Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk?

Vantomme Olivier, KU Leuven

Promotor: Peremans Lieve, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: dr. Philippe Van Elsen, dr. Kristof Hillemans

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2016 – 2018]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context

Paramedische ondersteuning van huisartsen is toenemend een antwoord op de gestegen zorgvraag en -complexiteit in het hedendaagse landschap van de eerstelijnszorg. Verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk (VIHP) kunnen daarin een belangrijke rol spelen. Voor huisartsengroepen die forfaitair werken is de financiering voorzien. Voor de grotere groep van niet-forfaitaire groepspraktijken is er geen structurele tegemoetkoming. Nochtans zijn in een aantal van deze praktijken toch VIHP's werkzaam. In deze kwalitatieve studie wordt nagegaan hoe deze praktijken dit kunnen bolwerken.

Onderzoeksvraag

Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk? In een literatuurstudie werd antwoord gezocht op de volgende vragen: Welke financiële modellen bestaan er in België? Welke modellen bestaan er in het buitenland? Welke veranderingen zijn op til?

Methode

Met een literatuuronderzoek worden de bestaande financieringsmogelijkheden in binnen- en buitenland onderzocht. Vervolgens werd aan de hand van een interview bij een aantal niet-forfaitaire praktijken met een VIHP bevraagd op welke manier ze hun verpleegkundige financieren. De resultaten werden via thematische analyse manueel verwerkt. In een eindfase werden de resultaten voor een peer review voorgelegd aan Stijn Vanholle, directeur kennis en beleid binnen Domus Medica.

Resultaten

Negentwintig praktijken werden uitgenodigd voor het onderzoek, acht praktijken namen deel aan het interview. Zeven van de acht praktijken rekenen via de derdebetalersregeling een verpleegkundig consult aan onder het nomenclatuurnummer van een arts. Elke bevraagde praktijk erkent de meerwaarde van de VIHP in hun praktijk maar benadrukt zich ongemakkelijk te voelen rond de onduidelijke regelgeving en ontbrekende financiële steun. De loonlast wordt als zwaar ervaren. Een eigen nomenclatuur of invoeren van een forfait naar analogie met het reeds bestaande forfaitaire systeem worden voorgesteld als mogelijke oplossingen.

Conclusies

Een financieel kader voor een VIHP in een niet-forfaitaire praktijk ontbreekt. Het weerhoudt bepaalde huisartsen er niet van om toch een VIHP aan te werven. Ze bedenken daarbij creatieve oplossingen om hun zaak rendabel te houden en begeven zich in een grijze zone. Duidelijkheid en gedragen financiering zijn erg welkom.

Inhoud

1. Inleiding 5
2. Literatuuronderzoek 6
   2.1. Introductie 6
   2.2 Methode 6
   2.3 Resultaten 7
      2.3.1 Welke financiële modellen bestaan er in België? 7
      2.3.2 Welke buitenlandse modellen zijn bekend voor integratie van een VIHP? 8
      2.3.3 Waaraan kunnen we ons in de toekomst verwachten? 9
3. Veldonderzoek 10
   3.1.Introductie 10
   3.2 Methode 10
      3.2.1 Selecteren groepspraktijken 10
      3.2.2 Interviews 10
      3.2.3 Dataverwerking 10
      3.2.4 Peer review 11
      3.2.5 Juridische en ethische aspecten 11
   3.3 Resultaten 11
      3.3.1 Situatieschets 11
      3.3.2 Visie en missie 12
      3.3.3 Het kostenplaatje 14
      3.3.4 De VIHP, een meerwaarde 16
      3.3.5 Nood aan ondersteuning 18
      3.3.6 Peer review door Stijn Vanholle 20
4.Discussie 22
5.Besluit 24
Referenties 25
Dankwoord 27
Bijlagen 28
   1. Uitnodigingsbrief 28
   2. Topiclijst interview 30
   3. Goedgekeurd studieprotocol 33
   4. Advies ethisch comité 35

1. **Inleiding**

Belgische huisartsen staan toenemend onder druk. Enerzijds is er de vergrijzing, en multiculturaliteit door migratie en anderzijds is er een daling van het aantal huisartsen. De wetenschappelijke en technologische vooruitgang brengen opportuniteiten maar ook inspanningen met zich mee.

De verwachting is dat de Belgische populatie verder zal aangroeien van 11 099 544 in 2013 tot 12 522 884 inwoners in 2060. De levensverwachting is gestegen van 73.3 jaar in 1980 tot 80.74 jaar in 2014. De prognose is dat deze in 2060 voor mannen 86.11 en voor vrouwen 88.47 jaar zal bedragen. In 2030 zal het aandeel 65-plussers in het Vlaamse gewest 37.8% en in het Waalse gewest 39.5% bedragen. In 2050 zal in Vlaanderen 11% van de populatie ouder zijn dan 80 jaar. Deze verouderende populatie resulteert ook in multimorbiditeit. Vanaf 40 jaar stijgt de prevalentie van multimorbiditeit van 10-20% naar 50-70% bij 70-plussers. Gelijktijdig zorgt de toenemende socioculturele diversiteit ten gevolge van vroegere en huidige immigratie in de Belgische populatie voor een bijkomende uitdaging. Deze evolutie treft uiteraard niet alleen België, maar meerdere ontwikkelde landen wereldwijd[1].

Een toenemend aandeel van de huisartsen organiseert zich mede hierom in groepspraktijken en doet aan taakdelegatie. Heden zijn er 1640 groepspraktijken in België[2]. Binnen deze groepspraktijken ziet men steeds meer nood aan paramedische ondersteuning naast louter administratieve hulp. Onder andere verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk (VIHP) kunnen hierin een mooie rol spelen. In het buitenland, bijvoorbeeld in Nederland, worden eerstelijnspraktijken ondersteund door verpleegkundigen[3].

Ook in eigen land zijn hier en daar verpleegkundigen werkzaam in de eerste lijn. In eerder onderzoek rond het inschakelen van een VIHP komt echter als hinderpaal telkens de financiële consequentie hiervan naar voren[4,5,6]. In België wordt hierop deels antwoord geboden via het forfaitaire systeem. In december 2016 zijn er van de 1640 groepspraktijken 168 die op forfaitaire basis werken[7]. Nochtans zijn er ook in niet-forfaitaire praktijken verpleegkundigen werkzaam. Het is vandaag onduidelijk hoe deze verpleegkundigen gefinancierd worden.

Met deze masterthesis ga ik na hoe het tewerkstellen van een verpleegkundige wordt vormgegeven buiten het forfaitaire systeem.
Bij het afbakenen van deze onderzoeksvraag definiëren we enkele vragen, die we eerst via een oriënterend literatuuronderzoek pogen te beantwoorden.

2. Literatuuronderzoek

2.1. Introductie

In de literatuur werd een antwoord op de volgende vragen gezocht:

Welke financiële modellen bestaan er in België?

Welke modellen bestaan er in het buitenland?

Welke veranderingen zijn op til?

2.2 Methode

Dit literatuuronderzoek werd verricht in december 2016.

Er werd vooreerst gezocht in de Medline database via Pubmed. Hierbij werden de MeSH Terms 'Primary health care, *subheading* organisation and administration' en 'Nurse' gebruikt, en artikels van de laatste vijf jaar en met gratis toegankelijke tekst geselecteerd. Dit leverde 93 artikels op, waarvan er 10 werden weerhouden op basis van de titel. Na het lezen van de abstract op relevantie bleef er één over.

In april 2018 werd de zoekstrategie herhaald. Dit leverde 111 artikels op, waarvan 17 weerhouden op basis van de titel. Na het lezen van de abstract bleven er twee relevante bronnen over, die echter reeds in de referentielijst waren opgenomen.

In de Cochrane database werd geen enkele relevante studie weerhouden.

Verder werden ook online bronnen in betrokken Belgische organisaties zoals de databank van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid (FOD) geraadpleegd. Ook werden recente masterproeven van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) geconsulteerd en werden relevante masterproeven vanuit de master verpleegkunde en vroedkunde van de Universiteit Antwerpen aangereikt door de promotor.

Via Google Scholar werd gezocht met volgende zoektermen: 'Financing nurse practitioners in primary care', 'capitated payment and practice nurses'.

Tenslotte werden in Google volgende zoektermen ingegeven: 'financiering verpleegkundige huisarts', 'verpleegkundige in huisartsenpraktijk', 'praktijkverpleegkundige', 'verpleegkundige in de huisartsenpraktijk Nederland financiering'.

Via google werden op deze manier nog 11 relevante artikels gevonden.

2.3 Resultaten

2.3.1 Welke financiële modellen bestaan er in België?

Forfaitaire praktijken

Een forfaitaire praktijk genereert inkomsten op basis van het aantal ingeschreven patiënten die zich ertoe verbinden om binnen de gewone diensturen enkel zorgverstrekkers (huisartsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten) van deze praktijk te raadplegen. Voor elke inschreven patiënt ontvangt de praktijk jaarlijks een forfait van het RIZIV, dat gelijk is aan de gemiddelde kosten die het voorgaande jaar werden gegenereerd door een rechthebbende van de verplichte verzekering van dezelfde categorie als de ingeschrevene voor de betrokken nomenclatuurprestaties[8].

Op deze manier wordt een centraal budget gegenereerd waarvan de verschillende zorgverstrekkers in de praktijk vergoed worden. Verpleegkundigen worden typisch als bediende vergoed worden volgens de loonbarema's van het PC 330. In dit paritair comité vinden we voor een verpleegkundige zonder anciënniteit een bruto maandinkomen van €2 487. Bovenop dit bruto loon dien je als werkgever nog patronale lasten te betalen à rata van ongeveer 35%. We kunnen de maandelijkse loonkost ruwweg op € 3 350 schatten[9]. De maandelijkse inkomst per patiënt voor verpleegkundige zorgen bedraagt €15.24[10]. Volgens een recente audit door consultancybureau KPMG bedroeg in 2016 de gemiddelde totale financiering per patiënt 455 euro, voor een totale gemiddelde kost per patiënt van 396 euro[11].
Volgens het KCE rapport van 2008 is overigens de totale kost van forfaitaire praktijken ten laste van het RIZIV gelijk aan die van praktijken met een prestatiemodel[8]. Het onder minister van Volksgezondheid Maggie De Block ingestelde moratorium op de oprichting van nieuwe forfaitaire praktijken werd opgeheven na de audit door KPMG in januari 2018.

Niet-forfaitaire praktijken

In een niet-forfaitaire praktijk werken huisartsen volgens een prestatiegebonden systeem.

Thuisverpleegkundigen die op zelfstandige basis technische acten stellen worden vergoed door het RIZIV via een aparte nomenclatuurregeling. Bovendien geldt deze nomenclatuur voor technische acten. Met één uitzondering: éénmaal per jaar kan een 'verpleegkundig consult' aangerekend worden. Hierin worden de gezondheidsproblemen van de patiënt in kaart gebracht en zorgdoelen geformuleerd. Een dergelijk verpleegkundig consult kan niet worden aangerekend door een VIHP. Artikel 8, § 4bis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vermeldt dat de verstrekking "verpleegkundig consult" kan geattesteerd worden voor iedere patiënt bij wie op zijn minst tweemaal per week hygiënische verzorging wordt verleend en voor zover de hygiënische verzorging wordt verleend gedurende een ononderbroken periode van 28 dagen, die start op de eerste dag van de hygiënische verzorging. Dit is niet van toepassing voor een VIHP. Er zijn enkele nomenclatuurnummers voorzien die aangerekend kunnen worden door een *zelfstandige* VIHP, doch het gaat om minimale tegemoetkomingen voor het toedienen van medicatie en eenvoudige wondzorg die ruimschoots onvoldoende zijn om een VIHP te financieren. Deze nomenclatuurcodes worden dan ook slechts op minimale basis toegepast: tussen oktober 2016 en

september 2017 werden voor gans België amper 12457 vergoedbare nomenclatuurcodes van VIHP's aan het RIZIV bezorgd[12,13]. Impulseo II en III dienen uitsluitend voor administratief ondersteunend personeel, en verder dan een academisch voorstel voor een gelijkaardig systeem voor medische assistentie voor chronisch zorgbehoevenden(ASSISTEO) is het nog niet gekomen[14].

Loonbarema's voor VIHP's worden niet teruggevonden.

2.3.2 Welke buitenlandse modellen zijn bekend voor integratie van een VIHP?

Wereldwijd is het concept van VIHP het meest vergevorderd in Australië, Canada, Ierland, Nederland, Nieuw-Zeeland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. In deze landen zijn VIHP's zelfs gemachtigd om bepaalde medicatie voor te schrijven. Hervormingen om dit mogelijk te maken nemen dikwijls jaren in beslag. In de Verenigde Staten is men al tientallen jaren bezig met het doorvoeren van veranderingen. Er zijn grote verschillen tussen staten onderling. Welbepaalde prestaties geleverd door VIHP's worden in Australië sinds 2010 vergoed. In Nieuw-Zeeland worden sinds 2015 VIHP's op dezelfde manier vergoed als huisartsen. In Oostenrijk, Frankrijk, Duitsland, Noorwegen en Zwitserland worden specifieke masteropleiding aangeboden[15].
In de Verenigde Staten, Canada en Duitsland zijn forfaitaire systemen in voege waarin VIHP's vergoed kunnen worden[16].

In Nederland is er geen aparte financiële regeling voor de VIHP, zoals die wel geldt voor praktijkondersteuners (administratieve taken). Uitgangspunt is dat VIHP's zichzelf moeten 'terug verdienen'. Inkomsten worden gegenereerd uit verrichtingen (consulten en visites) die de verpleegkundige doet. De Nederlandse Zorgautoriteit (tegenhanger van het RIZIV in België) heeft hiervoor samen met verzekeraars tarieven vastgesteld die ook kunnen gedeclareerd worden als de verpleegkundige zelfstandig de prestatie levert. Technische verrichtingen zoals kleine chirurgie of het uitvoeren van een longfunctiemeting worden tevens terugbetaald. Ook activiteiten in chronische zorg, zoals ouderenzorg, zijn vergoedbaar via de zogenaamde DBC-constructie. Daarnaast ontvangen Nederlandse huisartsen een forfait per ingeschreven patiënt. Een deel van dit bedrag wordt ook gebruikt om de VIHP te financieren[3].

In de Verenigde Staten waren in 2010 ongeveer 141 000 verpleegkundigen werkzaam in de eerste lijn. Prestaties geleverd door de VIHP worden door Medicare, Medicaid en private verzekeringsinstellingen typisch vergoed aan 75-80% van het tarief dat aan een huisarts wordt betaald. VIHP's hebben eigen prestatienummers. Uit studies blijkt dat de kwaliteit van zorg geleverd door de VIHP gelijkaardig is aan dezelfde zorg geleverd door de huisarts, en er rijst protest over dit verschil in financiering. Er zijn uitzonderingen; Medicare vergoedt VIHP's op dezelfde manier als huisartsen, op voorwaarde dat deze prestaties uitoefenen onder het prestatienummer en directe supervisie van een huisarts[17,18].

2.3.3 Waaraan kunnen we ons in de toekomst verwachten?

Enkele mooie voorstellen en denkpistes kunnen we lezen in het rapport 'Together We Change', dat eind 2014 interuniversitair tot stand kwam.
Het ASSISTEO-initiatief, dat naar analogie met de IMPULSEO II en III financiële steun voor medische taakdelegatie verzorgt, zou uitgewerkt kunnen worden.
Het forfaitaire aandeel in het prestatiemodel dat tegenwoordig 20% van het inkomen van een huisarts vertegenwoordigt, zou in de komende tien jaar evolueren naar een systeem van 60-30-10: 60% forfaitair; 30% per prestatie en 10% pay-for-quality.
Naar analogie met het Budget Financiële Middelen (BFM) voor ziekenhuizen zou een BFM voor de eerste lijn (BFM1) opgericht kunnen worden, waarbij net als voor verpleegkundige zorg in ziekenhuizen ruimte en geld vrijkomt voor de VIHP[19].

3. Veldonderzoek

3.1.Introductie

Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk? Via een veldonderzoek proberen we te bekijken hoe niet-forfaitaire praktijken vandaag een VIHP tewerkstellen en dit financieel rond krijgen.

3.2 Methode

3.2.1 Selecteren groepspraktijken

Huisartsenpraktijken waarin een verpleegkundige tewerk gesteld wordt, en die niet forfaitair werken, werden gecontacteerd. Wanneer volgens de website van de desbetreffende praktijk de criteria voor deelname aan het onderzoek voldaan waren, werd de praktijk eerst via mail en vervolgens telefonisch gecontacteerd. Bij interesse werd een afspraak voor een interview vastgelegd. Een brief met achtergrondinformatie werd in bijlage per mail verzonden. (*bijlage 1)* Om de privacy van deelnemende praktijken te kunnen waarborgen kunnen we niet in detail treden over de regio's waarin deze praktijken werden gezocht.

Aanvankelijk werden tien interviews vooropgesteld. Het was echter zeer moeilijk om groepspraktijken te vinden waar VIHP's werken.

3.2.2 Interviews

Het onderzoek bestond uit semigestructureerde interviews die gemiddeld een 30-tal minuten duurden. De gesprekken verliepen tussen april en september 2017. Het interview verliep aan de hand van een paar open vragen volgens een topiclijst *(bijlage 2)*, waardoor deelnemers in de mogelijkheid waren om zelf aan te geven wat ze belangrijk vinden. De interviews werden bij de artsen in de groepspraktijk afgenomen. Gedurende het interview werd een geluidsopname voorzien. Nadien werd een letterlijk transcript gemaakt aan de hand van de geluidsopname, en vòòr verdere verwerking aan de participant voorgelegd ter akkoord.

3.2.3 Dataverwerking

De analyse gebeurde op thematische wijze. Eerst werden alle teksten verschillende malen doorgelezen en eventueel overbodige stukken geschrapt. Na deze familiarisatiefase werden de teksten voorzien van descriptieve codes. Deze descriptieve codes werden gegroepeerd onder

interpretatieve codes. Deze laatsten vormden het codeboek. Dit codeboek vormde de leidraad voor het coderen van de volgende interviews. In een volgende stap werd naar verbanden tussen de verschillende codes gezocht zodat er een duidelijk aantal categorieën overbleef.

Geleidelijk werd zo een beperkt aantal overkoepelende thema's duidelijk. Gezien de beperkte data-omvang gebeurde de dataverwerking manueel.

3.2.4 Peer review

In een laatste fase van het onderzoek werden de resultaten voorgelegd aan Stijn Vanholle, directeur kennis en beleid binnen Domus Medica. In een interview werd zijn reactie bekomen en toegevoegd aan de resultaten.

3.2.5 Juridische en ethische aspecten

Alvorens het onderzoek te starten werd de toestemming van de Centrale Ethische Commissie van het UZA gevraagd en verkregen op 22-03-2017 *(Bijlage 3-4)*.
Voor het begin van elk interview werd duidelijkheid geschept over de inhoudelijke aspecten van het interview. De deelname kon ten alle tijden geweigerd en stopgezet worden. Alsook werd de anonimiteit van elke deelnemer gegarandeerd. De data werden bewaard op een persoonlijke opslagruimte, niet toegankelijk voor collega's in de opleidingspraktijk.

3.3 Resultaten

Negenentwintig niet-forfaitaire praktijken met een verpleegkundige werden gecontacteerd. Acht praktijken namen deel aan dit onderzoek. Na analyse van de gegevens werden vier thema's gedefinieerd: visie en missie als startpunt, het kostenplaatje, de VIHP een meerwaarde, nood aan ondersteuning.

3.3.1 Situatieschets

Deelnemende praktijken zijn grote groepen met meerdere artsen, zonder uitzondering met administratieve ondersteuning door een secretariaat, en naast een VIHP in loondienst dikwijls ook andere disciplines die op zelfstandige basis aan de praktijk verbonden zijn (tabel 1). Om de praktijken anoniem te houden verstrekken we geen gedetailleerde informatie per praktijk.

Tabel 1: profiel deelnemende praktijken

	Aantal praktijken
Aantal artsen (excl. haio)	
3 artsen	2
4 artsen	4
6 artsen	1
9 artsen	1
Haio	6
Secretariaat	8
Psycholoog/psychotherapeut	3
Diëtist	4
Kinesist	2
Praktijkmanager	1
Logistiek medewerker	1
Logopedist	1
Bewegingscoach	1
Vroedvrouw	1
Maatschappelijk werker	1

3.3.2 Visie en missie

In acht van de negen praktijken is er een duidelijk uitgeschreven visie/missie die niet alleen regelmatig wordt herbekeken maar ook dikwijls centraal staat bij uitbreiding van de groep. Wederkerend kernpunt in deze visie/missie is holistische, evidence-based geneeskunde met respect voor inbreng van de patiënt. In sommige praktijken is verder dan inbreng ook empowerment van de patiënt een neergeschreven kerntaak. Tenslotte valt het op dat er veel aandacht is voor collegialiteit, respecteren van éénieders noden, mogelijkheden en welzijn binnen het team. In één welbepaalde praktijk neemt in de visie/missie zelfs de VIHP een expliciete plaats in. De VIHP moet, zeker als een werknemer in loondienst, als een volwaardige collega gewaardeerd worden.

“Hiertoe willen we mensen de nodige middelen aanreiken opdat ze die zelf leren gebruiken waar nodig. ”

“In ons team kan je terecht voor een persoonlijke aanpak van alle aspecten van je gezondheid. Wij streven ernaar om dit op een economische, ethische en wetenschappelijke manier ter harte te nemen met respect voor je eigen inbreng "

“ Een groepspraktijk draait alleen maar goed als je aandacht hebt voor elkaars noden. En dat is zeker voor werknemers zo. Als arts kun je wel al eens zeggen, ‘ik zal je eens vervangen’, maar werknemers lopen in een vrij strak stramien, en ook daar moet de nodige aandacht zijn voor hun vragen. Ik denk dat je hen als collega moet beschouwen en waarderen, en dan krijg je er ook heel veel van terug.”

“ Bij elke uitbreiding van de associatie werden de visie en missie terug op tafel gelegd om te kijken of de nieuwe collega’s (inclusief de haio’s) zich hierin kunnen vinden. We vinden dat iedereen werkzaam in de praktijk zich in deze visie en missie moet kunnen terugvinden. “

In de verschillende deelnemende praktijken is het aantrekken of tewerkstellen van een VIHP op heel verschillende manieren en vanuit verschillende motieven gegroeid. Van het organisch meegroeien met een uitbreidende praktijk tot het aantrekken van een VIHP vanuit de VIHP-opleiding specifiek met het doel voor ogen om de kwaliteit van zorg voor diabetespatiënten te verbeteren.

In één van de praktijken is de verpleegkundige vooral aangeworven om een aantal technische prestaties zoals ECG en spirometrie te kunnen delegeren. In een andere praktijk in een huisartsarme regio was het motief eerder het ontlasten van de huisarts. Dit motief bepaalt uiteraard sterk het takenpakket van de verpleegkundige. Daar waar de verpleegkundige is ingeschakeld voor protocolzorg van patiënten neemt dit een belangrijk deel van haar tijd in beslag. Belangrijk is dat er voor verpleegkundige consulten telkens een zeer nauwe samenwerking is tussen VIHP en arts, en dat patiënten parallel of serieel gezien worden, en nooit zomaar alleen door de verpleegkundige. Inhoudelijk gaat het van het begeleiden van diabetespatiënten, eerste opvang van patiënten bij spoedgevallen, preventieve gezondheidszorg tot sociale oppuntstelling van een moeilijke thuissituatie. In bepaalde praktijken wordt de VIHP echt als expert voor deze zorg vooropgesteld en neemt zij ook geen bijkomende administratieve taken op. In zes van de acht bevraagde praktijken wordt de VIHP echter voor een min of meer belangrijk deel als secretariaatskracht ingezet voor onthaal, stockbeheer, … naast haar louter medische taken. In elke praktijk doet de VIHP instrumentele vaardigheden zoals bloednames, ECG, spirometrie, vaccinaties, …

“Eigenlijk kunnen verpleegkundigen veel meer dan we denken. Het is de bedoeling dat dat verandert, en de verpleegkundigen veranderen daar momenteel zelf ook in.”

"De verpleegkundige was de eerste die hier was. Toen deed zij administratief werk. Vrij snel, als de groep wat groter werd, zagen we het nut in om onze taken te verdelen en op het juiste niveau te laten uitvoeren. We hebben de verpleegkundige dan helemaal geheroriënteerd naar de huisartsgeneeskunde toe, waarbij ze niet allen medisch verpleegkundige taken doet, maar ook een heel belangrijke rol in preventie speelt."

3.3.3 Het kostenplaatje

Bij het tewerkstellen van een verpleegkundige kan je een balans opmaken van de kost voor de praktijk en de inkomsten die zij oplevert. Deze balans is heel verschillend in de bevraagde praktijken; vooral omwille van de verscheidenheid in de afspraken rond het innen van inkomsten voor verpleegkundige prestaties.

Dat een VIHP een volwaardig kabinet nodig heeft om te kunnen functioneren, is een stelling die door elke bevraagde praktijk gedragen wordt en door de meeste ook uitgevoerd. Een klein hokje waarin bloednames gebeuren volstaat niet om de capaciteiten van een VIHP tot hun recht te laten komen. Eigenlijk heeft een VIHP een kabinet nodig waarin ook een arts zou kunnen functioneren. Dit brengt uiteraard een zekere kost met zich mee, al is het maar omdat in deze ruimte op hetzelfde ogenblik geen arts actief kan zijn.

Naast ruimte en materiaal moet je als arts ook tijd kunnen investeren in de begeleiding en overleg met je verpleegkundige. Deze tijd is niet gehonoreerd.

"Er is wel wat tijdsinvestering geweest om protocollen samen met de VIHP uit te zoeken, samen te zitten, te briefen."

"Onze eigen VIHP is heel content dat ze een eigen ruimte heeft, waarin ze kan bezig zijn, rustig kan zitten om aan een dossier te werken. Dat ze niet in een kruipkotje moet zitten. Ik denk dat een belangrijk punt is om die job te waarderen en aan de patiënt duidelijk te maken: dit is een volwaardig lid van ons team. "

"In vergelijking met de loonkost zijn deze kosten absoluut niet zwaar en niet om je hoofd over te breken bij de beslissing tot het aanwerven van een VIHP."

Zoals een arts het in het bovenstaande citaat verwoordt, zijn de eerder vermelde praktische kosten verwaarloosbaar in vergelijking met de loonkost van een VIHP. Dit kwam in alle onderzochte

praktijken duidelijk naar boven. De loonkost van een VIHP is zwaar om dragen, je kan beter spreken van een loonlast.

"Het is voor de ene wat meer haalbaar dan de andere. Het is een serieuze belasting, een serieus stuk uit het budget. De ene arts kan dat wat gemakkelijker plaatsen dan de andere. We dragen bij volgens ons bruto- inkomen, dus de ene draagt meer bij dan de andere, maar uiteraard, het weegt op het budget. Je moet ieder jaar toch een paar procent van je inkomen opzij zetten. "

"Maar als ik voel hoe moeilijk het is om het met vier artsen bol gewerkt te krijgen, snap ik dat veel praktijken dat niet als haalbaar zien. "

Om deze loonlast te dragen waren er een beperkt aantal terugkerende oplossingen in de verschillende deelnemende praktijken. Elke praktijk haalt inkomsten uit zijn VIHP via technische prestaties, die zij verricht en die door een arts, al dan niet op een andere dag, worden aangerekend bij de bespreking van de resultaten. Het gaat dan voornamelijk over ECG, spirometrie en cryotherapie. In een enkele praktijk voert de verpleegkundige uitstrijkjes uit.
Wanneer de VIHP (deels) wordt ingezet voor administratie, wordt ze in een meerderheid van de praktijken ingeschreven als administratieve kracht voor de Impulseotoelage en geldt dit als een financiële ondersteuning voor de loonlast van de VIHP.

In één praktijk bestaat er een overeenkomst met het laboratorium, waarbij het labo maandelijks een soort van huur betaalt voor de ruimte en de tijd waarin de VIHP bloednames doet. Dit is historisch gegroeid vanuit een situatie waarin een verpleegkundige van het labo in de praktijk gratis bloednames kwam doen.
In zeven van de acht bevraagde praktijken wordt aan terugbetalingstarief een verpleegkundig consult aangerekend onder het nomenclatuurnummer van een superviserende arts. Dit in verschillende gradaties: gaande van af en toe, wanneer een arts in advies wordt geroepen, tot het systematisch aanreken van elk verpleegkundig contact. Bij twee van de acht praktijken wordt op die manier elk consult vergoed, met inbegrip van vaccinaties en bloednames. De arts wordt slechts bij een minderheid van de consulten in advies geroepen, maar is wel telkens in hetzelfde gebouw aanwezig. Tenslotte wordt de rest van de put gedicht vanuit het inkomen van de artsen. Loonlast wordt als een beroepskost ingebracht en zo financiert elke arts vanuit zijn persoonlijk honorarium de VIHP. Het aandeel van deze laatste financieringsbron is erg afhankelijk van de mate waarin verpleegkundige consulten worden aangerekend. Praktijken die systematische verpleegkundige consulten aanreken beschouwen de loonlast als haalbaar en niet-verlieslatend. Een heel ander verhaal horen we bij de praktijken die weinig of geen verpleegkundige consulten aanrekenen. Bij deze artsen vertegenwoordigt de loonkost van de VIHP een belangrijk aandeel van hun inkomen.

"Impulseopremie zullen we komend jaar zeker aanvragen voor haar gezien ze ook administratieve taken doet."

"De technische prestaties die de verpleegkundige doet zijn inkomsten die gerekend worden bij het consult van de arts waar de patiënt voor de bespreking van dat technisch onderzoek komt."

"Consultaties worden aangerekend wanneer de VIHP oren uitspuit, een ECG afneemt, … We hebben vijf jaar lang niets gevraagd wanneer een verpleegkundige iets deed. Een jaar geleden hebben we beslist om dit wel te doen. We hadden meer en meer personeel nodig en hielden minder en minder over. Dat is gewoon niet logisch. Wanneer er nu bijvoorbeeld een oor wordt uitgespoten, ga ik even kijken of dat oor uitgespoten is. Dat duurt twee seconden, een hand geven, goeiendag zeggen en terug weg."

"Ook wanneer patiënten voor een bloedname komen wordt een consult aangerekend, op naam van de arts die de patiënt nadien ook volledig opvolgt."

"Vaccinnaties rekent ze ook aan aan terugbetalingstarief. Daar doen we het eigenlijk al wel."

"Ze rekent in principe geen consultaties heeft maar heeft wel van elke arts een boekje liggen. Als er een arts wordt bijgeroepen (vb bij ECG) voor advies wordt via derdebetalersregeling een consult aangerekend. Ook wanneer ze bijvoorbeeld bij een diabetesconsult vastzit en wij komen erbij, wordt er een consult aangerekend. Het is een minderheid van de consulten maar brengt wel iets van inkomsten mee."

"Iedere arts betaalt een deel van de onkosten volgens zijn bruto-inkomen. In die onkosten zit ook de loonkost van de verpleging."

3.3.4 De VIHP, een meerwaarde

Het inschakelen van een VIHP komt de kwaliteit van zorg voor patiënten ten goede. Technische prestaties zoals ECG en spirometie, die anders wegens tijdsgebrek soms niet worden uitgevoerd gebeuren systematisch in praktijken met een VIHP. Maar het gaat veel verder dan dat. Daar waar de VIHP een thematische rol speelt, of het nu gaat om preventieve gezondheidszorg, sociale oppuntstelling of opvolging van diabetespatiënten, vaart de patiënt er wel bij. Dit zijn taken die de huisarts onvoldoende kan opnemen wegens zijn overvolle agenda. Wanneer binnen een team van huisartsen en verpleegkundigen deze zorg rond een patiënt gedeeld en gedelegeerd wordt stijgt de kwaliteit. Naast het realiseren van een stijging van de kwaliteit van zorg kan een VIHP dikwijls ook meer tijd maken voor een luisterend oor, een informeel gesprek.

Niet alleen voor de patiënt, ook voor de arts in een praktijk met een VIHP zijn er voordelen. Hij krijgt meer tijd voor de taken waarvoor hij echt bekwaam is. Er ontstaat een zekere rust in de manier van werken. Goed en volledig ingevulde dossiers. Steeds de optie hebben om welbepaalde minder uitdagende en tijdrovende taken te kunnen delegeren. Het is veel aangenamer om na een bloedafname, ECG of spirometrie door de verpleegkundige, de resultaten rustig en in dialoog met de patiënt te bespreken, dan om dit telefonisch te moeten doen. Sommige artsen getuigen hoe zij bij het invoeren van een VIHP in hun praktijk zelf meer patiënten kunnen zien en er op die manier ook financieel wel bij varen.

"Anderzijds geeft het wel een enorm comfort van werk, waar ik bereid voor ben een prijs te betalen. Ik vind het heerlijk als mensen op raadpleging komen om hun bloeduitslag te komen bespreken, dat dat bloed al geprikt is, dat ik dat niet aan de telefoon hoef te bespreken, dat er geen misverstanden over zijn, dat ik zelf advies kan geven, dat mensen met kleine vraagjes door de VIHP worden opgevangen. Het geeft zo'n rust van werken dat ik dat voor geen geld van de wereld zou willen missen. Ook al is de loonkost zeer zwaar, het gaat over kwaliteit van werken in de zorg naar patiënten toe, in de opvolging van dossiers, in de opvolging van problemen, in preventieve zorg en in rust op raadpleging voor mezelf die ik echt de moeite waard vind en die ik iedere huisarts absoluut toewens."

"Ook de informele babbel die gebeurt tijdens de bloednames, waar mensen soms nood aan hebben en waar wij misschien niet voldoende tijd voor hebben."

"We vinden toch heel hard een verlichting van ons werk."

"Kwaliteit en continuïteit. De verpleegkundige kan, omdat ze anders georganiseerd is dan wij als artsen, zeker voor chronische zorg, een veel betere continuïteit en kwaliteit bieden. Patiënten worden op tijd verwezen, hebben altijd een verwijsbrief, als iemand opgebeld dient te worden voor een bijkomend onderzoek kan dat allemaal via haar gebeuren."

"Ik ben heel blij met onze verpleegkundigen. Verpleegkundigen kunnen meer en meer taken doen. Dat is jobcreatie. Moest ik alleen werken, zou ik heel veel van die taken gewoon niet doen. Het zou mij ook minder kosten. Maar ik zou ook minder patiënten kunnen doen. Ik kan dus meer patiënten doen maar moet er ook harder voor werken."

De meest geciteerde drempel om een VIHP aan te trekken is de loonlast. Zonder officiële tegemoetkoming van de overheid is deze zwaar om dragen. Daarnaast kan het uit handen geven van

eenvoudige taken en informele gesprekken voor sommige huisartsen ook een drempel betekenen. Deze aspecten van huisartsgeneeskunde kunnen variatie brengen in een zware en drukke dag of toelaten om achterstand in de afspraken weg te werken. Het afwisselen van eenvoudige taken met complexe, chronische en uitdagende zorg verlicht de taken van de huisartsen . Daarnaast is een eenvoudige technische prestatie uitvoeren ook soms 'easy money'.
Voor patiënten lijken er vooral veel voordelen, met uitzondering van het feit dat ze frequenter in de praktijk moeten komen. Daar waar de arts bijvoorbeeld een bloedname doet en nadien telefonisch de resultaten bespreekt, is er bij een bloedname door de verpleegkundige met afspraak nadien bij de arts een extra contactmoment voor de patiënt.

"Heel veel artsen hebben van nature uit de neiging om alles naar zich toe te trekken en hebben moeite om dat los te laten. Daar ligt zeker nog wel een uitdaging. Zodat ze het ook niet als een bedreiging van hun job zien. Een draadje verwijderen is eens een gemakkelijke raadpleging, wat ook wel eens een opluchting is en ook easy money, is mentaal niet belastend, wat luchtiger, niet zo tijdrovend. Dat zijn de consulten waar veel artsen zich nu aan optrekken: 'het was maar een uitstrijkje, een hechting, een vaccinatie, …'."

"Die informele babbel, ook bij chronische patiënten, hoort er een stukje bij. Niet om te babbelen maar wel om uw patiënt te leren kennen. Dat rendeert niet en draagt misschien nergens toe bij, maar dat draagt naar mijn gevoel wel bij aan de band die je hebt met je patiënten. Die op een gegeven moment wel van toepassing zal zijn als zij met een bepaalde vraag of probleem tot bij u komen. Dat vind ik een hele moeilijke. "

3.3.5 Nood aan ondersteuning

Gezien de loonlast van een VIHP de rode draad is in de afgenomen gesprekken, verwondert het niet dat suggesties met betrekking tot het verlagen van de loonlast het meest terugkomen in de verschillende praktijken. Duidelijkheid van de overheid over wat een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk kan en mag aanrekenen ontbreekt. Praktijken gaan bij elkaar te rade en gebruiken dit als argument om bijvoorbeeld nomenclatuurnummers van artsen te gebruiken voor verpleegkundige consulten. Aan duidelijkheid van hogerhand hieromtrent ontbreekt het echter, en dat gegeven bezorgt deze praktijken een wrang gevoel. Hetzelfde geldt voor duidelijkheid over de bestemming van de Impulseotoelage wanneer een VIHP deels administratief werk uitvoert.
Naast meer duidelijkheid is een dikwijls wederkerende concrete suggestie het invoeren van een apart nomenclatuurnummer voor een verpleegkundig consult, op naam van de verpleegkundige.

Verder kwamen enkele ruimere concepten aan bod: een verpleegkundig forfait naar analogie van het forfaitaire systeem. Een uitbreiding van de GMD-toelage via het GMD+. Een systeem van pay for quality waarbij praktijken die – via hun VIHP – bepaalde kwaliteitseisen halen, ervoor gesubsidieerd worden. Aanpassing en verbetering van de verloning zoals beschreven in de paritaire comités. Aanbieden van een HR-opleiding voor artsen, zodat ze sterker in hun schoenen staan bij het begeleiden van personeel.

Tenslotte geven twee praktijken enkele tips die andere artsen kunnen helpen bij de beslissing over de tewerkstelling van een verpleegkundige in de huidige Vlaamse context. Het kan een idee zijn om met een aantal verschillende praktijken samen een verpleegkundige aan te trekken en de loonkosten te delen volgens de gepresteerde uren in deze verschillende praktijken. Zo kan een kleinere praktijk, of eventueel zelfs solist, toch beroep doen op een verpleegkundige. Bovendien kan een zorgprotocol dat is uitgewerkt in de ene praktijk ook gebruikt worden in de andere praktijken.

Verder kan het, al dan niet voor een kleinere praktijk, interessant zijn om een verpleegkundige in te huren van een externe verplegingsorganisatie voor een beperkt aantal uren per week. Op dergelijke manier samenwerken met een externe partner kan financieel drempelverlagend werken.

"Ik vind dat verpleegkundigen getuigschriftenboekjes moeten krijgen, zoals ons. Ze moeten kunnen factureren op eigen naam, want zij doen het consult en nemen uiteindelijk zelf heel wat verantwoordelijkheid. Volgens het systeem van de haio's: onder ons dak maar met eigen boekjes. Voor mijn part een eigen nomenclatuur, die niet veel onder de onze mag liggen. Die mag niet de helft zijn van de onze, voor mijn part mag daar twintig procent af."

"Naar het beleid toe: een compensatie voor de loonkost. Ik kan begrijpen dat men dat niet zomaar kan doen. Als men daar graag targets tegenover zet of doorlichting van praktijken, is dat ok. Ik zou geen resultaatsverbintenis gebruiken, aangezien het resultaat niet alleen afhangt van de verpleging. Intenties meten zou ik kunnen accepteren. Als je kwaliteit levert vind ik dat daar iets tegenover mag staan. Het mag gedifferentieerd zijn maar er moet zeker een tegemoetkoming komen voor verpleegkundigen. "

"Het al dan niet aanrekenen van de verstrekkingen op naam van de geneesheer die de patiënt opvolgt moet uit de grijze zone gehaald worden. Wij beroepen ons momenteel op artikel 1 paragraaf 4 bis van het K.B. 25.7.1994 (fysieke aanwezigheid van geneesheer-verstrekker) waarin aangehaald wordt dat de aanrekening mag gebeuren indien het handelingen betreft als voorbereiding op de diagnose of in het kader van preventieve geneeskunde. Maar echte duidelijkheid hierover bestaat niet."

"Ik zou het fijn vinden om duidelijker te weten wat de VIHP al dan niet mag doen en aanrekenen. Nu ronden we af naar beneden vanuit de ongerustheid dat we fouten zouden maken. Moet er gewoon een arts in huis zijn of moet die echt bij de patiënt zijn geweest? Het is nu wat flu. Ik denk dat er vanuit de VIHP-opleiding wel wat duidelijkheid zou kunnen komen. Het zou fijn zijn om daar wat meer info rond te krijgen."

"Indien het takenpakket van de verpleegkundige nog voor een groot deel bestaat uit administratieve zaken, hebben praktijken dan nog recht op die premie? Lijkt me logisch, misschien kunnen de

beleidsmakers een percentage vastleggen dat moet gehaald worden of eveneens het verpleegkundige takenpakket opnemen in de impulseopremie."

"Vanuit idee dat bij het aanwerven en managen van een VIHP heel wat personeelsadministratie en –ervaring komt kijken: een opleiding HR aanbieden vanuit domus medica/ASGB/sociaal secretariaat?"

3.3.6 Peer review door Stijn Vanholle

"Ik ben directeur kennis en beleid. Binnen Domus Medica volg ik alle evoluties binnen de gezondheidszorg op via kennisdomeinen die ik coördineer. Daarnaast volg ik het gezondheidsbeleid op in Vlaanderen en federaal. Met onze syndicale poot AADM zitten we in de RIZIV-structuur. Daar doe ik alle beleidsvoorbereidingen voor. Alle beleidsbeslissingen, lobbywerk of onderhandelingen doen wij.

Als je kijkt naar de financiering, zitten we in België met een heel groot probleem. Er is op dit moment veel grijze maar ook zwarte zone die wordt toegepast om de verpleegkundige te betalen. Ik heb het niet over de wijkgezondheidscentra maar over prestatiegeneeskunde. Er moeten stappen gezet worden, anders loop het hele VIHP-project in België vast. Zeker als we zien dat op dit moment nomenclatuurnummers door VIHP's gedeclareerd worden die nooit door een verpleegkundige mogen gedeclareerd worden. Op een gegeven ogenblik zal de overheid daar kleur in moeten bekennen. Ofwel ga je dat dogen, maar maak het dan officieel, ofwel moet je ertegen optreden, en dan gaat zeker iedereen stoppen met VIHP. Nu wordt dat voor een stuk – al dan niet bewust - toegelaten. Dit is een essentiële sleutel. Hogescholen in Antwerpen, Gent en Hasselt leveren kwalitatieve personen af, maar heel veel praktijken zitten nog met de vraag: 'hoe gaan we dat in godsnaam financieren?'.

Er zijn twee pistes voor financiering: via forfait en via nomenclatuur.

Ik geloof eerder in het forfait dan in nomenclatuur. Als je puur via nomenclatuur werkt, zal je automatisch een soort hiërarchie krijgen in de huisartsenpraktijk waar de huisarts sturend is. Je gaat beter naar een co-governance model waarbij beiden even belangrijk zijn en de verpleegkundige zelfs voor een stuk sturende taken kan geven aan de huisarts voor bepaalde pathologieën en opvolging van trajecten. Hoe meer nomenclatuurnummers door de VIHP worden gedeclareerd, hoe meer inkomsten voor de praktijk en dan krijg je een heel sterke druk op de verpleegkundige om heel veel aan te rekenen.

Als je daarnaast een forfait voorziet zoals bijvoorbeeld via het Impulseofonds, ga je veel meer ruimte kunnen maken voor kwalitatieve verpleegkundige taken zoals diabetesopvolging. Zo kan er ook ruimte zijn voor andere taken zoals bijvoorbeeld stockbeheer. Hoe zou je dit via nomenclatuur anders financieren?

Ik zou voor het gemengde systeem gaan, maar de eerste stap zal zeker het forfaitaire zijn.

Als je de structuren moet gebruiken die er nu zijn lijkt mij het Impulseofonds de makkelijkste manier. Op dit moment is natuurlijk een grote strijd bezig: moet dit door Vlaanderen gefinancierd worden of door de federale overheid? Als je zo het spelletje moet spelen zal er nooit iets vooruitgaan. De vraag is er, het wetenschappelijk bewijs is er dat een VIHP een grote kwalitatieve meerwaarde kan bieden. Dan moet dat opgelost worden en moet zowel de Vlaamse als de federale overheid haar verantwoordelijkheid opnemen. Via het Impulseofonds zou je kunnen kiezen of je een praktijkassistent wilt, een praktijkverpleegkundige, of een mengeling, afhankelijk van de noden in je praktijk. Laat de keuze door de praktijk maken, maar biedt de optie aan.

Binnen Domus Media zijn we via onze syndicale poot aan het lobbyen binnen de overheid en constructief aan het meewerken aan de hervorming van het Impulseofonds. Dit zal voor de volgende legislatuur zijn, maar de voorbereidingen worden nu getroffen. Daar wordt inderdaad gekeken hoe ruim we die optie kunnen bieden. Gaat alles gerealiseerd worden waarvan we denken dat het nodig is? Neen, natuurlijk niet, maar we kunnen wel genoeg praten, drukken, wegen, constructief meewerken om de optie van VIHP ruimte te bieden om dit te realiseren. En ik geloof echt dat dat er komt tegen 2020.

Daarnaast zijn we parallel bezig om de hogescholen die met de opleiding bezig zijn samen te zetten en een competentieprofiel op te stellen dat belangrijk is bij de aanwerving van een VIHP. Een dergelijk functieprofiel kan een goede leidraad zijn voor huisartsenpraktijken die overwegen een VIHP aan te stellen.

Tenslotte zijn we ook bezig met een opleiding rond human resources (HR) in de huisartsenpraktijk. Hoe ga je om met conflicten, evaluatiegesprekken, functioneringsgesprekken? Huisartsen zijn daar zelden tot nooit voor opgeleid. Heb je een werknemer, dan ga je naar een KMO, en dan wordt management belangrijk."

4. Discussie

We proberen in dit kwalitatief onderzoek een antwoord te vinden op de vraag of het in een niet-forfaitaire praktijk haalbaar is om een verpleegkundige tewerk te stellen.

Allereerst viel op dat er in Vlaanderen slechts een beperkt aantal niet-forfaitaire groepspraktijken zijn die een VIHP tewerkstellen. Met andere woorden; het was niet zo eenvoudig om deelnemers aan het onderzoek te vinden. Er zijn veel meer grote groepspraktijken zonder, dan met verpleegkundige. Dikwijls zijn er in deze praktijken wel andere paramedici onder één dak werkzaam, maar dan op zelfstandige basis. Dit is de eerste vaststelling die verklaard kan worden vanuit de grote financiële hinderpaal die het aanwerven van een VIHP vandaag betekent.

Daarnaast blijkt de VIHP in de bevraagde praktijken werkzaam in grotere praktijken met minstens 3 artsen. Deze praktijken hebben administratieve ondersteuning en werken dikwijls samen met andere paramedische disciplines onder één dak. Wellicht niet toevallig werkt de VIHP in grotere groepen met meer financiële slagkracht en in een cultuur waarin kwaliteit van zorg misschien primeert boven geldelijke motieven.

Wanneer je nadenkt over het aanwerven van een verpleegkundige moet je rekening houden met verschillende soorten kosten. Naast de loonkost moet je ook zorgen voor een volwaardig ingericht kabinet, investering van tijd voor begeleiding en overleg met de VIHP. In vergelijking met de loonkost, en we spreken beter van loon*last*, zijn deze kosten volgens de bevraagde praktijken echter verwaarloosbaar. Personeel betalen is duur, en in tegenstelling tot voor administratief personeel in de huisartsenpraktijk is er geen ondersteuning voorzien. Praktijken met een VIHP moeten dus creatief zijn om hun activiteiten financieel gezond te houden. De ene praktijk is daar rigoureuzer in dan de andere, maar allemaal erkennen ze dat onduidelijkheid hierover een groot probleem is.
Een meerderheid van de bevraagde praktijken zorgt voor een terugverdienste uit de VIHP via het aanrekenen van verpleegkundige consulten, al dan niet in derdebetalersregeling, via het nomenclatuurnummer van een arts. Sommige praktijken gaan daar ver in en rekenen zelfs voor een korte bloedname of vaccinatie een dergelijk consultatienummer aan. Verpleegkundigen die enige vorm van administratie doen worden ingeschreven als administratief bediende bij het indienen van het Impulseodossier, en zo ontvangen heel wat praktijken ook op die manier een belangrijke financiële bijdrage. De bevraagde praktijken zijn er zich van bewust dat ze zich met deze financieringsbronnen in een grijze zone bevinden. Ze gingen echter te rade bij collega's die het ook zo doen, die er niet voor worden afgestraft, en bij gebrek aan een alternatief doen de meesten het dan ook maar. Een minderheid van de bevraagde praktijken doet dit niet en levert een substantieel deel van de erelonen in om de verpleegkundige te kunnen betalen.

In een Nederlandse studie over het inschakelen van een VIHP bij de behandeling van urine-incontinentie in de eerstelijnszorg blijkt niet alleen de outcome en levenskwaliteit van de patiënten te verbeteren, maar ook nog eens de maatschappelijke kost voor deze pathologie te dalen[20]. In een Frans onderzoek rond diabetesopvolging in de eerste lijn blijkt het inschakelen van een VIHP positieve gevolgen te hebben voor de glycemiecontrole, zonder meerkost[21]. Een bevestiging hiervan in een grotere studie met meerdere duizenden participanten wordt binnenkort verwacht.
Preliminaire resultaten over de implementatie van een VIHP zijn gunstig doch op het moment van dit

schrijven zijn de definitieve resultaten nog niet gepubliceerd[22]. Meerdere andere studies wijzen op de kwalitatieve meerwaarde van het inschakelen van een VIHP[3, 17] .

Er heerst in ons onderzoek ook consensus over de meerwaarde die een VIHP voor de huisartsgeneeskunde kan betekenen. Niet alleen wanneer het gaat over kwaliteit van zorg, maar ook de beleving van de arts die werkzaam is in een team met een VIHP is positief. Het is aangenamer werken, kunnen delegeren naar een verpleegkundige geeft flexibiliteit en de nodige rust tijdens de consultatie. Hier staat als grote drempel het financiële kostenplaatje tegenover en de onduidelijkheid en onrust die heerst over hoe je verpleegkundige consulten kan aanrekenen.

Wat stellen de deelnemende praktijken voor om de huidige situatie te verbeteren? Zij vragen duidelijkheid. Duidelijkheid over of het nu wel of niet kan om een VIHP in te schrijven voor een Impulseotoelage en vooral of je een verpleegkundig consult kan aanrekenen met het nomenclatuurnummer van een arts. Concreet wordt herhaaldelijk geopperd om een eigen en apart nomenclatuurnummer voor een VIHP in te voeren. Het lijkt of veel van de huidige malaise rond dit hiermee opgelost kan worden. De praktijken die een verpleegkundig consult nu al aanrekenen zouden zich er beter bij voelen en diegenen die het nog niet doen kunnen zo een financieel gezondere balans behouden. Het is bovendien niet ondenkbaar dat een dergelijke maatregel heel wat praktijken over de streep zou trekken bij de beslissing om een VIHP aan te werven.

Tenslotte gaan er ook ideeën op om een soort verpleegkundig forfait te voorzien, eventueel te koppelen aan bepaalde kwaliteitsindicatoren. Een pay-for-performance systeem is inderdaad niet ondenkbaar en is bijvoorbeeld in Groot-Brittannië succesvol ingevoerd in de eerste lijn[23]. In Australië werd in 2004 een prestatiegebonden financiering ingevoerd, in 2010 aangevuld met een forfait. Daar waar in het prestatiesysteem het gevaar dreigde dat de VIHP werd ingezet voor hoofdzakelijk technische prestaties en zo ondergewaardeerd werd, was er met een forfaitaire financiering ruimte om meer intellectuele activiteiten te op nemen[24]. Een gemend systeem lijkt dus niet oninteressant om de VIHP met een zekere autonomie plaats te kunnen laten innemen in een multidisciplinair team.

Sterktes en beperkingen

Sterktes bij dit onderzoek zijn het gebruik van open vragen in de interviews, de ruimte die werd gelaten om suggesties van artsen op te nemen in de onderzoeksresultaten, en tenslotte de saturatie die reeds na enkele interviews werd bereikt in het type antwoorden dat gegeven werd.
Er is een zekere tijd verstreken tussen de literatuurstudie en het schrijven en indienen van deze tekst. Herhalen van het literatuuronderzoek op Medline leverde echter geen bijkomende interessante bronnen op.
De grootste beperking van dit onderzoek is het beperkte aantal bevraagde praktijken. Echter, VIHP-praktijken zijn onder groepspraktijken wel degelijk fel in de minderheid.
Tenslotte werden enkel praktijken bevraagd die reeds een VIHP tewerkstellen die dus per definitie die samenwerking reeds als haalbaar achten. Meer neutraal is een bevraging waarbij ook andere praktijken een stem krijgen.

Toekomstig onderzoek

Een groter, eventueel nationaal onderzoek waarbij een groter aantal VIHP-praktijken betrokken wordt is nodig om deze resultaten verder te bevestigen. Ook een kwantitatieve financiële analyse waarbij kosten tussen verschillende soorten praktijken, met en zonder verpleegkundige, forfaitair en niet-forfaitair, wordt vergeleken dringt zich op. Mogelijk kan pas dan een bindend signaal aan beleidsmakers worden gegeven om de situatie te verbeteren.

5.Besluit

Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk? Het antwoord is ja. Als je maar bereid bent te leven met de onduidelijkheid of je al dan niet een verpleegkundig consult aanrekent, de Impulseotoelage gebruikt, en vooral ook bereid bent om een substantieel deel van je inkomen te spenderen aan de loonlast van een VIHP. Het invoeren van een verpleegkundige nomenclatuur lijkt de meest voor de hand liggende maatregel om enerzijds meer praktijken te overtuigen om een VIHP in te schakelen en om anderzijds de nodige twijfel weg te nemen in praktijken die reeds een VIHP tewerkstellen.

Referenties

[1]Peremans L, Remmen R, Fraeyman J, ea. Joint Action HWF – Belgian Pilot Project : Horizon Scanning in General Practice. Work Package 6. UA, UCL 2014.

[2]Kasteleyn, A. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Huisartsengroepering. Lijst groepspraktijken. 17/01/2017 (E-mail).

[3]Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH. Eindhoven, februari 2015.

[4]Tsitagianni V, Van Royen B, Peremans L. Visie van eerstelijnsverpleegkundigen over hun rol in de huisartsenpraktijk: een exploratief onderzoek. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde. UA 2015.

[5]Joye S, Merckaert K, Peremans L. De multidisciplinaire groepspraktijk: patiëntenvisie. Kwalitatief onderzoek met diepte-interviews bij patiënten. Masterproef Huisartsgeneeskunde. UA 2016.

[6]Vercauteren B, Van Bogaert P, Peremans L. Kwalitatief onderzoek rond de integratie van verpleegkundigen in huisartsenpraktijken: een casustudy. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde. UA 2016.

[7]Emplit G, Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Lijst medische huizen 21/12/2016 (E-mail).

[8]Annemans L, Closon JP, Closon MC, ea. Vergelijking van de kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. KCE reports 85A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg 2008.

[9]Paritair comité voor de gezondheidsinrichtingen en –diensten 330. ACLVB. 27/06/2017.

[10]http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarief_medische_huizen_forfait_20180201.pdf

[11]KPMG Advisory. Audit inzake de organisatie, werking en kostenstructuur van medische huizen. November 2017. p. 191.

[12]http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/verpleegkundigen/verzorging/Paginas/default.aspx#.WFrCmrbhBGM. Geraadpleegd op 15/01/2018.

[13]De Coster E, Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Statistiek verpleegkundige nomenclatuur. 19/01/2018 (E-mail).

[14]Voorstel tot Multidisciplinaire Praktijkondersteuning Chronische zorg: 'ASSISTEO'. Academisch Platform Chronische Zorg. November 2013.

[15]Maier C, Aiken L. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. The European Journal of Public Health, Vol. 26, No. 6, 927–934.

[16]Freund T, Everett C, Griffiths P, ea. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? International Journal of Nursing Studies 52 (2015) 727–743.

[17]Naylor M, Kurtzman E. The Role Of Nurse Practitioners In Reinventing Primary Care *Health Affairs* 29, no.5 (2010):893-899.

[18]Hansen-Turton T, Ware J, McClellan F. Nurse Practitioners in Primary Care . Temp. L. Rev. 1235 (2009-2010).

[19]De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. (red.) Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014.

[20]Holtzer-Goor KM, Gaultney JG, van Houten P, ea. Cost-Effectiveness of Including a Nurse Specialist in the Treatment of Urinary Incontinence in Primary Care in the Netherlands. Plos One. 2015 Oct 1;10(10).

[21]Mousques J, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Health Policy 98 (2010) 131-143.

[22]De La Londe J, Mousques J. The Daphnee project (Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation): focus on the quality of care delivered do diabetic patients. EGPRN Meeting, Dublin-Ireland, 19-22 October 2017.

[23]Doran T, Fullwood C, Gravelle H, ea. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. N Engl J Med 2006;355:375-84.

[24]Pearce C, Phillips C, Hall S, ea. Following the funding trail: financing, nurses and teamwork in Australian general practice. BMC Health Services Research 2011, 11:38.

Dankwoord

Van harte dank aan mijn praktijkopleiders dr Philippe Van Elsen en dr Kristof Hillemans voor het grondig nalezen van deze tekst. Veel dank aan Stijn Vanholle voor de reactie. Bijzondere dank aan dr Riet Breesch voor de hulp bij de aanvang van mijn masterproef en de nuttige contacten binnen Domus Medica.

Dank aan mijn promotor dr Lieve Peremans voor haar deskundige begeleiding van A tot Z. Een geroutineerde promotor is goud waard!

Tenslotte ook dank aan mijn vrouw en zoontje voor hun dagelijkse liefde en ontspanningsmomenten.

Bijlagen

1. Uitnodigingsbrief

Universiteit Antwerpen

Uitnodigingsbrief

Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk?

Geachte Mevrouw,
Geachte Mijnheer,

In het kader van mijn opleiding huisartsgeneeskunde maak ik een masterthesis met als titel '**Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk?**'.
In eerder onderzoek rond verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk (VIHP) komt de financiële consequentie hiervan telkens als hinderpaal naar boven. In België wordt hieraan tegemoet gekomen via het forfaitaire systeem. Nochtans zijn er ook VIHP werkzaam in heel wat niet-forfaitaire groepspraktijken. Ik wil nagaan welke oplossingen u gevonden heeft om uw VIHP te kunnen tewerkstellen. Daarbij hoop ik te komen tot een thesis die als leidraad kan dienen bij de beslissing omtrent de aanwerving van een VIHP, en bij uitbreiding een stimulans naar een aanpassing van de bestaande financiering van huisartsen.

Het onderzoek bestaat uit een diepte-interview en zal gemiddeld 30 minuten duren en kan uitzonderlijk tot een uur lopen. Tijdens het interview worden een klein aantal open vragen gesteld. Onder “open vragen” verstaat men een vraag die je niet alleen met “ja en nee” kan antwoorden. Deze vragen stel ik om u de mogelijkheid te geven zelf aan te geven wat u belangrijk vindt. De interviews zullen bij de participanten in de groepspraktijk worden afgenomen, dit is vaak de plaats waar u zich het veiligst en meest comfortabel voelt en ongehinderd kunt spreken. Ik zal rekening houden met de werktijden en vragen welke tijd het meest geschikt is voor een interview. Gedurende het interview zal er opnamemateriaal voorzien worden. Tevens zullen er documenten aangereikt worden over de postacademische vorming voor eerstelijnsverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk aan de Universiteit van Antwerpen.

Uw privacy wordt natuurlijk ten alle tijde gewaarborgd, deelname is geheel vrijwillig en u kan op elk moment met het interview stoppen. Interviews zullen worden afgenomen in de periode van 01/05/2017 tot 31/09/2017. U krijgt een samenvatting van het interview een paar weken later opgestuurd met de vraag of u het met de inhoud eens bent.

Deze studie is verzekerd door de verzekering van de Universiteit Antwerpen en toestemming werd verleend door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

Alvast hartelijk dank voor uw hulp en tijd,

Dr. Olivier Vantomme
+32472940989

Promotoren: Prof. Dr. Lieve Peremans. Prof Dr. Roy Remmen
Praktijkopleider: Dr. Philippe Van Elsen

2. Topiclijst interview

Universiteit Antwerpen

Topiclijst

Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk?

Inleiding

Mijn naam is Olivier Vantomme, 1e jaars huisarts-in-opleiding in groepspraktijk Den Els te Oelegem. Dit onderzoek kadert in mijn Manama-thesis.

De huisarts van vandaag staat voor een uitdaging door de toenemende vergrijzing, comorbiditeit en dus complexiteit van zijn/haar patiëntenbestand. Multidisciplinair samenwerken is in deze uitermate belangrijk. Een toenemend aantal huisartsen organiseert zich in groepspraktijken en is zo in sommige gevallen in staat een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) tewerk te stellen. Via het forfaitaire systeem wordt door het RIZIV ondersteuning geboden voor de financiële consequenties hiervan. Echter ook in heel wat niet-forfaitaire praktijken worden VIHP's tewerkgesteld. Ik wil onderzoeken hoe deze huisartsen erin slagen om dit te organiseren en financieren.

Via een interview met als basis onderstaande topics hoop ik samen met u te ontdekken welke oplossingen er bestaan binnen het niet-forfaitaire systeem en zo te komen tot een thesis die kan dienen als een leidraad bij de beslissing tot het al dan niet aanwerven van een VIHP.

Praktische afspraken

Het interview zal plaatsvinden in een rustige ruimte in uw huisartsenpraktijk. De tijd van het interview wordt geschat op 30 tot 60 minuten. Eerst volgt er een korte inlichting met het ondertekenen van het informed consent. Ten alle tijden kan het interview stopgezet worden. Het interview wordt opgenomen via een dictafoon waarna de gegevens gecodeerd en anoniem verwerkt worden.

Topiclijst

Achtergrond van de praktijk

Doel: Het is belangrijk eerst een zicht te krijgen over de ontwikkeling van de praktijk.
In hoeverre wordt de integratie van een praktijkverpleegkundige gedragen door alle leden?
Hoe verloopt de verdeling van de honoraria bij de artsen?

- Wie werkt er op dit ogenblik in deze praktijk? Wat is de taakverdeling?

- Wat is de visie en missie van uw praktijk?
    - In welke mate kan u zich vinden in de missie en visie? En uw collega's?
    - (Voelt u zich een gewaard lid van het microsysteem/team?)

- Hoe is de idee gegroeid om een verpleegkundige tewerk te stellen in de praktijk?

- In welke mate sluit de keuze om in dit project te stappen erbij aan?
    - Heeft iedereen dezelfde doelen? (weerstand?)

Wat is het takenpakket van jullie VIHP?

Doel : Er is een onderscheid tussen een instrumentele en geïntegreerde verpleegkundige. De invulling van het takenpakket kan een invloed hebben op de mogelijkheden voor betaling

Bv. als de verpleegkundige louter administratieve taken doet, kan ze in het kader van Impulseo 2 betaald worden en dat is een heel ander verhaal. VPK die verpleegkundige taken uitvoeren kunnen niet in aanmerking komen voor Impulseo 2

- Wordt jullie VIHP ingeschakeld voor administratieve taken? Welke?
- Welke technische prestaties verricht jullie VIHP?
- Geeft jullie VIHP medisch advies? Zorgt zij mee voor opvolging van chronische patiënten? Preventieve gezondheidszorg? Vaccinaties? Andere?

Hoe regelen jullie de betalingen in de praktijk?

Doel: Deze topic komt als laatste. Is het meest gevoelige onderwerp. De antwoorden uit de vorige topics kunnen hierop een invloed hebben.

- Hoe worden artsen betaald? Worden (een deel van de) honoraria gepoold?
- Hoe worden (secretariaats)medewerkers betaald? Heeft u recht op een impulseo-premie? (indien er aparte secretariaatsmedewerkers zijn)
- Hoe wordt de VIHP in uw praktijk vergoed?
  - Wordt Impulseo gebruikt hiervoor?
  - Welke andere financieringsbronnen heeft u voor de betaling van de VIHP?
  - Betaalt het laboratorium de VIHP voor bloednames? Worden technische prestaties die door de VIHP worden uitgevoerd aangerekend door de arts?
  - Welke kosten zijn er geweest bij de aanwerving van de VIHP (infrastructuur, opleiding, …)
  - Welke kosten, afgezien van de loonkosten, zijn er bij de tewerkstelling van de VIHP? (kabinetruimte, materiaal, opleiding)
  - Al bij al is het toch een zware loonkost, hoe is dat voor u haalbaar? Denkt u financieel/netto verlies op uw VIHP te maken? (uiteraard niet in kwaliteit van zorg en zelfzorg)
  - Wat maakt dan de inschakeling van een VIHP toch een meerwaarde is voor uw praktijk?

Hoe kan het beter? Heeft u ideeën voor beleidsmakers?

Zijn er nog vragen/aanvullingen op dit interview?

3. Goedgekeurd studieprotocol



PROTOCOL

Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk?

Doelstelling en verantwoording

Een toenemend aantal huisartsen werkt samen in groepspraktijken. Een deel van hen stelt een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) te werk. Uit eerder onderzoek blijkt dat dit de kwaliteit van zorg ten goede komt. Huisarten kunnen zo taken delegeren en zich concentreren op kerntaken. In dit onderzoek komt als hinderpaal echter telkens de financiële consequentie van het tewerkstellen van een VIHP naar boven. In België wordt hieraan deels tegemoetgekomen via het systeem van forfaitaire geneeskunde. Het grootste deel van de VIHP werkt echter in niet-forfaitaire praktijken. We willen weten hoe deze praktijken hier praktisch-financieel in slagen.

Onderzoeksvraag

Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk? Hoe financieren groepspraktijken hun VIHP?

Studiedesign

Dit is een kwalitatieve studie.

Methodologie

Na een oriënterende literatuurstudie wordt per brief een uitnodiging gestuurd naar groepspraktijken die een VIHP tewerkstellen. We hopen van tien praktijken respons te verwachten. Ze worden gevraagd om deel te nemen aan een interview van 30 tot 60 minuten waarin wordt gepolst naar de manier waarop ze hun VIHP tewerkstellen. Van de interviews wordt een geluidsopname gemaakt,

met nadien een afschrift. De data uit de interviews worden gecodeerd en via descriptieve analyse verwerkt.

Ethische overwegingen

Deelnemers krijgen inzage in het afschrift van hun interview en krijgen de kans om opmerkingen te geven of wijzigingen door te voeren. De gegevens van het interview worden nadien gecodeerd. Ikzelf ben beheerder van de databank zolang de gegevens bewaard worden. Dit op een persoonlijke harde schijf, niet op materiaal van de praktijkopleider. Dit zal het geval zijn tot het aflopen van mijn huisartsenopleiding, namelijk tot 31/08/2018.

Verzekering

Dekking via de verzekering van de Universiteit Antwerpen, waar de promotoren aan verbonden zijn.

Referenties

Tsitagianni V, Van Royen B, Peremans L. Visie van eerstelijnsverpleegkundigen over hun rol in de huisartsenpraktijk: een exploratief onderzoek. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde. UA 2015.

Joye S, Merckaert K, Peremans L. De multidisciplinaire groepspraktijk: patiëntenvisie. Kwalitatief onderzoek met diepte-interviews bij patiënten. Masterproef Huisartsgeneeskunde. UA 2016.

Vercauteren B, Van Bogaert P, Peremans L. Kwalitatief onderzoek rond de integratie van verpleegkundigen in huisartsenpraktijken: een casustudy. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde. UA 2016.

4. Advies ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. L. Peremans
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk? (manama huisartsgeneeskunde Olivier Vantomme).

Belgisch Registratienummer: B300201731911

datum	ons kenmerk	contactpersoon
20/03/2017	17/08/088	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 20/03/2017.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. Vantomme
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 10/03/2017
  versie 3
- Protocol aangepaste versie dd. 10/03/2017
  versie 3
- Uitnodigingsbrief voor deelnemers dd. 16/02/2017
  versie 3
- Vragenlijst(en)
  topiclijst, versie 3 dd. 20/02/2017

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be/ BE0874 619 603

datum
20/03/2017

ons kenmerk
17/08/088

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Marleen Bolens
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. O. Vantomme, NVT, Brouwerijstraat 8/4 - 2500 Lier