# Praktijkorganisatie voor dummies:

Een leidraad bij de opstart van verpleegkundige zorgen in een huisartsenpraktijk

Dr. Elke Schuerman, KUL

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KUL ACHG

Master of Family Medicine 2013
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013

## SAMENVATTING

***Achtergrond:*** Maatschappelijke tendensen zetten overal ter wereld gezondheidszorgsystemen onder druk. Ook de Belgische gezondheidszorg zal zich moeten reorganiseren om een antwoord te kunnen bieden op de zorgbehoeften van de 21ste eeuw.
Niettegenstaande de Belgische huisartsenpraktijk tot de kleinste van Europa behoort, is de werkdruk er duidelijk groter dan in de omringende landen. Bovendien dreigt deze nog toe te nemen. Aangezien Belgische huisartsen naast hun kerntaken nog heel wat ondersteunende, administratieve en medisch-technische taken vervullen, zou taakdelegatie een oplossing kunnen zijn.

***Onderzoeksvraag:*** Kan praktijkorganisatie, met name ondersteunend personeel en een goede taakdelegatie, een buffer vormen tegen de steeds maar stijgende werkdruk van de huisarts? Hoe kan een huisartsenpraktijk de stap naar taakdelegatie zetten?

***Methode:*** Ter voorbereiding werd een verkennend literatuuronderzoek verricht omtrent de effecten van taakdelegatie van arts naar verpleegkundige in eerste lijn. Vervolgens werd praktische informatie gezocht over de tewerkstelling van een verpleegkundige in een Belgische huisartsenpraktijk.
Het eigenlijke onderzoek bestond uit een prospectie in drie Vlaamse huisartsenpraktijken waar een verpleegkundige tewerk gesteld wordt. Door middel van een semigestructureerd interview werd nagegaan hoe de opstart van de verpleegkundige zorgen in deze praktijken verliep en hoe de verpleegkundige er momenteel tewerkgesteld is.

***Resultaten:*** De stap naar taakdelegatie heeft een belangrijke impact op de organisatie van een huisartsenpraktijk. Het uitstippelen en implementeren van taakdelegatie vraagt heel wat voorbereidend denkwerk omtrent o.a. takenpakket, werkplek, werkorganisatie en patiënten logistiek. Bovendien moeten een aantal juridische en administratieve verplichtingen vervuld worden wanneer personeel aangeworven wordt. De financiële investering blijkt echter het grootste struikelblok bij het aanwerven van een verpleegkundige.
Het takenpakket van de verpleegkundige in de bezochte praktijken is gaandeweg gegroeid. De taken die gedelegeerd worden, verschillen sterk tussen de bezochte praktijken. Een belangrijke factor hierin is de visie van de artsen op taakdelegatie. Bovendien heerst er onduidelijkheid omtrent de taken die gedelegeerd mogen worden. In de twee bezochte groepspraktijken wordt de verpleegkundige ingeschakeld voor administratieve en minimaal medisch-technische taken. Enkel in het bezochte wijkgezondheidscentrum werden medisch-inhoudelijke taken gedelegeerd. In deze laatste praktijk verricht de verpleegkundige geen administratieve taken, wordt er gewerkt aan de hand van protocollen en vindt er een wekelijks multidisciplinair overleg plaats.

***Conclusie:*** Huisartsen zullen nieuwe vormen van zorgverlening moeten verkennen om hun kerntaken te kunnen waarborgen. Binnen dit kader biedt taakdelegatie heel wat mogelijkheden. Het delegeren van taken van arts naar verpleegkundige kan de werkdruk van de huisartsen verlagen en biedt bovendien de opportuniteit om de zorgkwaliteit te vergroten.
Om taakdelegatie op grote schaal mogelijk te maken dienen echter enkele belangrijke organisatorische veranderingen doorgevoerd te worden. Vooreerst moeten het takenpakket en de verantwoordelijkheden van de zorgverleners in eerste lijn grondig geanalyseerd worden. Vervolgens is er nood aan een aangepaste opleiding voor het ondersteunend personeel, gebaseerd op hun takenpakket en de bijbehorende competenties. Tenslotte blijkt een aangepaste financiering onmisbaar om taakdelegatie in de praktijk mogelijk te maken.
In dit onderzoek werd een globaal stappenplan uitgestippeld voor de tewerkstelling van een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk. De concrete invulling hiervan hangt af van financiële en structurele voorwaarden, de visie van de praktijk op gezondheidszorg en de individuele noden van de artsen.

# I. INLEIDING

"Nederlandse gezondheidszorg is top, Belgische niet in top tien" kopte de *Gazet van Antwerpen* op 29 september 2009. Deze kop verscheen naar aanleiding van onze elfde plaats in de Euro Health Consumer Index (EHCI), een jaarlijkse screening van de zorgsector in 33 landen uit de Europese Unie. Ook al wisten we de vijfde plaats te veroveren in de EHCI van 2012, veel rooskleuriger ziet het er op heden niet uit voor de Belgische gezondheidszorg. Naar aanleiding van een performantiestudie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg kopt *De Standaard* op 26 januari jongstleden "Belgische gezondheidszorg niet de beste". Ook gezondheidseconoom Professor Lieven Annemans uitte zijn bezorgdheid tijdens enkele radio-interviews: "Er is dringend nood aan een langetermijnvisie voor de Belgische gezondheidszorg".[1]

Hervormingen van de nationale gezondheidszorgsystemen zijn in heel Europa, maar ook elders in de wereld, aan de orde. De vergrijzing die gepaard gaat met een verschuiving van acute naar chronische zorg, de medische vooruitgang met een toenemende complexiteit van zorg, het wijzigend verwachtingspatroon van patiënten, de stijgende gezondheidszorguitgaven en een nakend huisartsentekort: het zijn één voor één tendensen die maken dat de gezondheidszorg zich moet reorganiseren.
Internationaal onderzoek toont aan dat gezondheidszorgsystemen gebaseerd op een effectieve eerste lijn met hoogopgeleide huisartsen, praktiserend in de gemeenschap, zowel een meer kosteneffectieve als een klinisch meer effectieve zorg bieden dan systemen waarin de eerste lijn veel minder ontwikkeld is.[2] De huisartsgeneeskunde heeft zich de afgelopen dertig jaar ontwikkeld tot een academische discipline waarin wetenschappelijk onderzoek een belangrijke plaats heeft gekregen. Huisartsen bieden hun patiënten kwaliteitsvolle gezondheidszorg en begeleiding die toegankelijk, continu en holistisch is en zich binnen de vertrouwde woonomgeving situeert.[2] Ze streven naar een praktijkvoering waar wetenschappelijk onderbouwde geneeskunde op maat van de patiënt wordt aangeboden. Dit vraagt echter een belangrijke organisatorische aanpassing. Denk maar aan het ordenen en vervolledigen van een elektronisch medisch dossier, het opzoeken en toepassen van richtlijnen, het uitstippelen en implementeren van zorgtrajecten voor grote patiëntengroepen,… Bovendien stevent België volgens beleidvoerders af op een huisartsentekort.[3] De huisartsgeneeskunde zal nieuwe vormen van zorgverlening moeten verkennen om zijn kerntaken te kunnen waarborgen en een antwoord te kunnen bieden op de zorgbehoeften van de bevolking in de 21ste eeuw.

Over de landsgrenzen heen blijkt de taakinvulling van huisartsen sterk te verschillen. Zo speelt de Deense huisarts een centrale rol in de gezondheidszorg. Desondanks is de werkdruk voor de Deense huisarts beperkt en heerst er een grote werktevredenheid onder de Deense huisartsen. Eén van de mogelijke verklaringen voor deze beperkte werkdruk en grote werktevredenheid zou de ondersteuning door medisch personeel zijn.[4] Ook onze Nederlandse collega's werken reeds geruime tijd met ondersteunend personeel en spenderen, ondanks een grotere patiëntenpopulatie (2300 patiënten per huisarts), heel wat minder uren in hun kabinet.[5]

Niettegenstaande de Belgische huisartsenpraktijk tot de kleinste van Europa behoort (1100 patiënten per huisarts), is de werkdruk er duidelijk groter dan in de omringende landen.[5] Bovendien dreigt deze nog toe te nemen. Omdat Belgische huisartsen naast hun kerntaken nog heel wat ondersteunende, administratieve en medisch-technische taken vervullen, stelt zich de volgende primaire onderzoeksvraag: *Kan praktijkorganisatie, met name ondersteunend personeel en een goede taakdelegatie, een buffer vormen tegen de steeds maar stijgende werkdruk van de huisarts?* Als secundaire onderzoeksvraag volgt hieruit: *Hoe kan een huisartsenpraktijk de stap naar taakdelegatie zetten?* Het doel van deze studie is het opstellen van een stappenplan voor de tewerkstelling van een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk.

## II. METHODE

*Onderzoeksvraag:*
Kan praktijkorganisatie, met name ondersteunend personeel en een goede taakdelegatie, een buffer vormen tegen de steeds maar stijgende werkdruk van de huisarts? Hoe kan een huisartsenpraktijk de stap naar taakdelegatie zetten?

*Design:*
Dit onderzoek is een explorerend, kwalitatief onderzoek dat bestaat uit een literatuurstudie en een beschrijvende veldstudie.

*Studiepopulatie:*
De studiepopulatie bestaat uit Vlaamse huisartsen die een verpleegkundige tewerk stellen. Via contacten met collega huisartsen werden vijftien Vlaamse huisartsenpraktijken geselecteerd op basis van één inclusiecriterium: de tewerkstelling van een verpleegkundige. Deze werden per mail en telefonisch gecontacteerd. Vijf praktijken bleken niet te voldoen aan het inclusiecriterium. Zij stelden wel een praktijkassistente/secretaresse tewerk maar geen verpleegkundige. Van de overige tien praktijken werden er vier bereid gevonden deel te nemen aan dit onderzoek. Wegens onvoorziene omstandigheden kon het bezoek aan één van deze praktijken niet plaatsvinden. Tijdens een bezoek aan de drie deelnemende praktijken werd een semigestructureerd interview afgenomen omtrent de aanwerving en de tewerkstelling van de verpleegkundige. (bijlage 1)
Tenslotte vond een gesprek met een sociaal secretariaat plaats.

*Uitkomstmaten:*
De uitkomstmaten van deze studie werden gedefinieerd als:

- Taakdelegatie
- Werkdruk van de huisarts
- Praktische implementatie

*Literatuurstudie:*
Ter voorbereiding van het eigenlijke onderzoeksproject werd een verkennende literatuurstudie verricht omtrent verschillende aspecten van taakdelegatie. Voorgaande MaNaMa-projecten omtrent dit onderwerp werden doorgenomen. Vervolgens werd een gericht literatuuronderzoek verricht naar informatie omtrent de effecten van taakdelegatie van arts naar verpleegkundige in de eerste lijn. Via PubMed werd gezocht met volgende Mesh-termen: *Nurse Practitioner(s), Primary Care Nursing, Primary Health Care.* In het archief van 'Huisarts Nu' en 'Huisarts en wetenschap' werd gezocht met volgende zoektermen: *Taakdelegatie, Taakherschikking, Zorgsubstitutie*.
Tenslotte werd gezocht naar praktische informatie omtrent de tewerkstelling van een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk via de website van Domus Medica, de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de website van de Vlaamse Overheid, de website van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, de website van het Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de websites van enkele sociale secretariaten en Google.

Gedurende de duur van dit project werd tevens de actualiteit hieromtrent gevolgd.

## III. LITERATUURSTUDIE

Taakdelegatie in de gezondheidszorg bestaat reeds langere tijd. De eerste vorm vinden we terug in de Verenigde Staten. Onder invloed van veranderende sociale en politieke omstandigheden ontstond er eind jaren '50, begin jaren '60 van de vorige eeuw de vraag naar een voor iedereen toegankelijke en betaalbare gezondheidzorg. Gezien het heersende artsentekort in de eerste lijn, werd in 1960 de 'physician assistent' (PA) geïntroduceerd. De PA was een algemeen opgeleide gezondheidszorgmedewerker die onder supervisie van een arts instond voor patiëntenzorg.[6]
Deze eerste vorm van taakdelegatie ontstond dus als antwoord op de hoge vraag naar eerstelijnshulpverleners. Ondertussen wordt het concept in heel wat landen en doorheen de verschillende lijnen van de gezondheidszorg gebruikt. Nog steeds wordt taakdelegatie naar voor geschoven als een mogelijke oplossing voor het huisartsentekort. Toch zijn er ook andere redenen voor het ontstaan van taakdelegatie. Verwacht wordt dat taakdelegatie zorgt voor een verlaging van de werkdruk van de arts en een reductie van de gezondheidszorguitgaven met behoud van zorgkwaliteit. Bovendien zou taakherschikking een positief effect kunnen hebben op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.[7,8] Is er echter evidentie die deze veronderstellingen staaft?

***Kwaliteit van zorg en gezondheidsuitkomst*** [7,8]
Goed opgeleide verpleegkundigen zouden op korte termijn kwalitatief goede zorg kunnen bieden met eenzelfde effect op de gezondheid van de patiënt als huisartsen. De meeste reviews vinden geen significante verschillen wat betreft morbiditeit, fysiek functioneren, gezondheidsstatus en kwaliteit van leven. Op sommige punten blijkt een verpleegkundige het zelfs beter te doen dan de arts. Zo zouden verpleegkundigen zorgen voor een grotere onafhankelijkheid en een beter emotioneel en sociaal functioneren van de patiënt.

***Patiënten tevredenheid*** [3,7,8]
Verschillende bronnen rapporteren een toename van de patiënten tevredenheid wanneer de patiënt door een verpleegkundige geholpen wordt. Mogelijks komt dit doordat de verpleegkundigen geneigd zijn langere consultaties te houden, meer informatie te verschaffen en te communiceren op niveau van de patiënten.
Toch kiezen de patiënten niet onvoorwaardelijk voor een verpleegkundige. Bij klachten die als 'ernstig' of 'moeilijk' ervaren worden, verkiezen patiënten de expertise van een arts boven deze van een verpleegkundige. Ook persoonsgebonden kenmerken van de patiënt spelen een rol bij de keuze tussen arts en verpleegkundige.

***Gebruik van zorgvoorzieningen en -middelen*** [7,8]
Het gebruik van zorgvoorzieningen en –middelen bij de opvolging van *chronische* patiënten verschilt meestal niet tussen verpleegkundige zorg en standaardzorg door artsen.
Wat betreft de opvang van *acute* problemen wordt in sommige gevallen wel een verschil genoteerd. Zo zouden verpleegkundigen meer doorverwijzen, meer diagnostische onderzoeken aanvragen en meer opvolgconsulten plannen.

***Werkbelasting artsen*** [7-10]
Het effect van taakherschikking van huisarts naar verpleegkundige op de werkbelasting van artsen blijkt minder eenduidig dan verwacht. Taakherschikking zou *op korte termijn* geen effect hebben op de objectieve werkbelasting van de arts als men deze uitdrukt in werkuren. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Zo dient er een grondige reorganisatie te gebeuren bij de opstart van verpleegkundige zorgen. Deze reorganisatie vraagt een belangrijke tijdsinvestering. Bovendien zouden verpleegkundigen een zorgvraag creëren die er voordien niet was. Hierdoor vergroten ze initieel het zorgaanbod in plaats van een echte zorgsubstitutie te creëren. Er zijn echter geen studies omtrent het effect van taakdelegatie op de werkbelasting van de artsen *op lange termijn*.

# IV. RESULTATEN INTERVIEWS

Tijdens dit onderzoek werden drie praktijken bezocht die minstens één verpleegkundige tewerk stellen: twee groepspraktijken en één wijkgezondheidscentrum. Tabel 1 geeft het profiel weer van de deelnemende praktijken. Met elke praktijk vond een semigestructureerd interview plaats omtrent de aanwerving en de huidige tewerkstelling van de verpleegkundige. De resultaten van deze interviews worden per thema besproken.

***Tabel 1: Profiel van de deelnemende praktijken.***

| | *Praktijk 1* | *Praktijk 2* | *Praktijk 3* |
|---|---|---|---|
| **Provincie** | Vlaams-Brabant | Vlaams-Brabant | Limburg |
| **Praktijkvorm** | Wijkgezondheidscentrum<br>Stedelijk gebied | Groepspraktijk<br>Landelijk gebied | Groepspraktijk<br>Landelijk gebied |
| **Aantal artsen (+ HAIO's)** | 6 + 2 | 6 + 1 | 3 + 1 |
| **Aantal VP** | 3 | 1 | 1 |
| **Aantal PA** | 2 | 1 | 0 |
| **Andere medewerkers** | Kinesist<br>Maatschappelijk werksters<br>Onthaalmedewerkers<br>Coördinator<br>Poetshulp<br>Logistiek medewerker<br>Personeelsverantwoordelijke | Poetshulp | Poetshulp |

HAIO : huisarts in opleiding
VP : verpleegkundige
PA: praktijkassistente

***Etiologie en voorbereiding aanwerving***

De storende telefoonbelasting tijdens de consultaties was voor de twee groepspraktijken de voornaamste reden voor het aanwerven van ondersteunend personeel. Om naast administratieve taken ook medisch-technische taken te kunnen delegeren, opteerden deze praktijken voor het aanwerven van een verpleegkundige, in plaats van een secretaresse. Indien enkel telefonie, baliewerk en administratie gedelegeerd worden, is het volgens de geïnterviewde artsen uit financieel oogpunt beter een geschikte secretaresse aan te werven.
In het wijkgezondheidscentrum werd reeds bij de oprichting beslist verpleegkundigen aan te trekken om hun aparte werkwijze te benadrukken. Patiënten schrijven zich bij een wijkgezondheidscentrum namelijk in voor een totaalpakket met zorg door arts en/of verpleegkundige en/of kinesist.

In aanloop naar de aanwerving namen alle praktijken het financiële en het praktische luik van de tewerkstelling van een verpleegkundige door. Slechts één van de geïnterviewde praktijken stelde voor de aanwerving een lijst op van taken die door de verpleegkundige uitgevoerd zou kunnen worden. Deze takenlijst werd gebaseerd op het takenpakket van een Nederlandse praktijkassistente. Al snel werden echter heel wat taken uit deze lijst geschrapt aangezien onduidelijk was of deze taken in België gedelegeerd mochten en konden worden.

***De aanwerving: vacature en sollicitaties***

Slechts één praktijk schreef, na het volgen van een bijscholing, een eigen competentieprofiel uit voor een verpleegkundige. (Bijlage 2) Hierin werden het takenpakket en de bijbehorende vaardigheden opgelijst. Op basis hiervan werd vervolgens een vacature opgesteld. De andere praktijken stelden enkel een korte vacature op. De vacatures werden verspreiden via de VDAB en de lokale pers. Sollicitatiegesprekken werden meestal door de artsen zelf gevoerd.

***Takenpakket van de verpleegkundige***

In de bezochte praktijken heerst onduidelijkheid omtrent de taken die gedelegeerd mogen worden aan een verpleegkundige in een Belgische huisartsenpraktijk. In alle bezochte praktijken is het takenpakket van de verpleegkundige gaandeweg gegroeid. In de twee groepspraktijken worden administratieve en medisch-technische taken gedelegeerd. Enkel in het wijkgezondheidscentrum worden verpleegkundigen niet ingeschakeld voor administratieve taken en verrichten zij naast medisch-technische taken ook medisch-inhoudelijke taken.

Welke medisch-technische taken gedelegeerd worden verschilt sterk van praktijk tot praktijk. Een belangrijke factor hierin is de visie van de artsen omtrent taakdelegatie. Andere factoren die een rol spelen zijn o.a. de vaardigheden van de verpleegkundige, het aantal uren en het tijdstip op de dag waarop een verpleegkundige beschikbaar is in de praktijk, en de aanwezigheid van een praktijkassistente of administratief medewerkster. Tabel 2 geeft een overzicht van de taken die gedelegeerd worden in de drie bezochte praktijken. Een overzicht van het takenpakket per praktijk wordt weergegeven in bijlage 3.

***Tabel 2: Gedelegeerde taken in de bezochte praktijken.***

| ONTHAAL en ADMINISTRATIE | MEDISCH-TECHNISCHE TAKEN | MEDISCH-INHOUDELIJKE TAKEN |
|---|---|---|
| **ONTHAAL**<br>- Baliewerk en telefoonpermanentie<br>- Plannen huisbezoeken en afspraken<br>- Plannen consultaties bij specialisten<br>- Plannen technische onderzoeken<br><br>**ADMINISTRATIE**<br>- Uittellen prestatieboekjes<br>- Aanmaken en aanvullen nieuwe dossiers<br>- Aanvullen EMD<br>- Archief bijhouden<br>- Inscannen verslagen<br>- Post openen en sorteren<br>- Versturen brieven ikv praktijkprojecten<br>- Meedelen laboresultaten<br>- Opstellen en afleveren voorschriften/verslagen<br>- Organiseren multidisciplinair overleg<br><br>**STOCK- en MATERIAALBEHEER**<br>- nakijken en bestellen bureaumateriaal<br>- nakijken en bestellen medisch materiaal<br>- beheer stalen van medicatie<br>- beheer urgentietrousse<br>- beheer vacccinet<br>- afwassen en steriliseren medisch materiaal<br>- planning onderhoud gebouw | - Bloedafnames<br>- Oren uitspuiten<br>- Spirometrie<br>- ECG<br>- Cryotherapie<br>- Assisteren bij kleine heelkunde<br>- Verwijderen hechtingen<br>- Wondzorg<br>- Bloeddruk meten<br>- Lengte en gewicht meten<br>- Vaccinaties plaatsen<br>- Infuus toedienen<br>- Urine-onderzoek dmv stick<br>- Huidtesten op allergie | Begeleiding van patiëntengroepen<br>- Diabetespatiënten<br>- Zwangere patiënten<br>- Patiënten met obesitas<br>- Patiënten op prikpil<br>- Patiënten op orale antico |

***Financiën***

De grootste struikelblok bij het aanwerven van ondersteunend personeel bleek de financiële investering. *'Door het aanwerven van een verpleegkundige is de kwaliteit van zorg vooruit gegaan, maar hebben we als artsen financieel moeten inboeten.' 'We betalen voor ons eigen werkcomfort.'*

De belangrijkste kost bij taakdelegatie blijkt de personeelskost. In alle bezochte praktijken is de verpleegkundige als bediende ingeschreven en krijgt zij een vast maandloon uitbetaald. Bij het berekenen van de loonkost komt heel wat kijken: opleiding en overeenkomstige barema, leeftijd,

anciënniteit, werkuren per week, uurrooster, vakantiegeld…. Om een idee te krijgen van deze kost werd door twee praktijken beroep gedaan op een sociaal secretariaat.
In de twee groepspraktijken wordt een deel van de loonkost bekostigd door middel van een Impulseo-tegemoetkoming.

***Werkplek en materiaal***
In twee bezochte praktijken beschikt de verpleegkundige over een afzonderlijke verpleegpost. In de derde praktijk wordt het kabinet van één van de artsen gebruikt. In deze laatste praktijk worden minder medisch-technische taken gedelegeerd.
Het materiaal voor handen is afhankelijk van het takenpakket van de verpleegkundige. Enkele voorbeelden: computer, telefoontoestel, fax, printer, bloeddrukmeter, ECG-toestel, spirometer, materiaal voor cryotherapie, wondverzorging of het uitspuiten van oren,… Het bezochte wijkgezondheidscentrum beschikt over een badkamer aangezien zij verpleegkundige thuiszorg moeten aanbieden. In elke praktijk waren er afspraken omtrent onderhoud en stockbeheer.

***Werkorganisatie en patiënten logistiek***
Er bestaat een grote diversiteit wat betreft de werkorganisatie. In de twee groepspraktijken heeft de verpleegkundige een vast uurrooster. Het aantal werkuren en de spreiding hiervan over de dag en de week verschilt echter tussen de praktijken onderling en hangt samen met het takenpakket van de verpleegkundige. In het wijkgezondheidscentrum kan het werkschema van de verpleegkundige veranderen naargelang de nood en de beschikbaarheid van de verschillende verpleegkundigen.

In de bezochte praktijken bleken er twee belangrijke vormen met betrekking tot de planning van de patiëntencontacten: ‘parallelconsultaties’ en ‘vervangconsultaties’.
Een verpleegkundige die in *parallel* werkt met een arts wordt ingeschakeld voor medisch-technische taken die zich op het ogenblik van de consultaties bij één van de dokters voordoen. De arts maakt dus zijn consultatie korter door een deel hiervan aan een verpleegkundige te delegeren. De verpleegkundige werkt hierbij niet op afspraak en beschikt niet over een eigen agenda, maar werkt als ondersteuning tijdens de artsenconsultatie.
Tijdens een *vervangconsultatie* komt een patiënt op consultatie bij een verpleegkundige in plaats van bij een arts. De verpleegkundige werkt dus meer onafhankelijk van de arts en heeft hierbij een eigen agenda waarin afspraken geboekt worden. In de bezochte praktijken worden de afspraken bij een verpleegkundige enkel geboekt na doorverwijzing door een arts. Het wijkgezondheidscentrum hoopt hier in de toekomst verandering in te brengen door enkele goed omschreven hulpvragen op te stellen waarvoor een patiënt rechtstreeks een afspraak bij een verpleegkundige kan maken.
Enkel het wijkgezondheidscentrum combineert beide consultatievormen. Wanneer een verpleegkundige in parallel werkt met een arts, heeft zij een beperkt aantal geplande vervangconsultaties. Hierdoor heeft ze beperkt eigen werk, maar kunnen de artsen onmiddellijk patiënten doorverwijzen indien dit nodig is.

***Kwaliteitsmanagement***
Enkel het wijkgezondheidscentrum beschikt over protocollen voor alle handelingen en/of consultaties die door een verpleegkundige uitgevoerd kunnen worden. Bijlage 4 toont een voorbeeld van dergelijk protocol. Deze protocollen worden multidisciplinair opgesteld alvorens de desbetreffende taken gedelegeerd worden aan de verpleegkundige. Tijdens het opstellen van deze protocollen wordt tevens nagegaan of er bijkomende opleiding van de verpleegkundige nodig is om deze taken op zich te kunnen nemen. Eens het protocol loopt, wordt getracht elke drie maand een procesanalyse uit te voeren en waar nodig het protocol bij te sturen. Door deze procesanalyses heeft deze praktijk gemerkt dat zuivere zorgsubstitutie tijd vraagt. Door taken te delegeren hebben zij in eerste instantie hun zorgaanbod verbreed en de kwaliteit van zorg verhoogd. Slechts in tweede instantie, wanneer de artsen de gedelegeerde taken afbouwen, treedt er duidelijke zorgsubstitutie

op. Naar de toekomst toe wil deze praktijk graag meer onderzoek verrichten omtrent de effecten van taakdelegatie.

De twee groepspraktijken beschikken niet over dergelijke protocollen, maar zien hier het nut wel van in. Ze hopen deze dan ook naar te toekomst toe te kunnen uitschrijven. Eén van deze praktijken heeft, naar aanleiding van de aanwerving van een administratief medewerkster, wel het takenpakket van de verpleegkundige en de administratief medewerkster uitgeschreven.

***Communicatie tussen arts en verpleegkundige***

In alle praktijken heeft de verpleegkundige toegang tot het medisch dossier en bestaan er afspraken omtrent het noteren van informatie in het dossier. Slechts in één praktijk zijn deze afspraken ook uitgeschreven. Enkel in het wijkgezondheidscentrum vindt er een wekelijks multidisciplinair overleg plaats met artsen, verpleegkundigen, kinesist en/of maatschappelijk werkster.

***Juridische en administratieve verplichtingen***

Uit het gesprek met een sociaal secretariaat werd duidelijk dat er een aantal juridische en administratieve voorwaarden vervuld dienen te worden wanneer personeel aangeworven wordt. Een werkgever heeft namelijk verplichtingen ten opzichte van de officiële instanties en ten opzichte van zijn werknemers. (Bijlage 5) Het grootste deel van deze verplichtingen wordt opgelegd door de sociale wetgeving. Alle bezochte praktijken bleken hiervoor samen te werken met een sociaal secretariaat.

# V. DISCUSSIE

*Kan praktijkorganisatie, met name ondersteunend personeel en een goede taakdelegatie, een buffer vormen tegen de steeds maar stijgende werkdruk van de huisarts?*

Hoewel taakdelegatie in sommige landen reeds bestaat sinds de jaren zestig van vorige eeuw, is er weinig literatuur omtrent de effecten hiervan. De hoge verwachtingen die velen koesteren ten aanzien van taakdelegatie worden niet onvoorwaardelijk bevestigd door de beperkte literatuur voor handen.
Zo leidt taakdelegatie niet noodzakelijk tot een reductie van de *gezondheidszorguitgaven*. De winst door de lagere loonkost van verpleegkundigen wordt mogelijks teniet gedaan door hun lagere productiviteit en toename van gebruik van zorgvoorzieningen en -middelen.[7,8]
Ook het effect op de *werkdruk van de artsen* dient genuanceerd te worden. Indien men door taakdelegatie de werkbelasting van de huisartsen wil verlagen, zal men actief stappen moeten ondernemen om ervoor te zorgen dat artsen stoppen met het uitvoeren van taken die gedelegeerd kunnen worden. De vrijgekomen tijd kan vervolgens besteed worden aan niet professionele activiteiten. In de praktijk wordt deze vrijgekomen tijd echter vaak gewijd aan kerntaken van de huisarts. Hierdoor vergroot wel de efficiëntie van de zorg, maar verkorten niet noodzakelijk de werkuren van de artsen.[7-10] Toch blijkt uit onderzoek in Nederland dat acht van de tien Nederlandse huisartsen het eens is met de stelling dat taakdelegatie de werkbelasting doet afnemen. Bovendien is een ruime meerderheid van mening dat taakdelegatie de huisarts tijd bespaart (77%) en de voldoening van de huisarts doet toenemen (70%).[10] Ook in de interviews kwam deze perceptie naar voor. Er is dus eerder sprak van een subjectieve verlichting van de werkdruk van de artsen en een grotere werktevredenheid.
Mogelijk zorgt taakdelegatie wel voor een *kwaliteitsverbetering* van de patiëntenzorg. Ook in de interviews kwam dit naar voor. In eerste instantie zorgt het aanwerven van een verpleegkundige voor een verbreding van het zorgaanbod. Juist doordat de verpleegkundige iets toevoegt waar de zorg nu vaak tekort komt, bijvoorbeeld educatie en begeleiding van chronisch zieken, kan een verbetering van de kwaliteit van zorg optreden.

Mits de juiste omstandigheden, kan taakdelegatie een buffer vormen tegen de stijgende werkdruk van de huisarts. Bovendien biedt het delegeren van taken van arts naar verpleegkundige de mogelijkheid om de kwaliteit van zorg te vergroten.
Volgens de literatuur zou de rol van verpleegkundigen in eerste lijn voornamelijk weggelegd zijn voor gezondheidspromotie (preventie) en management van chronische ziektes zoals diabetes, hart- en vaatziekten en astma.[7,8,11] Gezien de vergrijzing van de bevolking, met verschuiving van acute naar chronische zorg, zou het delegeren van dergelijk medisch-inhoudelijke taken een belangrijke maatregel kunnen zijn om een antwoord te bieden op de gezondheidszorgbehoeften in de toekomst. Deze boodschap vinden we ook terug in een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg omtrent de organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. In dit rapport worden een twintigtal aanbevelingen gedaan om het huidige Belgische gezondheidszorgsysteem meer te richten op chronische zorg. Centraal in deze aanbevelingen staat de implementatie van multidisciplinaire teams die samen de zorg organiseren rondom een patiënt op basis van een geïndividualiseerd zorgplan. [12] De huisarts moet als centrale spilfiguur van dergelijk multidisciplinair team, taken kunnen delegeren.

Hoewel de effecten van taakdelegatie minder eenduidig zijn dan verwacht, lijkt het uitbouwen van taakdelegatie in de eerste lijn opportuun voor de toekomst. Verder onderzoek naar de voorwaarden om deze taakdelegatie te laten renderen is echter aangewezen. Ook de mogelijke negatieve effecten van taakdelegatie dienen onderzocht te worden. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat er meer spanningen optreden tussen hulpverleners door onzekerheid omtrent taakverdeling. Bovendien

wordt er meer werk gecreëerd aangezien de samenwerking in goede banen geleid moet worden, informatieoverdracht moet plaats vinden, multidisciplinair overleg ingepland dient te worden,… Het in kaart brengen van eventuele negatieve effecten lijkt nuttig om deze zoveel mogelijk te vermijden.

*Hoe kan een huisartsenpraktijk de stap naar taakdelegatie zetten?*

Uit onderzoek blijkt dat Belgische huisartsen openstaan voor taakdelegatie.[13, 14, 15] Toch wordt dit in België niet op grote schaal toegepast. Tijdens de interviews kwamen enkele belangrijke knelpunten betreffende de implementatie van taakdelegatie aan het licht. Ten eerste is er nood aan een duidelijk wettelijk kader inzake taakdelegatie. Een tweede belemmerende factor situeert zich op financieel gebied. Verder moet rekening gehouden worden met de impact op de praktijkorganisatie en het onderhouden van de zorgkwaliteit. In wat volgt worden deze vier onderwerpen kritisch belicht.

Vooreerst gaan we dieper in op het wettelijk kader omtrent taakdelegatie. Het is onduidelijk welke taken Belgische huisartsen mogen delegeren en aan wie deze best gedelegeerd worden. Uit het onderzoek van Dirickx blijkt dat heel wat huisartsen een praktijkassistente, die zowel administratieve als medisch-technische taken kan verrichten, als ideale oplossing naar voor schuiven.[2] Dit beroep en bijbehorende opleiding bestaan echter niet in België. Op heden kunnen Belgische huisartsen medische taken enkel delegeren aan een verpleegkundige. Het implementeren van de functie 'praktijkassistente', naar het voorbeeld van onze noorderburen, zou het delegeren van administratieve en medisch-technische taken mogelijk maken. Dergelijke praktijkassistente kan echter geen medisch-inhoudelijke taken op zich nemen. Met het oog op taakdelegatie van medisch-inhoudelijke taken is het beter de rol van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk verder uit te bouwen. Dit vraagt een aangepaste opleiding waarin multidisciplinair teamwerk in de eerste lijn centraal staat. Bovendien is er nood aan duidelijkheid omtrent de taken die gedelegeerd mogen worden aan een verpleegkundige in een Belgische huisartsenpraktijk. In de Belgische wetgeving vinden we een algemene omschrijving van de bevoegdheden van een verpleegkundige.[16] Deze zijn echter niet gespecifieerd voor een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk en zijn voor interpretatie vatbaar. Ook de verantwoordelijkheidsverdeling bij taakdelegatie roept vragen op. In Nederland, waar men reeds meer ervaring heeft met taakdelegatie, werd een grootschalig onderzoek uitgevoerd om de belangrijkste knelpunten en belemmeringen voor taakdelegatie in wet- en regelgeving bloot te leggen.[17] Ook in ons land zou het nuttig zijn de wetgeving door te nemen om belemmeringen voor taakherschikking vast te stellen en duidelijkheid te scheppen in de regelgeving hieromtrent.

De financiële investering blijkt een tweede belemmerende factor bij taakdelegatie en kwam in de interviews als grootste struikelblok naar voor. Dit wordt ook bevestigd door de literatuur.[3,15] De personeelskost vormt het grootste deel van deze financiële investering. Aangezien een verpleegkundige meestal in een bediendestatuut werkt, krijgt deze een vast maandloon uitgekeerd. Indien een verpleegkundige een RIZIV-nummer heeft, kan zij ook prestaties aanrekenen via de nomenclatuur van verpleegkundigen. Dit beperkt de financiële last echter niet aangezien slechts een beperkt aantal medisch-technische taken die een verpleegkundige uitvoert in een huisartsenpraktijk in deze nomenclatuurlijst voorkomen. Zo beschikt een verpleegkundige wel over een nomenclatuurnummer voor een verzorging van een wonde, maar niet voor een bloedafname, een ECG, een spirometrie, een consultatie,… Een arts die dergelijke taken delegeert, kan hiervoor niets aanrekenen en draagt bovendien de loonkost van de verpleegkundige, waardoor de arts financieel gezien dubbel inboet. Ook Impulseo II en III bieden hier geen oplossing aangezien deze een financiële tegemoetkoming voorzien voor een administratief bediende, maar niet voor een verpleegkundige. Het huidige vergoedingssysteem lijkt taakdelegatie op heden in de weg te staan. Een aangepaste financiële ondersteuning of een reorganisatie van het huidige vergoedingssysteem lijkt belangrijk indien men taakdelegatie in de toekomst systematisch wenst toe te passen. In het bezochte

wijkgezondheidscentrum bleek taakdelegatie het meest ontwikkeld, met het minste financiële problemen. Een oplossing die bijgevolg overwogen kan worden is een overschakeling van het vergoedingssysteem per prestatie naar het forfaitaire vergoedingssysteem. Vandaag wordt dit systeem reeds door de wijkgezondheidscentra en een veertigtal Vlaamse huisartsenpraktijken toegepast.

Een derde struikelblok situeert zich op het niveau van praktijkorganisatie. Een efficiënte taakdelegatie vraagt een duidelijke werkorganisatie met onder andere een aangepaste werkplek, organisatievorm en patiënten logistiek. Niet alle huisartsen staan open voor ingrijpende veranderingen. Bovendien vraagt het uitstippelen en implementeren van een nieuwe organisatievorm heel wat tijd en energie.
Voor het uitvoeren van medisch-technische en/of medisch-inhoudelijke taken, dient een verpleegkundige te beschikken over een ruimte om patiënten te ontvangen. Deze *werkplek* moet afgescheiden zijn van het secretariaat en de balie en aangepast aan de taken die de verpleegkundige vervult. In de bezochte praktijk waar dergelijke ruimte niet voor handen is, worden minder medische taken gedelegeerd.
Tijdens de interviews kwamen er twee grote *organisatievormen* naar voor: parallelconsultaties en vervangconsultaties. Voor beide organisatievormen kunnen voor- en nadelen geformuleerd worden. Indien men een verpleegkundige in parallel wil laten werken, moet deze beschikken over een afzonderlijke werkruimte. De verpleegkundige wordt zo gemakkelijk ingeschakeld bij acute problemen. Bovendien verhoogt deze vorm van werkorganisatie mogelijks de 'therapietrouw' van patiënten aangezien er tijdens één praktijkbezoek meer werk verricht kan worden. Ze vraagt echter een grote flexibiliteit van de verpleegkundige en is mogelijks minder efficiënt aangezien er heel wat dode momenten kunnen vallen. Tenslotte lijkt het delegeren van medisch-inhoudelijke taken in deze organisatievorm moeilijker.
Indien een verpleegkundige vervangconsultaties verricht en dus op afspraak werkt, kan een artsenkabinet gebruikt worden. Aangezien de patiëntencontacten gepland worden, kan dit de efficiëntie verhogen. Mogelijks gaat dit echter ten koste van de therapietrouw gezien patiënten verschillende malen de praktijk moeten bezoeken. Deze organisatievorm lijkt nuttiger wanneer men een verpleegkundige wil inschakelen in de chronische zorg, maar niet echt handig indien men de verpleegkundige ook bij acute problemen wil betrekken.

Een laatste belangrijk aandachtspunt is *kwaliteitsmanagement*. Uit de literatuur blijkt dat het werken met *protocollen* een essentieel onderdeel is van kwaliteitsmanagement binnen een huisartsenpraktijk. Door processen in protocollen te beschrijven ontstaat namelijk meer inzicht, overzicht en duidelijkheid, waardoor die processen beter beheersbaar worden en verbeterd kunnen worden.[13,18] Hoewel alle geïnterviewde artsen het nut van protocollen inzien, werkt op heden slechts één van de bezochte praktijken met protocollen. Niet toevallig een grote groepspraktijk met verschillende verpleegkundigen en praktijkassistenten. Protocollen zorgen namelijk voor structuur, uniformiteit en een vlotte en efficiënte samenwerking in praktijken waar een groot aantal hulpverleners samenwerkt. Werken met protocollen heeft héél wat voordelen, maar deze opstellen en actueel houden vraagt een belangrijke tijdsinvestering, net hetgene wat in de kleinere huisartsenpraktijken vaak ontbreekt.
Ook een goede *communicatie* tussen de verschillende zorgverleners draagt bij tot de kwaliteit van zorg verleend door een multidisciplinair team. Enkel in het wijkgezondheidscentrum wordt een wekelijks multidisciplinair overleg gehouden. Dit is tevens de enige praktijk waar verpleegkundigen ingeschakeld worden voor medisch-inhoudelijke taken. Mogelijks is de nood aan communicatie in deze praktijk hoger aangezien de verpleegkundigen hier zelfstandiger werken dan in de andere bezochte praktijken. Anderzijds zou ook hier het financiële aspect een rol kunnen spelen.

*Naar een stappenplan…*

Voor veel praktijken is de stap naar taakdelegatie groot, vaak té groot. Begrijpelijk aangezien er heel wat komt kijken bij de aanwerving van ondersteunend personeel. Bovendien heeft taakdelegatie een belangrijke impact op de organisatie van een huisartsenpraktijk. Een goede voorbereiding kan de stap naar taakdelegatie vergemakkelijken. Projectmatig werken is een manier om dergelijke stap voor te bereiden.[19] Hierbij stippelt men een projectplan uit om de stap naar taakdelegatie te realiseren. Dergelijk projectplan bestaat uit vier grote stappen. (Figuur 1)

In een eerste stap worden de aanleiding, het doel en de gewenste resultaten van het project geformuleerd. Indien deze helder en concreet geformuleerd worden, kan iedereen zich een voorstelling maken van wat men wil realiseren en voorkomt men onterechte verwachtingen. In de context van taakdelegatie kunnen volgende vragen centraal staan: *'Waarom wil u taken delegeren? Wat wil u hiermee bekomen?'*

In een tweede stap wordt de inhoudelijke activiteit of het plan van aanpak beschreven. Volgende vragen dienen beantwoord te worden: *'Welke taken dient u te delegeren om uw doel te bereiken? Wie heeft u hiervoor nodig?'* Hierbij is het belangrijk te bepalen of men administratieve en/of medische taken wil delegeren. Indien men enkel administratieve taken wil delegeren kan, uit financieel oogpunt, best een geschikte secretaresse aangeworven worden. Het aanwerven van een verpleegkundige voor het uitvoeren van louter administratieve taken is niet wenselijk aangezien deze overgekwalificeerd en te duur is. Enkel indien men ook medische taken wil delegeren is het nuttig een verpleegkundige aan te trekken. Om te bepalen over welke vaardigheden de verpleegkundige dient te beschikken, moet men vooreerst een consensus bereiken over de taken die men wil delegeren. In de bezochte praktijken is het takenpakket van de verpleegkundige geleidelijk geëvolueerd. Dit vraagt echter oog voor bijkomende opleiding alvorens nieuwe taken aan de verpleegkundige gedelegeerd kunnen worden.

Eenmaal de grote lijnen voor de taakdelegatie uitgestippeld zijn, kan men in een derde stap nagaan welke middelen er nodig zijn om het projectplan te realiseren. Met ander woorden: *'Wat heeft u nodig om uw project te realiseren?'* Voornamelijk de financiering dient grondig bekeken te worden. Daarnaast is het nuttig een afzonderlijke werkplek te voorzien aangepast aan het takenpakket van de verpleegkundige. Tenslotte dient ook nagedacht te worden over materiaal, patiënten logistiek, communicatie, protocollen, een arbeidsovereenkomst en een huishoudelijk reglement.

De uiteindelijke implementatie is de vierde stap. Zoals zichtbaar is in figuur 1 komt hier heel wat bij kijken. Het kan nuttig zijn te rade te gaan bij ervaringsdeskundigen. Zo kan een sociaal secretariaat helpen bij de berekening van de loonkost en heel wat juridische en administratieve verplichtingen zoals beschreven in bijlage 5. Indien men wenst samen te werken met een sociaal secretariaat wordt door de overheid aangeraden te opteren voor een erkend sociaal secretariaat. De Rijksdienst Sociale Zekerheid beschikt over een lijst van de erkende sociale secretariaten.
Tenslotte mogen de patiënten in dit hele verhaal niet vergeten worden. Om de implementatie van taakdelegatie vlot te laten verlopen is het belangrijk ook hen op de hoogte te brengen van de veranderingen binnen de praktijk. Dit kan op verschillende manieren: de praktijkwebsite, een folder, een brief,…

***Figuur 1: Projectplan om de stap naar taakdelegatie in een huisartsenpraktijk te begeleiden.***

| **HET PROJECTPLAN** | |
|---|---|
| **STAP 1: AANLEIDING, DOEL, GEWENSTE RESULTATEN** | *Waarom wil u taken delegeren?*<br>*Wat wil u hiermee bereiken?* |
| | |
| **STAP 2: PLAN VAN AANPAK**<br>- **Welke taken**<br>- **Wie nodig** | <br>*Welke taken wil u delegeren?*<br>*Wie heeft u hiervoor nodig?* |
| **Medische taken (+administratieve taken)**<br>⇩<br>**Verpleegkundige** | **Administratieve taken**<br>⇩<br>**Secretaresse** |
| **STAP 3: MIDDELEN** | *Wat heeft u nodig om uw project te realiseren?* |
| - Financiering<br>- Werkplek<br>- Agenda + patiënten logistiek<br>- Materiaal<br>- Protocollen<br>- Communicatie<br>- Juridisch:<br>  o Opstellen arbeidsovereenkomst<br>  o Opstellen huishoudelijk reglement<br>  o Verzekering arbeidsongevallen | |
| **STAP 4: IMPLEMENTATIE** | |
| **a. Aanwerving**<br>- Uitschrijven competentieprofiel en/of vacature<br>- Verspreiden vacature<br>- Sollicitatieronde<br><br>**b. Administratief luik**<br>- Verplichtingen t.o.v. officiële instanties<br>  o Aansluiting Rijksdienst voor Sociale Zekerheid<br>  o Aansluiting Kinderbijslagfonds<br>  o Dimona-aangifte<br>  o Aansluiting externe dienst voor preventie en bescherming<br>  o Bescherming persoonlijke levenssfeer werknemers<br>- Verplichtingen t.o.v. werknemer<br>  o Arbeidswet<br>  o Arbeidsovereenkomst<br>  o Arbeidsreglement<br><br>**c. Communicatie naar patiënten**<br>Vb. Folder, scherm in wachtzaal, website, brief,…. | |

# VI. CONCLUSIE

Door de maatschappelijke evoluties en het dreigende huisartsentekort staat de huisartsgeneeskunde voor een grote uitdaging. Huisartsen zullen nieuwe vormen van zorgverlening moeten verkennen om hun kerntaken te kunnen waarborgen en een antwoord te kunnen bieden op de zorgbehoeften van de bevolking in de 21ste eeuw. Binnen dit kader biedt taakdelegatie heel wat mogelijkheden. Zo kan het delegeren van taken van arts naar verpleegkundige de werkdruk van de huisartsen verlagen. Bovendien biedt taakdelegatie de opportuniteit om de zorgkwaliteit te vergroten.

Er zijn echter enkele belangrijke organisatorische veranderingen nodig om taakdelegatie op grote schaal mogelijk te maken.
Vooreerst moeten het takenpakket en de verantwoordelijkheden van de zorgverleners in de eerste lijn grondig geanalyseerd worden. Hierbij is nood aan een lange termijn visie voor de gezondheidszorg. De medische taken die een huisarts mag delegeren dienen duidelijk omschreven te worden. Bovendien moet bekeken worden wie deze delegeerbare taken op zich kan nemen: een praktijkassistente of een verpleegkundige.
Een aangepaste opleiding voor het ondersteunend personeel is een tweede belangrijke aanpassing. Om deze opleiding in te richten, dient een consensus bereikt te worden over het takenpakket dat het ondersteunend personeel toebedeeld zal krijgen en de competenties die hiervoor nodig zijn.
Een laatste grote aanpassing situeert zich op financiële vlak. De invoering van Impulseo II en III heeft het delegeren van administratieve taken aan een secretaresse mogelijk gemaakt. Het delegeren van medische taken aan een praktijkassistente of verpleegkundige geniet op heden echter geen financiële ondersteuning en blijft bijgevolg te duur.

Het doel van dit onderzoek was het opstellen van een stappenplan voor de tewerkstelling van een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk. Gezien de grote verscheidenheid tussen de verschillende huisartsenpraktijk in België is het niet mogelijk een kant-en-klaar stappenplan te ontwikkelen. De krijtlijnen van een stappenplan werden uitgezet. De concrete invulling hiervan hangt af van financiële en structurele voorwaarden, de visie van de praktijk op gezondheidszorg en de individuele noden van de artsen.

## VII. VOETNOTEN

**Noot 1**
Gezondheidseconoom Professor Lieven Annemans, verbonden aan de universiteit van Gent, gaf recent enkele radio-interviews waarin hij zijn mening omtrent de huidige gezondheidszorg uiteen zette. De Belgische gezondheidszorg zou teveel overtollige zorg realiseren en een te lage focus leggen op preventie. Bovendien zou de toegankelijke van de gezondheidszorg niet universeel zijn voor alle sociale klassen. Volgens Professor Annemans is er dringend nood aan een langetermijnvisie voor het Belgische gezondheidszorgsysteem. In dit kader stelde hij een eigen actieplan op, bestaande uit tien doelstellingen. Centraal hierin staan een betere bevoegdheidsverdeling, een terugbetaling in drie lagen en meer inspraak en verantwoordelijkheid voor de patiënt.

**Noot 2**
In 2002 publiceerde WONCA Europe een consensusverklaring met de vernieuwde definitie van 'huisartsgeneeskunde'. Hierin worden elf hoofdkenmerken beschreven, die te bundelen zijn tot zes kerncompetenties: eerstelijnszorgverlening, persoonsgerichte zorg, specifieke probleemoplossende vaardigheden, integrale aanpak, gerichtheid op de gemeenschap, en holistische benadering.

- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, Evans P. Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie. De Europese definitie, WONCA, 2002. Beschikbaar via: http://www.woncaeurope.org/content/netherlands-flanders-huisartsgeneeskunde-de-europese-definitie. Laatst geraadpleegd 30 maart 2013.

**Noot 3**

- Dirickx B, Viaene M, De Lepeleire J. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk: een exploratieve studie. Huisarts Nu 2011;40(10): 417-424.

**Noot 4**
Andere mogelijke verklaringen voor grotere tevredenheid: specifieke uitbetaling, minder administratieve rompslomp door verplicht elektronisch dossier.

- 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.

**Noot 5**

- Hoerée T, Grouwels D, Cuypers R, Heyrman J. De huisartspraktijk herbekeken: een visiedocument. Domus Medica, project HUSAM; 2006. Beschikbaar via: via: http://www.domusmedica.be/documentatie/dossiers/samenwerking/68-visiedocument.html. Laatst geraadpleegd 30 maart 2013.

**Noot 6**

- Roodbol P. Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen. Beschikbaar via: http://irs.ub.rug.nl/ppn/273841343. Laatst geraadpleegd 30 maart 2013.

**Noot 7**

- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). The Cochrane Library 2009, Issue 1.

**Noot 8**

- Harmsen M, Laurant M, Van Achterberg T, et al. Taakherschikking in de gezondheidszorg: Een systematisch literatuuroverzicht. Afdeling Kwaliteit van zorg Nijmegen, 2006.

**Noot 9**

- Laurant M, Hermens R, Braspenning J, et al. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomized controlled trial. BMJ 2004;328:927.

**Noot 10**

- van den Berg MJ, Kolthof ED, de Bakker DH, van der Zee J. Taakdelegatie binnen de huisartsenpraktijk. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: de werkbelasting van de huisartsen. Utrecht. NIVEL. 2004. Beschikbaar via: http://www.nivel.nl/de-huisartspraktijk. Laatst geraadpleegd 30 maart 2013.

**Noot 11**

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

**Noot 12**

- Pauls D, Van den Heede K, Mertens R, et al. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. 2012. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl/publication/report/position-paper-organisatie-van-zorg-voor-chronisch-zieken-in-belgië. Laatst geraadpleegd op 30 maart 2013.

**Noot 13**

- Geeraerts F. Aan de slag met een praktijkassistente: Opstellen van een takenlijst en uitwerken van procedures. Masterscriptie Huisartsgeneeskunde, Faculteit Geneeskunde KUL, 2010.

**Noot 14**

- Verhelle G. Perceptie van kerntaken en taakdelegatie in de huisartsenpraktijk. Licentiaatsverhandeling, Faculteit Psychologie en pedagogische wetenschappen KUL, 2006.

**Noot 15**

In 2011 werd door twee studenten verpleegkunde, Ellen Amant en Natalie De Rijck, in kader van hun bachelorproef een enquête opgestuurd naar 4427 Vlaamse huisartsen. Door middel van een tiental vragen werd gepolst naar de mening van de deelnemende huisartsen omtrent taakdelegatie van arts naar verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. 684 huisartsen bleken bereid de enquête in te vullen. De meerderheid van de deelnemende artsen zou zowel administratieve (84.64%), medisch-technische (91.29%), als medisch-inhoudelijke taken (73.01%) delegeren naar een verpleegkundige.

- Amant E, De Rijck N. Verpleegkundigen en huisartsen: een nieuw duo. Bachelorscriptie Verpleegkunde, Katholieke Hogeschool Sint-Lieven, 2012.

**Noot 16**

Algemeen kunnen we stellen dat een verpleegkundigen in België drie soorten bevoegdheden heeft.

- Ze mogen de algemene verpleegkundige taken (A-handelingen) uitvoeren op eigen initiatief.
- De technisch verpleegkundige handelingen (B-handelingen) dragen bij aan diagnose en therapie van de arts of aan preventieve geneeskunde. De verpleegkundige mag sommige hiervan zelfstandig beginnen (B1), voor andere heeft ze een medische opdracht nodig van een arts (B2).
- Tenslotte zijn er vastgestelde handelingen (C-handelingen) die een arts aan een verpleegkundige mag toevertrouwen, maar waarvoor de arts gedeeltelijk mee verantwoordelijk blijft.

- Infobox RIZIV: Verpleegkundige in de thuiszorg. 2010. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/care/nl/infos/infobox/index.htm. Laatste geraadpleegd 30 maart 2013.

**Noot 17**

- Raas GPM, de Lint MW. Deel 1: Belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking. Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg. 2002. Beschikbaar via: http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/juridische-aspecten-van-taakherschikking-in-de-gezondheidszorg. Laatst geraadpleegd 30 maart 2013.

**Noot 18**

- Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij. 2008. p. 248.

**Noot 19**

- Dijkstra A. Het verpleegkundige spreekuur: van idee naar werkelijkheid. Dwingeloo: Kavanah; 2005. p. 103.

## VIII. BIJLAGEN

Overzicht van de verschillende bijlagen:

- Bijlage 1: Opbouw van het semigestructureerd interview.
- Bijlage 2: Voorbeeld van een competentieprofiel van een verpleegkundige opgesteld door het wijkgezondheidscentrum *De Ridderbuurt* in Leuven.
- Bijlage 3: Taakdelegatie in de bezochte praktijken.
- Bijlage 4: Voorbeeld van een protocol opgesteld door het wijkgezondheidscentrum *De Ridderbuurt* in Leuven.
- Bijlage 5: Verplichtingen van de werkgever ten opzichte van officiële instanties en werknemers.

***Bijlage 1: Opbouw semigestructureerd interview***

**1. Profiel praktijk**

- Aantal artsen
- Samenwerkingsverband
- Aantal patiënten
- Grootte van de praktijk bij aanwerven van een verpleegkundige (VP)
- Andere medewerkers:

**2. Profiel verpleegkundige**

- Aantal VP
- Aanwezigheid van een praktijkassistente (PA)
- Geslacht
- Leeftijd
- Opleiding
- Hoelang werkzaam als VP in huisartsenpraktijk

**3. Aanwerving verpleegkundige**

- Reden voor het aanwerven van een VP, doelstelling?
- Welke voorbereidingen gingen aan de aanwerving vooraf?
  - contacteren andere praktijken met VP
  - contacteren Domus Medica of ECHTT
  - contacteren boekhouder
  - Werd er nagedacht over de financiering?
  - Werd nagedacht over de organisatie: praktijkruimte, afsprakensysteem, takenlijst, procedures, overlegmomenten?
  - Werd nagedacht over contract, sociaal secretariaat, wettelijke bepalingen?
  - ....
- Hoe verliep de sollicitatieprocedure?
  - Wie hield zich hiermee bezig?
  - Hoe werden de kandidaten bereikt?
  - Welke selectiecriteria werden gehanteerd?

**4. Tewerkstelling verpleegkundige**

** Administratief*

- Hoe is de VP ingeschreven: zelfstandig, loondienst,...
- Hoeveel uur is ze in de praktijk?
- Hoe wordt zij ingeschakeld in het werk: afsprakensysteem, helpen waar nodig,....

** Financieel*

- Hoe wordt de VP gefinancierd?

** Infrastructuur*

- Waar werkt zij: eigen ruimte, gebruikt ruimte van de artsen,...

**5. Takenlijst verpleegkundige**

- Werd voor de opstart van de VP een takenlijst opgesteld?
  - Waarom wel of niet? Hoe verliep dit?
- Is er nu een takenlijst? Is deze over de jaren geëvolueerd? Hoe gebeurde dit?
- Overlopen checklist van taken:
  - Welke taken voert de VP uit?
  - Welke taken zouden jullie in de toekomst nog willen delegeren? Welke belemmerende factoren ondervinden jullie hierin?
  - Zijn er taken die ontbreken op de lijst?

**6. Procedures**

- Zijn er procedures opgesteld voor de taken die de VP uitvoert?

Indien nee:

- Waarom niet?
- Welke mogelijke voordelen ziet u van het werken met procedures?
- Zou de praktijk procedures uitwerken indien de belemmerende factoren opgelost zijn?

Indien ja:

- Hoe kwamen deze tot stand?
- Hoe zijn de procedures vastgelegd: schriftelijk, mondeling, elektronisch?
- Voor welke taken zijn er procedures?
- Worden deze geevalueerd en aangepast?
- Wat zijn de voordelen van het werken met procedures?
- Wat zijn de nadelen/belemmerende factoren van het werken met procedures?

**7. Communicatie / evaluatie**

- Hoe en door wie gebeurt de communicatie/evaluatie met de VP?
- Is er praktijkoverleg? Is de VP hierop aanwezig?
- Zijn er functioneringsgesprekken met de VP?

**8. Toekomstvisie**

- Overweegt de praktijk aanwerving van een bijkomende VP?
- Overweegt de praktijk aanwerving van andere personeelsleden?
- Overweegt de praktijk uitbreiding van de takenlijst van de VP?
- Hoe zou de praktijk de samenwerking met de VP willen optimaliseren in de toekomst?
- Welke rol speelt de overheid volgens u in de organisatie van een VP in de huisartsenpraktijk? Welke maatregelen zou de overheid moeten nemen om een VP in de huisartsgeneeskunde te ondersteunen?
- Wat is uw mening over een specifieke opleiding voor een VP die zou werken in de huisartsenpraktijk? Hoe zou deze opleiding volgens u georganiseerd moeten worden (extra jaar na de opleiding tot VP, bijscholingsmodules,...)? Wat moet er zeker in dergelijke opleiding aan bod komen?

**9. Heeft u nog bijkomende vragen of opmerkingen?**

***Bijlage 2: Voorbeeld van een competentieprofiel van een verpleegkundige opgesteld door het wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt in Leuven***

**Functiebeschrijving: verpleegkundige**

De verpleegkundige staat in voor de verpleegkundige zorgen aan patiënten op consultaties of via thuiszorg en heeft hierbij ruime aandacht voor psycho-medico-sociale begeleiding. Hij/zij neemt de hieraan gelinkte administratieve en communicatieve taken op en draagt bij aan de multidisciplinaire teamwerking van het centrum. De verpleegkundige hanteert een emancipatorische aanpak en is alert voor structurele uitsluitingsmechanismen ten aanzien van maatschappelijk kwetsbare groepen.

**1. Functie-inhoud**

1.1 Uitvoerende / discipline gebonden taken

- Verzorgen van de consultaties en de thuiszorg aan patiënten met ruime aandacht voor psycho-medico-sociale begeleiding: pré- en postoperatieve zorgen, toilet, inspuitingen, zorg aan chronische patiënten, wondverzorging, verbanden,…
- Mee vormgeven aan de samenwerking tussen de disciplines.
- Verzorgen van de administratie: opvolging dossiers, verslaggeving, registratie…
- Signaalfunctie opnemen naar gezondheidspromotie.
- Mee vorm geven van preventie zowel naar individuele patiënten als naar groepen via preventieprojecten.
- Geven van vormingen.
- Voorbereidingswerk leveren naar protocollen.
- Voorbereidingswerk leveren naar de uitbouw van gezamenlijke consulten arts-verpleegkundige.

1.2 Communicatieve taken

*Intern overleg*

- Deelnemen aan interdisciplinaire patiëntbespreking.
- Deelnemen aan inhoudelijke thema-vergaderingen.
- Overleggen m.b.t. het beleid van de organisatie: inhoudelijk sectoroverleg.
- Deelnemen aan de denkdag.
- Participeren in werkgroepen.

*Extern overleg*

- Mee uitbouwen van en participeren aan ondersteunende netwerken via deelname aan overlegvergaderingen die aansluiten bij de inhoudelijke werking en waar wij als organisatie een engagement kiezen.

1.3 Leidinggevende taken

- Begeleiden van stagiaires.

1.4 Adviserende – beleidsondersteunende taken

- Actief deelnemen aan de visie- en organisatieontwikkeling van het wijkgezondheidscentrum.
- Verder uitbouwen en vormgeven van verpleging in het wijkgezondheidscentrum.

## 2. Functieprofiel

2.1 Opleidingsniveau – diplomavereisten
minimum 3 jaar verpleging A1 of A2

2.2 Kennisvereisten
- goede en functiegerichte vakkennis
- elementaire kennis van Frans en Engels

2.3 Technische vaardigheden
- elementaire kennis van word
- kennis van Pricare

2.4 Sociale vaardigheden
*Communicatieve vaardigheden*
- Kan zich mondeling uitdrukken in een taal die voor de patiënt duidelijk is.
- Kan zich inleven in inzichten en belevingen van andere mensen, hierover met hen in contact komen en verschilpunten overbruggen.
- Kan aan andere mensen op een zelfzekere manier duidelijk maken dat hij/zij de taken waarvoor hij/zij bevoegd is aankan, zelfs als zijn/haar competentie aangevallen wordt.
- Heeft er aandacht voor dat er intern en extern op respectvolle wijze over patiënten gecommuniceerd wordt.
- Kan op een efficiënte en effectieve wijze deelnemen aan vergaderingen en heeft een positieve inbreng.
- Kan positief omgaan met kritiek.

*Groepswerkvaardigheden*
- Kan de vereiste teamgeest goed inschatten en bevordert deze door een goede samenwerking met de andere teamleden en door hen hierin te stimuleren.
- Komt op voor de eigen mening zonder deze daarom door te willen drukken.

2.5 Houdingen
- Kan zich inleven in en respect tonen voor de leef- en denkwereld van andere culturen en van gemarginaliseerde groepen in de samenleving.
- Staat open voor andere maatschappelijke opvattingen en waarden en kan deze integreren in de werkpraktijk.
- Neemt op een gemotiveerde manier verantwoordelijkheid op voor de eigen taken en is sterk betrokken op de gehele werking van het wijkgezondheidscentrum.
- Zet zich in om de verstandhouding in het team te bevorderen.
- Kan zich aanpassen aan wijzigende werkomstandigheden en wisselend werktempo.

**3. Bijscholing**

- Is bereid tot het volgen van bijscholing voor het beter uitoefenen van de functie, of volgens de besluiten van het functioneringsgesprek.
- Is bereid het minimum aan bijscholing te volgens zoals bepaald in het arbeidsreglement.
- Zal de bijscholing terugkoppelen naar de organisatie volgens afspraak met de coördinator.

**4. Opdrachten vanwege het centrum:**

4.1 De verpleegkundige engageert zich tot het uitvoeren van de nodige verpleegkundige zorgen aan patiënten, tijdens consultaties en bij thuiszorg.

4.2 Hij/ zij besteedt tijdens de opdracht ruime aandacht aan de psycho-medico-sociale begeleiding van de patiënten, waarbij eventueel beroep gedaan wordt op andere collega's.

4.3 Hij /zij verzorgt de nodige administratieve en communicatieve taken om de opvolging van de patiënten en de werking van het centrum te bevorderen.

4.4 Hij/ zij is alert voor structurele uitsluitingsmechanismen ten aanzien van maatschappelijk kwetsbare groepen.

***Bijlage 3: Taakdelegatie in de bezochte praktijken***

Tabel 1: Delegatie van administratieve taken in de bezochte praktijken

| | *Praktijk 1* | *Praktijk 2* | *Praktijk 3* |
|---|---|---|---|
| **ONTHAAL** | | | |
| Baliewerk + telefoon | Onthaalmedewerker | VP of PA | VP |
| Triage aan telefoon | - | - | - |
| Plannen afspraken en huisbezoeken | Onthaalmedewerker of arts | VP of PA | VP |
| Opbellen ziekenhuis en specialisten | - | VP of PA | - |
| **ADMINISTRATIE** | | | |
| Aanvullen nieuwe patiëntendossiers | - | VP of PA | VP of arts |
| Aanvullen EMD | PA | VP | VP of arts |
| Inscannen verslagen | PA | VP of PA | VP |
| Archief bijhouden | PA | VP of PA | VP of arts |
| Post openen en sorteren | PA | VP of PA | VP |
| Versturen brieven praktijkprojecten | PA | VP | VP |
| Meedelen laboresultaten | - | VP | VP (enkel INR) |
| Opstellen en afleveren voorschriften/aanvragen | - | VP of PA | - |
| Opstellen patiënten folders | Team gezondheidspromotie | VP | - |
| Opstellen verwijsbrief | - | - | - |
| Organiseren multidisciplinair overleg | Maatschappelijk werker of kinesist | - | - |
| **STOCKBEHEER** | | | |
| Nakijken, bestellen bureaumateriaal | Logistiek medewerker | VP | PA |
| Nakijken, bestellen medisch materiaal | VP of PA | VP | PA |
| Beheer stalen medicatie | PA | VP | VP |
| Beheer urgentietrousse | PA of arts | VP | - |
| Beheer vaccinet | PA | VP | VP |
| Afwassen en steriliseren van medisch materiaal | VP | Poetshulp | - |
| Planning onderhoud gebouw | Logistiek medewerker | VP en arts | - |
| **FINANCIEEL** | | | |
| Uitschrijven attest verstrekte hulp | - | - | - |
| Afrekenen | - | - | - |
| Uittellen boekjes | - | VP | VP |

VP : verpleegkundige
PA : praktijkassistente (administratief bediende)

Tabel 2: Delegatie van medische taken in de bezochte praktijken

| | *Praktijk 1* | *Praktijk 2* | *Praktijk 3* |
|---|---|---|---|
| **MEDISCH-TECHNISCH TAKEN** | | | |
| Bloedafname | VP | VP | VP |
| Oren uitspuiten | VP | - | - |
| Cryotherapie wratjes | VP | - | - |
| Cervixuitstrijkje maken | - | - | - |
| Vaccinaties plaatsen | VP | VP | VP |
| Infuus toedienen | - | VP | VP |
| Lengte/gewicht meten | VP | VP | - |
| Onderzoek baby | - | - | - |
| Spirometrie | VP | VP | VP |
| ECG | VP | VP | VP |
| Hechtingen verwijderen | VP | VP | - |
| Assisteren bij kleine heelkunde | VP | VP | - |
| Onderzoeken urine | VP (met stick) | VP (met stick) | - |
| Wondverzorging | VP | VP | - |
| Bloeddruk meten | VP | VP | - |
| Anamnese afnemen | - | - | - |
| Doptone zwangere vrouw | - | - | - |
| Afnemen testen (MMSE, AUDIT,…) | VP | - | - |
| Huidtesten allergie | - | VP | - |
| Radiologie | - | - | - |
| **MEDISCH-INHOUDELIJKE TAKEN** | | | |
| Begeleiding van<br>-Zwangere patiënten<br>-Diabetespatiënten<br>-Patiënten op orale antico<br>-Patiënten met obesitas<br>-Patiënten met prikpil | VP | VP: enkel diabetespatiënten | - |

VP : verpleegkundige
PA : praktijkassistente (administratief bediende)

***Bijlage 4: Voorbeeld van een protocol opgesteld door het wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt in Leuven***

## DIABETESPROTOCOL ARTSEN

**Voorafgaand aan een diabetesconsult of nadat een patiënt geïdentificeerd is als diabetes**

Jaarlijks planning maken

1. Planning maken voor VPL= invoegbare documenten: diabetes
   i. Bepalen groot of klein labo en/of micro-albuminurie. Eventueel andere testen erbij indien nodig. *In dossier zet u in planning of het een GROOT (HbA1c, glycemie, creatinine, Chol-TO, HDL chol, LDL chol, TG) of KLEIN (HbA1c en glycemie) DM labo betreft.* Indien arts bijkomende labotesten wenst VPL hiervan op de hoogte brengen via Labo bonnen.
   ii. Micro-albuminurie (T35) Test op microalbuminurie / alb creatinine ratio bij de jaarlijkse controle. Urine wordt afgenomen door VPL want patiënt is toch nuchter
   iii. Ondertekenen van laboformulieren in VPL lokaal met vermelding 'DM2'. VPL zal zelf laboformulier invullen indien geen bijkomende onderzoeken nodig zijn.
   iv. Bepalen wanneer afspraak bij kiné
2. Diabetische extern voetraadpleging bij risicopatiënten. Patiënten die in ZT zitten krijgen extra terugbetaling. Vaste arts zorgt voor afspraak of kan via onthaal of VPL maar vaste arts regelt dit via planning
3. Verwijzing oftalmologie ( F67) : vaste arts vermeldt dit in planning en VPL neemt dit mee op.
4. Interpretatie EKG (K42) door VPL genomen eenmalig en indien in planning staat. Indien doorverwijzing cardiologie nodig is staat dit in de planning (VPL kan dit meenemen en afspraak regelen of vaste arts regelt dit en zorgt voor afspraak)
5. Doorverwijzing endocrinoloog (T62): voor patiënten in zorgtraject verplicht 1 maal per jaar. De diabetes patiënten worden zelf uit genodigd door het hospitaal. Indien ze niet komen opdagen belt het ziekenhuis de HA op.
6. Griepvaccinatie

5 of 10-jaarlijkse planning maken

- Pneumokokken vaccinatie
- Tetanus

**Bloeduitslagen driemaandelijks**

Worden nagekeken door arts in consult IT en gebeld naar pat.
Indien nodig worden er aanpassingen gedaan en extra voorschriften gemaakt die hij kan ophalen in het wijkgezondheidscentrum. Indien er door de VPL voor een diabetes patiënt medicatie wordt klaargelegd (in doosjes), worden de veranderingen op het medicatieblad geschreven en een outprint aan de VPL gegeven via brievenbus. Andere aanpassingen in pricaire plaatsen en zo zal VPL de veranderingen merken bij volgende consult.

**Tijdens jaarlijks diabetes consult/ T90**

- OPEN historiek van de diensten voor ZE diabetes type 2 om te zien wat VPL gedaan heeft.
- Beweging: *Code: Procedure A45 Gesprek, advies over lichaamsbeweging:* ***verwijzen naar kiné.***
- Voeding: *Code: Procedure A45 Voedingsadvies volwassene* ***verwijzing naar diëtiste van het diabetesteam indien patiënt in zorgtraject zit. Voor alle andere verwijzing naar VPL*** voor gezonde voedingsadvies. Dit is de eerste stap.
- ZE P15 Alcoholisme eventueel aanpassen in correcte diagnose.
- Anamnese en KO.
- Medicatie inname (al dan niet correct) evt aanpassing obv labo en bespreken met patiënt.
- Hartausculatie, longauscultatie, BD.

- Verder aanvullen diabetespas (kijken wat VPL gedaan heeft).
- Voldoende medicatie geven voor 3 maanden.
- bij de registratie extra T90T90 registreren als het om een diabetesconsult gaat.
- Diabetische complicaties: (zie verder).

**Opmerking**

- Aandacht schenken aan een GOED ingevulde planning in invoegbare documenten en invoegbaar document diabetes!!
- Vergeet niet ondertekende laboratoriumformulieren bij VPL te leggen na jaarlijks consult.
- Vertel telkens weer aan de patiënt dat hij een brief zal krijgen voor volgende diabetes consulten bij de VPL.
- Indien klachten kan de patiënt een nieuwe afspraak gegeven worden.
-Voor patiënten die in een zorgtraject zitten moeten twee maal per jaar bij de HA op consultatie komen.

**DIABETESPROTOCOL VERPLEGING (VPL)**

- De VPL doet consultaties i.p.v. de arts = zorgsubstitutie diabetes. Alle VPL doen deze consultaties maar ***** is de VPL die verantwoordelijk is voor de goede opvolging van de diabetespatiënten.
- Indien er afwijkingen van bloedwaarden of andere zijn moet de arts deze zelf met patiënt bespreken. VPL kan eventueel in de agenda van arts vermelden van te kijken naar GDM van patiënt indien zij opmerkelijke waarde vindt.
- Op jaarbasis zijn er 4 consulten bij de VPL waarbij een bloedafname en een consult wordt gedaan : drie keer klein labo en één keer groot labo.
- Elk consult duurt **20 minuten**.

**1. Te stellen vragen tijdens elk consult**

- Roken: **ZE TABAKSMISBRUIK**. In vrije tekst: pakjaren (pakjaar= 1 pakjaar is 1 pak per dag per jaar. Vb. Jan rookt 1 pakje per dag sinds 15 jaar = 15 pakjaren). Bij niet roker: TABASKMISBRUIK + in vrije tekst: ROOKT NIET of gestopt sinds x-jaren. **Checken of dit nog altijd zo is!**
- Alcohol: **ZE P15 Alcoholisme.** In vrije tekst noteer je: JA (+ hvh) of NEEN => arts wijzigt dan in correcte diagnose. **Checken of dit nog altijd zo is!**
- Lifestyle: Beweging is belangrijk voor diabetes type II. Afspraak bij kiné genomen?
- Voeding: Bespreken nadat de opleiding hiervoor gegeven is.
- Vragen naar wondjes. Indien ja: doorgeven aan arts.

**2. Uit te voeren tijdens elk consult**

- Nuchtere bloedafname (klein labo *HbA1c en glycemie*) / (standaard of blanco formulier hiervoor door arts gegeven)
- Bloeddrukmeting (zittende houding)
- Lengte (in principe 1-malig)
- Gewicht, BMI, buikomtrek (De middelomtrek wordt gemeten op het smalste deel van het middel tussen de onderste rib en de bovenkant van het heupbeen, net nadat pat heeft uitgeademd.)
- Gegevens noteren in elektronisch medisch dossier. Indien geen diabetespas, diabetespas aanvragen, brief (template) afdrukken en laten ondertekenen door vaste arts en opsturen naar mutualiteit.
- **Navragen of patiënt nog voldoende medicatie heeft (zowel diabetes medicatie als de chronische medicatie): indien nodig voorschrift vragen aan vaste arts ( in agenda van vaste arts zetten in vorm van taak). Patiënt komt medicatie zelf halen.**
- **Vermelden dat, indien nodig, de vaste arts de medicatie kan aanpassen aan de hand van de bloedresultaten.**

**3. Uit te voeren jaarlijks zie planning**

- Groot labo (groot labo *HbA1c, glycemie, creatinine, Chol-TO, HDL chol, LDL chol, TG*) / (standaard formulier hiervoor door arts gegeven)
- Urine (micro-albuminurie: wordt bepaald op ochtendurine, aangezien patiënt 's morgens komt, kan dit in de praktijk gebeuren, standaard labo formulier hiervoor).
- Albumine-creatinine ratio kan gebeuren op een urine staaltje. Dus samen met de bloedafname doen.
- Monofilament test doen en coderen in dossier. Indien probleem doorgeven aan arts.
- Kijken naar wondjes voeten.
- Diabetes pas vragen en in bakje van de vaste arts leggen.

**4. Additioneel na te kijken: zie planning arts invoegbare documenten**

**i. vaccinatie status**

- Seizoensgriep (wordt opgenomen in preventie griep)
- 5 jaarlijks: vaccin pneumokokken
- 10 jaarlijks vaccin tetanus

**ii. EKG**

Standaard EKG alleen als in planning staat en aan de vaste arts geven voor interpretatie.

**iii. Dieet advies**

ZT traject patiënten: krijgen dit al in de kliniek.

Andere geven na opleiding GHB. Arts zet dit in dossier indien ze dit nodig vinden en eventueel wat er in verleden al gedaan is tot nu toe.

Indien in de planning staat kan VPL afspraak maken voor patiënt om hem/haar nog eens uit te leggen wat dit is juiste voeding. Dit is een eerste stap. Gezonde voeding is al heel belangrijk voor onze patiënten.

**iv. Oogarts**

Afspraak maken voor oogarts indien in de planning staat. Brief RTF verwijsbrief (template) vraag: nazicht diabetisch retinopathie.

**v. Cardiologie**

Eenmalig afspraak maken voor inspanningsproef.

**vi. Andere planning** endocrinoloog of nefroloog

Indien in planning staat mee opvolgen van afspraken.

**5. Drie maandelijks bloeduitslagen die bij inkomende documenten staan**

- Resultaat van labo komt bij vaste arts terecht of deze ziet de labo uitslag in consult IT en schrijft dit in het dossier.
- Vaste arts belt voor uitslag naar patiënt en doet eventuele aanpassing die in het EMD genoteerd worden.
- Indien VPL medicatie klaarlegt voor een diabetes patiënt (d.w.z. wekelijks of twee wekelijks in het centrum klaarzetten), moet vaste arts aanpassingen via het medicatieblad noteren en afprinten en in bus van VPL steken.

**EINDE VAN CONSULT EN/OF EINDE VAN BLOEDNAME!**

- Afspraak geven voor over 3 maanden in agenda + in template dossier + afprinten en 14 dagen ervoor deponeren bij praktijkassistente. Vertel aan patiënt dat oproepbrief nog zal opgestuurd worden om hem aan gemaakte afspraak te herinneren.
- Vragen of patiënt op verlof gaat om zo correct te kunnen plannen.
- Laboformulieren worden door de arts blanco ondertekend en gedeponeerd bij verpleging. Standaard invulling gebeurt door de VPL. Indien arts additionele aanvragen wil doen, dient hij dit zelf op het laboformulier aan te duiden en aan VPL doorgegeven via brievenbus.
- Bij het consult na groot Labo afspraak geven bij arts.
- Vermelden dat ze nog een brief zullen krijgen en de mensen van het onthaal nog zullen bellen.

- Afspraak geven bij arts na groot labo ongeveer 1 week na bloedafname.
- Eventueel indien nodig afspraak maken bij VPL voor ECG, vaccinatie.

***Bijlage 5: Verplichtingen t.o.v. officiële instanties en werknemers***

Deze lijst werd samengesteld op basis van het interview met een sociaal secretariaat en aangevuld met informatie van de website van Acerta (www.acerta.be), Partena (www.partenahr.be) en de Belgische overheid (www.belgium.be).

**Verplichtingen ten opzichte van de officiële instanties:**

- **Verzekering arbeidsongevallen**
  *(Art. 1 e.v. Wet 10 april 1971 inzake arbeidsongevallen)*
  Een werkgever is verplicht een arbeidsongevallenverzekering af te sluiten aangezien deze aansprakelijk is voor elk ongeval op het werk en onderweg van en naar het werk. De inhoud van deze verzekering zal variëren naargelang de risico's waaraan de werknemer blootgesteld wordt. Het is dus belangrijk vooraf te weten welke taken het nieuwe personeelslid zal uitvoeren (vb. enkel administratieve of ook medisch-technische taken).

- **Aansluiting Rijksdienst voor Sociale Zekerheid**
  *(Art. 21 Wet 27 juni 1969 inzake Sociale Zekerheid)*
  Een werkgever dient zich in te schrijven bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid. Zij innen namelijk de bijdragen voor de sociale zekerheid.

- **Aansluiting Kinderbijslagfonds**
  *(Art. 34 K.B. van 19 december 1939 betreffende de kindertoeslagen voor loonarbeiders)*
  Binnen de 90 dagen na aanwerving moet de werkgever zich aansluiten bij een kinderbijslagfonds. De werknemers zullen geboortepremies en kinderbijslag aanvragen bij het kinderbijslagfonds dat de werkgever koos.

- **Dimona-aangifte**
  *(KB van 5 november 2002 tot invoering van een onmiddellijke aangifte van tewerkstelling)*
  Voordat een werknemer in dienst treedt, moet de werkgever een Dimona-aangifte (onmiddellijke aangifte tewerkstelling) indienen bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid. Hierdoor worden alle openbare instanties die over tewerkstellingsgegevens dienen te beschikken op de hoogte gebracht van de aanwerving.

- **Aansluiting externe dienst voor preventie en bescherming**
  *(Art. 33 e.v. van de Welzijnswet van 4 augustus 1996)*

- **Bescherming persoonlijke levenssfeer werknemers**
  Voor loonadministratie en personeelsbeheer wint de werkgever heel wat persoonlijke informatie in over zijn werknemers. De wetgeving ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer verplicht de werkgever een overzicht op te stellen van de gegevens die geregistreerd worden en aan wie deze meegedeeld worden. Dit overzicht dient de werkgever mee te delen aan de overheid.

**Verplichtingen ten opzichte van de werknemer(s):**

- **Arbeidswet**
  Een werkgever dient de Belgische arbeidswet te respecteren. Deze regelt onder andere:
  - kinderarbeid: een werkgever mag niemand aanwerven onder de 15 jaar en werknemers moeten de voltijdse leerplicht doorlopen hebben.
  - zondagarbeid: op zondag mag nooit gewerkt worden, tenzij dit binnen de sector is toegelaten.

- arbeidsduur: per dag, per week en per periode mag slecht een bepaald aantal uren gewerkt worden. Overuren kunnen slechts in bepaalde gevallen en geven soms recht op overloon en/of compensatierust
- nachtarbeid: werknemers mogen slechts tot een bepaald uur werken.
- arbeid door jeugdige werknemers: er gelden sepciale maatregelen voor nachtwerk, overloon, inhaalrust en arbeidsduur

- **Arbeidsovereenkomst**
  *(Art. 123, Art. 11bis en Art. 9 Wet van 3 juli 1978 inzake de arbeidsovereenkomst)*
  Een arbeidsovereenkomst is een overeenkomst waarbij een werknemer zich ertoe verbindt, tegen een bepaald loon, arbeidsprestaties te leveren onder het gezag van een werkgever. Er bestaan verschillende vormen van arbeidsovereenkomsten: voor bedienden, voor arbeiders, voor onbepaalde tijd, voor bepaalde tijd,… Op de sites van enkele sociale secretariaten staan voorbeelden van standaard arbeidsovereenkomsten.

  Bij het aanwerven van een nieuwe werknemer kan best een proeftijd ingelast worden. Deze moet schriftelijk vastgesteld worden voor de arbeidsprestaties van start gaan en kan opgenomen worden in de arbeidsovereenkomst. Indien een werknemer niet voldoet tijdens de proeftijd, kan de overeenkomst namelijk gemakkelijker beëindigd worden aangezien de opzeggingstermijnen korter zijn.

- **Arbeidsreglement**
  *(Art. 4 van Wet van 8 april 1965 tot instelling van het arbeidsreglement)*
  Een arbeidsreglement bepaalt de algemene arbeidsvoorwaarden en/of geeft de werknemers informatie over de algemene werking en organisatie van het werk binnen de onderneming die hen tewerk stelt. Een arbeidsreglement heeft een reeks verplichte vermeldingen namelijk:
  - de uurroosters: hierin zijn begrepen de gewone uurroosters; de uurroosters van de deeltijdse werknemers; de uurroosters van de opeenvolgende ploegen; de flexibele uurroosters; de dagen en uren waarop de onderneming toegankelijk is voor de werknemers die buiten de onderneming werken;
  - de wijzen van meting van en controle op de arbeid met het oog op het bepalen van het loon;
  - de wijze, het tijdstip en de plaats van betaling van het loon;
  - de opzeggingstermijnen en de dringende redenen die de verbreking van de arbeidsovereenkomst zonder opzeggingstermijn of vergoeding kunnen rechtvaardigen, onder voorbehoud van de beoordelingsbevoegdheid van de hoven en rechtbanken;
  - de rechten en plichten van het toezichthoudend personeel;
  - de straffen, het bedrag en de bestemming van de boetes en de tekortkomingen die zij bestraffen;
  - de plaats waar de persoon te bereiken is die is aangewezen om de eerste hulp te verlenen en de plaats waar de verbandkist zich bevindt, evenals de namen van de door de werkgever aangeduide geneesheren tot wie de door een arbeidsongeval getroffene zich kan wenden;
  - de duur van de jaarlijkse vakantie evenals de nadere regelen voor de toekenning van deze vakantie of de verwijzing naar de wettelijke bepalingen ter zake. Desgevallend de data van de jaarlijkse collectieve vakantie;
  - de namen van de leden van de ondernemingsraad, van het comité voor de preventie en bescherming op het werk (oud comité voor veiligheid, gezondheid en verfraaiing van de werkplaatsen) en van de syndicale afvaardiging;

- de adressen van de inspectiediensten belast met het toezicht op de toepassing van de wettelijke en reglementaire bepalingen in verband met de bescherming van de werknemers;
- de vermelding van de collectieve arbeidsovereenkomsten en/of collectieve akkoorden in de onderneming en die van toepassing zijn op de werkomstandigheden.