

De rol van de VIHP bij chronische zorg in de huisartsenpraktijk:

een prospectief, kwalitatief onderzoek a.d.h.v. interviews met VIHP's en huisartsen.

Fran Capitaine, huisarts-in-opleiding, VUB
in samenwerking met
Anneleen Caluwaerts, expert gezondheidsbevordering, Domus Medica

Promotor: Prof dr Pauline Boeckxstaens
Copromotor: dr Justin Gouhie
Vakgroep volksgezondheid en eerstelijnszorg, UGent

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 - 2026

Deze thesis werd opgesteld met oog op publicatie.

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

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

ABSTRACT

ACHTERGROND

De stijgende prevalentie van chronische aandoeningen vormt een uitdaging voor de zorg door de aanzienlijke bijdrage aan morbiditeit en mortaliteit. De ziektegeoriënteerde organisatie van de gezondheidszorg is ontoereikend voor multimorbiditeit, gedefinieerd als het gelijktijdig voorkomen van minstens twee chronische aandoeningen, en vereist een doelgerichte aanpak die ook psychosociale- en omgevingsfactoren omvat. Zorgsubstitutie, waarbij taken tussen verschillende zorgverleners worden verdeeld, kan dit ondersteunen, zeker gezien de groeiende zorgvraag en het tekort aan huisartsen. De concrete invulling van de rol van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) bij chronische zorg is onduidelijk. Deze studie verkent (1) de verwachtingen van huisartsen (HA) en VIHP's omtrent de rol van de VIHP bij chronische zorg en (2) de praktische invulling ervan.

METHODE

In de periode van juli 2025 tot en met december 2025 werden HA en VIHP's uit Vlaamse huisartsenpraktijken geïnterviewd a.d.h.v. een semigestructureerde interviewgids. De verkregen data werd na transcriptie en codering onderworpen aan een thematische analyse.

RESULTATEN

PRAKTIJKINFORMATIE: Negen huisartsenpraktijken werden geïncludeerd (n = 22 deelnemers), met variatie in geografische spreiding, model van financiering, opleidingsniveau van de VIHP en mate van zorgsubstitutie. De VIHP werkte gemiddeld 4 jaar in de huisartsenpraktijk, had minstens 10 jaar eerdere werkervaring en 33% had een postgraduaat VIHP. THEMATISCHE ANALYSE: *DYNAMISCHE ROLOMSCHRIJVING*: De VIHP ondersteunt vooral bij verpleegtechnische-, preventieve- en praktijkondersteunende taken met een beperkte betrokkenheid bij chronische zorg. Eén praktijk legde vooraf samenwerkingsdoelen vast, terwijl een duidelijke taakomschrijving in de andere praktijken ontbrak. *ZIEKTEGERICHTE VS DOELGERICHTE ZORG*: Praktijkprotocollen kunnen de samenwerking bij chronische zorg faciliteren, maar zijn ontoereikend bij multimorbiditeit door overlap, conflict en/of beperkte afstemming op de individuele zorgcontext. Dit vergt een doelgerichte benadering, hetgeen VIHP's als uitdagend ervaren. *BIJKOMENDE UITDAGINGEN*: Samenwerking wordt verder bemoeilijkt door tijdsdruk, financiële onzekerheid en gebrek aan infrastructuur. *VERBETERING IN ZORGKWALITEIT*: Op patiëntniveau worden zorgvragen gegroepeerd per consultatie wat de zorgcontinuïteit bevordert. Op praktijkniveau stimuleert de VIHP enerzijds overleg en anderzijds uniform handelen a.d.h.v. praktijkprotocollen.

CONCLUSIE

Bij samenwerking met de VIHP ligt de nadruk minder op chronische zorg. Hoewel HA en VIHP's meer geïntegreerd willen samenwerken, blijft dit in de praktijk beperkt. Vooraf doelen vastleggen en evalueren kan deze vorm van samenwerking, die nodig is bij chronische zorg, bevorderen. Verder wordt de samenwerking bemoeilijkt door multimorbiditeit, tijdsdruk, financiële- en structurele uitdagingen. Deze studie bevestigt dat interprofessionele samenwerking de zorgkwaliteit kan verbeteren en benadrukt de nood aan toekomstig onderzoek omtrent de rol van de VIHP bij chronische zorg.

Kernbegrippen: VIHP, huisartsenpraktijk, samenwerking, chronische zorg

INHOUDSTAFEL

INLEIDING **p. 1**

METHODE **p. 3**

LITERATUURSTUDIE

REKRUTERING VAN PARTICIPANTEN

INTERVIEW VAN PARTICIPANTEN

TRANSCRIPTIE EN CODERING VAN DATA

RESULTATEN **p. 4**

PRAKTIJKINFORMATIE

DYNAMISCHE ROLOMSCHRIJVING

ZIEKTEGERICHTE VS DOELGERICHTE ZORG

BIJKOMENDE UITDAGINGEN

VERBETERING IN ZORGKWALITEIT

DISCUSSIE **p. 10**

DE INTEGRATIE VAN CHRONISCHE ZORG IN HET TAKENPAKKET VAN DE VIHP

DE IMPACT VAN MULTIMORBIDITEIT

BIJKOMENDE UITDAGINGEN

INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING VERBETERT DE ZORGKWALITEIT

STERKTES EN ZWAKTES

AANBEVELINGEN

CONCLUSIE

BIJLAGEN **p. 13**

BIJLAGE 1: GOEDKEURING ETHISCH COMITE

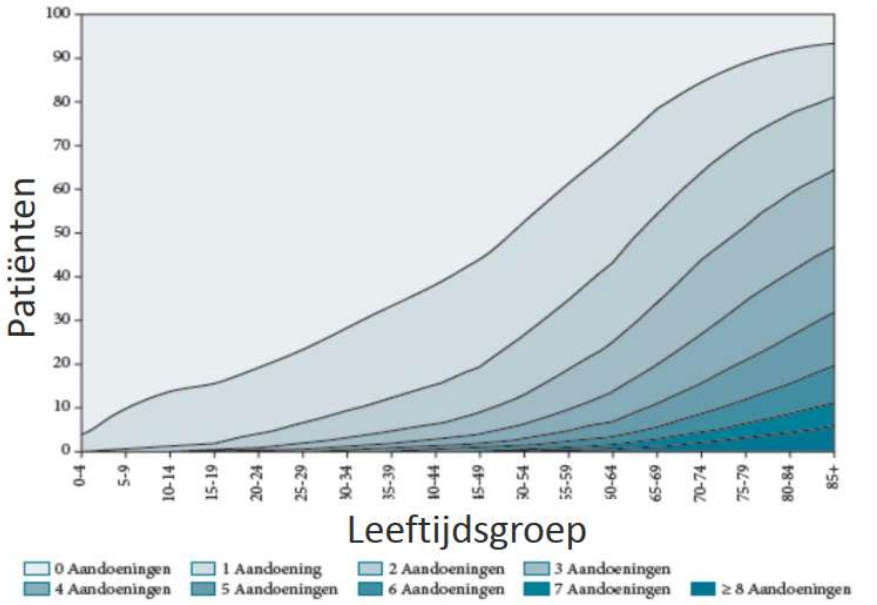
BIJLAGE 2: INTERVIEWGIDS

LITERATUUR **p. 15**

INLEIDING

Multimorbiditeit, gedefinieerd als het simultaan voorkomen van ten minste twee chronische aandoeningen bij een patiënt, vormt een uitdaging voor de gezondheidszorg. Enerzijds op individueel vlak vanwege de toename in morbiditeit en mortaliteit. Anderzijds op maatschappelijk vlak door het verhoogd zorggebruik resulterend in organisatorische en financiële dilemma's (1).

De prevalentie van multimorbiditeit is hoog en stijgende, wat deels kan worden toegeschreven aan een toename in vroegdetectie van chronische aandoeningen zoals bv. diabetes en hypertensie. In de huisartsenpraktijk vertonen 23–58% van de patiënten multimorbiditeit, waarbij zij 53–78% van de consultaties vertegenwoordigen (1). Daarnaast draagt de toenemende vergrijzing ook bij aan een verhoogde kans op het ontwikkelen van multimorbiditeit (Figuur 1). In België behoort meer dan 60% van de 65-plussers tot deze patiëntenpopulatie (2, 3).



Figuur 1: De relatie tussen leeftijd en multimorbiditeit (1).

De huidige ziektegeoriënteerde organisatie van de gezondheidszorg is ontoereikend voor de opvolging van patiënten met multimorbiditeit. De zorg is voornamelijk gefocust op de ziektecontrole van afzonderlijke aandoeningen zonder voldoende rekening te houden met de onderlinge interacties en verwachtingen van patiënten. De toepassing van ziektespecifieke richtlijnen bij multimorbiditeit leidt tot gefragmenteerde zorg waardoor de zorgcontinuïteit onder druk komt te staan (4, 5).

Chronische zorgverlening vereist een bredere benadering dan louter het biomedisch perspectief. Om de multifactoriële samenhang binnen een chronisch zieke patiënt beter te begrijpen, is het nodig om ook psychosociale- en omgevingsfactoren te integreren (4, 5). Doelgerichte zorg biedt hierbij een passend kader gezien deze benadering niet alleen rekening houdt met de genoemde factoren maar ook met de verwachtingen van de patiënt en de haalbaarheid van vooropgestelde doelen (6).

Zorgsubstitutie, waarbij taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende zorgactoren worden herverdeeld, kan bijdragen aan de implementatie van doelgerichte zorg in de huisartsenpraktijk. Dit is nodig omdat de toename van het aantal patiënten dat chronische zorg vereist, in combinatie met het tekort aan huisartsen, een herverdeling van zorgtaken steeds noodzakelijker maakt om de kwaliteit van de zorg te kunnen garanderen (7 - 10). Samenwerken met een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) kan hierbij ondersteuning bieden. Voorgaand onderzoek heeft reeds aangetoond dat deze samenwerking de kwaliteit van zorg zelfs verbetert (11 – 13). Echter, gezien de VIHP een relatief nieuwe functie is, bestaat er nog onvoldoende consensus rond de samenwerking met huisartsen voor de chronische zorg van patiënten.

ONDERZOEKSVRAGEN

(1) Welke verwachtingen hebben huisartsen (HA) en VIHP's over de rol van de VIHP in de opvolging van patiënten met chronische aandoeningen in de huisartsenpraktijk?
(2) Hoe wordt de rol van de VIHP omtrent de opvolging van patiënten met chronische aandoeningen toegepast in de huisartsenpraktijk?

METHODE

LITERATUURSTUDIE

In de periode van januari tot mei 2024 werd een literatuurstudie uitgevoerd m.b.v. PubMed, Embase, Google Scholar en de ICHO-masterproef databank. Volgende zoektermen werden gebruikt: 'nurse practitioner', 'general practitioner', 'primary care', 'multimorbidity', 'chronic care', 'verpleegkundige', 'multimorbiditeit', en 'chronische zorg'. Na een titel- en abstractscreening werden studies waarvan de volledige tekst beschikbaar wad via open access geïncludeerd. Aanvullende literatuur werd geselecteerd via de sneeuwbalmethode op basis van referenties van geselecteerde publicaties.

REKRUTERING VAN PARTICIPANTEN

Na goedkeuring door het Ethisch Comité van universiteit Gent (Bijlage 1) werden huisartsenpraktijken per e-mail uitgenodigd voor deelname. De selectie gebeurde op basis van eerdere stageplaatsen, geografische nabijheid, samenwerking met Domus Medica en/of interne doorverwijzing. Er werd gestreefd naar voldoende variatie in locatie, model van financiering, opleiding van de VIHP en mate van zorgsubstitutie. Vlaamse praktijken die zouden willen samenwerken met een VIHP maar dit op heden nog niet deden, werden niet geëxcludeerd. Volgende exclusiecriteria werden gehanteerd: praktijken zonder VIHP en zonder samenwerkingsintentie, praktijken waarbij de VIHP enkel ondersteuning bood bij huisbezoeken en praktijken waar HA of VIHP niet beschikbaar was voor het interview. Praktijken werden uiteindelijk geïncludeerd nadat beide partijen de geïnformeerde toestemming hadden ondertekend bij aanvang van het interview.

INTERVIEW VAN PARTICIPANTEN

In de periode van juli tot en met december 2025 werden deelnemers geïnterviewd in hun praktijk a.d.h.v. een semigestructureerde interviewgids gevalideerd door de (co-)promotoren (Bijlage 2). Deze kwalitatieve studie werd uitgevoerd met één onderzoeker als interviewer (F.C.) en de andere als verslaggever (A.C.). Bij afwezigheid van een onderzoeker werd het interview met een gsm-recorder opgenomen en na transcriptie verwijderd.

TRANSCRIPTIE EN CODERING VAN DATA

Elke opname werd handmatig getranscribeerd en herschreven tot een uniforme tekst. Vervolgens werd deze tekst opgeslagen op de VUB OneDrive van F.C. beveiligd met tweestapsverificatie. Tekstfragmenten werden nadien door F.C. en A.C. gecodeerd en gegroepeerd tot voorlopige thema's, waarna deze na overleg tussen F.C. en J.G. verder verfijnd werden.

RESULTATEN

PRAKTIJKINFORMATIE

Er werden negen huisartsenpraktijken geïncludeerd, resulterend in 22 deelnemers. Bij elk interview was minstens één VIHP en minstens één HA aanwezig, met uitzondering van één praktijk waar door omstandigheden enkel de VIHP kon worden geïnterviewd. Tabel 1 illustreert dat de geïncludeerde praktijken variatie vertonen op vlak van geografische spreiding (met uitzondering van Limburg), model van financieringl, opleiding van de VIHP en mate van zorgsubstitutie.

44% van de deelnemende praktijken is gevestigd in Oost-Vlaanderen, 22% in Vlaams-Brabant, 22% in Antwerpen en 11% in West-Vlaanderen. 66% werkt prestatiegericht, 22% forfaitair (nl. wijkgezondheidscentra) en 11% volgens het New Deal model. In 44% van de praktijken was meer dan één VIHP werkzaam. De VIHP werkte gemiddeld vier jaar in de huisartsenpraktijk, had minstens tien jaar eerdere werkervaring (niet in tabel 1 weergegeven) en 33% beschikte over een postgraduaat VIHP.

Tabel 1: Praktijkinformatie

Praktijk	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
Locatie	OV, landelijk	OV, stedelijk	VB, landelijk	A, stedelijk	A, stedelijk	VB, landelijk	OV, landelijk	OV, landelijk	WV, landelijk
Financiering	PG	F	PG	PG	F	PG	PG	PG	NW
# HA	5	6	3	3	2	6	5	4	2
# VIHP	2	5	1	1	2	2	1	1	1
# jaar samenwerking tussen HA en VIHP	5	0.5	3	15	7	4	2	1	4
Postgraduaat VIHP	/	/	/	/	/	ja	ja	ja	/

Afkortingen:
 # = aantal,
HA = huisarts(en), VIHP = verpleegkundige in de huisartsenpraktijk,
PG = prestatiegericht, F = forfaitair (nl. wijkgezondheidscentra), ND = New Deal,
OV = Oost-Vlaanderen, VB = Vlaams-Brabant, A = Antwerpen, WV = West-Vlaanderen.

DYNAMISCHE ROLOMSCHRIJVING

ALGEMENE VERWACHTINGEN

Huisartsen benadrukken dat de rol van VIHP meer omvat dan enkel het uitvoeren van technische handelingen. Hierdoor vergt de functie zelfstandigheid en brede inzetbaarheid. Om die reden wordt werkervaring vaak hoger ingeschat dan de mate van opleiding bij de aanwerving van een VIHP, hoewel het behalen van een postgraduaat doorgaans wel wordt aangemoedigd.

HA 1 "Een goede VIHP gaat verder dan haar job."

HA 6 "Ik denk dat het hebben van eerdere ervaring in de zorg belangrijk is omdat dit resulteert in meer zelfstandigheid en maturiteit om op die manier met de veelzijdigheid van de job om te kunnen."

HA 7 "Een VIHP moet niet enkel prikken... Elke VIHP heeft een specifieke achtergrond en die rugzak aan kennis is een grote meerwaarde voor de praktijk."

Daarnaast wijzen VIHP's op de grote veelzijdigheid van de huisartsgeneeskunde die overweldigend kan zijn. Dit vormt een uitdaging als de motivatie vooral gericht is op het werken binnen vaste kantooruren van de huisartsenpraktijk tegenover het shiftwerk van ziekenhuizen.

VIHP 2 "De VIHP mag de job niet onderschatten, want huisartsgeneeskunde is zeer breed waardoor dit overweldigend kan zijn. De structurele omkadering van de job mag de drijfveer niet zijn."

VIHP 9 "De rol is zeer breed dus je moet hier wel mee om kunnen. Het takenpakket is niet duidelijk afgelijnd, en varieert van praktijkmanagement tot contact met patiënten, ..."

BREED TAKENPAKKET

In tabel 2 wordt een niet-limitatieve oplijsting gegeven van de mate van zorgsubstitutie dat aan bod komt, hetgeen de veelzijdigheid van de job illustreert. De VIHP's worden voornamelijk ingezet voor verpleegtechnische en preventieve taken. Twee praktijken gaven aan te werken rond acute zorg, met name ondersteuning bij infectieraadpleging (nl. anamnese en consultatie afronden na adviezen van de HA). Alle VIHP's gaven aan sterk betrokken te zijn bij administratieve en logistieke taken. De focus bij chronische zorg ligt vooral op diabeteszorg en 24-uurs bloeddrukmonitoring waarbij dit zich vooral beperkt tot de opstart en registratie van de metingen.

In één praktijk werden de doelstellingen van de VIHP vooraf vastgelegd (nl. praktijkondersteuning met bijkomende hulp bij bloedafnames en vaccinaties) terwijl een duidelijke taakomschrijving in alle andere praktijken ontbrak voorafgaand aan de tewerkstelling.

HA 1 "Aanvankelijk was er geen specifiek takenpakket. Er staat wel wat beschreven op Domus Medica, maar eigenlijk staat de functie van de VIHP nog in zijn kinderschoenen. De samenwerking was voor ons dan ook een sprong in het duister."

VIHP 7 "Het kan geen kwaad te starten met verpleegtechnische taken, zoals bloednames en ECG's, om op die manier vertrouwen te krijgen met de patiëntenpopulatie. Al snel kwamen hier andere taken bij: MMSE-testing en vroegtijdige zorgplanning, nazicht bij polyfarmacie, rookstopbegeleiding, educatie bij nieuwe diagnose, ..."

Tabel 2: Mate van zorgsubstitutie

Kerntaak	Omschrijving
Administratie	- Postbeheer - Beheer zorgelementen in het globaal medisch dossier - Telefonische triage - Beheer van de agenda - Boekhouding - ...
Logistiek	- Sterilisatie medisch materiaal - Aanvullen medisch materiaal van de kabinetten - Nazicht medicatie kast, urgentietrousse en vaccinaties - ...
Kortedurende zorg / Verpleegtechnische zorg	- Bloedafnames - ECG's afnemen - Oren uitspuiten - Cryotherapie - Wondzorg - ...
Preventieve zorg	- (Reis)vaccinaties (zowel organisatie als uitvoering) - Bevolkingsonderzoeken (zowel organisatie als registratie) - ...
Chronische zorg	- 24-uurs bloeddrukmonitoring - Voetonderzoek bij diabetespatiënten - Spirometrie (vooral diagnostiek) - Opvolging van obesitas (wegen en meten, bespreken van leefstijl) - Medicatienazicht (vooral controle therapietrouwheid) - MMSE afname - Educatie nieuwe diagnose - ...
Andere	- Intakegesprek van nieuwe patiënten - Gesprek vroegtijdige zorgplanning - Rookstopbegeleiding - Acute zorg: ondersteuning bij infectieraadpleging - Huisbezoeken - ...

ZIEKTEGERICHTE VS DOELGERICHTE ZORG

ZIEKTEGERICHTE ZORG

Praktijkprotocollen bieden een gestructureerd kader in het bevorderen van uniform handelen en het duidelijk afbakenen van taken en verantwoordelijkheden binnen een praktijk. Bij het opstellen van dergelijke protocollen speelt naast het gebruik van evidence-based richtlijnen ook het intercollegiaal overleg een belangrijke rol waarbij HA en VIHP's hun inzichten en ervaringen per ziektebeeld delen om zo een geïntegreerde samenwerking te bekomen.

VIHP 3 "Praktijkprotocollen worden opgesteld a.d.h.v. vooraf opgestelde doelstellingen en steeds in samenwerking met een arts, waarbij de arts ook aanraadt welke bronnen best gebruikt worden. Door een protocol komen alle neuzen in één richting te staan wat de samenwerking bevordert."

HA 4 "Er is het diabetesprotocol, voornamelijk gebaseerd op de adviezen van Domus Medica en de Diabetes Liga. Sinds kort is er ook een protocol rond obesitas waarbij we vooral focussen op opvolging en eventuele adviezen bij medicatie. Daarnaast wordt ook veel gedaan rond spirometrie, maar dan eerder op diagnostisch vlak. We zijn nu bezig met een protocol rond hartfalen en plannen ook ééntje op te stellen rond nierfalen, maar we weten nog niet goed hoe we hier aan moeten beginnen."

DOELGERICHTE ZORG

De bestaande protocollen worden vaker als ontoereikend ervaren wanneer deze toegepast worden bij patiënten met multimorbiditeit, aangezien deze overlappen, conflicteren of onvoldoende aansluiten bij de individuele zorgcontext. Bij deze complexere situaties kregen de doelstellingen en perspectieven van de patiënt meer gewicht, waardoor de chronische zorg vaker doelgericht in plaats van strikt protocollair wordt benaderd, wat VIHP's als uitdagend ervaren.

VIHP 2 "Huisartsgeneeskunde is ook holistische zorg. We moeten achterhalen wat de mensen drijft. Een obese patiënt zomaar naar een beweegcoach sturen werkt vaak niet, maar als je weet wat voor die persoon belangrijk is, bv. de kleinkinderen van school kunnen halen ondanks kniepijn, dan ontstaat er motivatie om aan die gezondheid te werken. Chronische zorg is dus patiëntgericht en niet zozeer protocollair."

HA 3 "Een patiënt die op consultatie komt met verschillende chronische aandoeningen is complex want er heerst overlap tussen verschillende protocollen. Soms ben ik dan jaloers op die specialisten omdat zij de patiënt zien voor één specifieke reden... Al geeft het dan wel voldoening om als huisarts die totale opvolging te kunnen garanderen."

VIHP 8 "In de huisartsenpraktijk overlappen chronische aandoeningen vaak, wat het navolgen van protocollen moeilijk maakt. Het is gemakkelijker als ik patiënten kan zien met een afgebakende zorgvraag, want als hiervan afgeweken wordt, geraak ik het overzicht soms kwijt."

BIJKOMENDE UITDAGINGEN

TIJDSDRUK

Samenwerking vereist overleg, zowel op patiënt- als op praktijkniveau, o.a. voor het uitvoeren van consultaties (al dan niet protocolgestuurd), het ontwikkelen van praktijkprotocollen, en/of het bespreken van extra zorgvragen die voortkomen uit de consultaties van de VIHP. Binnen drukke agenda's is dit vaak moeilijk.

HA 4 "Er is en mag geen drempel zijn om iets te vragen. Vragen kunnen gesteld worden tijdens het wekelijks overleg, of indien dringend tussendoor. We hangen wel vast aan onze agenda, waardoor de planning niet zo flexibel is om snel tussendoor te overleggen... Soms zorgt dit voor drukte en choas..."

VIHP 5 "Ik werk hier maar halftijds waardoor ondersteuning bij chronische zorg niet haalbaar is naast al mijn andere taken."

FINANCIELE ONZEKERHEID

Gebrek aan financiële zekerheid voor de tewerkstelling van een VIHP vormt een bijkomende uitdaging. Alle prestatiegerichte praktijken geven aan dat zij de handelingen van de VIHP superviseren zodat deze getarifeerd kunnen worden. In forfaitaire praktijken, zoals de geïnterviewde wijkgezondheidscentra, wordt de VIHP vergoed via het verpleegkundig forfait waarbij een aanzienlijk deel van dit budget naar huisbezoeken gaat en hierdoor minder overblijft voor het vergoeden van taken binnen de huisartsenpraktijk. De New Deal praktijk geeft aan dat de premie ontoereikend is om de VIHP een marktconform loon te kunnen bieden.

HA 1 "Als prestatiegerichte praktijk moeten de rekeningen kloppen om medewerkers te kunnen betalen. Daarbij is de New Deal nog erg onduidelijk, waardoor we voorlopig volgens het prestatiegerichte systeem blijven werken."

HA 9 "Financiering blijft ook in onze New Deal praktijk een drempel. Vergoeding is nog steeds niet voldoende om een VIHP van een maandloon te kunnen voorzien. Daarnaast kunnen ook geen aparte supplementen aangevraagd worden voor de uitvoering van technische prestaties door de VIHP."

STRUCTUREEL DILEMMA

Het tekort aan consultatieruimte wordt ook aangehaald, wat de verdere uitbouw van zelfstandige VIHP-consultaties bemoeilijkt.

HA 5 "Voorlopig is er geen extra kabinetruimte vrij voor de VIHP... Vaccinaties gebeuren voorlopig in de keuken... Als we willen evolueren naar aparte consultaties voor de VIHP dan zullen we moeten verhuizen."

VERBETERING IN ZORGKWALITEIT

ZORGCONTINUITEIT

De VIHP draagt bij aan de continuïteit van zorg door mee ondersteuning te bieden in de preventie, educatie en opvolging van chronische patiënten. De VIHP fungeert ook als extra controleorgaan doordat deze makkelijk toegankelijk is en doordat er vaak meer tijd is waardoor bijkomende vragen of problemen kunnen worden opgemerkt.

HA 1 "Patiënten kwamen initieel met wantrouwen, maar al snel won de VIHP hun vertrouwen. De VIHP is nu het gezicht van de praktijk geworden, waardoor patiënten laagdrempelig aankloppen."

VIHP 3 "Chronische zorg komt in het gedrang door het huisartsentekort. Ik hou mee een oogje in het zeil o.a. tijdens die routine bloedafnames. Als ik merk dat de medicatie niet klopt, dan spoor ik de patiënt aan terug te komen voor educatie hieromtrent. Hierdoor merken we dat de opvolging beter verloopt."

HA 8 "Elk consult van de VIHP duurt min. 15 min zodat er ruimte is voor andere zaken. De VIHP fungeert hier dus als extra controle. De samenwerking zorgt dan wel niet voor 100% ontlasting, want als bepaalde zaken opgespoord worden, moeten we hier ook mee aan de slag. De kwaliteit van zorg verbetert echter wel."

EFFICIENTIE VAN ZORG

Taakdelegatie tussen VIHP en HA kan chronische zorg behapbaar maken door zorgvragen te groeperen per afzonderlijke consultatie. Hierdoor blijft de zorgverlening overzichtelijk en verlopen consultaties tijdsefficiënter.

HA 3 "Die taakdelegatie ontlast zowel qua tijd als mentaal door die zorg te kunnen opsplitsen. De diabetespatiënt passeert bv. eerst bij de VIHP voor medicatienazicht, voetcontrole, of bloedafname waarna de resultaten van de onderzoeken bij de arts besproken worden."

HA 8 "De behandeling en opvolging van chronische patiënten blijft moeilijk omdat hier vaak sprake is van polypathologie, en je soms het bos door de bomen niet kunt zien. De samenwerking met de VIHP ondersteunt hierin enorm."

DISCUSSIE

DE INTEGRATIE VAN CHRONISCHE ZORG IN HET TAKENPAKKET VAN DE VIHP

In deze studie bevestigen zowel HA als VIHP's dat het takenpakket van de VIHP veelzijdig is en kan evolueren i.f.v. de competenties van de VIHP (mogelijks ondersteunt door een postgraduaat), de noden van de patiënten en de praktijk en het opgebouwde vertrouwen bekomen uit de duur en/of mate van samenwerking (14).

Het takenpakket komt grotendeels overeen met de opleidingsfiches van het VIHP-graduaat, maar wordt in de praktijk vooral ingevuld op basis van werkervaring. De VIHP's uit deze studie hebben gemiddeld vier jaar ervaring in de huisartsenpraktijk, waarbij men in deze fase vertrouwd geraakt met de patiëntenpopulatie en voornamelijk afgebakende taken opneemt. Daarnaast beschikken alle VIHP's over minstens tien jaar eerdere werkervaring, terwijl een derde de VIHP-opleiding volgde. Dit maakt het moeilijk om de impact van eerdere werkervaring versus opleiding te vergelijken met oog op taakomschrijving. Werkervaring lijkt essentieel, terwijl een postgraduaat als aanvullende meerwaarde wordt beschouwd. Toch kan zo'n postgraduaat de focus op chronische zorg versterken door relevante competenties, zoals beschreven in de opleidingsfiches, verder te ontwikkelen. De meerwaarde hiervan is bij HA nog weinig bekend. Dit kan worden verklaard doordat de opleiding relatief nieuw is (sinds 2016) en hierdoor slechts een beperkt aantal afgestudeerde VIHP's deze competenties reeds in de praktijk toepast (14–16).

Verder blijkt uit de studie dat HA en VIHP's een brede samenwerking beogen, maar dit vaak beperkt blijft tot taakdelegatie. Hierdoor ligt de nadruk eerder op taken zoals kortdurende zorg (bv. verpleegtechnische handelingen) en praktijkondersteuning (nl. logistiek en administratie) dan op chronische zorg. In lijn met Careau et al. kan het helpen om vooraf de doelen van de samenwerking te formuleren en tijdig te herevalueren om een meer geïntegreerde samenwerkingsvorm te bekomen, zoals vereist is bij chronische zorg. Met uitzondering van één praktijk werden de doelstellingen van de VIHP niet vooraf vastgelegd, waardoor een duidelijke taakomschrijving ontbrak. Dit gebrek aan vooraf bepaalde doelen kan mogelijk verklaren waarom de samenwerking, ondanks de verwachtingen, niet evolueert naar een meer geïntegreerde vorm (= *concerted practice*) en eerder beperkt blijft tot minimale interactie (= *parallel practice*, bv. een bloedafname) of unidirectionele samenwerking (= *reference practice,* bv. wondzorg op vraag van de arts) (17).

DE IMPACT VAN MULTIMORBIDITEIT

VIHP's kunnen ook bijdragen aan het opstellen van praktijkprotocollen die evidence-based richtlijnen vertalen naar de praktijk en uniforme werkafspraken bevorderen (15, 16, 18). In deze studie betreft dit vooral protocollen rond kortdurende en preventieve zorg en minder rond chronische zorg. Multimorbiditeit bemoeilijkt de toepassing van ziektespecifieke protocollen door overlap, conflict en/of een beperkte afstemming op de individuele zorgcontext. Deze chronische zorg dient eerder doelgericht dan strikt protocollair te worden benaderd waarbij de doelen en verwachtingen van de patiënt meer gewicht krijgen. Het flexibel toepassen van protocollen wordt hierbij als complex ervaren waardoor ook dit resulteert in een verschuiving naar meer afgebakende taken zoals bv. kortdurende zorg (6, 7, 19).

BIJKOMENDE UITDAGINGEN

De verdere ontwikkeling van de rol van de VIHP wordt bemoeilijkt door tijdsdruk, financiële onzekerheid en eventuele beperkingen in infrastructuur wat in één praktijk werd aangehaald. Daarnaast vraagt een uitgebreid takenpakket meer tijd. Dit vormt vooral bij deeltijdse tewerkstelling een uitdaging waardoor Domus Medica een minimale inzet van 12 tot 20 uur per week aanbeveelt (14). De VIHP-consultaties creëren ook ruimte voor bijkomende medische- en psychosociale zorgnoden waardoor de tijdsinvestering per patiënt verhoogt. Op praktijkniveau vraagt samenwerking ook extra tijd door overleg omtrent die extra zorgnoden en door protocolontwikkeling. Mede door het tekort aan huisartsen vormt deze hoge tijdsinvestering een uitdaging.

Gebrek aan financiële zekerheid vormt een bijkomende uitdaging. In prestatiegerichte praktijken geven HA aan dat het huidige financieringssysteem taakdelegatie ontmoedigt omdat het inkomensverlies kan veroorzaken. Daarbij bestaat er geen wettelijk kader waarin VIHP's hun prestaties kunnen honoreren. Hoewel premies beschikbaar zijn, worden deze als onvoldoende ervaren om de functie structureel te ondersteunen (19 - 22). In de geïnterviewde forfaitaire praktijken worden VIHP's bovendien ingezet voor huisbezoeken waardoor het beschikbare budget voor praktijkgebonden taken verder beperkt wordt (23). Het New Deal model introduceert een alternatief financieringssysteem. De resultaten suggereren dat de financiële ondersteuning onvoldoende is om een marktconform loon te garanderen, al is hier voorzichtigheid geboden gezien de beperkte data en het nog in ontwikkeling zijn van het financieringsmodel (24).

INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING VERBETERT DE ZORGKWALITEIT

Deze studie bevestigt eerdere bevindingen waarbij de zorgkwaliteit toeneemt bij interprofessionele samenwerking indien disciplines hun competenties bundelen en taken en verantwoordelijkheden delen (14 - 16). Op patiëntniveau wordt dit bekomen door zorgvragen te groeperen per afzonderlijke consultatie waardoor de zorg overzichtelijk en efficiënt verloopt en, mede door de toegankelijkheid van de VIHP, mee bijdraagt aan de continuïteit van zorg. Op praktijkniveau ondersteunt de VIHP de zorgkwaliteit door overleg te stimuleren en uniform handelen te bevorderen via praktijkprotocollen (18, 19, 25 – 27). De toegenomen efficiëntie van zorg lijkt bovendien samen te hangen met een hogere werktevredenheid maar valt buiten de scope van dit onderzoek (14, 26).

STERKTES EN ZWAKTES

Zowel HA als VIHP's werden geïnterviewd door zowel een huisarts-in-opleiding als een verpleegkundige van opleiding om het klassieke arts-dominante perspectief te doorbreken en een genuanceerder beeld te verkrijgen van de verwachtingen en praktijkervaringen. Hoewel gestreefd werd naar variatie in regio, financiering en opleidingsniveau, blijft dit een kleinschalig onderzoek waardoor deze resultaten niet extrapoleerbaar zijn naar de Belgische context. Verder werd er bewust niet geselecteerd op mate van zorgsubstitutie om een heterogene populatie te bekomen, maar selectiebias is mogelijk doordat deelnemende praktijken positiever kunnen staan tegenover samenwerking. Tot slot lag de focus op somatische chronische aandoeningen, waardoor de bevindingen minder toepasbaar zijn op psychische problematiek met een chronisch karakter.

AANBEVELINGEN

Aangezien de functie en de opleiding van VIHP nog relatief nieuw zijn, is het aangewezen om dit onderzoek te herhalen met een grotere groep VIHP's, inclusief meer postgraduaten. Gezien hun recente integratie in de huisartsenpraktijk zal hun rol in de chronische zorg verder evolueren, en met meer afgestudeerde VIHP's kan ook de impact van de opleiding beter worden geëvalueerd.

Daarnaast kan het zinvol zijn om via Domus Medica en/of het postgraduaat op te roepen om voor de start van de samenwerking duidelijke doelstellingen te formuleren en deze tijdig te evalueren, met het oog op een geïntegreerde samenwerking die nodig is om chronische zorg te ondersteunen.

Verder is de New Deal financiering een initiatief van de Vlaamse overheid om de implementatie van VIHP's in de eerstelijnszorg financieel te ondersteunen. De huidige maatregelen blijken onvoldoende om een marktconform loon te kunnen garanderen. Aangezien dit financieringsmodel nog in ontwikkeling is, en in deze studie slechts één New Deal praktijk werd opgenomen, is het aangewezen om in toekomstig onderzoek meerdere New Deal praktijken te includeren voor verdere analyse.

Tot slot zouden VIHP's meer betrokken willen worden bij patiëntenzorg en minder bij logistieke of administratieve taken. In lijn met eerder onderzoek kan het zinvol zijn om de rol van bv. het medisch secretariaat ook verder te verkennen die genoemde taken op zich kunnen nemen zodat VIHP's meer tijd hebben voor o.a. chronische zorg, wat buiten de scope van dit onderzoek valt (19).

CONCLUSIE

Bij samenwerking met de VIHP ligt de nadruk vooral op kortdurende zorg en praktijkondersteuning, met minder focus op chronische zorg. Hoewel HA en VIHP's een meer geïntegreerde samenwerking beogen, blijft dit in de realiteit beperkt. Vooraf doelen vastleggen en regelmatig evalueren kan deze samenwerkingvorm bevorderen. Verder wordt samenwerking beperkt door tijdsdruk, financiële- en structurele uitdagingen. Deze studie bevestigt dat interprofessionele samenwerking de zorgkwaliteit kan verbeteren en onderstreept hierdoor het belang van verder onderzoek. Door de nieuwe rol en opleiding van de VIHP en de verdere ontwikkeling van het New Deal model is bijkomend onderzoek nodig om de rol van de VIHP in chronische zorg te verduidelijken en te kunnen generaliseren naar de Belgische context.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: GOEDKEURING ETHISCH COMITE

De rol van de VIHP in de zorg voor chronisch zieke patiënten: een kwalitatieve studie adhv interviews van huisartsen en VIHP

Betrokken student(en):
- Fran Capitaine

Positief Advies betreffende een studie die buiten het toepassingsgebied valt van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

Dit project valt niet onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de ingediende informatie en documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (13/05/2025):

Positief advies.

BIJLAGE 2: INTERVIEWGIDS

ALGEMENE INFO

- Datum:
- Praktijk:
- Praktijkorganisatie:
- Samenstelling team:

SPECIFIEKE INFO

- Hoe lang is er reeds samenwerking met de verpleegkundige?
- Had de verpleegkundige eerdere werkervaring voor de huidige job?

> Zo ja, wat was dit?

- Volgde / volgt de verpleegkundige het postgraduaat VIHP?

- Wat waren de verwachtingen voor de start van de samenwerking?
- Wat is het huidige takenpakket van de verpleegkundige?

- Wordt de verpleegkundige ingezet voor chronische zorg?

> Zo ja, wat verstaan jullie hieronder?

> Zo ja, zijn er praktijkprotocollen?

> Zo ja, welke richtlijnen gebruiken jullie hiervoor?

- Ervaren jullie drempels door de samenwerking?
- Wat is de grootste meerwaarde door de samenwerking?

LITERATUUR

TEKST

1. Makovski T, Schmitz S, Zeegers M, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: systematic literature review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2019 Aug;53:100903. doi:10.1016/j.arr.2019.04.005.

2. Kanesarajah J, Waller M, Whitty JA, Mishra GD. Multimorbidity and quality of life at mid-life: a systematic review of general population studies. Maturitas. 2018 Mar;109:53-62. doi:10.1016/j.maturitas.2017.12.004.

3. van den Akker M, Vaes B, Goderis G, Van Pottelbergh G, De Burghgraeve T, Henrard S. Trends in multimorbidity and polypharmacy in the Flemish-Belgian population between 2000 and 2015. PLoS One. 2019;14(2):e0212046.

4. Muth C, van den Akker M, Blom JW, et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. BMC Med. 2014;12:223. doi:10.1186/s12916-014-0223-1.

5. Stolper E, Van Royen P, Jack E, Uleman J, Olde Rikkert M. Embracing complexity with systems thinking in general practitioners' clinical reasoning helps handling uncertainty. J Eval Clin Pract. 2021;27:1175-1181. doi:10.1111/jep.13549.

6. Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, Lahousse L, Pype P, De Vriendt P, et al. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: a scoping review and concept analysis. PLoS One. 2022;17(2).

7. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum of interprofessional collaborative practice in health and social care – guide. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI); 2018.

8. Bouckaert S, Langouche E, Pype P, Boeckxstaens P. Zorgsubstitutie in de eerstelijnspraktijken: hoe ervaren huisartsen en verpleegkundigen hun professioneel welbevinden in hun samenwerking? Huisarts Nu. 2022.

9. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. J Adv Nurs. 2009;65(2):391-401.

10. Dirickx B, Viaene M, De Lepeleire J. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk: een exploratieve studie. Huisarts Nu. 2011;40:417-420.

11. Matthys E, Van Bogaert P, Blommaert S, Verdonck L, Remmen R. Evidence-based early-stage type 2 diabetes follow-up in Belgian primary care practices: impact of multi-professional teams and care protocols. Prim Care Diabetes. 2021 Apr;15(2):249-256. doi:10.1016/j.pcd.2020.09.003.

12. Martínez-González NA, et al. The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. Swiss Med Wkly. 2015;145:w14031.

13. Mirhoseiny S, et al. Does task delegation to non-physician health professionals improve quality of diabetes care? Results of a scoping review. PLoS One. 2019;14(10):e0223159.

14. Domus Medica. Samenwerken met een praktijkverpleegkundige. Beschikbaar: https://www.domusmedica.be/FAQpraktijkverpleegkundige#aansprakelijkheid. Laatst geraadpleegd 04/2026.

15. Arteveldehogeschool. Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk - postgraduaat. Beschikbaar: https://www.arteveldehogeschool.be/nl/opleidingen/postgraduaat/verpleegkundige-de-huisartsenpraktijk. Laatst geraadpleegd 04/2026.

16. Universiteit Antwerpen. Postgraduaat verpleegkunde in de huisartspraktijk. Beschikbaar: https://www.uantwerpen.be/nl/studeren/aanbod/alle-opleidingen/verpleegkundige-huisartspraktijk/. Laatst geraadpleegd 04/2026.

17. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum of interprofessional collaborative practice in health and social care – guide. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux; 2018.

18. Supper I, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. J Public Health (Oxf). 2015;37(4):716-727.

19. Danhieux K, Buffel V, Remmen R, Wouters E, van Olmen J. Scale-up of a chronic care model-based programme for type 2 diabetes in Belgium: a mixed-methods study. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):141. doi:10.1186/s12913-023-09115-1.

20. Aerts N, Van Bogaert P, Bastiaens H, Peremans L. Integration of nurses in general practice: a thematic synthesis of the perspectives of general practitioners, practice nurses and patients living with chronic illness. J Clin Nurs. 2020;29(1-2):251-264.

21. Danhieux K, Martens M, Colman E, Wouters E, Remmen R, Van Olmen J, Anthierens S. What makes integration of chronic care so difficult? A macro-level analysis of barriers and facilitators in Belgium. 2021.

22. Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Belgisch Staatsblad (14 september 1984).

23. RIZIV. Tegemoetkomingen voor de financiering en ondersteuning van uw huisartspraktijk of medisch huis. Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Beschikbaar: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/uitoefening-van-het-beroep/tegemoetkomingen-voor-de-financiering-en-ondersteuning-van-uw-huisartspraktijk-of-medisch-huis. Laatst geraadpleegd 04/2026.

24. RIZIV. New Deal: Bedragen en voorwaarden van de vergoedingen en premie. Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Beschikbaar: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/new-deal-een-nieuw-model-voor-de-financiering-en-ondersteuning-van-uw-huisartsenpraktijk/new-deal-bedragen-en-voorwaarden-van-de-vergoedingen-en-premie. Laatst geraadpleegd 04/2026.

25. Roobaert L, Art B. De verpleegkundige als complementaire partner: praktijkonderzoek naar taakverschuiving in de chronische zorg. Huisarts Nu. 2022.

26. Matthys E, Remmen R, Van Den Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? BMC Fam Pract. 2017;18:110.

27. Bodenheimer T, Handley MA. Goal setting for behavior change in primary care: an exploration and status report. Patient Educ Couns. 2009;76(2):174-180. doi:10.1016/j.pec.2009.06.001.

FIGUUR

1. Vandeurzen J. Conferentie eerstelijnszorg: reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. Agentschap Zorg en Gezondheid; 2017. Beschikbaar: https://share.google/KhKRC2vVkHCKLj9Xs. Laatst geraadpleegd 04/2026.