Complementaire samenwerking met verpleegkundige in de huisartspraktijk. Het effect op het functioneren en professioneel welbevinden van de huisarts?

Een kwalitatief onderzoek startend vanuit een pilootproject in het wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent.

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

Complementaire samenwerking met verpleegkundige in de huisartspraktijk. Het effect op het functioneren en professioneel welbevinden van de huisarts? *Een kwalitatief onderzoek startend vanuit een pilootproject in het wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent.*

Context
De laatste maanden en jaren komt de hoge werkdruk bij de huisartsen en het dreigend tekort aan huisartsen steeds meer in de media. Er wordt gezocht naar manieren om deze stijgende werkdruk aan te kunnen door de eerstelijnsgezondheidszorg te veranderen. Er zijn reeds vele landen waar samenwerken met een verpleegkundige in de eerste lijn is ingeburgerd. Uit onderzoek blijkt dat deze 'advanced practice nurses (APN)' een meerwaarde kunnen zijn op het gebied van patiënttevredenheid en kwaliteit van zorg. Ook in Vlaamse huisartsenpraktijken begint er steeds meer interesse te komen om deze verpleegkundigen in een complementaire samenwerking in te schakelen. De vraag is op welke manier het complementair samenwerken het professioneel welbevinden van de Vlaamse artsen beïnvloedt.

Onderzoeksvraag
Doel van dit kwalitatief onderzoek is om meer inzichten te krijgen in het functioneren en het professioneel welbevinden van de huisarts die op een complementaire manier samenwerkt met een verpleegkundige.

Methode
Via een focusgroep en hierop volgend verdere uitwerking via diepte-interviews werden 9 Vlaamse huisartsen bevraagd. Hun gegevens werden via het softwareprogramma 'Nvivo 12 pro' verzameld en via content analyse in een overzichtelijke boomstructuur geplaatst.

Resultaten
Door de focusgroep en de aanvullende interviews werd duidelijk dat het professioneel welbevinden een zeer ruim begrip is en de samenwerking verschillende niveaus beinvloedt.
De onderzoekers groepeerden de resultaten op vier niveaus: het individuele niveau waarbij gekeken werd naar de tevredenheid van de jobinhoud en het voldoening halen uit de job, de individuele arts-patiënt relatie. Een tweede niveau die aan bod kwam is het samenwerken en welke voorwaarden moeten voldaan zijn om het professioneel welbevinden positief te beïnvloeden. Daarnaast is er het niveau management waarbij praktijk organisatie, workload en productiviteit aan bod kwamen. Ter volledigheid werd nog een vierde pijler 'maatschappij en beleid' toegevoegd waarbij voornamelijk het thema financiering besproken werd.

Conclusie
Onze interviews laten blijken dat complementaire zorg mogelijks het professioneel welbevinden van artsen op verschillende gebieden kan verhogen mits het bestaan van goede afspraken (zo nodig via protocollen), vertrouwen in elkaar als collega's en een open mindset van de artsen bij opstart. Grote drempels zijn de financiële vergoeding, de niet-uniforme opleiding van de verpleegkundigen en de grote tijdsinvestering op heden. Wij kwamen in ons onderzoek in contact met artsen die open stonden voor verandering en mee willen streven naar een multidisciplinair complementair zorgmodel. Een interessante piste voor verder onderzoek zou kunnen zijn om de motieven en visies artsen die weigerachtig staan tot delen van zorg verder te exploreren.

Inhoudsopgave

Abstract **4**

Inhoudsopgave **5**

Inleiding **7**

1.1 Achtergrond 7

1.2 Dreigend huisartsentekort 7

1.3 Veranderend gezondheidslandschap 8

1.4 Complementaire samenwerking door de verpleegkundige als een van de mogelijke oplossingen? 10

1.4.1 Definiëren van de samenwerking tussen dokter en verpleegkundige 10

1.4.3. Hoe doet Nederland het? 11

1.4.4 Situatie in België: voornamelijk praktijkondersteuners en weinig complementaire zorg door verpleegkundige 11

1.5 Evaluatie van het implementeren van verpleegkundigen in de eerstelijnsgezondheidszorg. 12

1.5.1 Patiënttevredenheid 12

1.5.2. Kwaliteit van zorg 12

1.5.3 Kosten 12

1.5.4 Professioneel welbevinden 13

2 Methode **15**

2.1. Onderzoeksdesign 15

2.2. Deelnemers 15

2.3. Gegevensverzameling 15

2.4. Gegevensanalyse 16

2.5.Bewaken betrouwbaarheid en authenticiteit. 16

2.6. Ethische overwegingen 16

3 Resultaten **17**

3.1. Karakteristieken deelnemers 17

3.2. Analyse van de resultaten 17

3.2.1 Individueel niveau 18

3.2.1.1. Verandering jobinhoud. 18

3.2.1.2 Verandering identiteit als arts 20

3.2.1.3 Verandering arts-patiëntrelatie 21

3.2.1.4 Eigen motivatie en visie over de eerstelijnsgeneeskunde 22

3.2.2 Arts als samenwerker 23

3.2.2.1 Het verwijzen van een patiënt naar de verpleegkundige in de chronische zorg: drempels en faciliterende factoren. 23

3.2.2.2 Verwachtingen tov verpleegkundige 24

3.2.2.3 Emoties omtrent het delen van zorg met verpleegkundige 25

3.2.2.4 Verschillende invalshoeken worden als een grote meerwaarde aan gevoeld 26

3.2.2.5 Het gevoel zelf betere zorg te bieden 26

3.2.3 Arts als onderdeel van zijn praktijk, meedenken over praktijkmanagement 26
3.2.3.1 Doel om efficiëntie en zorgtoegankelijkheid van de praktijk te verhogen 26
3.2.3.2 Omschakeling van de praktijkwerking: een grote tijdsinvestering 27
3.2.3.3 Belang protocollaire zorg 28
3.2.4 Beleid en maatschappij 28
3.2.4.1 Financiering verpleegkundige in complementaire zorg. 28

4. Discussie **30**
4.1.Methodologische overwegingen 30
4.2 Vergelijking met internationale literatuur 32
4.3 Bedenkingen 32

5. Besluit **34**
Addendum 1 : Vergoeding van de verpleegkundige 35
Addendum 2: Opleiding op maat van complementaire zorgdoelen? 36

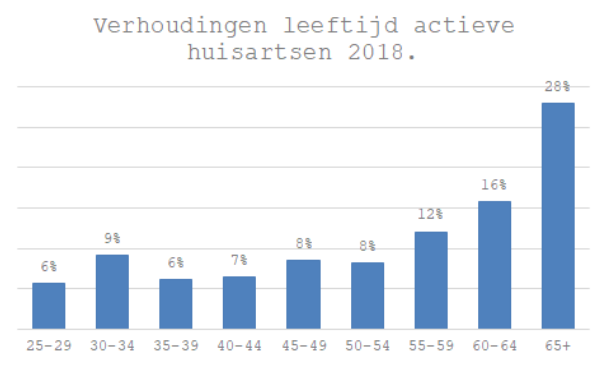
1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Uit maatschappelijke tendensen merken we dat onze eerstelijnsgezondheidszorg verandert. Nieuwe samenwerkingsstructuren dringen zich dan ook op. Deze aanpassingen zijn nodig om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren, alsook om de work-life balans van de huisartsen te handhaven of zelfs te verbeteren. In het buitenland zien we verpleegkundigen een steeds belangrijkere rol opnemen in de eerstelijns gezondheidszorg. Ook in de Vlaamse huisartsenpraktijken begint er de laatste jaren meer interesse te komen om een verpleegkundige in te schakelen. Er zijn echter nog heel wat economische en praktische obstakels die een eenvoudige implementatie in de weg staan. Tevens is de vraag of deze nieuwe samenwerkingsvormen ook het professioneel welbevinden van de huisarts bevordert.

1.2 Dreigend huisartsentekort

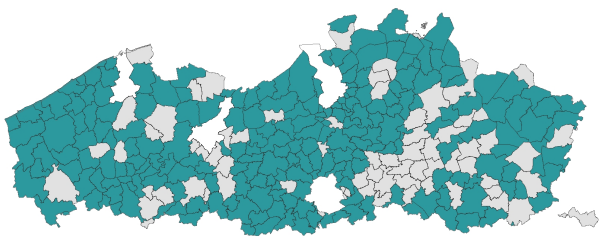
Inzage bij FOD volksgezondheid[1] leert ons dat er in 2018 iets meer dan 16000 actieve huisartsen in Belgie waren. Onder actieve huisartsen worden artsen gerekend die minstens 125 patiëntencontacten op jaarbasis hebben. Opvallend hierbij is dat de grootste groep wordt gevormd uit artsen boven de 65 jaar (met de kanttekening dat deze artsen hoogstwaarschijnlijk niet meer fulltime actief zijn). Wanneer we kijken naar alle artsen vanaf 50 jaar, vertegenwoordigen zij zelfs 65% van de actieve huisartsenpopulatie. We kunnen hieruit concluderen dat de komende 20 jaar veel gepensioneerde artsen vervangen zullen moeten worden.



Bijlage 1: Grafieken gemaakt op basis van jaarstatistieken van de erkende huisartsen in België. FOD volksgezondheid. Te raadplegen via www.health.fgov.be.

Anderzijds blijkt uit de gegevens van FOD volksgezondheid[1] dat er een verschuiving in het geslacht van de huisarts plaatsvindt: waar bij de actieve huisartsenpopulatie 57% man is, geldt dit slechts voor 32% van de huisartsen-in-opleiding

Verder blijkt uit cijfers uit augustus 2019 van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid[2] dat het aantal huisartsarme zones in Vlaanderen verder blijft toenemen. In 2019 waren 227 Vlaamse gemeenten huisarts-arm, dit wil zeggen dat er minder dan 90 huisartsen zijn per 100 000 inwoners, of minder dan 120 huisartsen per 100 000 inwoners in dunbevolkt gebied. (minder dan 125 inwoners per km²). Ter vergelijk in 2015 waren dit er nog 180.



Bijlage 2: Kaart met overzicht van de huisartsarme gemeenten 2019. (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)

Verder blijkt uit een enquête van BVAS[3]

(Belgische vereniging van artsensyndicaten) uit 2018, waarbij 1200 artsen bevraagd werden, dat er steeds meer belang wordt gehecht aan een betere work-life balance. Meer dan de helft van de huisartsen werkte meer dan 60 uren per week, terwijl slechts 10% aangaf meer dan 60 uren daadwerkelijk te willen werken.

Het model van de mannelijke hardwerkende solo arts die afgelopen decennia voorop stond, blijkt op heden al minder te gelden en zal in de toekomst volledig voorbijgestreefd worden. Dit fenomeen is niet alleen geldig voor het huisartsenberoep, maar voor de werkende maatschappij in het algemeen.

1.3 Veranderend gezondheidslandschap

Het is de laatste decennia duidelijk dat de jobinhoud van de huisarts aan het evolueren is. We krijgen te maken met een vergrijzende populatie waar **multimorbiditeit** voorop staat. Uit onderzoek blijkt dat de helft van de 75-plussers twee, of meer chronische aandoeningen hebben, terwijl twee op vijf 75-plussers vier of meer chronische aandoeningen hebben[4]. We zien aldus een verschuiving van acute naar chronische ziekten.

Tevens weerhouden we een evolutie van **diagnostische en therapeutische mogelijkheden** waarbij de gezondheidskosten toenemen en er steeds meer wetenschappelijk onderbouwde en maatschappelijk verantwoorde keuzes moeten gemaakt worden.[5]

Vervolgens zien we een toenemende maatschappelijke tendens van kritische patiënten. Ze zijn beter geïnformeerd en gaan graag in dialoog met de huisarts. Meer en meer verwachten patiënten om samen de opties af te wegen en tot een gemeenschappelijk besluit te komen. (‘**shared decision making model’**) [6]

Eveneens blijkt uit het Performantie rapport van de Belgische gezondheidszorg[7] dat er heel wat **knelpunten in onze gezondheidszor**g bestaan. We pikken er enkele uit: inadequate zorg van chronische problematiek (COPD, diabetes), overbodig voorschrijven van antibiotica, overscreenen van borstkanker, overmatig gebruik van beeldvorming bij ruglijden, onvoldoende GMD’s (nog steeds heeft een derde van de Belgen geen GMD, dit cijfer is fors gedaald ten opzichte van 5 jaar geleden, maar zou idealiter nog hoger zijn).

Bijlage 4: Detail uit het performantierapport KCE Reports. 2019.[7]

(ID) Indicator			Belgium	Year	Target	Flanders	Wallonia	Brussels	Source	EU-15 (mean)
Primary care – patients with chronic disease (guidelines)										
QA-1	Proportion of adult diabetics with appropriate follow-up[a] (% of diabetic patients under insulin)	+	30.2	2016	-	32.5	**26.0**	31.1	EPS (IMA – AIM)	-
QA-2	Proportion of adult diabetics with appropriate follow-up[a] (% of diabetic patients not under insulin, aged 50+)	+	11.0	2016	-	11.3	**10.2**	13.1	EPS (IMA – AIM)	-
Primary care – prescribing patterns (guidelines)										
QA-3	Use of antibiotics (total DDD/1000 pop/day)	+	27.7	2016		26.4	30.3	23.4	Farmanet – Pharmanet	20.2[(1)]
QA-4	Use of antibiotics at least once in the year (% of population)	+	39.6	2016		38.5	**43.7**	35.3	IMA – AIM	-
QA-5	Use of antibiotics of second intention[b] (% total DDD antibiotics)	+	51.8	2016		49.3	56.8	47.9	IMA – AIM	-
Inappropriate medical imaging										
QA-6	Spine imaging (X-ray, CT scan, MRI per 100 000 population)	+	10 620	2017		9944	**12 314**	9436	RIZIV – INAMI	-
Cancer overscreening										
QA-7	Breast cancer screening outside age target group (% women aged 41-49)	ST	35.4	2016	-	26.3	**49.0**	**46.7**	EPS (IMA – AIM)	-

Good (🟢), average (🟡) or poor (🔴) results, globally stable (ST), improving (+), deteriorating (-) or trend not evaluated (empty).

De gezondheidszorg staat zonder twijfel voor grote uitdagingen en de oplossingen moeten een antwoord kunnen bieden volgens het triple aim model. Dit model werd ontworpen door de Healthcare improvement[8] in de US in 2012 en weerhoudt drie belangrijke doelstellingen:

1. De kwaliteit van zorg, ervaren door de patiënt, verbeteren
2. De gezondheid van de populatie verbeteren
3. Verlagen van de kosten voor gezondheidszorg.



Bijlage 5; visuele voorstelling van het triple aim model [8]

Deze uitdagingen zorgen ervoor dat er veel verwacht wordt van huisartsen: ze moeten als het ware 'superprofessionals' zijn die zowel acute als chronische problematiek weten aan te pakken, steeds een oog houden op preventie en tevens rekening houden met de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg. De vraag stelt zich dan ook of de huisarts deze uitgebreide rol als individu, herinner u, het prototype van de solo werkende mannelijke huisarts, kan opnemen? Het legt in ieder geval heel wat druk op de zorgverlener en het was dan ook noodzakelijk om een vierde pijler aan het model toe te voegen, namelijk een pijler die het welbevinden van de professional in rekening brengt.

Hier moeten we aan toevoegen dat op heden ook dit model voorbijgestreefd is en er een vijfde pijler aan toegevoegd werd :de pijler van de **sociale rechtvaardigheid en inclusie**. Gezondheidszorg betekent immers niet voor iedereen hetzelfde en specifieke doelgroepen hebben specifieke zorg nodig. Zo komen we toe tot het quintuple aim model.



Bijlage 6: Visuele voorstelling van het quintuple aim model[9]

1.4 Complementaire samenwerking door de verpleegkundige als een van de mogelijke oplossingen?

1.4.1 Definiëren van de samenwerking tussen dokter en verpleegkundige

Starfield beschreef in 1992 de verschillende theoretische rollen die een verpleegkundige kan uitvoeren in de gezondheidheidszorg, namelijk de supplementaire rol, de complementaire rol en de substitutie rol[10] tov de artsen. Met de supplementaire rol wordt bedoeld dat de arts nog steeds beslist over het volledige beleid, maar bepaalde uitvoerende taken kan doorschuiven naar de verpleegkundige (vb. bloedafname, ECG, cryotherapie...) om de efficiëntie te verhogen. De verpleegkundige voert dus louter executieve taken uit en kent hierbij geen autonomie. De samenwerking waarbij de huisarts een voorschrift maakt voor technische acten door een thuisverpleegkundige, sluit hierbij aan.

Volgens Starfield betekent een complementaire samenwerking, het uitvoeren van taken door een verpleegkundige waarvoor de huisarts zelf vaak niet voldoende tijd of vaardigheden heeft om deze op een kwalitatief bevredigende manier uit te voeren. Een verpleegkundige die getraind wordt om deze complementaire taken uit te voeren, heeft hierin dus een mate van autonomie en beslissingsbevoegdheid. In deze samenwerkingsvorm worden de competenties van zowel de arts als de verpleegkundige erkend en vullen ze elkaar aan. Afhankelijk van de opleiding van de verpleegkundige kan het takenpakket meer gericht zijn op preventieve consultaties, opvolgen van chronische problematiek (diabetes, COPD, ...), acute zorg, triage, etc. De verpleegkundige heeft in dit geval vaak een eigen spreekuur en mag een eigen accenten leggen in het patiëntencontact. Zo kan de verpleegkundige bijvoorbeeld meer aandacht besteden aan levensstijladviezen. Belangrijk is dat bij complementaire samenwerking er een essentiële samenwerking bestaat tussen de verpleegkundige en de arts, elk met hun eigen competenties. Er dient hierbij geen verwarring te zijn met de term ‘complementaire zorg’, die vaak duidt op een onderdeel van de ‘CAM-therapieën’ (Complementary and Alternative Medicine). Hiermee worden een reeks niet-medische behandeltechnieken bedoeld, zoals acupunctuur, meditatie etc.[11] .

Substitutie van zorg beschrijft dan weer de overname van taken door de verpleegkundige die traditiegetrouw door de huisarts worden uitgevoerd. In de literatuur ligt de focus vaak op onderzoek naar zorgsubstitutie aangezien dit mogelijks kostenbesparend kan zijn en in vele landen een antwoord kan bieden op het dreigende of reeds bestaande huisartsentekort[12] De term ‘substitutie’ legt de klemtoon op het feit dat de verpleegkundige de huisarts zou moeten ‘vervangen’ en de samenwerking tussen beiden wordt hier onderbelicht.

Omdat in de internationale literatuur de angelsaksische termen gebruikt worden om de verschillende soorten verpleegkundigen te benoemen, is het handig deze even te verduidelijken. Advanced practice nurse (APN) duidt op een verpleegkundige die extra competenties heeft verworven door een aanvullende masteropleiding. Dit is een parapluterm die onder meer de term ‘nurse practitioner (NP)’ en ‘clinical nurse specialist’ (CNS) omhelst. In de praktijk werkt de NP eerder samen met de arts en neemt deze een deel van de patiëntencontacten en klinische taken over. De NP is opgeleid om klinische beslissingen te nemen en behandelingen in te stellen. De CNS is eerder in een bepaald deelgebied gespecialiseerd en heeft in de realiteit vaak een coördinerende rol in de organisatie van de zorg of in lopende wetenschappelijke onderzoeken[12,13]. Afhankelijk van het precieze takenpakket en de graad van overleg en samenwerking met de artsen, kan een APN dus volgens definitie van Starfield een complementaire of substitutie rol op zich nemen. Verder in ons werk zullen we de term Advanced practice nurse afgekort als APN gebruiken.

Een internationale vergelijking wordt echter sterk bemoeilijkt door de grote variatie in opleiding van de verpleegkundigen. Zelfs in de Europese unie is er enkel een erkende basisopleiding tot verpleegkundige en worden de masters die verschillende landen aanbieden niet erkend over de

landsgrens heen. De reden hiervoor is dat de masteropleidingen nu eenmaal sterk verschillen tussen de Europese landen en vaak focussen op andere aspecten van de verpleegkundige zorg.

1.4.3. Hoe doet Nederland het?

In Nederland zijn er reeds verschillende samenwerkingen tussen verpleegkundige en arts gedefinieerd.

De opleiding tot *doktersassistent* is een Nederlandse beroepsopleiding waarvoor we in België geen gelijkwaardig alternatief hebben. De doktersassistent is geen verpleegkundige, maar staat de arts wel bij in administratieve en klinische taken. De klinische taken zijn zuiver supplementair en op vraag van de arts, de doktersassistent heeft hierin dus geen autonomie.

Eind jaren '90 ontstond in Nederland de functie van *praktijkondersteuner,* dit is een vervolgopleiding voor HBO-verpleegkundigen. Deze functie diende als antwoord op de toenemende complexiteit van de zorg in de eerste lijn. De praktijkondersteuner werkt complementair met de huisarts en richt zich zo voornamelijk op chronische problemen en ziekten.

Het laatste decennium is er in Nederland een sterke stijging van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk de mastertitel van '*nurse practitioner* (NP)' dragen. Naar het Angelsaksische voorbeeld zijn deze verpleegkundigen in staat om bepaalde taken van de huisarts over te nemen en *volgens de wetgeving in Nederland zijn de NP's dan ook bevoegd tot bepaalde handelingen, zoals het voorschrijven van medicatie.*[14]

1.4.4 Situatie in België: voornamelijk praktijkondersteuners en weinig complementaire zorg door verpleegkundige

Tot op heden zijn er in België weinig gegevens geregistreerd over het aantal praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen. Vermoedelijk komt dit omdat er geen eenduidig competentieprofiel voorhanden is en registratie hierdoor bemoeilijkt wordt. We moeten ons baseren op enkele recente studies. Uit onderzoek van doctoraatstudent Matthys[15] bleek dat van de 271 huisartsen die de online vragenlijst invullen, 30% samenwerkt met een verpleegkundige. Dit ligt wat in lijn met het de resultaten uit de cross-sectionele studie van dr. Bart Donders uit 2012[16] waaruit bleek dat 25% van de 280 ondervraagde praktijken uit Brussel samenwerkten met een praktijkverpleegkundige.
Als we dan kijken welke taken die verpleegkundigen opnamen, baseren we ons op gegevens uit het onderzoek van dr E. Schuerman[17] waaruit bleek dat de samenwerking vooral bestond uit een taakdelegatie in een supplementair zorgmodel: onthaal en administratie, alsook medisch technische taken op voorschrift (EKG uitvoeren, cryotherapie, verwijderen hechtingen en dergelijke). Daarnaast voerden deze verpleegkundigen vaak taken uit waar geen verpleegkundig diploma voor vereist is, zoals het onthaal en administratieve taken.
Dit ligt ook in de lijn van het onderzoek uit 2015 waaruit bleek dat de gespecialiseerde verpleegkundigen, in de literatuur als APN beschreven (en dus een zekere autonomie kent en meer dan enkel supplementaire taken kan uitvoeren), niet of nauwelijks in de eerstelijns gezondheidszorg voorkomt en voornamelijk werkzaam is in algemene en universitaire ziekenhuizen.[12]

1.5 Evaluatie van het implementeren van verpleegkundigen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

We moeten allereerst opmerken dat in de internationale literatuur, de meeste onderzoeken het hebben over verpleegkundigen met een mastertitel, alsook merken we op dat deze advanced practice nurses vaak veel autonomie kennen in de literatuur en eerder een substitutie rol krijgen. Het is dan ook belangrijk de kanttekening te maken dat we de internationale bevindingen niet zomaar kunnen doortrekken naar zorg uitgevoerd door verpleegkundigen zonder mastertitel.

1.5.1 Patiënttevredenheid

Uit onderzoek[18] met 18 RCTS uit meerdere landen (waaronder ook drie uit Nederland) waarbij verpleegkundigen taken overnemen van de arts, is gebleken dat de patiënttevredenheid gelijk of zelfs licht verhoogd was. Dit voor zowel acute als chronische zorg. Dit zou vooral kunnen verklaard worden dat de consultatie tijd bij de verpleegkundige gemiddeld genomen langer is. Deze review ligt in dezelfde lijn als andere reviews die verschenen en waarbij de patiënten even of soms zelfs meer tevreden zijn van de zorg door een verpleegkundige [(19,20,21)] We merken echter op dat in deze vermelde studies geen Belgische praktijken opgenomen werden.

1.5.2. Kwaliteit van zorg

De kwaliteit van het werk van een APN zou gelijkwaardig zijn aan die van de arts. Deze conclusie werd in verschillende studies belicht. [(19,21,22,23)] Zo onderzochten onderzoekers uit Canada in 2013 de doeltreffendheid van het samenwerken met advanced practice nurses in ouderenzorg.[24] Zij concludeerden dat de samenwerking met advanced practice nurses tot een betere gezondheidsuitkomst op het gebied van urinaire incontinentie problematiek, depressie, wondproblematiek, gedragsproblemen. In dezelfde lijn kon een studie die de opvolging van astmapatiënten onderzocht, geen significant verschil in eindpunten weerhouden.[25] Voor rookstopbegeleiding, toonde een cochrane review[26] aan dat begeleiding door een verpleegkundige een meerwaarde biedt ten opzichte van geen interventie. Ook de zorg voor patiënten met andere chronische ziekten is gelijkwaardig op vlak van kwaliteit van de zorg en patiënttevredenheid. Er zijn zelfs aanwijzingen dat zij het beter doen op bepaalde preventieve eindpunten zoals bloeddrukmanagement en lagere lipidenwaarden. Er is zelfs zwakke evidentie dat dit zou zorgen voor een reductie in het aantal ziekenhuisopnames[27]. We merken hier wel eerder de substitutierol op, waarbij de verpleegkundige nog meer het takenpakket van de huisarts overneemt en deze als het ware vervangt.

1.5.3 Kosten

De volledige economische impact van het implementeren van APN in de eerstelijnspraktijken is moeilijk te berekenen. Kijken we naar het voordeel voor de artsen zelf, dan concludeerde een Nederlandse studie dat het aannemen van een verpleegkundige (nurse practitioner in dit geval) nog niet rendabel is voor de huisarts zelf[28] Dit lag voornamelijk aan het feit dat de vrijgekomen tijd van de huisarts op dit moment voornamelijk wordt geïnvesteerd in overleg met het team, managen van zijn praktijk en niet in het zien van meer patiënten. Huisartsen zijn daarom van mening dat er extra financiële steun nodig is zodat het aannemen van een verpleegkundige economisch rendabeler kan worden. Kijken we naar de economische impact op de maatschappij werd in een cochrane review uit 2019[29] bijna **geen verschil** gezien in het voorschrijfgedrag van medicatie, aanvragen voor verder technisch onderzoek of verwijzing naar specialisten of spoeddiensten. Gezien de lagere loonkost van verpleegkundigen, zijn de consulten die zij uitvoeren goedkoper voor de maatschappij. Dit klopt natuurlijk niet wanneer deze consulten worden aangerekend aan het tarief van de huisarts.
Wanneer verpleegkundigen aanvullende taken uitvoeren en complementair samenwerken, kan de zorg voor de patiënten breder uitgevoerd worden met meer nadruk op preventie. Deze grotere inzet op preventie, kan op termijn het curatieve gezondheidsbudget drukken.

1.5.4 Professioneel welbevinden

Allereerst stellen we ons de vraag wat we begrijpen onder 'professioneel welbevinden'? In de literatuur bestaan er hiervoor verschillende definities en tot zover is er weinig consensus. Een definitie die naar voren geschoven wordt door Waddell en Burton[30], is dat welbevinden de subjectieve status is van een gezond, gelukkig, comfortabel, tevreden leven. Een andere definitie vanuit Finland uit 2009[31] beschrijft professioneel welbevinden op volgende manier, we citeren*:*

Well-being at work means safe, healthy, and productive work in a well-led organization by competent workers and work communities who see their job as meaningful and rewarding, and see work as a factor that supports their life management.

Bekijken we dan specifiek de literatuur over welbevinden in de eerstelijnszorg en meer specifiek bij artsen die samenwerken met verpleegkundigen in een complementair model, dan vinden we een aantal elementen uit deze definitie terug. We merken echter op dat literatuur hieromtrent bestaat uit enkele kwalitatieve studies en tijdens onze literatuurstudie begin 2021, konden we nog geen systematic review terugvinden.

Een eerste facet is de mate waarin het werk voldoening geeft. Artsen gaven aan meer voldoening te halen uit hun werk omdat ze de complexere medische taken op zich kunnen nemen. Verschillende artsen spreken in kwalitatief onderzoek[32] over een evolutie van hun takenpakket en meer tijd voor taken die ze beschreven als hun *'core business'.* Dit ligt in lijn met wat in de literatuur beschreven wordt [33] als 'task shift': taken waarvoor artsen niet opgeleid zijn of die te veel van hun tijd vragen, kunnen overgeheveld worden naar een verpleegkundige en zo zouden artsen zich meer kunnen focussen op *complexe medische taken.*

Kijken we naar het element 'life management' en ruimer genomen, de werkdruk en stress, geven sommige artsen aan dat het delegeren van taken en samenwerken niet steeds een makkelijk proces is en soms zelfs voor bijkomende stress kan zorgen. De superviserende rol van de arts komt meer op de voorgrond te komen staan, waarbij hij de *eindverantwoordelijkheid* draagt over de praktijk, maar ook het mentorschap en de begeleiding van de verpleegkundige op zich neemt door middel van meer overlegmomenten[(32,34)]. Het delen van zorg is vrij nieuw en soms ervaren artsen het delegeren van taken en delen van zorg als een moeilijke functie, of toch zeker als een grote uitdaging [32,33].

Over het samenwerken met een verpleegkundige, merkten de onderzoekers[35] dat de verpleegkundigen een situatie vanuit een ander perspectief kunnen bekijken en hierdoor de artsen ook op een andere manier naar een medisch probleem leren kijken. [32] Huisartsen gaven aan hierin een toegevoegde waarde te zien.

Uit de literatuur weerhouden we dat vertrouwen tussen de huisarts en verpleegkundige cruciaal is. Het vertrouwen in de verpleegkundige-collega die zijn grenzen kent en op tijd de arts ter overleg roept, komt in verschillende onderzoeken terug[32,34,35]. Wanneer dit vertrouwen ontbreekt, zorgt dit voor extra stress bij de artsen. *Een op protocol gebaseerde zorg kan het vertrouwen versterken* en een *duidelijke visie* over patiëntenzorg die ondersteund wordt door het ganse team, is eveneens een belangrijk element om zorg te delen zonder al te veel frictie en stress. Er werd in de literatuur opgemerkt dat verpleegkundigen en artsen soms verschillende visies hebben over samenwerking, patiëntenzorg en autonomie. Hoewel er veel goede bedoelingen zijn, nemen verpleegkundigen nog vaak voor een groot deel administratief werk op omdat taakverschuiving in de praktijk niet steeds vlot verlopen[34].

Op dit moment is er nog veel onduidelijkheid over wat de rol van een verpleegkundige kan of moet inhouden. Vaak geven de huisartsen aan dat de precieze invulling in overleg gebeurt en dat dit een steeds groeiend proces is. Huisartsen die meestappen in dit proces, vinden het interessant om pionierswerk te verrichten en hun steentje bij te dragen aan een vooruitstrevend gezondheidsmodel. [32]

Uit onze literatuurstudie kunnen we aldus weerhouden dat het implementeren van een verpleegkundige positieve uitkomsten kan hebben zoals een gelijke of licht verhoogde patiënttevredenheid, behoud van kwaliteit van zorg en mogelijks kostenbesparend is voor de maatschappij. Alsook op vlak van professioneel welbevinden zijn er positieve elementen te weerhouden.

Er blijven echter enkele vragen onbeantwoord.

Allereerst merken we op dat kwaliteit van zorg, kostprijs en patiënttevredenheid reeds onderzocht zijn. Professioneel welbevinden van artsen blijft nog onderbelicht.

Anderzijds zijn de onderzoeken die we hierboven beschreven, voornamelijk in het buitenland uitgevoerd. De vraag is dan ook ook wat de inzichten van Vlaamse huisartsen betreffende dit thema zijn.

Daarenboven wordt in de literatuur vaak onderzoek gedaan naar verpleegkundige die een grote autonomie kennen en is de taak shift vaak sterk doorgedreven waardoor eerder sprake is van een substitutie rol van de APN. Het lijkt dus interessant om te onderzoeken hoe het functioneren en het professioneel welbevinden van artsen beïnvloed wordt wanneer de huisartsen nauw gaan samenwerken met verpleegkundigen op een eerder complementaire manier. Deze manier van samenwerken wordt in de literatuur nog wat onderbelicht. Deze andere invalshoek zou mogelijk tot nieuwe inzichten kunnen leiden.

2 Methode

2.1. Onderzoeksdesign

Ter voorbereiding van het ons onderzoeksproject werd een bondige verkennende internationale literatuurstudie uitgevoerd. De resultaten werden hierboven besproken via het quadruple aim model. Gezien de vlaamse, maar ook internationale literatuur over dit onderwerp beperkt is, werd gekozen voor een explorerend, kwalitatief onderzoek bij Vlaamse huisartsen

2.2. Deelnemers

Inclusiecriteria voor deelname waren (1) huisartsen, (2) vrijwillige deelname (3)samenwerkend met een verpleegkundige in een (4) Vlaamse praktijk. Het type praktijk (solo/duo/groeps/medisch huis/ wijkgezondheidscentrum) was geen inclusie- noch exclusiecriteria.

2.3. Gegevensverzameling

Het kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd door twee onderzoekers, beiden artsen in opleiding zonder voorafgaande ervaring met het samenwerken met verpleegkundigen in de huisartspraktijk. Bij de gegevensverzameling werd gebruik gemaakt van een *focusgroep* en aanvullende *semi-gestructureerde* interviews. De focusgroep was een onderdeel van de evaluatie van het pilootproject complementaire samenwerking met een verpleegkundige bij cardiovasculaire risico patiënten in het wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent. Onze promotor nam contact op met de artsen van Nieuw Gent. De focusgroep vond plaats in november 2020 in het Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent. Omwille van de toen geldende coronamaatregelen werd dit via een videogesprek gevoerd. Moderatoren van deze focusgroep waren prof dr Ann Van Hecke en prof dr Pauline Boeckxstaens en dit binnen een totaal tijdsbestek van 180 min. Via een themalijst opgesteld door deze moderatoren werd complementaire samenwerking tussen arts en verpleegkundige besproken. De focusgroep betrof een gesprek met drie artsen en de praktijkverpleegkundige van het wijkgezondheidscentrum 'Nieuw Gent'. De praktijkverpleegkundige is een masteropgeleide verpleegkunde en is ook degene die het project rond complementaire zorg had uitgewerkt in de praktijk. De artsen namen alle drie reeds enige tijd deel aan dit project en konden hun ervaringen hierover delen. Na deze focusgroep die volledig opgenomen werd, werd de opname uitgetypt en geanalyseerd in het softwareprogramma NVIVO 12. De uitgetypte versie werd eveneens aan de participanten van de focusgroep ter inzage bezorgd. We kozen ervoor om eerst de analyse van de focusgroep te maken zodat we tijdens de daaropvolgende interviews enkele ondervindingen uit de focusgroep kunnen aftoetsen en uitdiepen. Omdat de focusgroep enkel artsen betrof uit hetzelfde wijkgezondheidscentrum, leek het interessant om hierna enkele niet-forfaitaire praktijken te zoeken die ook met een verpleegkundige werkten. Deze artsen werden door de onderzoekers zelf gecontacteerd na online research door de onderzoekers. De semi-gestructureerde interviews werden geleid telkens door één onderzoeker. Deze interviews duurden meestal 30 tot 45 minuten. Bij dergelijke interviews werd steeds één huisarts geïnterviewd. Hierbij werd op basis van voorgaande focusgroep een interviewguide voorbereid. We vonden 2 bereidwillige niet-forfaitaire praktijken waarvan we telkens één arts konden interviewen. Na analyse van deze interviews, kwamen we tot de conclusie dat in deze praktijken de samenwerking met de verpleegkundige nog niet volledig complementair was, waardoor we bepaalde aspecten van onze onderzoeksvraag niet in de diepte konden bespreken. Via enkele contactpersonen vonden we uiteindelijk nog twee forfaitaire praktijken (een wijkgezondheidscentrum en een medisch huis) waar we de samenwerking tussen arts en verpleegkundige als complementair konden benoemen. We interviewden in totaal twee huisartsen en een huisarts-in-opleiding uit deze praktijken. Tijdens deze gesprekken gingen we in de diepte na welk effect de samenwerking met de verpleegkundige had op het de verschillende aspecten van het welbevinden van de artsen. De interviewguide werd voorafgaand wat bijgestuurd. Na deze interviews hadden we de indruk van datasaturatie en sloten we ons onderzoek af.

2.4. Gegevensanalyse

Het focusgroep gesprek werd in het softwareprogramma NVIVO 12 verzameld. Na het anonimiseren van de verschillende deelnemers werd er overgegaan tot het het coderen van de uitgetypte resultaten tot een overzichtelijke boomstructuur via een thematische analyse. Beide onderzoekers maakten hiervoor een aparte codering. Uitgaande van deze codering bomen werd er door beide onderzoekers op zoek gegaan welke codes aansluiten bij de onderzoeksvraag en werden de data gelinkt aan de boom. Hierbij vertrokken we van de vraagstelling wat professioneel welbevinden inhoudt en welke facetten het professioneel welbevinden en het functioneren van de huisarts beïnvloedt. De twee onderzoekers maakten apart deze analyse. Nadien bespraken de twee onderzoekers hun analyse om tot een consensus te komen en verder te werken met één coderingboom. Na het bereiken van deze consensus werd gekeken welke thema's verdere verfijning nodig hadden zodat hierop gefocust kon worden in de aanvullende semi-gestructureerde interviews. Nadien werden de uitgetypte verslagen van deze verdiepende interviews doorgenomen en telkens aan de codering boom gelinkt.

2.5.Bewaken betrouwbaarheid en authenticiteit.

Voor beide onderzoekers was dit de eerste maal dat zij een kwalitatief onderzoek uitvoerden. Gezien de beperkte voorkennis, zorgde voornamelijk de methodologie voor een grote uitdaging bij het uitvoeren, analyseren en rapporteren van het onderzoek. Ongetwijfeld werd de kwaliteit van het onderzoek hierdoor aangetast, doch werd er getracht, met behulp van de feedback van enkele ervaren onderzoekers, om enkele methoden toe te passen die de betrouwbaarheid en authenticiteit van het onderzoek konden verhogen.

Het onderzoek werd uitgevoerd door twee onderzoekers waardoor onderzoekstriangulatie toegepast werd in ons onderzoek. Allereerst werd het transcript van de focusgroep door beide onderzoekers individueel geanalyseerd en gecodeerd en nadien zochten de onderzoekers een consensus over de codering boom. In verschillende tussenfases werd het onderzoek besproken met onze promotor en co-promotor. Deze reflectieve tussenfasen zorgden in zekere mate voor een cyclisch proces.

Alsook werden de resultaten verzameld zowel door een focusgroep waarbij de onderzoekers als observeerders betrokken waren en anderzijds door semi-gestructureerde interviews die uitgevoerd werden door de onderzoekers zelf.

De twee onderzoekers zijn beide huisartsen-in-opleiding, maar er was geen betrokkenheid vooraf van de artsen met de deelnemers. Alsook hadden de onderzoekers geen eigen ervaring met het werken met een verpleegkundige in de huisartspraktijk. Beide onderzoekers hadden vooraf wel reeds een positieve ingesteldheid over multidisciplinair samenwerken in de huisartsenpraktijk, wat onbewust een invloed kan hebben op de afname en verwerking van de interviews. Hiervan bewust zijnde, werd er wel aandacht geschonken aan het zo objectief mogelijk formuleren van de interviewguide en werd er kritisch nagedacht over de mogelijke subjectiviteit bij de verwerking van de gegevens.

Het onderzoek werd kritisch nagelezen door enkele verschillende partijen die ervaring hebben binnen het kwalitatief onderzoek in de gezondheidszorg.

2.6. Ethische overwegingen

Voor de start van het onderzoek gaf de commissie voor medische ethiek , UZ Gent de goedkeuring met volgend registratienummer: B670202020001023. De participanten gaven op voorhand aan de interviewer hun mondelinge en schriftelijke geïnformeerde toestemming. De data werd gepseudonimiseerd en de geluidsopnames werden vernietigd na de transcriptie.

3 Resultaten

3.1. Karakteristieken deelnemers

De bevraagde huisartsen populatie bestond voornamelijk uit mannen (n=6). Het grootste gedeelte van de ondervraagde huisartsen was jonger dan 30 jaar. (n=4). De grote meerderheid was werkzaam in een forfaitaire praktijk, waarvan zeven in een wijkgezondheidscentrum en een arts die in een medisch huis werkte. Hieronder een overzicht:

Geslacht	M 6
	V 3
Leeftijd	jonger dan 30 4
	30-40 2
	41-50 0
	ouder dan 50 3

Forfaitair of niet forfaitair	Forfaitair 7 (waarvan verspreid over 2 wijkgezondheidscentra en 1 medisch huis)
	Niet-forfaitair 2

3.2. Analyse van de resultaten

Hierbij startten we met de eerder aangehaalde definitie van professioneel welbevinden *Well-being at work means safe, healthy, and productive work in a well-led organization by competent workers and work communities who see their job as meaningful and rewarding, and see work as a factor that supports their life management*.

Deze definitie werd toegepast naar de eigen invulling van de onderzoekers op de resultaten van de focusgroep en de interviews;

De onderzoekers groepeerden de codes in een coderingsboom met volgende pijlers: het individuele niveau (betekenisvol werk, tevredenheid over jobinhoud en voldoening uit de job halen), het niveau van samenwerking (collegialiteit, vlotte samenwerking en werkgemeenschap), een niveau op basis van management (goede organisatie, stress/workload, productiviteit). Ter volledigheid werd nog een vierde pijler 'maatschappij en beleid' toegevoegd aangezien we merkten dat sommige factoren buiten de invloed van de eigen praktijk en samenwerking lag.



3.2.1 Individueel niveau

3.2.1.1. Verandering jobinhoud.

Heropwaardering van het huisartsenberoep
Tijdens de gesprekken met de artsen stelden we vragen over hoe de samenwerking met een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk een impact kan hebben op het eigen takenpakket en de inhoud van de job als huisarts. Hoe en in welke mate dit verandert, hangt sterk af van welke taken worden uitbesteed of gedeeld worden met de verpleegkundige. Verschillende artsen die werden geïnterviewd getuigen dat, door het uitbesteden van bepaalde taken aan de verpleegkundige, er een shift ontstaat naar het uitvoeren van 'de kerntaken' van een huisarts. De huisarts kan zijn focus leggen op nieuwe klachten of verdere uitwerking van chronische of complexe klachten.
Deze arts, werkzaam in een wijkgezondheidscentrum, legt het uit alsvolgt:

Dat je weet, oké, die opvolging bij de praktijkondersteuner is goed gebeurd en dat je dan wel gewoon vol die focus op de nieuwe klachten kunt leggen. Dat vind ik echt wel een groot voordeel.

Een arts die samenwerkt met een zelfstandige verpleegkundige in een niet-forfaitaire praktijk is momenteel nog beperkt in de taken die ze kan uitbesteden door een gebrek aan geschikte nomenclatuurnummers. Ze ziet wel potentieel in een uitgebreider takenpakket voor de verpleegkundige.

Zo die preventieve taken, dat lijkt mij ideaal om ook aan een verpleegkundige uit te besteden. Om op die manier ons meer te focussen op de essentie, de dingen waarmee zij vastzitten en wij hierin onze medische expertise kunnen gebruiken.

Geïnterviewde artsen legden voornamelijk de nadruk op een winst in de jobtevredenheid door een toename van relevante artsentaken en een heropwaardering van het huisartsenberoep.

"Doordat onze verpleegkundige heel veel 'niet-dokterstaken' uit handen neemt, kan ik me meer focussen op onze echte taken waarvoor we gestudeerd hebben. Ik voel me nuttiger en haal meer voldoening daaruit."

"Voor mij is het nu een herwaardering van wat een huisarts kan betekenen dat mij minder stress bezorgt. - Arts die werkt in een niet-forfaitaire praktijk"

Uit onze interviews kwam naar voren dat de geïnterviewde huisartsen frequent het gevoel hadden dat zij vandaag de dag veel taken uitvoeren die zij niet aanvoelen als hun kerntaken en dit tot de jobinhoud van de artsen zou moeten behoren.

"Ik pleit meer voor een betere organisatie zodat je wel echt kunt focussen op wat belangrijk is en waarvoor je gestudeerd hebt. Daar kan er in de algemene huisartsenpraktijken in vlaanderen echt wel nog veel veranderen."

Voorafgaande angst voor verarming van het takenpakket

Tijdens het gesprek kwam ook het welbevinden van de arts over dit veranderende takenpakket aan bod. Bij twee van de jongere artsen uit het wijkgezondheidscentrum was er enigszins een voorafbestaande zorg of angst over een mogelijke verarming van het eigen takenpakket en daaraan gekoppeld een mogelijke verminderde werkvreugde. Volgende arts uit een wijkgezondheidscentrum had volgende zorg:

"Misschien, als we het dan toch over verlies babbelen. We hebben geen grote geriatrische populatie eh. … misschien dan toch ergens een beetje een verlies van contact met deze die doelgroep, met die vertegenwoordiging."

Angst voor een intensievere daginvulling blijkt meestal niet gegrond

Enkele artsen waren op voorhand wel wat bezorgd dat de keerzijde hiervan kon zijn dat hun werkdag mogelijks intensiever zou worden omdat het net de lichtere taken zijn die uitbesteed zouden worden aan de verpleegkundige. De ervaring leerde dat deze zorg onterecht was. Volgens een arts uit een niet-forfaitaire praktijk, blijven er steeds luchtige momenten aan bod komen en is het geen alles-of-niets verhaal.

"Wij gaan altijd verkoudheden blijven zien, wij gaan altijd mensen blijven zien die toch bij ons willen komen voor het vaccin of de bloedafname, dat heb je altijd, en je gaat altijd wel nog eens iets moeten doen omdat ze bij u zijn en je 'en passant' al iets kan meedoen."

Integendeel, volgens een arts uit een medisch huis, kan de de werkdruk net verminderd worden omdat hij door de samenwerking met een verpleegkundige de keuze kon maken om meer tijd te nemen voor de eigen consultaties. Op deze manier kan vermeden worden dat de dag als intensief wordt aangevoeld door de arts.

"De stress was voor mij vroeger een pak groter omdat ik toen om de 12 à 15 min een patiënt zag en de luchtigere consultaties die zorgden dan dat ik eventueel mijn agenda terug kon bijhouden. als er toen ook een psychisch probleem was of een spoedgeval tussendoor dan had ik ook het gevoel van tijdsdruk en stress. Nu kan ik meer mijn tijd nemen voor de patiënten en daardoor ook nog een praatje slaan bijvoorbeeld"

3.2.1.2 Verandering identiteit als arts

Gevoel van (deel van) eigen vrijheid afgeven

Huisartsen kennen een unieke positie in ons gezondheidsmodel en kennen heel wat vrijheden. Door samen te werken met een verpleegkundige kwam in onze interviews ter sprake dat dit wel kan gepaard gaan met dit gevoel van vrijheid weggeven. Een arts uit een wijkgezondheidscentrum krijgt door de nauwe samenwerking met de verpleegkundige soms het gevoel dat fouten in de eigen werkwijze zo aan het licht kunnen komen. Dit zou voor een toename van stress kunnen zorgen en een vermindering van het werkplezier.

"Net door het samen rond een patiënt zitten, kan ik betrapt worden op fouten en soms denk ik, doe ik het wel goed als huisarts?"

Hoger niveau van eigen werk.

Al horen we ook van de artsen dat dit net kan voor zorgen voor het ontwikkelen van een meer kritische blik op het eigen handelen, wat dan weer kan bijdragen tot het gevoel een betere arts te zijn voor jouw patiënten.

"Als arts ga je meer nadenken over de zorg die je zelf geeft."

Toename van zelfrelativering

Het feit dat in sommige praktijken ook inhoudelijke taken nu zonder veel moeilijkheden kon worden overgenomen door een verpleegkundige, bracht enigszins wat zelfrelativering. Toch voelde geen enkele van de artsen zich echt bedreigd in hun professionele identiteit en voelde het eerder aan alsof hun rol voornamelijk een licht veranderde invulling kreeg.

"Ik heb nog meer zelfrelativering op heden, het idee dat je als arts nodig bent voor bepaalde dingen en dat je nu ziet dat dit door andere capabele personen kan opgenomen worden. Je hebt op voorhand misschien de weerstand van 'ik ben nodig voor jou' maar als die patiënt dan toch vlot doorgestroomd raakt en het gaat zeer goed, dan is dat vaak even zelfrelativering."

Unieke artsenrol blijft bewaard

De artsen gaven aan dat er nog steeds een unieke rol weggelegd was voor de huisarts. Er zijn nog vele momenten waar hun brede medische kennis noodzakelijk blijkt. Deze momenten zorgen voor extra voldoening en trots.

"Ik denk dat dat wel de keerzijde is van het multidisciplinaire, je kan je niet meer almachtig en uniek en zo voelen. Alhoewel, het verandert gewoon een beetje. Soms geven we dan toch nog een beetje uitleg of denken we samen na over iets dat vrij complex is. En hebt ge toch weer uw unieke positie met uw aanvulling."

3.2.1.3 Verandering arts-patiëntrelatie

De unieke arts-patiëntrelatie blijft grotendeels bewaard.
Het is een gewoonte en daarom vaak ook een verwachting van de patiënt dat hij voor al zijn medische problemen bij de huisarts terecht kan en zo ontstaat er vaak ook een hechte vertrouwensband. Door samen te werken met een verpleegkundige, worden bepaalde zorgtaken uitbesteed aan de verpleegkundige. Tijdens de interviews werd besproken welke invloed dit heeft op de unieke arts-patiëntrelatie.
De huisartsen gaven tijdens de gesprekken aan dat er in de meeste gevallen geen negatieve invloed was op de reeds uitgebouwde arts-patiënt relatie en het contact met de patiënten tijdens hun eigen consultaties weinig veranderde. Ze hadden nog steeds het gevoel hun vaste arts zijn.

"Ik heb geen verlies ervaren, of geen verarming of gevoel van , ze vertrouwen me niet meer, ik zie ze niet meer of ze vertrouwen mij niet meer. Ook al zie ik ze niet meer, het blijven mijn patiënten, het voelt even goed aan. Ik volg die wel vanuit de verte."

Het loslaten verloopt soms moeilijk
Andere artsen gaven wel toe dat ze het moeilijk hadden om sommige van hun patiënten meer door de verpleegkundige te laten opvolgen. Zeker bij de patiënten met wie ze een goede klik hadden, vonden so Dit gaf hen het gevoel dat deze patiënten voor een stuk verdwijnen uit hun eigen dagdagelijkse taken en dat het moeilijker zou zijn een vertrouwensrelatie op te bouwen of te behouden. Net deze vertrouwensrelatie met de patiënt wordt erg belangrijk geacht door de artsen voor het persoonlijk welbevinden in de job.Een aantal huisartsen gaven ook toe dat ze het soms jammer vonden om de patiënten met wie ze een goede klik hadden, voor een deel los te laten.

Het feit dat je een deel van de zorg overlaat aan de verpleegkundige, betekent ook dat je als arts niet meer alle controle hebt over het beleid van de patiënt. Deze controle loslaten is voor sommige artsen een grote uitdaging, voornamelijk wanneer je het reeds lange tijd op een andere manier doet.

"Ik zie dat bij mijn oudere collega die al zo lang solo werkt en daar is het zo dat groot engagement niet zo gemakkelijk is om alles los te laten. Ik ben verantwoordelijk voor de patiënt, die controle loslaten..."

Moeilijkere opbouw van arts-patiëntrelatie
Enkele van de jongere artsen voelden inderdaad aan dat het opbouwen van de arts-patiënt relatie moeilijker verloopt als de zorg vanaf de start gedeeld wordt. Er wordt algemeen vaak gezegd dat het een voordeel is van huisartsen dat ze hun patiënten vaak erg goed kennen en zo betere inschattingen kunnen maken bij medische beslissingen of het geven van gepersonaliseerd advies. Een gevolg van het delen van de zorg is dan ook dat je zelf minder contacten hebt de nieuwe patiënten en bij sommige artsen roept dit de angst op dat de kwaliteit van zorg zou kunnen verminderen.

"Ik vroeg me soms wel af of ik nieuwe patiënten wel genoeg kon leren kennen op deze manier. Als er een andere crisis gebeurt, dat je de patiënt niet goed genoeg gaat kennen om op die moment de juiste zorg of het juiste advies te kunnen geven. Ik zou bij deze patiënten liever eerst de zorg wat op mij nemen zodat ik hen goed leer kennen vooraleer ik de zorg deel."

Een andere zorg die de jongere collega's van het wijkgezondheidscentrum aangekaart hebben, is het mogelijks minder snel opbouwen van chronische patiënten. Al geeft een oudere collega aan dat dit sowieso voor elke arts een langzaam proces is.

"Je hebt misschien wel het gevoel, allé, zeker als beginnende arts, meer, dat je zo ergens, een arts wilt zijn in de wijk of zoiets... Daar hoort toch x aantal vaste patiënten bij, ik weet niet of ik het juist verwoord..., en dat je dan misschien daardoor ietsje trager daartoe komt."

3.2.1.4 Eigen motivatie en visie over de eerstelijnsgeneeskunde

Gevoel van pionier te zijn en mee de toekomst van de eerstelijnszorg te trekken

De samenwerking met een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk betekent een herstructurering van de vertrouwde eerstelijnszorg die we als huisarts bieden. Het viel op dat de artsen die we interviewden dan ook vaak een duidelijk visie hadden over de toekomst van de eerstelijnszorg en dat deze visie mee uitbouwen een belangrijke drijfveer was om deze samenwerking aan te gaan.

"Het is toch wel leuk om bij te dragen aan de vooruitgang van de organisatie van de zorg en juiste zorg op de juiste plaats te kunnen bieden. Het gevoel van: veel zorg die nu geboden wordt door huisartsen kan goed door een andere zorgverlener geboden worden."

Persoonlijke voldoening en trots om mee te zorg te optimaliseren

Het gaat hierbij verder dan enkel de zorg voor de eigen patiënten optimaliseren.Het feit dat ze als arts een soort pionier kunnen zijn in deze reorganisatie van de eerste lijn, kan een andere wijze persoonlijke voldoening en een gevoel van trots geven. Dit kan uiteraard op een positieve manier bijdragen aan het welbevinden over hun job. Vooral bij de geïnterviewde artsen die werken in een wijkgezondheidscentrum, lijkt er ruimte te zijn om aandacht te besteden aan dit aspect van de job.

"We willen graag mee zijn met ontwikkelingen die we wenselijk vinden, en daarin, als we kunnen, daarin het voortouw nemen, of het voorbeeld stellen, dat is ook wel een grote persoonlijke winst voor mij dan toch." - arts die werkt in een WGC

als ik zou spreken over onze praktijk, of uitleg over wat we doen of waar we mee bezig zijn, het 'PO-project', waar dat we onze zorg delen, dan voel ik, als ik daarover vertel, dat wij als praktijk met dit, dergelijke zaken, bezig zijn, dan voel ik trots. -- arts die werkt in een WGC

3.2.2 Arts als samenwerker

3.2.2.1 Het verwijzen van een patiënt naar de verpleegkundige in de chronische zorg: drempels en faciliterende factoren.

Het verwijzen van de patiënt naar de verpleegkundige, gebeurt in de meeste praktijken op initiatief van de arts. Dit betekent dat de artsen dit dus zelf moeten aanbrengen in de consultatie met de patiënt en dat de patiënt akkoord moet gaan met deze verwijzing. Tijdens de gesprekken met de artsen gingen we dieper in op de factoren die deze verwijzing faciliteerde of net bemoeilijkte en hoe ze zich daarbij voelden.

Belang van je als arts comfortabel te voelen in het project.

Sommige artsen voelen zich niet steeds comfortabel bij de gedachte hun patiënt te verwijzen naar de verpleegkundige. Dit gevoel wordt versterkt wanneer de arts zelf een goede band met de patiënt heeft en vermoedt dat de patiënt reeds tevreden is met de zorg die hij krijgt. Er zijn ook gewoon artsen die weigerachtig staan tegenover het delen van de patiëntenzorg in de huisartsenpraktijk. Deze arts, werkzaam in een wijkgezondheidscentrum, getuigt dat het belangrijk is dat je als arts volledig achter het concept van een complementaire samenwerking staat:

"Sommige artsen zien het niet zitten om zorg te delen en het loopt moeilijk om hen hiermee in het verhaal te betrekken. Als een arts al aangeeft tijdens sollicitatie dit niet te willen doen, zullen we hem niet in het team opnemen.

Nieuwe opvolgingen kunnen makkelijker verwezen worden

Enkele artsen geven aan dat het makkelijker is om nieuwe patiënten of patiënten met een nieuwe ziektediagnose door te verwijzen in tegenstelling tot de patiënten die reeds gewend waren de opvolging van hun chronische ziekte bij de huisarts te hebben. Wanneer patiënten reeds een bepaalde routine hebben, verwachten de artsen dus mogelijks meer weerstand bij de patiënt en dit wordt indien mogelijk liever vermeden.

Comfortabeler voor artsen om de doorverwijzing vrijblijvende te houden

De meeste artsen die geïnterviewd werden, kiezen ervoor om de doorverwijzing naar de verpleegkundige op een vrijblijvende manier aan de patiënt aan te bieden. Door een vrije keuze aan te bieden, hebben ze niet het gevoel dat ze iets opdringen en voelen ze zich het meest comfortabel. Al beseft een arts uit een wijkgezondheidscentrum dat het ook kan helpen om de samenwerking met de verpleegkundige meer als een vanzelfsprekendheid te gaan zien zoals ze dat in andere landen doen.

"We missen echt wel wat de Angelsaksische en Nederlandse insteek van 'aja dan is dat zo' 'aja, dan ga je naar die medewerker', zo zonder teveel eieren eronder te leggen, en te polsen, 'was het wel leuk?' We zijn echt heel zacht, misschien moet dat niet."

Benadrukken vertrouwen in collega als faciliterende factor in doorverwijzing

Een arts merkte ook op dat het voor de patiënt belangrijk kan zijn om het vertrouwen en de nauwe samenwerking tussen arts en verpleegkundige te benadrukken. Als de arts zelf ook gelooft dat de opvolging door de verpleegkundige een meerwaarde kan betekenen voor de patiënt, is het ook makkelijker om dit over te brengen op de patiënt en voel de arts zich hier comfortabeler bij.

3.2.2.2 Verwachtingen tov verpleegkundige

Vertrouwen in elkaar als cruciale sleutel tot welbevinden
Bij een complementaire samenwerking is er een nauwe samenwerking tussen arts en verpleegkundige aangezien de beiden een deeltje zorg van dezelfde patiënt in handen nemen. Tijdens de interviews werd dieper ingegaan op deze band met de verpleegkundige en hoe deze het functioneren en welbevinden van de arts kan beïnvloeden. Eén begrip kwam steeds terug, namelijk 'vertrouwen'. Vertrouwen hebben in de verpleegkundige blijkt cruciaal om complementaire zorg op een efficiëntie manier toe te passen.

"Het is niet de bedoeling dat je het uit handen geeft en nadien toch allemaal controleert, daarmee is niemand geholpen." (wgc)

De persoonlijkheid van de arts kan een mogelijk struikelblok zijn wanneer hij de behoefte voelt om alles te blijven controleren, gezien zijn rol als eindverantwoordelijke. Zo heb je als arts weer een extra taak erbij en dit kan het welbevinden eerder negatief beïnvloeden. De essentie van een complementaire samenwerking is echter dat elke zorgverlener net die taken in handen neemt waarvoor hij of zij het beste is opgeleid. De arts moet dus ook vertrouwen hebben in het feit dat de verpleegkundige op een even kwaliteitsvolle of zelfs meer kwalitatieve manier uitvoert dan dat de arts dit zou doen. Weten dat de verpleegkundige een gepaste opleiding heeft genoten, kan hierbij helpen.

"We worden lang genoeg opgeleid en dan hoeven we dus niet de verpleegkundige taken te gaan doen en verpleegkundigen worden ook beter en beter opgeleid om in een praktijk mee de zorg op te nemen." – arts die werkt in een medisch huis

Enkele artsen uit een wijkgezondheidscentrum tonen aan dat het weldegelijk lukt om deze vertrouwensband te creëren en zij beklemtonen dat het hierbij belangrijk is om gelijkwaardigheid te bekomen en een horizontale hiërarchie na te streven in de praktijk.

"We gaan heel ver in de samenwerking, dit kan omdat er veel vertrouwen hebben in elkaar. Er was vroeger een vast overleg voor bijvoorbeeld diabetespatiënten. Op den duur voel je wel: dit gaat vlot en verpleegkundigen weten dat ze altijd vragen mogen stellen. Ook omgekeerd als wij vragen hebben, gaan wij ook soms naar de verpleegkundigen. We vertrouwen elkaar dat er geen drempel is zodat wij ook eens dingen gaan vragen aan bijvoorbeeld de diabeteseducator of bij de verpleegkundige van de wondzorg."

Juiste persoon in de juiste praktijk
Het vertrouwen in de verpleegkundige kan bevorderd worden door deze persoon zorgvuldig uit te kiezen. Er werden enkele criteria genoemd door de artsen die een meerwaarde kunnen zijn zoals een bijkomende opleiding als verpleegkundige in de huisartsenpraktijk of zelfs een master in de verpleegkunde en ook enkele jaren ervaring werd door sommige artsen als een voorwaarde gezien. Door alle artsen werd echter beklemtoond dat de mogelijkheid om vertrouwen op te bouwen voornamelijk afhangt van enkele persoonlijke vaardigheden en dat ook de persoonlijkheid van de verpleegkundige moet matchen aan de visie van de praktijk.

"Ik was daar wel van overtuigd dat onze verpleegkundige een geschikte kandidaat was om het project chronische zorg te dragen. Communicatief sterk. Ik denk dat dat ook heel belangrijk is, met alle slag mensen kunnen werken. Dat is ook niet iedereen gegeven, ook niet elke huisarts."

Ook gaven meerdere artsen aan dat ze pas volledig vertrouwen kunnen geven wanneer ze aanvoelen dat de verpleegkundige sterk genoeg in de schoenen staat om aan te geven wanneer ze ergens twijfelen of vragen hebben. Vertrouwen in de verpleegkundige kan de drang om deze te controleren

doen verminderen, zodat het welbevinden van de arts hier niet onder hoeft te lijden.

"Het is belangrijk dat verpleegkundige grenzen van zijn kunnen en kennen kent."

3.2.2.3 Emoties omtrent het delen van zorg met verpleegkundige

Gevoel van gecontroleerd te worden
Huisartsen zijn het vaak gewend om als individu verantwoordelijk te zijn voor het zorgbeleid van hun patiënt. Aanpassingen in het beleid gebeuren vaak gevoelsmatig en zonder dit af te stemmen met andere zorgverleners. Door complementair samen te werken met een verpleegkundige dringt er zich een meer gestroomlijnde zorg op, aangezien je met meerdere zorgverleners aan het beleid voor dezelfde patiënt werkt. Voor artsen vraagt dit soms enige tijd om zicht aan te passen aan deze nieuwe mindset.

"Ik kan me voorstellen dat dit soms bedreigend aanvoelt een extern persoon die meekijkt wat jij aan het doen bent met een patiënt, welk plan wordt er opgesteld en hoe wordt dan dan gevolgd."

Aan de andere kant, net omdat iemand meekijkt, geven enkele artsen aan meer zelfbewust bezig te zijn en hun beleid frequenter af te toetsen aan het opgestelde protocol.

"Laat ons zeggen dat de weerstand soms een beetje ligt op het niveau van wie kijkt er mee over mijn schouder? Zoals 'PO' dacht, ga ik dit wel goed genoeg kunnen? Denk je als huisarts, doe ik het wel goed?"

Gevoel van rust en hogere jobtevredenheid door samen te werken
Als het thema 'workload' aan bod kwam tijdens de interviews, was er geen enkele arts die aangaf het vermoeden te hebben dat zijn objectieve hoeveelheid werk verminderd was door samen te werken met een verpleegkundigen. Ongeveer alle artsen beschreven, zoals deze arts uit een wijkgezondheidscentrum, wel een subjectieve verandering in de werkdruk die ze voelen of de stress die ze ervaren omdat ze de zorg voor een patiënt kunnen delen met een andere zorgverlener.

"Dus echt workload vermindering is het niet. Maar je hebt nog het idee van gedeelde verantwoordelijkheid, het voelt minder zwaar aan als je het samen doet."

Al werken meer en meer huisartsen in een groepspraktijk, ze blijven meestal alleen verantwoordelijk voor hun eigen patiënten. Door deel van de zorg met vertrouwen aan de verpleegkundige over te laten, kan dit een geruststellend gevoel creëren omdat er met twee paar ogen naar de patiënt wordt gekeken. Meerdere van de artsen geven ook aan dat het gewoon ook leuk is om nauw samen te werken met iemand, het kan eens een andere dimensie aan de job als huisarts geven.

"Toch ook ergens voldoening van: 'ahja we zijn hier samen aan dat project bezig waar dat we toch ook in geloven'."

De samenwerking tussen arts en verpleegkundige zorgt er ook voor dat er nog andere rollen voor de arts aan bod kunnen komen. Samen nadenken over protocollen of af en toe de eigen kennis delen met de verpleegkundige, zorgt bij deze arts voor een positieve invloed op het professioneel welbevinden.

"Ik vond dat altijd zeer verrijkend, ook leuk, om de verpleegkundige bijvoorbeeld wat uitleg te geven over wat zit er nu achter het protocol, ga je daar eigenlijk nog een beetje verder nog in. Haar kennis wat te verbeteren daar in. Dat vind ik wel ook zeer leuk om te doen zo."

3.2.2.4 Verschillende invalshoeken worden als een grote meerwaarde aan gevoeld

Wat steeds als positieve bevinding terugkwam in de interviews, is het feit dat je met twee simpelweg meer weet en meer kan. Artsen geven aan dat door de andere opleiding en ervaring van de verpleegkundige, er vaak met een andere blik naar de patiënt gekeken en geluisterd wordt. De consultaties van de verpleegkundige duren ook vaak wat langer, waardoor er meer tijd is voor het verhaal van de patiënt. Er wordt ook aangegeven dat sommige patiënten over bepaalde onderwerpen openen durven praten tegenover de verpleegkundige. Deze arts kan de multidisciplinaire blik sterk appreciëren:

"Door samen rondom een patiënt te zitten heb je verschillende invalshoeken, zo kan een verpleegkundige vaak meer bijdragen aan de sociale problematiek. Ik voel echt hiervan de meerwaarde"

Het gevolg hiervan is dat de arts ook het gevoel krijgt dat sommige patiënten beter geholpen worden door deze samenwerking en dat is natuurlijk de essentie van de job.

"Iedereen heeft een eigen kijk op de zaak en door te discussiëren ben je wel creatiever bezig. Je vindt andere oplossingen voor een probleem."

3.2.2.5 Het gevoel zelf betere zorg te bieden

Het is niet alleen de extra visie van de verpleegkundige die ervoor kan zorgen dat de zorg voor de patiënt verbetert. Enkele artsen gaven aan dat ze door deze samenwerking ook kritischer staan tegenover de zorg die ze zelf bieden aan de patiënten. Zo zegt deze arts uit een wijkgezondheidscentrum het:

"Door samen te werken met verpleegkundige stel ik mij nu ook meer vragen over mijn eigen zorg, zorg die ik voordien vanzelfsprekend vond. Nu ga ik meer nadenken doe ik het wel correct? volg ik de laatste richtlijnen?"

3.2.3 Arts als onderdeel van zijn praktijk, meedenken over praktijkmanagement

3.2.3.1 Doel om efficiëntie en zorgtoegankelijkheid van de praktijk te verhogen

De steeds vollere agenda van de dokters is vaak een motivatie om met een verpleegkundige in de praktijk aan de slag te gaan. In een wijkgezondheidscentrum waar we enkele artsen interviewden, is er een sterke toename van patiënten de laatste jaren. Om de zorg toegankelijk te houden zonder verder het artsenkorps (waarbij de loonkost het hoogst ligt) te moeten opdrijven, werd gekeken naar een toename van complementaire samenwerking met verpleegkundigen in de praktijk.

"we zijn met een grote groep artsen en die groep is groot genoeg, we willen het niet graag niet te groot meer maken. Plus, dat is de duurste groep. Zijn er misschien manieren om het geld efficiënter te besteden dat we krijgen van ons forfait? Ik denk dat dat drijfveren waren."

Ook in een niet-forfaitaire praktijken was de toenemende drukte, een van de grootste redenen om efficiënter te proberen werken door onder andere verpleegkundige taken uit te besteden en bijkomend complementaire zorg door verpleegkundige aan te bieden.

"De druk op de agenda en zeker in onze streek maakt dat we naar een heel andere vorm van praktijkvoering en organisatie moeten gaan."

Echter kwamen veel artsen tot de conclusie dat de werkdruk nog steeds erg aanwezig was, enerzijds omdat de pathologie van de patiënten steeds complexer wordt en anderzijds omdat de vrijgekomen tijd op een manier manier ingevuld geraakt, overlegmomenten, uitdenken nieuwe projecten, enz

"Ja, dat was onze grote hoop maar dit lukt niet meer. Je gaat anders werken, maar de plaats die vrijkomt , gaat naar andere zaken."

3.2.3.2 Omschakeling van de praktijkwerking: een grote tijdsinvestering

Streven naar betere work-life balance

Een van de drijfveren tot het starten van een samenwerking met een verpleegkundige was bij sommige artsen ook een betere work-life balance na te streven. Een van de artsen uit een medisch huis verklaart dat de samenwerking niet zozeer persoonlijke vrije tijd oplevert, maar dat de tijd wel anders kan worden ingedeeld.

"Het was onze hoop om meer vrije tijd te hebben maar de tijd die je niet spendeert aan patiëntencontact spendeer je dan aan overlegmomenten, uitwerken nieuwe projecten, enzovoort, dus nee, het is niet zo dat we meer vrije tijd hebben op deze manier."

Oprichten van projecten vraagt veel tijd en energie

Op heden is in België complementaire samenwerking nog niet goed uitgewerkt. Praktijken die hiermee starten zijn vaak pioniers en hebben weinig voorbeelden in eigen land. Buitenlandse ervaring was voor een huisarts die nu in een wijkgezondheidscentrum werkt, erg inspirerend.

"Ik was er wel van overtuigd door andere dingen te zien in Nederland en in Engeland en erover te lezen dat dit wel zo kunnen en ook sterker dat wij dit moesten doen."

Een deel van de jobinhoud van de geïnterviewde artsen bestaat uit het mee uitwerken en oprichten van complementaire zorgprojecten. Artsen gaven aan dat de opstart van deze samenwerking erg tijdrovend kan zijn en ze eigenlijk vanaf nul moeten beginnen.

"Je hebt relatief gezien weinig voorbeelden en moet het proces zelf in handen nemen en wat gaan uitvinden "

Een van de artsen vermoedde zelfs dat er meer tijd geïnvesteerd was in het opstarten van het pilootproject dan eruit gehaald kan worden. Voornamelijk de protocollen opstellen die de verpleegkundige zal volgen, vroeg van deze arts heel wat energie:

"Terwijl als je dat protocol wilt opstellen, ja, het moet er in staan, en het moet juist zijn, het eigenlijk moet up-to-date blijven. Op een gegeven moment moet het toch afgeklopt zijn. Dat vond ik iets moeilijk."

Eenmaal het project loopt, verminderde echter de tijdsinvestering, al blijft het wel een noodzaak om te blijven evalueren en aanpassen. Daarenboven is er ook meer en meer uitwisseling van projectmateriaal en protocollen door wijkgezondheidscentra onderling waardoor praktijken voornamelijk nog moeten finetunen en sneller met hun eigen patiëntenpopulatie aan de slag kunnen.

Bij het opstarten van projecten weerhouden we ook uit de interviews dat een realistisch plan best opgesteld wordt en de energie over verschillende projecten en het dagdagelijks werk verdeeld kan worden.

"We hebben geleerd om een realistisch tijdsplan op te stellen, we werken in principe telkens met 5 jarenplannen die we jaarlijks bijsturen en herevalueren."

3.2.3.3 Belang protocollaire zorg

In kader van complementaire samenwerking werd vaak de klemtoon gelegd op het bestaan van protocollen die een stappenplan vormen. Hoewel het opstellen van deze protocols als tijdrovend en moeilijk ervaren werd, kwam er toch ook het groot belang hiervan naar boven. Ten eerste als veiligheidsbuffer. Artsen nemen uiteindelijk de eindverantwoordelijkheid voor wat er met hun patiënten in de praktijk gebeurt. Het feit dat de verpleegkundige het protocol volgt en hierin kan afwijken na overleg met de medisch staf, gaf de artsen vertrouwen in de complementaire samenwerking.

"De bezorgdheid rond veiligheid was belangrijk en we hebben dit wel au sérieux genomen door protocol en vooraf wetenschappelijk opzoekwerk. We willen op voorhand duidelijke protocollen en afspraken."

Verder weerhouden we dat het werken met protocols als efficiënt en vlot beschreven werd door meerdere artsen. Een arts vond zelfs dat door protocollair te werken hierdoor de kwaliteit van zorg toenam.

"Dat ik heb opnieuw ingezien, heel veel van geleerd heb, protocollair werken, dat gaat eigenlijk vlot. Door zelf ook meer protocollair te werken, volgde ik beter de richtlijnen op en had ik de indruk dat ik betere kwaliteit van zorg leverende."

Anderzijds beklemtoonde een andere arts dat het niet pluis gevoel toch niet verloren mag gaan door alles te veel te protocolleren waardoor artsen zelf ook heel rigide het protocol willen gaan volgen.

"In ons werk heb je een groot stuk niet pluis gevoel dat we niet in een protocol kunnen gieten. Dit gevoel mag niet verloren gaan door teveel alles in protocols te willen gieten."

3.2.4 Beleid en maatschappij

3.2.4.1 Financiering verpleegkundige in complementaire zorg.

In *niet- forfaitaire praktijken* is er geen duidelijk kader voor de vergoeding voor verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk en dit zorgt duidelijk voor een hoge drempel voor het opstarten van een samenwerking en ook blijvende frustraties tijdens deze samenwerking. Een huisarts die we interviewden liet de verpleegkundige consulten doen onder supervisie van een arts en rekenden deze aan met nomenclatuurnummer van de artsen zonder het remgeld te vragen aan de patiënt. Voor de patiënt was deze zorg dus gratis. De verpleegkundige zelf werkte in loondienst.

"Onze verpleegkundige wordt betaald met de impulseo premie en een deel halen we uit de consulten waarbij ze onder supervisie van ons werkt en de consultaties zonder remgeld aangerekend wordt. Dit is grijze zone maar lijkt mij ok. De verpleegkundige betaalt zichzelf ruimschoots terug."

Hier tegenover stond een andere niet-forfaitaire praktijk waarbij de verpleegkundige op zelfstandige basis werkt. Door het gebrek aan nomenclatuurnummers,, wordt er aan de patiënten een bijdrage gevraagd. Hierdoor was de zorg door de verpleegkundige voor de patiënt ten laste duurder dan de zorg door een huisarts. De arts die we hiervoor interviewde, vindt dit een erg vervelend probleem en beseft dat dit voor een grote drempel zorgt .

"En de patiënt krijgt daar dan achteraf een factuur van want dat wordt, zij hebben een externe tarificatiedienst. Ja, en ik moet u niet vertellen dat als mensen 10 euro betalen voor bloed te laten trekken… Ze weten ook dat bij ons (huisartsen) het remgeld 4 euro is."

Bij een derde manier van werken werd de verpleegkundige betaald door een deel van de impulseo I premie en anderzijds door de huisartsen die een deel van hun eigen loon afstaan. Hierdoor ontstaat er paradoxaal soms een grotere druk op de huisartsen omdat die meer patiënten moeten zien om hetzelfde loon te behouden. De geïnterviewde arts gaf aan de financiering van de verpleegkundige een grote drempel is om de complementaire zorg verder uit te breiden. Voor deze arts zou het uitbreiden van nomenclatuurnummers voor verpleegkundige een faciliterende factor zijn tot uitbouwen van complementaire zorg. Aangezien dit echter niet snel zal veranderen, heeft de praktijk ervoor gekozen om om te schakelen naar een forfaitair systeem.

"Toen we niet forfaitair werkten , botsten we op het financiële kader. We moesten een deel van ons loon afstaan om de verpleegkundige te betalen en daardoor paradoxaal genoeg harder werken om meer patiënten te zien om er niet op achteruit te gaan."

In *forfaitaire praktijken* zien we dat de financiering hier geen drempel vormt en hierdoor de mogelijkheden ruimer zijn om projecten op te starten. Artsen in deze structuur gaven aan dat forfaitair werken voor hen voldoening heeft, mede omdat binnen dit systeem er meer ruimte is om projecten met verpleegkundigen op te starten.

"Ik zie dit als een groot voordeel van hier in een forfaitaire praktijk te werken. Ik zie door deze financiering mogelijkheden ontstaan om projecten op te richten."

4. Discussie

4.1.Methodologische overwegingen

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten moet rekening gehouden worden met een aantal methodologische overwegingen.

Een van de sterktes is de onderzoekstriangulatie met de twee onderzoekers onderling en anderzijds met de promotor en copromotor. Alsook werden verschillende bronnen gebruikt om de resultaten te verzamelen: zo werden gegevens verzameld vanuit een observerende rol in de focusgroep alsook via individuele interviews.

Verder werd in tussenfase de resultaten voorgelegd ter peer review : zowel de promotor prof dr Peter Decat, co-promotor prof dr Ann Van Hecke, als dr Jessica Fraeyman en Leen Roobaert konden in tussenfase ons onderzoek mee sturen en een solide onderbouwing van de resultaten mee beoordelen.

Een beperking van het onderzoek is het beperkt aantal artsen dat we konden interviewen (n=9). De reden hiervoor is dat er enerzijds op heden nog maar weinig Vlaamse artsen betrokken zijn in een complementaire samenwerking met verpleegkundigen, anderzijds hadden de artsen op het moment van ons onderzoek de handen vol met de covid-19-crisis en waren ze moeilijk te motiveren om deel te nemen aan interviews. Een groot deel van de deelnemers die we konden rekruteren, werkten in eenzelfde wijkgezondheidscentrum, wat de generaliseerbaarheid bemoeilijkt. Dit tegenstaande werd er wel op een cyclische manier te werk gegaan waarbij er na analyse van de resultaten gekeken werd welk thema nog verder uitgediept diende te worden en welk type praktijk we hiervoor best contacteerden.

In ons onderzoek betrokken we zowel artsen werkzaam in forfaitaire (wijkgezondheidscentrum en een medisch huis) als niet-forfaitaire praktijken. Hierdoor krijgen we een ruimere blik op het eerstelijns gezondheiszorglandschap. Ook al moeten we hierbij bemerken dat er ten eerste geen solo artsen konden gerekruteerd worden. Een bijkomende belangrijke opmerking is dat de geïnterviewde artsen een duidelijk positieve visie hebben op multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Het waren allen artsen die open staan voor nieuwe manieren om samen te werken in een huisartsenpraktijk. We kunnen dan ook onze resultaten niet doortrekken naar de volledige Vlaamse artsenpopulatie. Er zijn hoogstwaarschijnlijk ook huisartsen met heel andere visies en het is jammer dat zij in dit onderzoek niet aan het woord komen waardoor we wellicht een ietwat eenzijdige visie belichten. Het is natuurlijk zo dat de artsen die eerder terughoudend zijn tegenover een complementaire samenwerking met een verpleegkundige, er niet voor kiezen om hierin mee te stappen en dus ook geen objectieve ervaring hebben over deze vorm van samenwerken. Dit idee wordt ook weerspiegeld in de literatuur waarin beschreven wordt dat op heden een verpleegkundige vaak onvoldoende autonomie kent omdat huisartsen terughoudend staan tegenover de APN functie en daardoor blijft een deel van de vaardigheden en kennis van de verpleegkundige onderbenut.[37]

Een live interview is nog steeds de standaard voor kwalitatief onderzoek om zo ook de non verbale communicatie zo goed mogelijk op te vangen en een vertrouwelijk gesprek te stimuleren zodat we zo correct mogelijk de percepties van de deelnemers kunnen meenemen. Door Covid-19 gingen de interviews in dit onderzoek jammer genoeg digitaal door. Er werd geopteerd om dit telkens via videogesprek te doen. Gelukkig ondervonden we weinig technische problemen waardoor de interviews toch op een vlotte, natuurlijke wijze konden verlopen.

4.2 Vergelijking met internationale literatuur

Wanneer we onze resultaten bekijken naast reeds gepubliceerde literatuur[33,34] over dit onderwerp, komt naar boven dat artsen zich meer kunnen focussen op complexere medische taken wanneer ze kiezen voor een complementaire samenwerking met een verpleegkundig. Heden zien we veel Belgische huisartsen repetitieve taken uitvoeren. Meestappen in een duurzaam multidisciplinair model waarbij artsen zich kunnen focussen op de complexere taken zorgt voor een heropwaardering van het artsenberoep en verhoogt het professioneel welbevinden bij de geïnterviewde artsen.

Hoewel vooraf vaak zorgen waren rond het in stand houden van de veiligheid en kwaliteit van zorg, gingen de ogen van de artsen open voor het feit dat er door het delen van zorg, met verschillende visies naar een patiënt gekeken wordt en dat dit een grote meerwaarde kan betekenen. De literatuur bevestigt dat de kwaliteit van zorg zeker niet daalt wanneer verpleegkundige bepaalde inhoudelijke taken overnemen[19,21,23].

Uit onze eigen resultaten komt naar boven dat door het samenwerken met een verpleegkundige, de grote verantwoordelijkheid die op de schouders van de huisartsen ligt, enigszins verdeeld wordt. Al blijft de huisarts zich vaak eindverantwoordelijke voelen, er is een soort geruststelling dat er ook een ander paar ogen naar de patiënt kijkt en meedenkt. Hierdoor kan het huisartsenberoep mogelijks aantrekkelijker en duurzamer ingeschat worden. Deze vaststelling ligt wat in contrast met de toename aan werkdruk en verantwoordelijkheid die uit ouder onderzoek beschreven werd.[34,35]

4.3 Bedenkingen

Uit ons onderzoek komen nog enkele vragen en drempels naar boven waarbij verdere uitwerking nog noodzakelijk is.

Gezien de verscheidenheid aan mogelijke taken van de verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk, kunnen we ons de vraag stellen wat nu de beste invulling is voor het werk van de verpleegkundige. Het uitschrijven van strikte protocollen voor de verpleegkundige kan een gevoel van veiligheid en dus gemoedsrust geven aan de artsen, omdat deze zo de touwtjes toch in handen houden. Anderzijds toont onderzoek dat goed opgeleide verpleegkundigen ook meer uitdagende, inhoudelijke taken kunnen opnemen. Door iets meer vrijheid aan de verpleegkundige te geven, kan deze nog meer betekenen voor de patiënt, de arts en de praktijk. Zoals de definitie van complementaire samenwerking volgens Starfield het beschrijft, voert elke zorgverlener de taken uit waarin hij expert is. Dit betekent dat de verpleegkundige voldoende opleiding en expertise zou moeten hebben in de rol die zij opneemt binnen de praktijk, waardoor zij haar eigen taken op een minstens even kwalitatieve manier kan uitvoeren. Door meer tijd per consultatie en bijscholingen rond bijvoorbeeld patiënteneducatie of opvolging chronische zorg, kan dit mogelijks zelfs een opwaardering van de kwaliteit van zorg geven. Dit zou de verpleegkundige de kans moeten geven om ook in een zekere vrijheid te handelen binnen haar eigen expertise en kunnen. In ons onderzoek kwam wel naar boven dat deze manier van werken een sterke vertrouwensband vereist, wat uiteraard tijd nodig heeft om te groeien. Het geleidelijk laten evolueren van het takenpakket en de verantwoordelijkheden van de verpleegkundige kan belangrijk zijn om het welbevinden niet onder druk te zetten.

Aangezien de vertrouwensband tussen arts en verpleegkundige erg belangrijk lijkt voor het welbevinden van de arts, kunnen we ons de vraag stellen hoe we als artsen het vertrouwen in een verpleegkundige nog verder kunnen faciliteren. Een kwalitatieve en gerichte opleiding van de verpleegkundige kan hier zeker een helpende factor zijn. Zo kan de specifieke opleiding specifieke opleiding tot VIHP verder uitgebouwd worden en een grotere bekendheid verwerven bij de huisartsen zelf (cfr addendum opleiding op maat van complementaire zorg in bijlage). Alsook kan het

belangrijk zijn om artsen in de opleiding gewend te maken met het idee van zorg te delen. Momenteel ligt in de opleiding vaak de klemtoon op onze unieke rol als huisarts en wordt het idee gevoed dat we alles alleen moeten doen. De multidisciplinaire samenwerking wordt voornamelijk gekaderd buiten de eigen praktijk, waardoor er weinig aandacht is voor een andere manier van werken binnen de eigen praktijk. Dit zorgt ervoor dat startende artsen weinig gekend zijn met het idee van taakverdeling in de eigen praktijk. Het kan helpen om ervoor te zorgen dat alle artsen in opleiding minimaal éénmaal stage lopen in een praktijk waar reeds wordt samengewerkt met een verpleegkundige. Verder kan er ook in de theoretische opleiding meer aandacht gegeven worden aan taakverdeling in de praktijk. Zo kan er bijvoorbeeld bij lessen over cardiovasculair risico of opvolging van patiënten met diabetes mellitus, ingegaan worden op hoe de samenwerking met een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk een meerwaarde kan betekenen.

Om de tewerkstelling van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk te faciliteren, kan het ook helpen om het wettelijk kader en het statuut van een verpleegkundige aan te passen om te voldoen aan de huidige trends in de gezondheidszorg. In het project van Nieuw Gent wordt gewerkt met staand orders waarin het protocol gevalideerd door een arts gebruikt werd om zo legaal in orde te zijn als verpleegkundige therapie wijzigingen aanbracht. Dit zorgt echter opnieuw voor een inperking van de vrijheden van de verpleegkundigen in de begeleiding van patiënten, wat een echte complementaire samenwerking kan hinderen en ook administratieve overlast kan creëren.

Anderzijds is het financiële aspect in niet-forfaitaire praktijken een van de grootste drempels tot complementaire samenwerking en dit zorgt voor extra stress onder artsen en een druk op het professioneel welbevinden omdat ze zich nu in een onduidelijke grijze zone bevinden. Mogelijke antwoorden hierop zouden kunnen een overstap zijn naar het forfaitaire systeem, al is dit voor veel praktijken een (te) grote stap. Een tweede optie is het streven naar een aangepast beleid met een billijke vergoeding voor het aanwerven van een verpleegkundige. Het impulseofonds biedt momenteel enkel premies voor medewerkers in de huisartsenpraktijk die administratieve taken uitvoeren. Een hervorming van dit fonds lijkt momenteel in de pijplijn te zitten voor het jaar 2022. Net voor het eindigen van dit schrijven, werd het eerste voorstel voor deze hervorming gepubliceerd. Het streefdoel van deze hervorming van het impulseofonds is om multidisciplinair werken in de huisartsenpraktijk te faciliteren door het (deels) dekken van de loonkosten van andere disciplines. Deze vergoeding kan een een grote facilitator zijn voor het samenwerken met een verpleegkundige in de niet-forfaitaire huisartsenpraktijk. Wanneer we het voorstel bekijken, blijkt dat de premie van 6.700 euro per huisarts voor het dekken van de loonkost van een medewerker gelijk blijft. De verandering zit hem dus enkel in het feit dat deze nu ook kan gebruikt worden om een verpleegkundige te vergoeden. Deze verandering kan wel een een facilitator zijn voor het samenwerken met een verpleegkundige in de niet-forfaitaire huisartsenpraktijk. Er zou nog een extra vergoeding komen van 800 euro indien er ook wordt ingezet op opleiding van de medewerkers. Ons inziens kan hier nog een deeltje ‘pay for quality’ aan gebonden worden. Zo kan er bijvoorbeeld gevraagd worden dat de verpleegkundige ook deels preventieve taken moet uitvoeren, naast de technische taken waar het nu vaak bij blijft. Op deze manier wordt dit ook een investering op gebied van de vooruitgang van de preventieve zorg, wat een hot topic is momenteel. Een derde optie voor terugbetaling van de verpleegkundige zorg in de huisartsenpraktijk is het uitbreiden van de nomenclatuur voor zelfstandige verpleegkundigen. Echter het uitbreiden van prestatiegerichte geneeskunde zou volgens ons geen doel op lange termijn mogen zijn.

Verder weerhouden we uit ons onderzoek dat de opstart van complementaire zorg een grote tijdsinvestering betekent. Het opmaken van protocols, het uitwerken van een goede organisatie en structuur de opbouw van een vertrouwensrelatie vraagt tijd en energie, wat vele huisartsen momenteel niet hebben. Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn om een goede uitwisseling te hebben van ervaringen en protocollen. Op heden is er reeds uitwisseling van protocollen binnen de wijkgezondheidscentra, maar deze reikt nog niet echt hierbuiten. Interessant zou kunnen zijn dat de

uitwisseling gecentraliseerd wordt, bijvoorbeeld door domus medica of zelfs al in de opleiding arts aan bod komt. Recent kwam domus medica reeds met een FAQ-pagina over VIPH (verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk).[38] Met deze pagina proberen ze de huisartsen bekend te maken met de voordelen van deze functie en praktische hulp te bieden voor de stap naar de aanwerving van een VIPH. Ook zij verwijzen hier naar de nakende hervorming van het impulseofonds als toekomstige facilitator.

Een ander belangrijk facet is de angst voor de verandering in arts-patiënt relatie. Uit ons onderzoek bleek deze angst vaak ongegrond en kwamen vooral positieve ervaringen van artsen aan bod tijdens onze interviews. in het buitenland is de samenwerking vaak een vanzelfsprekendheid, dus ergens is het samenwerken ook kwestie van gewenning, zowel voor arts als patiënt. We onthouden uit onze interviews dat het belangrijk is om als arts en praktijk niet te snel te gaan in het evolueren naar een complementair zorgmodel en op tijd te evalueren welke taakverdeling voor praktijk, arts, verpleegkundige, patiënt comfortabel aanvoelt.

5. Besluit

We concluderen uit onze studie dat een complementaire samenwerking met verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk, het professioneel welbevinden van artsen mogelijks op verschillende gebieden kan verhogen mits enkele voorwaarden zoals het bestaan van goede afspraken (zo nodig via protocollen), een sterk vertrouwen in elkaar als collega's en een open mindset van de arts bij opstart. Grote drempels zijn zoals hier aangehaald de financiële regeling, de opleiding van de verpleegkundige en de grote tijdsinvestering op heden. Wij kwamen in ons onderzoek in contact met artsen die open stonden voor verandering en mee willen streven naar een multidisciplinair complementair zorgmodel. Een interessante piste voor verder onderzoek zou kunnen zijn om de motieven en visies artsen die weigerachtig staan tot delen van zorg verder te exploreren.

Addendum 1 : Vergoeding van de verpleegkundige

In forfaitaire praktijken gaat de verpleegkundige in loondienst, net zoals hun collegae huisartsen. Hun loon is bijgevolg een deel van het jaarlijks forfait dat het RIZIV per patiënt voorziet.

In niet- forfaitaire praktijken ligt financiering een heel stuk complexer. In Vlaanderen bestaat er een financiële tegemoetkoming voor de loonkost van een administratief bediende ***(Impulseo II en III).*** *Wanneer een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk dus voornamelijk administratief werk doet, kan deze premie worden aangevraagd. Deze premie is echter voor de huisarts nog geen financiële stimulans voor het aanwerven van het verpleegkundige, gezien de loonkost van een administratief bediende lager ligt.*

Op heden kan een verpleegkundige geen consultatie zelfstandig afwerken en aanrekenen aan het RIZIV. Een uitzondering bestaat voor het eenmalig verpleegkundig consult dat de verpleegkundige eenmaal per jaar kan aanrekenen en als doel heeft het in kaart brengen van de gezondheidstoestand van de patiënt en de daarmee gerelateerde zorgdoelen. Bepaalde verpleegkundige technische acten kan een verpleegkundige uiteraard wel aanrekenen via vooropgestelde nomenclatuur. Uit onderzoek van Van Tomme 2018 bleek dat in niet-forfaitaire huisartspraktijken de terugbetaling van prestaties uitgevoerd door deze verpleegkundigen soms aangerekend worden onder nomenclatuurnummers van de superviserende arts. (Van Tomme et al,2018). Dit is een grijze zone, beroepen we ons op het koninklijk besluit KB 25.7.1994 artikel 1 paragraaf 4 bis dan mogen artsen verstrekkingen aanrekenen als die met hulp van gekwalificeerde helpers zijn uitgevoerd op voorwaarde dat deze helpers onder zijn persoonlijke controle vallen en de handelingen werden toevertrouwd ter voorbereiding van diagnose of in een preventief kader.

In november 2021, net voor de afwerking van dit onderzoek, werd een voorstel voor de hervorming van de Impulseo premie ingediend. Kort gezegd houdt deze hervorming in dat de premie per huisarts hetzelfde bedrag van ongeveer 6700 euro zal blijven, maar dat dit nu als tegemoetkoming kan worden gebruikt voor de loonkost van praktijkassistenten (eerder administratief werk) en/of praktijkverpleegkundigen. De premie kan dus breder ingezet worden, maar het bedrag op zich verhoogt jammer genoeg niet. Er kan wel een premie van 800 euro bovenop komen indien er ook wordt ingezet op extra vorming van de medewerker.

Hierbij een stukje tekst uit het voorstel:

Voorwaarden om, als erkende huisarts, in aanmerking te komen voor basispremie van 6.700 euro als tegemoetkoming in de loonkost van één of meerdere extra disciplines:

- *in de huisartsenpraktijk is minstens één discipline huisartsgeneeskunde aanwezig, uitgeoefend door een erkende huisarts in combinatie met een contractueel tewerkgestelde (=verbonden door een arbeidsovereenkomst):*
    - *ofwel praktijkondersteuning (van administratieve ondersteuning tot meer organiserende of managementstaken);*
    - *ofwel een praktijkverpleegkundige*
- *de tewerkstelling van de extra discipline moet minimaal 1/3 VTE bedragen. Er dient aangetoond dat de arts die de premie aanvraagt voor minimaal 25% bijdraagt aan de tewerkstelling en de loonkost van de extra discipline binnen de eigen praktijk of in een samenwerking met andere praktijken*
- *de huisarts die de basispremie aanvraagt, is ingeschreven in een huisartsenkring waarvan het werkingsgebied (de huisartsenzone) minstens gedeeltelijk samenvalt met de eerstelijnszone waar de huisarts effectief praktijk voert. Op die manier wordt een optimale samenwerking bevorderd met de betrokken eerstelijnszone en binnen de huisartsenzone.*

Addendum 2: Opleiding op maat van complementaire zorgdoelen?

De basisopleiding verpleegkunde in België bestaat uit de professionele 4 jaar durende bachelor opleiding. Daarnaast bestaat ook een 3 jaar durende opleiding, die nog meer praktijkgericht is, nl de graduaatsopleiding of de vroegere HBO5 opleidingen.

Na het behalen van de bacheloropleiding, kan verdere verdieping via een postgraduaat. Enkele jaren geleden is in Antwerpen het nieuwe postgraduaat 'verpleegkundige in de huisartspraktijk' van start gegaan. Hierin wordt de verpleegkundige opgeleid om onder andere doelgroepspecifieke protocol zorg in handen te nemen. Dit project is voornamelijk gebaseerd op de succesvolle implementatie van de praktijkondersteuners in de Nederlandse huisartsenpraktijken. Ondertussen wordt ook in Gent een postgraduaat verpleegkundige in de huisartspraktijk aangeboden.

Een uitgebreid scala van postgraduaatopleidingen zijn mogelijk. Deze gaan van diabeteseducator tot wondzorg. Veel van deze postgraduaten zijn echter gericht op ziekenhuisgeneeskunde.

Naast een postgraduaatopleiding, bestaat ook de universitaire masteropleiding die gevolgd kan worden na het behalen van de bachelor en het doorlopen van een schakeljaar. Nieuw hierbij is de afstudeerrichting 'verpleegkundige specialist'. De precieze invulling van het competentieprofiel moet nog gebeuren, maar de verpleegkundig specialist zou een breed wetenschappelijk en klinisch takenpakket krijgen. In 2018 zette Maggie De Block het licht op groen om de verpleegkundige specialist een wettelijk kader toe te delen waarbij deze naast het toedienen van verpleegkundige zorg ook bepaalde medische handelingen kan stellen, in nauw overleg met de arts. Dit kan gaan van het opvolgen van een bepaalde behandeling of het voorschrijven van bepaalde onderzoeken/geneesmiddelen.

Literatuurlijst

1. FOD Volksgezondheid. Jaarstatistieken van de erkende huisartsen in België. Te raadplegen via www.health.fgov.be.
2. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Overzicht huisartsarme gemeenten. Te raadplegen via Aantal huisartsarme gemeentes blijft toenemen - Zorg en Gezondheid (zorg-en-gezondheid.be)
3. Nationale online enquête gerealiseerd in opdracht van BVAS door RMN op basis van een vragenlijst verstuurd naar alle artsen die De Specialist en Medi-Sfeer ontvangen. Te raadplegen via enquete.pdf (vaskor.be)
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care,research, and medical education a cross-sectional study. The Lancet (2012); 380:37-43. doi:10.1016/s0140-6736.
5. Maeseneer. De gezondheidszorg in België in 2030: “Anders, of meer van hetzelfde?” Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving. (2019).
6. Elzyn G. Shard decision making ; a model for clinical practice. J Gen Intern Med. (2012); 27(10): 1361–1367.
7. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P (2019): Performance of the Belgian health system – report. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 313. D/2019/10.273/34.
8. Healthcare Improvement. Te raadplegen via The IHI Triple Aim | IHI - Institute for Healthcare Improvement.
9. Matheny.Artificial Intelligence in Health Care: The Hope, the Hype, the Promise, the Peril.(2019) NAM Special Publication. Washington, DC: National Academy of Medicine.
10. Starfield B. Access, Primary Care, and the Medical Home Rights of Passage. (2008) Medical Care ;(46) 10: 1015-6.
11. Staud R. Effectiveness of CAM therapy: understanding the evidence. (2011) Rheum Dis Clin North Am;37(1):9-17. doi: 10.1016/j.rdc.2010.11.009.
12. Schober, M.. International Council of Nurses: Guidelines on advanced practice nursing (2020) (978-92-95099-71-5).
13. Van Hecke A,“Advanced practice nursing”: verpleegkundig specialisten in Vlaamse universitaire ziekenhuizen. (2015) TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE. 71(23):1533–42.
14. Karimi-Shahanjarini A, Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis, cochrane review.
15. Cooper MA, McDowell J, Raeside L; ANP–CNS Group. The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. (2019) Br J Nurs. 1308-1314. doi: 10.12968/bjon.2019.28.20.1308. PMID: 31714817.
16. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. (2009) J Adv Nurs. 391-401. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04888.x. PMID: 19191937.
17. Evi Matthys, Roy Remmen & Peter Van Bogaert (2019): Practice nurse support and task suitability in a general practice: a cross-sectional survey in Belgium, Journal of interprofessional care.
18. Donders (2012). Taakdelegatie naar de praktijkondersteuner. Een cross-sectioneel onderzoek in de huisartsenpraktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. (2012)
19. Schuerman. (2014) Praktijkorganisatie voor dummies: Een leidraad bij de opstart van verpleegkundige zorgen in een huisartsenpraktijk.
20. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews
21. Swan, M., Ferguson, S., Chang, A., Larson, E., & Smaldone, A. (2015). Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care, 27(5), 396-404. doi:10.1093/intqhc/mzv054
22. Wen Can Team-Based Care Improve Patient Satisfaction? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials.(2004) PlosOne.
23. Hoorcks S. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. (2002) BMJ324:819–23
24. Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R., & DiCenso, A. (2015). Cost-effectiveness of

nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. BMJ open, 5(6), e007167. doi:10.1136/bmjopen-2014-007167.
25. Laurant M, Reeves D, et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. (2004) The Cochrane Database of Systematic Reviews Collaboration.
26. Donald F., A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. (2013) Journal of Advanced Nursing 69(10), 2148–2161.
27. Kuethe MC, Vaessen-Verberne AA, Elbers RG, Van Aalderen WM. Nurse versus physician-led care for the management of asthma. (2013) Cochrane Database Syst Rev.
28. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. (2017)Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 12
29. Health Quality Ontario. Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: an evidence-based analysis. (2013) Ont Health Technol Assess Ser. 13(10))
30. Dierick-van Daele et al. Is it economically viable to employ the nurse practitioner in general practice? (2011) JCN.
31. Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). Is Work Good for Your Health and Well-Being?.
32. Anttonen H, Räsänen T, editors. Well-being at work – new innovations and good practices. (2009) Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health
33. Aerts, N. et al. Integration of nurses in general practice: A thematic synthesis of the perspectives of general practitioners, practice nurses and patients living with chronic illness. (2019) Journal of clinical nursing
34. Jakimowicz et al. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. (2017) Jakimowicz et al. BMC nursing.
35. Gysin,S et al. Advanced practice nurses and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice role to Swiss primary care: a qualitative study. (2019) BMC family practice
36. Lewis et al. GP/GPN partner perspectives on clinical placements for student nurses in general practice: can a community of practice help to change the prevailing culture within general practice? (2018)
37. Poghosyan, L., Boyd, D., & Knutson, A. R. (2014). Nurse practitioner role, independent practice, and teamwork in primary care. Journal for Nurse Practitioners, 10, 472–479. doi:10.1016/j.nurpra.2014.05.009
38. FAQ over de Verpleegkundige In de HuisartsenPraktijk (VIHP) | Domus Medica te raadplegen via : https://www.domusmedica.be/faq-over-de-verpleegkundige-in-de-huisartsenpraktijk -vihp

Bijlagen

Focusgroep PO

Doel
Breed en verkennend
Onderdeel van de evaluatie PO 2020
Dit gesprek kan/zal als basis dienen voor de 2 HAIO studenten die als masterthesis verdiepend met een aantal aangehaalde thema's aan de slag kunnen met als focus de "providers experience" (Peter en Ann en Leen zijn resp. promotor en copromotoren)

Tijd
16 tot 19u (3x45', 1x15', 30' marge intro en outro)

Deelnemers: Lukas, Lowie, Bruno, Leen
Moderatoren: Ann en Pauline
Observatie: Celine Marechal en Stephanie Quaghebeur (Studenten Ugent ikv Masterproef)

Providers Experience 45'

Jullie zijn sedert 2018 begonnen met het project, hoe hebben jullie dit ervaren?
Hoe kijk je hierop terug tot nu toe? Wat betekent of heeft dit project voor jullie zelf als zorgverlener betekend?
Waarom was je geinteresseerd en/of gemotiveerd om in een project te stappen"? Welke verwachtingen had je?

- Hoe is het om de zorg voor deze patiëntenpopulatie te delen?
    - Wat gaat goed?
    - Wat kan beter?
    - Wat kost extra energie/tijd?
    - Waar zit de winst? Werkbelasting dalen?
    - ...
- Wat waren de bezorgdheden vooraf en hoe kijken we daar nu naar?
    - verarming van de job HA
    - patiënten nooit meer zien
    - rode draad kwijt zijn, overzicht kwijt zijn
    - patiënten gaan extra bij de HA consulteren
    - autonomie
    - …

- What's in it for you?
    - Wat levert het je op?
    - Wat kost het je?

- Wat heb je geleerd in dit project?
- Wat zijn succesfactoren bij opzet en uitrol dit soort "zorgdelen" (geweest)?
    - Vertrouwen als centraal begrip?

    - Wat zorgt al dan niet voor vertrouwen (van zowel providers als patients)
    -
- Wat zijn belemmeringen (geweest)? Zijn er zaken die je anders zou doen, willen?

- Bij welk type pt schijnt het beter te lukken en bij welke niet?
    - doorverwijzing
    - opvolging
    - …
- Hoe was de aanloop/voorstudie/opleiding/…/ zijn er zaken die je anders zou doen?
    - Inhoud
    - intensiteit
    - Wat behouden, wat minder relevant
    - In verhouding tot het resultaat?

- Evaluatie van het protocol als werkinstrument
    - professionele en juridische grenzen zijn duidelijk?
    - inhoudelijk voldoende?

- Werken we met de juiste doelgroep?
    - in relatie tot het opzet van het project (werk weg bij artsen)

- Wat is voor jou essentieel om te bekijken om te kunnen spreken van een geslaagd project?

Cost 45’
- Wat is jullie perceptie naar efficientie en kosten?
- Waar zit de winst? Kwaliteit? Tijd? Werktevredenheid? Patiëntentevredenheid?

Quality of care 45’

- Hoe schatten we de kwaliteit van medische opvolging in?
    - Op welke criteria baseren we ons dan vooral? (wat zijn voor ons criteria belangrijk in die kwaliteit?)
- Hoe goed worden de afgesproken richtlijnen opgevolgd?
- Hoe wordt “safe care” ingeschat
    - incidenten?
    - positief?
    - aandachtspunten?
- Hoe zit het met de “tijdigheid van de zorg”?
    - incidenten?
    - positief?
    - aandachtspunten?
- Hoe zit het met de efficiëntie?
    - zie vraag over “tijd vrij?”
    - Wat loopt goed?
    - wat kan efficiënter?
- Hoe zit het met de billijkheid? toegankelijkheid?

    - bereiken we mensen die we eerder niet konden bereiken? of minder?
    - verliezen we mensen?
- Hoe zit het met de people centeredness
    - welke plek krijgt doelgerichte zorg?

Patient experience 15’

- reacties van patiënten?

Interviewguide 1

1. Aanstelling
    a. Wat was de drijfveer om een verpleegkundige aan te nemen?
    b. Welke taken hadden jullie voor de verpleegkundige in gedachten?
    c. Hoe verliep de aanwerving, was dit een lang proces, waren er praktische bezwaren?
    d. Heeft iemand jullie hierbij geholpen? Wettelijk, financieel, praktisch?
    e. Wat waren de vereisten? Bachelor/Graduaat (HBO5)/postgraduaat VHP
    f. Praktische tewerkstelling: kort
    g. Hoe wordt de verpleegkundige gefinancierd (loondienst, zelfstandig, premies…)?
    h. Hoeveel uur, is dit reeds veranderd/uitgebreid sinds het begin?
    i. Infrastructuur: eigen ruimte, of gedeeld kabinet?
2. Takenlijst
    a. Welke taken voert de verpleegkundige momenteel uit?
    b. Hoe komen de patiënten tot bij de verpleegkundige?
    c. Verhouding administratief/verpleegkundige taken?
    d. Hoe is dit geëvolueerd, is dit anders dan de oorspronkelijke visie/doelstelling?
    e. Hebben jullie dit samen met de verpleegkundige bepaald, had zij hier invloed op?
    f. Toekomstvisie: nog extra taken/verantwoordelijkheid?
    g. Is jouw eigen takenpakket veranderd door de aanstelling van een verpleegkundige?
3. Overleg/Samenwerking
    a. Hoe wordt er overlegd? Via dossier of meeting? Vaste momenten of niet?
    b. Hoe loopt dit, liep dit in het begin anders
    c. Lukt het u om de verpleegkundig voor bepaalde zaken autonoom te laten werken of controleert u alles?
4. Welbevinden
    a. Heeft het aanstellen van een VPK ervoor gezorgd dat uw professioneel welbevinden verbeterd is? Hoe komt dit?
        i. Meer of minder stress (vb. stress rond eindverantwoordelijkheid/supervisie)
        ii. Meer tijd voor belangrijkere zaken of toch geen tijdswinst door meer overleg?
        iii. Meer of minder administratie?
        iv. Betere work-life balance?
        v. Betere sfeer in de praktijk door extra collega? (Of net niet?)
        vi. Veel werk/stress om verpleegkundige op te leiden?
        vii. Financiële zorgen rond betaling verpleegkundige?
    b. Is het eigen welbevinden nog veranderd sinds de begin van de aanstelling?
    c. Heeft u het gevoel dat de patiënt hier baat bij heeft, dat de zorg verbeterd voor de patiënt.
    d. Heeft u het gevoel zelf een betere arts te zijn hierdoor.

Aangepaste interviewguide

Kan je eerst eens KORT verwoorden hoe de samenwerking met de verpleegkundigen in de praktijk precies in elkaar zit? Dus zowel praktisch als inhoudelijk. (te bekijken complementaire zorg)

- Takenpakket?
- Hoe komen patiënten tot bij de verpleegkundige?
- Hoe is de samenwerking geëvolueerd?
- overlegmomenten
- delen jullie de zorg de voor de patiënt?

Wat is de drijfveer/motivatie van de praktijk of van jou persoonlijk om samen te werken met verpleegkundigen?

Hoe verloopt de verwijzing naar jullie verpleegkundige? Ervaar je hierbij moeilijkheden? Zijn er zaken die jou tegenhouden om te verwijzen?

Dieper ingaan op veiligheid en kwaliteit:
Voel je zelf bezwaren die te maken hebben met veiligheid of kwaliteit van de zorg bij het delegeren van bepaalde zorgtaken die je normaal als arts zelf doet?

Dieper ingaan op welbevinden :
Ervaar je op bepaalde vlakken meer stress door samen te werken met verpleegkundigen? Heb je het gevoel dat je hun taken moet controleren?

Verandering takenpakket bespreken +gevoelens hieromtrent?
Heb je het gevoel dat jouw eigen takenpakket als huisarts is veranderd door samen te werken met een verpleegkundige?
Heb je het gevoel dat jouw job hierdoor verarmd of wordt jouw job net interessanter? Denk je dat het samenwerken bijdraagt aan jouw eigen jobtevredenheid?

Bijlage 6 Protocol

Complementaire zorg door een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk: Het effect op het functioneren en professioneel welbevinden van de huisarts. Een kwalitatief onderzoek adhv een pilootproject in het wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent.

1. INLEIDING

Vanuit maatschappelijk debat zien we een veranderend landschap in de gezondheidszorg.
Een dreigend artsentekort wordt opgemerkt, waarbij er meer en meer interesse is in de multidisciplinaire aanpak waarbij verpleegkundigen een complementaire zorgrol opnemen. Hiermee wordt bedoeld dat verpleegkundigen ook zelfstandig consultatievoeren en dus niet enkel ingeschakeld worden voor taken die artsen opdragen (zoals vb. een bloedafname). Uit meerdere studies blijkt reeds dat de kwaliteit van zorg op zijn minst bewaard blijft en dat de patiënten openstaan voor deze nieuwe organisatie van de huisartsenpraktijk (1,2). Volgens het quadruple aim model moet ook het welbevinden van het zorgteam een prioritaire plaats innemen wanneer we ons gezondheidszorgsysteem evalueren. Deze invalshoek is op dit moment nog minder terug te vinden in de literatuur en het leek ons dan ook interessant dit te onderzoeken binnen het thema van verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Gezien onze eigen achtergrond als huisartsen in opleiding focussen we in dit onderzoek op de invloed van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk op de huisartsen zelf. Kan deze samenwerking ervoor zorgen dat het functioneren en/of professioneel welbevinden van de huisarts verbetert? Het opzet van deze studie is het exploreren van de factoren hierbij een mogelijke rol kunnen meespelen.

2. METHODE

Concreet zullen de onderzoekers vertrekken vanuit een pilootproject in het wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent. Dit pilootproject waarbij verpleegkundige (masteropleiding) de opvolging voorziet van patiënten met verhoogd cardiovasculair profiel en/of diabetes type 2. Dit project startte in 2018. Eind 2020 wordt een focusgroep opgericht met artsen van het wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent ter evaluatie van dit project. Wij vragen allereerst toestemming aan de artsen om deze focusgroep op te nemen en te analyseren/verwerken. Enkel de onderzoekers zullen deze beelden bekijken en de focusgroep letterlijk uittypen. Nadien wordt het materiaal vernietigd. Een informed consent zal hiervoor getekend worden.
Een tweede luik bestaat er in om nadien afzonderlijke diepte-interviews af te nemen met de artsen afzonderlijk adhv een semi gestructureerde topiclijst. Hiervoor wordt opnieuw een informed consent getekend. Het interview zal ongeveer een half uur duren en zal volledig gefilmd worden. Enkel de onderzoeker die het interview afneemt, zal deze beelden achteraf kunnen bekijken om het interview letterlijk uit te schrijven, hierna zal het beeldmateriaal vernietigd worden.
Nadien worden de interviews gecodeerd en verwerkt om nadien de resultaten hiervan de interpreteren en te vergelijken met de reeds bestaande literatuur.
Een derde luik van ons onderzoek bestaat erin om de verworven inzichten af te toetsen met artsen die werkzaam zijn in een niet-forfaitaire praktijk. Hiervoor zouden we in 2 LOK groepen (een in Kortrijk, een in Gent) ons onderzoek via een PowerPoint presentatie voorstellen en nadien wordt in een open debat deze inzichten besproken met de aanwezige huisartsen van de LOK groep. Deze ideeën zullen ook uitgetypt worden en nadien zullen de 2 onderzoekers deze nieuwe inzichten met elkaar vergelijken. Wederom zal een informed consent gevraagd worden aan de deelnemende artsen van de LOK groep.

3. RESULTATEN

De interviews zullen gecodeerd en verwerkt worden.

4. DISCUSSIE

De resultaten worden geïnterpreteerd en vergeleken met de reeds bestaande literatuur. Sterktes en zwaktes van dit kwalitatief onderzoek zullen aangegeven worden. Vernieuwende of aanvullende ideeën en theorieën over dit thema zullen uitgelicht worden. Tevens zal de nood aan verder onderzoek over deze theorieën besproken worden.

5. CONCLUSIE

Onze onderzoeksvraag zal herhaald worden en de meest relevante resultaten en interpretaties uit deze studie zullen hier kort herhaald worden. We kunnen ook kort de relevantie van dit onderzoek bespreken.

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-08958	NVT	15/12/2020	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:

"COMPLEMENTAIRE ZORG DOOR EEN VERPLEEGKUNDIGE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: HET EFFECT OP HET FUNCTIONEREN EN PROFESSIONEEL WELBEVINDEN VAN DE HUISARTS. EEN KWALITATIEF ONDERZOEK ADHV EEN PILOOTPROJECT IN HET WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM NIEUW GENT. - MaNaMa: Celin Marechal"

B.U.N.: B6702020001016

* Adviesaanvraagformulier dd 12/11/2020 (Volledig ontvangen dd 16/11/2020)
* Begeleidende brief dd 15/11/2020
* Protocol (Bijlage 6)
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier:
  Nieuwe Gent (Bijlage 1 + 3 + 4)
  Van de lokgroep (Bijlage 2 + 5)
* Patiëntenmateriaal: Topiclijst (Bijlage 7)

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 11/12/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 11/12/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 11/12/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 11/12/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/12/2020.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/12/2020.

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die gerant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 05 06
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 66
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

documenten.

- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden:
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

Celine Marechal, mei 2022

Bijlage: Persoonlijke reflectie masterproef

Als je 2 jaar moet bezig zijn met onderzoek naar een bepaald onderwerp, dan kies je maar beter iets dat je echt interesseert. Met deze wijsheid in mijn achterhoofd, scrolde ik door de lijst met suggesties van de promotoren. Er waren wel wat onderwerpen die me aanspraken, maar één thema trok specifiek mijn aandacht: 'Verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk'. Toevallig was mijn partner toen reeds begonnen aan een herscholing tot verpleegkundige en ergens zat het idee in ons achterhoofd dat onze carrières misschien ooit wel kunnen samenvloeien. Ideaal voor mij dus om dit thema verder te exploreren. Peter Decat werd me toegewezen als promotor en hij gaf aan dat mijn collega, Stephanie, ook wel interesse toonde voor dit onderwerp.

Het klikte snel met Stephanie en we waren beiden gemotiveerd om iets betekenisvol te kunnen doen binnen dit onderwerp. We schreven dan ook domus medica aan om te vragen of er nog ergens een 'gap' was in het onderzoeksdomein van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Hun advies was om ons te richten op de vierde pijler, namelijk wat een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk kan betekenen voor de huisarts zelf op het gebied van werkvreugde en het functioneren als huisarts. Dit leek ons beiden een interessante en relevante invalshoek. We doken beiden de literatuur in en al snel hadden we een uitgebreide inleiding op papier staan. Door beiden in hetzelfde gedeelde document te werken, zagen we waar de ander mee bezig was en konden we aanvullen waar nodig. Dankzij onze promotor, konden we als start van ons onderzoek een focusgroep van WGC Nieuw Gent meevolgen. Deze 3-uur durende opname uittypen was misschien wel het grootste werk, maar gezien we het werk konden verdelen, stond het snel op papier.

We hebben beiden apart de tekst gecodeerd en quotes uitgezocht en deze hierna samengelegd en vergeleken. We kwamen telkens vrij snel tot een consensus, wat dit proces wel aangenaam maakte.

Voor de interviews zochten we zowel forfaitaire als niet-forfaitaire praktijken aangezien we het beiden interessant vonden om ook de verpleegkundige in de niet-forfaitaire praktijk, wat nog steeds het overwegende type huisartsenpraktijk is, te onderzoeken. We zochten naar praktijken die reeds met een verpleegkundige samen werkten en schreven een mail die we samen hadden opgemaakt. Zo konden we toch ook enkele praktijken strikken. Via het netwerk van medische huizen, vonden we ook nog enkele forfaitaire praktijken. We deden elk enkele interviews apart en enkele samen, zo was het werk goed verdeeld en ging het ook goed vooruit.

Ondanks dat we beiden in een energie-eisende periode van ons leven zaten (Stephanie ging een zwangerschap en bevalling door en ik een IVF-traject), lukte het ons goed om op elkaar in te spelen en probeerden we de perioden dat de andere het zwaar had, het werk even over te nemen. Ik kan Stephanie hier alleen maar heel dankbaar voor zijn, want de onvoorspelbaarheid en emotionele zwaarte van de vruchtbaarheidsbehandeling, speelde me frequent parten.

De resultaten waren niet zo eenvoudig om uit te schrijven, aangezien we in verschillende handleidingen over het schrijven van kwalitatief onderzoek, verschillende tips lezen over hoe je de quotes kan integreren. Maar uiteindelijk vonden we een middenweg die we beiden oké en leesbaar vonden.

De discussiepunten om over te schrijven, werden ons gaandeweg wel duidelijk en dit deel stond dan ook weer vrij snel op papier. Het leuke was dat we ook zelf begonnen te discussiëren en filosoferen met elkaar over hoe we de aangehaalde drempels en moeilijkheden zouden kunnen verhelpen. Jammer genoeg liggen de belangrijkste faciliterende factoren in het kamp van de politiek en dat vraagt uiteraard tijd en veel gelobby. Het was echter fijn om toch enkele zaken te zien bewegen tijdens het schrijven van onze thesis dankzij dat gelobby van bijvoorbeeld domus medica. Zo werd de impulseo premie aangepast, zodat deze ook voor een verpleegkundige kan dienen. Deze aanpassing zal echter niet verregaand genoeg zijn om veel artsen te overtuigen, jammer genoeg, maar zo gaat het meestal met zo een zaken, zeker? Ook kwam er ondertussen een nummer uit van 'huisarts nu' waar de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk centraal stond. Ook in de media verschijnen er af en toe boodschappen dat de toekomst van de huisartsenpraktijk toch eerder multidisciplinair zal zijn. We zien de mindset dus heel langzaam veranderen, al blijft de drempel voor niet-forfaitaire praktijken toch hoog en dit vooral om praktische/financiële redenen, waarover nog steeds veel onduidelijkheid bestaat. Ik

denk dat het nu wel duidelijk is dat een verpleegkundige een meerwaarde kan bieden in de huisartsenpraktijk, nu dus nog een praktische uitwerking hiervan zodat veel meer huisartsen en patiënten hiervan kunnen genieten.

Ook wij begonnen met de ingesteldheid dat een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk voornamelijk een oplossing kan zijn voor het groeiend huisartsentekort. Het is dan ook mooi dat we gaandeweg konden inzien dat het misschien ook voor de kwaliteit van zorg echt wel een meerwaarde kan bieden, voornamelijk dan op vlak van preventieve en chronische zorg. Hier moet je dan wel dat stapje verder gaan dan de verpleegkundige enkel technische prestaties te laten uitvoeren en vertrouwen kunnen stellen in de verpleegkundige. Maar het blijkt toch uit onze interviews dat dit vertrouwen erg kan lonen. Dit nieuwe inzicht, kan mij persoonlijk alleen maar motiveren om die stap zelf te zetten in de praktijk waar ik zal werken. Onze thesis mondt dan ook uit in een persoonlijk project, dat ik misschien zelfs samen met mijn echtgenoot, die binnen een maand afstudeert als verpleegkundige, zal kunnen bedenken en uitvoeren. Het gaat zelfs zo ver dat ook mijn echtgenoot een eindwerk maakt rond de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. De keuze van dit onderwerp, heeft dus zeker een impact gemaakt op mijn eigen werk en leven en dat is natuurlijk een mooie einde (of begin?) van dit verhaal.