Het verpleegkundig diabetesconsult in de huisartsenpraktijk: implementatie van een herwerkt Nederlands protocol.

Dr. Stephanie Vrancx, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT……3

INLEIDING……4

METHODEN……5

RESULTATEN……6

DISCUSSIE……8

CONCLUSIE……9

DANKWOORD……10

REFERENTIES……11

BIJLAGEN……12

ABSTRACT

Titel: Het verpleegkundig diabetesconsult in de huisartsenpraktijk: implementatie van een herwerkt Nederlands protocol.
HAIO: Dr. Stephanie Vrancx
Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers
Contact: stephanie_vrancx@hotmail.com

Context

De laatste jaren is er meer nood aan taakdelegatie in de huisartsenpraktijken. In Nederland is men al langer bezig met geprotocolleerde zorg. Praktijkverpleegkundigen voeren zelfstandig consultaties, aan de hand van protocollen voor chronische ziekten zoals diabetes type 2. In België is men nog maar weinig vertrouwd met geprotocolleerde zorg door praktijkverpleegkundigen.

Onderzoeksvragen

In dit praktijkverbeterend implementatieonderzoek werden de volgende onderzoeksvragen beantwoord.

1.Hoe bruikbaar en toepasbaar zijn de Nederlandse protocollen voor verpleegkundigen in de Vlaamse huisartspraktijken?
2. Implementatie van een protocol in de Vlaamse praktijk: Wat is de haalbaarheid en wat zijn de drempels hiervan?
3. Wat is de feedback van de patiënt naar het verpleegkundig diabetesconsult toe?

Methoden

Er werd een praktijkprotocol opgesteld voor de driemaandelijkse controle van diabetes type 2 patiënten. Dit is gebaseerd op de praktijkprotocollen van een Nederlandse huisartsenpraktijk en op de Domus Medica richtlijnen. Het protocol werd geïmplementeerd in Vlaamse huisartsenpraktijken die werken met een praktijkverpleegkundige. De evaluatie gebeurde aan de hand van vragenlijsten voor de verpleegkundigen en de patiënten.

Resultaten

Er namen 3 huisartsenpraktijken en 20 patiënten deel. De praktijkverpleegkundigen vonden het protocol makkelijk bruikbaar en toepasbaar maar ook tijdrovend. De drempels om met dit protocol te werken waren tijdsgebrek en onvoldoende verpleegkundige kennis over diabetes. Dit consult had een effect op het dieet en de fysieke activiteit bij respectievelijk 9 en 11 patiënten. Twaalf patiënten vermeldden hun medicatie op tijd in te nemen door deze consultatie.

Conclusie

Deze studie werd positief ervaren door de verpleegkundigen en de patiënten. Het protocol moet niet gezien worden als strikte houvast maar als leidraad. Deze thesis is een aanzet naar geprotocolleerde zorg door verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Met de opleiding postgraduaat verpleegkundige in de huisartsenpraktijk zullen er waarschijnlijk meer mogelijkheden komen voor consultaties en geprotocolleerde zorg door verpleegkundigen.

INLEIDING

Door de veranderingen in de gezondheidszorg komt de toegankelijkheid van de huisartsenzorg alsmaar meer onder druk te staan. De toenemende vergrijzing van de bevolking en de verschuiving van acute naar chronische ziekten zorgen dat er meer nood komt aan praktijkondersteuning. Buitenlands literatuuronderzoek toont aan dat taakdelegatie een mogelijke oplossing zou kunnen zijn voor het dreigend tekort aan huisartsen.[1]

Reeds verschillende Vlaamse huisartsenpraktijken werken met een praktijkverpleegkundige. Zij kunnen de huisartsen een helpende hand bieden en ervoor zorgen dat de huisartsenzorg optimaal en toegankelijk blijft. Onlangs werd de opleiding postgraduaat verpleegkundige in de huisartsenpraktijk gelanceerd. Het Centrum voor Huisartsgeneeskunde en de Universiteit Antwerpen werken hiervoor samen met drie hogescholen. Op die manier moet het mogelijk worden nog meer verpleegkundige ondersteuning aan de huisarts te bieden op gebied van preventie, behandeling, verzorging en begeleiding van patiënten.[2]

Nederlandse huisartsenpraktijken hebben een uitgebreid netwerk aan praktijkondersteuning. Er is de praktijkverpleegkundige of de praktijkondersteuner huisartsenzorg. Hun taak is de begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen zoals astma, COPD en diabetes mellitus. Daarnaast zijn er nog de nurse practitioner en de physician assistant. De eerstgenoemde is een verpleegkundige die de taken van de huisarts overneemt en de laatste is een medisch opgeleide professional op masterniveau die onder supervisie van de arts medische taken verricht.[3] De kracht van de huidige Nederlandse praktijkverpleegkundigen ligt grotendeels in de geprotocolleerde zorg.[4] Een protocol ondersteunt de uitvoering van medische taken en legt stap voor stap uit hoe deze taken moeten worden uitgevoerd. Op die manier kan het een hulpmiddel zijn om te komen tot een gestructureerde, efficiënte en zorgvuldige uitvoering van taken. Daarnaast helpen protocollen fouten en misverstanden te beperken en zorgen daarom voor een veiligere zorg.[5]

De studie 'Praktijkorganisatie voor dummies' beschreef de administratieve en medische taken van een praktijkverpleegkundige.[6] Bloedafnames, vaccinaties, inspuitingen en wondzorg is maar een greep uit de vele taken die zij uitvoeren. Daarnaast kwam uit dezelfde studie naar voren dat er nog maar weinig gewerkt wordt met verpleegkundige protocollen in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Slechts één van de praktijken die ondervraagd werden in deze studie werkte met protocollen.

Een huisartsenpraktijk te Deurne startte in 2009 met het verpleegkundig spreekuur voor diabetes type 2 patiënten.[7] Dit project werd over het algemeen positief bevonden door de praktijkverpleegkundigen en de huisartsen. De mening van de patiënten is toen niet bevraagd.

Gezien de bovenstaande gegevens leek het mij dan ook interessant de Nederlandse protocollen voor praktijkverpleegkundigen van dichterbij te bekijken en, aangepast aan de Vlaamse context, voor te stellen aan Vlaamse huisartsenpraktijken die werken met een verpleegkundige. Ook de patiënten werden hierover bevraagd.

In deze thesis werden drie onderzoeksvragen gesteld.

1.Hoe bruikbaar en toepasbaar zijn de Nederlandse protocollen voor verpleegkundigen in de Vlaamse huisartsenpraktijken?
2. Implementatie van een protocol in de Vlaamse praktijk: Wat is de haalbaarheid en wat zijn de drempels hiervan?
3. Wat is de feedback van de patiënt naar het verpleegkundig diabetes consult toe?

METHODEN

Uitkomstmaten

De uitkomstmaten met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag zijn de bruikbaarheid en toepasbaarheid van het protocol nagaan. De praktijkverpleegkundigen kregen hiertoe vijftien meerkeuzevragen voorgelegd. Daarnaast werden via een kort interview de voor- en nadelen bevraagd.

De uitkomstmaten voor de tweede onderzoeksvraag zijn enerzijds het aantal deelnemende huisartsenpraktijken en de redenen waarom er niet werd deelgenomen. Anderzijds werden haalbaarheid en drempels volgens de praktijkverpleegkundigen via een kort interview bevraagd.

De uitkomstmaat van de derde onderzoeksvraag is de impact van het consult op de leefstijl van de patiënt. Daartoe vulde elke patiënt na het verpleegkundig consult een vragenlijst in.

Design

Deze masterthesis is een praktijkverbeterend implementatieonderzoek.

In eerste fase werd er langsgegaan bij een Nederlandse huisartsenpraktijk in Baarle-Nassau. Deze praktijk werkt reeds rond geprotocolleerde zorg uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen. Hier werden de gangbare praktijkprotocollen over astma, COPD, diabetes mellitus, cardiovasculair risicomanagement en ouderenzorg bestudeerd. Deze zijn gebaseerd op de Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) - standaarden. Om redenen van haalbaarheid werd er beperkt tot het diabetes type 2 consult. Ter aanvulling op de praktijkprotocollen werd ook een interview afgenomen met de praktijkverpleegkundige in deze Nederlandse huisartsenpraktijk. Hierin werd gevraagd naar de ervaringen van de verpleegkundige met protocollaire zorg.

In de volgende fase werd er een praktijkprotocol ontwikkeld voor de driemaandelijkse controle van diabetes type 2 patiënten. *(zie bijlage 1)* Dit is gebaseerd op de praktijkprotocollen van de Nederlandse huisartsenpraktijk, die gebaseerd zijn op de NHG-standaarden, en op de Domus Medica richtlijnen. Het protocol werd geïntroduceerd in de deelnemende Vlaamse huisartsenpraktijken die werken met een praktijkverpleegkundige. Elke praktijk werd bezocht om het project voor te stellen en toe te lichten. Aan de hand van dit praktijkprotocol kon de verpleegkundige zelfstandig het driemaandelijks diabetes consult uitvoeren. In het protocol stond anamnese, klinisch onderzoek en beleid beschreven. In de anamnese werd gevraagd naar welbevinden, verschijnselen van hypo- en/of hyperglycemie, leefstijl en medicatie. Het klinisch onderzoek bestond uit bepaling van BMI en buikomvang, bloeddrukmeting, voetinspectie en bloedafname. De streefdoelen van hbA1c en wanneer er moest overlegd worden met de huisarts werden beschreven. Het beleid omvatte leefstijladviezen en gezondheidsvoorlichting. Een vervolgconsultatie na drie maanden werd gemaakt.

Studiepopulatie

De populatie bestond uit huisartsen, praktijkverpleegkundigen en patiënten.

Vlaamse huisartsenpraktijken met praktijkverpleegkundigen werden op drie verschillende manieren gecontacteerd met de vraag of zij wilden deelnemen aan deze studie. Eerst werd er rechtstreeks naar 8 wijkgezondheidscentra een e-mail gestuurd. Deze werden op basis van de ligging (regio Antwerpen

en Vlaams-Brabant) geselecteerd. Daarnaast werden via de coördinator van de wachtpost in Heist-op-den-Berg huisartsen rechtstreeks aangeschreven via e-mail. Tot slot werden praktijken gevraagd om deel te nemen via een oproep op de website van ICHO.

Het voornaamste inclusiecriterium voor de huisartsenpraktijken was de tewerkstelling van een verpleegkundige. Inclusiecriteria voor de diabetespatiënten waren: gekende diabetes type 2 patiënt, niet-medicamenteuze behandeling of behandeling met orale antidiabetica.

Gegevensverzameling

Aan de praktijkverpleegkundigen werd gevraagd de volgende gegevens van de patiënt te noteren: geslacht, leeftijd, aantal gekende jaren diabetes, of er al dan niet medicatieaanpassingen gebeurd zijn in samenspraak met de huisarts en of er leefstijladviezen zijn meegedeeld aan de patiënt. Vlak na de consultatie werd aan de betrokken patiënt gevraagd een korte vragenlijst van zes ja/nee-vragen in te vullen. *(zie bijlage 2)* Tot slot werd ook met de praktijkverpleegkundigen een kort interview afgenomen naar analogie met het interview met de Nederlandse praktijkverpleegkundige en een vragenlijst van een vijftiental vragen. *(zie bijlagen 3A, 3B)* Dit vond plaats vier tot zes maanden na de start van de thesis.

RESULTATEN

Opstellen van het protocol

Met behulp van de NHG-Standaarden en de Domus Medica richtlijnen werd een protocol opgesteld voor de driemaandelijkse controle van een diabetes type 2 patiënt.[8,9] Daarnaast werden de protocollen van de Nederlandse huisartsenpraktijk in Baarle-Nassau ingekeken. Deze waren grotendeels gebaseerd op de NHG-Standaarden.

Interview met Nederlandse praktijkverpleegkundige

Een kort interview met de verpleegkundige werd afgenomen. Zij vertelde dat de protocollen rond o.a. diabeteszorg werden gemaakt door een huisartsenzorggroep. Diabetespatiënten kwamen vier keer per jaar op spreekuur waarvan drie keer bij de praktijkverpleegkundige en één keer bij de huisarts voor een meer uitgebreide controle. Een eerste voordeel van geprotocolleerde zorg was afbakening van de verpleegkundige taken. Toch was het eerder een hulpmiddel en geen strikte houvast. Een tweede voordeel was dat de patiënt goed werd opgevolgd en dit ook positief vond. Als nadeel haalde zij de administratie aan. In bepaalde situaties werd er afgeweken van de protocollen bijvoorbeeld een patiënt met goede regeling van de diabetes kon al eens een driemaandelijkse controle overslaan.

Kenmerken van de deelnemers

Deelnemende huisartsenpraktijken

Er waren in totaal 3 huisartsenpraktijken die deelnamen aan deze thesis. Van de 8 wijkgezondheidscentra die gecontacteerd werden, nam niemand deel. Via de oproep van de

coördinator van de wachtpost in Heist-op-den-Berg reageerden 3 praktijken maar uiteindelijk beslisten alleen de huisartsenpraktijken in Houtvenne en Wiekevorst om deel te nemen. Er reageerden 6 huisartsenpraktijken op het bericht op de website van ICHO. Hiervan nam er maar één, in Meerle, deel.

Het project liep van september 2016 tot en met januari 2017.

Patiënten

Er werden 20 patiënten gezien door de praktijkverpleegkundigen. De groep bestond uit 16 vrouwen en 4 mannen. De gemiddelde leeftijd van de patiënt was 63 jaar. Het gemiddeld aantal jaren diabetes per patiënt was 8 jaar.

Er zijn geen medicatieaanpassingen gebeurd. Er werd advies gegeven met betrekking tot beweging, dieet en opvolging bij respectievelijk 11, 13 en 15 patiënten.

Bruikbaarheid en toepasbaarheid

Ter evaluatie werd een vragenlijst aan de verpleegkundigen voorgelegd. Iedere verpleegkundige vond dat het protocol makkelijk toepasbaar, duidelijk, verstaanbaar en gestructureerd was. Het consult voeren en werken met het protocol verliep vlot volgens hen. Het protocol liet genoeg plaats voor eigen inbreng en remde hen niet af. Er was op deze manier nog voldoende ruimte voor de vragen van de patiënt. De verpleegkundigen hadden de indruk dat de patiënt tevreden was over de consultatie en voelden geen weerstand van de patiënten ten opzichte van deze manier van werken.

Twee op drie heeft afgeweken van het protocol.

Eén verpleegkundige heeft altijd overlegd met de huisarts. Bij de andere praktijken werd er in 75% en 25% van de consultaties overlegd met de huisarts.

Twee op drie vond het tijdrovend. De gemiddelde duur van een consultatie varieerde van 10 minuten tot 30 minuten. Eén huisartsenpraktijk zal niet verder werken met het protocol.

Zij zagen dit protocol als een houvast waardoor er minder over het hoofd werd gezien.

Haalbaarheid en drempels

De redenen om niet deel te nemen aan deze thesis waren verschillend. De eerste en belangrijkste reden was tijdsgebrek. De tweede reden was dat de verpleegkundigen maar weinig kennis hadden over diabetespatiënten. De derde reden was dat de praktijk reeds werkte met een kant-en-klaar zorgprotocol rond diabetes type 2. Zij wensten met hun protocol verder te gaan.

De patiënten gingen na het verpleegkundig consult nog langs bij de huisarts voor verdere bespreking en het voorschrijven van de medicatie. Twee verpleegkundigen vermoedden dat de patiënten één consultatie per jaar bij de huisarts onvoldoende zouden vinden. Het verpleegkundig consult zou haalbaar zijn als de artsen er volledig achter staan en de patiënten hiervan goed op de hoogte zijn.

Verder werd aangehaald dat de verpleegkundigen goed op de hoogte zouden moeten zijn van het onderwerp diabetes.

Impact van het verpleegkundig consult op de leefstijl van de patiënt

Elke patiënt gaf aan dat hij of zij goed werd opgevolgd. Dit consult had een effect op het dieet en de fysieke activiteit bij respectievelijk 9 en 11 patiënten. Twaalf patiënten gaven aan meer te weten over suikerziekte. Twaalf patiënten vermeldden hun medicatie op tijd in te nemen door deze consultatie. Slechts 3 patiënten gaven aan de huisarts te verkiezen boven de verpleegkundige.

DISCUSSIE

Uit de resultaten blijkt dat de verpleegkundigen het protocol makkelijk bruikbaar en toepasbaar vonden maar ook tijdrovend. Deze studie laat zien dat tijdsgebrek en onvoldoende kennis over diabetes drempels waren om met dit protocol te werken. Dit consult had een positieve invloed op de leefstijl van de patiënt.

Een van de struikelblokken om met dit protocol te werken was onvoldoende kennis over het onderwerp diabetes. Dit kan veranderen door de start van de opleiding postgraduaat verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. In deze opleiding gaat men dieper in op chronische aandoeningen zoals diabetes.[2] Ook de richtlijnen van Domus Medica en de zorgtrajecten komen hier aan bod.

Voor deze consultaties moest er tijd vrijgemaakt worden. Verpleegkundigen vonden het consult soms moeilijk te combineren met andere taken zoals administratie, telefoons opnemen enzovoort. De consultaties werden vaak onderbroken en duurden zo langer dan gepland.

Het protocol wordt eerder beschouwd als leidraad. Zo is het belangrijk leefstijladvies te geven op maat en volgens de noden van de patiënt. Dit was ook wat de Nederlandse verpleegkundige vertelde in het hoger beschreven interview. Er zijn praktische aanpassingen gebeurd aan het protocol tijdens de maanden dat het project liep in de verschillende praktijken. Deze aanpassingen zijn gebeurd door de verpleegkundigen en de huisartsen. In het protocol staat wanneer er een overleg of consultatie met de huisarts nodig is. In twee van de drie praktijken werd dit niet gevolgd. De patiënten gingen na het verpleegkundig consult altijd langs bij de huisarts. Bij de huisarts werden de voorschriften gemaakt en vond een korte bespreking van het verpleegkundig consult en de laboratoriumwaarden plaats. Momenteel is er nog geen systeem om de voorschriften klaar te laten maken door de verpleegkundige. Ook het aanrekenen van het verpleegkundig consult is niet makkelijk. In de studie van Schuerman en Schoenmakers[6] werd het probleem van de financiering bij taakdelegatie al aangehaald. Een verpleegkundige met een RIZIV-nummer kan prestaties aanrekenen via nomenclatuur. Helaas zijn er geen nomenclatuurnummers voor een bloedafname of consultatie door een verpleegkundige. Doordat er toch een contact met de huisarts was, kon dit consult onder een nomenclatuur van de huisarts worden aangerekend.

Het merendeel van de patiënten vond dat het consult een positieve invloed had op hun leefstijl. De studie van Shaw RJ et al. toonde aan dat verpleegkundige protocollaire zorg ook een positief effect had op hbA1c, bloeddruk en lipidemie van diabetes type 2 patiënten.[10] Een minderheid van de patiënten gaf aan dat zij de huisarts gemist hadden tijdens het consult. Dit kan een onderschatting zijn gezien een deel van de patiënten nadien toch nog werd gezien door de huisarts. De meer uitgebreide jaarlijkse controle kan nog wel bij de huisarts gehouden worden om de drempel tot verpleegkundige geprotocolleerde zorg lager te maken voor de patiënt.

Een eerste zwak punt van deze thesis was de kleinschaligheid van het onderzoek. Er waren 3 deelnemende huisartsenpraktijken en 20 patiënten. Omwille van praktische redenen werden nieuw

gediagnosticeerde diabetespatiënten en patiënten van het zorgtraject diabetes of de diabetesconventie uitgesloten. Een tweede zwak punt van deze thesis was dat het effect op de leefstijl van de patiënt niet geëvalueerd is na langere tijd. Het zou interessant zijn om dezelfde patiënten deze vragenlijst opnieuw voor te leggen na zes maanden of een jaar en na te gaan of deze invloeden op hun leefstijl standhouden. Omwille van beperkte looptijd van dit project in de praktijken was dit niet haalbaar.

CONCLUSIE

Over het algemeen werd dit project positief ervaren door de verpleegkundigen en de patiënten. Een goede combinatie vinden met andere administratieve en medische taken is nodig. Het protocol moet eerder beschouwd worden als leidraad dan als strikte houvast. Deze thesis is een aanzet naar de introductie van geprotocolleerde zorg door verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Met de opleiding postgraduaat verpleegkundige in de huisartsenpraktijk komen er waarschijnlijk meer mogelijkheden voor de consultaties en de geprotocolleerde zorg door de verpleegkundige.

DANKWOORD

Dank aan mijn promotor Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers voor de begeleiding bij het schrijven van deze thesis.

Dank aan Artsenpraktijk Houtvenne, Huisartsenteam Wiekevorst en de praktijk van Dr. Vos te Meerle voor de medewerking.

In het bijzonder dank aan de praktijkverpleegkundigen Inge, Ansie en Brigitte.

Dank aan Dr. Pieter Dekelver en praktijkverpleegkundige Marian van de Nederlandse huisartsenpraktijk te Baarle-Nassau.

REFERENTIES

1. Dirickx B, Viaene M, Lepeleire J. De. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie. Huisarts nu 2011; 417-424.
2. Bogaert P Van, Remmen R. Postgraduaat Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk VIHP Provincie Antwerpen. 2015. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/varia/docman-alles/publiek/studiedagen/nieuw-spoor-gatekeepers-kringen-12-09-2015/1168-postgraduaat-verpleegkundige-in-de-huisartsenpraktijk/file.html. Geraadpleegd 2016 maart 11.
3. Berg MJ Van den, Kolthof ED, Bakker DH de, Zee J van der. Taakdelegatie binnen de huisartsenpraktijk. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: de werkbelasting van de huisartsen. 2004. Beschikbaar via: http://www.nivel.nl/de-huisartspraktijk. Geraadpleegd 2016 maart 11.
4. Heiligers PJM, Noordman J, Korevaar JC, Dorsman S, Hingstman L, Dulmen AM van et al. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? 2012. Beschikbaar via: http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-kennisvraag-poh-def.pdf . Geraadpleegd 2016 maart 11.
5. Nederlands Huisartsen Genootschap. Taakoverdracht en werken met protocollen. 2012. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/4._taakoverdracht_en_werken_met_protocollen_-_achtergrond_nhg.pdf. Geraadpleegd 2016 maart 11.
6. Schuerman E, Schoenmakers B. Praktijkorganisatie voor dummies. Een leidraad bij de opstart van verpleegkundige zorgen in een huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 2014; 43:23-26.
7. Ronse J, Hove E Van, Eekman J, Ostyn B, Neirinckx J, Seuntjens L et al. Verpleegkundig spreekuur voor patiënten met diabetes type 2. Taakdelegatie volgens een praktijkprotocol. Huisarts Nu 2012; 41:275-278.
8. Rutten GEHM, Grauw WJC De, Nijpels G, Houweling ST, Van de Laar FA, Bilo HJ et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening) Huisarts Wet 2013; 56(10): 512-525.
9. Koeck PH, Bastiaens H, Benhalima K, Cloetens H, Feyen L, Sunaert P et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: diabetes mellitus type 2. 2015. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/varia/docman-alles/publiek/praktijkdocumenten/richtlijnen/726-diabetes-mellitus-type-2/file.html. Geraadpleegd 2016 februari 5.
10. Shaw RJ, McDuffie JR, Hendrix CC, Edie A, Lindsey-Davis L, Williams JW Jr. Effects of Nurse-Managed Protocols in the Outpatient Management of Adults With Chronic Conditions: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med 2014; 161:113–121.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Protocol voor de driemaandelijkse controle van een diabetes mellitus type 2 patiënt

Gebruik

Ter ondersteuning van een driemaandelijkse controle bij een stabiel ingestelde patiënt met diabetes mellitus.

1.Anamnese

Informeer naar:

- Welbevinden
- Verschijnselen van hypoglycemie: Hongergevoel, zweten, bleekheid of onrust.
- Verschijnselen van hyperglycemie: Dorst, vaginale jeuk, slecht genezende wondjes of moeheid.
- Leefstijl: voeding? roken? Lichaamsbeweging?
- Medicatiegebruik, neveneffecten.

2.Klinisch onderzoek

- Bepaal het gewicht, lengte en BMI (BMI = gewicht / (lengte in meter)^2)
- Bepaal buikomvang.
  Hoe meten? Meet halverwege het laagste punt van de onderste rib en bovenvoorzijde van de bekkenkam. Meet op de blote huid, na een normale uitademing, zonder dat de lintmeter druk uitoefent op de huid.
- Labo onderzoek: nuchtere glycemie, HbA1c.
  Op indicatie: nierfunctie (creatinine/MDRD)
- Meet de bloeddruk.
- Inspectie van de voeten.

3. Evalueer de uitslagen en metingen

- Bespreek met de patiënt de gevonden waarden.
- Huisarts volgt mee de laboratoriumwaarden op.

4.Beleid

Streefdoelen HbA1c volgens profiel van de patiënt:

- Algemeen < 7% (53 mmol/mol)
- Strikter < 6,5% (48 mmol/mol) bij korte diabetesduur (< 8 jaar), goede levensverwachting (> 10 jaar) en afwezigheid van cardiovasculair lijden (rekening houdend met risico op hypoglycemie).
- Accepteer < 8% (64 mmol/mol) bij lange diabetesduur met moeizaam te bereiken streefwaarden, aanwezigheid van uitgebreide micro- en/of macrovasculaire verwikkelingen of beperkte levensverwachting.

5.Geef voorlichting, leefstijlinstructies en psychosociale begeleiding

- Beweging: *Doorgaans raadt men een vorm van lichaamsbeweging aan die een polsversnelling en/of lichte kortademigheid veroorzaakt (snel stappen, fietsen, hometrainer,…), en dit tijdens de meeste dagen van de week gedurende 30 tot 45 minuten (ongeveer 150 minuten per week). Een alternatief is om 75 minuten per week intensief te bewegen, dit wil zeggen tot 50-75% van de maximale hartslag (ongeveer 220 min de leeftijd)*
- Rookstop
- Gepersonaliseerd voedingsadvies
  Verwijs eventueel naar diëtist (i.o.m. huisarts)
  Advies www.thuisarts.nl : ik wil gezond eten
- Medicatie en therapietrouw
- Verwijs naar voorlichtingsteksten op Thuisarts.nl.
- Geef eventueel instructie- en voorlichtingsmateriaal mee.

6.Overleg met huisarts in de volgende gevallen

- Bij het niet bereiken van de streefdoelen.
- Als u een wijziging van de medicamenteuze behandeling voorstelt.
- Bij intolerantie voor de voorgeschreven geneesmiddelen.
- Bij verdenking op cardiovasculaire complicaties, autonome neuropathie of neuropathische pijnklachten, visusproblemen
- Hoge bloeddruk (> 140/>90 mmHg)
- Bij klachten wijzend op hyperglycemie en/of hypoglycemie.
- Bij een gewichtsstijging of –daling van meer dan 3 kg in 3 maanden.
- Bij een voetulcus
- Bij depressie, angst, eetstoornissen

→ *overleg met huisarts of maak binnen de week opnieuw consultatie bij huisarts.*

7.Follow-up (driemaandelijks, 4 contacten per jaar)

- 3 keer per jaar bij de praktijkverpleegkundige
- 1 keer per jaar bij de huisarts voor:
  - laboratoriumonderzoek: HbA1c, nuchtere glucose, cholesterol, LDL, HDL, triglyceriden, creatinine, natrium en kalium bij diuretica, ACE inhibitoren of sartanen
  - eerste ochtendurine staal: albumine/creatinine ratio

Bijlage 2: Evaluatie door de patiënten

	Ja	Nee
Deze consultatie heeft mij geholpen bij mijn dieet.		
Door deze consultatie neem ik mijn medicatie op tijd in.		
Door deze consultatie weet ik meer over suikerziekte.		
Ik heb het gevoel dat ik op tijd word opgevolgd.		
Ik heb de huisarts gemist tijdens deze consultatie.		
Door deze consultatie ben ik van plan meer te bewegen.		

Bijlage 3 A: Interview met praktijkverpleegkundigen

1. Wat zijn de voordelen volgens u van het werken met protocollen?

2. Wat zijn de nadelen volgens u van het werken met protocollen?

3. Denkt u dat het haalbaar is om met dit protocol te werken in de huisartsenpraktijk? Beargumenteer aub.

4. Wat zijn volgens u de drempels om met dit protocol te werken in de huisartsenpraktijk? Beargumenteer aub.

5. Zijn er aanpassingen gebeurd aan het protocol door u of de huisarts?

Zo ja: Wie deed de aanpassingen?

Welke aanpassingen zijn er gebeurd?

6. Hebt u nog suggesties of opmerkingen?

Bijlage 3 B: Evaluatie door de praktijkverpleegkundigen

	Akkoord	Niet akkoord
Het protocol was makkelijk toepasbaar.		
Ik heb afgeweken van het protocol.		
Ik vond het tijdrovend.		
Het consult voeren verliep op deze manier vlot.		
Het protocol was duidelijk.		
Ik kon vlot werken met het protocol.		
Het protocol remde mij af.		
Het taalgebruik was verstaanbaar.		
Dit protocol liet genoeg ruimte voor mijn eigen inbreng.		
Het protocol was gestructureerd.		
Ik had de indruk dat de patiënt tevreden was over de consultatie.		
Door het protocol te volgen had ik minder oog voor de vragen van de patiënt zelf.		
De praktijk zal met dit protocol verder werken in de toekomst.		
Ik voelde weerstand van de patiënten ten opzichte van deze manier van werken.		
Ik heb overlegd met de huisarts in …. % van de consultaties.		
De gemiddelde duur van een consultatie was ….. minuten.		

Bijlage 4: Goedkeuring door de Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "(Voorlopig??) Verpleegkundigen in de huisartspraktijk: Toepasbaarheid van de herwerkte Nederlandse protocollen in de Vlaamse huisartsenpraktijk: haalbaarheid en drempels?" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Gunstig advies van OBC

2016-01-25 18:10:19

Bekijk status geschiedenis

Student(en):	Stephanie Vrancx
Promotor:	Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be - u0031684 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit:	Geneeskunde
Opleiding:	Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:	monocentrisch
De opdrachtgever is:	academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:	Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:	De laatste jaren is er meer aandacht gegaan naar praktijkvoering en praktijkassistentie in de huisartsenpraktijk. In het buitenland, en vooral in Nederland, is men reeds goed vertrouwd met een praktijkassistent(e). In Vlaanderen ontbreekt hier echter de opleiding voor. Wel zijn er al huisartspraktijken in Vlaanderen die met een verpleegkundige samenwerken. Er zijn reeds verschillende onderzoeken gedaan naar de rol van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. In tegenstelling tot in Nederland, waar er protocollen bestaan voor de taken van de verpleegkundige, wordt er in Vlaanderen nog maar weinig gewerkt met zo'n protocollen.
Vraagstelling:	In deze thesis worden 2 onderzoeksvragen gesteld. 1.Hoe bruikbaar zijn de Nederlandse protocollen voor verpleegkundigen in de Vlaamse huisartspraktijken? 2.Implementatie van een protocol in de Vlaamse praktijk: Wat is de haalbaarheid en wat zijn de drempels hiervan?
Methodologie:	Als voorbereiding op het schrijven van deze thesis wordt een verkennend literatuuronderzoek gedaan. Er wordt in de Nederlandse literatuur en bij Nederlandse huisartspraktijk(en) gezocht naar protocollen van de verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. In het eerste deel van deze thesis worden deze protocollen aangepast aan de huidige Vlaamse huisartsenpraktijkvoering. In het tweede deel van deze thesis wordt getracht dit/deze herwerkte protocol(len) te implementeren in een Vlaamse huisartspraktijk. In een veldonderzoek worden de haalbaarheid en de drempels van deze introductie bij de verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk nagegaan. Er worden enkel protocollen aangepast en geïmplementeerd in de praktijk voor de taken die een verpleegkundige in Vlaanderen sowieso mag uitvoeren.
Referenties:	

Informed consent / vragenlij...