

De verpleegkundige als complementaire partner

Praktijkonderzoek naar taakverschuiving in de chronische zorg

Auteurs

- › **Leen Roobaert** is zorgcoördinator en praktijkondersteuner in het Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent en praktijklector Verpleegkunde Hogeschool Gent;
- › **Bruno Art** is huisarts in het Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent en is verbonden aan de Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg Universiteit Gent.

Inleiding

Het Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent startte in 2000 in de gelijknamige wijk. In dit wijkgezondheidscentrum zijn 4390 patiënten ingeschreven; meer dan de helft van deze patiënten is tussen de 25 en 65 jaar met recht op een verhoogde tegemoetkoming.

Het team bestaat uit een veertigtal personeelsleden (33,5 VTE): tien huisartsen, zeven verpleegkundigen, vijf kinesiasten, twee maatschappelijk werkers, één diëtiste, één podologe en één pedicure, een onthaalteam van zes leden en twee administratieve krachten, één zorgcoördinator, één gezondheidspromotor en één algemeen coördinator (figuur 1).

Interdisciplinaire samenwerking staat in dit model voorop en krijgt mede vorm door een tweewekelijks overleg waar casuïstiek en overkoepelende thematiek, zoals de aanpak van patiënten met chronische pijn, worden besproken. Alle disciplines werken in hetzelfde patiëntendossier.

Toename van de chronische zorgnoden

Net als veel andere huisarts- en eerstelijnspraktijken merken we een toename in de nood aan chronische zorg. Mensen leven langer thuis met meerdere chronische ziekten. Naast 'ouderdomskwalen' zoals diabetes en cardiovasculaire of longziekten, zijn er ook veel patiënten met een chronische kankerproblematiek, chronische pijn en psychiatrische problematiek. Uit eigen onderzoek blijkt dat deze zorgnood zich bij onze patiënten op jongere leeftijd (dan gemiddeld in Vlaanderen) voordoet.

Traditioneel ligt de verantwoordelijkheid voor de opvolging van (chronische) patiënten bij de huisartsen. Zij delegeren deeltaken en technische handelingen naar de verpleegkundigen, zoals ECG, bloedafnames, opvolging van parameters, wondzorg, hechtingen verwijderen en oorproppen verwij-

deren. Daarnaast heeft de verpleegkundige uiteraard als taak de dagelijkse (chronische) verpleegkundige zorgen uit te voeren, aan huis of in de praktijk.

De toenemende zorgnoden van onze groeiende patiëntenpopulatie dwongen ons na te denken over de samenstelling van het team. Het artsenteam uitbreiden was geen optie. Het overschrijden van 'tien artsen rond de tafel' gaf niet langer de garantie voor een kwalitatieve en intensieve samenwerking en de gewenste flexibiliteit in de praktijkorganisatie. Daarnaast dienden ook de kosten beheerst te worden. Tegelijkertijd ambieerden de verpleegkundigen uit het team verbreding en verdieping van hun takenpakket.



Wat is bekend?

- › De stijging van het aantal chronisch zieken vraagt om een reorganisatie van de huisartsgeneeskunde.
- › Verpleegkundigen zijn meer en meer erkend als complementaire partner van de huisarts in de zorg voor chronische patiënten.

Wat is nieuw?

- › Patiënten met een chronische aandoening maken vlot de overstap van arts naar verpleegkundige.
- › Huisartsen ervaren een toegenomen kwaliteit en vreugde in hun werk dankzij het vertrouwen, de transparantie, afspraken, intervisie en een duidelijk opvolgprotocol.
- › Goed comanagement hangt samen met de anciënniteit, ervaring in de werksetting en de juiste competenties van zowel de huisarts als verpleegkundige.

Gedeelde verantwoordelijkheid tussen huisarts en verpleegkundige

Onderzoek laat zien dat wanneer verpleegkundigen mee instaan voor de chronische zorg dit resulteert in betere bloeddrukwaarden, hogere patiënttevredenheid en minder hospitalisatie, in vergelijking met artsen die niet samenwerken met verpleegkundigen.¹ Ook in de tweede lijn zijn verpleegkundigen meer en meer erkend als complementaire partner van de arts.² Bovendien maakt het forfaitaire betalingssysteem in een wijkgezondheidscentrum het mogelijk om taken te herschikken.

In plaats van enkel verpleegtechnische handelingen zet de verpleegkundige zich zelfstandig in voor de planning van de consultaties, de noodzakelijke routineonderzoeken, interpretatie van de resultaten, bespreking met de patiënt en aanpassing van het beleid (inclusief medicatiebeslissingen). Daarnaast geeft de verpleegkundige uitleg over de aandoeningen, medicatie, behandelingen en aandacht aan levensstijl en zelfmanagement.

Hierdoor wordt de verantwoordelijkheid voor de chronische opvolging van patiënten gedeeld met de huisarts, met als doel een meer efficiënte en kwalitatieve zorg.³

Vraagstelling

Wat gebeurt er wanneer de verpleegkundige van de huisartsenpraktijk patiënten met chronische aandoeningen opvolgt? Wat zien we op vlak van kwaliteit van zorg, (kos-

ten)efficiëntie en consultatiefrequentie? Hoe ervaren patiënten en zorgverleners de taakverandering?

Dat hebben we onderzocht in de vorm van een praktijkonderzoek: nauwkeurige observatie en evaluatie van de gemaakte stappen naar verandering op basis van de quadruple aim en de PDCA-kwaliteitscyclus.⁴

Methodie: proeftuin in de praktijk

Deelnemers aan het praktijkonderzoek

Dit artikel rapporteert de eerste achttien maanden van het project (januari 2019 tot juni 2020). Een deel van het team van het wijkgezondheidscentrum engageerde zich tot deelname aan het praktijkonderzoek. Zo ontstond er een 'proeftuin' binnen de praktijk. Het proeftuinteam bestond uit drie huisartsen van respectievelijk 49, 32, 32 jaar oud en één verpleegkundige van 39 jaar. Het team werkte tussen de vier en twintig jaar in Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent.

Opleiding van de verpleegkundige

Als voorbereiding op dit project volgde de verpleegkundige een 'opleiding op maat': enkele modules van de opleiding 'Verpleegkundige in de huisartsenpraktijk' aan de Arteveldehogeschool, trainingen rond zelfmanagementondersteuning, doelgerichte zorg en coaching, aangevuld met zelfstudie over chronisch ziektemanagement.⁵ Ook liep de verpleegkundige mee met de chronische consultaties bij de betrokken huisartsen.

We kozen ervoor om de speciaal getrainde verpleegkundige 'praktijkondersteuner' te noemen naar de Nederlandse term, zodat er een duidelijk onderscheid was met de reguliere verpleegkundigen in het centrum.

Praktijkprotocol en werkafspraken

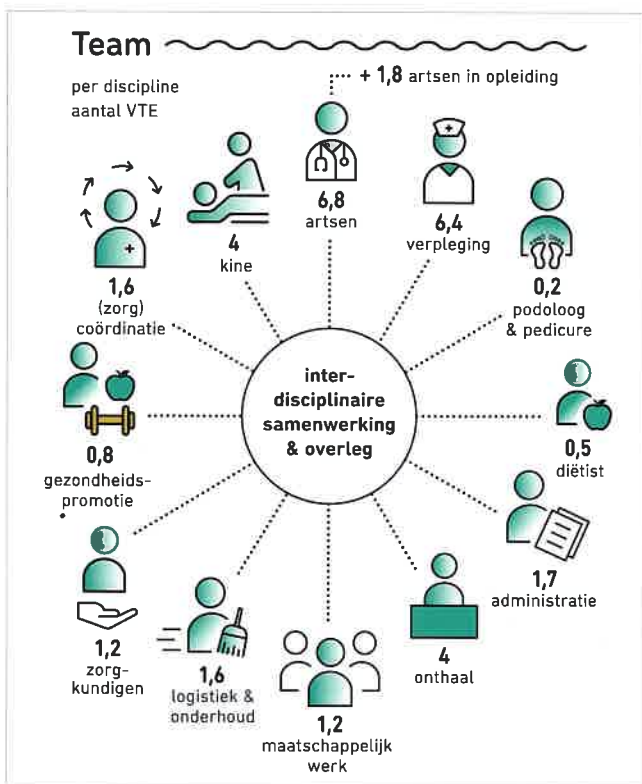
Vanuit de richtlijnen van Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelden we een praktijkprotocol met duidelijke werkafspraken over de opvolging die een patiënt met bepaalde aandoening nodig heeft en wanneer overleg met de arts noodzakelijk is.

Het protocol fungeert als staand order, wat valt onder de verpleegkundige C-handelingen beschreven in het koninklijk besluit 78 van de gezondheidszorgberoepen.⁶ Hierdoor kan de praktijkondersteuner autonoom werken binnen de wettelijke kaders.

Opvolging van de patiënten

Vanaf januari 2019 vroegen de huisartsen aan hun patiënten met diabetes of verhoogd cardiovasculair risico of zij opgevolgd wilden worden door de praktijkondersteuner. Van de 146 patiënten gingen in die periode 52 patiënten akkoord, die uitsluitend werden opgevolgd door de praktijkondersteuner. In een eerste fase van het project bespraken huisarts en praktijkondersteuner elke patiënt voor en na de consultatie. Dit beperkte zich later tot 'eerste keer' situaties en

Figuur 1: Voorstelling van het Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent.



belangrijke medicatiekeuzes naarmate het vertrouwen van de huisartsen in de opvolging door de praktijkondersteuner groeide. Waar nodig, werd het protocol aangevuld. Kleine uitwisselingen van informatie verliepen via de interne mail. Daarnaast was er intervisie binnen de proeftuin over de nieuwe praktijkvoering.

Interviews en focusgroep

De resultaten van dit praktijkproject zijn een geïntegreerde weergave van een dossierstudie van 38 patiënten, 14 interviews met patiënten en een focusgroep met het proeftuinteam.

De interviews peilden naar de ervaring van patiënten bij wie de chronische opvolging werd overgedragen naar de praktijkondersteuner. De focusgroep was gericht op de ervaring van de professionals over samenwerking, doorverwijzing en opvolging van de praktijkondersteuner.

Resultaten

Meer zorgkwaliteit door extra aandacht voor de patiënt

Zowel het gezamenlijk opstellen van een protocol als het samen opvolgen van de patiënten en de intervisie hierover, leidden tot een subjectief ervaren kwaliteitsverbetering van de zorg.

Wanneer de 'gedeelde' patiënten op consultatie kwamen bij de arts, was er meer ruimte om in te gaan op andere onderwerpen of acute klachten. De aandacht van de praktijkondersteuner tijdens de opvolgconsulten kon exclusief gaan naar de controles, leefstijladvies en coaching met de levensdoelen van de patiënt voor ogen.

Efficiëntere opvolging en ruimte in de agenda

Uit de consultatiecijfers leidden we af dat patiënten niet méér of dubbel gingen consulteren dan voorheen. De opvolging verlegde zich naar de praktijkondersteuner, waardoor sommige patiënten met een voorspelbaar zorgtraject nog nauwelijks naar de huisarts kwamen. Andere problemen (bv. orthopedische klachten) konden de consultatiefrequentie bij de huisarts wel beïnvloeden.

Enkele patiënten met chronische ziekten stroomden niet gemakkelijk door naar de praktijkondersteuner of kwamen terug terecht op de agenda van de huisarts. Dit zagen we onder andere bij patiënten die slechts één keer per jaar een opvolgcontact nodig hebben. Zij keren, vaak uit gewoonte, makkelijker terug naar hun eigen huisarts.

Groter vertrouwen en tevredenheid bij het zorgteam

De praktijkondersteuner ervaaarde de nieuwe taakin-vulling en de andere manier van patiëntenzorg als een professionele verrijking. De geïnterviewde patiënten bevestigden het vertrouwen in de praktijkondersteuner en de samenwerking met de huisarts. Ze waren tevreden over de opvol-

ging en vonden hun huisarts nog steeds nabij en bereikbaar.

Patiënten ervaaarden tijdens de verpleegkundige consultaties meer tijd, aandacht en een persoonlijke benadering. Het 'exclusieve' onderwerp van de chronische aandoening zorgde voor een comfortabele consultatietijd, die slechts enkele minuten langer duurde dan bij de huisarts.

Gedeeld dossier en taakafspraken zijn de basis

Via een gedeeld patiëntendossier is de huisarts volledig op de hoogte van wat er zich afspeelt in de consulten bij de praktijkondersteuner en vice versa.

Een elektronisch medisch dossier met volledige en geco-deerde notities is een basisvereiste, alsook een protocol met duidelijke taakafspraken.

Bespreking

Een shift in de opvolging van patiënten met diabetes of verhoogd cardiovasculair risico van huisarts naar een verpleegkundige-praktijkondersteuner leidt tot meer kwaliteit van zorg door extra aandacht voor de patiënt en een efficiëntere opvolging. Bovendien zorgde het voor ruimte in de agenda.

Zowel bij patiënten als zorgprofessionals groeide een wederzijds vertrouwen en tevredenheid in de aanpak.

Sleutel voor een succesvolle overdracht

Voor de start van het project formuleerden huisartsen een aantal bezorgdheden. Zal ik mijn patiënten nog voldoende zien? Zal ik de cardiovasculaire opvolging nog voldoende in de vingers hebben/krijgen? Is de kwaliteit en veiligheid van de opvolging bij de verpleegkundige verzekerd? Zullen we geen dubbel werk doen?

Deze bekommernissen werden niet bevestigd. Patiënten vinden de weg nog naar de huisarts en er blijven steeds patiënten over voor wie de weg naar de verpleegkundige niet vlot loopt of niet de beste aanpak is. Bovenop deze voordelen komt nog de arbeidsvreugde om samen te werken en zorg te delen.

De sleutel voor een succesvolle overdracht van patiënten ligt in een sterke professionele vertrouwensband tussen artsen en verpleegkundige. Het wederzijdse vertrouwen hangt volgens onze ervaring samen met de anciënniteit en ervaring in de werksetting van zowel de huisarts als verpleegkundige. Daarnaast staan het competentieprofiel van de verpleegkundige en een directe wederzijdse communicatie garant voor een veilige sfeer.²

Competenties en profiel van de verpleegkundige

Voorlopig kennen we in de eerste lijn alleen de HBO5 of bachelor opgeleide thuisverpleegkundige. Enkele huisartspraktijken werken al samen met gespecialiseerde verpleegkundigen of de zogenoemde Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk (VIHP's).⁵

Figuur 2: Klinische ladder van verpleegkundige competenties.⁷



Samenwerken met een diabetesverpleegkundige is een grote meerwaarde voor praktijken met veel diabetespatiënten. Een huisartsenpraktijk moet goed weten welk profiel van verpleegkundige-praktijkondersteuner de noden van de praktijk kan lenigen. Naargelang de zorgnoden complexer worden, verlangen de verregaande taken in comanagement van de praktijkondersteuner ook extra competenties.

De klinische ladder van de 'Federale Raad voor Verpleegkunde' geeft inzicht in de diverse competentieprofielen van verpleegkundigen (figuur 2).⁷ Een praktijkondersteuner heeft, volgens ons onderzoek, het best de competenties van een 'verpleegkundig consulent' of 'verpleegkundig specialist': klinische expertise en besluitvorming en de vaardigheid noden in de patiëntenpopulatie te detecteren en nieuwe zorgprocessen uit te schrijven en in de praktijk te brengen. Beide profielen zijn masters en werken voorlopig vooral in de tweede lijn.⁸ Voor de invulling van deze profielen in de eerste lijn is meer ervaring en onderzoek nodig.

Nood aan een financieel kader

Een nieuwe zorgvorm opzetten vraagt tijd en energie. Of de coördinatie daarvan door de huisarts of de verpleegkundige wordt opgenomen, laten we in het midden. Buiten de forfaitaire vergoeding stimuleert de financiering van de eerste lijn niet om samen te werken met een verpleegkundige. Willen we verder inspelen op de groeiende noden van patiënten met chronische problematiek en tegelijk kwaliteitsvolle zorg blijven leveren, dan zijn een beleidsvisie en stimulerend financieel kader essentieel.

Besluit

Het overdragen van chronische zorg van patiënten met diabetes of een verhoogd cardiovasculair risico van huisarts naar verpleegkundige-praktijkondersteuner is mogelijk op een veilige, kwaliteitsvolle en voor alle partijen aangename manier. ←

› Roobaert L, Art B. De verpleegkundige als complementaire partner: praktijkonderzoek naar taakverschuiving in de chronische zorg. *Huisarts Nu* 2022;51:24-7.

› Correspondentie: leen.roobaert@ugcnieuwgent.be

› Dit praktijkonderzoek werd ondersteund door de academische expertise van de vakgroep Eerstelijnszorg en Volksgezondheid van de Universiteit Gent en van de faculteit Mens en Welzijn van Hogeschool Gent.

Literatuur

- 1 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 Family Practice* 2017;18(110).
- 2 Norful AA, de Jacq K, Carlino K, Poghosyan L. Nurse practitioner-physician comanagement: a theoretical model to alleviate primary care strain. *Ann Fam Med* 2018;16:250-6.
- 3 Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, et al. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane database systematic review* 2018;16;7(7):CD001271.
- 4 Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12:573-6.
- 5 Domus Medica. FAQ over de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. <https://www.domusmedica.be/faq-over-de-verpleegkundige-de-huisartsenpraktijk-vihp> (laatst geraadpleegd op 18 september 2021)
- 6 Koninklijk Besluit 78 van de gezondheidszorgberoepen. Hoofdstuk I ter, Uitoefening van de verpleegkunde. W 1995-04-06/87, art. 10, 011 (26-06-1995). http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1967111008&table_name=wet
- 7 Functiemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst. Goedgekeurd door de Federale Raad voor Verpleegkunde tijdens de vergadering van 4 juli 2017. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/functiemodel-voor-de-verpleegkundige-zorg-van-de-toekomst>
- 8 Van Hecke A, Beeckman K, Opdebeeck S, Van Bogaert P. Advanced practice nursing: verpleegkundig specialisten in Vlaamse universitaire ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2015;71:1533-42.