Wat is de visie van huisartsen op de rol van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn?

Een kwalitatief onderzoek

Karen Vereecke, Universiteit Gent

karen.vereecke@ugent.be

Promotor: Prof. Dr. Ann Van Hecke, vakgroep volksgezondheid en eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent

Copromotor: Prof. Dr. Pauline Boeckxstaens, vakgroep volksgezondheid en eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2024

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

Deze masterproef werd geschreven volgens de richtlijnen voor een artikel in het tijdschrift Huisarts Nu.

Abstract

Inleiding

De gezondheidszorg is in volle evolutie om de uitdagingen van de toekomst aan te gaan. Binnen deze context ziet men ook een evolutie in de rol van de verpleegkundige waarbij nieuwe verpleegkundige functies ontstaan zoals de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) en de verpleegkundig specialist (VS) (1, 2). In Vlaanderen is de VS voornamelijk nog werkzaam binnen het ziekenhuis. Internationaal functioneert de VS ook succesvol binnen de eerste lijn (3-6). Deze thesis onderzoekt de visie van Vlaamse huisartsen op de rol van de VS in de eerste lijn en kan inspiratie bieden omtrent het vormgeven van de rol van de VS binnen de context van de (hervorming van de) eerste lijn.

Methode

De interviews verliepen aan de hand van een interviewgids, opgemaakt na literatuuronderzoek. De interviews werden getranscribeerd en gepseudonimiseerd, waarna de data werd geanalyseerd. De analyse werd met onderzoekerstriangulatie getoetst. Rekrutering van de deelnemers gebeurde volgens inclusiecriteria: huisarts als beroepstitel, tewerkgesteld als huisarts in Vlaanderen, enige affiniteit met werken met verpleegkundigen in de praktijk.

Resultaten

De VS zou zelfstandig consulten kunnen voeren in het kader van preventieve en chronische problematiek, met focus op het biopsychosociaal functioneren en persoonsgerichte zorg. De VS kan de leiding nemen in multi- en interdisciplinair zorgoverleg in het kader van casemanagement.
De deelnemers zien ook een rol voor de VS in kwaliteitsverbetering zowel op praktijkniveau als op eerstelijnszoneniveau. Binnen de praktijk zien de huisartsen drie luiken onder de noemer onderzoek: protocollen ontwikkelen, praktijkverbeterprojecten opzetten en de eigen expertise onderhouden. De VS zou ook als zorgcoördinator de leiding kunnen nemen over het (para)medisch team. Daarnaast kan de VS expertise-uitwisseling tussen praktijken coördineren. Op eerstelijnszoneniveau kan de VS eveneens protocollen uitwerken en populatiemanagement organiseren.
Over het algemeen zijn huisartsen enthousiast om met de VS aan de slag te gaan in de eerste lijn en beschrijven de huisartsen faciliterende factoren voor de implementatie van een VS in de eerste lijn. Huisartsen ervaren enkele bezorgdheden wat betreft de veiligheid voor de patiënt en voor zichzelf als huisarts bij het werken met een VS.

Conclusie

Huisartsen die reeds affiniteit hebben met verpleegkundigen in de eerste lijn, kunnen breed denken over de mogelijke rollen van de VS in de eerste lijn. Zelfstandig consultvoeren met oog voor het biopsychosociaal model komt naar voor binnen de rollen van de VS op patiëntenniveau. Kwaliteitsverbetering van zorg op praktijkniveau komt enerzijds aan bod in de vorm van onderzoek, anderzijds kan de VS hiervoor zorgen als zorgcoördinator. De VS kan ook de samenwerking tussen praktijken bevorderen. Kwaliteitsverbetering op eerstelijnszoneniveau kan via protocollen uitwerken en via populatiemanagement. Tijdens de interviews bemerken huisartsen faciliterende factoren en enkele drempels op micro- en op macroniveau. Ondanks de drempels kon deze studie wel een aantal mooie praktijksuggesties identificeren om de rol van de VS in de eerste lijn verder te ontwikkelen.

Wat is de visie van huisartsen op de rol van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn?
Een kwalitatief onderzoek

Wat is gekend?
- Het Vlaamse eerstelijnslandschap evolueert snel. De patiëntenpopulatie wordt complexer.
- Nieuwe verpleegkundige functies in Vlaanderen steken de kop op.
- De verpleegkundig specialisten (VS) in de eerste lijn tonen internationaal hun succes met kwalitatieve(re) chronische zorg, betere patiëntentevredenheid en organisatie van zorg en voordeligere kost voor de maatschappij.

Wat is nieuw?
- De VS kan dankzij zelfstandige consultvoering in samenwerking met de huisarts bijdragen aan preventieve en chronische zorg.
- De VS kan de kwaliteit van zorg verbeteren door te werken op verschillende niveaus (patiënt, team, (praktijk)organisatie, eerstelijnszone en beleid).
- Er zijn verschillende faciliterende factoren om samen te werken met een VS. Huisartsen zijn ook bezorgd over de veiligheid voor de patiënt en voor zichzelf bij het werken met een VS.

In de praktijk:
- Deze studie kon een aantal mooie praktijksuggesties identificeren om de rol van de VS in de eerste lijn verder te ontwikkelen mits de drempels rond veiligheid in acht genomen worden.
- Voorbeelden die reeds op heden toepasbaar zijn voor de VS in de eerste lijn zijn: protocollair werken in het kader van preventieve zorg en/of chronische zorg, het opzetten van praktijkverbeterprojecten en deze ook opvolgen (vb. zoals de griepvaccinatie campagnes binnen een praktijk), zorgcoördinatie binnen een (interprofessionele) groepspraktijk, expertise-uitwisseling tussen praktijken coördineren, populatiemanagement, op eerstelijnszoneniveau, …

Inleiding
De eerste lijn is in volle evolutie om de uitdagingen van de toekomst aan te gaan. Deze behelzen onder andere de toenemende multimorbiditeit en de vergrijzing van de bevolking, maar ook de toegankelijkheid en laagdrempeligheid van zorg.
Internationaal is er een groeiende belangstelling voor de verpleegkundig specialist (VS) in de eerste lijn. Positieve resultaten op vlak van kwaliteit van zorg, patiëntentevredenheid, kost voor de maatschappij, organisatie van zorg, … konden reeds bekomen worden dankzij de VS (4, 6). Internationaal wordt de term ‘advanced practice nurse’ of APN gebruikt. Deze functie omvat twee profielen: ‘Clinical Nurse Specialist’ (CNS) en ‘Nurse Practitioner’ (NP). Beide profielen vertonen een overlap, met het verschil dat de CNS zich meer focust op het implementeren van innovaties in de zorg en de NP zich meer op medisch domein begeeft en de klinische expertfunctie uitvoert.
In België benoemt men deze geavanceerde functies als één profiel, namelijk de VS. Deze

kan verschillend ingevuld worden naargelang de context. In Vlaanderen is de VS hoofdzakelijk werkzaam in ziekenhuizen, waar hun functieprofiel aanleunt bij dat van zowel de CNS als de NP afhankelijk van de context. (7). Het competentieprofiel van de VS in de Belgische welzijns- en gezondheidssector wordt volgens de zeven CanMEDS-rollen beschreven. Deze CanMEDS-rollen zijn: klinisch expert en behandelaar, organisator van kwaliteitsvolle zorg en innovatieleider, klinisch en professioneel leider, samenwerker, onderzoeker, communicator, gezondheidsbevorderaar (7, 8). In de wet van 22 april 2019 wordt de 'VS' erkend als beroepstitel (9). Eind april 2024 werd het wetgevend kader voor de VS goedgekeurd, waardoor autonoom handelen en voorschrijven – binnen een afsprakenkader – vanaf januari 2025 toegestaan wordt voor de VS (10).
In de Vlaamse eerste lijn ontstond als antwoord op de recente uitdagingen de opleiding 'verpleegkundige in de huisartsenpraktijk' (VIHP) (7, 11-14). De VIHP-opleiding is een postgraduaat en kan gevolgd worden door verpleegkundigen met een bachelordiploma die de omschakeling willen maken naar – of reeds werkzaam zijn in – de eerste lijn (15).

Aangezien de VS binnen de internationale eerste lijn een succesvolle rol uitgebouwd heeft, is het interessant om verder uit te diepen hoe deze functie zich binnen de Vlaamse eerste lijn kan ontwikkelen. Dit onderzoek gaat na wat Vlaamse huisartsen denken over de rol van de VS binnen het Vlaamse eerstelijnslandschap om de huidige en toekomstige uitdagingen aan te pakken. Op deze manier tracht in kaart gebracht te worden waar de noden liggen en welke toekomstvisie huisartsen hebben voor de VS in de eerste lijn. Met deze informatie kan er verder gezocht worden naar handvaten voor huisartsen en andere hulpverleners om de zorg samen efficiënter en kwalitatiever te organiseren.

Methode

Er werd een kwalitatief onderzoek verricht met behulp van semigestructureerde focusgroepen en interviews. Huisartsen werkzaam in Vlaanderen die enige affiniteit hebben met het werken met een verpleegkundige in de praktijk, werden geïnterviewd. Voor de interviews werd een interviewgids ontwikkeld op basis van literatuuronderzoek (zie bijlage 1). De interviewgids werd geëvalueerd door middel van een proefinterview, waarna de effectieve interviews van start gingen. De vragen van het interview werden gestructureerd volgens de CanMEDS-rollen (7). Er werd een thematische analyse uitgevoerd. De kwaliteitscontrole van de resultaten gebeurde via onderzoekerstriangulatie.

Er werd toestemming gekregen van de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis te Gent (Belgisch registratienummer: B6702022000718; zie bijlage 2). Alle deelnemers vulden een toestemmingsformulier in ter goedkeuring van de deelname aan het onderzoek. Om het interview audiovisueel vast te leggen werd een extra toestemming gevraagd aan de deelnemers. Bij het transcriberen van de interviews werden alle gegevens gepseudonimiseerd.

Resultaten

In totaal waren er 10 deelnemers. Tabel 1 beschrijft de karakteristieken van de deelnemers. Drie belangrijke thema's kwamen aan bod bij het bespreken van de mogelijke rollen van de VS, namelijk: zelfstandig consultvoeren, kwaliteitsverbetering van zorg en facilitators en bezorgdheden bij de implementatie van een VS in de eerste lijn.

Zelfstandig consultvoeren

Huisartsen zien de VS in de praktijk zelfstandig consultvoeren in samenwerking met de huisarts, voornamelijk in de preventieve en chronische zorg. Hierbij benadrukken ze het belang van het biopsychosociaal benaderen van de patiënt en van een persoonsgerichte aanpak.

In deze samenwerking is de VS een tweede volwaardig aanspreekpunt voor de patiënt in de opvolging waardoor een toename in de toegankelijkheid van zorg gecreëerd wordt. Er is dus geen sprake van pure taakdelegatie en zorgsubstitutie, waarbij het risico bestaat dat de persoonsgerichte zorg in het gedrang komt en dat de zorg te veel wordt afgebakend. Te veel afbakenen van zorg zou de vertrouwensband met de patiënt en het overzicht over de situatie voor huisarts en VS in het gedrang kunnen brengen.

Dr. D: "(…) Denk niet dat je per se het werk allemaal moet weghalen bij de huisarts van preventie, maar dat je het samen doet. (…) we zijn altijd geneigd om zo alles op te splitsen (…), maar eigenlijk moet je ook proberen kijken naar gewoon patient centered care. (…) Maar ik denk dat zij in hun opleiding en hun profiel van hoe dat zij zijn, verpleegkundigen, dat zij dat wel in hun hebben om daar verder in te gaan en om daar veel meer voor te kunnen betekenen voor de patiënt. (…) als je daarrond hulpverlening kunt installeren dat die echt patiënten in hun geheel langdurig kunnen opvolgen. Dat zou een droom zijn (…) Of zo ja, het duo arts-verpleegkundige. (…) Het biopsychosociaal model moeten we daarin zien."

Dr. X: "(…) het samen in tandem doen in plaats van het doorgeven aan iemand anders. Gelijk, bijvoorbeeld... Ja, bloedafnames. Ik doe nog... Ik prik nog altijd bloed als 't voor de patiënt beter uitkomt dat ik prik op dat moment. Uh, maar als ik het kan vragen aan de verpleegkundige die het rap tussendoor kan doen en zelf tijd kan uitsparen. Zoveel te beter. Maar als ge alles gaat invullen volgens een efficiëntiesysteem van zorgsubstitutie en taakdelegatie, dan zijn uw patiënten op den duur 20 keer aan 't komen eh voor één consultatie omdat ge denkt 'ah maar da kan den dienen en da kan den dienen en dat kan den dienen.' Dus ik denk dat ge altijd in de eerste lijn voor die persoonsgerichte aanpak zoveel mogelijk op dat moment op dienen dag moet doen en da ge niet vanuit een model zorgsubstitutie en taakdelegatie uw eerstelijnszorg ook gaat versnipperen."

In de opvolging van een patiënt wordt verwacht dat er interdisciplinair overleg gepleegd wordt tussen de VS, de huisarts en de andere zorgactoren rondom de patiënt. Dit in het kader van casemanagement. Ook transmuraal kan er overlegd worden, en de VS kan zelf een verwijzing doen naar de tweede lijn indien nodig. Hierbij stemmen de zorgactoren met elkaar af om naar de patiënt toe dezelfde boodschap te uiten. De VS gebruikt hierin leiderschaps- en organisatorische vaardigheden.

Dr. Y: "Ja, want je moet ook afstemmen dat je hetzelfde zegt hé." Dr. Z: "Ja (…) bijvoorbeeld zo een VS die een heel protocol opstelt rond slaapproblematiek en daar misschien eens mee gaan samenzitten met de apotheker inzake afbouw benzo's. (…) Dan ook uitlegt aan de huisartsen, maar ook aan de collega's. Zelfs zorgverleners die dan bijvoorbeeld detecteren bij patiënten thuis van 'oei, die zit toch 's morgens niet met een wakkere kop. Ja maar die neemt ook veel'. Dr. Y: (…) Ja dat die patiënt bij elke zorgverlener die komt dezelfde boodschap krijgt. Als zowel de kinesist als de apotheker als de thuisverpleegster als de huisarts allemaal zeggen: 'kom hé volhouden e Joske met de pilletjes. Hoe is het vandaag gegaan? Deze keer goed geslapen?' Ja, dan gaat hij ook makkelijker volhouden, denk ik."

Kwaliteitsverbetering

Kwaliteitsverbetering is een duidelijke rol die de deelnemers aan de VS toeschrijven. Dit kan op verschillende niveaus gerealiseerd worden. Onderzoek wordt zowel op praktijk- als op eerstelijnszoneniveau belangrijk geacht, met een andere invulling naargelang de context. Nu melden huisartsen wel een motivatie om kwaliteitsverbetering te organiseren, maar de tijd ontbreekt om hier ten volle mee aan de slag te gaan.

Op praktijkniveau kan de VS de kwaliteit van zorg verbeteren door onderzoek te doen en op te volgen en door als zorgcoördinator te functioneren.
Onder het luik onderzoek verstaan huisartsen dat de VS de literatuur kan opvolgen en deze waar nodig kan toepassen binnen de praktijk. Hieronder zien de huisartsen drie onderdelen: protocollen ontwikkelen, praktijkverbeterprojecten opzetten/opvolgen en de eigen expertise onderhouden.
Ten eerste zou de VS praktijkprotocollen ontwikkelen en deze toelichten aan het team om de zorg onder de verschillende collega's te stroomlijnen. Zo kan een patiënt die graag antibiotica kreeg voor zijn verkoudheid bijvoorbeeld niet naar een andere arts gaan hiervoor, omdat er een praktijkprotocol werd opgesteld dat kan gevolgd worden.
Ten tweede kunnen praktijkverbeterprojecten ontstaan vanuit onderzoek naar de noden van de praktijk en de patiëntenpopulatie. Hierbij is het belangrijk om het volledige proces van het project te bewaken, te evalueren en bij te stellen. Ook de resultaten kunnen gemeten worden met als doel het project bij te stellen.
Ten derde achten huisartsen het noodzakelijk dat de VS de eigen expertise onderhoudt door middel van literatuuronderzoek, zeker als de VS als zorgcoördinator zou werken. Vanuit deze achtergrondkennis kan de VS de noden in de praktijk beantwoorden of oplossingen aanreiken naar de collega's toe tijdens overleg. De VS kan ook - op basis van de achtergrondkennis en competenties - een overzicht bewaren tijdens een overleg en kan dit modereren indien nodig. Bijvoorbeeld, wanneer tijdens een overleg een probleem wordt besproken en er meteen naar oplossingen gegrepen wordt, kan de VS vanuit de expertise het team aanzetten tot reflectie en een stap achteruitzetten om de situatie in zijn geheel te bekijken.
De functie die huisartsen benoemen als zorgcoördinator, zou vooral nuttig zijn in groepspraktijken. De VS kan deze rol op zich nemen dankzij het competentieprofiel en de masteropleiding. Binnen deze functie kan de VS de leiding nemen over het medisch en paramedisch team op vlak van zorgmanagement en praktische zaken zoals uurroosters. Hierbij staat de VS eventueel naast de coördinator zoals die nu in groepspraktijken (bv. een wijkgezondheidscentrum) werkzaam is.

Dr. D: "Ja, dat is eigen aan hun rol denk ik hè? Dingen innoveren, dingen binnen brengen en dat dan ook duiden en iedereen daar warm voor maken en daarmee aan de slag brengen."

Dr. V: "Dat is meer een organisatorische functie, ja, dat is een logistieke functie bijna eh." (…) Dr. V: "Dat is roosters maken en ook een stuk personeel… Is dat ook niet een stuk personeelsbeleid als zorgcoördinator?" Dr. M: "Ja dat wel. Ja maar zij doen ook meer protocollaire zorg ook, het onderzoek zit denk ik daar ook bij in hun een deel. (…) Ja, maar je hebt in de grote wijkgezondheidscentra, daar is er een functie zorgcoördinator, (…) en die doen eigenlijk heel veel wat onze coördinator doet, maar dan niet altijd het financiële, maar wel voor de paramedische en medische disciplines alle organisatie en dergelijke."

Dr. Z: "(…) als ik mag dromen, dan hoop ik eigenlijk… want we zoeken nog een coördinator zorg en de VS valt daar volledig binnen, namelijk autonoom, een stukje de artsen ontlasten in de kleine dingen, die gemakkelijk een VS kan doen (…), maar ook een team aansturen."

Op eerstelijnszoneniveau zien huisartsen de VS algemene protocollen uitwerken op basis van de literatuur en deze delen met verschillende praktijken, met eventueel ook het begeleiden van de implementatie van deze protocollen binnen de individuele praktijken. Vanop dit niveau zou de VS verschillende praktijken kunnen aanspreken en de uitwisseling van protocollen en expertise bevorderen.
De VS kan ook populatiemanagement uitwerken op basis van onderzoek naar de noden van de wijk en van de praktijken. Hierbij kunnen ook maatschappelijk kwetsbare groepen bereikt worden die op heden niet tot bij de huisarts geraken.
Ten slotte is er nood aan onderzoek naar de internationale organisatie van de eerste lijn. Deze rol leggen huisartsen ook weg voor de VS die op eerstelijnszoneniveau werkt. De VS kan deze info vervolgens vertalen naar de Vlaamse context en bespreken met bestuursorganen. Huisartsen hebben nood aan concrete voorbeelden binnen de huidige Vlaamse context. Hierbij benadrukken de huisartsen wel dat de VS een deel van de tijd in de praktijk moet blijven werken, om de voeling met de praktijk niet te verliezen wanneer de VS op beleidsniveau of eerstelijnszoneniveau zou gaan werken.

Dr. Z: "Misschien ook overleg met collega-verpleegkundigen om van elkaar te leren. Om ja, niet overal het warm water te moeten uitvinden, maar kruisbestuiving te doen dat het allemaal veel sneller en vlotter gaat." (…) Dr. Y: "Ja, en contact met ziekenhuizen misschien ook wel juist. Als er mensen zijn die echt gespecialiseerde zorg nodig hebben. Als, gezien de toekomst, dat ze toch mensen rapper gaan ontslaan, minder lange opnames, dat er bepaalde specialistische handelingen toch ook in de eerste lijn moeten gebeuren. Daarvoor niet dat de persoon zelf dat doet, maar weet welke thuisverpleegkundige welke specialistische zaken kan uitvoeren en dat coördineren en aansturen."

Dr. Y: "De eerstelijnszone is een meer duidelijk geografisch gebied. (…) Dus ik denk (…) als je echt buurtwerking, iets lokaal… wilt doen, dan moeten we op eerstelijnszone niveau zitten."

Facilitators en bezorgdheden

Over het algemeen zijn huisartsen enthousiast om met de VS aan de slag te gaan in de eerste lijn en beschrijven ze faciliterende factoren voor de implementatie van een VS in de eerste lijn. Huisartsen ervaren nog enkele bezorgdheden wat betreft de veiligheid voor de patiënt en voor zichzelf bij het werken met een VS.

Een faciliterende factor om met een VS samen te werken, is het huidige tijdsgebrek dat huisartsen ervaren. De motivatie om aan kwaliteitsvolle preventieve en chronische zorg te doen en praktijkverbeterprojecten en populatiemanagement te organiseren, is aanwezig. Dit alles komt in het gedrang door de grote vraag aan acute, dringende zorg. De VS heeft een competentieprofiel die aan de noden van de eerste lijn beantwoordt.

Dr. Y: "Ja en dat die dan wel kunnen de drempel verlagen. Ik denk als er nu huisartsen willen mee doen aan onderzoek dat ze zeggen: 'Ik heb er geen tijd voor en ik heb al zoveel patiënten.' En als je kunt zeggen: 'ja maar ja, we hebben hier onze VS in huis. Die laten we daar contact mee opnemen', dan is dat ook weer leuk. (…) Ik denk dat dat een drempel kan wegnemen. (…) Want nu doen wij wel verbeterprojecten, maar hoe vaak meten we dat effectief? (…) dat echt opvolgen en bekijken wat de effecten zijn." (…) Dr. Z: "Ja en vooral geen tijd voor denk ik."

Dr. D: "(…) maar ik denk dat het niet alleen tijd is, want ik denk dat dat niet de oplossing is per se 'gewoon ze meer tijd geven'. Maar ook gewoon er zodanig mee bezig zijn (…). Wij laten dat rap los als het te druk is of als er ernstige dingen zijn, gaan we dat snel een beetje verwaarlozen. Ik denk dat de verpleegkundige, als dat zijn focus is, gaat hij daar toch meer werk van maken. Ik denk dat we het qua preventie nog altijd niet goed genoeg doen, hè. Zeker niet. Dat er daar nog veel winst te vangen is."

Tijdens de interviews bemerkten huisartsen dat de VS steeds in samenwerking moet staan met een arts om de veiligheid voor de patiënt en voor de arts te bewaren. In deze samenwerkingsrelatie staan de VS en de huisarts naast elkaar (horizontale relatie). Onafhankelijk consulteren en nieuwe medicatie voorschrijven was niet wenselijk en voor sommige huisartsen eerder gevaarlijk, zeker in het kader van een complexe of onstabiele patiënt. De huisarts zou hier volgens hen nog steeds de eindverantwoordelijkheid dragen. Ze zien de VS wel zelfstandig een stabiele, chronische patiënt opvolgen en de chronische medicatie voor deze patiënt verlengen. Ook in deze gevallen dient er een eerste inschatting door de huisarts gemaakt te worden en dient er steeds ruimte te zijn voor overleg.

Dr. Z: "Ja het overnemen van preventieve gezondheidszorg eigenlijk. En ook als mensen op controle komen toch ook de gewone, gekende medicatie voorschrijven of dergelijke. (…) Moest er iets veranderen in heel dat luikje dat het dan terug naar de huisarts gaat die het weer terug up to date zet misschien. (…)" Dr. Y: "Ja, de stabiele chronische patiënt."

Dr. Z: "Ik zou denken via protocolzorg eigenlijk. (…)" Dr. Y: "Autonoom ja, maar wel dat de arts beschikbaar is stel dat het dan toch niet meer stabiel, of als er een niet-pluisgevoel is of zo, dat er wel direct kan gebriefd worden of overlegd worden."

Deze nood aan veiligheid wijten huisartsen aan het feit dat er nog onduidelijkheid heerst over de inhoud van de opleiding en de uiteindelijke bevoegdheden van de VS. De artsen stellen dat het verschil in opleiding tussen VS en huisarts ook een verschil in kennis zou moeten betekenen, waardoor de VS de mogelijkheid tot overleg moet hebben bij complexe en onstabiele patiënten.
De nood aan veiligheid is er ook omdat er geen wettelijk kader is in verband met het voorschrijven door de VS en de bevoegdheden van deze nieuwe functie in de eerste lijn, waardoor de arts tot op heden altijd de eindverantwoordelijkheid draagt.

Dr. G: "Er is ook geen wettelijk kader voor. En ik denk dat op dat vlak wij 'n beetje gehinderd worden in één: wat kan ze? En twee: wat mag ze eigenlijk doen? (…) wij zijn altijd verantwoordelijk geweest, we blijven verantwoordelijk voor alles. Om alles dan af te schuiven naar iemand anders. We blijven nog altijd wel wettelijk aansprakelijk, denk ik. (…) Om dat dan los te laten: ik vind dat op meerdere niveaus lastig en eng."

Discussie

Bij het onderzoek naar de visie van huisartsen op de rol van de VS in de eerste lijn, kwamen drie belangrijke thema's aan bod, namelijk: zelfstandig consultvoeren, kwaliteitsverbetering van zorg en facilitators en bezorgdheden bij de implementatie van een VS in de eerste lijn.

Huisartsen zien de VS in de praktijk zelfstandig consultvoeren in samenwerking met de huisarts, voornamelijk in de preventieve en chronische zorg. Casemanagement is hierbij ook een rol van de VS. De deelnemers zien ook een rol voor de VS in kwaliteitsverbetering, zowel op praktijkniveau als op eerstelijnszoneniveau.

Er heerst discrepantie tussen de rollen die de deelnemers toeschrijven aan de VS en de rollen die beschreven staan in de internationale literatuur en in het competentieprofiel van de VS in de Belgische welzijns- en gezondheidssector (7, 16). Zelfstandig consultvoeren volgens protocollaire zorg en het opzetten van praktijkverbeterprojecten worden eerder toegeschreven aan de VIHP die nu reeds functioneert in de eerste lijn (7, 15). Andere competenties zoals casemanagement, verwijzing en ontslagbeleid komen wel overeen. De reflectiegroep New Deal bevestigde in hun onderzoek dat de verpleegkundige een belangrijke zorgprofessional in een eerstelijnspraktijk is, maar ook hier leunt het takenpakket meer aan bij een VIHP dan bij een VS (17).

Huisartsen melden de nood aan een zorgcoördinator op team- en organisatieniveau in groepspraktijken om het team van (para)medici aan te sturen en bijvoorbeeld uurroosters op te maken. Binnen het Belgisch en internationaal competentiekader is het opmaken van uurroosters geen taak van een VS (7). Zorgcoördinatie wordt ook internationaal toegeschreven als een belangrijke taak van een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk. Hieronder wordt in de literatuur verstaan dat de verpleegkundige de zorg rondom een complexe patiënt coördineert en dus ook op patiëntenniveau de zorg coördineert (18, 19). Dit werd ook door de deelnemers aangehaald, maar werd eerder benoemd als casemanagement.

Volgens de deelnemers kan de VS expertise-uitwisseling tussen praktijken coördineren. Het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn (VIVEL) zet in haar beleidsplan dat samenwerking tussen eerstelijnsactoren essentieel is om de uitdagingen van de toekomst aan te gaan. Ze vermelden, zoals de deelnemers, de nood aan kruisbestuiving (20). Ook in de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 2019-2024 stelt minister Wouter

Beke dat samenwerking in de eerste lijn belangrijk is, met de uitwerking van eerstelijnszones en regionale zorgzones (21).

De VS kan aan populatiemanagement doen. Populatiemanagement in België is volgens een studie in 2021 nog suboptimaal omwille van barrières die zich op beleidsniveau bevinden (22). Door dit op eerstelijnszoneniveau te doen, kunnen ook kwetsbare groepen bereikt worden die op heden hun weg niet vinden naar de huisarts of hun zorg uitstellen. Het is inderdaad zowel internationaal als in België een fenomeen dat socio-economisch zwakkere groepen minder de stap naar de huisarts zetten, en hierdoor vaker naar spoedgevallendiensten gaan bij ziekte of meer nood hebben aan specialistische zorg. Vooral alleenstaande ouders, huisvrouwen en -mannen, werkzoekenden, mensen die arbeidsongeschikt zijn, laagopgeleiden en allochtonen stellen meer zorg uit (23). Voor deze groepen dient er volgens VIVEL meer inspanning geleverd te worden voor een sociaal rechtvaardig en inclusief beleid (20).

Over het algemeen zijn huisartsen enthousiast om met de VS aan de slag te gaan in de eerste lijn en beschrijven de huisartsen faciliterende factoren voor de implementatie van een VS in de eerste lijn. Huisartsen ervaren enkele bezorgdheden wat betreft de veiligheid voor de patiënt en voor zichzelf als huisarts bij het werken met een VS.

Een faciliterende factor is het gebrek aan tijd om tot correcte uitwerking van preventieve en chronische zorg en van kwaliteitsverbetering te komen. In de literatuur werd inderdaad ook gesteld dat de huidige organisatie van zorg met prestatiegeneeskunde, niet toelaat om voldoende tijd te nemen voor de groeiende, complexe, multimorbide, en psychosociaal kwetsbare patiëntenpopulatie. Er is ook een groeiende administratieve last (24). Een systematische review kon een efficiëntere zorgverlening aantonen in de eerste lijn wanneer de VS volledig volgens het competentieprofiel ingezet wordt in landen waar er een tekort is aan huisartsen (25). In Australië kon de samenwerking tussen huisarts en VS de werkdruk verminderen en bijkomend een oplossing bieden voor huisartsarme regio's (26). Hier rijst de vraag of huisartsen voornamelijk omwille van dit tijdsgebrek zouden samenwerken met een VS, of ook omwille van hun competentieprofiel.

De bezorgdheden van de huisartsen kunnen ondergebracht worden in het regenboogmodel van integrale zorg. Dit beschrijft de verschillende niveaus die invloed hebben op de patiënt, namelijk: micro-, meso- en macroniveau (27). Verschillende niveaus worden door de deelnemers besproken.
Op microniveau, bij de huisarts zelf, is er een grote motivatie om aan preventieve en chronische zorg en kwaliteitsverbetering te doen, maar voelen huisartsen een gebrek aan tijd om hiermee aan de slag te gaan. Dit is het gevolg van problemen op mesoniveau (team- en organisatieniveau), met de nood aan een zorgcoördinator. De grootste bezorgdheid is het veiligheidsgevoel van huisartsen bij het samenwerken met een VS door het gebrek aan juridisch kader, wat zich op macroniveau bevindt. In België is er een juridisch kader omtrent de erkenning van de VS als beroep (9), maar op het moment van de interviews was er nog onduidelijkheid over de bevoegdheden van deze beroepsgroep, waaronder het verpleegkundig voorschrift. Nederland voerde voor de VS reeds de wet op voorschrijven in (28). Eind april 2024 werd het wetgevend kader voor de VS goedgekeurd, waardoor autonoom handelen en voorschrijven, binnen een afsprakenkader, vanaf januari 2025 toegestaan wordt voor de VS (10).

Een sterkte van dit onderzoek is dat de deelnemers reeds ervaring hadden met een verpleegkundige in de eerstelijnspraktijk. Naast de huidige context van tijdsgebrek en een gevoel van huisartsentekort, hielp dit om na te denken over de rollen van de VS in de eerste lijn. De geïnterviewde huisartsen waren gemotiveerd om met de VS samen te werken.

Volgens het diffusiemodel van innovaties is het normaal dat er initieel ongeveer 13,5% van de hele groep mee zal innoveren (vroege *adaptors*) met de kleine groep innovators (2,5%). Wanneer dit een succes heeft bewezen zal een volgende groep mee veranderen (34%, vroege meerderheid) en pas nadien volgt de rest (34% late meerderheid en 16% achterkomers) (29).
Verder werd de interviewgids grondig besproken en getoetst door middel van een proefinterview, waarna de effectieve interviews van start gingen. Ook de analyse van de data werd met onderzoekerstriangulatie getoetst, wat de kwaliteit van de resultaten verbeterde.

Een zwakte van dit onderzoek is dat er geen solo-artsen deelnamen aan dit onderzoek en het aantal deelnemers beperkt was. VS'en en andere verpleegkundigen werden niet gerekruteerd. Het zou interessant zijn om de visie van deze groepen mee te onderzoeken.

Een aanbeveling voor verder onderzoek is om de perceptie van patiënten en andere zorgverleners, waaronder de VS zelf, te bevragen over de visie op de rol van de VS in de eerste lijn. Ook de besproken nood aan een gevoel van veiligheid dat gemeld werd door de huisartsen kan nog verder onderzocht worden, om de implementatie van de VS in de eerste lijn in goede banen te kunnen leiden.

De deelnemers haalden enkele aanbevelingen voor de praktijk aan waarmee andere zorgverleners alvast aan de slag kunnen. De VS kan chronische en preventieve zorg verbeteren via zelfstandige consultvoering en interdisciplinaire samenwerking. De VS kan optreden als zorgcoördinator binnen de praktijk en praktijkverbeterprojecten opzetten. De VS kan de samenwerking en expertise-uitwisseling tussen praktijken bevorderen en coördineren. Op eerstelijnszoneniveau kan de VS aan populatiemanagement doen en protocollen opstellen.

Conclusie

Huisartsen die reeds affiniteit hebben met verpleegkundigen in de eerste lijn, kunnen breed denken over de mogelijke rollen van de VS in de eerste lijn. Zelfstandig consultvoeren met oog voor het biopsychosociaal model komt naar voor binnen de rollen van de VS op patiëntenniveau. Kwaliteitsverbetering van zorg op praktijkniveau komt enerzijds aan bod in de vorm van onderzoek, anderzijds kan de VS hiervoor zorgen als zorgcoördinator. De VS kan ook de samenwerking tussen praktijken bevorderen. Kwaliteitsverbetering op eerstelijnszoneniveau kan via protocollen uitwerken en via populatiemanagement. Tijdens de interviews bemerken huisartsen faciliterende factoren en enkele drempels op micro- en op macroniveau. Ondanks de drempels kon deze studie wel een aantal mooie praktijksuggesties identificeren om de rol van de VS in de eerste lijn verder te ontwikkelen.

Referentielijst

1. BVVS. Advanced Practice Nursing in België. Presentatie symposium UHasselt.; 2022.
2. Van Hecke A, Decoene E. Advanced Nurse Led Care in de algemene gezondheidszorg – Geestelijke gezondheidszorg. INTRODUCTIE – ROL KLINISCH EXPERT EN BEHANDELAAR. 2022.
3. Poitras M-E, Chouinard M-C, Fortin M, Girard A, Crossman S, Gallagher F. Nursing activities for patients with chronic disease in family medicine groups: A multiple-case study. Nursing Inquiry. 2016.
4. Poitras M-E, Maltais M-E, Bestard-Denommé L, Stewart M, Fortin M. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. BMC Health Services Research. 2018;18.
5. Fortin M, Hudon C, Gallagher F, Ntetu AL, Maltais D, Soubhi H. Nurses joining family doctors in primary care practices: Perceptions of patients with multimorbidity. BMC Family Practice. 2010;11.
6. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care. 2015;27(5):396-404.
7. Verpleegkundig Specialisten Denktank - Van Hecke A, Decoene, E., Embo, M., Courtens, A., Beeckman, D., Dobbels, F., Goossens, GA., Bergs, J., Jacobs, N., Van Bogaert, P., Verhaeghe, S., Van Achterberg, T., Van Vlaeyen, E., & Goossens, E. Verpleegkundig Specialist in de Belgische gezondheids- en welzijnszorg: Competentiekader. 2021.
8. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
9. Law of 22 April 2019 on the modification of the law of 10 May 2015 on the practice of healthcare professions, Belgisch Staatsblad 14 May 2019.
10. Koninklijk besluit van 14 april 2024 betreffende de vaststelling van de klinische activiteiten en medische handelingen die de verpleegkundig specialist kan uitoefenen en de voorwaarden waaronder de verpleegkundig specialist deze kan uitoefenen, Belgisch Staatsblad (26 04 2024).
11. Roobaert L. WGC Nieuw Gent: PO in WGC Nieuw Gent. Rapport van een praktijkonderzoek. 2021.
12. Van Hecke A, Van Bogaert P, Decoene E, Dobbels F, Goossens E, Goffin T, et al. A legal framework on advanced practice nursing in Belgium: what do we and don't we know? Acta Clinica Belgica. 2020;77(1):65-70.
13. Causmaecker JD, Wonterghem SV. Praktijkondersteuner bij personen met een chronische aandoening. Een kwalitatieve evaluatie in een wijkgezondheidscentrum: Universiteit Gent; 2020-2021.
14. Umarova R. Nurse led care in de eerste lijn. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten: Universiteit Gent; 2019-2020.
15. Kool E. Samenwerken met een praktijkverpleegkundige 2023. Available from: https://www.domusmedica.be/FAQpraktijkverpleegkundige.
16. Stewart D, Schober M, Nissen L, Ladd E, Lamarche K, Bournival M-L, et al. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES: GUIDELINES ON PRESCRIPTIVE AUTHORITY FOR NURSES. 2021.
17. Belche JL, Geentjens P, Van den Bruel A. Eindrapport reflectiegroep 'Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk)'. 2023.
18. Karam M CM-C, Poitras M-E, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N, Hudon C Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. International Journal of Integrated Care. 2021;21(1): 16, 1-21.
19. Chris M, Bridget J, Mark C. A mixed--methods systematic review of nurse--led interventions for people with multimorbidity. Journal of Advanced Nursing. 2022;78:3930-51.

20. Caroline V. De toekomst (van gezondheidszorg en welzijn) is thuis. De toekomst (van eerstelijnsactoren) is samen. Beleidsplan VIVEL 2024-2029. 2024.
21. Beke W. Beleidsnota 2019-2024. Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding. 2019.

22. Steenkamer B, Vaes B, Rietzschel E, Crombez J, Geest SD, Demeure F, et al. Population health management in Belgium: a call-to-action and case study. BMC Health Services Research. 2023;23.
23. Philips H, Rotthier P, Meyvis L, R R. Gebruik en toegankelijkheid VAN de eerstelijnsgezondheidszorg. Hoe bepalend is de sociaalecoomische situatie in Antwerpen? Huisarts Nu. 2011;40:327-31.

24. Strazdinsa E, Dwanb K, Pescudc M, Strazdins L. Part-time in general practice—a remedy to a time-based problem? Family Practice. 2019;36.

25. RP N, JP W, J S-H, KM W, M J, D S, et al. Policy Implications for Optimizing Advanced Practice Registered Nurse Use Nationally. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2012;13(2):81-9.
26. L W. Collaboration between GPs and nurse practitioners. The overseas experience and lessons for Australia. Australian Family Physician. 1999;28(4):349-53.
27. Valentijn P, Schepman S, Opheij W, Bruijnzeels M. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care. 2013;13.
28. Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Human Resources for Health. 2019;17:95.
29. J K. Diffusion of Innovation Theory. Canadion Journal of Nursing informatics. 2011;6(2).

Illustraties en bijlagen

Tabel 1. Karakteristieken deelnemers

Kenmerk		N
Geslacht	Man	2
	Vrouw	8
Leeftijd	<50	6
	= of > 50	4
Type praktijk	Solo	
	Duo	
	WGC	5
	Multidisciplinair	5
Regio praktijk	West-Vlaanderen	3
	Oost-Vlaanderen	3
	Limburg	
	Antwerpen	4
	Brussel	
Andere disciplines in de praktijk	Algemeen coördinator	8
	Zorgcoördinator	1
	Huisartsen	3-10
	Verpleegkundigen	10
	Zorgkundigen	2
	Diëtist	6
	Maatschappelijk werker	6
	Kinesitherapeut	1
	Tandarts	
	Gezondheidspromotor	2
	Podoloog	2
	Psycholoog	4
	Andere	10 (onthaal…)

Bijlage 1. Interviewgids













DEFINITIE (1)

"Advanced practitioner in nursing of APN of verpleegkundig specialisten zijn verpleegkundigen die op een **gevorderd** niveau functioneren in de praktijk. Zij staan in voor **directe patiëntenzorg**, maar gebruiken ook **leiderschaps-, innovatie- en onderzoeksvaardigheden**. Algemeen is een **masteropleiding** vereist om deze rol uit te oefenen."
(1, 2)

DEFINITIE (2)

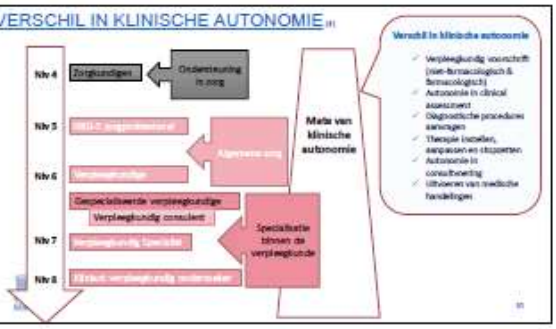
"De rollen en competenties van verpleegkundig specialisten zijn:

- Verpleegkundig specialisten verlenen gespecialiseerde zorg en zijn expert binnen een bepaald zorgdomein (bv. eerstelijn, oncologie, hypertensie, diabetes…). De directe patiëntenzorg neemt vorm aan als een verpleegkundig spreekuur. De directe patiëntenzorg is een belangrijk deel van hun tijdsbesteding. Zij nemen ook het uitvoeren van medisch (gedelegeerde) taken binnen hun zorgdomein voor hun rekening.
- De functies van de verpleegkundig specialisten zijn ruimer dan van een reguliere verpleegkundige of een verpleegkundige in de eerstelijn.
- Verpleegkundig specialisten zijn thuis in twee werelden: praktijk en onderzoek. De focus ligt op voortgang door het toepassen van recente onderzoeksresultaten, het implementeren en evalueren van zorginnovatie en kwaliteitszorg verder ontwikkelen. Ze verbeteren de zorg, stellen evidence-based procedures op en ontwikkelen protocollen voor hun zorgdomein. Ze hebben een duidelijke visie ontwikkeld binnen hun zorgdomein en dragen die ook uit. Zij zijn vaak ook initiators van verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek binnen hun expertise zorgdomein vanuit gedefinieerde onderzoekvragen binnen de praktijk.
- Door de ruime kennis binnen een bepaald zorgdomein wordt de verpleegkundig specialist ingezet om collega's te coachen. Verder treden ze ook op als consultant voor andere professionals binnen of buiten hun praktijk. De multidisciplinaire samenwerking met anders (eerstelijns) gezondheidszorgwerkers is dan ook intensief. Ze geven vaak ook les binnen hun team, maar ook aan scholen, anders gezondheidszorgwerkers.
- Verder helpen ze ook de verpleegkunde als beroep te professionaliseren en verbeteren, doordat ze actief zijn binnen adviesraden, commissies en werkgroepen."
(1, 2)

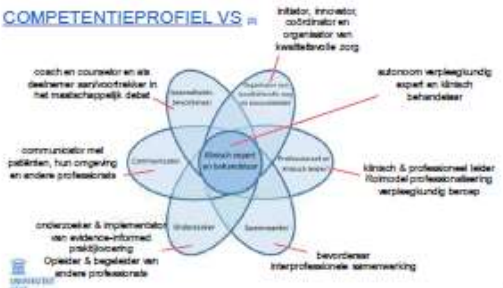
VERSCHILLENDE FUNCTIES BINNEN VERPLEEGKUNDE (2)



VERSCHIL IN KLINISCHE AUTONOMIE (1)



COMPETENTIEPROFIEL VS (3)



SITUATIE IN BELGIË EN INTERNATIONAAL

VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IN BELGIË (1)



VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IN BELGIË (2)

- Recente cijfers:
  - Vlaanderen: 100-120 VS met hoofdfocus in universitaire ziekenhuis
  - Aandeel in eerste lijn tot nu toe beperkt (in aantal maar ook moeilijk te detecteren door ook andere benamingen)

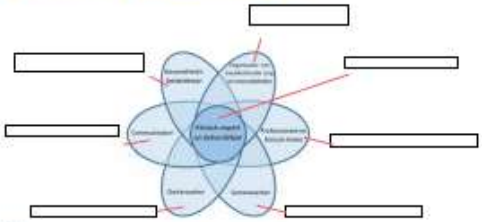
INTERNATIONAAL

- Canada: verschillende rollen voor de verpleegkundig specialist uitgeroid in family medicine groups
- US: "APN in the US (…), generated better outcomes on patient-reported available time, listening skills and providing understandable explanations, an increase in annual check-up uptake, and a long-term reduction in avoidable emergency room visits."
- Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, France, Ireland, Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, United Kingdom (UK): wet voor het voorschrijven door verpleegkundigen
- …

DENKOEFENING

- Denk: geen grenzen aan de mogelijkheden / in de ideale wereld…
- Focus: verpleegkundig specialist en eerste lijn

HOE ZOU JE DE (CANMEDS) ROLLEN INVULLEN VOOR EEN VS IN DE EERSTE LIJN?



STELLINGEN/VRAGEN

Denk: geen grenzen aan de mogelijkheden / in de ideale wereld…
Focus: verpleegkundig specialist en eerste lijn

WELKE ROLLEN ZIE JE VOOR DE VS IN DE EERSTE LIJN?

- Complementaire zorg vs. zorgsubstitutie
- Praktijkniveau vs. eerstelijnszone vs. transmuraal vs. internationaal
- Reguliere zorg vs. buiten reguliere zorg
- Coördinerend en organisatorisch (innoverend) vs. operationeel en binnen team (optimaliserend)
- Educatie en adviesverlening:
  - Aan patiënten vs. aan zorgverleners
  - Organiseren van opleiding (leider) vs. meewerken aan opleiding (gesprekspartner)
- Opzetten en leiden onderzoek vs. meewerken, opvolgen en EBP werken
- Kwaliteitsprojecten: ontwikkelen vs. initiëren vs. meewerken

COMPLEMENTAIRE ZORG VS. ZORGSUBSTITUTIE

Complementaire zorg ⟷ Zorgsubstitutie

NIVEAU: PRAKTIJK VS EERSTELIJN VS TRANSMURAAL VS INTERNATIONAAL



REGULIERE ZORG VS BUITEN REGULIERE ZORG

Binnen reguliere zorg ⟷ Buiten reguliere zorg

COÖRDINEREND EN ORGANISATORISCH (INNOVEREND) VS. OPERATIONEEL EN BINNEN TEAM (OPTIMALISEREND)

Innoverend ⟷ Optimaliserend

EDUCATIE EN ADVIESVERLENING AAN PATIËNT VS. AAN ZORGVERLENERS

Educatie en adviesverlening

Patiënt ⟷ Zorgverleners

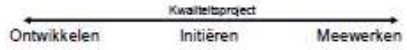
EDUCATIE EN ADVIESVERLENING: ORGANISEREN (LEIDER) VS. MEEWERKEN (GESPREKSPARTNER)



ONDERZOEK: OPZETTEN EN LEIDEN VS. MEEWERKEN, OPVOLGEN EN EBP WERKEN



KWALITEITSPROJECTEN: ONTWIKKELEN VS. INITIËREN VS. MEEWERKEN



REFERENTIELIJST

1. A. Van Hecke DB, S. Verhaeghe, E. Decoene. Verpleegkundig specialisten in Vlaamse algemene en universitaire ziekenhuizen: hun functie-inhoud. Tijdschrift voor Gerontologie. 2017;72:1006-48.
2. A, Van Hecke PVE, E. Decoene, F. Dobbels, E. Goossens, T. Griffin, G.A. Goossens, S. Verhaeghe. A legal framework on advanced practice nursing in Belgium: what do we and don't we know? Acta Clinica Belgica. 2020;27(1):65-70.
3. Verpleegkundig Specialisten Denktank - Van Hecke A, Decoene, E., Fridio, M., Courtens, A., Beeckman, D., Dobbels, F., Goossens, GA., Bergs, J., Jacobs, N., Van Bogaert, P., Verhaeghe, S., Van Achterberg, T., Van Vlaenen, E., & Goossens, E. Verpleegkundig Specialist in de Belgische gezondheids- en welzijnszorg: Competentieladder. 2021.
4. Van Hecke A, Decoene E. Advanced Nurse Led Care in de algemene gezondheidszorg – Geestelijke gezondheidszorg. INTRODUCTIE – ROL KLINISCH EXPERT EN BEHANDELAAR. 2022.
5. BVVS. Advanced Practice Nursing in België. Presentatie symposium Hasselt.; 2022.
6. Marie-Eve Poitras M-CC, Martin Fortin, Ariane Girard, Sue Crossman, Frances Gallagher. Nursing activities for patients with chronic disease in family medicine groups: A multiplecase study. Nursing Inquiry. 2016.
7. Martin Fortin CH, Frances Gallagher, Antoine L Nitets, Danielle Maltais, Hassan Soubhi. Nurses joining family doctors in primary care practices: Perceptions of patients with multimorbidity. BMC Family Practice. 2010;11.
8. Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Human Resources for Health. 2019;17:95.

Karen Vereecke
HAIO

VAKGROEP Volksgezondheid en eerstelijnszorg

E karen.vereecke@ugent.be
M +32 479136791

www.ugent.be

Universiteit Gent
@ugent
@ugent
Ghent University

Bijlage 2.

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Ann Van Hecke
Centrum voor vaccinologie
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Alhier

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Karen Beatrice Vereecke	23/12/2022	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2022-0318	nvt	B6702022000718

Betreft:
Wat is de visie van huisartsen op de rol van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn? Een kwalitatief onderzoek. - Scriptie Karen Vereecke

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 14/12/2022.

EC geeft op 14/12/2022 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

CC: FAGG

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

Dankwoord

Met dank aan beide promotoren Ann Van Hecke en Pauline Boeckxstaens voor hun passie en geduld. Bedankt aan Madieke Maseman voor haar begeleiding tijdens de werkuren in de praktijk en haar bereikbaarheid bij vragen.