsen een vlotte vorm van samenwerking verhinderen. In het handboek 'Praktijkmanagement voor de huisarts' wordt een uiteenzetting gegeven van verschillende aspecten die in rekening gebracht moeten worden voor een goed praktijkbeheer. [5] Het is niet evident om van een vertrouwde werksetting over te schakelen naar een nieuwe vorm van werken en zowel infrastructuur als ideeën en beslissingen te delen.

De vraag rijst wat de moeilijkheden en barrières blijken te zijn bij het vormen van groepspraktijken. De volgende onderzoeksvragen worden geformuleerd:

1. Welke drempels worden verondersteld of ervaren door huisartsen en huisartsen in opleiding bij het vormen van groepspraktijken?

2. Wat is de invloed van een e-learning op deze drempels?

METHODE

Het onderzoek wordt uitgevoerd als een observationeel beschrijvend onderzoek, en secundair een interventie zonder controlegroep.

Observationeel beschrijvend onderzoek

Het observationeel beschrijvend onderzoek peilt naar de drempels die huisartsen kunnen ervaren bij het opstarten van groepspraktijken. Deze informatie wordt weergegeven in een e-learning.

Interventie

De interventie gebeurde bij huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO's). De interventie bestond uit het doorlopen van de e-learning 'Beproevingen bij het opstarten van huisartsengroepspraktijken' met een voormeting en een nameting over drempels bij het opstarten van een samenwerking.

Voormeting

<u>Primaire onderzoeksvraag: Welke drempels worden verondersteld of ervaren door huisartsen en huisartsen in opleiding?</u>

Na de goedkeuring door de ethische commissie werden 125 huisartsen en HAIO's via e-mail gerekruteerd. Hen werd gevraagd om in te loggen op 'Sofialearn' met een account dat werd meegedeeld in de e-mail.

Sofia is een online, elektronisch, interactief leerplatform ontwikkeld op maat van de student en van de professioneel. Het bevat leermodules die opgebouwd worden rond tekst- en beeldmateriaal, in dit geval het tekstmateriaal van het handboek 'Praktijkmanagement voor de huisarts'.
Flashcards, afbeeldingen , interactie met vraag- en antwoordmogelijkheden, discussiefora en koppelingen naar e-prints van het cursusmateriaal kunnen ingebouwd worden. Het platform werd ontwikkeld door ACCO-uitgeverij in nauwe samenwerking met het Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (ACHG).

In een eerste stap werd gevraagd om de vragenlijst met de voormeting in te vullen. De vragenlijst werd aangeboden via een website 'http://www.enquetemaken.be'.
Met deze vragenlijst worden de drempels in kaart gebracht die de arts kan ervaren bij het starten in een groepspraktijk (zie bijlage 1).

De bevraagde drempels in de voormeting zijn opgesteld aan de hand van het handboek 'Praktijkmanagement voor de huisarts' en gaan over: praktijkvormen, financiën, communicatie, samenwerking, praktijkondersteuning, taakdelegatie, IT, infrastructuur, in-en uitstapregeling.[5]
De e-learning module werd opgesteld met behulp van de hoofdstukken uit het handboek: 'Praktijkvormen en contracten: een onontwarbaar kluwen?', 'Communicatie, overleg en afspraken: de weg naar een vlotte samenwerking', 'Praktijkondersteuning voor de huisartsen: het aanwerven van praktijkassistentie', 'Taakdelegatie voor dummies', 'Praktijkgebouw en inrichting', 'Elektronisch medisch dossier in de praktijk' en 'Sociaal statuut en persoonlijke financiën'.
De problematiek die aan bod komt in deze hoofdstukken werd gereorganiseerd in leermodules. De titels van deze modules werden genoemd naar mogelijke drempels die zich bij huisartsen kunnen voordoen bij het starten van groepspraktijken en naar analogie met de vragen gesteld in de voormeting. Finaal werden volgende modules (en dus mogelijke drempels) ontworpen: 1. Welke vorm van groepspraktijk kies ik best? 2. De kosten van een groepspraktijk. 3. Inkomsten, onkosten en verdeling in een groepspraktijk. 4. Groepspraktijken: een grote tijdsinvestering. 5. Wat met architectuur en infrastructuur? 6. Instap en uitstap? 7. Welk elektronisch medisch dossier? 8. Het aanwerven van praktijkassistentie. 9. Extra: sociaal statuut en persoonlijke financiën.

Nameting

<u>Secundaire onderzoeksvraag: Wat is de invloed van een e-learning op deze drempels?</u>

In de nameting werd bevraagd wat de impact van deze e-learning op de drempels kon betekenen. Deze vragenlijst werd ook aangeboden via http://www.enquetemaken.be/. Deze vragenlijst werd in de laatste module toegevoegd aan de e-learning (zie bijalge 2).

RESULTATEN

Primaire onderzoeksvraag: Welke drempels worden verondersteld of ervaren door huisartsen en huisartsen in opleiding?

Setting

Van de 125 huisartsen en HAIO's die werden aangeschreven zijn er achttien die op dit verzoek zijn ingegaan. De overgrote meerderheid (89%) van deze artsen werkte reeds in een groepspraktijk. Het aantal huisartsen en HAIO's waren ongeveer evenredig verdeeld (respectievelijk 56% en 44%).

Drempels

Wat betreft de drempels vinden de meeste artsen (67%) dat de in- en uitstapregeling een belangrijk obstakel is bij het opstarten van groepspraktijken (zie tabel 1). Dit item wordt zowel bij huisartsen als bij HAIO's het vaakst als drempel aangeduid.
Daarnaast vinden ook veel artsen (61%) dat het een grote tijdsinvestering is om hiermee te beginnen. Dit is echter een punt dat vooral door huisartsen wordt aangegeven (90%) en minder door HAIO's (25%).
Ook vindt ongeveer de helft van alle artsen dat de verdeling van inkomsten en uitgaven binnen de praktijk een moeilijk punt is en dat er te weinig 'know how' over architectuur en infrastructuur bestaat (respectievelijk 56% en 50%).
Iets minder dan de helft vindt de kostprijs een hindernis (44%). Ook dit is een punt dat eerder door huisartsen dan door HAIO's wordt aangegeven als drempel.
Daarna volgt de aanwerving van de praktijkassistentie. 39% van de huisarts geeft dit aan als drempel, een minderheid van hen is HAIO.
De keuze van elektronisch medisch dossier en vorm van groepspraktijk worden het minst vaak als drempel aangegeven: respectievelijk 11% en 28% van de artsen duidt dit aan.
Tenslotte is opvallend dat sommige artsen een extra nota geven. Zo zijn er drie artsen die aangeven dat het moeilijk blijft om visies op mekaar af te stemmen, dat het niet altijd gemakkelijk is om compromissen te sluiten en iemand te vinden in dezelfde regio waarmee dit kan. Terwijl twee andere artsen net aangeven dat een groepspraktijk een ideale werkomgeving is om compromissen te sluiten en om een goed evenwicht te vinden tussen

werk- en privéleven, zeker voor een vrouwelijke huisarts.

Omdat er maar twee huisartsen actief in solo-praktijken de vragenlijst hebben ingevuld, is het moeilijk om verschillen te bespreken tussen artsen in groepspraktijk en artsen actief als solist.

Drempel	Aantal huisartsen n=18	Aantal gevestigde huisartsen n=10	Aantal HAIO's n=8	Aantal artsen in groepspraktijk n=16	Aantal artsen in solo-praktijk n=2
In- en uitstapregeling	**67% (12)**	70% (7/10)	63% (5/8)	75% (12/16)	0% (0/2)
Het is een grote tijdsinvestering om op te starten	**61% (11)**	90% (9/10)	25% (2/8)	63% (10/16)	50% (1/2)
De verdeling van inkomsten en uitgaven binnen de praktijk	**56% (10)**	60% (6/10)	50% (4/8)	56% (9/16)	50% (1/2)
De 'know how' over architectuur en infrastructuur	**50% (9)**	40% (4/10)	63% (5/8)	50% (8/16)	50% (1/2)
Het kost veel geld	**44% (8)**	60% (6/10)	25% (2/8)	50% (8/16)	0% (0/2)
Aanwerven van praktijkassistentie: hoe en waarom?	**39% (7)**	50% (5/10)	25% (2/8)	44% (7/16)	0% (0/2)
Het is moeilijk om te kiezen welke vorm van groepspraktijk op te starten	**28% (5)**	20% (2/10)	38% (3/8)	31% (5/16)	0% (0/2)
Keuze EMD	**11% (2)**	10% (1/10)	13% (1/8)	13% (2/16)	0% (0/2)

Tabel 1: De drempels die artsen ondervinden bij het starten van groepspraktijken in volgorde van 'vaakst voorkomend'. Vergelijking tussen gevestigde huisartsen vs. HAIO's. Vergelijking tussen huisartsen actief in groepspraktijk vs. artsen in solo-praktijk.

Secundaire onderzoeksvraag: Wat is de invloed van een e-learning op deze drempels?

Er waren minder artsen die de nameting invulden: slechts tien artsen beantwoordden de vragen ook na het doorlopen van de modules. Van hen vond bijna iedereen de e-learning nuttig. Slechts één persoon geeft te kennen dat hij/zij de e-learning niet nuttig vond. Vervolgens zegt 60% dat na het doorlopen van deze e-learning de aangeduide drempels ook zijn weggewerkt (zie bijlage 3).
Aan het eind van deze bevraging werd gevraagd een korte toelichting te geven. Deze nota's kunnen ruw ingedeeld worden in drie categorieën. Ten eerste geven twee artsen aan dat de materie nu wel beter bespreekbaar is, dat dit een goed overzicht biedt over mogelijke vragen en problemen die zich stellen bij de overgang naar een groepspraktijk. Ten tweede zijn er twee artsen die verklaren dat de theoretische kennis nu wel is aangescherpt, maar dat het in de praktijk nog steeds een grote stap veronderstelt om dit te ondernemen en dat deze e-learning informatie kan bieden om naar terug te grijpen. Ten derde geven twee artsen aan dat het onderwerp "onderlinge afspraken en overleg met collega's" een moeilijk aspect blijft.

DISCUSSIE

Primaire onderzoeksvraag

Op de primaire onderzoeksvraag is het antwoord veelzijdig. Er zijn meerdere aspecten die huisartsen en HAIO's aangeven als drempel bij het opstarten van een huisartsengroepspraktijk.

In- en uitstap

De in- en uitstapregeling is blijkbaar het moeilijkste punt. Zowel huisartsen als HAIO's duiden dit het vaakst als drempel aan.
Wat betreft de betaling van een instapsom is informatie over courante regelingen te vinden in de e-learning.
In sommige gevallen kan een instapkost betalen logisch lijken. De collega's waarmee geassocieerd wordt staan ook een deel van hun inkomen af door te associëren.
Ook kan een instapkost een manier zijn om gelijkwaardigheid te creëren tussen collega's.
Maar niet alle artsen vinden het betalen van een instapsom nog gewenst of haalbaar.
Blijkbaar zijn er artsen die vinden dat deze gelijkwaardigheid ook op andere manieren verworven kan worden, bijvoorbeeld door samen te investeren of kosten te delen.[6]
HAIO's hebben tegenwoordig ook de mogelijkheid om zelf een patiëntenbestand op te bouwen, hoewel ook dit niet makkelijk is. Het starten van een nieuwe huisartsenpraktijk van nul af aan blijft een proces van langzaam opbouwen. Patiënten blijven vaak trouw aan hun huisarts en wisselen niet zo snel.
Wanneer geen instapkost betaald wordt, kan het zijn dat er onvoldoende werk is voor de toetreder. [5-6]
Verder blijkt dat bij instap de meeste artsen een voorkeur hebben voor een proefperiode van zes maanden tot één jaar. De onkostenverdeling tijdens een proefcontract zou dan mogen verschillen van deze tijdens de vaste associatie.[6]

Uitstapkosten worden nog zelden betaald. De uitstapkost is een soort van vergoeding voor achtergelaten goodwill, betaald door de achtergebleven associés aan de arts die de praktijk verlaat. Bij het uitstappen laat die arts immers een patiëntenbestand achter. Mogelijke

scenario's van het betalen van uitstapkosten zijn terug te vinden in de e-learning.
In nieuwe associatieovereenkomsten wordt dikwijls van meet af aan gestipuleerd dat geen uitstapsommen betaald worden aan de associé die zijn activiteit stopzet. Dit responsabiliseert de associés en kan hen ervan weerhouden om bij de geringste perikelen te stoppen.[5]
Het uitkopen van de vertrekkende collega uit het praktijkgebouw kan in bepaalde gevallen wel noodzakelijk zijn, wat op zich ook een vorm van uitstapsom kan vormen.[6]

Tijdsinvestering en samenwerken

Het tweede item dat het vaakst naar voor komt is de grote tijdsinvestering die nodig is voor het opstarten van groepspraktijken. Het zijn echter vooral de huisartsen en minder de HAIO's die dit aanwijzen als drempel. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat HAIO's de tijd onderschatten die nodig is voor het organiseren van een groepspraktijk. Anderzijds zou het ook een mogelijkheid kunnen zijn dat HAIO's die aan het eind van hun opleiding zijn, gedurende hun stages ervaringen hebben kunnen opdoen omtrent groepspraktijken, waardoor ze denken beter voorbereid zijn om te kunnen starten met een groepspraktijk.
Het zou dan ook interessant zijn om dit item verder uit te klaren.
Onder de module 'Tijdsinvestering' zijn twee hoofdstukken terug te vinden: enerzijds een hoofdstuk dat handelt over de weg naar een goede samenwerking, anderzijds een hoofdstuk over taakdelegatie. Achteraf bekeken zou het beter zijn geweest om deze hoofdstukken op te splitsen in twee aparte modules en ze apart als drempel te bevragen, zo zou een preciezer beeld van de moeilijkheid beschreven kunnen worden. Uit de voormeting blijkt dan ook dat naast het vaak naar voren schuiven van de drempel 'tijdsinvestering', artsen ook vaak opmerken dat de samenwerking zelf nog steeds moeilijk blijft.
Visies op mekaar afstemmen, compromissen sluiten, afspraken maken,… Dit is een fenomeen dat in het verleden al beschreven werd, maar blijkbaar nog steeds blijft bestaan.[2]
In de module 'Tijdsinvestering' wordt hier dieper op ingegaan in het eerste hoofdstuk 'Afspraken maken: een weg naar vlotte samenwerking'. Er wordt informatie gegeven over het opstellen van een beleidsplan en een visie, het vastleggen van overlegmomenten, continuïteit van zorg en taakverdeling. Uit de literatuur blijkt dat artsen de mogelijkheid tot overleg zeer belangrijk vinden in samenwerkingsverband. Artsen die melden dat ze een

positieve ervaring hebben met groepspraktijken, blijken ook positief terug te kijken op de communicatie in deze praktijken. Omgekeerd melden artsen die een slechte ervaring hebben met groepspraktijken ook dat ze negatief terugblikken op de communicatie daar.[6]
Anderzijds blijken artsen de balans tussen privéleven en werk, alsook het sociaal contact in een associatie een belangrijke factor te vinden.[6] Grouwels D, Heyrman J en Goedhuys J hebben een tienstappenplan ontworpen als praktisch werkinstrument voor huisartsen die willen samenwerken (zie bijlage 4). Ook hier komen weer dezelfde aspecten aan bod: een persoonlijke en gemeenschappelijke visie, een missie, het inventariseren en verdelen van taken, het plannen van overlegmomenten, werk- en vakantiedagen, communicatie naar patiënten.[7]
Ook al vraagt overleg energie en tijd, het is duidelijk een belangrijk punt om de samenwerking te doen slagen. Het is dan ook van belang om te leren deze tijd zo efficiënt mogelijk te spenderen. Met een goede voorbereiding en het definiëren van randvoorwaarden is het halve werk vaak al verricht. De e-learning tracht hierbij te helpen.

De verdeling van inkomsten en uitgaven

De verdeling van inkomsten en uitgaven wordt door ongeveer de helft van de artsen als drempel benoemd, dit zien we zowel bij huisartsen als bij HAIO's.
In een groepspraktijk kan enerzijds gewerkt worden voor eigen rekening, anderzijds kan dit met een pooling van inkomsten . Hier zouden voordelen aan verbonden zijn zoals een verminderde concurrentie, een lagere prestatiedruk, collega's die zich bezighouden met niet-betaalde nevenactiviteiten worden financieel minder benadeeld. Maar de verdeling achteraf verloopt niet altijd eenvoudig.[6] De inkomsten kunnen achteraf op verschillende manieren verdeeld worden op basis van gelijke delen, op basis van activiteitsgraad, van inbreng of via een gemengd systeem.[5]
Blijkbaar verkiest de meerderheid van de artsen een pooling van de forfaitaire bijdragen, om zo concurrentie tussen collega's tegen te gaan. Vervolgens zouden ze deze inkomsten het liefst verdeeld zien volgens activiteitsgraad. Sommige artsen zouden ze liever gebruiken om de kosten te dekken. Er zou weinig interesse zijn voor pooling van prestaties. Dit zou een administratieve last vergen en het zou zorgen voor een verminderde flexibiliteit van werkroosters: telkens een associé zijn werkplanning verandert moet de verdeling herbekeken

worden.[6]

Ook de onkosten kunnen op verschillende manieren verdeeld worden. Belangrijk is dat op voorhand hier duidelijke afspraken over gemaakt worden. Ten eerste is er de verdeling volgens omzet: wie meer verdient, maakt meer gebruik van voorzieningen en betaalt dan ook meer kosten. Ten tweede is er de mogelijkheid om de onkosten te verdelen op basis van de aard van de kosten (gebouw, telefoon, materiaal, personeel). Naargelang de aard van de kost wordt een bepaald systeem voorzien. Zo kunnen bijvoorbeeld de kosten met betrekking tot het praktijkgebouw (huur, water, elektriciteit,…) verdeeld worden volgens de bezetting van de lokalen, maar telefoniekosten volgens omzet.
Daarnaast kunnen afspraken rond kostenverdeling naargelang de soort associatie: kleine associaties versus grote associaties, een woning van een associé of een afzonderlijk gebouw,….
Ten slotte moet rekening gehouden worden met wat met de onkosten moet gebeuren bij de werkongeschiktheid van een collega.[5]

Architectuur en infrastructuur

De helft van alle huisartsen en alle HAIO's geeft aan dat een beperkte kennis over architectuur en infrastructuur een drempel is bij het opstarten van groepspraktijken. In de e-learning wordt informatie aangeboden in een aparte module.
Het is per ruimte belangrijk om drie dingen na te gaan: 1. Wat is het doel van de ruimte? 2. Welke elementen zijn absoluut noodzakelijk in deze ruimte? 3. Hoe wordt dit praktisch aangepakt?
Om hier een antwoord op te bieden wordt eerst een overzicht van 'tien geboden' besproken voor het gebouw globaal. Hier wordt de sfeer, uitstraling en privacy besproken, alsook de toegankelijkheid voor personen met een handicap, de functionaliteit van ruimtes, comfort, ecologie en onderhoud, rustige versus onrustige zones met hun looplijnen die best zo kort mogelijk gehouden worden en hygiëne van het gebouw.
Daarna wordt hier per ruimte dieper op in gegaan. De besproken ruimtes zijn de balie, de frontoffice, de backoffice, de wachtruimte, de spreek- en onderzoeksruimte, het lab, de vergaderzaal, de HAIO-ruimte, de berging, het archief, de keuken, toiletten en de lift. [5]

De kostprijs

Hoewel de overheid via Impulseo II en Impulseo III financiële tegemoetkomingen voorziet om de loonkosten van werknemers in huisartsengroepspraktijken te verlichten en om de kosten van het administratief beheer van de medische praktijk mee te dragen, duidt nog steeds bijna de helft van de artsen aan dat de kostprijs van een groepspraktijk een hindernis vormt bij het opstarten van een groepspraktijk. [3] Ook dit is een punt dat eerder door huisartsen dan door HAIO's wordt aangegeven. Het zou kunnen dat HAIO's de kostprijs voor het oprichten onderschatten. Anderzijds zou een mogelijke verklaring kunnen zijn dat startende artsen hier een hogere kostprijs voor over hebben. Daarnaast is het mogelijk dat de verschillende artsen de kostprijs op verschillende manieren geïnterpreteerd hebben. Het zou dus nuttig kunnen zijn om deze kostprijs verder te specifiëren zodat achterhaald kan worden waar precies weerstand ontstaat: bij gebouw-gerelateerde kosten of eerder bij personeelskosten. In de e-learning wordt ingegaan op de soort kosten die ontstaan in de praktijk, met de mogelijke tegemoetkomingen.

Het aanwerven van praktijkassistentie

Het aanwerven van praktijkassistentie lijkt voor een minderheid van de artsen een belangrijke hindernis te zijn. Omdat het hoofdstuk hieromtrent ook terug te vinden is onder de module 'Tijdsinvestering' moet dit resultaat met omzichtigheid geïnterpreteerd worden. Dit laatste werd namelijk als een van de belangrijkste drempels beschouwd. Zoals hierboven beschreven zou het dan ook beter geweest zijn om de module op te splitsen in twee hoofstukken.

Het aanwerven van prakijkassistentie bestaat uit twee aspecten: enerzijds is er de moeilijke materie over het profiel van de praktijkassistent (PA) zelf, anderzijds moet geweten worden hoe het proces van de aanwerving verloopt. De aanwerving bestaat uit het opstellen van een functieprofiel en daarna de vacature. Vervolgens kan het solliciteren zelf starten en wordt het contract opgesteld. Hoe dit precies in zijn werk gaat wordt stap voor stap uitgelegd in de e-learning.

Het profiel van de praktijksassistent zit moeilijker in elkaar. De Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) definieert de praktijkassistent als: 'Iemand die in staat voor de

ondersteuning van de organisatie, voorbereiding, uitvoering en afronding van zorgverlening binnen de eerstelijnszorg in al zijn mogelijke praktijkvormen, zodat de huisarts en andere eerstelijnszorgverstrekkers de individuele consultaties en overige interventies efficiënter kunnen uitvoeren en zich kunnen focussen op hun kerntaken.' Bijgevolg kan worden samengevat dat de praktijkassistent een medewerker is in de huisartsenpraktijk, die geen arts is en instaat voor de ondersteuning, op welke manier dan ook.
De praktijkassistent wordt best aangeworven als een werknemer met een bediendencontract. Hij/zij heeft dan ook recht op een loon, vakantiedagen en een gewaarborgd inkomen bij ziekte. De arts die werkgever wordt krijgt een aantal verplichtingen: hij zal zich moeten aanmelden bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ), bij Dimona, bij de arbeidsongevallenverzekering, de kas voor jaarlijkse vakantie, het kinderbijslagfonds en bij de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk. [5]
Voor het betalen van de PA bestaan een aantal tegemoetkomingen. Impulseo II en Impulseo III komen, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan, tussen in de loonkosten voor de praktijkassistent. Impulseo III kan ook tussenkomen in de kosten van het telesecretariaat. Verder bestaat er de mogelijkheid van verminderde sociale lasten voor de werkgever: er zijn bijkomende kortingen voor de aanwerving van de eerste drie personeelsleden. Tenslotte voorziet de overheid nog subsidies betreffende leeftijd en personen met een handicap.
Het loon van een PA is, in tegenstelling tot dat van een verpleegkundige, afhankelijk van de jobinhoud en van de anciënniteit, niet van het diploma.
Tenslotte moet de arts nog rekening houden met de voorzieningen van een werkruimte voor de praktijkassistent en met de verplichtingen rond de werkuren. Specifieke informatie wordt weergegeven in de e-learning.[5]
Dit jaar werd nog een e-learning ontwikkeld die specifiek handelt over het onderwerp praktijkassistentie met zeer volledige informatie.[8]

De keuze van het elektronische medisch dossier en de vorm van groepspraktijk kiezen werd het minst vaak als obstakel weergegeven.

Vorm van groepspraktijk

Hoewel het een moeilijke materie blijft duidt een kleine minderheid van de artsen aan dat het kiezen van vorm van groepspraktijk een obstakel vormt bij het opstarten. In de e-learning wordt het verschil besproken tussen werken als 'natuurlijke persoon' en het oprichten van een vennootschap.
Het oprichten van een vennootschap vergt meer moeite dan het opstarten als 'natuurlijke persoon'. Er zijn oprichtingskosten aan verbonden.
Het grootste verschil tussen de twee is dat het inkomen in een vennootschap 'vast' zit. De arts beschikt dus niet direct over de middelen, maar betaalt zichzelf maandelijks een loon uit. De inning van de belastingen loopt dan helemaal anders dan bij een 'natuurlijke persoon'.
Op het geld dat de 'natuurlijke persoon' verdient worden personenbelastingen betaald. Deze lopen progressief op met het bedrag van inkomsten en worden bepaald met inkomstenschijven (zie bijlage 5). Daarnaast worden er gemeentebelastingen betaald, deze worden vast bepaald per gemeente.
In een vennootschap wordt op het bedrag dat in de vennootschap achter blijft geen personenbelastingen, maar wel vennootschapsbelastingen betaald. Deze vennootschapsbelastingen zijn lineair, en bedragen ongeveer 34%. Voor een hoog belastbaar inkomen is het dus voordeliger belast te worden via de vennootschapsbelasting.
Op het bezoldigd bedrag worden sociale bijdragen en personenbelastingen betaald. Bij een beperkte bezoldiging zal dan ook een beperkte sociale bijdrage en beperkte personenbelastingen betaald moeten worden. Om voordeel te kunnen halen uit de lagere belastingvoet van de vennootschapsbelasting, zal de omzet voldoende groot moeten zijn, rekening houdende met het feit dat op het bezoldigde bedrag ook weer personenbelastingen en sociale bijdragen betaald moeten worden.[5] Blijkbaar hebben zowel HAIO's als gevestigde artsen interesse in een vennootschapsstructuur als wijze om de inkomsten te optimaliseren.[6]

Aandacht moet geschonken worden aan het feit dat het vennootschappenlandschap voortdurend veranderd. Zo is de liquidatiebelasting bij het stopzetten van de vennootschap sinds 2015 opgetrokken van 10% naar 25%.
Er zijn dus heel wat moeilijke financiële consequenties aan het al dan niet opstarten van een vennootschap. [9]

In alle samenwerkingsvormen blijft de arts persoonlijk aansprakelijk voor beroepsfouten. In bepaalde vennootschappen, zoals een bvba, bestaat wel een beperkte aansprakelijkheid van de arts als ondernemer. Dan wordt getracht om het privékapitaal van de arts af te schermen van eventuele schuldeisers.

Een ander belangrijk aspect is dat in een vennootschap aan pensioensparen gedaan kan worden onder de vorm van een groepsverzekering. Premies die fiscaal aftrekbaar zijn kunnen gestort en gespaard worden.

Het elektronisch medisch dossier (EMD)

Een minderheid van de artsen duidt aan dat de keuze van het elektronisch medisch dossier als drempel ervaren wordt bij het starten van een associatie. Nochtans blijkt dat huisartsen moeilijk overschakelen van het ene EMD-pakket naar het andere. Dit onder andere doordat het vaak moeilijk blijft om patiëntgegevens van het ene programma om te zetten naar het andere, ondanks de stimulatie om de gegevens juist te registreren. Vaak wordt het EMD gebruikt als een papieren dossier, maar dan met toetsenbord en scherm.
Sinds 2014 bestaan er zeven gelabelde medische programma's: Careconnect, HealthOne, Medidoc, Medigest, Pricare/Medinote, Epicure, Le généraliste. Deze labeling geeft recht op een telematicapremie. [10] Maar tegenwoordig is het EMD meer dan alleen het patiëntendossier op de computer van de arts. Meer en meer wordt gesproken over e-Health: een digitale weg om gegevens uit te wisselen tussen verschillende zorgverstrekkers. Ook MyCareNet en Vitalink zijn twee recente veelbesproken termen. Het eerste legt de verbinding tussen de ziekteverzekering en zorgverstrekkers via de e-Health snelweg. Het tweede is een online platform dat gegevens van de patiënt opslaat via 'sumehrs', een beknopt dossier van de patiënt, maar ook vaccinet en eRecipe werken via Vitalink. [5]
Voor artsen wordt het moeilijk om door de bomen het bos te blijven zien.

<u>Secundaire onderzoeksvraag</u>

Via de e-learning werd getracht om drempelverlagende informatie aan te bieden, om het starten van groepspraktijken te vergemakkelijken. Het nut van de e-learning werd in een korte vragenlijst getoetst die terug te vinden was in de laatste module. Deze werd slechts

door tien personen ingevuld. De overgrote meerderheid geeft aan deze e-learning nuttig en leerrijk te vinden. Iets meer dan de helft geeft ook aan dat de aangeduide drempels zijn weggewerkt na het doornemen van de modules.
Hieruit kan besloten worden dat de e-learning wel informatie aanbiedt die drempelverlagend kan werken, maar dat deze drempels dan nog niet noodzakelijk verdwijnen.

Sterkten en zwakten van de studie

Het aantal deelnemers was klein. Maar achttien van de 125 artsen zijn ingegaan op het voorstel om de e-learning door te nemen en voormeting in te vullen, slechts tien hebben ook de nameting ingevuld. De resultaten moeten dus met omzichtigheid geïnterpreteerd worden. Zo is het met deze populatie niet mogelijk om een bepaald aspect of meerdere aspecten aan te duiden als de belangrijkste drempel en hier een oplossing voor aan te bieden. Hiervoor zou een grootschaliger onderzoek nodig zijn. Wel kan aangenomen worden dat het probleem veelzijdig is en er voor veel artsen nog extra scholing nodig is. Dit kan alleen door genoeg informatie aan te bieden op een makkelijke en duidelijke manier. Anderzijds is het door de kleine populatie ook moeilijk om na te gaan of er een verschil is tussen de aangegeven drempels bij artsen die werken in een solo-praktijk en artsen die reeds in groepspraktijk actief zijn. Wel lijkt het erop dat vooral artsen die reeds in een groepspraktijk werken zich meer aangesproken voelen om deze materie door te nemen. Bijna alle artsen die de eerste vragenlijst invulden geven aan reeds actief te zijn in een groepspraktijk.
In de toekomst zou het dan ook effectiever kunnen zijn als de e-learning aangeboden kon aangeboden worden aan artsen in de juiste setting en op het juiste moment. Bijvoorbeeld aan HAIO's die bijna hun huisartsenopleiding afronden, of aan artsen die al in groep actief zijn en willen bijsturen.
Na dit onderzoek is het mogelijk om op basis van de aangegeven heikele punten de inhoud van bepaalde e-learningmodules aan te passen en uit te breiden.

BESLUIT

Er zijn meerdere drempels die de weg naar een groepspraktijk bemoeilijken voor huisartsen en huisartsen in opleiding. Via dit onderzoek werd eerst nagegaan welke deze drempels voornamelijk waren, vervolgens werd getoetst of ze weggewerkt konden worden na het aanbieden van specifieke informatie. De informatie werd weergegeven in een e-learning, per module die aansluit bij een bijhorende drempel.
Het is niet mogelijk om één bepaald aspect of een aantal aspecten naar voor te schuiven als belangrijkste drempel bij het opstarten van groepspraktijken. Hiervoor is de onderzoekspopulatie te klein. Wel kan besloten worden dat het probleem veelzijdig blijft.
De in- en uitstapregeling wordt het vaakst naar voren geschoven als moeilijkheid bij het opstarten van groepspraktijken. Ook de tijdsinvestering die hiervoor nodig is blijkt een heikel punt, eerder voor gevestigde huisartsen dan voor huisartsen in opleiding. Dit aspect zou in de toekomst meer gespecifieerd moeten worden.
Opvallend is dat, ondanks pogingen van de overheid, de kostprijs over de jaren heen een belangrijke drempel blijft bij het vormen van associaties. Ook dit blijkt eerder bij gevestigde huisartsen een belangrijke rol te spelen in vergelijking met de HAIO's.
Een e-learning kan volgens dit onderzoek een drempelverlagend effect hebben.

De meerwaarde van dit onderzoek uit zich in het in kaart brengen van valkuilen bij het opstarten van groepspraktijken en het kunnen aanbieden van informatie over deze valkuilen. Daarom werd op basis van de resultaten van dit onderzoek de e-learning bijgeschaafd en werd dieper ingegaan op die aspecten die uit dit onderzoek naar voor kwamen.
Er wordt nu extra uitleg gegeven over hoe de inkomstenverdeling kan gebeuren en wat de meerwaarde kan zijn.
Omdat veel artsen vinden dat er om te associëren een grote tijdsinvestering nodig is en dat het moeilijk blijft om overeen te komen met collega's wordt ook meer informatie gegeven over hoe goede afspraken tot stand kunnen komen.
Omdat de wetgeving rond het opstarten en eindigen van vennootschappen voortdurend veranderen worden ook hier nog enkele bemerkingen aan toegevoegd.
Tenslotte wordt het geheel wat vereenvoudigd om de e-learning gebruiksvriendelijker te

maken en om feedback van de lezer te vergemakkelijken.

Het zou nuttig zijn om vanaf nu deze e-learning aan te bieden aan de juiste populatie op het juiste moment. Bijvoorbeeld aan HAIO's die bijna hun huisartsenopleiding afronden, of aan artsen die al in groep actief zijn en willen bijsturen.

REFERENTIES

(1) Buma JT. Enkele beschouwingen over groepspraktijken. Henw 1960,3: 298-302.

(2) Van der Werf G, de Haan J. De praktijkvoering in huisarts en wetenschap; een historische beschouwing. Henw 2002,45: 96-102.

(3) Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Impulseo. 2016

(4) Jabaaij L, Hingstman L. Alleen is maar alleen: huisartsen steeds vaker samen. Henw 2007,5: 185-185.

(5) Schoenmakers B, De Lepeleire J, Aertgeerts B. Praktijkmanagement voor de huisarts. Leuven: Acco; 2014.

(6) Verbelen V, Associatiecontracten tussen huisartsen: wat zijn de verwachtingen [dissertation]. Leuven: K.U.Leuven; 2015.

(7) Grouwels D, Heyrman J, Goedhuys J. Goed samenwerken in tien stappen. Huisarts Nu 2003,32(1): 29-34.

(8) Vanhamme J, Strauss Eva. E-learning praktijkassistentie [dissertation]. Leuven: K.U.Leuven; 2016

(9) De Braekeleer. Wil je stoppen met je vennootschap? Zo zit het nu met de liquidatiebonus. SenNetMagazine 2015. Beschikbaar via: http://www.seniorennet.be/Magazine/artikel/72/wil-je-stoppen-met-je-vennootschap-zo-zit-het-nu-met-de-liquidatiebonus Geraadpleegd 2016 april 20.

(10) EMD-softwarepakketten: gelabeld of niet? Domus Medica 2014

BIJLAGEN

Bijlage 1.

Vraag 1: Werkt u reeds in een groepspraktijk? (J/N)

Vraag 2: Welke job oefent u momenteel uit? (Huisarts/HAIO/Student geneeskunde)

Vraag 3: Welke zijn de drempels die u ondervindt bij het starten in een groepspraktijk? (1. Welke vorm van groepspraktijk kies ik best? 2. De kosten van een groepspraktijk. 3. Inkomsten, onkosten en verdeling in een groepspraktijk. 4. Groepspraktijken: een grote tijdsinvestering. 5. Wat met architectuur en infrastructuur? 6. Instap en uitstap? 7. Welk elektronisch medisch dossier? 8. Het aanwerven van praktijkassistentie.)

Bijlage 2.

Vraag 1: Vond u de module nuttig? Met andere woorden: hebt u er uit kunnen leren? (J/N)

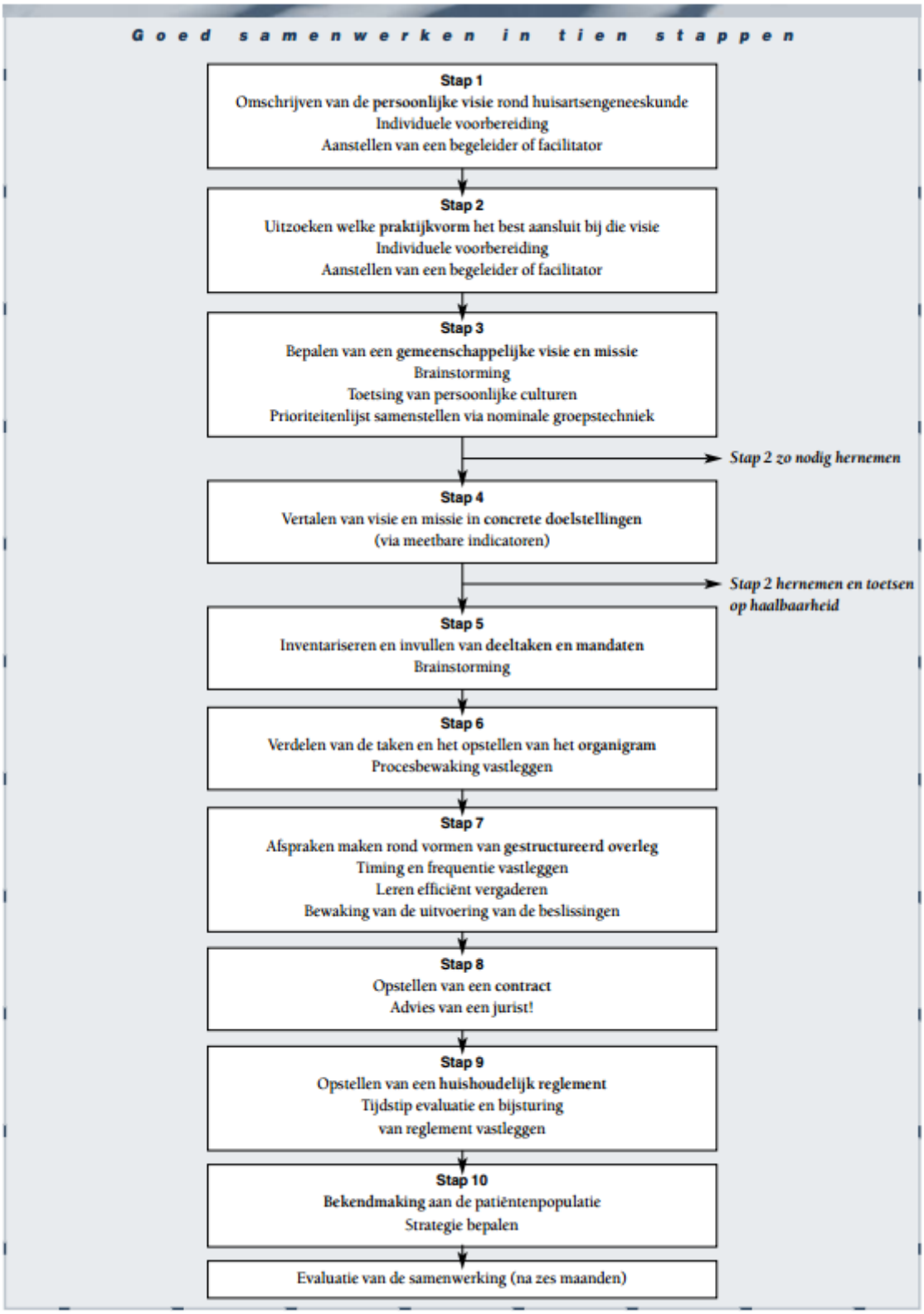
Vraag 2: Zijn de aangeduide drempels weggewerkt? (J/N + uitleg)

Bijlage 3.

Vraag 1: **Vond u de module nuttig?**	**Aantal huisartsen** **n=10**
• **Ja**	**90% (9)**
• **Nee**	**10% (1)**
Vraag 2: **Zijn de aangeduide drempels weggewerkt?**	
• **Ja**	**60% (6)**
• **Nee**	**40% (4)**

Tabel: Resultaten van de natoets.

Bijlage 4



Stappenplan van Grouwels D, Heyrman J en Goedhuys J. Praktisch werkinstrument voor huisartsen die willen samenwerken (7)

Bijlage 5

Voorbeeld persoonsbelastingen aanslagjaar 2013

Inkomstenschijf	personenbelasting
0 - 8350 euro	25%
8350 - 11890 euro	30%
11890 - 19810 euro	40%
19810 - 36300 euro	45%
>36000 euro	50%

Bijlage 6

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven
Beste student
Dear student

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

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



Student(en): Katrien Bollen

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: Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

Het onderzoek is: Prospectief observationeel onderzoek

Gebruikte methode: prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:

De laatste jaren is er een trend van het ontstaan van groepspraktijken in de huisartsgeneeskunde. Meer en meer solo-artsen raken gemotiveerd om zich te organiseren. Toch is het niet evident om van een vertrouwde werksetting over te schakelen naar een nieuwe vorm van werken en zowel infrastructuur als ideeën en beslissingen te delen. De vraag rijst wat de moeilijkheden en barrières blijken te zijn bij het vormen van groepspraktijken.

Vraagstelling:

Wat zijn de veronderstelde en ervaren drempels bij huisartsen met betrekking tot het opstarten van groepspraktijken? Kunnen deze drempels beïnvloed of weggewerkt worden met behulp van een navorming via e-learning?

Methodologie:

Populatie: Huisartsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk en huisartsen die het plan hebben om zich in groep te organiseren De huisartsen worden gerecruteerd via mail.

Design: Het gaat om een observationeel beschrijvend onderzoek met secundair een interventie.
Een mail wordt verzonden met de vraag naar deelname.
Het opzet ziet er als volgt uit:
Ten eerste wordt een korte vragenlijst aangeboden die betrekking heeft op de drempels bij het opstarten van huisartsengroepspraktijken. Daarna volgt een korte 'voor-toets'. Vervolgens bestaat de mogelijkheid om een navorming te doorlopen via e-learning. Deze e-learning wordt opgesteld op basis van het handboek*: 'Praktijkmanagement voor de huisarts. B. Schoenmakers, J. De Lepeleire, B. Aertgeerts'*. Na deze navorming wordt opnieuw dezelfde 'na-toets' aangeboden. Tenslotte kunnen de huisartsen aangeven in hoeverre de ervaren en gerapporteerde drempels weggewerkt zijn.
Uitkomstmaten:

drempels voor samenwerking
kennis over samenwerken

invloed van navorming op drempels en kennis

Referenties:

Handboek Praktijkmanagement voor de huisarts. B. Schoenmakers, J. De Lepelaire, B. Aertgeerts

53965_1424858022_8941__450419115__KB__Ontwerp_vragenlijst__pdf