
Hoe haalbaar is een verpleegkundige in een niet-forfaitaire groepspraktijk?

Onderzoek naar de meerwaarde en financiële impact

Auteurs

- › **Olivier Vantomme** was huisarts-in-opleiding ten tijde van het onderzoek en is nu huisarts;
- › **Lieve Peremans** is huisarts en verbonden aan de vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg (Eliza), Universiteit Antwerpen.

Inleiding

Belgische huisartsen staan toenemend onder druk. Enerzijds is er de vergrijzing en multiculturaliteit door migratie en anderzijds is er een daling van het aantal huisartsen. De wetenschappelijke en technologische vooruitgang brengen opportuniteiten maar ook inspanningen met zich mee.

Een toenemend aandeel van de huisartsen organiseert zich daarom in groepspraktijken en doet aan taakdelegatie. In december 2016 waren er 1640 groepspraktijken in België.¹ Binnen deze groepspraktijken ziet men steeds meer nood aan paramedische ondersteuning naast louter administratieve hulp. Onder andere verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk kunnen hierin een ondersteunende rol spelen, zoals in Nederland al het geval is.²

Ook in eigen land zijn hier en daar verpleegkundigen werkzaam in de eerste lijn. Eerder onderzoek rond het inschakelen van een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk bracht echter financiële hinderpalen aan het licht.^{3,5} In België wordt hierop deels antwoord geboden via het forfaitaire betalingssysteem van medische huizen en wijkgezondheidscentra.

De verpleegkundige in een forfaitaire praktijk

Van de 1640 groepspraktijken werkten er in december 2016 168 op forfaitaire basis.⁶

Een forfaitaire praktijk genereert inkomsten op basis van het aantal ingeschreven patiënten die zich ertoe verbinden om binnen de gewone diensturen enkel zorgverstrekkers (huisartsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten) van deze praktijk te raadplegen. Voor elke ingeschreven patiënt

ontvangt de praktijk jaarlijks een forfait van het Riziv, dat gelijk is aan de gemiddelde kosten die het voorgaande jaar werden gegenereerd door een rechthebbende van de verplichte verzekering van dezelfde categorie als de ingeschrevene voor de betrokken nomenclatuurprestaties.⁷ Op deze manier wordt een centraal budget gegenereerd waarvan de verschillende zorgverstrekkers in de praktijk vergoed worden.

Verpleegkundigen worden in deze praktijken als bediende vergoed volgens de loonbarema's van het Paritair Comité 330: een bruto maandinkomen van 2487 euro voor een verpleegkundige zonder anciënniteit. Bovenop dit brutoloon dient de werkgever nog patronale bijdragen te betalen à rato van ongeveer 35% van het brutoloon. We kunnen de maandelijkse loonkost ruwweg op 3350 euro schatten.⁸

De verpleegkundige in een niet-forfaitaire praktijk

Ook in niet-forfaitaire praktijken zijn verpleegkundigen werkzaam, maar de loonbarema's zijn hier onduidelijk. In niet-forfaitaire praktijken werken huisartsen volgens een prestatiegebonden systeem. Thuisverpleegkundigen die op zelfstandige basis technische akten stellen, worden vergoed door het Riziv via een aparte nomenclatuurregeling. Deze nomenclatuur geldt enkel voor technische akten met één uitzondering: eenmaal per jaar kan een 'verpleegkundig consult' aangerekend worden. Hierin worden de gezondheidsproblemen van de patiënt in kaart gebracht en zorgdoelen geformuleerd. Een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk kan een dergelijk verpleegkundig consult echter niet aanrekenen.^{9,10}

Er zijn wel enkele nomenclatuurnummers voorzien die aangerekend kunnen worden door een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk, werkzaam op zelfstandige basis, maar het gaat om minimale tegemoetkomingen voor het toedienen van medicatie en eenvoudige wondzorg die ruimschoots onvoldoende zijn om het totale kostenplaatje van een verpleegkundige te financieren. Deze nomenclatuurcodes worden dan ook slechts minimaal gebruikt: tussen

oktober 2016 en september 2017 werden voor heel België amper 12 457 vergoedbare nomenclatuurcodes van verpleegkundigen in de eerste lijn aan het Riziv bezorgd.^{9,10}

Ten slotte zijn tegemoetkomingen via Impulso II en III momenteel uitsluitend voor administratief ondersteunend personeel en kunnen ze dus niet voor verpleegkundigen worden gebruikt. Verder dan een academisch voorstel voor een gelijkaardig systeem voor medische assistentie voor chronisch zorgbehoevenden (ASSISTEO) is het nog niet gekomen.¹¹

Methode

In deze studie werden negenentwintig niet-forfaitaire praktijken met een verpleegkundige gecontacteerd.

Na analyse van de gegevens werden vier thema's gedefinieerd: visie en missie als startpunt, takenpakket, het kostenplaatje, de meerwaarde en de nood aan ondersteuning om een verpleegkundige in dienst te nemen en te houden.

Resultaten

Samenstelling van de praktijken

Acht groepspraktijken namen aan dit onderzoek deel. In elke deelnemende praktijk was een verpleegkundige werkzaam, naast andere medewerkers (tabel 1).

Visie en missie van de praktijk

In alle gecontacteerde praktijken bestond een duidelijk uitgeschreven visie/missie als uitgangspunt voor de uitbreiding van het team. Een wederkerend kernpunt hierin was een holistische, evidence-based geneeskunde met respect voor de inbreng van de patiënt. In sommige praktijken was ook empowerment van de patiënt een neergeschreven kerntaak. Ten slotte viel op dat er veel aandacht was voor collegialiteit, respecteren van eenieders noden, mogelijkheden en welzijn binnen het team.

In één praktijk nam de meewerkende verpleegkundige een expliciete plaats in.

“Een groepspraktijk draait alleen maar goed als je aandacht hebt voor elkaars noden. En dat is zeker voor werknemers zo. Als arts kun je wel al eens zeggen, ‘ik zal je eens vervangen’, maar werknemers lopen in een vrij strak stramien en ook daar moet de nodige aandacht zijn voor hun vragen. Ik denk dat je hen als collega moet beschouwen en waarderen en dan krijg je er ook heel veel van terug.”

Takenpakket van de verpleegkundige

In de verschillende deelnemende praktijken was het aantrekken van een verpleegkundige op heel verschillende manieren gegroeid: van het organisch meegroeien met een uitbreidende praktijk tot het aantrekken van een verpleegkundige om specifiek de kwaliteit van zorg voor diabetespatiënten te verbeteren.



Wat is gekend?

- › Het inschakelen van een verpleegkundige in de eerste lijn betekent een kwalitatieve meerwaarde voor de patiënt.
- › In heel wat andere landen is het courant dat verpleegkundigen werkzaam zijn in de eerste lijn.

Wat is nieuw?

- › Er is voor verpleegkundigen in niet-forfaitaire praktijken geen structurele financiering voorzien.
- › Praktijken bedenken creatieve oplossingen om toch hun verpleegkundige te kunnen betalen, ook al begeven ze zich zo in een grijze zone.
- › Dikwijls wordt een verpleegkundig consult aangerekend met het nomenclatuurnummer van een arts.

In één van de praktijken was de verpleegkundige vooral aangeworven om een aantal technische prestaties uit te voeren, zoals een ECG en spirometrie. In een huisartsarme regio was het motief eerder het ontlasten van de huisarts. Daar waar de verpleegkundige was ingeschakeld voor protocolzorg van patiënten met een chronische aandoening, nam dit een belangrijk deel van zijn/haar tijd in beslag. Verpleegkundige contacten met patiënten verliepen in zeer nauwe samenwerking met de behandelende arts. Inhoudelijk ging het van het begeleiden van diabetespatiënten, eerste opvang van patiënten bij spoedgevallen, preventieve gezondheidszorg tot sociale oppuntstelling van een moeilijke thuissituatie. In bepaalde praktijken werd de verpleegkundige als expert voor deze zorg vooropgesteld en nam hij/zij ook geen bijkomende administratieve taken op. In zes van de acht bevraagde praktijken werd de verpleegkundige ook als secretariaatskracht ingezet.

“Eigenlijk kunnen verpleegkundigen veel meer dan we denken. Het is de bedoeling dat dat verandert en de verpleegkundigen veranderen daar momenteel zelf ook in.”

“De verpleegkundige was de eerste die hier was. Toen deed zij administratief werk. Vrij snel, als de groep wat groter werd, zagen we het nut in om onze taken te verdelen en op het juiste niveau te laten uitvoeren. We hebben de verpleegkundige dan helemaal geheroriënteerd naar de huisartsgeneeskunde toe, waarbij ze niet alleen medisch-verpleegkundige taken doet, maar ook een heel belangrijke rol in preventie speelt.” →

Tabel: Profiel van de acht bevraagde groepspraktijken met verpleegkundige.

Profiel van de groepspraktijk	Aantal praktijken
Praktijk met drie huisartsen	2
Praktijk met vier huisartsen	4
Praktijk met zes huisartsen	1
Praktijk met negen huisartsen	1
Praktijk met huisartsen-in-opleiding	6
Medewerkers in de groepspraktijk	
Secretariaat en onthaal	8
Psycholoog/psychotherapeut	3
Diëtist	4
Kinesist	2
Praktijkmanager	1
Logistiek medewerker	1
Logopedist	1
Bewegingscoach	1
Vroedvrouw	1
Maatschappelijk werker	1

Kostenplaatje van de verpleegkundige

Bij het tewerkstellen van een verpleegkundige wordt vaak de balans opgemaakt van de kost voor de praktijk en de inkomsten die de verpleegkundige oplevert. Deze balans was heel verschillend per praktijk, vooral omwille van de verscheidenheid in de afspraken rond het innen van inkomsten voor verpleegkundige prestaties.

Een verpleegkundige in de eerste lijn heeft een medisch kabinet nodig waarin ook een arts zou kunnen functioneren. Dit brengt uiteraard een zekere installatiekost met zich mee en ook een werkingskost, al is het maar omdat in deze ruimte op hetzelfde ogenblik geen arts actief kan zijn. Naast ruimte en materiaal moet de arts ook tijd kunnen investeren in begeleiding, overleg en supervisie. Deze tijd wordt financieel niet vergoed.

“Onze verpleegkundige is heel tevreden dat ze een eigen ruimte heeft, waarin ze kan bezig zijn, rustig kan zitten om aan een dossier te werken. Dat ze niet in een kruipkotje moet zitten. Ik denk dat een belangrijk punt is om die job te waarderen en aan de patiënt duidelijk te maken: dit is een volwaardig lid van ons team.”

De loonkost is zwaar om dragen, men kan beter spreken van een loonlast.

“Het is voor de ene wat meer haalbaar dan voor de andere. Het is een serieuze belasting, een serieus stuk uit het budget. De ene arts kan dat wat gemakkelijker plaatsen dan de andere. We dragen bij volgens ons bruto-inkomen, dus de ene draagt meer bij dan de andere,

maar uiteraard, weegt het op het budget. Je moet ieder jaar toch een paar procent van je inkomen opzij zetten.”

Om deze loonlast te dragen kwamen een aantal terugkerende oplossingen naar boven. Elke praktijk haalde inkomsten uit de technische prestaties die de verpleegkundige uitvoerde en die door een arts, al dan niet op een andere dag, werden aangerekend. Het ging dan voornamelijk over ECG, spirometrie en cryotherapie. In een enkele praktijk voerde de verpleegkundige uitstrijkjes uit.

Wanneer de verpleegkundige (deels) werd ingezet voor administratie, werd hij/zij in een meerderheid van de praktijken ingeschreven als administratieve kracht voor de Impulseotoelage. In één praktijk bestond er een overeenkomst met het laboratorium, waarbij het labo maandelijks huur betaalde voor de ruimte en de tijd waarin de verpleegkundige van de artspraktijk bloedafnames deed. Dit was historisch gegroeid vanuit een situatie waarin een medewerker van het labo in de huisartsenpraktijk gratis bloedafnames kwam doen.

In zeven van de acht bevraagde praktijken werd aan terugbetalingstarief een verpleegkundig consult aangerekend onder het nomenclatuurnummer van een superviserende arts. Dit in verschillende gradaties: gaande van af en toe, wanneer een arts voor advies werd geroepen, tot het systematisch aanreken van elk verpleegkundig contact.

Ten slotte werd de rest van de loonkost gedicht vanuit het inkomen van de artsen. Loonlast werd als een beroepskost ingebracht en zo financierde elke arts vanuit zijn persoonlijk honorarium de verpleegkundige. Praktijken die systematische verpleegkundige consulten aanrekenden, beschouwden de loonlast als haalbaar en niet-verlieslatend. Een heel ander verhaal was er bij de praktijken die weinig of geen verpleegkundige consulten aanrekenden. Bij deze artsen vertegenwoordigde de loonkost naar hun gevoel een belangrijk aandeel van hun inkomen uit honoraria.

“Consultaties worden aangerekend wanneer de verpleegkundige oren uitspuit, een ECG afneemt, ... We hebben vijf jaar lang niets gevraagd wanneer een verpleegkundige iets deed. Een jaar geleden hebben we beslist om dit wel te doen. We hadden meer en meer personeel nodig en hielden minder en minder over. Dat is gewoon niet logisch. Wanneer er nu bijvoorbeeld een oor wordt uitgespoten, ga ik even kijken of dat oor uitgespoten is. Dat duurt twee seconden, een hand geven, goeiendag zeggen en terug weg.”

Meerwaarde van de verpleegkundige

Het inschakelen van een verpleegkundige komt de kwaliteit van zorg voor patiënten ten goede. Technische prestaties zoals een ECG en spirometrie, die wegens tijdsgebrek soms niet werden uitgevoerd, gebeurden systematisch in praktijken met een verpleegkundige. Daar waar de verpleegkundige een thematische rol vervulde (preventieve gezondheidszorg, sociale oppuntstelling of opvolging van

patiënten), had de patiënt er baat bij. Dit zijn taken die de huisarts onvoldoende kan opnemen.

Niet alleen voor de patiënt, ook voor de arts zijn er voordelen. De huisarts krijgt meer tijd voor de taken waarvoor hij/zij echt bekwaam is. Er ontstaat een zekere rust in de manier van werken. Er zijn volledige en actuele medische dossiers en er is steeds de optie om welbepaalde taken te kunnen delegeren.

Sommige artsen getuigden hoe zij bij het invoeren van een verpleegkundige in hun praktijk zelf meer patiënten kunnen zien en er op die manier ook financieel wel bij varen.

“Anderzijds geeft het wel een enorm comfort van werk, waar ik bereid voor ben een prijs te betalen. Ik vind het heerlijk als mensen op raadpleging komen om hun bloedsuiker te komen bespreken, dat dat bloed al geprikt is, dat ik dat niet aan de telefoon hoef te bespreken, dat er geen misverstanden over zijn, dat ik zelf advies kan geven, dat mensen met kleine vraagjes door de verpleegkundige worden opgevangen. Het geeft zo'n rust van werken dat ik dat voor geen geld van de wereld zou willen missen.”

“Kwaliteit en continuïteit. De verpleegkundige kan, omdat ze anders georganiseerd is dan wij als artsen, zeker voor chronische zorg, een veel betere continuïteit en kwaliteit bieden. Patiënten worden op tijd verwezen, hebben altijd een verwijfsbrief en als iemand opgebeld dient te worden voor een bijkomend onderzoek, kan dat allemaal via haar gebeuren.”

Financiële ondersteuning

Gezien de loonlast van een verpleegkundige de rode draad was in ons onderzoek, verwondert het niet dat suggesties met betrekking tot het verlagen van de loonlast het meest naar voor kwamen. Duidelijkheid over welke prestaties een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk kan en mag aanrekenen, ontbreekt echter.

Praktijken gingen bij elkaar te rade en gebruikten bijvoorbeeld nomenclatuurnummers van artsen voor verpleegkundige consulten, wat een wrang gevoel gaf. Hetzelfde geldt voor de bestemming van de Impulseoetolage wanneer een verpleegkundige deels administratief werk uitvoerde.

“Het al dan niet aanrekenen van de verstrekkingen op naam van de geneesheer die de patiënt opvolgt, moet uit de grijze zone gehaald worden. Wij beroepen ons momenteel op artikel 1 paragraaf 4 bis van het K.B. 25.7.1994 (fysieke aanwezigheid van geneesheer-verstrekker) waarin aangehaald wordt dat de aanrekening mag gebeuren indien het handelingen betreft als voorbereiding op de diagnose of in het kader van preventieve geneeskunde. Maar echte duidelijkheid hierover bestaat niet.”

Volgens sommige praktijken zou het een idee zijn om met een aantal verschillende praktijken samen een verpleegkundige aan te trekken en de loonkosten te delen volgens

de gepresteerde uren in deze verschillende praktijken. Zo kan een kleinere praktijk, of eventueel zelfs solist, toch een beroep doen op een verpleegkundige. Bovendien kan een zorgprotocol dat is uitgewerkt in de ene praktijk, ook gebruikt worden in andere praktijken.

Bespreking

Meer kwaliteit van zorg, meer tijd voor de patiënt

In ons onderzoek was de consensus groot over de meerwaarde die een verpleegkundige voor de huisartsgeneeskunde kan betekenen. Niet alleen wanneer het gaat over de kwaliteit van zorg, maar ook de beleving van de arts in een team met een verpleegkundige is positief. Het is aangenamer werken en het kunnen delegeren naar een verpleegkundige geeft flexibiliteit en de nodige rust tijdens de consultatie.

In een Nederlandse studie over het inschakelen van een verpleegkundige bij de behandeling van urine-incontinentie in de eerstelijnszorg bleek niet alleen de outcome en levenskwaliteit van de patiënten te verbeteren, maar ook nog eens de maatschappelijke kost voor deze pathologie te dalen.¹² In een Frans onderzoek rond diabetesopvolging in de eerste lijn had het inschakelen van een verpleegkundige positieve gevolgen voor de glycemiecontrole, zonder meerkost.¹³ Meerdere andere studies wijzen op de kwalitatieve meerwaarde van het inschakelen van een verpleegkundige in de praktijk.^{2,14}

Loonkost is vooral loonlast

In Vlaanderen zijn er slechts een beperkt aantal niet-forfaitaire groepspraktijken die een verpleegkundige tewerkstellen. Er zijn ook veel meer grote groepspraktijken zonder dan met verpleegkundige. Dikwijls zijn er in deze praktijken wel andere paramedici onder één dak werkzaam, maar dan op zelfstandige basis. Mogelijk is de grote financiële hinderpaal die het aanwerven van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vandaag betekent, de belangrijkste verklaring voor deze lage tewerkstelling.

Bij het aanwerven van een verpleegkundige moet men rekening houden met verschillende soorten kosten. Naast de loonkost is ook een volwaardig ingericht kabinet nodig en moet tijd worden vrijgemaakt voor begeleiding en overleg met de verpleegkundige. In vergelijking met de loonkost, of beter 'loonlast', zijn deze kosten volgens de bevroegde praktijken echter verwaarloosbaar. Personeel betalen is duur en in tegenstelling tot administratief personeel in de huisartsenpraktijk, is voor de verpleegkundige geen ondersteuning voorzien. Praktijken met een verpleegkundige moeten dus creatief zijn om hun activiteiten financieel gezond te houden. De ene praktijk is daarin rigouzeuzer dan de andere, maar allemaal erkennen ze dat onduidelijkheid hierover een groot probleem is.

Een meerderheid van de bevroegde praktijken zorgt voor een terugverdienste van de verpleegkundige via het aanrekenen van verpleegkundige consulten, al dan niet in derdebetalersregeling, via het nomenclatuurnummer van een arts. Sommige praktijken gaan daar ver in en rekenen zelfs voor een korte bloedname of vaccinatie een dergelijk con-

sultatienummer aan. Verpleegkundigen die enige vorm van administratie doen, worden ingeschreven als administratief bediende bij het indienen van het Impulseodossier en zo ontvangen heel wat praktijken op die manier een belangrijke financiële bijdrage. De bevroegde praktijken zijn er zich van bewust dat ze zich met deze financieringsbronnen in een grijze zone bevinden. Ze gingen echter te rade bij collega's die het ook zo doen, die er niet voor worden afgestraft en bij gebrek aan een alternatief doen de meesten het dan ook maar. Een minderheid van de bevroegde praktijken doet dit niet en levert een substantieel deel van de erelonen in om de verpleegkundige te kunnen betalen.

Duidelijkheid over verpleegkundig consult

Wat stellen de deelnemende praktijken voor om de huidige situatie te verbeteren? Zij vragen duidelijkheid. Duidelijkheid over of het nu wel of niet kan om een verpleegkundige in te schrijven voor een Impulseotoelage en vooral of men een verpleegkundig consult kan aanrekenen met het nomenclatuurnummer van een arts. Concreet wordt herhaaldelijk geopperd om een eigen en apart nomenclatuurnummer voor een verpleegkundige in te voeren. De praktijken die een verpleegkundig consult nu al aanrekenen, zouden zich er beter bij voelen en diegenen die het nog niet doen, kunnen zo een financieel gezondere balans behouden. Het is bovendien niet ondenkbaar dat een dergelijke maatregel heel wat praktijken over de streep zou trekken bij de beslissing om een verpleegkundige aan te werven.

Ten slotte gaan er ook ideeën op om een soort verpleegkundig forfait te voorzien, eventueel te koppelen aan bepaalde kwaliteitsindicatoren. Een pay-for-performance systeem is inderdaad niet ondenkbaar en is bijvoorbeeld in Groot-Brittannië succesvol ingevoerd in de eerste lijn.¹⁵ In Australië werd in 2004 een prestatiegebonden financiering ingevoerd, in 2010 aangevuld met een forfait. Daar waar in het prestatiesysteem het gevaar dreigde dat de verpleegkundige werd ingezet voor hoofdzakelijk technische prestaties en zo ondergewaardeerd werd, was er met een forfaitaire financiering ruimte om meer intellectuele activiteiten op te nemen.¹⁶ Een gemengd financieringssysteem lijkt daarom een vruchtbare piste om een verpleegkundige op een gelijkwaardig niveau plaats te laten innemen in een multidisciplinair team.

Sterktes en beperkingen

Sterktes bij dit onderzoek zijn het gebruik van open vragen in de interviews, de ruimte die werd gelaten om suggesties van artsen op te nemen in de onderzoeksresultaten en de saturatie die reeds na enkele interviews werd bereikt in het type antwoorden dat gegeven werd.

De grootste beperking van dit onderzoek is het beperkte aantal bevroegde praktijken. Praktijken met een verpleegkundige zijn onder groepspraktijken echter wel degelijk fel in de minderheid.

Ten slotte werden enkel praktijken bevroegd die reeds een verpleegkundige tewerkstellen die dus per definitie die samenwerking reeds als haalbaar achten. Meer neutraal is een bevraging waarbij ook andere praktijken een stem krijgen.

Besluit

Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire groepspraktijk? Het antwoord is: ja, als de artspraktijk bereid is om te gaan met een aantal onduidelijkheden over de vergoeding van verpleegkundige akten, het gebruik van artsennomenclatuur voor verpleegkundige prestaties en de Impulseotoelage voor administratieve taken. Hoe dan ook zullen de collega's bereid moeten zijn om een substantieel deel van het inkomen uit honoraria te spenderen aan de loonlast.

Het invoeren van een verpleegkundige nomenclatuur voor prestaties in de eerste lijn, lijkt de meest voor de hand liggende maatregel om meer praktijken te overtuigen om een verpleegkundige in te schakelen en om twijfels weg te nemen in praktijken die reeds een verpleegkundige tewerkstellen. ←

› Vantomme O, Peremans L. Hoe haalbaar is een verpleegkundige in een niet-forfaitaire groepspraktijk? Onderzoek naar de meerwaarde en financiële impact. *Huisarts Nu* 2018;47: 200-5.

Literatuur

- 1 Kasteleyn A. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Huisartsengroepering. Lijst groepspraktijken. 17/01/2017 (e-mail).
- 2 Van der Burgt MR, van Roij J, Derckx EWCC, Meulepas MA. Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH. Eindhoven; februari 2015.
- 3 Tsiagianni V, Van Royen B, Peremans L. Visie van eerste-lijnsverpleegkundigen over hun rol in de huisartsenpraktijk: een exploratief onderzoek (masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde). Universiteit Antwerpen; 2015.
- 4 Joye S, Merckaert K, Peremans L. De multidisciplinaire groepspraktijk: patiëntenvisie. Kwalitatief onderzoek met diepte-interviews bij patiënten (masterproef Huisartsgerneeskunde). Universiteit Antwerpen; 2016.
- 5 Vercauteren B, Van Bogaert P, Peremans L. Kwalitatief onderzoek rond de integratie van verpleegkundigen in huisartsenpraktijken: een casusstudy (masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde). Universiteit Antwerpen; 2016.
- 6 Emplit G, Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Lijst medische huizen 21/12/2016 (e-mail).
- 7 Annemans L, Clososon JP, Clososon MC, et al. Vergelijking van de kost en kwaliteit van twee financieringssytemen voor de eerstelijnszorg in België. KCE reports 85A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2008.
- 8 Paritair comité voor de gezondheidsinrichtingen en -diensten 330. ACLVB. 27/06/2017.
- 9 www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleiders/verpleegkundigen/verzorging/Paginas/default.aspx#.WFrCmrhbBGM (laatst geraadpleegd op 15/01/2018).
- 10 De Coster E. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Statistiek verpleegkundige nomenclatuur. 19/01/2018 (e-mail).

- 11 Voorstel tot Multidisciplinaire Praktijkondersteuning Chronische zorg: 'ASSISTEO'. Academisch Platform Chronische Zorg; november 2013.
- 12 Holtzer-Goor KM, Gaultney JG, van Houten P, et al. Cost-effectiveness of including a nurse specialist in the treatment of urinary incontinence in primary care in the Netherlands. *Plos One* 2015 Oct1;10(10).
- 13 Mousques J, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 2010;98:131-43.
- 14 Naylor M, Kurtzman E. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs* 2010;29:893-9.
- 15 Doran T, Fullwood C, Gravelle H, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006;355:375-84.
- 16 Pearce C, Phillips C, Hall S, et al. Following the funding trail: financing, nurses and teamwork in Australian general practice. *BMC Health Services Research* 2011;11:38.

Hoe de verpleegkundige in de praktijk vergoeden?

De uitdagingen die in de toekomst op huisartsen afkomen, zijn groot. Wanneer men kijkt naar het stijgend aantal personen met meerdere chronische pathologieën, de wens van patiënten om thuis verzorgd te worden, de evoluties rond ICT in de huisartsenpraktijk,... het vraagt heel wat aanpassing van de huisarts. En met al deze evoluties mag de huisarts zijn eigen gezondheid en welzijn niet uit het oog verliezen.

Er is niet één oplossing om als arts het hoofd te bieden aan deze uitdagingen. Op verschillende vlakken moet de arts aan de slag om zijn praktijk en zijn werkwijze aan te passen om een antwoord te bieden aan deze evoluties. Een belangrijk element binnen elk van deze opties zal samenwerken zijn. Samen met verschillende actoren formeel en informeel werken aan kwalitatieve geneeskunde voor elke patiënt. Binnen dit kader kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk een belangrijke meerwaarde zijn voor bepaalde huisartsenpraktijken.

Duidelijke meerwaarde

Dr. Olivier Vantomme gaat in zijn masterproef op zoek of het wel mogelijk is om een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk te integreren. Hij kijkt hier vooral naar de financiële kant van het verhaal en hij heeft volledig gelijk. Wetenschappelijke literatuur toont duidelijk de meerwaarde van een verpleegkundige aan in de huisartsenpraktijk en universiteiten en hogescholen werken samen om een kwalitatieve opleiding te voorzien (waar Domus Medica actief aan meewerkt) voor de verpleegkundigen die aan de slag willen gaan in een huisartsenpraktijk. Domus Medica krijgt ook regelmatig vragen van huisartsen die aan de slag willen gaan met een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Dus de vraag is er, de opleiding is er, de meerwaarde is er,... alleen ontbreekt het financiële kader.

Grijze zones

In het forfaitair systeem wordt een vergoeding voor verpleegkundigen voorzien, maar het grootste deel van de huisartsenpraktijken werkt via prestatiegeneeskunde

en daarbinnen is er voor verpleegkundigen weinig voorzien (buiten de beperkte nomenclatuur van verpleegkundigen). Dus moet men op zoek naar andere opties. Sommigen huisartsen grijpen naar manieren die in de grijze/zwarte zone van de nomenclatuur liggen, alleen maar om de meerwaarde van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk aan patiënten te kunnen aanbieden.

Dat is spijtig omdat het toch mogelijk moet zijn om een wettelijk financieel kader te bieden aan huisartsenpraktijken voor het aanwerven van een verpleegkundige. Een onthaal- en administratieve bediende heeft zeker meerwaarde voor een huisartsenpraktijk, maar het is niet mogelijk om hetzelfde principe uit te breiden naar verpleegkundigen. Huisartsen kunnen zeker een analyse van hun praktijk maken om te bekijken of er meer nood is aan een administratieve kracht of aan een verpleegkundige of 50/50.

Uitbreiding van het Impulsefonds

Dr. Olivier Vantomme haalt aan om de verpleegkundigen via nomenclatuur te vergoeden. Gezien de verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk vooral een meerwaarde kunnen betekenen bij chronische patiënten, lijkt dit niet de meest optimale oplossing. Door de manier van 'bundled payment' toe te passen zoals met het Impulsefonds kan men de gevaren van de prestatiedruk op de verpleegkundige beter trotseren.

Gesprekken met de Vlaamse overheid zijn lopende om Impulse uit te breiden naar verpleegkundigen en hopelijk komt hieromtrent snel een beslissing. Niet alleen voor de huisartsenpraktijken maar ook voor de tientallen studenten verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk die dan een duidelijk wettelijk financieel kader krijgen, waarbinnen ze aan de slag kunnen. Ook brengt dit een einde aan de onzekerheid waardoor vaste aanwerving gemakkelijker wordt.

Stijn Vanholle is directeur Kennis en Beleid, Domus Medica.