De visie van de patiënt over taakdelegatie in de huisartsenpraktijk

Stien Van Dyck, KU Leuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, KU Leuven (2019 – 2021) , Prof. Gijs Van Pottelbergh, KU Leuven (2021 – 2022)

Co-promotor: Dokter Hadewijch De Clerck, Groepspraktijk Fruithof, Berchem

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2019 – 2022]

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, wend 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

De visie van de patiënt over taakdelegatie in de huisartsenpraktijk.

HAIO: Stien Van Dyck, KU Leuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys (2019 - 2021), Prof.Gijs Van Pottelbergh (2021 - 2022)

Co-promotor: Dr. Hadewijch De Clerck

Contact: stien.van.dyck@hotmail.com

Context

Volgens cijfers van de FOD Volksgezondheid dreigt er een tekort aan huisartsen. 44% van de Belgische huisartsen is ouder dan 60 jaar. Verder neemt de tijdsdruk toe ten gevolge van verschillende evoluties. Zo is er steeds meer aandacht voor preventieve zorg, worden de patiënten ouder waardoor de chronische en meer complexe zorg toeneemt ,...

Eén van de mogelijke oplossingen voor deze problemen is dat de huisarts een aantal van de taken die hij of zij momenteel nog zelf doet of zou moeten doen, delegeert naar een praktijkassistent.

Onderzoeksvraag

We weten vanuit het Nederlands model dat dit een goede oplossing zou zijn voor het dreigend huisartsentekort. Maar is de Belgische patiënt hier wel klaar voor? In deze masterproef wordt onderzocht wat patiënten denken over deze delegatie van taken naar een praktijkassistent.

Methode

Om algemene informatie te verkrijgen in verband met de ondersteuning in de huisartsenpraktijken werd een verkennend literatuuronderzoek verricht. Aan de hand van de gevonden artikels werd naast een literatuuroverzicht, ook inspiratie opgedaan voor het opstellen van de vragenlijst.

De vragenlijsten waren ter beschikking in de wachtzaal van Groepspraktijk Fruithof, te Berchem waar de patiënt tijdens het wachten de vragenlijst kon invullen. Er werd een statistische analyse uitgevoerd met het programma SPSS aan de hand van frequentietabellen en crosstabulations.

Resultaten

Het grootste deel van de patiënten gaat akkoord wanneer een praktijkassistent een aantal opdrachten op zich neemt. Het gaat dan vooral over administratieve zaken zoals het nakijken van de medicatielijsten, het nakijken van de vaccinatiestatus en attesten van vaste medicatie verlengen. Voor psychologische gesprekken en levenseinde gesprekken komen de patiënten toch liever bij hun eigen huisarts. Het grootste deel van de patiënten is akkoord indien een huisarts eenvoudig medisch-technische taken zou delegeren naar een praktijkassistent zoals bijvoorbeeld bloeddruk nemen, gewicht en lengte meten, bloed afnemen, inspuitingen geven, hechtingen verwijderen, wondzorg,...

Conclusie

Over het algemeen staan patiënten open voor de taakdelegatie van de huisarts naar een praktijkassistent. Vooral als het gaat over administratieve taken of eenvoudig medisch-technische taken.

Inhoudstafel

Abstract 2

Inhoudstafel 3

1. Dankwoord 5

2. Inleiding 6

3. Methode 7

4. Resultaten 9

4.1 Literatuurstudie 9

Algemeen 9

De Belgische huisarts – de cijfers 10

Ondersteuning in de Belgische huisartsenpraktijk 13

Ondersteuning in de Nederlandse huisartsenpraktijk 14

4.2 Onderzoeksresultaten 16

Demografische kenmerken van de respondenten 16

Resultaten vragenlijst - algemeen 18

Resultaten volgens leeftijd 22

Resultaten volgens geslacht 26

Resultaten volgens frequentie van het doktersbezoek 27

Resultaten volgens wachttijd 32

Redenen om liever geen taakdelegatie te willen 36

5. Discussie 37

5.1 Literatuurstudie 37

5.2 Onderzoeksresultaten 38

6. Referenties 40

7. Bijlage 1: Vragenlijst 42

8. Bijlage 2: Informatiebrief 45

9. Bijlage 3: Protocol ethisch comité 46

10. Bijlage 4: Goedkeuring ethisch comité 55

1. Dankwoord

Het voltooien van deze masterproef kon ik uiteraard niet alleen.

Graag wil ik mijn promotoren, Prof. Jo Goedhuys en Prof. Gijs Van Pottelbergh, bedanken voor de hulp bij het maken van deze masterproef. Dankzij de grondige en duidelijke feedback, kon ik steeds op een vlotte manier aan mijn masterproef werken en ben ik nooit in tijdnood geraakt. Verder kon ik steeds op hen rekenen om dingen na te lezen zoals mijn vragenlijst zelf, de aanvraag voor het ethisch comité, proefversies van mijn masterproef,....

Verder gaat mijn dank uit naar mijn PO en bovendien de co-promotor van deze masterproef, Dr. Hadewijch De Clerck van Groepspraktijk Fruithof waar ik mijn eerste 18 maanden stage liep. Zij heeft steeds met enthousiasme mee aan deze masterproef gewerkt en samen met mij nagedacht over verschillende zaken in dit onderzoek. Ook wil ik de collega's van Groepspraktijk Fruithof bedanken want zonder hun hulp en goedkeuring, kon deze masterproef niet tot een goed eind gebracht worden.

Deze masterproef is dus het resultaat van een vruchtbare samenwerking en ik ben hen allen dankbaar voor de begeleiding en ondersteuning.

2. Inleiding

Volgens cijfers van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid dreigt er een tekort aan huisartsen. 44 procent van de Belgische huisartsen is ouder dan 60 jaar en het aantal nieuwe huisartsen is onvoldoende om dit te compenseren. Tegelijk stijgt het aantal vrouwelijke huisartsen, waardoor ook het aantal deeltijds werkende huisartsen toeneemt.

Verder nemen bijgevolg het aantal huisartsarme gemeenten jaar na jaar toe. In het jaar 2015 – 2016 waren er nog 180 gemeenten die prioritair waren voor de vestiging van nieuwe huisartsen. In het jaar 2019 – 2020 waren dit er al meer dan 200.

Door verschillende evoluties in de huisartsgeneeskunde neemt tevens ook de tijdsdruk toe waardoor de tijd voor echte patiëntenzorg onder druk komt te staan. Zo wordt er steeds meer aandacht besteedt aan preventieve gezondheidszorg door zowel de artsen als door de patiënten zelf, zo worden de patiënten ouder waardoor de chronische en complexe zorg toeneemt, zo moet er meer administratie gedaan worden, …

Er werd al geprobeerd om het beroep als huisarts aantrekkelijker te maken, zowel op maatschappelijk als op financieel vlak, om zo de instroom van nieuwe huisartsen te doen stijgen. Deze pogingen hebben zeker hun resultaat gehad maar het resultaat was onvoldoende. Er dient dus gezocht te worden naar aanvullende pistes.

Eén van de mogelijke oplossingen voor het huidige probleem, is dat de huisarts een aantal van de taken die hij of zij momenteel nog zelf doet of zou moeten doen, delegeert naar een praktijkassistent. Een praktijkassistent is een goed opgeleide persoon die administratieve en/of medische taken kan overnemen van een huisarts. Deze soort van ondersteuning in de huisartsenpraktijk is wisselend bekend in België terwijl dit in Nederland goed ingeburgerd is en er bijgevolg dus meer ervaring mee is.

We weten dus al dat deze oplossing kan werken maar is de Belgische patiënt wel klaar voor deze andere manier van werken? In deze masterproef wordt onderzocht hoe patiënten denken over deze delegatie van taken naar een praktijkassistent.

3. Methode

Om algemene informatie te bekomen in verband met de ondersteuning in de huisartsenpraktijken werd een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd. Er werd gezocht via Cebam, Pubmed, Cochrane, via de tijdschriften Huisarts en Wetenschap en Huisarts Nu. Er werd gezocht aan de hand van de zoektermen 'praktijkassistent' , 'praktijkassistentie' , 'praktijkverpleegkundige' , 'praktijkondersteuning' , 'praktijkondersteuner' , taakdelegatie' , 'delegeren van taken' en 'delegeren'. Hierbij werden enkele artikels weerhouden die interessant waren voor deze onderzoeksvraag. Verder werd er ook in de referenties van de gevonden artikels gezocht naar bruikbare artikels.

Op basis van de gevonden artikels werd naast een literatuuroverzicht, ook inspiratie opgedaan voor het opstellen van de vragenlijst.

De vragenlijst met vastgeniete informatiebrief was beschikbaar in de wachtzaal van Groepspraktijk Fruithof te Berchem van 2 december 2020 tot en met 30 januari 2021. De patiënten konden in de wachtzaal de vragenlijst invullen op een manier die veilig was tijdens deze corona-pandemie. Zo werden de balpennen voor het invullen in 2 bakjes gelegd: een bakje met propere balpennen en een bakje waar de patiënt na het invullen zijn of haar balpen kon deponeren. De gebruikte balpennen werden nadien ontsmet. De ingevulde vragenlijsten werden in een afgesloten doos met gleuf gedeponeerd. De ingevulde vragenlijsten werden 3 dagen in deze afgesloten doos bewaard voordat de onderzoeker de vragenlijsten manipuleerde.

Patiënten die op raadpleging komen bij de huisarts werden geïncludeerd. Patiënten waar de artsen enkel op huisbezoek gaan, werden niet geïncludeerd. Zij zullen immers minder het effect voelen van de taakdelegatie. Patiënten mochten de vragenlijst maar 1 keer invullen.

De vragenlijst bestaat uit 4 algemene vragen (zoals de gemiddelde wachttijd, leeftijd,... om eventuele verbanden te kunnen onderzoeken), een tabel met 24 taken die kunnen uitgevoerd kunnen worden door een praktijkassistent waarbij de patiënt moet aanduiden of hij of zij akkoord is indien dit wordt uitgevoerd door een praktijkassistent in plaats van de

huisarts. Dit wordt bevraagd aan de hand van een 7-punten Likertschaal om voldoende spreiding van de mening van de patiënt te bekomen. Op het einde van de vragenlijst heeft de patiënt de gelegenheid om aanvullende informatie te geven wanneer hij of zij bij een bepaalde taak niet akkoord is wanneer een praktijkassistent dit overneemt. Op deze laatste informatie wordt geen statistische analyse toegepast maar dit is wel interessante informatie om verder mee te nemen.

Er werden in totaal 102 vragenlijsten ingevuld.

De statistische analyses werden uitgevoerd met het programma SPSS aan de hand van frequentietablellen en crosstabulations om verbanden te zoeken tussen een bepaald demografisch gegeven en het al dan niet akkoord zijn over een mogelijke taak voor een praktijkassistent.

4. Resultaten

4.1 Literatuurstudie

Algemeen

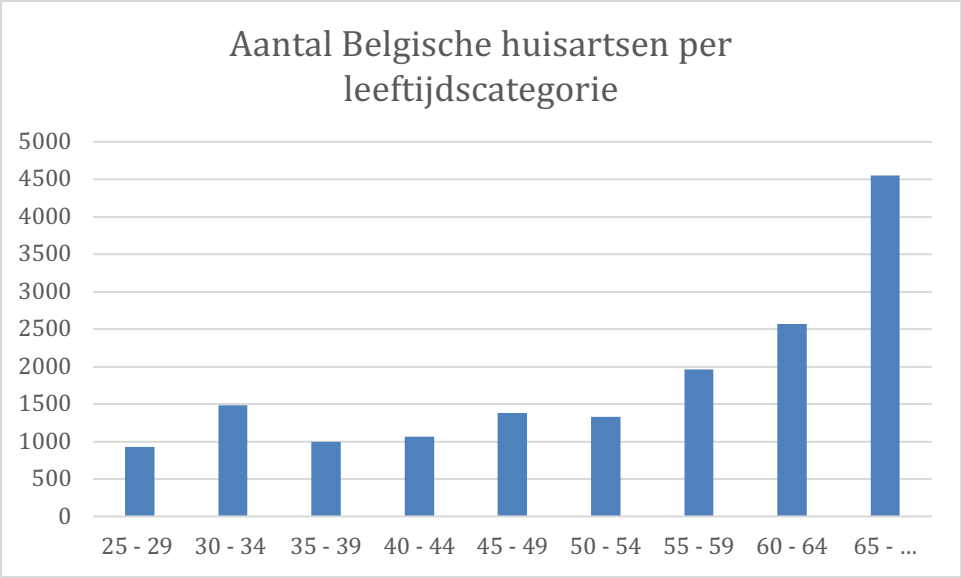
In een cochrane review uit 2018 [1] werd de impact onderzocht van de implementatie van verpleegkundigen in de eerste lijn. 18 gerandomiseerde studies werden geïncludeerd. Er werden een fractie minder overlijdens geregistreerd maar er werd voornamelijk een betere Quality of Life geregistreerd. Verder waren de bloeddruk controle en de tevredenheid van patiënten beter. Anderzijds duurden de consultaties bij de verpleegkundigen gemiddeld langer en moesten er meer patiënten voor een tweede maal terugkomen dan bij de huisarts. Er is geen verschil tussen verpleegkundigen en huisartsen bij het aantal voorschriften dat werden afgeleverd, het aantal bezoeken aan de spoedgevallendienst, het aantal diagnostische tests dat werden verricht (zoals bloednames, beeldvorming,...) en het aantal verwijzingen naar de tweede lijn.

In een cochrane review uit 2019 [2] werden de meningen van de huisartsen en verpleegkundigen onderzocht over deze implementatie van verpleegkundigen in de eerste lijn. Volgens deze review verkozen zowel huisartsen als verpleegkundigen dat de huisarts vooral de medische taken op zich zou nemen en dat de verpleegkundigen zich eerder zou bezighouden met preventieve taken en follow-up. Verder zagen zowel huisartsen als verpleegkundigen deze samenwerking als een hulpmiddel om de continuïteit van zorg te verbeteren en de drempel tot de toegang tot de gezondheidszorg te verlagen. Patiënten vonden inderdaad dat verpleegkundigen meer toegankelijk waren. Verpleegkundigen achtten vooral veel waarde aan een nauwe samenwerking met de huisarts en een goede educatie door de huisarts. De huisarts apprecieerde deze taakverschuiving vooral van zodra de werkdruk voor de huisarts hierdoor afneemt.

Ook was de medicatietrouw van patiënten beter bij de implementatie van verpleegkundigen in de eerste lijn. Vermoedelijk omdat verpleegkundigen meer tijd kunnen spenderen aan de patiënt en aan communicatie met die patiënt. Dit zorgt er ook voor dat de patiënt meer weet over zijn of haar aandoening.

De Belgische huisarts – de cijfers

Volgens de laatste cijfers van de FOD Volksgezondheid [3] is in 2018 43,8% van de Belgische huisartsen ouder dan 60 jaar. 28% van de Belgische huisartsen is zelfs met een leeftijd van meer dan 65 jaar al pensioengerechtigd. Wanneer we dit dan vergelijken met het aantal jonge huisartsen, liggen deze aantallen veel lager. Het aantal huisartsen die jonger zijn dan 35 jaar, is slechts 14,8% van het totaal aantal huisartsen in België. In absolute cijfers, zijn er 7.124 huisartsen ouder dan 60 jaar, terwijl er 2.408 huisartsen jonger zijn dan 35 jaar (*figuur 1*).

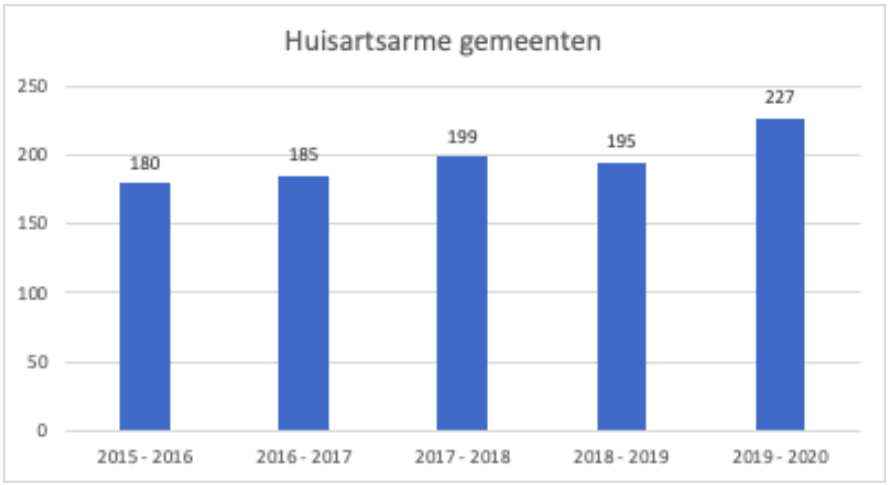


Figuur 1: Aantal Belgische huisartsen per leeftijdscategorie

Toch zien we dat er steeds meer afstuderende studenten geneeskunde kiezen voor het huisartsenberoep. Maar met 1.892 praktiserende HAIO's (huisartsen in opleiding) in 2018 is het onmogelijk om het dreigend tekort aan huisartsen op te vangen.

Een andere belangrijke parameter, is de dichtheid aan huisartsen in een bepaalde regio. In 2016 zijn er 3,07 praktiserende artsen per 1000 inwoners in België, terwijl het Europees gemiddelde op 3,54 artsen per 1000 inwoners ligt [4]. De Belgische dichtheid aan huisartsen ligt dus bijgevolg onder het Europees gemiddelde. Echter gebruiken niet alle Europese landen dezelfde methode om deze dichtheid te berekenen. Dit kan dus mogelijk een vertekend beeld geven. Zo werd tot 2009 de Belgische dichtheid berekend aan de hand van het aantal geregistreerde artsen. Tot dan was de Belgische dichtheid een van de hoogste van Europa. Ook worden vaak alle artsen meegeteld die ten minste 1 klinische procedure uitvoeren in dat jaar. Mogelijk zorgt dit dus voor vertekende cijfers. Indien we het aantal huisartsen berekenen aan de hand van het aantal voltijdse equivalenten (VTE), omzeilen we deze problemen en komen we op een Belgische dichtheid van 0,79 huisartsen per 1000 inwoners. Het VTE werd berekend op basis van terugbetaalde vergoedingen voor geleverde prestaties.

Wat betekent deze lage dichtheid aan huisartsen in België dan op gemeentelijk niveau? Elk jaar wordt er een lijst bekend gemaakt door Zorg en Gezondheid [5] welke gemeenten prioritair zijn voor de vestiging van nieuwe huisartsen. We spreken van een huisartsarme en dus prioritaire gemeente wanneer er minder dan 90 huisartsen per 100.000 inwoners zijn. In de jaren 2015 tot 2016 werden zo 180 gemeenten als huisartsarm bestempeld, terwijl dit respectievelijk in de jaren 2016 -2017, 2017 – 2018, 2018 – 2019 en 2019 – 2020, 185 gemeenten, 199 gemeenten, 195 gemeenten en 227 gemeenten waren (*figuur 2)*. Dit aantal loopt dus duidelijk geleidelijk aan op. Dit komt vermoedelijk doordat veel solo-praktijken na een pensioen niet worden overgenomen en vestigen huisartsen zich vaker in groepspraktijken dan vroeger. Voor het berekenen van deze cijfers wordt er echter geen rekening gehouden met het aantal fulltime werkende huisartsen en het aantal parttime werkende huisartsen. Ook wordt er in deze berekeningen niet meegenomen hoeveel patiënten huisartsen aannemen en wat de zorgnood is in een bepaalde regio (zo is er bijvoorbeeld een verschillende zorgnood in een regio met een oudere populatie dan in een regio met een voornamelijk jonge populatie).



Figuur 2: Aantal huisartsarme gemeenten per jaar

Als laatste is de werkbelasting van de huisarts iets om rekening mee te houden. De Belgische huisarts is koploper wanneer we kijken naar het gemiddeld aantal werkuren per week. De Belgische huisarts werkt gemiddeld 51,1 uur per week [6], terwijl de Nederlandse huisarts ongeveer 43 uur werkt per week. De Australische huisarts vind je onderaan de lijst met een gemiddelde werkweek van 37,4 uur.

De Belgische huisarts spendeert van die 51,1 uur ongeveer 44,2 uur effectief aan patiëntenzorg. Dit komt overeen met 86,4%. In Nederland gaat 32,1 uur per week of 74,6% naar effectieve patiëntenzorg. In België heeft de huisarts gemiddeld 19 patiëntencontacten van gemiddeld 17,7 minuten op een dag, terwijl de Nederlandse huisarts gemiddeld 28 patiëntencontacten van gemiddeld 11,1 minuten per dag heeft. Naar aanleiding van al deze cijfers kunnen we ons dus de vraag stellen of er nog een draagvlak is bij de Belgische huisartsen om steeds meer te moeten werken.

Ook werd in deze studie de arbeidstevredenheid van de huisarts onderzocht. Deze hing voornamelijk af van de volgende 6 factoren: of de huisarts zijn of haar job zinvol vindt, of de huisarts zijn of haar job interessant vindt, hoeveel tijd er besteed moet worden aan administratieve taken, hoeveel stress de huisarts ervaart, of de huisarts zijn of haar job gerespecteerd vindt en als inspanning en beloning ongeveer in evenwicht zijn.

Ondersteuning in de Belgische huisartsenpraktijk

Het Koninklijk Besluit 78 definieert de taak van een bepaald zorgberoep. Op dit moment werkt het KB 78 eerder beperkend aangezien de praktijkondersteuners hierin niet vermeld worden.

Op dit moment is in 90% van de Belgische groepspraktijken een onthaalmedewerker aanwezig [7] terwijl dit in solo- of duo praktijken 72% is. Slechts 23% van de Belgische huisartsenpraktijken hebben al een of meerdere praktijkverpleegkundigen in dienst. De ervaring hierover komt op dit moment vooral van forfaitaire praktijken, Geneeskunde voor het Volk en wijkgezondheidscentra.

Uit een bevraging in de huisartsenwachtpost van Antwerpen Noord [8] weten we dat huisartsen vooral willen dat een praktijkverpleegkundige preconsultatie taken zou opnemen zoals parameters bepalen, vaccinatiestatus bekijken,.... 45% vond dit de belangrijkste groep van taken voor een praktijkverpleegkundige. Voor assistentie bij technische handelingen is hulp bij kleine heelkunde het meest gewenst. Daar tegenover wordt hulp bij complexe zorg of chronische zorg als minder essentieel geacht.

Bij 73% van de praktijken is er wel interesse in een verdere uitbreiding van medische opdrachten naar de praktijkassistent. De artsen uit groepspraktijken en huisartsen met minder dan 20 jaar ervaring staan het meest open voor deze uitbreiding. Huisartsen met meer dan 20 jaar ervaring en solo-artsen het minst. Het tekort aan werkruimte, het ontbreken van een duidelijk juridisch kader en de financiële investeringen worden voornamelijk als drempel ervaren.

Slechts voor een beperkt aantal taken van een verpleegkundige bestaat op dit moment een nomenclatuurnummer, bijvoorbeeld voor wondzorg. Ook kan een arts die een bepaalde taak delegeert, deze zelf niet meer aanrekenen wanneer er voor de verpleegkundige geen nomenclatuurnummer bestaat.

In september 2016 is in België de opleiding tot VIHP van start gegaan. Het woord VIHP staat voor verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Deze opleiding duurt 1 jaar en wanneer je wilt starten, moet je al een bachelordiploma verpleegkunde op zak hebben. Deze opleiding

leidt verpleegkundigen op om te kunnen meedraaien in de specifieke omgeving van de Belgische huisartsenpraktijk. Op het einde van de opleiding moet een VIHP in staat zijn om de huisarts bij te staan in de behandeling en begeleiding van zijn of haar patiënten.

Via de IMPULSEO-premie kan het aannemen en betalen van zo een VIHP gefinancierd worden maar dit volstaat vaak niet. In een forfaitair systeem in plaats van een prestatiegericht systeem is dit gemakkelijker.

Ondersteuning in de Nederlandse huisartsenpraktijk

In de Nederlandse huisartsenpraktijken is er een efficiëntere en betere ondersteuning van de huisarts. Zo bestaan er in Nederland verschillende opleidingen en beroepsgroepen om de huisarts te ondersteunen [9] bij zijn of haar taken *(tabel 1)*.

Zo bestaat de opleiding tot praktijkassistent of doktersassistent. Een praktijkassistent verricht eenvoudige taken die duidelijk gedelegeerd werden door de verantwoordelijke huisarts zoals het meten van de bloeddruk, cryotherapie van wratten,…

Een praktijkondersteuner (POH) heeft een iets uitgebreider takenpakket en kan bijkomend ook patiënten met chronische aandoeningen begeleiden en opvolgen zoals patiënten met diabetes, patiënten begeleiden om te stoppen met roken,…

Een POH-ggz is gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg en kan patiënten met psychische klachten begeleiden en opvolgen op voorwaarde dat de patiënt eerst bij de huisarts op raadpleging geweest is.

Een praktijkverpleegkundige heeft nog een uitgebreider takenpakket. Een praktijkverpleegkundige mag ook verpleegkundige taken uitvoeren zoals bijvoorbeeld een infuus plaatsen, inspuitingen geven, blaasspoelingen doen,…

Een verpleegkundig specialist heeft het grootste takenpakket en doet behalve verpleegkundige taken, ook echt medische taken. Een verpleegkundig specialist kan zelf geprotocolleerde zorg uitvoeren, zelf voorschriften opstellen en raadplegingen doen. Een

physician assistant is vergelijkbaar met een verpleegkundig specialist maar voert zijn of haar taken enkel uit binnen een bepaald geneeskundig specialisme.

In 2011 had 75% van de Nederlandse huisartsenpraktijken een praktijkondersteuner in dienst [10]. Dit was zo voor 87% van de Nederlands groepspraktijken en voor 67% van de solopraktijken.

Beroepsbeoefenaar	Opleiding	Wettelijk omschreven? (*)	Taken
Praktijkassistente of doktersassistente	Mbo-niveau	Nee	Eenvoudige handelingen die gedelegeerd worden door de huisarts (meten van de bloeddruk, aanstippen van wratten met vloeibare stikstof,...)
Praktijkondersteuner	Hbo-niveau	Nee	Begeleiding van patiënten met chronische ziekten (begeleiden van rookstop, diabetes-patiënten begeleiden,...)
POH-ggz	Hbo-niveau	Nee	Begeleiden van patiënten met mentale klachten na een consult bij de huisarts
Praktijkverpleegkundige	Hbo-niveau met een aanvullende opleiding tot praktijkverpleegkundige	Ja	Uitgebreider takenpakket dan POH (blaasspoeling, plaatsen van een infuus,...)
Verpleegkundig specialist	Hbo-niveau met nadien 2 jaar master of nursing practice	Ja	Verpleegkundige taken aangevuld met medische taken (zelf voorschriften opmaken, geprotocolleerde zorg uitvoeren,...)
Physician assistant	Hbo-niveau met nadien 2,5 jaar masteropleding	Nee	Zelfde taken als verpleegkundig specialist maar binnen een bepaald specialisme

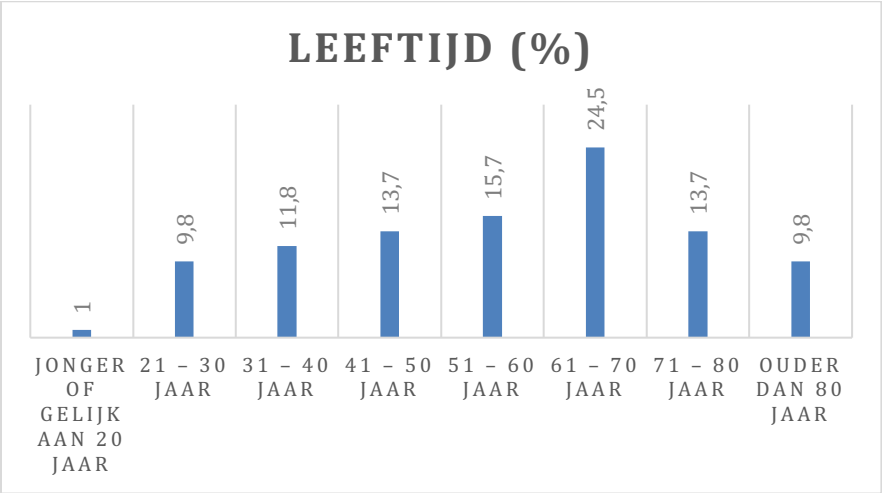
(*) Niet geregistreerd op de grond van de Wet op beroepen in de individuele Gezondheidszorg

Tabel 1 Beroepsbeoefenaars in de Nederlandse huisartsenpraktijk

4.2 Onderzoeksresultaten

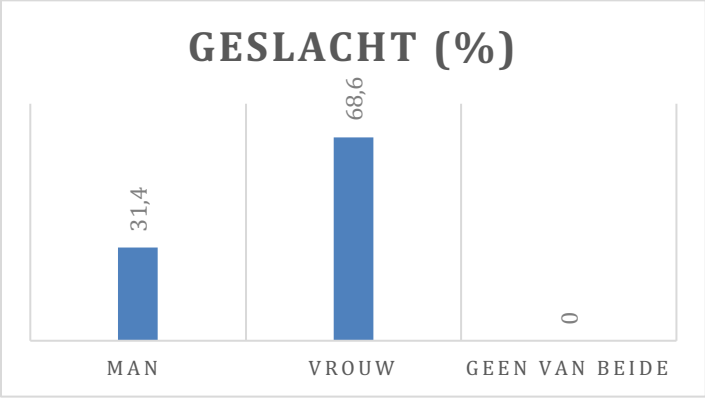
Demografische kenmerken van de respondenten

In totaal vulden 102 patiënten de vragenlijst in. De praktijk had ongeveer 7000-tal GMD's op dat moment. De groep van 61 tot en met 70 jaar vulde de vragenlijst het meest in en 63,7% van de respondenten is ouder dan 50 jaar *(figuur 3)*. Dit demografisch gegeven is gekend in deze praktijk aangezien de praktijk in een regio ligt met veel appartementsgebouwen waar een oudere populatie woont.



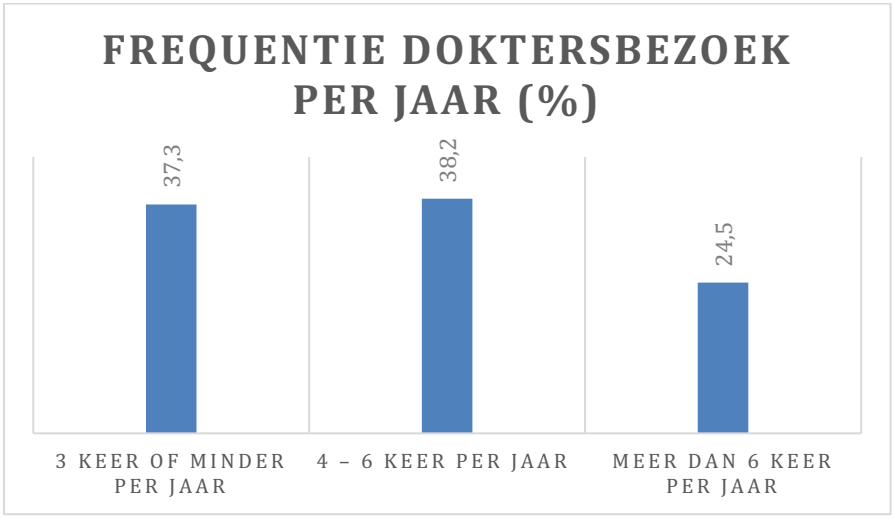
Figuur 3: Leeftijdsverdeling van de respondenten

Meer dan dubbel zoveel vrouwen dan mannen vulden de vragenlijst in *(figuur 4)*. In deze praktijk vulde niemand de vragenlijst in die zich met geen van beide identificeert.



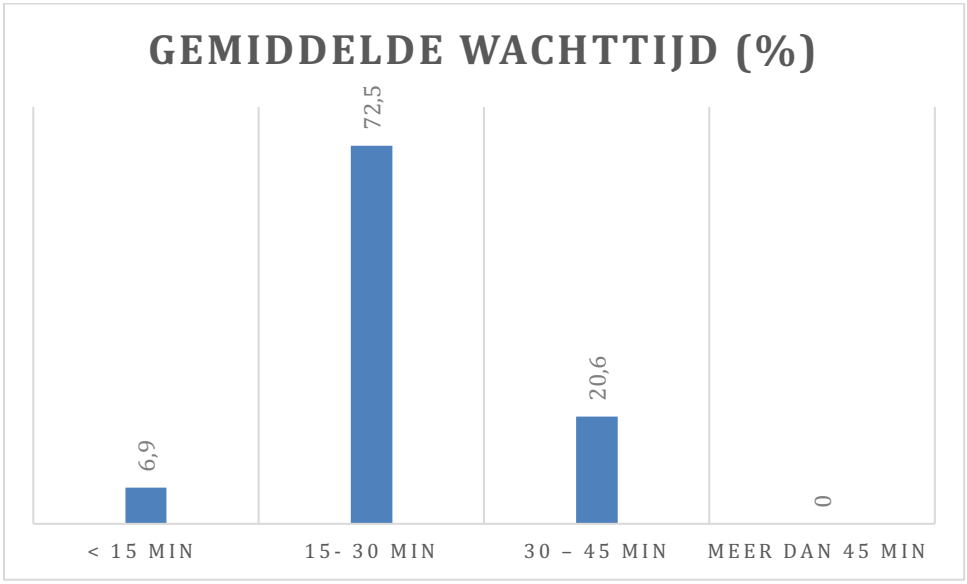
Figuur 4: Geslachtsverdeling van de respondenten

Slechts een kwart van de respondenten bezoekt zijn of haar huisarts meer dan 6 keer per jaar *(figuur 5)*. 37,3% bezoekt zijn of haar huisarts slechts 3 keer of minder per jaar.



Figuur 5: Frequentie doktersbezoek per jaar

Wanneer we kijken naar de gemiddelde tijd dat de respondenten spenderen in de wachtzaal, kunnen we opmaken dat het grootste deel van de patiënten (79,4%) minder dan 30 minuten moet wachten in de wachtzaal (*figuur 6)*. Geen enkele respondent moest gemiddeld meer dan 45 minuten wachten.



Figuur 6: Gemiddelde wachttijd

Resultaten vragenlijst - algemeen

We kunnen opmaken uit onderstaande tabel dat het grootste deel van de patiënten akkoord gaat wanneer een goed opgeleide praktijkassistent een aantal taken overneemt *(tabel 2)*. Het gaat dan vooral over administratieve opdrachten zoals het nakijken van de medicatielijsten, het nakijken van de vaccinatiestatus en attesten van vaste medicatie verlengen. Ook gaat het merendeel van de patiënten akkoord indien een praktijkassistent voorschriften voor vaste medicatie maakt. Het bespreken van de medicatie-inname met een praktijkassistent ligt wat gevoeliger waarbij de grootste groep eerder niet akkoord is (19,6%) wanneer een praktijkassistent dit doet. Maar voor het afnemen van een geheugentest en om het valrisico te berekenen, staan de respondenten open om dit te laten doen door een praktijkassistent met respectievelijk 23,5% en 27,5% van de patiënten die akkoord gaan. Voor echt medische handelingen staan de respondenten minder open indien dit gebeurt door een praktijkassistent. Zo antwoordde 22,5% van de respondenten dat ze eerder niet akkoord gaan indien een praktijkassistent met hen hun bloedresultaat bespreekt en antwoordde 20,6% van de respondenten dat ze neutraal waren ten opzichte van een praktijkassistent die een tussentijdse controle uitvoert. Voor psychologische gesprekken en levenseinde gesprekken komen de patiënten toch liever bij hun eigen huisarts, met respectievelijk 57,9% en 70,5% van de patiënten die helemaal niet akkoord, niet akkoord of eerder niet akkoord waren indien een praktijkassistent een psychologisch gesprek of een levenseinde gesprek voert. Het grootste deel van de patiënten is akkoord indien een huisarts eenvoudig medisch-technische taken delegeert naar een praktijkassistent zoals bijvoorbeeld bloeddruk nemen, gewicht en lengte meten, bloed afnemen, inspuitingen geven, hechtingen verwijderen, wondzorg,… Zelfs iets complexere medisch-technische handelingen mogen uitgevoerd worden door een praktijkassistent. Zo gaan 24,5% van de patiënten helemaal akkoord dat een praktijkassistent helpt bij kleine heelkundige ingrepen en dat de praktijkassistent een oorstop uitspuit. Ook gaat 28,4% van de respondenten akkoord indien de praktijkassistent een wrat bevriest. Het afnemen van een uitstrijkje en het afnemen van een spirometrie zien het merendeel van de patiënten nog liever gebeuren door hun eigen huisarts. Zo heeft 23,5% van de patiënten aangegeven niet akkoord te zijn

indien een praktijkassistent een uitstrijkje afneemt en heeft 19,6% aangegeven niet akkoord te zijn indien een praktijkassistent een spirometrie afneemt.

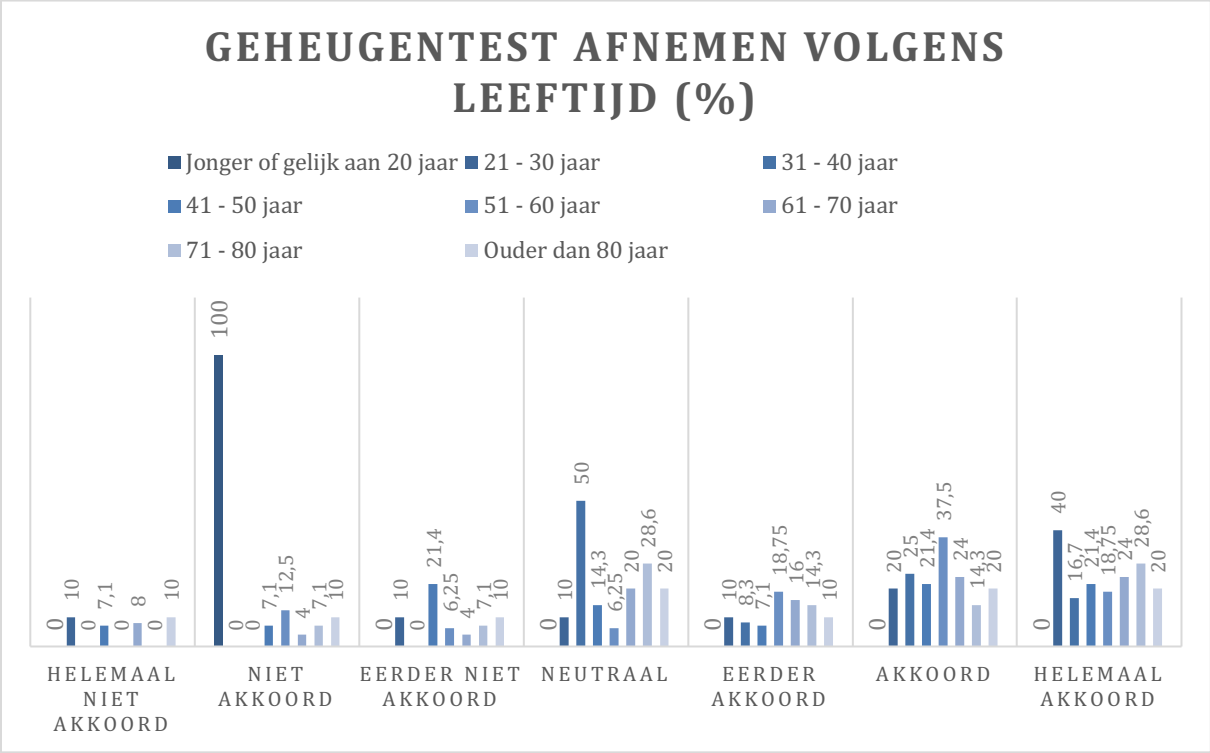
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Medicatielijst nakijken	5 (4,9)	6 (5,9)	6 (5,9)	2 (2,0)	16 (15,7)	29 (28,4)	38 (37,3)
Vaccinaties nakijken	2 (2,0)	3 (2,9)	2 (2,0)	1 (1,0)	16 (15,7)	34 (33,3)	44 (43,1)
Attesten van vaste medicatie verlengen	1 (1,0)	6 (5,9)	4 (3,9)	5 (4,9)	16 (15,7)	28 (27,5)	42 (41,2)
Voorschriften voor vaste medicatie maken	1 (1,0)	8 (7,8)	7 (6,9)	9 (8,8)	14 (13,7)	29 (28,4)	34 (33,3)
Valrisico berekenen	4 (3,9)	6 (5,9)	6 (5,9)	21 (20,6)	12 (11,8)	28 (27,5)	25 (24,5)
Geheugentest afnemen	5 (4,9)	7 (6,9)	8 (7,8)	21 (20,6)	13 (12,7)	24 (23,5)	24 (23,5)
Medicatie-inname bespreken	5 (4,9)	13 (12,7)	20 (19,6)	13 (12,7)	16 (15,7)	16 (15,7)	19 (18,6)
Bloedresultaten bespreken	10 (9,8)	22 (21,6)	23 (22,5)	8 (7,8)	16 (15,7)	10 (9,8)	13 (12,7)
Doen van tussentijdse controles	4 (3,9)	16 (15,7)	19 (18,6)	21 (20,6)	18 (17,6)	9 (8,8)	15 (14,7)
Psychologische gesprekken	10 (9,8)	21 (20,6)	28 (27,5)	14 (13,7)	13 (12,7)	5 (4,9)	11 (10,8)
Levenseinde gesprekken	23 (22,5)	26 (25,5)	23 (22,5)	8 (7,8)	7 (6,9)	6 (5,9)	9 (8,8)

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Leefstijladvies	7 (6,9)	10 (9,8)	13 (12,7)	17 (16,7)	19 (18,6)	21 (20,6)	15 (14,7)
Bloeddruk meten	2 (2,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	2 (2,0)	21 (20,6)	32 (31,4)	43 (42,2)
Hartfilmpje afnemen	4 (3,9)	7 (6,9)	4 (3,9)	7 (6,9)	19 (18,6)	26 (25,5)	35 (34,3)
Gewicht en lengte meten	2 (2,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	18 (17,6)	35 (34,3)	45 (44,1)
Wondzorg	3 (2,9)	1 (1,0)	5 (4,9)	4 (3,9)	22 (21,6)	28 (27,5)	39 (38,2)
Bloed afnemen	3 (2,9)	4 (3,9)	5 (4,9)	4 (3,9)	16 (15,7)	29 (28,4)	41 (40,2)
Inspuiting geven (vb vaccinaties)	4 (3,9)	4 (3,9)	9 (8,8)	4 (3,9)	12 (11,8)	31 (30,4)	38 (37,3)
Helpen bij kleine chirurgische ingrepen	5 (4,9)	13 (12,7)	5 (4,9)	15 (14,7)	19 (18,6)	20 (19,6)	25 (24,5)
Hechtingen verwijderen	2 (2,0)	8 (7,8)	3 (2,9)	8 (7,8)	24 (23,5)	24 (23,5)	33 (32,4)
Oorstop uitspuiten	5 (4,9)	3 (2,9)	6 (5,9)	10 (9,8)	22 (21,6)	31 (30,4)	25 (24,5)
Wratjes bevriezen	5 (4,9)	11 (10,8)	6 (5,9)	11 (10,8)	18 (17,6)	29 (28,4)	22 (21,6)
Uitstrijkje nemen	11 (10,8)	24 (23,5)	16 (15,7)	17 (16,7)	12 (11,8)	10 (9,8)	12 (11,8)
Longfunctie-onderzoek	15 (14,7)	20 (19,6)	11 (10,8)	9 (8,8)	15 (14,7)	14 (13,7)	18 (17,6)

Tabel 2 De absolute (en relatieve) cijfers van de respondenten

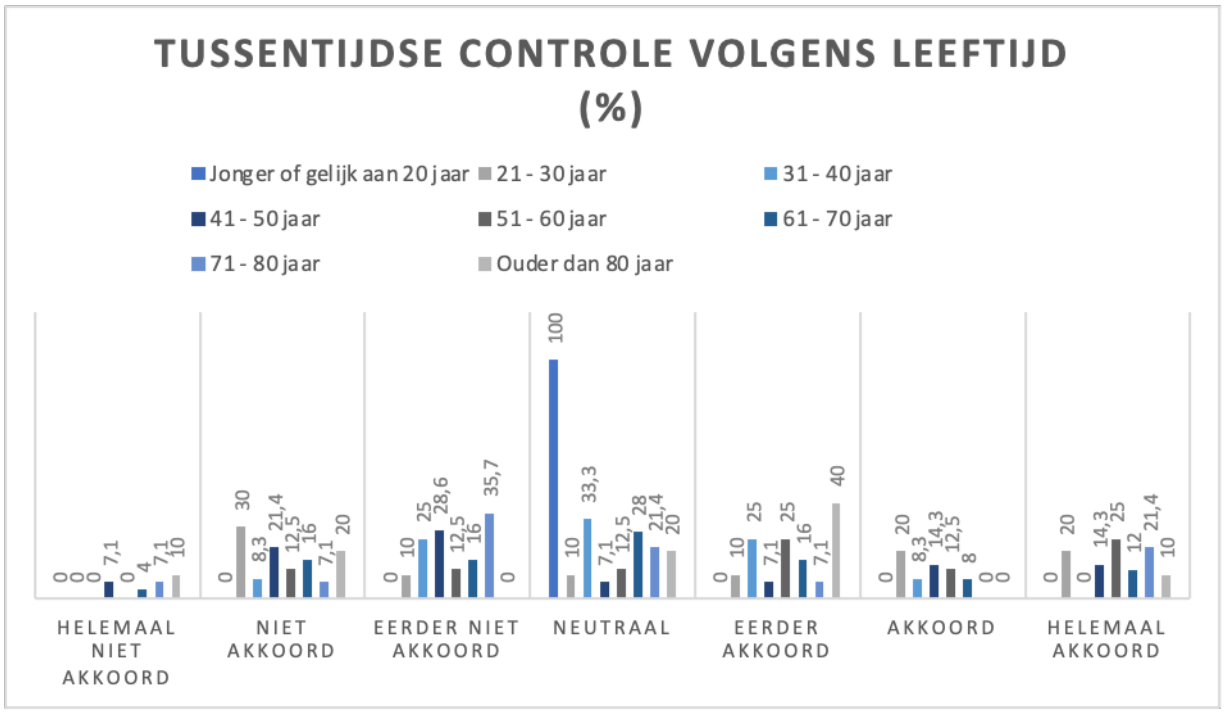
Resultaten volgens leeftijd

Bij het afnemen van een geheugentest zien we dat vooral de oudere populatie dit liever laat doen door zijn of haar huisarts *(figuur 7)*. Zo is slechts 20% van de 80-plussers helemaal akkoord terwijl dit bij de 21 – 30 jarigen 40% bedraagt.



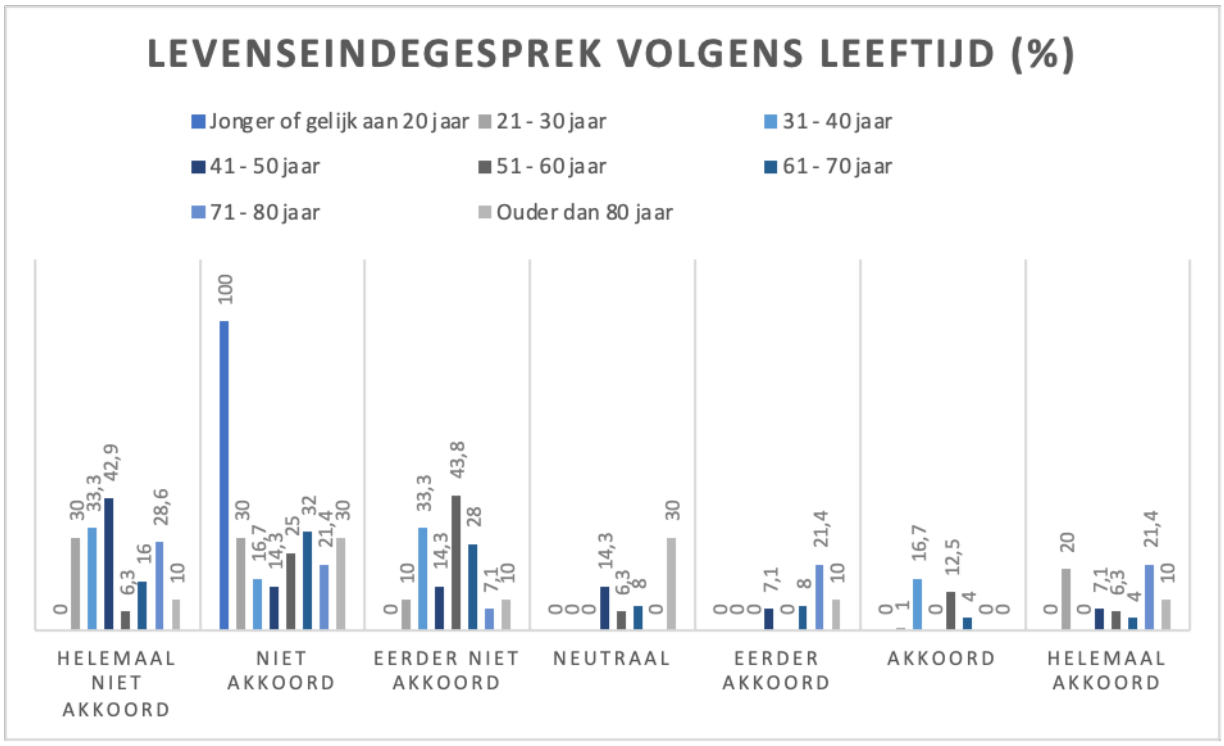
Figuur 7: Geheugentest afnemen volgens leeftijd

Bij het doen van tussentijdse controles *(figuur 8)* door de praktijkassistent zien we dat voornamelijk de 41 – 50 jarigen helemaal niet akkoord, niet akkoord of eerder niet akkoord hebben aangeduid (57,1%). Terwijl bij de 51 – 60 jarigen 62,5% van de respondenten helemaal akkoord, akkoord of eerder akkoord hebben aangeduid.



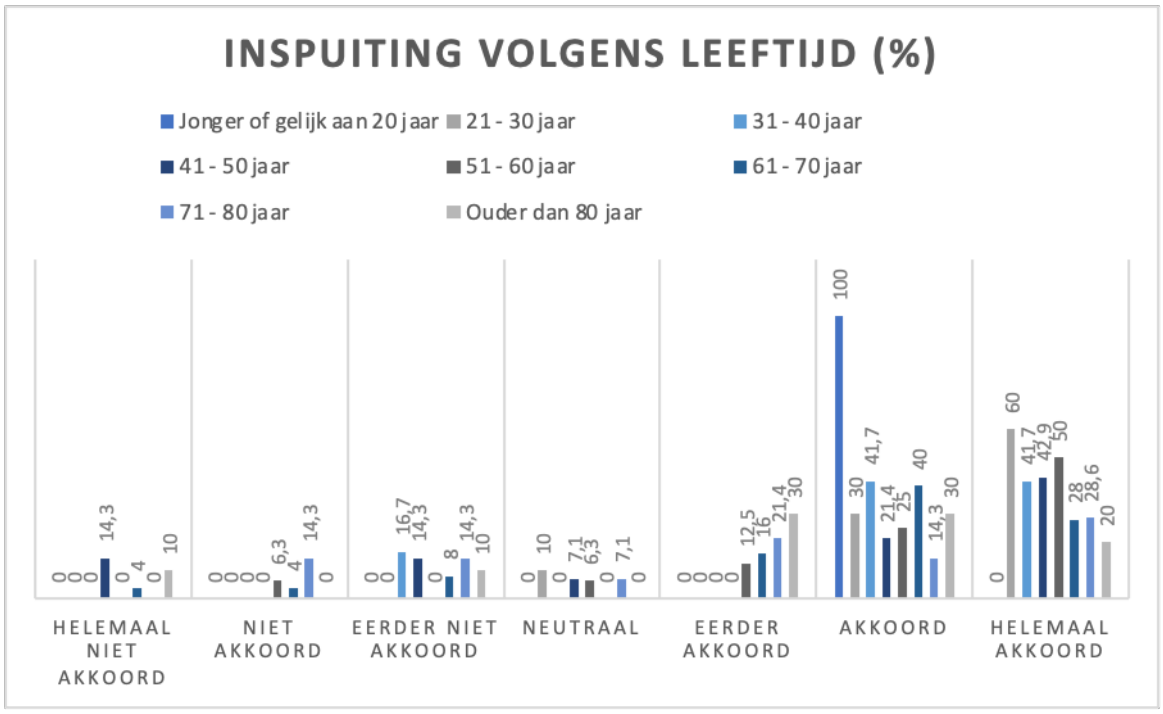
Figuur 8: Tussentijdse controles volgens leeftijd

Verder valt op dat de jongere populatie en de populatie van middelbare leeftijd niet openstaat om levenseinde gesprekken te voeren met een praktijkassistent *(figuur 9)*. Zo heeft 70% van de 21 – 30 jarigen, 83% van de 31 – 40 jarigen en 75% van de 51 – 60 jarigen helemaal niet akkoord, niet akkoord of eerder niet akkoord aangeduid. Naarmate de respondenten ouder worden, is er meer verdeeldheid maar is er toch ook een aantal van de respondenten die openstaan voor levenseindegesprekken bij een praktijkassistent. Zo is 21,4% van de 71 – 80 jarigen helemaal akkoord indien dit zou gebeuren bij een praktijkassistent.



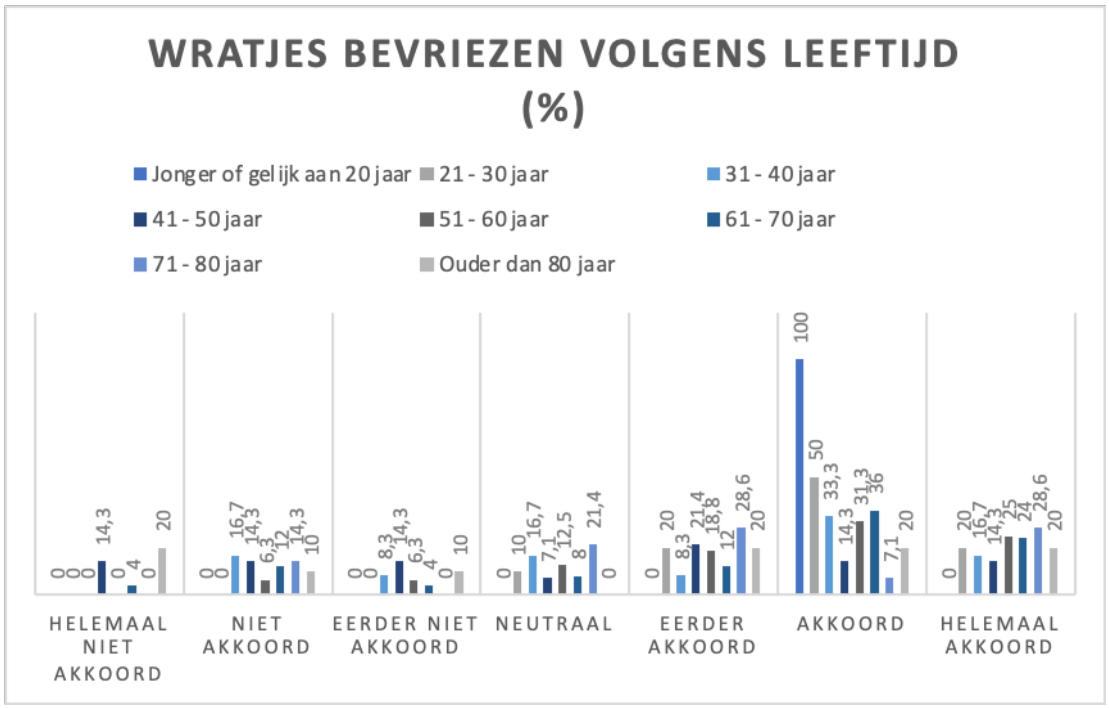
Figuur 9: Levenseindegesprek volgens leeftijd

De leeftijdscategorieën die het minst openstaan voor het krijgen van een inspuiting van een praktijkassistent zijn de 41 – 50 jarigen en de 71 – 80 jarigen *(figuur 10)*. Bij beide groepen hebben 28,6% van de respondenten helemaal niet akkoord, niet akkoord of eerder niet akkoord aangeduid op de vragenlijst. De andere leeftijdscategorieën staan eerder wel open om hun inspuiting te krijgen van een praktijkassistent. Zo heeft 80% van de 80-plussers eerder akkoord, akkoord of helemaal akkoord aangeduid.



Figuur 10: Inspuiting volgens leeftijd

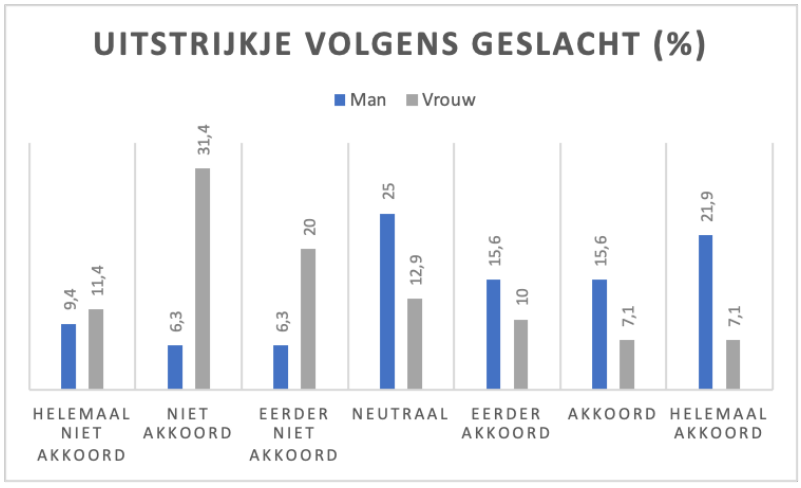
Bij het bevriezen van wratten door een praktijkassistent valt het op dat er 2 leeftijdsgroepen hiervoor minder openstaan, terwijl de algemene tendens eerder andersom is *(figuur 11)*. In de leeftijdsgroep 41 – 50 jaar en bij de 80-plussers heeft respectievelijk 42,9% en 40% helemaal niet akkoord, niet akkoord of eerder niet akkoord aangeduid.



Figuur 11: Wratjes bevriezen volgens leeftijd

Resultaten volgens geslacht

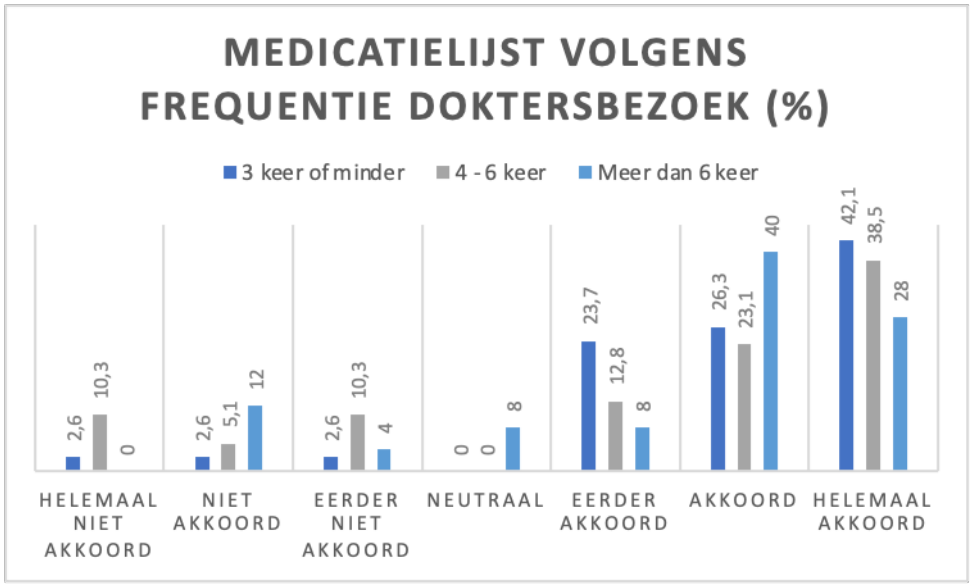
Bij het afnemen van een uitstrijkje door een praktijkassistent is het antwoord vooral verdeeld op basis van geslacht (*figuur 12)*. 62,9% van de vrouwen antwoordde helemaal niet akkoord, niet akkoord of eerder niet akkoord terwijl van de mannen 53,1% helemaal akkoord, akkoord of eerder niet akkoord antwoordde.



Figuur 12: Uitstrijkje volgens geslacht

Resultaten volgens frequentie van het doktersbezoek

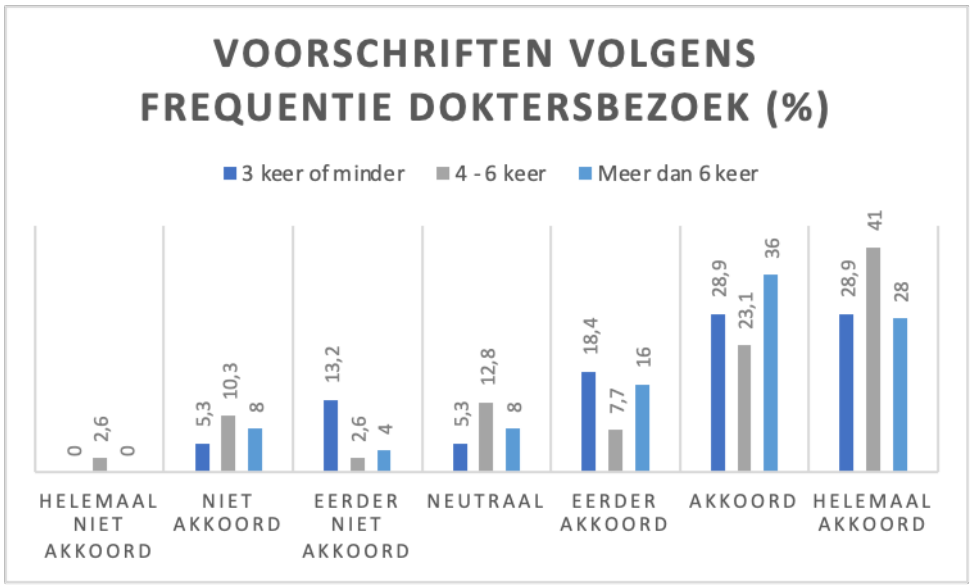
Wanneer we kijken wie akkoord is of een praktijkassistent zijn of haar medicatielijst nakijkt volgens hoeveel iemand naar de huisarts gaat (*figuur 13)*, valt het op dat de groep die 4-6 keer per jaar naar de huisarts gaat dit liever niet door een praktijkassistent laat doen. In deze groep heeft 25,6% van de respondenten het vakje helemaal niet akkoord, niet akkoord of eerder niet akkoord aangeduid. Terwijl dit 7,9% is bij de respondenten die 3 keer of minder per jaar gaan en 16% bij de respondenten die meer dan 6 keer per jaar naar de huisarts gaan.



Figuur 13: Medicatielijst volgens frequentie doktersbezoek

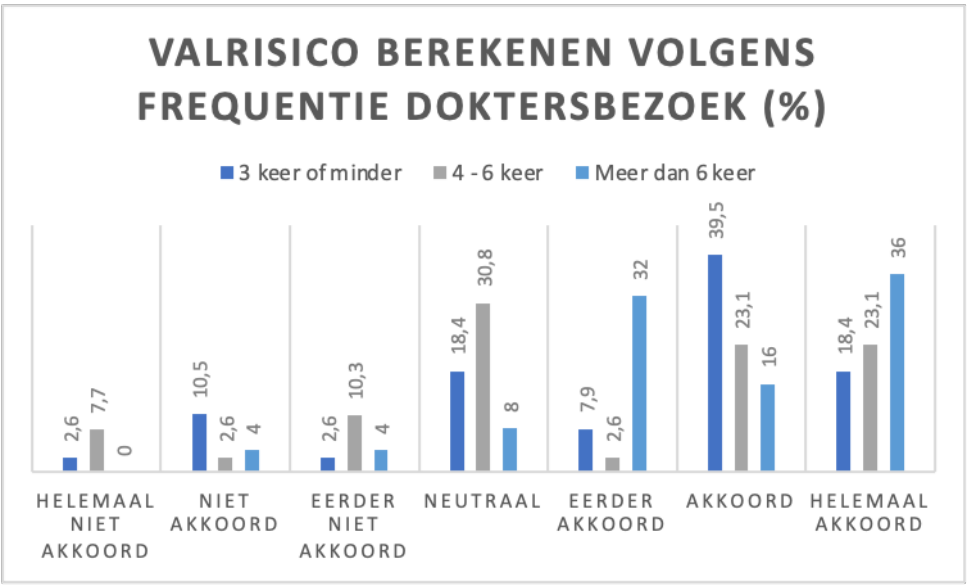
33,3% van de respondenten is helemaal akkoord indien een praktijkassistent ook voorschriften voor vaste medicatie maakt (*figuur 14)*, ook diegenen die de huisarts vaker nodig hebben (> 6 keer per jaar). In deze groep duidde 80% van de respondenten aan dat ze eerder akkoord, akkoord of helemaal akkoord waren wanneer een praktijkassistent voorschriften zou maken voor vaste medicatie. Intuïtief zijn dit waarschijnlijk ook de patiënten met de meeste chronische aandoeningen en de meeste chronische medicatie. Zij zullen dus meer gebruik maken van deze taak van de praktijkassistent. In de groepen die 3 keer of minder of 4 – 6 keer per jaar naar de huisarts gaan, ligt dit aantal iets lager met

respectievelijk 76,3% en 71,8% van de respondenten die eerder akkoord, akkoord of helemaal akkoord aangeduid hadden.



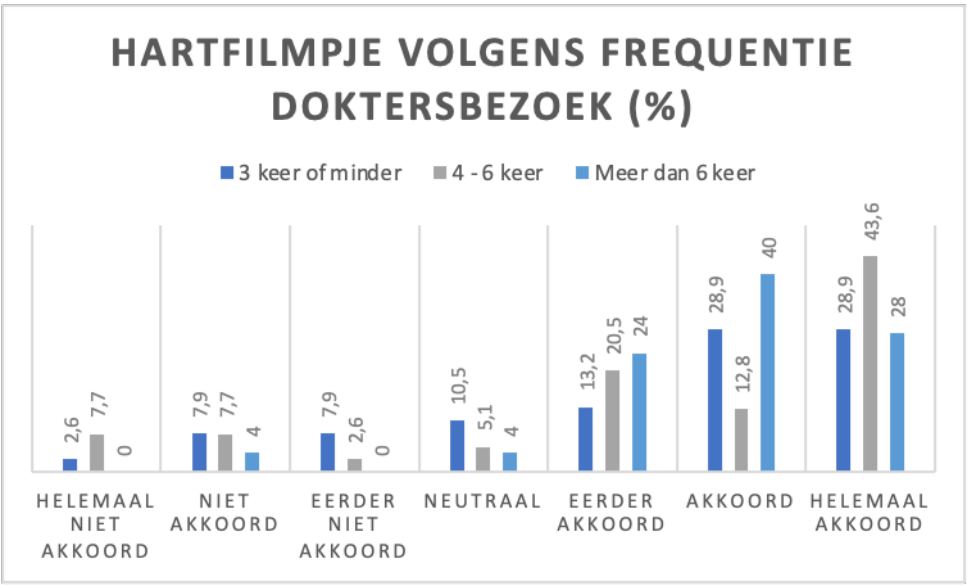
Figuur 14: Voorschriften volgens frequentie doktersbezoek

Wanneer we de antwoorden in verband met het berekenen van het valrisico onder de loep nemen *(figuur 15)*, zien we dat respondenten die meer naar de huisarts gaan, sterker geneigd zijn hun valrisico te laten bepalen door een praktijkassistent. Zo antwoordde 65,8% van de respondenten in de groep die 3 keer of minder per jaar de huisarts consulteren dat ze eerder akkoord, akkoord of helemaal akkoord waren indien dit wordt gedaan door een praktijkassistent. Terwijl dit percentage 84% is in de groep die meer dan 6 keer per jaar naar de huisarts gaat.



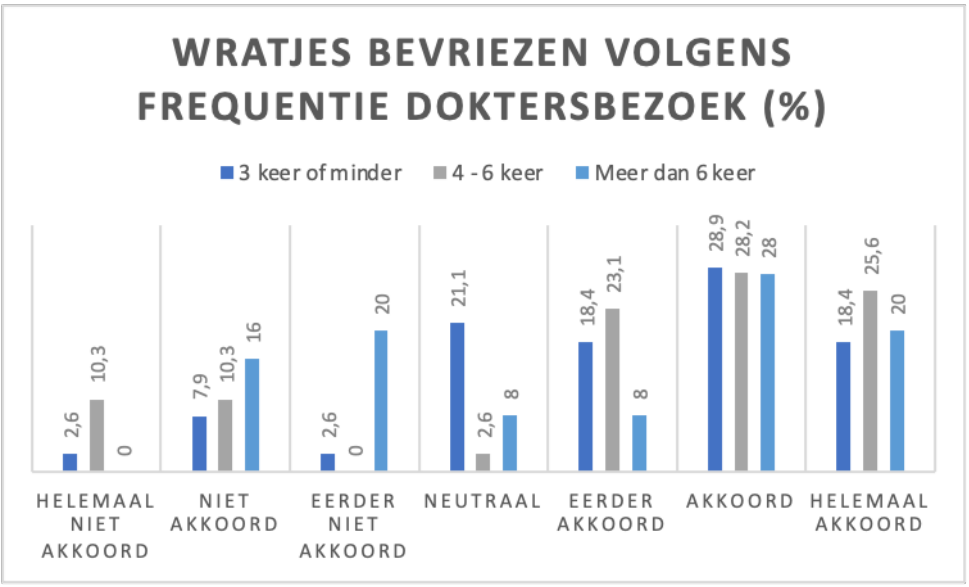
Figuur 15: Valrisico berekenen volgens frequentie doktersbezoek

Over het algemeen staat patiënten zeer open om een hartfilmpje door een praktijkassistent te laten afnemen *(figuur 16)*. Echter, hoe vaker de respondenten naar de huisarts gaan, hoe meer open ze staan indien een praktijkassistent een hartfilmpje afneemt. Met respectievelijk 71% en 92% van de respondenten die eerder akkoord, akkoord of helemaal akkoord hebben aangeduid in de groep die minder dan 3 keer per jaar en in de groep die meer dan 6 keer per jaar naar de huisarts gaat.



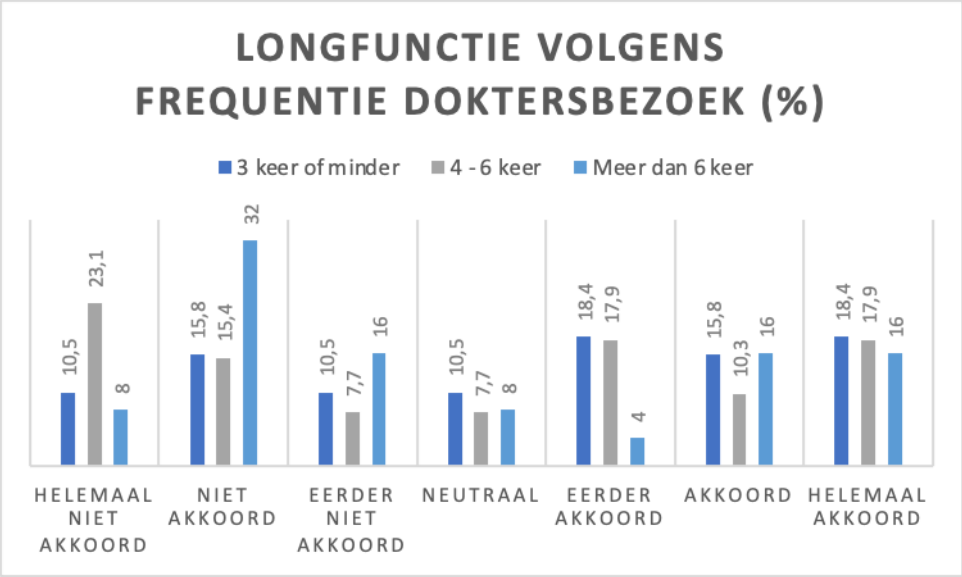
Figuur 16: Hartfilmpje volgens frequentie doktersbezoek

Verder speelt bij het bevriezen van wratten ook mee hoeveel keer per jaar een respondent naar zijn huisarts gaat *(figuur 17)*. Naarmate een respondent meer naar de huisarts gaat, hoe minder hij of zij open staat om wratjes te laten bevriezen door een praktijkassistent. 13,2% van de groep die het minst naar de huisarts gaat, duidde helemaal niet akkoord, niet akkoord of eerder niet akkoord aan. Terwijl dit in de groep die meer dan 6 keer per jaar naar de huisarts gaat 36% bedraagt.



Figuur 17: Wratjes bevriezen volgens frequentie doktersbezoek

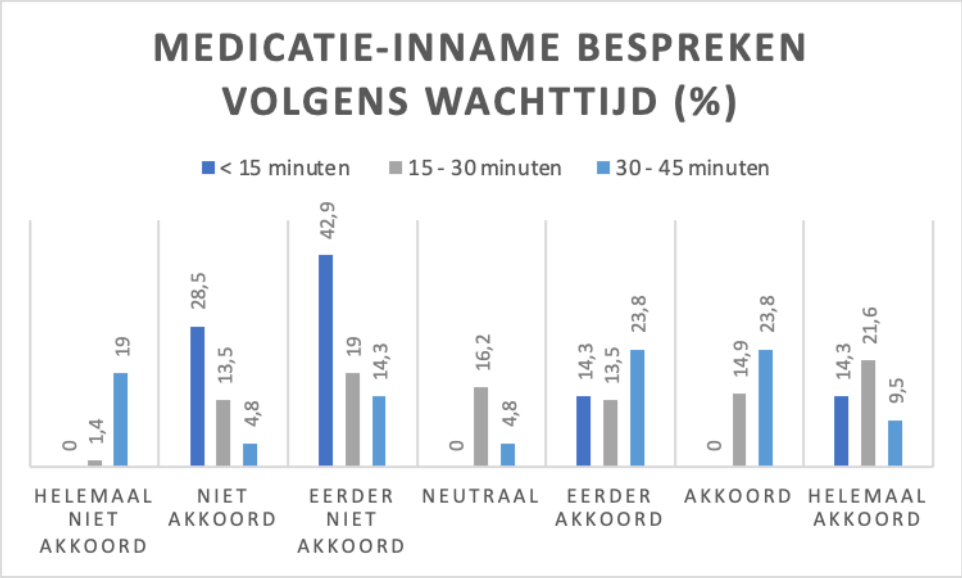
Over het afnemen van een longfunctie-onderzoek zijn de meningen zeer verdeeld *(figuur 18)*. Wel zien we dat hoe vaker men naar de huisarts gaat, hoe minder men open staat dat een praktijkassistent dit doet. 36% van de respondenten die meer dan 6 keer per jaar naar de huisarts gaan, hebben eerder akkoord, akkoord of helemaal akkoord aangeduid.



Figuur 18: Longfunctie volgens frequentie doktersbezoek

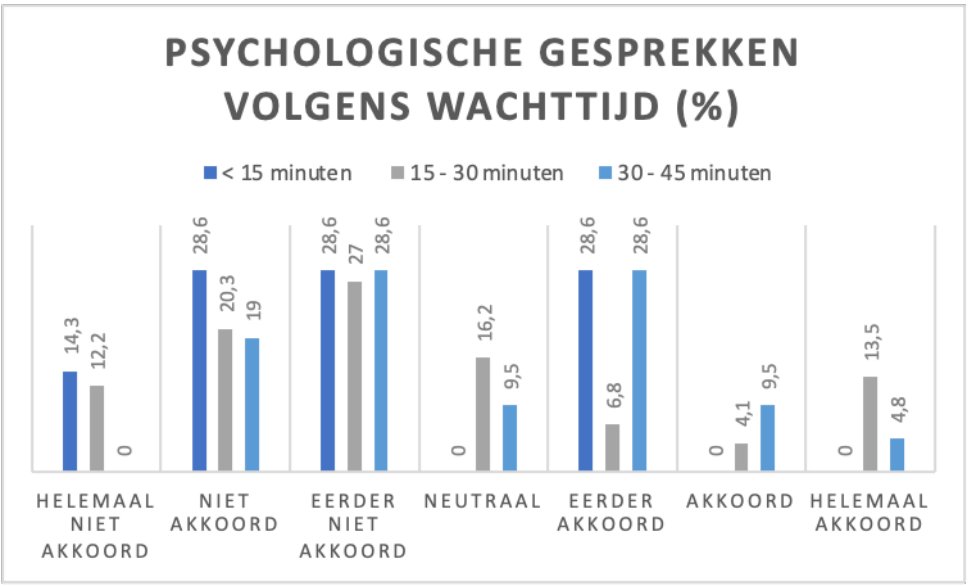
Resultaten volgens wachttijd

Hoe langer men moet wachten in de wachtzaal, hoe meer men open staat indien een praktijkassistent de medicatie-inname bespreekt *(figuur 19)*. Slechts 28,6% van de respondenten die minder dan 15 minuten moet wachten in de wachtzaal heeft eerder akkoord, akkoord of helemaal akkoord aangeduid. Terwijl dit percentage oploopt tot 50% bij de groep die gemiddeld 15 – 30 minuten moet wachten en zelfs 57,1% is bij de groep die 30 – 45 minuten moet wachten voor een consultatie.



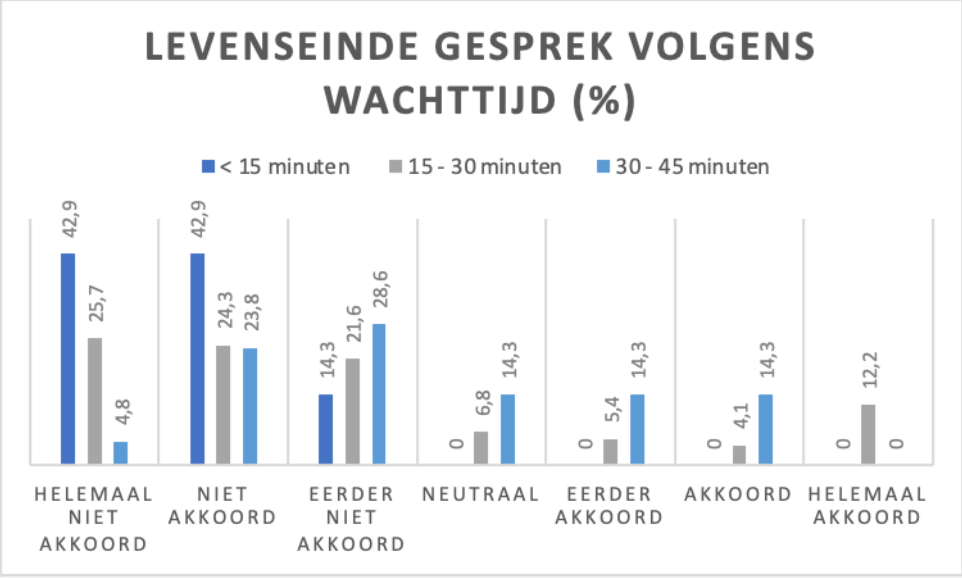
Figuur 19: Medicatie-inname bespreken volgens wachttijd

Over het algemeen staan respondenten niet open om psychologische gesprekken te voeren met een praktijkassistent *(figuur 20)*. Het percentage van respondenten die helemaal niet akkoord zijn stijgt naarmate de patiënt minder lang moet wachten in de wachtzaal. Met andere woorden staan de patiënten die langer moeten wachten toch net iets meer open voor het voeren van psychologische gesprekken met een praktijkassistent.



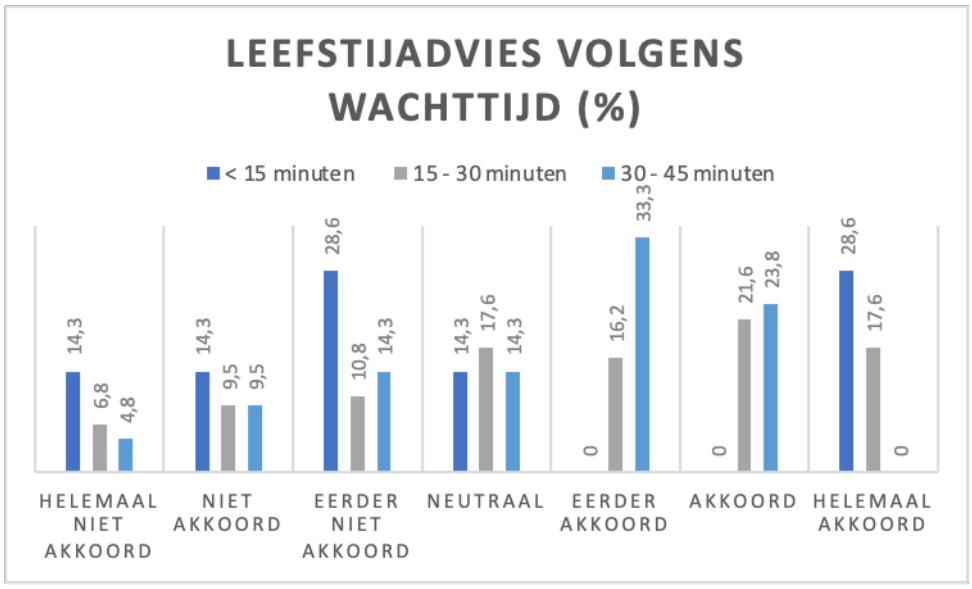
Figuur 20: Psychologische gesprekken volgens wachttijd

Ook voor het voeren van levenseinde gesprekken met een praktijkassistent staan respondenten die minder lang moeten wachten minder open *(figuur 21).* Zo heeft 100% van de respondenten die minder dan 15 minuten moet wachten helemaal niet akkoord, niet akkoord of eerder niet akkoord aangeduid.



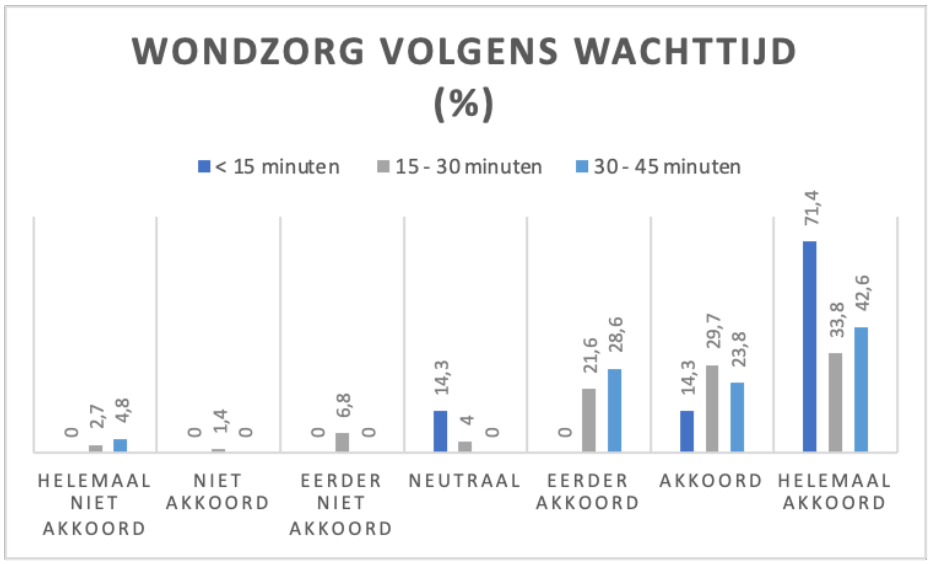
Figuur 21: Levenseindegesprek volgens wachttijd

Hoe minder lang de respondenten moeten wachten in de wachtzaal, hoe minder ze openstaan om leefstijladvies te bespreken met een praktijkassistent *(figuur 22).* Zo heeft niemand van de respondenten die minder dan 15 minuten moeten wachten eerder akkoord, akkoord of helemaal akkoord aangeduid.



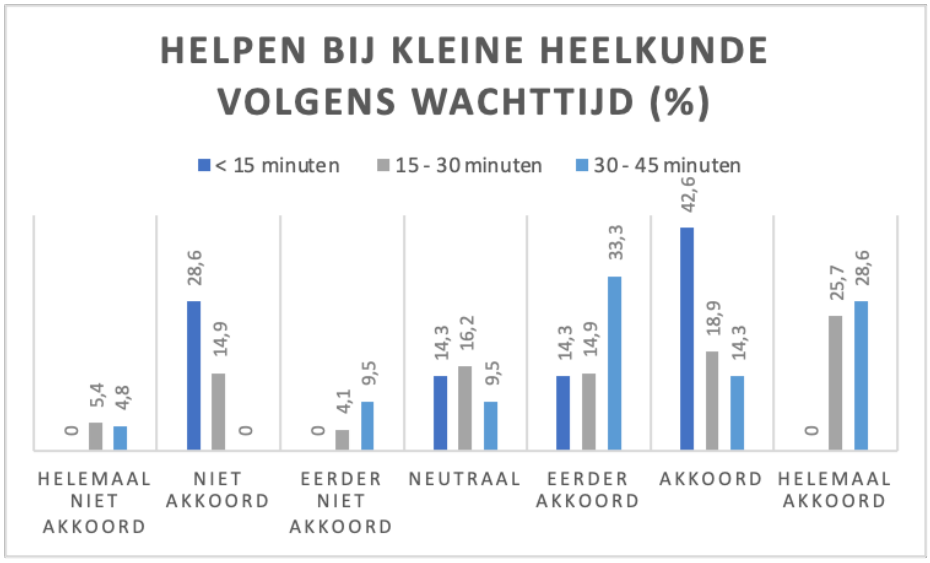
Figuur 22: Leefstijadvies volgens wachttijd

Hoe langer de wachttijd, hoe meer respondenten eerder akkoord, akkoord en helemaal akkoord zijn indien een praktijkassistent de wondzorg op zich neemt (*figuur 23)*. Dit met respectievelijk 85,7%, 85,1% en 95,2% voor een wachttijd onder de 15 minuten, voor een wachttijd tussen 15 en 30 minuten en voor een wachttijd tussen 30 en 45 minuten.



Figuur 23: Wondzorg volgens wachttijd

Naarmate de respondenten langer in de wachtzaal moeten wachten, staan ze meer open indien een praktijkassistent zou assisteren bij kleine heelkundige ingrepen *(figuur 24)*. Zo heeft 28,6% van de respondenten die minder dan 15 minuten moet wachten in de wachtzaal helemaal niet akkoord, niet akkoord of eerder niet akkoord aangeduid. In de groep die gemiddeld 30 - 45 minuten moet wachten is dit 14,3%.



Figuur 24: Helpen bij heelkunde volgens wachttijd

Redenen om liever geen taakdelegatie te willen

Patiënten gaven voornamelijk als reden om minder open te staan voor taakdelegatie dat ze de huisarts meer vertrouwen en dat de huisarts meer kennis heeft van de voorgeschiedenis van de patiënt. Verder twijfelen de respondenten aan de opleiding van een praktijkassistent en of hij/zij een abnormaal resultaat van bijvoorbeeld een hartfilmpje zal herkennen.

5. Discussie

5.1 Literatuurstudie

Een belangrijke kwestie is of en wanneer de huisarts juridisch verantwoordelijk is voor het handelen van zijn praktijkassistent. Dit wordt duidelijk ook als drempel ervaren bij de Belgische huisarts. In Nederland bestaat er wel een juridisch kader hiervoor[10]. De huisarts is verantwoordelijk voor de organisatie van de praktijk en is zelf verantwoordelijk voor het aanwerven van geschikt personeel. Ook is het de taak van de huisarts om te zorgen voor (bij)scholing en protocollen. In Nederland is personeel in de huisartsenpraktijk bevoegd om iets te doen mits deze persoon bekwaam is in deze akt. Wanneer de praktijkassistent echter bijvoorbeeld de protocollen niet volgt of handelingen stelt zonder medeweten van de huisarts, kan de praktijkassistent zelf verantwoordelijk gesteld worden.

Volgens de Vlaamse huisartsen [11] zouden de grootste meerwaarden van de implementatie van een verpleegkundige het bevorderen van de kwaliteit en het verlagen van de werkdruk zijn. Maar is dit ook wel zo?

In Denemarken is dit gegeven onderzocht [12] . In de Deense eerstelijnsgezondheidzorg speelt de huisarts een centrale rol hoewel er slechts een beperkte werkdruk en een grote werktevredenheid is onder de Deense huisartsen. Dit komt volgens de studie voornamelijk doordat Deense huisartsen ondersteund worden door ander medisch personeel. Ook enkele andere studies [13, 14] toonden aan dat ondersteuning van de huisarts de werkdruk bij de huisarts verlicht.

Ook verhoogt taakdelegatie de kwaliteit van zorg [15] . Dit doordat huisartsen en praktijkassistenten elkaar aanvullen, praktijkassistenten snel problemen kunnen signaleren aan de huisarts, er meer tijd is voor voorlichting en er meer tijd is voor het begeleiden van patiënten met chronische aandoeningen.

Of taakdelegatie ook kostenbesparend werkt, hangt af van een aantal factoren. Het loon van een praktijkassistent ligt wel lager maar meestal duren de consultaties langer en moeten

patiënten vaker terugkomen op consultatie [1]. Het is een feit dat een praktijkverpleegkundige meer tijd zou kunnen spenderen aan preventie. Maar of dit zorgt voor lagere kosten voor het gezondheidssysteem op langere termijn, moet nog verder onderzocht worden.

Dat de implementatie van praktijkassistenten in de huisartsenpraktijk meerdere voordelen heeft, is ondertussen duidelijk. Maar hoe pak je dit dan concreet aan? [16] Welke taken zal de praktijkassistent opnemen? Dit hangt vooral af van de visie van de artsen die in de praktijk werken. Ook hangt het af van de vaardigheid van de aangenomen verpleegkundige, het aantal uren dat de verpleegkundige in de praktijk aanwezig zal zijn en het tijdstip waarop de verpleegkundige aanwezig zal zijn in de praktijk. De patiëntencontacten van de verpleegkundige kunnen op 2 manieren plaatsvinden. Ofwel via vervangconsultaties ofwel via parallelconsultaties. Bij parallelconsultaties delegeert de huisarts bepaalde taken naar de praktijkassistent op het ogenblik dat de patiënt op raadpleging is bij de huisarts. Bij vervangconsultaties komt de patiënt op raadpleging bij de praktijkassistent en werkt deze volledig onafhankelijk. Vaak is dit wel na doorverwijzing van een arts. De praktijkassistent heeft meestal toegang tot het medisch dossier en vaak is er een consensus tussen de artsen en de praktijkassistent over hoe bepaalde informatie genoteerd moet worden in het medisch dossier. Voor de juridische en administratieve verplichtingen stellen de meeste praktijken een sociaal secretariaat aan.

5.2 Onderzoeksresultaten

De vragenlijst werd ingevuld in de wachtzaal zonder mogelijke beïnvloeding van de onderzoeker. Andere sterkten van deze studie zijn dat patiënt de vragenlijst kon invullen op zijn of haar eigen tempo en dat de antwoordmogelijkheden op een eenvoudige manier waren opgesteld.

Het feit dat de vragenlijst enkel in het Nederlands beschikbaar was, geeft mogelijks een vertekend beeld van de praktijkpopulatie.

Uit de resultaten van de vragenlijst moest het grootste deel van de patiënten (79,4%) minder dan 30 minuten wachten in de wachtzaal voor hun raadpleging bij de huisarts. En

geen enkele respondent moest gemiddeld meer dan 45 minuten wachten. De vragenlijst lag echter in de wachtzaal van de huisartsenpraktijk tijdens de COVID-19 pandemie. Er werd toen vanuit de regering en vanuit Domus Medica aangemoedigd om patiënten zo kort mogelijk te laten wachten in de wachtzaal teneinde besmettingen tijdens het wachten in de wachtzaal te voorkomen.

Meer dan dubbel zoveel vrouwen dan mannen vulden deze vragenlijst in. Deze verdeling loopt niet gelijk met de verdeling in België [17]. Het aandeel vrouwen in België is groter dan het aandeel mannen maar echter niet dubbel zo groot. Relatief is 50,9% van de Belgische bevolking van het vrouwelijk geslacht en is dus 49,1% van de Belgische bevolking mannelijk. De vragenlijst werd voornamelijk ingevuld door oudere patiënten. Maar ook daar loopt de verdeling in België niet gelijk met de verdeling van onze respondenten. Bij de vijfenzestigplussers is het aandeel vrouwen iets groter dan bij de gehele bevolking. In deze groep is 56,6% van de vijfenzestigplussers van het vrouwelijk geslacht, terwijl 43,3% van het mannelijk geslacht is. Dit doordat vrouwen een hogere levensverwachting hebben. De levensverwachting bij de geboorte van een meisje is 83,16 jaar terwijl dit bij een jongen 78,55 jaar is.

Wel is het bewezen dat vrouwen de huisarts relatief vaker consulteren dan mannelijke patiënten [18].

Het feit of de respondenten het bestaan en de functie van een praktijkassistent kennen, werd niet bevraagd in de vragenlijst. Dit is toch ook een parameter waar we rekening mee konden houden tijdens het analyseren van de resultaten. Men verwacht dat patiënten die het begrip praktijkassistent kennen toch iets meer zullen openstaan voor taakdelegatie.

Kort samengevat staan patiënten open voor de taakdelgatie van de huisarts naar een praktijkassistent. Vooral als het gaat over administratieve taken of eenvoudig medisch-technische taken.

6. Referenties

1. Karimi-Shahanjarini A, Shakib Azadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;15(4).

2. Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. International Journal of Nursing Practice. 2009;15(1):16-24.

3. FOD Volksgezondheid. Jaarstatistieken van de erkende huisartsen in België. www.health.fgov.be

4. Toegankelijkheid van gekwalificeerd personeel - Naar een gezond België [Internet]. Gezond België.be. 2019 [cited 24 August 2020]. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/toegankelijkheid-van-de-zorg/beschikbaarheid-van-gekwalificeerd-personeel

5. Aantal huisartsarme gemeenten blijft toenemen [Internet]. Zorg-en-gezondheid.be. 2020 [cited 20 November 2020]. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/aantal-huisartsarme-gemeentes-blijft-toenemen

6. Schäfer W, van den Berg M, Groenewegen P. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. Huisarts en wetenschap. 2016;59(3):94-101.

7. Donders B. Taakdelegatie naar de praktijkondersteuner. Masterproef huisartsgeneeskunde. 2012

8. Willekens L, Adriaenssens G, De Lepeleire J. Hoe zien huisartsen de samenwerking met praktijkverpleegkundigen? Resultaten van een bevraging in de Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord. Huisarts Nu. 2016;45(1):22-27.

9. Van Meersbergen D, Broekhuizen L. Taakdelegatie van huisarts naar doktersassistente. Huisarts en wetenschap. 2013;56(8):408-412.

10. Heiligers P, Noordman J, Korevaar J, Dorsman S, Hingstman L, van Dulmen A et al. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?. Nivel [Internet]. 2012;. Available from: http://www.nivel.nl

11. Seghers L, Vandenberghe S. Praktijkassistentie: perceptie van de Vlaamse huisarts. KU Leuven;.

12. Schroé L, Schuerman E, Vermander L, Vermet I, Schoenmakers B. De organisatie van de eerstelijnszorg in Denemarken. Een kwalitatief beschrijvend onderzoek. Huisarts Nu. 2011;40(10):425 - 428.

13. Laurant M, Hermens R, Grol R. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners. Primary Health Care. 2005;15(9):8-8.

14. Van den Berg M, Kolthoff E, De Bakker D, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Nivel. 2004;.

15. Van den Bergh M, De Bakker D. Metaalanalyse: Introductie praktijkondersteuning op HBO niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Nivel. 2003;.

16. Schuerman E, Schoenmakers, B. Praktijkorganisatie voor dummies: Een leidraad bij de opstart van verpleegkundige zorgen in een huisartsenpraktijk. KU Leuven; 2013.

17. Bevolking naar leeftijd en geslacht [Internet]. Statistiek Vlaanderen.be. 2021 [cited 11 September 2021]. Available from: https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht

18. Door de huisarts geregistreerde contacten; leeftijd en geslacht | Data overheid [Internet]. Data.overheid.nl. 2021 [cited 11 September 2021]. Available from: https://data.overheid.nl/dataset/576-door-de-huisarts-geregistreerde-contacten--leeftijd-en-geslacht

7. Bijlage 1: Vragenlijst

De visie van de patiënt over taakdelegatie in de huisartsenpraktijk

Vragenlijst masterproef huisartsgeneeskunde Stien Van Dyck

U heeft het vast al wel gelezen in de krant of gehoord op de radio en televisie : er dreigt een tekort aan huisartsen. Volgens de laatste cijfers is 43.8 % van de Belgische huisartsen ouder dan 60 jaar. In België is er 0,79 huisartsen per 1000 inwoners terwijl het Europees gemiddelde meer dan 3 is.

Eén van de mogelijke oplossingen is dat de huisarts een aantal van zijn huidige taken delegeert naar een praktijkassistent. Een praktijkassistent is een goed opgeleide persoon die administratieve en/of medische taken kan overnemen op vraag van een huisarts.

Aan de hand van deze vragenlijst, wil met uw hulp onderzoeken wat patiënten denken over deze delegatie van taken naar een praktijkassistent. Niemand behalve de onderzoeker leest de vragenlijst en de onderzoeker weet niet door wie de vragenlijst is ingevuld. U bent niet verplicht deze vragenlijst in te vullen maar dankzij uw persoonlijke bijdrage, kunnen we een goede oplossing vinden.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

- Wat is uw leeftijd?
  - Jonger of gelijk aan 20 jaar
  - 21-30 jaar
  - 31 – 40 jaar
  - 41 – 50 jaar
  - 51 – 60 jaar
  - 61 – 70 jaar
  - 71 – 80 jaar
  - Ouder dan 80 jaar
- Wat is uw geslacht?
  - Man
  - Vrouw
  - Geen van beide
- Hoe vaak ga je naar de huisarts?
  - 3 keer of minder per jaar
  - 4 – 6 keer per jaar
  - Meer dan 6 keer per jaar
- Hoe lang moet je gemiddeld wachten in de wachtzaal?
  - Minder dan 15 minuten
  - 15 – 30 minuten
  - 30 – 45 minuten
  - Meer dan 45 minuten

Ga je akkoord als een goed opgeleide praktijkassistent(e) volgende taken opneemt.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Medicatielijst nakijken							
Vaccinaties nakijken							
Attesten van vaste medicatie verlengen							
Voorschriften voor vaste medicatie maken							
Valrisico berekenen							
Geheugentest afnemen							
Medicatie-inname bespreken							
Bloedresultaten bespreken							
Doen van tussentijdse controles							
Psychologische gesprekken							
Levenseinde gesprekken							
Leefstijladvies							
Bloeddruk meten							
Hartfilmpje afnemen							
Gewicht en lengte meten							
Wondzorg							
Bloed afnemen							
Inspuiting geven (vb vaccinaties)							

Helpen bij kleine chirurgische ingrepen							
Hechtingen verwijderen							
Oorstop uitspuiten							
Wratjes bevriezen							
Uitstrijkje nemen							
Longfunctie-onderzoek							

Indien u ergens ‘Helemaal niet akkoord’, ‘Niet akkoord’ of ‘Eerder niet akkoord’ hebt geantwoord, wat is de rede van deze keuze?

8. Bijlage 2: Informatiebrief

KU LEUVEN

FACULTEIT GENEESKUNDE
CAMPUS GASTHUISBERG ON2 HERESTRAAT 49 – BUS 400
3000 LEUVEN, BELGIË

De visie van de patiënt over taakdelegatie in de huisartsenpraktijk.

Beste

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de visie van de patiënt over taakdelegatie in de huisartsenpraktijk.

Doelstellingen en verloop van de studie

Er dreigt een tekort aan Belgische huisartsen. Een mogelijke piste is om de huisarts in zijn of haar praktijk beter te ondersteunen met personen waar hij/zij taken naar kan delegeren. Dit onderzoek peilt naar de mening van de patiënt hierover.

Wij stellen u voor om aan deze studie deel te nemen omdat de mening van de patiënt over mogelijke oplossingen om het dreigend huisartsentekort op te vangen belangrijk is.

Aan deze studie zullen 100 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u patiënt zijn in Groepspraktijk Fruithof te Berchem en moet u op afspraak kunnen komen in de praktijk. Indien u enkel contact hebt met uw arts via huisbezoeken, kan u niet deelnemen aan de studie.

We vragen u hierbij om een vragenlijst in te vullen die peilt naar de mening van patiënten over mogelijke taakdelegatie in de huisartsenpraktijk. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal ingevuld kunnen worden in de wachtzaal. U bent niet verplicht deel te nemen aan het onderzoek en deze vragenlijst in te vullen.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Dankzij uw persoonlijke bijdrage, kunnen we een goede oplossing vinden om het dreigend huisartsentekort op te vangen.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers
- Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))
- Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Stien Van Dyck via stien.vandyck@student.kuleuven.be of via het telefoonnummer 03/440.19.25 en de hoofdonderzoeker Jo Goedhuys via e-mail (jo.goedhuys@kuleuven.be).

Alvast bedankt
Stien Van Dyck

VAN DYCK STIEN, HUISARTS IN OPLEIDING
TEL. + 32 3440/19.25 stien.vandyck@student.kuleuven.be
PROF. DR. GOEDHUYS JO
TEL +32 16 37 72 98 jo.goedhuys@kuleuven.be

9. Bijlage 3: Protocol ethisch comité

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

Template 2019.10

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING AN ANONYMOUS SURVEY

Belangrijke informatie met betrekking tot het invullen van deze template

Hoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag.

Hou het toelichtingendocument bij de hand terwijl je deze template invult. Alle nodige **informatie, voorbeelden en tekstsuggesties** bij de verschillende onderdelen staan in dat document (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten)

Elke **herindiening of amendement** moet in '**track changes**' of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn. Verder dient ook de bestandsnaam aangepast te worden naar 'herindiening_MP###_versie#' of 'amendement_MP###_versie#'. Het MP-nummer kan je terugvinden via SCONE (overzicht masterproef), het versienummer bepaal je zelf: te beginnen bij 1 en telkens met 1 te verhogen wanneer gevraagd wordt om nieuwe aanpassingen te doen.

Important information regarding this template and how to fill it in correctly

This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application.

Read the explanatory document carefully when filling out this template. You can find all **information, examples and text suggestion** belonging to the various sections in this document. (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documents_en)

Every resubmission or amendment should be done in '**track changes**' **or in** '**highlight**' in order to identify the changes. The file name must also be changed to 'resubmission_MP###_version#' or 'amendment_MP##_version#'. The MP-number can be found via SCONE (overview master thesis), the version number is up to you: starting at 1 and increasing by 1 each time you are asked to make new changes.

1. APPLICANTS

Protocol - full title	De visie van de patiënt over taakdelegatie in de huisartsenpraktijk.
Version 1: Date submission	Date:14/11/2020
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promotor	**Name: Goedhuys Jo**
	Telephone: +32 16 37 72 98

	E-mail: jo.goedhuys@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES x NO □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES x	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: De Clerck Hadewijch**
	Telephone: +32 3 440 19 25
	E-mail: hadewijch.declerck@groepspraktijkfruithof.be
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES x NO □	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Van Dyck Stien**
	Student number: r0452930
	Telephone: + 32 4 78 71 98 78
	E-mail: stien.vandyck@student.kuleuven.be
	Name:
	Student number:
	Telephone:
	E-mail:
	Name:
	Student number:
	Telephone:
	E-mail:

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Er dreigt een tekort aan Belgische huisartsen. Volgens de laatste cijfers van de FOD Volksgezondheid[1] is 43,8% van de Belgische huisartsen ouder dan 60 jaar.
In 2016 waren er in België 3,07 praktiserende artsen per 1000 inwoners[2], terwijl het Europees gemiddelde op 3,54 praktiserende artsen per 1000 inwoners lag. Niet alle landen gebruiken echter dezelfde methoden om de dichtheid te berekenen. Dit kan dus mogelijk een vertekend beeld geven. Verder worden alle artsen meegerekend die ten minste 1 klinische procedure uitvoerden in dat jaar. Ook dit geeft weer een vertekend en vals hoog beeld. Indien we het aantal huisartsen gaan berekenen aan de hand van het aantal voltijdse equivalenten (VTE), omzeilen we deze problemen en ligt de dichtheid nog veel lager, namelijk 0,79 huisartsen per 1000 inwoners.

Een Belgische huisarts heeft een gemiddelde werkweek van 51,1 uur waarvan 44,2 uur wordt besteed aan effectieve patiëntenzorg[3]. In Nederland werkt een huisarts gemiddeld 43 uur terwijl onderaan het klassement de Australische huisartsen staan met een werkweek van 37,2 uur gemiddeld. Is er dan nog een draagvlak bij de huisartsen om steeds meer te moeten werken?
Een mogelijke piste om dit probleem op te lossen, is de Belgische huisarts in zijn of haar praktijk beter te ondersteunen met personen waar hij/zij taken naar kan delegeren.
In het Nederlands systeem wordt de huisarts al ondersteund door verschillende andere beroepsgroepen[4]. Zo heb je de praktijkassistent, de praktijkondersteuner, de praktijkverpleegkundige, de verpleegkundig specialist, de physician assistant en de praktijkmanager. In 2011 had 75% van de huisartsenpraktijken in Nederland zo een praktijkondersteuner in dienst.
Uit een bevraging in de huisartsenwachtpost in Antwerpen Noord[5] weten we in elk geval dat de huisartsen vragende partij zijn. Maar wat is de visie van de patiënt eigenlijk over deze andere manier van werken?

3. STUDY OBJECTIVES

Het doel van deze studie is het onderzoeken wat de visie van patiënten is over het delegeren van taken die hun huisarts op dit moment nog zelf doet.

4. RESEARCH METHOD

Het opzetten van een prospectieve studie aan de hand van vragenlijsten die in de wachtzaal van Groepspraktijk Fruithof (Sint Theresiastraat 5, 2600 Berchem) beschikbaar zullen zijn (zie bijlage voor vragenlijst).
De patiënten zullen in de wachtzaal de vragenlijsten kunnen invullen.
De vragenlijst zal in de wachtzaal blijven liggen tot er voldoende patiënten de vragenlijst hebben ingevuld. We verwachten dat 100 patiënten de vragenlijst zullen invullen. Dit aantal zal vermoedelijk vlot worden bereikt aangezien dit een grote groepspraktijk is met 9 erkende artsen, en 2 HAIO's.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Patiënten die op raadpleging komen worden geïncludeerd. Patiënten waar de artsen enkel op huisbezoek gaan, worden niet geïncludeerd. Zij zullen immers minder het effect voelen van de taakdelegatie. Patiënten mogen maar 1 keer de vragenlijst invullen.

5.2 Sample size and population

De vragenlijst zal in de wachtzaal blijven liggen tot er voldoende patiënten de vragenlijst hebben ingevuld. We verwachten dat 100 patiënten de vragenlijst zullen invullen. Dit aantal zal vermoedelijk vlot worden bereikt aangezien dit een grote groepspraktijk is met 9 erkende artsen, en 2 HAIO's.

5.3 Recruitment

De vragenlijsten zullen beschikbaar zijn in de wachtzaal van Groepspraktijk Fruithof te Berchem. De patiënten zullen in de wachtzaal de vragenlijst kunnen invullen op een manier die veilig is tijdens deze corona-pandemie. Zo zullen de balpennen voor het invullen in een bakje en een doos liggen: een bakje met propere balpennen en een doos met gleuf waar de patiënt na het invullen zijn of haar balpen in kan deponeren. Door de gebruikte balpennen in een afgesloten doos met gleuf te deponeren, wordt er vermeden dat patiënten per ongeluk een gebruikte balpen nemen. De gebruikte balpennen worden nadien ontsmet. De ingevulde vragenlijsten zullen in een afgesloten doos met gleuf kunnen gedeponeerd worden. De ingevulde vragenlijsten zullen 3 dagen in deze afgesloten doos bewaard worden voordat de onderzoeker de vragenlijsten zal manipuleren.

Bij de start van de vragenlijst zal de deelnemer de informatiebrief (toevoegen als annex) te lezen krijgen waarin duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijke externe financiering van het onderzoek. De informatiebried zal worden vastgeniet aan elke vragenlijst. Enkel wanneer de deelnemer de informatiebrief gelezen heeft en instemt met deelname, zal de afname van de vragenlijst van start gaan. Zowel in de informatiebrief als bij de start van de vragenlijst wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen.

Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Op geen enkel moment zullen persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer, e-mailadres, IP-adres,…) verzameld worden door de onderzoekers of zullen antwoorden van de vragenlijsten door de onderzoekers gekoppeld kunnen worden aan de identiteit van de deelnemers.

5.4 Expected duration

Het zal vermoedelijk een maand duren voordat 100 patiënten de vragenlijst hebben ingevuld.

Het invullen van de vragenlijst zal vermoedelijk 10 minuten duren. De patiënt hoeft nadien niets meer te doen.

6. ANALYSIS

De data zullen worden ingegeven in een SPSS document waarop de statistische analyses zullen worden uitgevoerd.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een vragenlijst informatie (namelijk eerst een aantal algemene vragen zoals gemiddelde wachttijd in de wachtzaal met nadien een tabel met 24 mogelijke taken die een

praktijkassistent kan doen waarbij de patiënt moet aanduiden of hij of zij hiermee akkoord is wanneer dit zal uitgevoerd worden door een praktijkassistent in plaats van hun huisarts. Op het einde van de vragenlijst heeft de patiënt de mogelijkheid om bijkomende infrormatie te geven wanneer hij of zij bij een bepaalde taak niet akkoord is wanneer een praktijkassistent dit overneemt) worden verzameld. Enkel relevante informatie wordt verzameld en dit wordt beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. Er zullen geen persoonsgegevens worden verzameld. De informatie die met behulp van de vragenlijst wordt verkregen, zal op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument verzameld worden. Indien mogelijk zal dit bestand bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server van KU Leuven of UZ Leuven, in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, of in REDCap. Zoniet, wordt een persoonlijke computer gebruikt die beveiligd is met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt.. Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

Voor de verzameling en opslag van mijn data maak ik gebruik van (**duid aan wat van toepassing is**):

- ☐ Project- of teamgebonden opslaglocatie op de beveiligde server van KU Leuven of UZ Leuven via mijn promotor of begeleider
- ☐ REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven
- ☐ **X OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven**
- ☐ Persoonlijke computer, beveiligd met een sterk wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma (7-Zip, AEScrypt, …)
- ☐ **X Andere, mits beargumentering, namelijk: de data zullen ook worden ingegeven in een SPSS document waarop de statistische analyses zullen worden uitgevoerd. De vragenlijst is zo opgesteld dat de resultaten niet kunnen teruggekoppeld worden naar een bepaalde patiënt.**

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, **the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected** and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is **relevant** and **necessary** for his / her Master's thesis;*
- *He / she will **not share information** with persons not directly involved within the framework of his / her research; only the **investigator, possible group members** and his/her **supervisor** will have access to the data*

- *He / she will take **all necessary steps** to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with **care and responsibility** the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*
- *He/ she will discuss the **confidentiality**, **storage** and **sharing** of files with his/her supervisor.*
- *He / she will take all necessary steps to **prevent (re-)identification of participants**. Even when working with anonymous data, precautions will be taken in order to minimize the risk of re-identification.*
- *Wherever possible, he/she will use a **project based or team based storage location** for storing and exchanging data. He/she will contact his/her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, he/she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as **Google Drive, a personal OneDrive (except OneDrive for Business, provided by KU Leuven) or WeTransfer will be avoided at all times**.*
- *He/she will always encrypt confidential information and files with a **password**, **two-step verification** or **specialized program** such as 7-Zip or AEScrypt.*
- *When sharing a copy of strictly confidential data, he/she will always **encrypt** the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a **secure application** such as Belnet Filesender will be used.*
- *In the event of a **data breach** he/she will immediately contact his/her supervisor*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study

*Since this study will not collect any personal data and the GDPR does not apply to anonymous data, **no separate privacy application should be submitted for this type of studies.** When approval is given by the Ethics Committee, this application can be considered as in accordance with the GDPR. There is no objection to start the processing operations.*

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

De deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

De contactgegevens van de Principal Investigator en van de onderzoeker staan vermeld in de informatiebrief.

9. APPROVAL

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

Alle artsen van groepspraktijk Fruithof gaven hun akkoord.

Contactgegevens :

Dr De Clerck Hadewijch (is ook co-promotor van deze masterproef)

+32 3 440 19 25

hadewijch.declerck@groepspraktijkfruithof.be

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

[1] FOD Volksgezondheid. Jaarstatistieken van de erkende huisartsen in België. www.health.fgov.be

[2] Toegankelijkheid van gekwalificeerd personeel - Naar een gezond België [Internet]. Gezondbelgie.be. 2019 [cited 24 August 2020]. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/toegankelijkheid-van-de-zorg/beschikbaarheid-van-gekwalificeerd-personeel

[3] Schäfer W, van den Berg M, Groenewegen P. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. Huisarts en wetenschap. 2016;59(3):94-101.

[4] Heiligers P, Noordman J, Korevaar J, Dorsman S, Hingstman L, van Dulmen A et al. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?. Nivel [Internet]. 2012;. Available from: http://www.nivel.nl

[5] Willekens L, Adriaenssens G, De Lepeleire J. Hoe zien huisartsen de samenwerking met praktijkverpleegkundigen? Resultaten van een bevraging in de Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord. Huisarts Nu. 2016;45(1):22-27.

3. Vragenlijst corona-pandemie

1. Will it be possible to respect the federal and institutional rules, e.g. social distancing, protective measures..? **Yes X** No □ NA □
2. Is additional protective material needed in order to execute the study? Please specify. Yes □ **No X** NA □
3. How many additional persons (researchers/observers) are envisaged in the interaction with the participants? Niemand. Aangezien de patiënten de vragenlijst in de wachtzaal zullen invullen, is er zelf geen rechtstreeks contact met de onderzoeker.
4. In which room/building will the study take place? Groepspraktijk Fruithof (Sint Theresiastraat 5, 2600 Berchem)
5. If the study takes place in another institution, has this institution approved the re-start in writing? **Yes X** (co-promotor is praktijkopleider in de praktijk waar het onderzoek zal plaatsvinden) No □ NA □
6. Is there a need for modifying the ICF, and if so, please provide a changed version with track changes. Yes □ **No X** NA □
7. Is there a need for modifying the protocol, and if so, please provide a changed version with track changes. Yes □ **No X**

Opmerking:

De vragenlijsten zullen beschikbaar zijn in de wachtzaal van Groepspraktijk Fruithof te Berchem. De patiënten zullen in de wachtzaal de vragenlijst kunnen invullen op een manier die veilig is tijdens deze corona-pandemie. De wachtzaal is zo georganiseerd dat de patiënten altijd minstens op 1,5m van elkaar zitten. Verder zullen de balpennen voor het invullen in 2 bakjes liggen: een bakje met propere balpennen en een bakje waar de patiënt na het invullen zijn of haar balpen kan inleggen. De gebruikte balpennen worden nadien ontsmet. De ingevulde vragenlijsten zullen in een afgesloten doos met gleuf kunnen gedeponeerd worden. De ingevulde vragenlijsten zullen 3 dagen in deze afgesloten doos bewaard worden voordat de onderzoeker de vragenlijsten zal manipuleren.

10. Bijlage 4: Goedkeuring ethisch comité

KU LEUVEN
UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP016857
Uw kenmerk: Masterproef studie: De visie van de patiënt over taakdelegatie in de huisartsenpraktijk
Leuven, 24-11-2020

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jo Goedhuys
Geachte Stien Van Dyck

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 24-11-2020

(tussentijdse goedkeuring van herindiening) De Commissie had geen bezwaren bij deze studie, maar wees de student op enkele onzorgvuldigheden en gaf enkele tips mee. De student paste de onzorgvuldigheden aan zoals gevraagd. De kaders werden groter gemaa

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 24-11-2020 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.
