

Geconsolideerd advies « Medische Praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg »

De visietekst van de werkgroep van Prof. Jan De Maeseneer, die een profielbeschrijving voor de « Praktijkassistent » bevat, werd gebruikt als basis voor de discussie – dit profiel is als bijlage bij dit advies gevoegd.

Dit competentieprofiel dat ons werd voorgelegd stemt overeen met een nieuwe beroepsbeoefenaar die specifiek werd opgeleid voor het beheren van het secretariaat van een eerstelijns medische praktijk (dus inclusief voldoende kennis van boekhouding, RIZIV-wetgeving, maar ook inzake goede rechtstreekse en telefonische contacten met de patiënt– deze elementen zijn niet altijd opgenomen in de huidige opleidingen medisch secretaris), aangevuld met een aantal zogeheten “eenvoudige” technische prestaties, zoals het meten van functionele parameters, het bepalen van de glycemie, bloedafnamen, het ondersteunen van de arts bij handelingen die hij anders zelf zou moeten uitvoeren (aangeven van materiaal, steriliseren,...).

Dit competentieprofiel stemt overeen met de behoeften die werden geïdentificeerd door de artsen uit de eerstelijnsgezondheidszorg en lijkt qua efficiëntie meer tegemoet te komen aan hun wensen dan wat er momenteel bestaat binnen het gezondheidssysteem.

De minister wenst meer informatie:

1. Moet dit beroep geïntegreerd worden in de wet betreffende de gezondheidszorgberoepen?
2. Welke zouden de voorwaarden en de basiscompetenties zijn om een dergelijk beroep uit te oefenen?
3. Welke handelingen /taken/verantwoordelijkheden zouden kunnen worden toevertrouwd aan de praktijkassistent?
4. Welke is de samenhang met de andere beroepen en in het bijzonder met de verpleegkundigen?

Vraag 1: gezondheidszorgberoep?

Momenteel is een gezondheidszorgberoep een beroep waarvan de activiteiten bepaald zijn in de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (gecoördineerd op 10 mei 2015). Samengevat gaat het om beroepen die ofwel op eigen initiatief ofwel op verzoek van een arts een handeling verrichten die tot doel heeft het stellen van de diagnose van een gezondheidsprobleem, die de verbetering of het herstel van de gezondheid beoogt of die kadert binnen de preventieve geneeskunde.

Er zijn 3 manieren om de vraag te beantwoorden: praktijkassistent = gezondheidszorgberoep?

- A. Volgens de huidige wetgeving stemt het beroep beschreven in het profiel conceptueel overeen met een paramedisch gezondheidszorgberoep¹ maar het bestaat nog niet

¹ Want het kan instructies krijgen van een arts om hem te assisteren en om bepaalde handelingen uit te voeren die passen binnen de definitie van de uitoefening van een gezondheidszorgberoep

- i. Er moet worden opgemerkt dat de technische handelingen die voorzien zijn voor dit beroep momenteel reeds vermeld zijn in de lijst van handelingen die de verpleegkundige en de medisch laboratoriumtechnoloog mogen stellen
 - ii. Er moet worden benadrukt dat wanneer men zou overwegen om dit beroep op te nemen in de huidige wetgeving, dit niet betekent dat de beoefenaar van dit beroep alleen maar taken zou kunnen toegewezen krijgen binnen een bepaalde praktijk (bijvoorbeeld enkel in de eerstelijnszorg of enkel in een extramurale artsenzorg)²
- B. De huidige wetgeving moet worden herzien om verschillende goede redenen. Men zou het bijvoorbeeld weinig efficiënt kunnen vinden dat sommige technische handelingen (meten van parameters, bepalen van de glycemie, enz.) voorbehouden zijn aan gezondheidszorgbeoefenaars (vooral sinds het bestaan van bloedsuikermeters die kunnen worden gebruikt door de patiënt en zijn omgeving) of dat enkel paramedici een arts zouden kunnen assisteren ... deze elementen zouden kunnen herzien worden.
- i. Indien deze elementen (technische handelingen enkel door gezondheidszorgbeoefenaars en/of assisteren van de arts = paramedicus) zouden herzien worden, zou dit beroep niet noodzakelijkerwijs een gezondheidszorgberoep moeten zijn
 - ii. Binnen de werkgroep heerst er enige vrees omtrent de toelating om de medische gegevens toe te voegen of te consulteren in het patiëntendossier indien het niet gaat om een gezondheidszorgbeoefenaar. Deze vrees dient in rekening gehouden te worden want bij de veralgemening van het patiëntendossier binnen het plan e-health wordt er niet voorzien dat niet-beroepsbeoefenaars zoals een medisch secretaresse toegang hebben tot dit dossier.
- C. Sommige leden van de groep stellen voor om het assisteren van de arts en de « kleine technische handelingen » te schrappen uit de lijst van voorgestelde competenties. Het competentieprofiel op die manier wijzigen zou uiteraard de kwestie oplossen. Maar de voorstanders van dit nieuwe beroep vinden dan weer dat het huidige gezondheidssysteem niet op de meest efficiënte manier voldoet aan hun behoeften (cfr. de lager aangehaalde argumenten, punt 4C).

2. Voorwaarden en basiscompetenties

Dit soort beroep lijkt enkel nuttig te zijn binnen de extramurale context, wanneer het volume van elk activiteitendomein vermeld in het competentieprofiel niet voldoende is om over meerdere personen te worden gespreid.

Het staat niet vast dat enkel huisartsen een praktijkassistent zouden kunnen gebruiken, ook geneesheren-specialisten met een privépraktijk zouden dit wel eens nuttig kunnen vinden.

Een belangrijke voorwaarde waaraan men zich zou moeten houden is dat de praktijkassistent enkel zou mogen werken binnen een artsenzorgpraktijk en bijvoorbeeld niet zou mogen worden aangeworven in een ziekenhuis of een RVT om aan de lopende band enkele technische handelingen te stellen die voorbehouden zijn aan de verpleegkundigen.

Om « kleine technische handelingen » te stellen, zou de voorwaarde inzake de aanwezigheid van de arts in het gebouw moeten worden nageleefd, dit zodat de arts zijn verantwoordelijkheid kan opnemen en kan tussen komen indien nodig. Bij afwezigheid van de arts zou de praktijkassistent zich

² Dus, meer concreet, indien op een dag een nieuw gezondheidszorgberoep erkend dient te worden, dient men ook het legistisch kader aan te passen (WUG/ LEPS) om dit te beperken tot de extramurale sector

moeten beperken tot het uitvoeren van de andere taken (secretariaatswerk, beantwoorden van telefonische oproepen, enz.). Deze assistent zou ook moeten beschikken over een noodknop waarmee hij de arts kan verwittigen dat er iets abnormaals aan de gang is met een wachtende patiënt.

De basiscompetenties zijn vermeld in het voorgestelde profiel. Voor het luik gezondheidszorg, altijd rekening houdend met de aanwezigheid van de arts, moet er met nadruk worden gewezen op:

- De vaardigheden om binnen de eerstelijnszorg patiënten te onthalen en naar hen te luisteren (via de telefoon of rechtstreeks)
- Het vermogen om te reageren (oproepen van de arts of de 112 indien de arts afwezig is) wanneer de toestand van een patiënt abnormaal lijkt
- Kennis van CPR/BLF net zoals voor alle gezondheidszorgberoepen
- Het vermogen om diplomatisch om te gaan met moeilijke of lastige personen (patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen, escalatie van agressie, enz.)
- Het respecteren van de wetgeving betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en van de deontologie
- Kennis van medische informatica en de naleving van het beroepsgeheim
- Wanneer bepaalde invasieve handelingen, zoals een bloedafname, toegelaten worden, zouden er misschien (de meningen van de leden van de groep lopen uiteen) andere competenties moeten worden toegevoegd, zoals bijvoorbeeld het vermogen om te reageren wanneer men geconfronteerd wordt met onverwachte reacties

De opleiding die gevolgd dient te worden door praktijkassistent moet ervoor zorgen dat zij over de competenties beschikken die nodig zijn en dat hij heeft geleerd om alle handelingen uit te voeren die zijn opgenomen in het voorstel. De werkgroep spreekt zich niet uit over het exacte volume van de vereiste opleiding of de inhoud (dit is eerder een competentie van de Gemeenschappen), maar men is wel van mening dat de opleiding praktijkassistent van een hoger niveau dient te zijn dan dat van zorgkundige (momenteel 1 jaar postsecundair) maar van een lager niveau dan dat van verpleegkundige (3 jaar postsecundair momenteel).

Vraag 3: handelingen/taken/verantwoordelijkheden

Het verantwoordelijkheidsniveau zou kunnen gebaseerd zijn op dat van de Farmaceutisch Technisch Assistent. Met name dat van een beroepsbeoefenaar die enkel werkt onder de supervisie van een beoefenaar van de geneeskunde en onder diens verantwoordelijkheid. Hij neemt geen enkel initiatief op gezondheidsvlak en verwijst elk probleem of elke vraag door naar de arts.

Om nader in te gaan op de handelingen en taken, kan worden verwezen naar het antwoord op vraag 1:

- A. Indien we uitgaan van antwoord 1A, moet er een volledige lijst worden opgesteld van de handelingen die uitgevoerd mogen worden door de assistent, waarbij men zich baseert op de voorgestelde lijst en de onduidelijkheden worden geschrapt (geen « ... » en geen termen zoals « nader te bepalen » of « te bepalen »). De leden van de groep stellen geen andere handelingen voor bovenop de reeds beschreven handelingen.

- B. Indien we uitgaan van antwoord 1B, is de voorgestelde lijst bruikbaar en maakt dit beroep niet noodzakelijkerwijze deel uit van de gezondheidszorgberoepen. Gelet op het feit dat de voorgestelde lijst niet zeker limitatief is, zou een van de volgende twee opties moeten worden doorgevoerd in de initiële wetgeving (WUG/LEPS) :
- i. Ofwel vermeldt de toekomstige wetgeving welke de grenzen zijn aan de « kleine technische handelingen » die niet noodzakelijkerwijze behoren tot het gezondheidszorgdomein
 - ii. Ofwel vermeldt de toekomstige initiële wetgeving geen enkele grens aan de « kleine technische handelingen » die niet noodzakelijkerwijze behoren tot het gezondheidszorgdomein, dit wordt geval per geval overgelaten aan het oordeel van de arts
 - iii. ofwel vermeldt de initiële wetgeving dat bij bepaalde voorwaarden (hier binnen het kader van een extramuraal kabinet) het uitoefenen van deze handelingen geen onwettige uitoefening is van de geneeskunde.
 - iv. In de lijst van voorgestelde handelingen kan men zich afvragen of een bloedafname wel degelijk een « kleine technische handeling » is
- C. Indien we uitgaan van antwoord C, moeten enkel de handelingen worden weerhouden die niet behoren tot het gezondheidszorgdomein en al deze die daar wel toe behoren schrappen.

Als het als zodanig wordt erkend (en net zoals elk ander paramedisch beroep), moet de praktijkassistent worden onderworpen aan verplichte permanente opleiding om hun vaardigheden en het vermogen om bepaalde handelingen uit te voeren te behouden. De arts dient te zorgen voor deze mogelijkheid.

Vraag 4 : samenhang met de andere gezondheidszorgberoepen – waaronder de verpleegkundigen

Het voorgestelde competentieprofiel is duidelijk gericht op een quasi exclusieve professionele relatie met de arts (zie beschrijvingen in de voormelde antwoorden 2 en 3). Men kan zich echter indenken dat in sommige situaties of in sommige medische groepspraktijken, de arts aan zijn praktijkassistent zal vragen om de patiënt door te verwijzen naar een verpleegkundige of een andere gezondheidszorgbeoefenaar. Er zouden dus af en toe ook contacten kunnen zijn met andere beroepsbeoefenaars.

Volgens tal van actoren binnen het gezondheidssysteem zijn de « kleine technische handelingen » die mogelijk zouden worden toevertrouwd aan deze praktijkassistent « normaal gezien voorbehouden » aan de verpleegkundigen.

Er zijn 3 manieren om deze visie (technische handelingen behoren tot de taak van de verpleegkundigen) te verduidelijken :

- A. De eerste is een historische visie. Vanaf 1859 heeft het verpleegkundig beroep zich ontwikkeld op basis van 3 pijlers, waarvan een (1) het assisteren van de arts bij het uitoefenen van zijn beroep is (de verpleegkundigen waren in België trouwens tot in 1974 paramedici, dus zonder autonomie). Maar de andere pijlers, met name het (2) observeren van de gezondheidstoestand van de patiënt, het toezicht op en het (3) voortdurend bijstaan van de patiënt door het uitvoeren van een aantal autonome verpleegkundige ingrepen, zijn thans onlosmakelijk verbonden met het verpleegkundig beroep. Een verpleegkundige die enkel de arts zou assisteren, in hetzelfde gebouw, onder zijn verantwoordelijkheid, en enkel de handelingen zou uitvoeren die vermeld zijn in het aan ons voorgelegde competentieprofiel en zonder enige autonomie, zou geen verpleegkundige anno 21ste

eeuw zijn. Parallel met deze evolutie van de verpleegkundigen, werden trouwens andere paramedische beroepen gecreëerd om deze rol van strikt werken onder het toezicht van de arts verder te vertolken (bijvoorbeeld de medisch laboratoriumtechnoloog). Men moet dus aannemen dat historisch gezien de handelingen voorgesteld in het competentieprofiel van de « praktijkassistent » « verpleegkundige handelingen » zijn (ze worden trouwens heden ten dage dagelijks gesteld door verpleegkundigen en als dusdanig gefinancierd door het gezondheidssysteem) maar dat van iemand die alleen maar die handelingen uitvoert niet mag worden gezegd dat hij de rol uitoefent die verwacht wordt van een verpleegkundige

- B. De tweede is een juridische visie. Momenteel zijn de voorgestelde verstrekkingen opgenomen in de lijsten van handelingen voor 2 beroepen. De verpleegkundigen en de medisch laboratoriumtechnologen (MLT). Binnen het huidige wettelijke kader kan de arts de uitvoering van deze handelingen door andere beroepen dan deze 2 niet voorschrijven. Juridisch gezien bestaat er dus geen twijfel omtrent het feit dat deze handelingen niet door anderen mogen worden uitgevoerd, tenzij er een nieuw gezondheidszorgberoep wordt gecreëerd of het wijzigen van het wetgevende kader zodat deze handelingen worden geschrapt uit de 2 voormelde lijsten. De huisarts die bijvoorbeeld de glycemie van zijn patiënt wil bepalen of een bloedafname wil doen, moet die zelf uitvoeren of een beroep doen op (of de patiënt doorverwijzen naar) een verpleegkundige of een MLT.
- C. De derde is een pragmatische visie. Een huisarts of een huisartsgroep is misschien in staat om een beroep te doen op een medisch secretaris of een verpleegkundige. Maar een medisch secretaris alleen mag de handelingen niet stellen en een verpleegkundige alleen zal vermoedelijk geen secretariaatswerk willen doen. Indien hij moet overwegen om een beroep te doen op beide (tegelijkertijd) zal dit duurder zijn, en beiden zullen misschien niet voldoende activiteiten hebben om daar financieel voordeel bij te hebben of om voldoende werk te hebben (indien het loontrekkenden zijn). Het vermogen van een huisarts om een beroep te doen op een verpleegkundige (of een MLT) voor het uitvoeren van alle taken (secretariaat en medische assistentie) is dus beperkt en variabel, vooral naargelang van het aantal « kleine technische handelingen ». Hij kan ook nog, voor al zijn patiënten samen, een beroep doen op een MLT of een verpleegkundige die betaald wordt per handeling (voor de verpleegkundige is er zeer zelden een terugbetaling via de RIZIV nomenclatuur voor de handelingen in kwestie), maar ook daar kunnen er problemen opduiken, ofwel wat het aantal handelingen betreft ofwel organisatorisch (bijvoorbeeld alle patiënten op een welbepaald tijdstip moeten samenbrengen – wat niet steeds te voorzien is). Gelet op deze praktische vaststellingen, kunnen er 3 tegengestelde pragmatische conclusies worden getrokken:
- i. Ofwel moet het beroep van praktijkassistent zoals het wordt voorgesteld gecreëerd worden om de huidige situatie van de huisartsen, die voorstander zijn van dit project, te verbeteren
 - ii. Ofwel moeten de artsen een beroep doen op de bestaande beroepsbeoefenaars, met volledige benutting van hun potentieel en moeten misschien de huidige belemmeringen voor die benutting worden weggewerkt
 - iii. Vaak ontbreekt in dit soort debatten een objectieve wetenschappelijke analyse die toelaat om precies te weten (met inbegrip van geografie en afhankelijk van het type organisatie (solo, groep, etc.)) wat de activiteiten en behoeften van huisartsen zijn. Dit zou toelaten om een beslissingen te nemen.

Conclusie :

De leden afgevaardigd door de Raden van geneesheren, verpleegkundigen en paramedici, zijn van oordeel dat deze nota een weergave is van de exacte inhoud van alle essentiële informatie die werd

uitgewisseld tijdens de besprekingen in verband met de 4 vragen die gesteld werden door de minister. Zij hopen dat de minister hierin alle nodige informatie zal terugvinden waarop zij gerekend had.

Het belangrijkste discussiepunt betreft een beleidsbeslissing die moet genomen worden één of meerdere³ van deze 3 opties :

- Zich beperken tot een verbetering van de competenties en de inzet van de reeds bestaande gezondheidszorgberoepen zonder een nieuw beroep te creëren
- Creëren van het nieuwe paramedische beroep van « praktijkassistent », om een gezondheidszorgbeoefenaar toe te voegen aan het systeem die beter is aangepast aan bepaalde medische praktijken
- De wetgeving versoepelen, waarbij de technische handelingen waarvan men wil dat ze ook zouden kunnen worden uitgevoerd door dit nieuwe gezondheidszorgbeoefenaar (teneinde de discussie gezondheidszorgberoep of niet achter ons te kunnen laten) uit de gezondheidswetgeving schrappen.

Het is zeker dat huisartsen, zoals vele andere gezondheidszorgbeoefenaars, momenteel handelingen stellen die niet noodzakelijk het diploma van arts vereisen. De autoriteiten dienen hier rekening mee te houden en dienen hiervoor een oplossing te vinden zodat zij ondersteund worden binnen hun essentiële rol van het aanbieden van medische zorg aan de bevolking in de eerste lijn.

De leden van de groep hopen dat deze nota de nodige opheldering verschaft aan de minister voor het nemen van deze beslissing. De situatie van de huisartsen, alsook van de eerstelijnszorg, vereist het nemen van beslissingen zonder onnodige vertraging.

³ Spanningen lopen hoog op binnen de discussie wanneer er maar 1 mogelijke oplossing wordt voorgesteld, maar bij een probleem zo complex als « de hulp voor huisartsen » kunnen eventueel meerdere mogelijke oplossingen worden gezocht.