TAAKDELEGATIE NAAR DE PRAKTIJKONDERSTEUNER

Een cross-sectioneel onderzoek in de huisartsenpraktijk

Bart Donders, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. D. Devroey, vakgroep huisartsgeneeskunde, Vrije Universiteit Brussel

Praktijkopleider: Dr. R. Bruyninckx, Groepspraktijk Machelen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

INLEIDING

Ten gevolge van een toenemende en diversifiëring van de zorgvraag, veranderende focus van acute naar chronische zorg, verhoging van de werkdruk en het relatieve tekort aan huisartsen valt er een grotere takenlast op zijn schouders. Daarom dringen zich een aantal veranderingen op in de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Zo kan de huisarts een deel van zijn takenpakket delegeren of substitueren naar een praktijkondersteuner in de eigen praktijk of daarbuiten.

OBJECTIEF

In dit cross-sectioneel onderzoek wordt een doorsnede van de huidige ondersteuning in de huisartsenpraktijk gemaakt en de nood tot uitbreiding van de praktijkondersteuning bevraagd.

METHODE

Via een anonieme internetenquête werd het profiel van 208 respondenten opgesteld betreffende hun praktijkkarakteristieken en praktijkondersteuning.

RESULTATEN

Negen op 10 groepspraktijken (90%) hebben praktijkonthaal of een praktijkassistent in dienst tegenover slechts 7 op 10 (72%) in solo- of duopraktijken. Een vijfde (23%) van de respondenten heeft één of meerdere praktijkverpleegkundigen in dienst. Driekwart (73%) van de huisartsenpraktijken wensen een verdere uitbreiding van medische akten naar de praktijkassistent toe.

BESLUIT

Een specifieke opleiding en volwaardig statuut voor de praktijkondersteuner en voornamelijk de praktijkassistent dringt zich op om aan de verwachte meervraag naar kwalitatieve praktijkondersteuning te kunnen voorzien. Studies wijzen uit dat de kwaliteit van behandeling en opvolging van patiënten daar niet bij inboet.

INHOUDSTAFEL

1. INLEIDING
1.1 Veranderende context binnen de huisartsgeneeskunde
1.2 Taakdelegatie en substitutie in België

2. LITERATUURONDERZOEK
2.1 Huisartsen en huisartsenpraktijken in België
2.2 Praktijkondersteuning in België
2.3 Praktijkondersteuning in Nederland

3. OBJECTIEF

4. METHODIEK

5. RESULTATEN
5.1 Karakteristieken van de respondenten en hun praktijken
5.2 huidige en toekomstige praktijkondersteuning
5.2.1 praktijkonthaal en praktijkassistent
5.2.2 praktijkverpleegkundige
5.3 evaluatie van de praktijkondersteuning
5.3.1 Onthaal en praktijkassistent
5.3.2 De praktijkverpleegkundige
5.4. Mogelijke hinderpalen

6. DISCUSSIE

7. BESLUIT

8. REFERENTIES

1. INLEIDING

1.1 Veranderende context binnen de huisartsgeneeskunde

Wereldwijd zien we de laatste decennia een forse stijging van de gezondheidsuitgaven, met grote druk op de overheidsbudgetten tot gevolg. In het licht van een almaar verouderende bevolking, een verliggende focus van acute naar chronische zorg en meer maar ook duurdere therapeutische mogelijkheden noopt dit tot een aantal veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorgsector (1).

In deze veranderende context neemt de eerstelijnszorg daarin een prominente plaats. Ten gevolge van een toenemende en meer diverse zorgvraag, verhoging van de werkdruk en het relatieve tekort van huisartsen door de vervrouwelijking van het beroep en de trend naar deeltijds werken, ontstaat er een grotere takenlast op de schouders van huisartsen . In vele westerse landen is en blijft de huisartsgeneeskunde de centrale rol spelen in het aanbieden van zorg op maat van de patiënt.

Om daaraan het hoofd te bieden dringt zich een herorganisatie van de huisartsgeneeskunde zich op. Zo kan de huisarts een deel van het takenpakket herschikken, delegeren, verdelen of substitueren naar andere beroepsgroepen in de eigen praktijk of daarbuiten (2).

Voor de goede orde enkele begrippen op een rijtje:

***Taakherschikking**: Het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen. Bij taakherschikking staat niet de functie centraal. Taken worden niet anders over functies verdeeld, maar over beroepen of beroepsgroepen, en wel structureel (rvZ, 2002)*

***Taakdelegatie**: Het overdragen van (delen van) taken door de hoofdverantwoordelijke in de zorg (arts) naar andere beroepsbeoefenaar (praktijkondersteuner)*

***Taakverdeling**: De feitelijke verdeling van taken tussen functionarissen in de context van de onderlinge samenwerking of praktijk*

***Taakverschuiving of substitutie**: Bij substitutie gaat het om het verschuiven van werkzaamheden tussen beroepsgroepen. (rvZ, 2002)*

***Suppletie**: Bij suppletie van taken gaat het om aanvullende werkzaamheden van de ene beroepsgroep bovenop de taken van een andere beroepsgroep (3)*

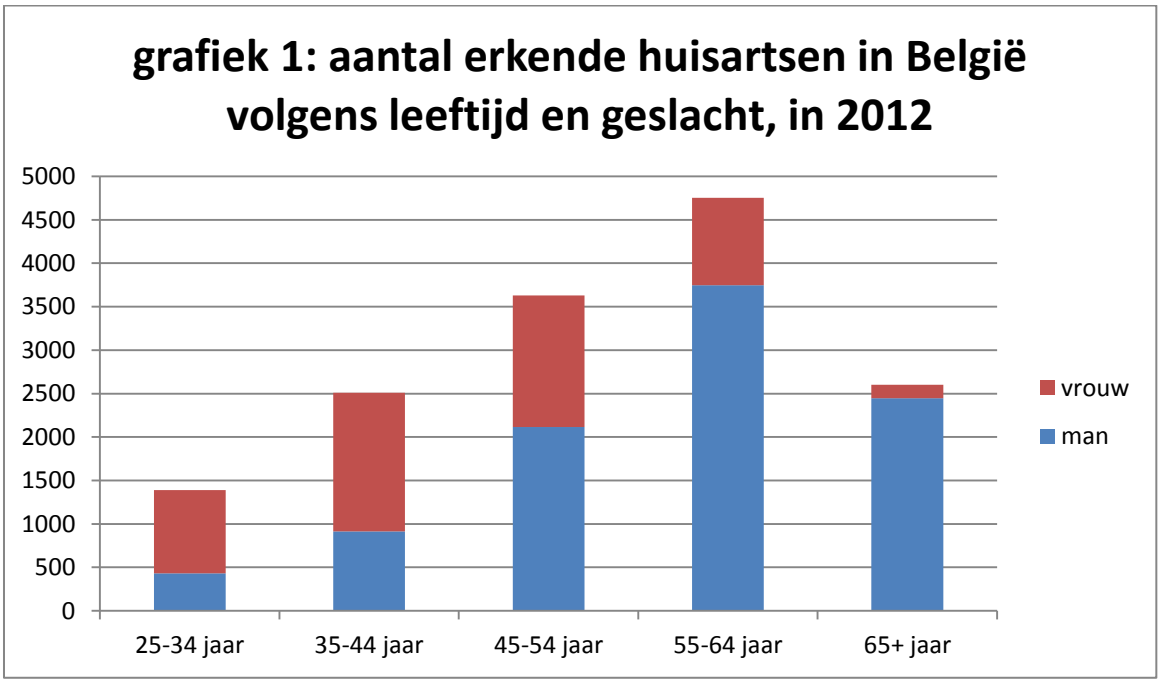
1.2 Taakdelegatie en substitutie in België

In België staat deze evolutie naar nieuwe samenwerkingsvormen nog in de kinderschoenen. Het eerstelijnszorgstelsel is in decennia niet meer aangepast en heeft zijn focus zeer sterk gericht op de huisarts als hoeksteen van de zorgverlening. De overheid heeft tot nu toe enkele aanzetten gegeven via ondersteuning van het Impulseofonds (Impulseo 2 en 3) om gedeeltelijk de loonkosten van een medewerker te dekken die bijstaat in het onthaal en praktijkbeheer. Vooralsnog is er geen georganiseerde opleiding voor praktijkondersteuning en zijn er geen geaccrediteerde beroepsgroepen die de huisarts bijstaan in het verlichten van hun takenpakket.

2. LITERATUURONDERZOEK

2.1 Huisartsen en huisartsenpraktijken in België

Gezien in de eerstelijnszorg de huisarts een centrale rol toebedeelt krijgt, verwachten we een duidelijke registratie van het aantal (erkende) huisartsen en huisartsenpraktijken terug te vinden in België. Cijfers voor het aantal huisartsen zijn te vinden op de website van de FOD volksgezondheid (4). In 2012 waren er in België 14.882 erkende huisartsen, waarvan 55% in Vlaanderen gehuisvest zijn. In grafiek 1 wordt een onderverdeling naar leeftijd en geslacht gemaakt. Er is een duidelijk overwicht van de oudere leeftijdscategorieën met de helft (49%) van de erkende huisartsen ouder dan 55 jaar. In 2010 was het aandeel 55-plussers 'slechts' 44%. Met een aanwinst van 5% op 2 jaar tijd in deze leeftijdscategorie laat duidelijk zien hoe snel het huisartsenkorps veroudert. Met een aanwas van 1.4% van het totale huisartsenaantal in dezelfde periode is dit onvoldoende om de uitstroom te kunnen compenseren. Ook de vervrouwelijking van het huisartsenberoep is een duidelijke trend met een overmacht van 64% vrouwelijk huisartsen in de categorie 35-44 jaar.



Daarentegen zijn cijfers voor het aantal huisartsenpraktijken in geen enkele publicatie terug te vinden. Tot op heden worden er geen cijfers openbaar gemaakt over het aantal huisartsenpraktijken in België, noch over de verschillende deelstaten. Bijgevolg is het ook bijzonder moeilijk in te schatten hoeveel huisartsen werkzaam zijn in een solo-, duo- of groepspraktijk of andere praktijkvorm (zoals netwerkpraktijken).

2.2 Praktijkondersteuning in België

Tot op heden is in België weinig gemeten over de kwalitatieve invulling van praktijkondersteuning (5). Praktijkondersteuners in een huisartsenpraktijk staan vooral in voor onthaal en administratie. De uitvoering van (medische) taken en kleine medische akten wordt soms uitbesteed aan een praktijkassistent of praktijkverpleegkundige onder de directe supervisie van een huisarts. Registratie van praktijkondersteunering is niet in officiële publicaties terug te vinden. Dit is vermoedelijk het gevolg van een gebrek aan een gestandaardiseerd competentieprofiel en bijhorende opleiding.

Bij de FOD volksgezondheid en het federale Participatiefonds werd, ondanks schriftelijke aanvraag, geen statistieken vrijgegeven over de verschillende bijdragen van het Impulseofonds aan de huisartsen.

In Brussel werd in 2009 een terrein verkennend onderzoek verricht bij 68 huisartspraktijken waaruit bleek dat huisartsen meer aan taakdelegatie willen doen van gaande van onthaal tot administratieve taken (6). Daarom organiseerden het Huis voor Gezondheid, VDAB, Erasmushogeschool Brussel (EhB) en Vrije Universiteit Brussel vakgroep Huisartsengeneeskunde in 2009 een kleinschalige opleiding tot huisartsenpraktijk assistent in Brussel. Deze samenwerking werd na twee opleidingen stopgezet. Sinds 2013 loopt er een nieuwe opleiding tot praktijkassistent georganiseerd door het Sint-Guido-instituut in Anderlecht en Groep Intro in samenwerking met VDAB Brussel.

In Vlaanderen is er momenteel nog geen opleiding tot praktijkassistent voorhanden, er is evenwel een algemeen vormende beroepsopleiding voor medisch secretariaat.

2.3 Praktijkondersteuning in Nederland

Bij onze noorderburen bestaat er een heel scala aan opleidingen in verschillende opleidingsinstituten van bachelor tot master gericht op de ondersteuning van de huisartsenzorg (3). Doktersassistenten en de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) zijn het sterkst vertegenwoordigd in de huisartsenpraktijk. Er is enige overlap in de uitvoering van hun takenpakket en zij vallen onder de directe supervisie van een huisarts.

Doktersassistenten zijn meestal het eerste aanspreekpunt van de patiënt en verrichten vooral administratieve en medisch technische taken. Momenteel zijn er gemiddeld 2.5 doktersassistenten per huisartsenpraktijk. Zij hebben de mogelijkheden later door te groeien tot triagist en POH.

De triagist is de poortwachter voor de spoedeisende hulp op een huisartsenpost. Hij beoordeelt de zorgvraag van de patiënt op urgentie en indiceert een vervolgtraject naar een verder consult, zelfzorgadvies of bezoek van de huisarts.

Een praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) begeleidt vooral mensen met chronische aandoeningen. De praktijkondersteuner komt pas in beeld als een arts de diagnose heeft gesteld. De taken richten zich vooral op het verrichten van periodieke controles conform zorgstandaarden en dan vooral bij diabetes-, COPD/astma- en hypertensiepatiënten (de zogenaamde POH Somatiek). De POH-GGZ richt zich op psychische aandoeningen en kan doorverwijzen voor een behandeltraject bij eerstelijnspsychologen. Van alle groepspraktijken heeft 87% een POH, twee derde van de solopraktijken hebben ook een POH in dienst. De verhouding van praktijken met een POH is 1 POH op 4 huisartsen.

Sinds 2006 komen daar nog de nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA) bij. De NP's zijn gericht op de diagnostiek en behandeling van zogenaamde 'kleine kwalen'. De nurse practitioner (NP) is een opleiding op masterniveau en kan zelfstandig een behandelrelatie aangaan en zelf diagnosen stellen. Zij zijn vooral actief binnen het gebied van NKO, dermatologie, het bewegingsapparaat en urologie/gynaecologie. De functie van NP en PA overlappen grotendeels. De PA wordt intensiever en breder opgeleid in diagnostiek en behandeling dan de NP. De NP werkt dan ook vooral in ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties en in de geestelijke gezondheidszorg, slechts een kleine minderheid werkt in de huisartsenpraktijken. In 2011 was er in 2% van de praktijken een NP werkzaam. Tabel 1 geeft een overzicht weer van de verschillen tussen een POH, NP en PA.

Tabel 1: Kenmerken van praktijkondersteuner, nurse practitioner en physician assistant in huisartsenzorg (7)

	Praktijkondersteuner	**Nurse practitioner**	**Physician assistant**
Toelatingseisen opleiding	Doktersassistente (mbo) / verpleegkundige (hbo)	hbo-verpleegkundige + praktijkervaring	hbo-verpleegkundige of paramedicus + praktijkervaring
Opleidingsduur (studiebelastingsuren)	870 uur	1830 uur	4200 uur
Werkplek tijdens opleiding	huisartsenpraktijk	huisartsenpraktijk + enkele korte ziekenhuisstages	huisartsenpraktijk + ziekenhuisstages in alle 'grote' vakken
Afstudeerniveau	bachelor	master	master
Doelgroep	chronisch zieken, met name diabetes mellitus, hypertensie en COPD	patiënten met alledaagse huisartsgeneeskundige klachten	bijna alle patiënten, behalve traumata en infarcten
Taak, in volgorde van prioriteit	zorg		
Samengevatte taak	'care'	'care en cure'	'cure en care'
Uitvoering taak (altijd onder supervisie van huisarts)	geprotocolleerd, uitvoering van afgesproken beleid	geprotocolleerde behandeling van kleine klachten plus verpleegkundige interventie	alle klachten; geen sprake van focus op bepaalde klachten of bepaalde patiëntencategorieën
Patiënten selectie	huisarts	praktijkassistente	praktijkassistente of huisarts
Beschikbaar vanaf	2002	februari 2006	maart 2007

3. OBJECTIEF

In dit cross-sectioneel onderzoek wordt een doorsnede van de huidige ondersteuning in de huisartsenpraktijk gemaakt. Daartoe wordt eerst een profiel opgesteld van de specifieke karakteristieken van deze huisartsenpraktijken.

Een tweede luik focust zich op de vraag welke taken en medische akten deze praktijkondersteuners op zich nemen, of er nood is voor uitbreiding van de taakondersteuning en hoe de tevredenheid is van huisartsen over de onderlinge samenwerking.

Tenslotte wens ik ook de mogelijke hinderpalen te identificeren in het aanwerven van (nieuwe) praktijkondersteuners.

4. METHODIEK

Een mail met korte introductie en link naar een internet enquête werd elektronisch verstuurd naar verschillende huisartsenkringen in Vlaams Brabant en de Brusselse Huisartsenkring. Ook drie artsensyndicaten (Domus Medica, ASGB en BVAS) met steunpunten voor een subsidieaanvraag naar ondersteunend personeel werden aangeschreven. Zij werd gevraagd deze mail door te sturen naar hun Nederlandstalige leden die subsidies ontvangen voor praktijkondersteuning uit het Impulseofonds.

De anonieme enquête bestond uit een niet gevalideerde lijst van een 24 meerkeuzevragen opgesplitst in 4 luiken met gebruik van vraaglogica (niet relevante vervolgvragen worden overgeslagen afhankelijk van antwoord van de respondenten op bepaalde vragen). Deze peiling werd opengesteld vanaf begin februari 2014 tot en met einde maart 2014..

Een profiel werd opgesteld betreffende karakteristieken van de respondenten, praktijk en praktijkondersteuning. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen het onthaalpersoneel en de praktijkassistent enerzijds en de praktijkverpleegkundige anderzijds. Verder werden mogelijke associaties betreffende huidige en toekomstige taakdelegatie berekend per type praktijk, leeftijd huisarts, locatie en grootte van de praktijken. Voor de statistische verwerking werd het programma Epi Info™ 7.1.3.10 gebruikt. Odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (CI) werden hieruit berekend. P-waarden <0.05 werden als significant beschouwd.

5. RESULTATEN

In totaal werd de vragenlijst door 208 respondenten ingevuld, waarvan 96 % (196/208 respondenten) de vragenlijst afwerkten. Het responspercentage kon niet bepaald worden gezien de ledenaantallen van de verschillende syndicaten niet werd vrijgegeven. Enkel Domus Medica en het ASGB stuurden de peiling door naar de aangesloten huisartsen die een beroep op het Impulseofonds hadden gedaan. De peiling bereikte de aangesloten leden van het BVAS via een nieuwsbrief.

5.1 Karakteristieken van de respondenten en hun praktijken

In tabel 2 wordt een verdeling gemaakt op basis van leeftijd, aantal huisartsen, praktijkgrootte, praktijktype en geografische distributie. De verdeling op basis van GMD werd verder buiten de analyses gehouden, gezien het vertekend beeld doordat 13% van de respondenten het bezit van het aantal GMD's in de praktijk niet kon vermelden.

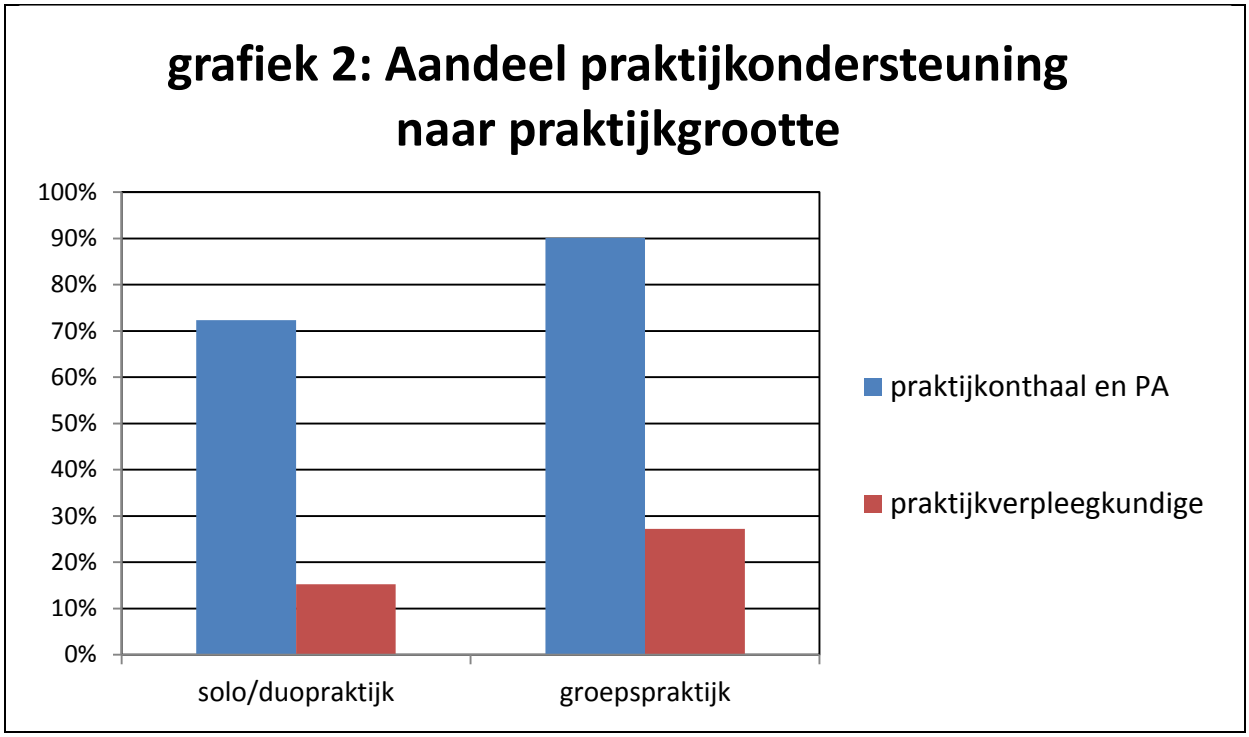
TABEL 2: karakteristieken van de respondenten en hun praktijken (n= 208)

	Percentage	**Aantal**
Leeftijdsverdeling		
25-34 jaar	21,6%	45
35-44 jaar	21,2%	44
45-54 jaar	29,8%	62
55-64 jaar	25,0%	52
65 of ouder	2,4%	5
Aantal huisartsen per praktijk		
1	15,4%	32
2	20,7%	43
3	28,4%	59
4 of meer	35,6%	74
Type praktijk		
Solopraktijk	15,38%	32
Duopraktijk	22,12%	46
groepspraktijk	50,96%	106
netwerkpraktijk	3,37%	7
multidisciplinaire praktijk	3,85%	8
wijkgezondheidscentrum	4,33%	9
Verdeling per provincie		
het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	3,4%	7
Vlaams-Brabant	24,5%	51
Antwerpen	29,3%	61
Limburg	13,5%	28
Oost-Vlaanderen	17,8%	37
West-Vlaanderen	11,5%	24

Van de respondenten werken 134 (63%) in een groepspraktijk (≥3 fte huisartsen), slechts 32 huisartsen (15%) werkt in een solopraktijk. 129 (57%) van de respondenten zijn huisartsen ouder dan 45 jaar met bijna één derde (62, 30%) van de huisartsen vertegenwoordigd in de categorie 45-54 jaar. Er blijken geen significante verschillen qua leeftijd (OR 1.35, CI 0.75-2.43, p= 0.16) of praktijkgrootte (OR 0.64, CI 0.34-1.20, P= 0.08) wat betreft de mogelijke aanwerving van nieuw of meer praktijkondersteunend personeel.

5.2 huidige en toekomstige praktijkondersteuning

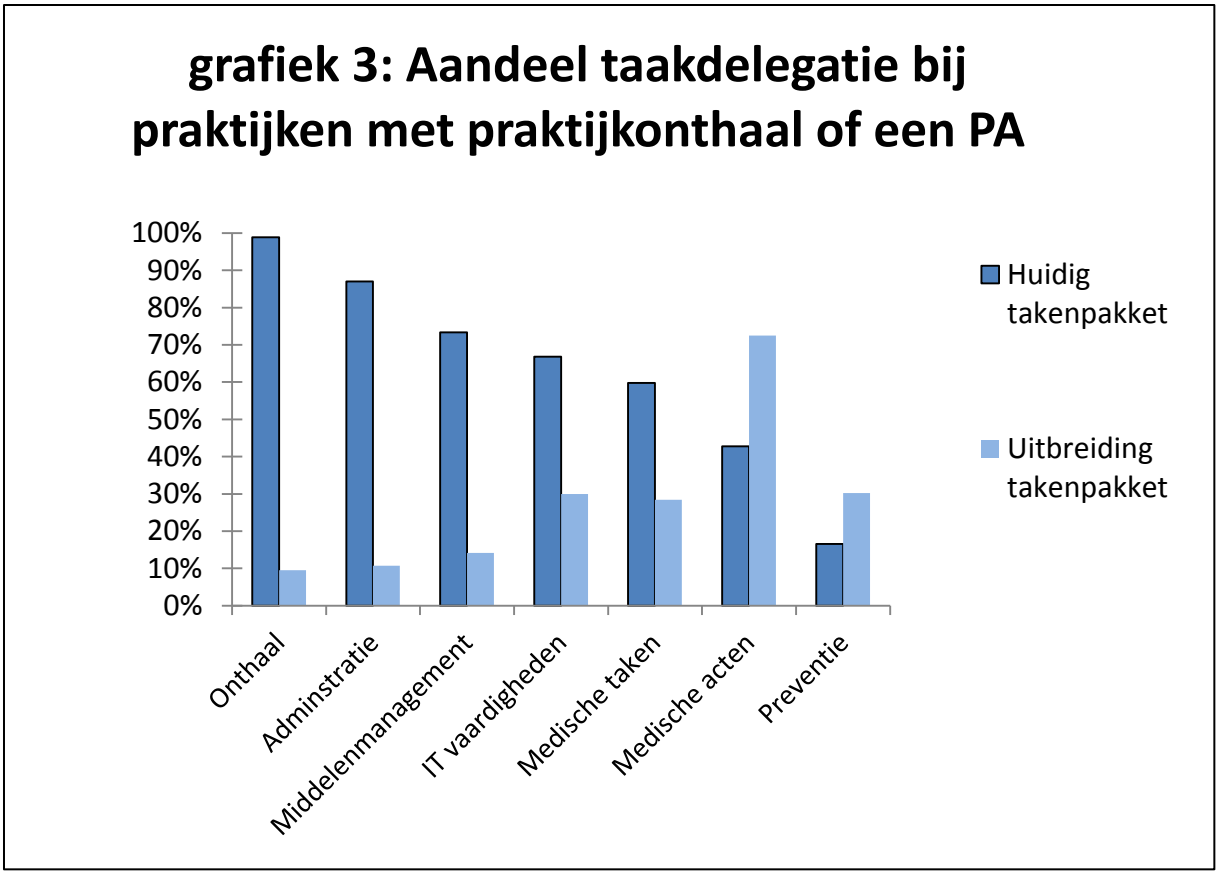
In grafiek 2 wordt het aandeel praktijkondersteuning per praktijkgrootte weergegeven. Negen op 10 groepspraktijken (90%) hebben praktijkonthaal of een praktijkassistent (PA) in dienst tegenover slechts 7 op 10 (72%) in solo- of duopraktijken.



5.2.1 praktijkonthaal en praktijkassistent (PA)

Van alle respondenten heeft 84% (174) praktijkonthaal of een PA in dienst. Solo- of duo praktijken blijken minder onthaalpersoneel of een PA te hebben dan groepspraktijken (OR 3.56, CI 1.66-7.63, P=0.005). Leeftijd (dichotome verdeling naar <45 jaar of ≥45 jaar) blijkt dan weer niet significant van invloed (OR 1.07, CI 0.51-2.24, P= 0.43).

Grafiek 3 laat het aandeel van het huidige takenpakket en wenselijke uitbreiding van het takenpakket in praktijken met praktijkonthaal of een PA. De top 3 bestaat uit onthaal (99%), administratie (87%) en middelenmanagement (73%). Groepspraktijken blijken meer middelenmanagement taken te delegeren (OR 2.28, CI 1.11-4.70, P=0.014).



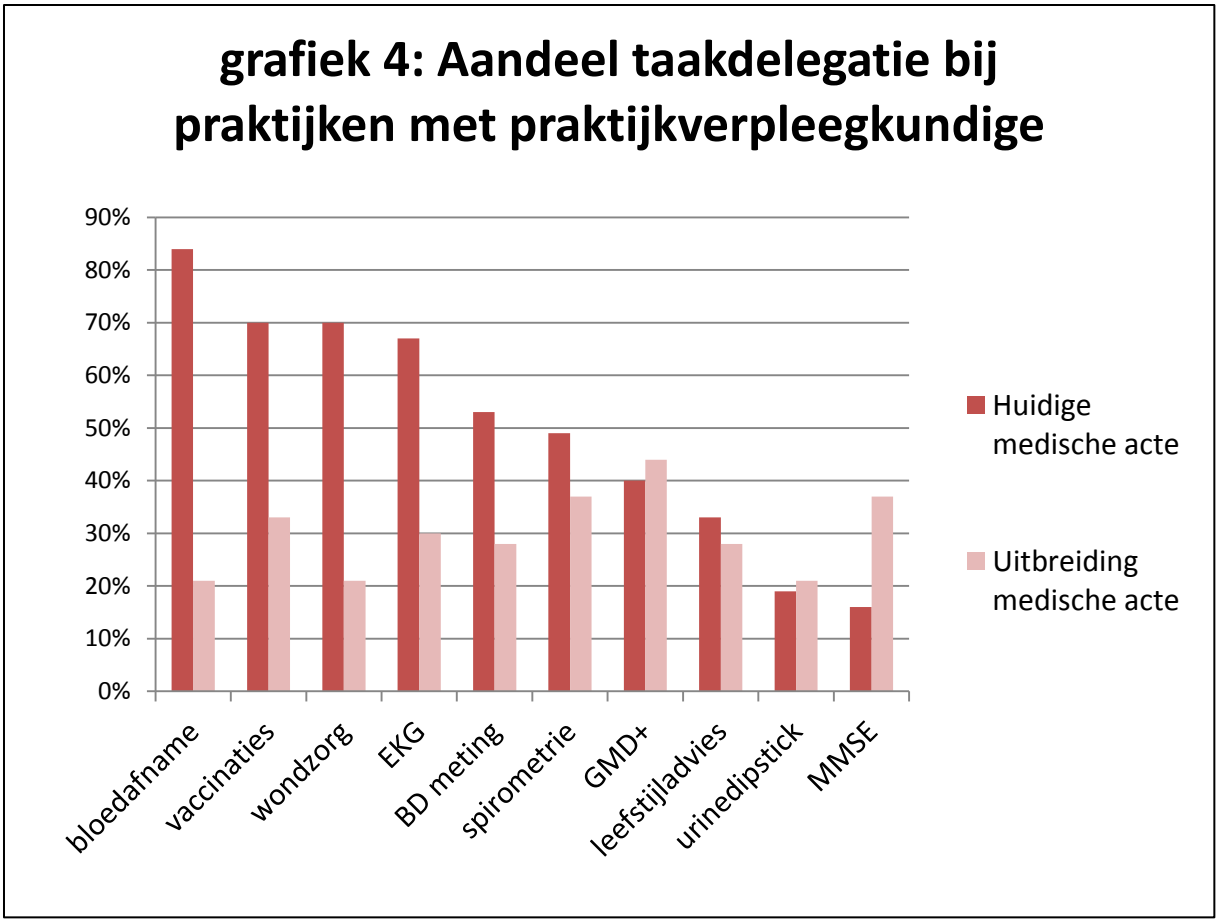
Van deze praktijken wenst graag 63% één of meerdere taken uit te breiden, waarbij geen significant verschil naar praktijkgrootte of leeftijd werd gevonden (P = 0.25 en 0.35 respectievelijk). IT vaardigheden (30%), preventie (30%) en medische taken (28%) werden het meest aangehaald zo de respondenten de mogelijkheid hadden het takenpakket uit te kunnen breiden.

Bijna de helft (43%) van de respondenten laat medische akten uitvoeren door de PA. De meest voorkomende akten zijn bloedafnames (41%), EKG (44%) en invullen van het GMD+ (49%). Het uitvoeren van medische akten gebeurt niet frequenter in groepspraktijken dan solo- of duopraktijken (OR 1.92, CI 0.95-3.88, P = 0.03). Ook 45-plussers delegeren niet meer of minder medische akten dan hun jongere collega's (OR 1.65, CI 0.87-3.12, P=0.06). Groepspraktijken laten het aanvullen van GMD+ minder over aan de PA dan solo- of duopraktijken (OR 0.22 CI 0.07-0.80, P=0.01).

Driekwart (73%) van de huisartsenpraktijken wensen een verdere uitbreiding van medische akten naar de PA toe. Voornamelijk het GMD+ aanvullen (74%), afname van een MMSE (66%), EKG en spirometrie (beiden 54%) worden als wenselijke uitbreiding naar voren gebracht. Bij groepspraktijk is er meer vraag naar uitbreiding van medische akten (OR 2.15, CI 1.04-4.46, P=0.02).

5.2.2 praktijkverpleegkundige (PV)

Een vijfde (23%) van de respondenten heeft één of meerdere praktijkverpleegkundigen (PV) in dienst. Groepspraktijken hebben niet meer een praktijkverpleegkundige in dienst dan solo- of duopraktijken (OR 0.49, CI 0.23-1.04, P= 0.03). Grafiek 4 laat de verdeling van de 10 meest voorkomende medische akten zien.



De 3 meest frequent uitgevoerde medische akten in praktijken met een PV zijn bloedafnames (84%), vaccinaties en inspuitingen (70%) en wondzorg (70%). Vier vijfde (79%) van deze praktijken wenst graag verdere uitbreiding van het takenpakket, waaronder afname van een MMSE (52%), aanvullen van het GMD+ (61%) en spirometrie (51%) de populairste zijn.

5.3 Evaluatie van de praktijkondersteuning

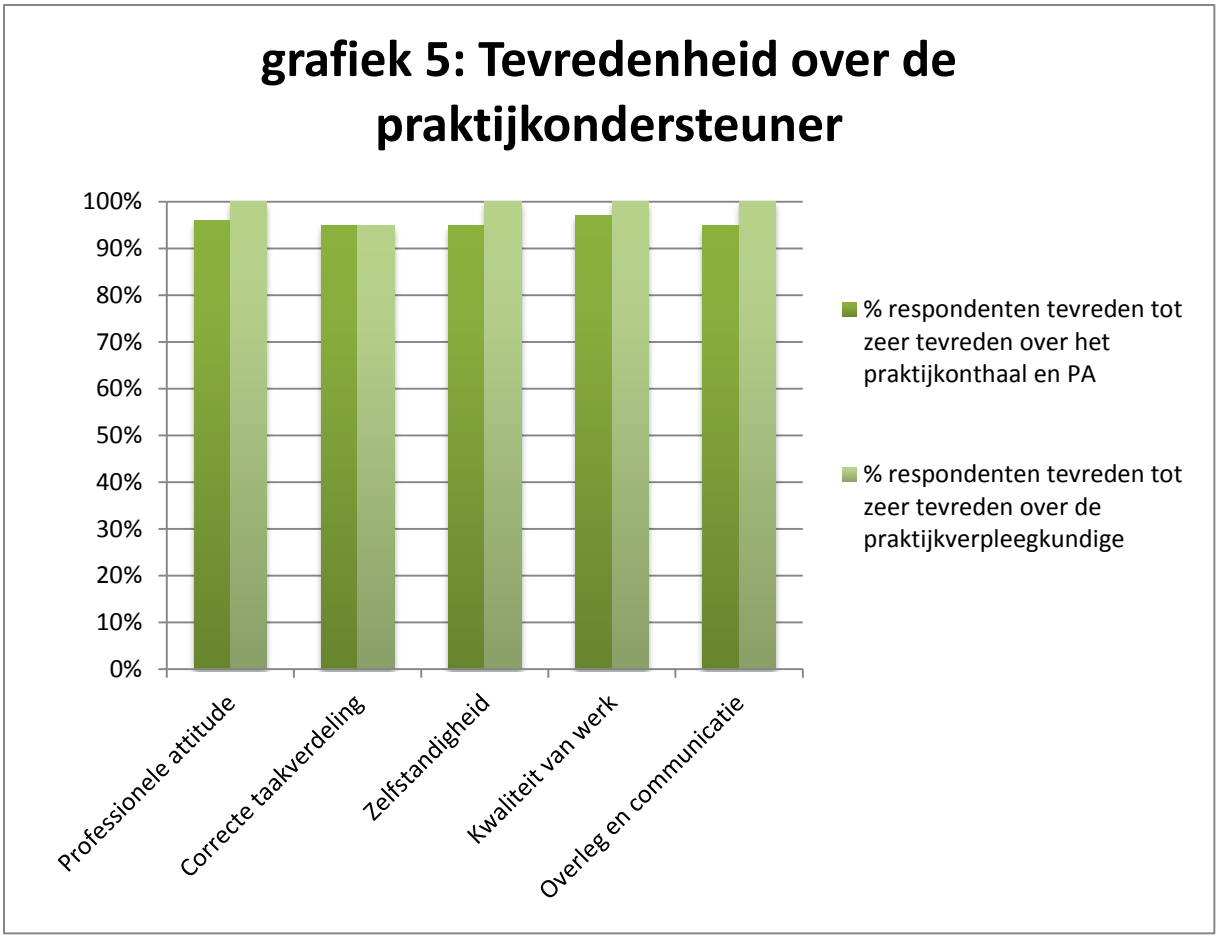
Grafiek 5 illustreert de tevredenheid van de respondenten over hun praktijkondersteuners.

5.3.1 Onthaal en praktijkassistent

Bijna alle respondenten (95-97%) beoordelen werk van het onthaalpersoneel en de PA als goed tot zeer goed. Dit omvat zowel de beoordeling van de professionele attitude, correcte verdeling en delegatie van het takenpakket, zelfstandigheid, kwaliteitsvolle uitvoering als het onderlinge overleg en communicatie met de huisarts en naar andere zorgverleners toe.

5.3.2 De praktijkverpleegkundige

Ook hier is de beoordeling naar de samenwerking erg positief. Zo goed als alle respondenten (95-100%) vinden de samenwerking aan de hand van dezelfde bovenstaande criteria goed tot zeer goed.



5.4. Mogelijke hinderpalen

Grootste hinderpalen bij het aanwerven van praktijkondersteuning zijn het gebrek aan financiële middelen (60%), gebrek aan (consultatie)ruimte (40%) en administratieve rompslomp (32%). Praktijken met praktijkondersteuning ervaren administratieve rompslomp als een kleinere hinderpaal (OR 0.36, CI 0.17-0.81, P= 0.007) dan praktijken zonder praktijkondersteuning.

6. DISCUSSIE

Deze cross-sectionele studie werd opgesteld door middel van een niet-gevalideerde vragenlijst gebaseerd op een kleinschalige studie in 2009 die tot doel had de nood aan praktijkassistentie in Brussel in kaart te brengen. Ondanks het gebrek aan een specifieke opleiding is er in België in het merendeel van de huisartsenpraktijken een vorm van praktijkondersteuning, onafhankelijk van leeftijd of praktijktype.

Er is een grote nood tot uitbreiding van zowel niet medische administratieve taken als kleine medische akten naar de praktijkondersteuner toe. Dit is reeds in eerdere studies in Vlaanderen aangehaald (referentie). In het bijzonder is er een groot draagvlak en potentieel om kleine medische akten naar de PA toe te delegeren.

Ondanks de invoering van impulseo 2 en 3 is de grootste hinderpaal bij het aanwerven van praktijkondersteunend personeel een gebrek aan financiële middelen. Hier is nog verder ruimte voor

de overheid om de voorwaarden voor het verkrijgen van een praktijkpremie te verruimen. Tegelijk dient er een duidelijker profiel van de praktijkondersteuner opgesteld te worden om aan de toenemende kwaliteitsvereisten te voldoen voor goede praktijkvorming. Dit hangt uiteraard nauw samen met de uitbouw van een goede opleiding en certificering van deze beroepsgroepen.

Enkele zwakke punten in deze studie zijn een **zelf-selectie bias** eigen aan een enquête: respondenten met praktijkondersteuning zijn sneller geneigd zijn de peiling in te vullen gezien zij meer betrokken partij zijn. Een andere **selectie bias** is vermoedelijk te wijten aan het selectief doorsturen van de enquete naar de praktijken met praktijkondersteuning. Dit zorgt vermoedelijk voor een ondervertegenwoordiging van praktijken zonder praktijkondersteuning. Een **non-response bias** is voornamelijk te vinden op de vraag naar huidige en toekomstige taakdelegatie, wat mogelijks zorgt voor een onderschatting van het werkelijk aantal taken dat door praktijkondersteuners wordt uitgevoerd.

7. BESLUIT

De huisarts dient zich te richten op zijn kerntaken van diagnose, behandeling en preventie waarbij er een opwaardering van het beroep nodig is tot een volwaardige specialisatie in de huisartsgeneeskunde (8).

Er dringt zich niettemin een verschuiving van competenties op. De focus op preventie en implementatie van het GMD+ dient verder uitgebreid te worden als antwoord op de groeiende groep chronisch zieken met. Het frequenter voorkomen van polypathologie en polymedicatie vereist specifieke vaardigheden en kennis in de diagnose, behandeling en opvolging van deze patiënten. Praktijkondersteuners kunnen hierin een grotere rol spelen.

Een specifieke opleiding en volwaardig statuut voor de praktijkondersteuner en voornamelijk de praktijkassistent dringt zich op om aan de verwachte meervraag naar kwalitatieve praktijkondersteuning te kunnen voorzien. Studies wijzen hierbij uit dat de kwaliteit van begeleiding en behandeling daar niet toe inboet (9).

De rol van de praktijkverpleegkundige voor het uitvoeren van kleine en eenvoudige medische akten dient in vraag gesteld te worden. Mogelijks kan er een andere invulling van het takenpakket worden bekomen . Zo kan een praktijkverpleegkundige zich meer richten op de begeleiding van patiënten met chronische zorg en preventie naar analogie van de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in Nederland.

8. REFERENTIES

(1) Laurant M, Reeves d, Hermens R, Braspenning J, grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (review). The Cochrane Collaboration 2009, issue 19.

(2) Hoerée T, grouwels d, Cuypers R, Heyrman J. de huisartspraktijk herbekeken: een visiedocument. Berchem: WVVH/HUSAM, 2006

(3) P.J.M. Heiligers, J. Noordman, J.C. Korevaar, S. Dorsman, L. Hingstman, A.M. van Dulmen, D.H. de Bakker. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Nivel 2012. *www.nivel.nl*

(4) FOD Volksgezondheid. Jaarstatistieken van de erkende huisartsen in België. *www.health.fgov.be*

(5) B. Dirickx, M. Viaene, J. De Lepeleire. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie. Huisarts nu, december 2011: 417-424

(6) Van Couwenbergh T. Opleiding tot praktijkassistent in Brussel. Huis voor Gezondheid. 2011.

(7) Bruurs M, Van den Brink G, Spenkelink-Schut G, Verboon E, Holdrinet R. Het ijs is gebroken: ervaringen met physician assistant stemmen hoopvol. Medisch contact 2005: 443-446.

(8) Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, et al. KCE Report, 2008. www. Kce.fgov.be

(9) HARMSEN M, Laurant M, Van Achterberg T, et al. Taakherschikking in de gezondheidszorg: Een systematisch literatuuroverzicht. Agdeling Kwaliteit van Zorg Nijmegem, 2006