



Implementatie van een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk

Met focus op de zorg voor patiënten met diabetes type 2

Bernaert Isabelle, UGent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, UGent

Co-promotoren: Dr. Patricia Sunaert, UGent en Dr. Luc Feyen, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2018 – 2019

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

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

Inhoud

Dankwoord	4
Abstract	5
Inleiding	6
1. Literatuuronderzoek.....	7
1.1 Methodologie	7
1.2 Resultaten	8
Taakdelegatie en praktijkondersteuning wereldwijd.....	8
Taakdelegatie en praktijkondersteuning in Nederland.....	9
Taakdelegatie en praktijkondersteuning in België	11
Taakdelegatie algemeen	13
Taakdelegatie bij diabeteszorg.....	17
Besluit	18
2. Praktijkverbeterproject	20
2.1 Methodologie	20
Doelstelling.....	20
Setting	20
Methode: Actieonderzoek op basis van de FOCUS-procedure en de PDCA-cyclus	20
Selectie en rekrutering doelgroep.....	21
Resultaten	21
Ethisch comité	22
Gegevensverwerking	22
Implementatie praktijkverpleegkundige	22
2.2 PRAKTIJKVERBETERPROJECT: Introductie van een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk met specifieke aandacht voor diabeteszorg	22
Probleemanalyse	22
Opstellen complexe interventie	25
Resultaten	27
Analyse implementatie praktijkverpleegkundige.....	29
3. Discussie	31
Complexe interventie	31
Verbeterde opvolging.....	31
Implementatie praktijkverpleegkundige	32
Zwaktes van het project	33
4. Besluit.....	33
Bibliografie	35
Bijlagen	38

Dankwoord

Deze Masterproef was er uiteraard niet gekomen zonder de hulp van enkele mensen. Ik wil dan ook graag van de gelegenheid gebruik maken om hen te danken voor hun inzet, adviezen en steun.

In de eerste plaats wil ik mijn collega Dr. Kris Cooman, de verpleegkundige Eline Bourgeois en de diëtiste/diabeteseducator Nathalie De Jonge bedanken voor de samenwerking en de steun aan dit project.

Ook een bijzondere dank aan mijn promotor Dr. Sara Willems en co-promotoren Dr. Patricia Sunaert en Dr. Luc Feyen voor de voedende en kritische commentaren, voor het geduld en tijd die ze in mijn investeerden.

Ten slotte wil ik ook mijn ouders danken voor hun nooit aflatende steun.

Abstract

Context: In onze landelijke duo-praktijk verloopt de opvolging van diabetespatiënten ongestructureerd en onvolledig. Toen bekend werd dat er een verpleegkundige stage kwam lopen in het kader van een opleiding tot praktijkverpleegkundige, leek het ons opportuun om onze diabeteszorg onder de loep te nemen en deze efficiënter te organiseren. We willen de zorg beter laten aansluiten aan de richtlijnen en de patiënt beter informeren en betrekken in zijn eigen diabeteszorg.

Doelstelling: Het doel van dit proefproject is enerzijds de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject beter te structureren en te kijken welke taken overgenomen kunnen worden door een praktijkverpleegkundige. Anderzijds willen we het proces van het betrekken van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg evalueren.

Onderzoeksvraag:

Vraagstelling 1: Leidt het inschakelen van een praktijkverpleegkundige bij de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject tot een betere opvolging?

Vraagstelling 2: Hoe verloopt de implementatie van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg in onze huisartsenpraktijk?

Methode: Allereerst wordt er een literatuurstudie uitgevoerd. Er wordt antwoord gezocht op volgende vragen: Vraagstelling 1: Hoe ziet taakdelegatie en praktijkondersteuning in de eerstelijnsgezondheidszorg eruit? En hoe verloopt dit in België en Nederland?

Vraagstelling 2: Wat kunnen we leren uit de voorbije praktijkverbeterprojecten over de rol van een praktijkverpleegkundige- of assistente in de huisartsenpraktijk met specifieke aandacht voor diabetes? Op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek wordt een praktijkverbeterproject uitgewerkt rond het verbeteren van de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en het zorgtraject diabetes. Aan de hand van de FOCUS- en PDCA-methode wordt het probleem geanalyseerd en een complexe interventie uitgewerkt. De complexe interventie omvat als hoeksteen de introductie van een gestructureerd diabetesconsult bij de praktijkverpleegkundige, gevolgd door een consultatie bij de huisarts. Daarnaast willen we nog een aantal bijkomende actiepunten realiseren.

Het project wordt geëvalueerd aan de hand van structuur- en procesindicatoren. Daarnaast wordt het proces van de introductie van een praktijkverpleegkundige in kaart gebracht.

Resultaten: We hebben 8 actiepunten van onze complexe interventie kunnen realiseren, waaronder de introductie van het diabetesconsult bij de verpleegkundige. We hebben echter in het tijdsbestek van het project geen aanpassing kunnen doorvoeren in ons EMD-programma en we hebben geen podoloog kunnen aantrekken naar onze praktijk. 58.6% van de patiënten in het voortraject en zorgtraject hebben een diabetesconsult gehad bij de verpleegkundige, gevolgd door een consult bij de arts. De registratie van belangrijke parameters is sterk verbeterd. Ook hebben meer patiënten een screening naar diabetische retinopathie, een voetonderzoek en een screening naar microalbuminurie gehad. De uitwerking van het opstartproces van de verpleegkundige verliep vlot. Er werden slechts enkele aanpassingen doorgevoerd in het diabetesconsult. De praktijkverpleegkundige heeft geen problemen ondervonden tijdens het project. De opleiding tot praktijkverpleegkundige bevatte voldoende houvast om de diabetesopvolging te realiseren. Het proefproject liep van 01/09/2018 tot en met 30/11/2019.

Conclusie: Het introduceren van een diabetesconsult bij de verpleegkundige in onze huisartsenpraktijk leidt tot een betere opvolging van de patiënten in het voortraject en zorgtraject die hieraan hebben meegewerkt. De introductie van de praktijkverpleegkundige verliep vlot. Indien er voldoende financiële ondersteuning gevonden wordt, willen we het project zeker verderzetten.

Inleiding

In onze landelijke duo-praktijk verloopt de opvolging van diabetespatiënten ongestructureerd en onvolledig. Toen bekend werd dat er een verpleegkundige stage kwam lopen in het kader van een opleiding tot praktijkverpleegkundige, leek het ons opportuun om onze diabeteszorg onder de loep te nemen en deze efficiënter te organiseren. De stageperiode bedroeg tweemaal 80 uur. We kozen ervoor om tijdens deze stageperiode een proefproject rond diabetesopvolging uit te werken. We introduceren een diabetesconsult bij de verpleegkundige, gevolgd door een consultatie bij de huisarts.

Taakdelegatie in de huisartsenpraktijk wordt in België nog niet op grote schaal toegepast, maar de literatuur toont ons dat taakdelegatie van een arts naar een verpleegkundige zonder kwaliteitsverlies kan verlopen. De opvolging van chronische patiënten (b.v. diabetespatiënten) volgens wetenschappelijk onderbouwde zorgpaden kan geoptimaliseerd worden via praktijkondersteuning. (1)

Diabetes mellitus is een zeer frequente aandoening en geeft aanleiding tot een aanzienlijke morbiditeit en mortaliteit. Ze vergt een complexe multifactoriële chronische behandeling, die wordt verstrekt door verschillende zorgverleners, met grote inbreng van de patiënt zelf. Kwaliteitsonderzoek leert ons dat er internationaal, maar ook in België, een belangrijke kloof blijft tussen de huidige behandeling van diabetespatiënten en de ideale behandeling gesteund op evidentie en de realiteit. (2)

Met de introductie van het diabetesconsult willen we de diabetesopvolging beter laten aansluiten aan de richtlijnen en de patiënt beter informeren en betrekken in de zorg. We kijken welke huisartsgeneeskundige taken gedelegeerd kunnen worden aan een praktijkverpleegkundige. Daarnaast willen we het proces van het betrekken van een praktijkverpleegkundige voor de diabeteszorg in onze praktijk evalueren.

De masterproef geeft een antwoord op volgende onderzoeksvragen:

Vraagstelling 1: Leidt het inschakelen van een praktijkverpleegkundige bij de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject tot een betere opvolging?

Vraagstelling 2: Hoe verloopt de implementatie van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg in onze huisartsenpraktijk?

We focussen ons op de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject. Patiënten uit de diabetesconventie worden reeds uitgebreid opgevolgd door de endocrinoloog.

1. Literatuuronderzoek

1.1 Methodologie

Om een beeld te krijgen over de mogelijkheden die praktijkondersteuning in de huisartsgeneeskunde biedt, werd er eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd.

Er werd een antwoord gezocht op volgende onderzoeksvragen:

Vraagstelling 1: Hoe ziet taakdelegatie en praktijkondersteuning in de eerstelijnsgezondheidszorg eruit? En hoe verloopt dit in België en Nederland?

Vraagstelling 2: Wat kunnen we leren uit de voorbije praktijkverbeterprojecten over de rol van een praktijkverpleegkundige- of assistente in de huisartsenpraktijk met specifieke aandacht voor diabetes?

1) *Hoe ziet taakdelegatie en praktijkondersteuning in de eerstelijnsgezondheidszorg eruit? En hoe verloopt dit in België en Nederland?*

Om een antwoord te krijgen op de eerste vraag werd een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd volgens de waterval methode. Richtlijnen werden op EBM practice net geraadpleegd. Er werden echter geen richtlijnen gevonden. Vervolgens werd de Cochrane Database en Pubmed geraadpleegd. Er werd gezocht op trefwoorden zoals 'primary health care', 'nurse practitioner', 'task shifting', 'general practitioners', 'physician assistant'.

De geïnccludeerde reviews en originele studies moesten zich richten op de eerstelijnsgezondheidszorg en moesten een algemeen beeld geven over praktijkondersteuning en taakdelegatie in de wereld. Originele studies die in latere reviews worden geciteerd werden eveneens niet meegenomen. Er werden 2 Cochrane reviews gevonden en weerhouden. In Pubmed werden er 417 studies gevonden, waarvan er 5 artikels werden weerhouden. Verder werd het elektronisch tijdschriftenarchief van Huisarts Nu bekeken, via de website van Domus Medica. Hier werden 2 artikels weerhouden. Op deze website werd ook het draaiboek 'Praktijkassistentie voor de huisartsenpraktijk' en het visiedocument 'De huisarts herbekeken' geraadpleegd. Uit het boek, 'Praktijkmanagement in de huisartsenpraktijk' van Brigitte Schoenmakers, Jan De Lepeleire en Bert Aertgeerts werden 2 hoofdstukken doorgenomen. Bijkomend werd nog een licentiaatsverhandeling uit de faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen en 2 bachelorproeven verpleegkunde weerhouden.

Aangezien taakdelegatie in Nederland reeds goed ontwikkeld is en behoorlijk functioneert, werd een literatuurstudie gedaan over taakdelegatie in Nederland. De NIVEL-database werd geraadpleegd voor overzichtsartikelen van praktijkondersteuning in Nederland. Trefwoorden hier waren 'taakdelegatie', 'praktijkassistent', 'praktijkondersteuner', 'nurse practitioner', 'physician assistant'. Er werden 65 studies gevonden, waarvan er 8 werden weerhouden. Ook de NHG-website werd bekeken. Hier werden handige en praktische tips meegegeven voor de opstart van praktijkondersteuning. Via de Pubmed zoekstrategie werden echter geen, voor België, interessante artikels gevonden.

De literatuurstudie gebeurde voornamelijk vanaf november 2017 t.e.m. augustus 2018. In de maanden erna werd er nog herhaaldelijk gezocht om de meest recente literatuur in de studie op te nemen. Enkel artikels gepubliceerd na 2003, in het Nederlands of Engels en waarvan de volledige tekst beschikbaar was, werden weerhouden. Selectie van relevante artikels gebeurde op basis van titel en abstract. Daarnaast werden ook gerelateerde artikels opgezocht. Voor de definitieve selectie uit de relevante publicaties werd het volledige artikel doorgenomen.

Tot slot werd ook bijkomende informatie gezocht op de website van de Universiteit Antwerpen en de Artevelde Hogeschool over de opleidingen tot praktijkverpleegkundige hier in België.

2) Wat kunnen we leren uit de voorbije praktijkverbeterprojecten over de rol van een praktijkverpleegkundige- of assistente in de huisartsenpraktijk met specifieke aandacht voor diabetes?

Voor de tweede vraag werd een review gemaakt van praktijkverbeterprojecten, waarbij praktijkondersteuning een belangrijke rol heeft. Deze masterproeven werden geselecteerd uit de database op de ICHO-website. Er werden 24 praktijkverbeterprojecten weerhouden. Daarnaast werden nog 13 masterproeven geselecteerd die onderzoek hebben gedaan naar praktijkondersteuning in België. Volgende trefwoorden werden gebruikt: 'praktijkverpleegkundige', 'praktijkassistente' en 'taakdelegatie'. Ook werden er in het archief van Huisarts Nu nog 3 praktijkverbeterprojecten gevonden, waarvan 1 masterproef en 1 uitgevoerd werd door een verpleegkundige.

1.2 Resultaten

Vraagstelling 1: Hoe ziet taakdelegatie en praktijkondersteuning in de eerstelijnsgezondheidszorg eruit? En hoe verloopt dit in België en Nederland?

Taakdelegatie en praktijkondersteuning wereldwijd

Taakdelegatie in de gezondheidszorg bestaat ondertussen in veel verschillende landen. De eerste vorm van taakdelegatie ontstond in de VS eind jaren '50 – begin jaren '60 wegens een heersend huisartsentekort. De 'physician assistant' (PA) maakte zijn intrede. Het was een algemeen opgeleide gezondheidszorgmedewerker die onder supervisie van een arts instond voor patiëntenzorg. Taakdelegatie wou een antwoord bieden op een nakend huisartsentekort, maar ook de werkdruk van de artsen verminderen en een reductie van de gezondheidszorguitgaven bewerkstelligen, zonder in te boeten op de kwaliteit van de zorg. (3)

Landen met verregaande vorm van taakdelegatie zijn onder andere: Australië, Canada, Finland, Ierland, Nederland, Nieuw-Zeeland, Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Deze landen hebben verschillende hervormingen doorgevoerd op vlak van gezondheidszorgbeleid en onderwijs om de toegankelijkheid, de continuïteit en de kwaliteit van zorg ten goede te laten komen. België behoort tot de middenmoot, de groep landen met een reeds bestaande, doch beperkte taakdelegatie. Taakdelegatie in de huisartsenpraktijk kan heel ver gaan. In sommige landen heeft de verpleegkundige tot op zekere hoogte de mogelijkheid om medicatie voor te schrijven. Redenen waarom er zo grote verschillen in taakdelegatie bestaan zijn onduidelijk. (4)

Drempels om tot taakdelegatie over te gaan zijn voornamelijk de weerstand van de artsen, de complexe regelgeving en het financiële aspect. (4) Taakherschikking is dus niet alleen het overnemen van taken van de ene beroepsgroep door de andere, maar ook een kwestie van organisatorische veranderingen. (5) (1)

De kwaliteit van de zorg door een verpleegkundige zou gelijke tred houden met de zorg door huisartsen verleend. Integendeel, de zorg door verpleegkundigen zou meer effect kunnen hebben op het psychisch welbevinden, de mate van afhankelijkheid, de functionele status en de kwaliteit van leven van patiënten. (5) Een Cochrane review over de opvolging van astmapatiënten daarentegen vond geen verschil in uitkomsten tussen de zorg geleverd door huisartsen en zorg verleend door verpleegkundigen. (6)

Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de zorg geleverd door verpleegkundigen, mogelijks doordat ze langere consultaties houden, meer informatie verschaffen en meer communiceren op

niveau van de patiënt. (5) (1) Ook onderzoek in België bevestigde deze tevredenheid van de patiënten. (7)

Minder eenduidig waren de onderzoeken die kijken naar gezondheidswinst, werkbelasting van de huisarts en gezondheidszorguitgaven. In de meeste studies werden geen verschillen in harde eindpunten gevonden tussen patiënten behandeld door een verpleegkundige of patiënten behandeld door een arts. (5) (1) (4) Ook het effect van taakdelegatie op de werkbelasting van de huisarts moet genuanceerd worden. (5) (1) (8) Artsen kunnen de vrijgekomen tijd gebruiken om taken op te nemen die vroeger door tijdsgebrek onvoldoende aan bod kwamen of de verpleegkundigen kunnen een zorgvraag creëren die er voorheen niet was. (1) De invloed van taakherschikking op de kosten van de zorg zijn nog onduidelijk; de gevonden resultaten waren zeer tegenstrijdig. Zo leidt taakdelegatie niet noodzakelijk tot een vermindering van de gezondheidszorguitgaven. De winst door een lagere loonkost van de verpleegkundige wordt mogelijks tenietgedaan door hun lagere productiviteit en een toename van gebruik van zorgvoorzieningen en -middelen. (5) (1)

Mogelijke barrières voor een goede interprofessionele samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige zijn onder andere tijdsdruk, een gebrek aan een duidelijke beschrijving van de taken en rollen die ieder op zich neemt, afwezigheid van een duidelijk leiderschap of onvoldoende ondersteuning en een andere visie en doelstellingen. Open communicatie tussen de huisarts en de verpleegkundige is aldus belangrijk, net als vertrouwen, collegialiteit en de erkenning van een eigen bijdrage in de praktijk. Moeilijkheden in de samenwerking en problematische communicatie, kunnen een negatieve impact hebben op de kwaliteit van de gegeven zorg. (9)

Taakdelegatie en praktijkondersteuning in Nederland

Sinds de jaren '60 wordt de Nederlandse huisarts ondersteund door de 'doktersassistent'. De functie ontstond vanuit de basisopleiding 'medisch secretariaat'. Aanvankelijk werden vooral administratieve taken uitgevoerd door de doktersassistente. Later werden deze taken sterk uitgebreid naar onder andere medisch-technische, preventieve en organisatorische taken. (10) (8)

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de werkdruk van huisartsen te verminderen deed in 1999 de praktijkondersteuner (POH) zijn intrede. Hierdoor konden ook medisch-inhoudelijke taken gedelegeerd worden. Ze zijn gericht op de opvolging en behandeling van chronisch zieken en oudere patiënten. (11) In Nederland zijn naar schatting 10.800 doktersassistenten werkzaam in de huisartspraktijk (gemiddeld 2,5 doktersassistent per praktijk) en 62% van de huisartspraktijken heeft een POH in dienst. Doktersassistenten en praktijkondersteuners hebben op de dag van vandaag een eigen afgebakend werkterrein. Doktersassistenten verrichten voornamelijk administratieve en medisch-technische taken. Praktijkondersteuners zijn gespecialiseerd in advies en begeleiding van specifieke patiëntengroepen (COPD, diabetes - geprotocolleerde zorg) en kunnen meer tijd aan deze patiënten besteden dan de huisarts. (11)

Sinds 2007 bestaat er ook een 'physician assistant' (PA). Deze beroepsgroep werkt zowel in de huisartspraktijk als in ziekenhuizen. De PA is een medisch generalist. Het beoogde takenpakket is primair gericht op medische zorgverlening en omvat globaal gezien de volgende activiteiten: het afnemen van anamneses, uitvoeren van lichamelijk en/of nader onderzoek, stellen van waarschijnlijkheidsdiagnoses en het behandelen van patiënten. Daarnaast geven zij voorlichting en verwijzen zij patiënten door naar andere zorgverleners. De PA-H (physician assistant in de huisartspraktijk) werkt altijd onder supervisie van een huisarts. Zij nemen consultaties van de huisarts over. Dit kan een financieel voordeel opleveren want de loonkost van een PA-H is lager, maar de vergoeding voor de consulten blijft hetzelfde. Bij de POH ligt de nadruk eerder op suppletie, dit wil zeggen dat de geleverde zorg wordt uitgebreid en de kwaliteit van zorg hierdoor verbetert. De inzet

van beide disciplines zou voor de huisarts een tijdsbesparing geven van ruim 7% en het zou ruim 18% van de verrichtingen uit handen nemen van de huisarts. (12) (13) Eerder onderzoek omtrent de werkbelasting van huisartsen bij taakdelegatie aan een praktijkondersteuner lijkt geen vermindering van werkuren aan te tonen, aangezien praktijkondersteuners eerder iets toevoegen aan het werk dat ze overnemen van de huisarts. Huisartsen hebben wel de indruk dat de werkbelasting subjectief verminderd. (8)

De nurse practitioner (NP) of verpleegkundig specialist (VS) is een derde profiel dat we terugvinden. Deze komt meer voor in de huisartspraktijk dan de PA-H. Deze beroepsgroep werkt ook zelfstandig, maar integreert vooral verpleegkundige expertise. Zowel specialistisch verpleegkundigen als praktijkverpleegkundigen hebben een hogere beroepsopleiding verpleegkunde gevolgd en daarna een post-hbo-specialisatie. Specialistisch verpleegkundigen zijn deskundig op het gebied van een type aandoening en praktijkverpleegkundigen zijn meer generalistisch opgeleid. (14)

Bijkomend zijn er nog twee beroepsgroepen voor psychische problematiek werkzaam in de huisartspraktijk: de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, opgeleid als specialistisch verpleegkundige en daarnaast sinds 2008 de POHggZ, praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg. (13)

Tabel 1: kenmerken van praktijkondersteuner, nurse practitioner en physician assistant in de huisartsenpraktijk. (15)

	Praktijkondersteuner	Nurse practitioner	Physician assistant
<i>Toelatingseisen opleiding</i>	<i>Doktersassistente (mbo) /verpleegkundige (hbo)</i>	<i>Hbo-verpleegkundige + praktijkervaring</i>	<i>Hbo-verpleegkundige of paramedicus + praktijkervaring</i>
<i>Opleidingsduur (studiebelastinguren)</i>	<i>870 uur</i>	<i>1830 uur</i>	<i>4200 uur</i>
<i>Werkplek tijdens opleiding</i>	<i>Huisartsenpraktijk</i>	<i>Huisartsenpraktijk + enkele korte ziekenhuisstages</i>	<i>Huisartsenpraktijk + ziekenhuisstages in alle 'grote' vakken</i>
<i>Afstudeerniveau</i>	<i>Bachelor</i>	<i>Master</i>	<i>Master</i>
<i>Doelgroep</i>	<i>Chronisch zieken, met name diabetes mellitus, hypertensie en COPD</i>	<i>Patiënten met alledaagse huisartsgeneeskundige klachten</i>	<i>Bijna alle patiënten, behalve traumata en infarcten</i>
<i>Taak, in volgorde van prioriteit</i>	<i>Zorg</i>	<i>1. Zorg 2. Diagnostiek 3. Behandeling</i>	<i>1. Diagnostiek 2. Behandeling 3. Zorg</i>
<i>Samengevatte taak</i>	<i>'care'</i>	<i>'care en cure'</i>	<i>'cure en care'</i>
<i>Uitvoeringstaak (altijd onder supervisie van huisarts)</i>	<i>Geprotocolleerd, uitvoeren van afgesproken beleid</i>	<i>Geprotocolleerde behandeling van kleine klachten plus verpleegkundige interventie</i>	<i>Alle klachten; geen sprake van focus op bepaalde klachten of bepaalde patiëntencategorieën</i>
<i>Patiëntenselectie</i>	<i>Huisarts</i>	<i>Praktijkassistente</i>	<i>Praktijkassistente of huisarts</i>
<i>Beschikbaar vanaf</i>	<i>2002</i>	<i>Februari 2006</i>	<i>Maart 2007</i>

Niet iedereen is enthousiast over deze 2 nieuwe profielen (PA en NP), getuige het standpunt van enkele huisartsen en enkele beroepsorganisaties, waaronder NHG. Het zou enerzijds een versnippering van het zorgaanbod geven en anderzijds zou het slechts een capaciteitswinst van 1-2% geven. De afstand tussen de patiënt en de huisarts zou bovendien kunnen vergroten. (15) Er wordt gepleit voor een duidelijke positionering van de NP en de PA. (14)

De praktijkorganisatie blijkt ook mee te evolueren. Er is een significante toename van praktijkorganisatorische aspecten die van belang zijn voor een goede taakuitoefening van de

doktersassistente, zoals een jaarlijks functioneringsgesprek, het hebben van een werkruimte en het beschikbaar zijn van protocollen. (10)

Taakdelegatie en praktijkondersteuning in België

Taakdelegatie en praktijkondersteuning wordt in België nog niet op grote schaal toegepast. (3) Toch staan Belgische huisartsen (en huisartsen-in-opleiding) in het algemeen open voor taakdelegatie. (16) (17) (18) (19) (20) Praktijkondersteuning bestaat er in diverse vormen en is sterk afhankelijk van het praktijktype. Solo- en duopraktijken worden minimaal ondersteund terwijl groepspraktijken en wijkgezondheidscentra beschikken over secretariaatsmedewerkers voor patiëntenonthaal en administratieve taken, soms ook over verpleegkundigen voor medisch-technisch handelen. (21). Ruim 25% van de huisartsen heeft geen enkele vorm van formele assistentie in de praktijk. (22)

Het onderzoek naar vormen van praktijkassistentie in de huisartsenpraktijk in België en de visie van de huisartsen hieromtrent is vrij recent. Verschillende Manama-thesissen hebben gepeild naar de mate van praktijkondersteuning in Vlaanderen. (3) (7) (16) (17) (18) (19) (20) (23) (24) (25) (26) (27) (28)

Het aantal verpleegkundigen dat in een huisartsenpraktijk werkt, is beperkt. Meestal zijn dit wijkgezondheidscentra, centra voor Geneeskunde voor het Volk en grote groepspraktijken. Zij zijn momenteel als dusdanig georganiseerd dat ze een praktijkverpleegkundige in dienst kunnen nemen. Mogelijks heeft dit te maken met het forfaitaire systeem. Dit maakt het makkelijker om aan taakdelegatie te doen. Elders bestaan er initiatieven in samenwerking met het Wit-Gele Kruis, waarbij het Wit-Gele Kruis een verpleegkundige naar de huisartsenpraktijk stuurt. (29) (30)

Redenen die worden aangehaald om taken te delegeren zijn voornamelijk tijdswinst, een betere kwaliteit van de zorg, een vermindering van de werkdruk en administratie, telefoonontlasting en een toename van de arbeidsstimulans. (3) (19) (16) (23) (26) (28) (30) Zoals eerder vermeld, dient het effect op de werkdruk van de artsen genuanceerd te worden. Er is eerder sprake van een subjectieve verlichting van de werkdruk van de artsen en een grotere werktevredenheid. (3) Mogelijks zorgt taakdelegatie voor een kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg. In eerste instantie zorgt de verpleegkundige voor een verbreding van het zorgaanbod. Juist doordat de verpleegkundige iets toevoegt waar de zorg nu vaak tekortkomt, bijvoorbeeld educatie en begeleiding van chronisch zieken, kan een verbetering van de zorg verwacht worden. (3)

De visie op praktijkassistentie bij artsen in een groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum ten opzichte van solo artsen kan verschillend zijn. Artsen uit groepspraktijken of WGC's geven aan dat het hebben van een secretaresse, praktijkassistente of een verpleegkundige in de praktijk een belangrijke meerwaarde is, zowel voor de artsen als voor de patiënten. Solo artsen daarentegen vinden dat een secretaresse, praktijkassistente of een verpleegkundige enkel een meerwaarde is voor de arts. De arts-patiëntrelatie zou hierdoor gehinderd worden. (24) (30)

Het takenpakket van de verpleegkundige of praktijkassistente houdt onthaal van de patiënten, administratie, stock- en materiaalbeheer, medisch-technische taken en medische-inhoudelijke taken in. Deze laatste 2 kunnen enkel door een verpleegkundige worden uitgevoerd. (3) (16) (17) (19) (25) Welke medisch-technische taken gedelegeerd worden hangt sterk af van de visie van de artsen. Andere factoren die een rol spelen zijn o.a. de vaardigheden en opleiding van de verpleegkundige, het aantal uren en het tijdstip waarop ze beschikbaar is in de praktijk en de aanwezigheid van een praktijkassistente of administratief medewerkster. (3) De meeste huisartsen delegeren tot op heden voornamelijk administratieve taken aan praktijkassistenten. Er is een tendens om ook meer medisch-technische prestaties, alsook onderhouds- en managementtaken uit te besteden aan praktijkassistenten. (17) Huisartsen merken wel op dat men niet te veel mag gaan delegeren. Bij het

delegeren moet men steeds de continuïteit van de zorg en de persoonsgebonden arts-patiëntrelatie respecteren en waarborgen. (19) (30) In de toekomst zouden artsen meer taken willen delegeren, maar bovenstaande drempels vertragen dit proces. (16)

Meermaals werd er in de beschikbare literatuur de vraag gesteld naar een specifieke opleiding voor praktijkverpleegkundige of praktijkassistente. (3) (16) (23) (25) (26) (28) Tot op heden mogen praktijkassistenten volgens de Belgische wetgeving geen medisch-technische taken uitvoeren. Er bestaan momenteel twee opleidingen tot praktijkverpleegkundige. Een in Antwerpen en een aan de Artvelde Hogeschool in Gent. De voorwaarde om deze opleiding te mogen aanvatten, is het beschikken over een bachelor diploma verpleegkunde. Het doel van de opleiding is ervoor te zorgen dat de verpleegkundige in de praktijk de huisarts ondersteunt op een autonome, wetenschappelijk onderbouwde, kwaliteitsvolle manier bij het behandelen, begeleiden en verzorgen van patiënten. De focus van de opleiding ligt op het preventieve luik en op een kwalitatieve begeleiding, educatie en coaching van patiënten met een chronische aandoening en kwetsbare groepen in onze samenleving. (31) (32)

Patiënten zijn over het algemeen positief over het delegeren van paramedische, verpleegkundige en administratieve taken naar een praktijkassistente of verpleegkundige. (7) Patiënten blijken specifieke zorgnoden en verwachtingen te hebben die, in het licht van onze hedendaagse praktijkvoering, onvoldoende worden ingelost. Het delegeren van complexe taken aan andere gezondheidszorgmedewerkers lijkt opportuun om doelgerichte en op maat gemaakte zorg te kunnen aanbieden. (33)

Er worden steeds ook enkele belangrijke drempels naar voor geschoven. Het grootste struikelblok is het financiële aspect. (3) (16) (17) (20) (23) (25) (26) (28) (30) De personeelskost vormt het grootste deel van deze financiële investering. Een arts die taken delegeert, kan hiervoor niets aanrekenen en draagt bovendien de loonkost van de verpleegkundige, waardoor de arts financieel gezien dubbel inboet.

Een andere belangrijke drempel is het ontbreken van een duidelijk wettelijk kader omtrent taakdelegatie. (3) (23) (25) (26) Een praktijkassistente kan wettelijk geen medisch-technische taken op zich nemen. Indien men medisch-technische taken wenst te delegeren, is het beter de rol van verpleegkundige in de huisartsenpraktijk verder uit te bouwen. Dit vraagt een aangepaste opleiding waarin multidisciplinair teamwerk in de eerstelijns centraal staat. In de Belgische wetgeving vinden we een algemene omschrijving van de bevoegdheden van een verpleegkundige. Deze zijn echter niet gespecificeerd voor een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk en zijn voor interpretatie vatbaar. Er bestaat ook onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid bij taakdelegatie. (3)

Een derde drempel heeft te maken met de praktijkorganisatie. (3) (23) (25) (26) Voor het uitvoeren van medisch-technische taken en/of medisch-inhoudelijke taken moet de verpleegkundige beschikken over een afzonderlijke werkruimte. Deze moet afgescheiden zijn van het secretariaat en aangepast aan de taken die gedelegeerd werden aan de verpleegkundige. (3) Ook de administratieve rompslomp is een remmende factor. (25)

Een laatste belangrijke drempel is kwaliteitsmanagement. (3) (16) (23) Het werken met protocollen is een essentieel onderdeel van kwaliteitsmanagement binnen een huisartsenpraktijk. Door processen in protocollen te beschrijven ontstaat namelijk meer inzicht, overzicht en duidelijkheid, waardoor die processen beter beheersbaar worden en verbeterd kunnen worden. Protocollen zorgen namelijk voor structuur, uniformiteit en een vlotte en efficiënte samenwerking in praktijken waar een groot aantal hulpverleners samenwerkt. (3) Slechts een beperkt aantal praktijken beschikken over een uitgewerkt procedureboek. Huisartsen erkennen het belang van procedures, alleen is de kennis van kwaliteitsmanagement en het opstellen en werken met procedures gering. Het grootste nadeel aan

procedures blijkt de tijdsinvestering te zijn die nodig is om de procedures uit te werken en om ze actueel te houden. Sommige vinden het een belemmering in hun dagelijks functioneren. (16) (23) Communicatie is een belangrijk onderdeel van kwaliteitsmanagement. Een op vaste tijdstippen multidisciplinair overleg is geen overbodige luxe. Hoe groter het aantal medewerkers en artsen in de praktijk, hoe groter de nood is aan multidisciplinair overleg. (3)

Andere drempels zijn o.a. verschillen in visies tussen praktijkverpleegkundige en artsen, het onderschatten van de competenties van verpleegkundigen en de attitude van de artsen. (34)

Vraagstelling 2: Wat kunnen we leren uit de voorbije praktijkverbeterprojecten over de rol van een praktijkverpleegkundige- of assistente in de huisartsenpraktijk met specifieke aandacht voor diabetes?

Taakdelegatie algemeen

Verschillende praktijkverbeterprojecten hebben reeds gewerkt met praktijkondersteuning. Hun taken waren vrij divers. Om ons project voldoende slaagkansen te geven, willen we leren uit moeilijkheden en drempels met betrekking tot praktijkondersteuning die in vorige praktijkverbeterprojecten aan bod kwamen.

Tabel 2: Overzicht praktijkverbeterprojecten met praktijkondersteuning

Ref.	Praktijk-Setting	Profiel	Taken	Context	Tewerkstelling	Financiering	Bedenkingen
(35)	Groep	VPK	3-maandelijkse diabetesopvolging	Diabetes opvolging	Halftijds	Impulseo	/
(36)	Groep	VPK	4-maandelijkse diabetesopvolging van patiënten in het zorgtraject diabetes (VPK = centrale coördinator)	Diabetes opvolging (Zorgtraject)	Voltijds	Deels verloning voor nieuw opgestarte zorgtrajecten	Financiering
(37)	Groep	VPK	3-maandelijkse diabetesopvolging	Diabetes opvolging	Halftijds (2x)	NV	Tijdsinvestering
(38)	Groep	VPK	Fotograferen fundus met een non-mydiatische funduscamera	Opsporen diabetische retinopathie bij slecht geregelde diabetespatiënten	NV	NV	Opleiding Financiering
(39)	Groep	VPK	3-maandelijkse diabetesopvolging met een week later een consult bij de huisarts Bijkomen: GMD+, spirometrie en ECG's	Diabetes opvolging (Voortraject)	Voltijds	Deels via Impulseo II, deels verhoogd aantal aanvragen GDM+ en tegemoetkoming en voortraject	Financiering
(40)	3 praktijken	VPK	Zelfstandige 3-maandelijkse diabetesopvolging Bijkomend: administratieve taken	Diabetes opvolging (Voortraject)	NV	NV	Tijdsinvestering Opleiding Financiering Gewenning
(41)	WZC	VPK	Zelfstandige 3-maandelijkse diabetesopvolging	Diabetes opvolging	1,7 FTE	Forfaitair systeem	Gewenning
(42)	Groep + diëtiste	VPK	Zelfstandige 3-maandelijkse diabetesopvolging door referentieverpleegkundige diabetes en diabeteseducator	Diabetes opvolging	NV	Forfaitair systeem	Overleg Gewenning

(43)	Duo	VPK	Opsporen nierinsufficiëntie bij cardiovasculaire risicopatiënten d.m.v. bloedafname en bepaling albuminurie/proteïnurie Bijkomend: Opvolging diabetes, hypertensie en patiënten in het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie	Nierinsufficiëntie	NV	NV	/
(44)	Groep + multi-disciplinair	PA	Afgeven vragenlijst GMD+ met enkele toegevoegde vragen i.v.m. screening naar osteoporose Bijkomend: administratie	Fractuurpreventie	Deeltijds	NV	/
(45)	Groep + multi-disciplinair	PA	Afgeven vragenlijst GMD+ Bijkomend: administratie	Preventie	Deeltijds	NV	Gewenning
(46)	Groep	VPK	Verpleegkundige preventieconsult (GMD+ vragenlijst, parameters, met al dan niet bloedafname en/of urineonderzoek en vaccinatie, info over gezonde voeding en beweging)	Preventie	Deeltijds	NV	Tijdsinvestering
(47)	Groep	VPK	Verpleegkundig preventieconsult (GMD+ vragenlijst, parameters, met al dan niet bloedafname)	Preventie	Externe zelfstandige VPK die per uur werd betaald	Forfaitair systeem	Tijdsinvestering Financiering
(48)	Groep	VPK	Verpleegkundig preventieconsult Bijkomend: thuisverpleging, verpleegkundige consultaties en medisch-technische handelingen	Preventie	NV	Forfaitair systeem	Tijdsinvestering
(49)	NV	VPK	Verpleegkundig preventieconsult (invullen GMD+ vragenlijst, parameters, vaccinaties, iFOB)	Preventie	NV	NV	Gewenning
(50)	Duo	VPK	Verpleegkundige preventieconsult	Preventie	NV	NV	Tijdsinvestering

			Bijkomend: administratie, INR-controle, bloedafnames, EKG-afnames, diabeteseducatie, wondzorg, preoperatieve onderzoeken				
(51)	Groep	PA	Invullen/aanvullen/verbeteren van persoonsgegevens in het EMD bij elke consultatie	EMD-optimalisatie ter bevordering kwalitatieve verwijsbrief naar 2 ^e lijn	NV	NV	/
(52)	Groep	PA	Coördinatie vaccinatie tetanus/pertussis/difterie	Preventie	32u/week	NV	/
(53)	Groep + multi-disciplinair	VPK	Bloedafname voor INR-controle (geen interpretatie van resultaat)	INR-controle	NV	Forfaitair bedrag per patiënt	Wettelijk kader Tijdsinvestering
(54)	Groep	VPK	Bloedafname voor INR-controle met interpretatie (m.u.v. waarden <1,75 en >3,25), wijziging medicatieschema en logistieke ondersteuning	INR-controle	NV	NV	Tijdsinvestering Financiering
(55)	Groep	PA	Spirometrie afname Bijkomend: administratie en secretariaat	Astma en COPD	NV	NV	Opleiding
(56)	Groep	PA	Spirometrie afname Bijkomend: administratie en secretariaat	COPD	Halftijds	NV	Tijdsinvestering Overleg
(57)	Groep	VPK	Spirometrie COPD-consult Bijkomend: GMD+ en diabetesconsult	COPD	NV	Deels via Impulso II	/
(58)	WZC	VPK	Advies en voorlichting anticonceptie	Anticonceptie	NV	Forfaitair systeem	Tijdsinvestering Opleiding

NV = niet vermeld

FTE = fulltime equivalent

In de voorbije jaren hebben verschillende praktijkverbeterprojecten plaatsgevonden waarbij de praktijkassistent(e) of -verpleegkundige een belangrijke rol speelde.

De meest voorkomende projecten gingen over de introductie van een diabetesconsult door een praktijkverpleegkundige (35) (36) (37) (39) (40) (41) (42) en het verpleegkundig preventieconsult (46) (47) (48) (49) (50). Elk project had zo zijn eigen klemtoon.

De overgrote meerderheid van bovenstaande praktijkverbeterprojecten deden beroep op praktijkondersteuning met een verpleegkundig profiel. Slechts enkel projecten deden beroep op een praktijkassistent. (44) (45) (51) (55) (56) Als een praktijkondersteuner wordt ingezet voor een nieuw takenpakket, is het van belang dat hij/zij over voldoende kennis bezit om dit tot een goed einde te brengen. Indien de kennis en ervaring ontoereikend is, voorziet men best een degelijke opleiding voor de praktijkondersteuner. Nadien is het van belang dat de kennis op punt blijft en actueel is. (38) (40) (55) (58) De opleiding van de praktijkondersteuners, werd in slechts in enkele praktijkprojecten vermeld. (39) (42) Praktijkondersteuners worden deeltijds of voltijds tewerkgesteld.

De financiering van praktijkondersteuning is momenteel beperkt tot Impulseo II en III. Voor kleinere praktijken en solo artsen is dit financieel nog te beperkt om praktijkondersteuning aan te nemen. Praktijkverpleegkundigen in België kunnen daarenboven geen eigen prestaties aanrekenen. Weinig praktijken vermelden hoe ze hun praktijkondersteuning financieren. Indien dit wel het geval is, bestaat de verloning enerzijds uit de tegemoetkoming van het Impulseofonds (de praktijkondersteuner is dan deels ook secretariaatsmedewerker), anderzijds uit het opstarten van nieuwe zorgtrajecten en ten slotte uit bijkomende inbreng van de artsen in de praktijk. Wijkgezondheidscentra en enkele andere praktijken ontvangen jaarlijks een forfait voor verpleegkundige zorgen. (41) (42) (47) (48) (53) (58) Het is opvallend dat praktijkondersteuning voornamelijk voorkomt in groepspraktijken. Waarschijnlijk speelt hier de financiële drempel. De financiële ondersteuning is momenteel beperkt en enkel voorzien voor telesecretariaat of praktijkassistentie.

Het opzetten van een praktijkverbeterproject kan de werklast van de praktijkondersteuner fors doen toenemen. Het is belangrijk om te evalueren of het extra takenpakket binnen de voorziene tewerkstelling past. (37) (40) (46) (47) (48) (50) (54) (56) (58)

Patiënten zijn het gewend om bij hun eigen huisarts te gaan voor al hun medische problemen. Men merkt een zekere terughoudendheid bij patiënten om de opvolging deels toe te vertrouwen aan een praktijkondersteuner. Indien er voldoende informatie wordt gegeven over het nieuwe takenpakket van de praktijkondersteuner, is de kans groter dat deze weerstand vermindert. (40) (41) (42) (45) (49)

Grondig en herhaaldelijk overleg tussen artsen en praktijkondersteuners is noodzakelijk om een vlot verloop van het nieuwe takenpakket te bewerkstelligen. (42) (56)

In een van de praktijkverbeterprojecten wenste men een duidelijker wettelijk kader voor praktijkondersteuners, en dan voornamelijk voor de verpleegkundigen. (53)

Taakdelegatie bij diabeteszorg

De meerderheid van de diabetesconsulten vonden 3-maandelijks plaats. Er was slechts 1 praktijkverbeterproject waar de opvolging 4-maandelijks gebeurde. (36)

In alle praktijken werd het diabetesconsult voltrokken door een verpleegkundige van opleiding. In het praktijkproject van Ronse et al. was een verpleegkundige ook diabeteseducator en was de andere praktijkondersteuner een referentieverpleegkundige voor diabetes. (42)

De gemiddelde duur die werd uitgetrokken voor een diabetesconsult bij een verpleegkundige bedroeg 30 minuten.

In drie projecten vond het diabetesconsult bij de verpleegkundige vlak voor de consultatie bij de arts plaats. (35) (36) (37) In de andere gevallen werkten de verpleegkundigen zelfstandiger. Zo was er een praktijk waar een vervolgsconsultatie bij de huisarts een week later gepland werd voor het bespreken van de bloedsuikerslagen. De medicatie werd dan zo nodig aangepast, rekening houdend met de meest recente resultaten. (39) In andere praktijken werd er in kader van de diabetesopvolging slechts 1 consultatie per jaar bij de huisarts gepland. (41) (42)

Het tussentijds diabetesconsult bestond uit een korte anamnese (bevragen therapietrouw, hypoglycemie en levensstijl), het afnemen van parameters (meten, wegen, bloeddruk, pols) en een bloedafname voor bepaling van de nuchtere glycemie en HbA1c.

Het jaarlijks diabetesconsult omvatte naast anamnese en afnemen van parameters ook een uitgebreid voetonderzoek (het opsporen van voetwonden en anatomische afwijkingen, een 10g monofilament test en het palperen van pulsaties van de arteria dorsalis pedis en de arteria tibialis posterior), een uitgebreide bloedafname (met bepaling bloedbeeld, nierfunctie, cholesterol), een screening naar microalbuminurie en een verwijzing naar oogarts/podoloog/endocrinoloog.

Soms werd er educatie en levensstijladvies gegeven. (35) (40) (41) (42).

In een project werden de patiënten ongeveer een week vóór hun eigenlijke driemaandelijke afspraak verwacht bij de verpleegkundige voor een bloedafname, opname van alle parameters en anamnese. Tijdens de kwartaalcontroles, ook bij de verpleegkundige, werden de resultaten besproken en werd er educatie gegeven. Tussen beide afspraken vond er een overleg plaats tussen de verpleegkundige en de arts, waarbij medicatievoorschriften werden opgesteld. (42)

In een andere praktijk was er na het diabetesconsult telefonisch contact van de huisarts met de patiënt om de bloedsuikerslagen te bespreken en de medicatie zo nodig aan te passen. Hoe dit verder praktisch in zijn werk ging, werd niet vermeld. (41)

De praktijkprojecten werden over het algemeen steeds positief geëvalueerd. Men merkt dat er meer ruimte is voor educatie, dat de opvolging grondiger verloopt en dat de drempel tot verwijzing naar andere zorgverleners lager ligt. (42) Ook de drempel tot het opstarten van een zorgtraject ligt lager. (36) De parameters worden strikter opgevolgd en de streefwaarden worden beter bereikt. (37) (39) (41)

Besluit

Taakdelegatie in de eerstelijnsgezondheidszorg bestaat reeds geruime tijd. In sommige landen, waaronder de Verenigde Staten en Nederland, is het zelfs sterk ontwikkeld en bestaan er verschillende profielen van praktijkondersteuning. Het was een antwoord op het dreigende tekort aan huisartsen. In de loop der jaren zijn vele pluspunten, maar ook enkele minpunten aan het licht gekomen. Om taakdelegatie tot een goed einde te brengen, moet men de drempels om tot taakdelegatie over te gaan in acht nemen en de voorwaarden voor kwaliteitsvolle ondersteuning zo goed mogelijk opvolgen. In de tabel die volgt, zijn de belangrijkste opgesomd. Gelijkaardige voorwaarden vinden we terug op de NHG-website over het delegeren van medische handelingen. (59)

Tabel 3: Taakdelegatie: pluspunten, minpunten, voorwaarden en drempels in de literatuur

PLUSPUNTEN	MINPUNTEN
- Gelijkaardige kwaliteit van zorg - Patiënten zijn over het algemeen tevreden - Vermindering van de subjectieve werkbelasting voor de huisarts - Mogelijke tijdswinst huisarts - Toename van de arbeidsstimulans bij de huisarts	- Objectieve werkbelasting blijft vaak gelijk - Geen daling van de gezondheidszorguitgaven (echter tegenstrijdige resultaten)
VOORWAARDEN	DREMPELS
- Opleiding praktijkondersteuner - Goede open communicatie - Regelmatig gestructureerd multidisciplinair overleg - Respect, collegialiteit - Gemeenschappelijke visies en doelstellingen - Duidelijk omschreven taken en rollen - Voldoende ondersteuning voor de praktijkondersteuner - Praktijkorganisatie (praktijkruimte)	- Weerstand artsen tegen verandering - Financiële draagkracht huisarts - Onduidelijk wettelijk kader, complexe regelgeving - Organisatorische veranderingen - Administratieve rompslomp - Onvoldoende procedures inzake kwaliteitsmanagement

Ook in ons land zien we meer en meer praktijken waar praktijkondersteuning zijn opgang maakt. Naast secretariaatsondersteuning en praktijkbeheer, zien we ook een verschuiving van taakdelegatie naar medisch-technische en medisch-inhoudelijke taken. Een voorbeeld hiervan is de opvolging van diabetespatiënten.

Reeds enkele huisartsenpraktijken, voornamelijk groepspraktijken, beschikken al over een afzonderlijk diabetesconsult. Het vindt driemaandelijks plaats, duurt gemiddeld een halfuur en wordt meestal voltrokken door een verpleegkundige. De invulling van het diabetesconsult bestaat voornamelijk uit het coördineren van de diabeteszorg, het registreren van belangrijke parameters, bepalen van nuchtere glycemie en HbA1c, een jaarlijks voetonderzoek en een jaarlijkse screening naar microalbuminurie. Afhankelijk van de opleiding van de verpleegkundige, kunnen deze taken uitgebreid worden met diabeteseducatie, levensstijladvies en zelfs medicatie aanpassingen in overleg met de huisarts. De huisarts is steeds nabij en er vindt regelmatig overleg plaats.

2. Praktijkverbeterproject

2.1 Methodologie

Doelstelling

Het doel van dit proefproject is enerzijds de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject beter te structureren en te kijken welke taken overgenomen kunnen worden door een praktijkverpleegkundige. Anderzijds willen we het proces van het betrekken van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg evalueren.

Setting

Onze praktijk is een landelijke duo-praktijk, in het centrum van een kleine gemeente. Op 15/04/2019 hebben we bij benadering 820 GMD's afgesloten in de praktijk. De populatie is qua leeftijd heel divers. Er zijn weinig patiënten met een migratieachtergrond. We werken steeds op afspraak. Er worden 15 minuten per consult (20 minuten bij de HAIO) voorzien. Patiënten kunnen een afspraak maken via een telesecretariaat of via de website. Ons EMD-programma is Care Connect. We hebben drie consultatieruimten en een behandelingsruimte. In een van deze consultatieruimtes vinden ook raadplegingen plaats van een diëtiste/diabeteseducator. Deze consultaties gaan tweemaal per week door. Er zijn 4 diabetespatiënten, waarvan 2 in het voortraject en 2 in het zorgtraject, die in het afgelopen jaar op consultatie geweest zijn bij de diabeteseducator. In maart 2018 is een verpleegkundige in onze praktijk gestart met haar stageperiode in kader van de opleiding 'praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk'. Zij volgt deze opleiding aan de Artevelde Hogeschool. Voor de opleiding moet tweemaal 80 uren stagelopen in een huisartsenpraktijk. Het aantal uren dat zij aanwezig is in de praktijk bedraagt ongeveer 8 uur per week. Zij voert, naast het diabetesconsult, ook bloedafnames uit.

Methodie: Actieonderzoek op basis van de FOCUS-procedure en de PDCA-cyclus

Aan de hand van het FOCUS-stappenplan lichten we het volledige proces van probleemanalyse toe. Deze procedure belicht het vinden en analyseren van een probleem ter verbetering van de kwaliteitszorg.

F ind problem: kiezen van het onderwerp

O rganise meeting: samenzitten met alle betrokkenen

C larify problem: opstellen probleemdefinitie en kiezen van meetbare variabele

U nderstand proces: analyse van het probleem

S elect a strategy: het invoeren van een interventie met behulp van de PDCA-cylus

Het probleem wordt verder uitgewerkt door een visgraat analyse. Als interventie plannen we de introductie van een praktijkverpleegkundige voor de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject. Via de PDCA-cirkel wordt ons project verder uitgewerkt en maandelijks geëvalueerd om onze interventie zo optimaal te benutten. De PDCA-cirkel is een systeem bedacht door William E. Deming om systematisch en efficiënt te leren uit ervaring en dit via systematische kwaliteitscontrole.

P lan: globaal actieplan opstellen

D o: voer de interventie uit

C heck: evaluateer de interventie

A ct: bekijk wat je met het project verder doet

De probleemanalyse vond plaats in het najaar van 2017 en werd uitgewerkt in samenwerking met mijn praktijkopleider.

Maandelijks vond er een overleg plaats met de artsen en de verpleegkundige om de interventies en het proces te evalueren. Van de vergaderingen werd steeds een verslag opgemaakt. Tijdens het wekelijks overleg werden de patiënten kort even overlopen.

Selectie en rekrutering doelgroep

Om een lijst op te stellen van alle diabetespatiënten zochten we via de zoekfunctie van ons EMD-programma (i.e. Care Connect) naar ICPC-code T90.2 (i.e. Diabetes mellitus type 2) en naar patiënten met als zorgaanpak 'voortraject diabetes', 'zorgtraject diabetes' of 'diabetespas'. Bijkomend werd er ook gezocht naar patiënten die glycemie verlagende medicatie namen en patiënten die ooit een verhoogde nuchtere glycemie waarde ($\geq 126\text{mg/dl}$) hadden gehad. De mogelijkheid bestond dat deze patiënten niet geregistreerd stonden als diabetespatiënten. Hun medisch dossier werd afzonderlijk bekeken en ze werden al dan niet geregistreerd als patiënt met diabetes mellitus type 2.

Inclusiecriteria: Patiënten met diabetes mellitus type 2 die in aanmerking komen voor of in het voortraject en zorgtraject diabetes zijn opgenomen, met een GMD afgesloten in onze praktijk.

Exclusiecriteria: Patiënten in een rust- en verzorgingstehuis en patiënten die zich niet kunnen verplaatsen naar de praktijk. Momenteel betreft het nog een proefproject. Indien het project positief geëvalueerd wordt, kunnen we uitbreiden naar deze laatste groep.

Aan de patiënten die in aanmerking kwamen voor het praktijkverbeterproject werd bij de eerste consultatie bij de verpleegkundige gevraagd of ze hieraan wouden meewerken. Zij werden uitvoerig geïnformeerd en zij ontvingen ook een informatiebrochure. Bij een positief antwoord, werd hen gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen

We hebben in de praktijk 43 diabetes mellitus type 2 patiënten, waarvan er 3 in de diabetesconventie en 6 in het zorgtraject diabetes zijn opgenomen. 34 patiënten komen in aanmerking voor het voortraject diabetes. Als we de exclusiecriteria toepassen, komen er 4 patiënten uit het zorgtraject en 23 patiënten uit het voortraject in aanmerking voor het diabetesconsult.

Resultaten

Vraagstelling 1: Leidt het inschakelen van een praktijkverpleegkundige bij de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject tot een betere opvolging?

Om kwaliteit van zorg van zorg te kunnen beoordelen is er informatie nodig. Deze informatie bekomen we door gegevens te analyseren. Hiervoor gebruiken we indicatoren. Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg.

In deze masterproef willen we ons focussen op de randvoorwaarden waarbinnen we in de huisartsenpraktijk kwaliteitsvolle zorg kunnen leveren. Daarnaast evalueren we het proces van het betrekken van een praktijkverpleegkundige voor bepaalde aspecten van zorg in onze eigen praktijk. We bepalen aldus structuurindicatoren en procesindicatoren.

Structuurindicatoren: In welke mate zijn de opgestelde actiepunten met betrekking tot de praktijkorganisatie voor diabetes gerealiseerd?

Procesindicatoren:

Het percentage patiënten in het voortraject en zorgtraject diabetes dat op diabetesconsult komt bij de verpleegkundige (en nadien bij de arts) in de periode van 01/09/2018 tot en met 30/11/2018.

De registratie van belangrijke parameters (rookstatus, beweging, BD, BMI, LDL-cholesterol, HbA1c en nuchtere glycemie) in het dossier in de periode van het project

Het percentage patiënten dat een oftalmologisch nazicht heeft gehad in de periode van het project

Het percentage patiënten dat een voetcontrole heeft gehad in de periode van het project

Het percentage patiënten dat een jaarlijkse screening naar microalbuminurie heeft gehad in de periode van het project

De voormeting vond plaats in augustus 2018 en had betrekking tot het afgelopen jaar.

De nameting vond plaats in december 2018 en had betrekking tot de periode van 01/09/2018 tot en met 30/11/2018.

Ethisch comité

De studie werd voorgelegd en goedgekeurd door het Ethisch Comité op 03/08/2018. (Bijlage 1)

Gegevensverwerking

De periode van de evaluatie van project loopt vanaf de goedkeuring van het ethisch comité tot en met november 2018. De gegevensverzameling gebeurt met behulp van Microsoft Excel 2016. De verslagen worden geschreven met behulp van Microsoft Word 2016.

Implementatie praktijkverpleegkundige

Vraagstelling 2: Hoe verloopt de implementatie van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg in onze huisartsenpraktijk?

Aan de hand van het literatuuronderzoek en de richtlijnen introduceren we een diabetesconsult bij de praktijkverpleegkundige. De uitwerking gebeurt aan de hand van het projectplan van Schuerman Elke. (3) Dit is terug te vinden in bijlage 3. We bekijken in welke mate we taken kunnen delegeren aan de verpleegkundige en hoe dit verloopt. We vertrekken vanuit het initieel opgestelde diabetesconsult en tonen de evolutie van de veranderingen die doorgevoerd worden in de loop van het project. Een uitgebreide weergave van de evolutie van het consult en hoe het er in de toekomst kan uitzien, is terug te vinden in de bijlagen.

2.2 PRAKTIJKVERBETERPROJECT: Introductie van een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk met specifieke aandacht voor diabeteszorg

Probleemanalyse

Ondanks duidelijke richtlijnen rond diabeteszorg loopt de opvolging van diabetespatiënten en screening naar diabetes gerelateerde complicaties in onze praktijk ongestructureerd en onvolledig. We willen onze diabeteszorg onder de loop nemen en zo organiseren om deze beter te laten aansluiten aan de richtlijnen. Verder willen we de patiënt beter informeren en motiveren tot het in eigen handen nemen van zijn eigen diabeteszorg.

We weten dat er richtlijnen over opvolging van diabetes bestaan, maar we zijn er ons van bewust dat die slechts weinig zorgvuldig in onze praktijk toegepast werden. Dus we stelden ons de vraag: “Hoe kunnen we opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject verbeteren?” “Kunnen we een aantal taken delegeren aan een praktijkverpleegkundige?”

Het volledige proces van probleemanalyse gebeurt aan de hand van het FOCUS-stappenplan en de PDCA-cyclus.

A) Beginsituatie (zie bijlage 4)

In de praktijk bestond er geen afzonderlijk diabetesconsult. De opvolging van diabetespatiënten voltrok zich tijdens de consultaties waarop de patiënt kwam voor een bloedafname of herhalingsvoorschriften. Hierdoor was de opvolging onvolledig en ongestructureerd.

Er was geen duidelijke planning voorhanden. Die zou ons kunnen herinneren wanneer bepaalde zorg of onderzoeken uitgevoerd moeten worden.

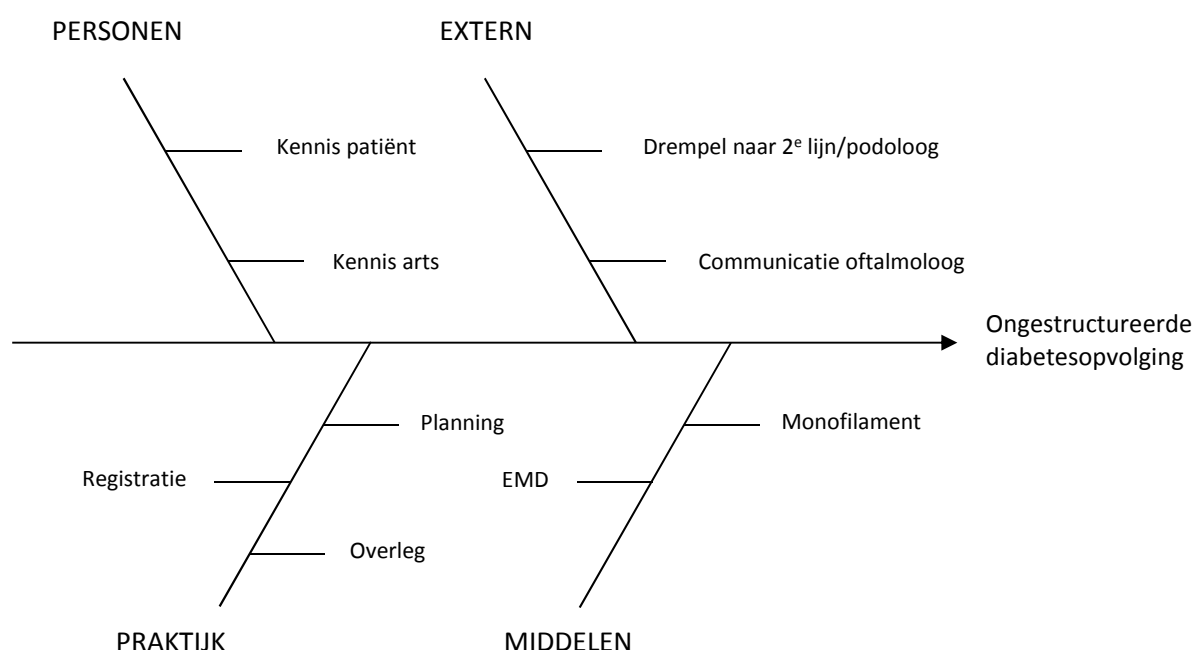
De registratie van parameters was beperkt. Enkel de bloeddruk werd op regelmatige basis genomen. De andere parameters werden niet systematisch bepaald.

Jaarlijks of halfjaarlijks gebeurde er wel een bloedafname met bepaling van nuchter glycemie, HbA1c en cholesterol.

De screening naar diabetes gerelateerde complicaties verliep heel onregelmatig en onvolledig. Een jaarlijks voetonderzoek en de screening naar microalbuminurie werd zelden uitgevoerd. Een klein deel van de patiënten had een jaarlijks nazicht bij de oftalmoloog.

Voor de resultaten van het bloedonderzoek konden de patiënten de dag erna bellen tijdens het beluurtje. De diabetesmedicatie en zo nodig andere medicatie werd aangepast naargelang de bloedresultaten. Hiervoor kregen ze een nieuwe afspraak mee.

B) Visgraat



Tabel 4: Probleemanalyse: verbeterpunten en actiepunten

	VERBETERPUNTEN	ACTIEPUNTEN	ROL VOOR
1	Er is onvoldoende structuur en planning in de diabeteszorg	- Diabetesconsult bij de verpleegkundige 4x/jaar, nadien consult bij de huisarts	Praktijkverpleegkundige in overleg met huisarts
2	Gebrek aan kennis bij de arts over de frequentie van opvolging bij diabetespatiënten, de nodige onderzoeken en het uitschrijven van een rijgeschiktheidsattest	- Korte opfrissing van de richtlijnen op het eerste overleg - Uitleg nieuwe terugbetaling diabeteseducatie en dieetraadplegingen door diabeteseducator/diëtiste	Huisarts, diabeteseducator/diëtiste
3	Monofilament heeft geen vaste plaats en wordt zelden gebruikt	- Vaste plaats voorzien en zorgen dat er in elk kabinet één beschikbaar is - Herhalen gebruik monofilament	Huisarts
4	EMD heeft een diabetesmodule, maar is niet volledig aangepast aan het diabetesconsult: geen plaats om parameters m.b.t. het voetrisico neer te schrijven	- Vraag aan softwareontwikkelaar van het EMD of het mogelijk is om dit op te nemen in het parameterpaneel - Afspraken maken over hoe we deze parameters gaan registreren	Softwareontwikkelaar, huisarts, praktijkverpleegkundige
5	Geen duidelijke afspraken i.v.m. registratie van belangrijke parameters van het diabetes consult. Er wordt niet steeds genoteerd welke onderzoeken al uitgevoerd zijn en of er al een nazicht bij de oogarts is gebeurd, mede omdat er ook geen planning bestaat in het dossier.	- Afspraken maken over registratie tijdens eerste overleg - Eenduidige planning opstellen bij elke diabetespatiënt	Huisarts, praktijkverpleegkundige
6	Gebrek aan kennis bij de patiënt over diabetes en zijn opvolging	- Informatie folder meegeven aan de diabetespatiënten (bron: HAK Panacea website, website diabetes liga) - Informatiebrochure en informatiebrief opstellen	Huisarts, praktijkverpleegkundige
7	Drempels naar 2 ^e lijn (endocrinoloog, oftalmoloog), en podoloog: hogere kost van een consultatie, belangrijke wachttijd bij specialisten en een moeilijke verplaatsing naar het ziekenhuis wegens fysieke of organisatorische moeilijkheden	- Patiënt tijdig informeren - Jaarlijkse afspraak in de planning zetten - Patiënten informeren over de mogelijkheid om op consultatie te gaan in het medisch centrum dichterbij - Mogelijkheid bekijken om een podoloog raadplegingen te laten doen in de praktijk	Huisarts, endocrinoloog, oftalmoloog, podoloog
8	Gebrekkige communicatie met de oftalmologen: er bereiken ons weinig verslagen en we hebben vaak geen zicht op vervolgsafspraken	- Jaarlijkse verwijsbrief meegeven aan de patiënt	Huisarts, oogarts
9	Geen gestructureerd overleg over diabetespatiënten	- Wekelijks kort overleg met verpleegkundige en artsen	Huisarts, praktijkverpleegkundig

Opstellen complexe interventie

Op basis van de verbeterpunten is een complexe interventie uitgewerkt. In de tabel worden onze actiepunten kort weergegeven. Hieronder bespreken we ze een voor een.

De hoeksteen van ons praktijkverbeterproject bestaat uit het delegeren van taken naar de praktijkverpleegkundige met het invoeren van een gestructureerd driemaandelijks diabetesconsult.

Diabetesconsult bij de praktijkverpleegkundige: Om een regelmatige en gestructureerde opvolging van de diabetespatiënten te voorzien, willen we een diabetesconsult introduceren bij de praktijkverpleegkundige en huisarts. Hierbij houden we rekening met onze bevindingen uit het literatuuronderzoek. De uitwerking gebeurt aan de hand van het projectplan van Schuerman Elke. (3) Dit is terug te vinden in bijlage 3. Het protocol geven we vorm op basis van de richtlijn Diabetes Mellitus type 2 van Domus Medica en het zorgprotocol van het voortraject en zorgtraject diabetes van het RIZIV. (60)

AANMELDING

Diabetespatiënten worden aangesproken tijdens een consultatie over de invoering van een diabetesconsult bij de praktijkverpleegkundige. Zij worden hier kort over geïnformeerd. Als zij hier toestemming voor geven, wordt er een afspraak voor hen gemaakt. In onze online agenda voorzien we aparte tijdsloten voor het diabetesconsult die dan aansluiten op een consult bij de huisarts. De patiënt komt op het afgesproken tijdstip naar de praktijk.

VERPLEEGKUNDIGE (+/-30min)

Aangezien er veel uitleg bij het eerste diabetesconsult gegeven moet worden, voorzien we voldoende tijd. Naast de uitleg over het nut van bepaalde onderzoeken in de diabeteszorg, moet er ook uitleg gegeven worden over het praktijkverbeterproject.

Allereerst bekijkt de verpleegkundige het dossier van de patiënt om te weten welke onderzoeken moeten doorgaan. Zij maakt een planning volgens het opgestelde protocol.

De verpleegkundige bevraagt vervolgens rookstatus, bewegingsstatus, alcoholgebruik, therapietrouw en glycemiewaarden (indien beschikbaar). Zij meet hun gewicht en hun lengte (indien nog niet gekend). Zij bepaalt eveneens hun bloeddruk en pols. Indien er nog geen jaarlijks voetonderzoek plaatsgevonden heeft, voert zij dit uit. Ze voelt naar de pulsaties (A. dorsalis pedis en A. tibialis posterior) van beide voeten. Vervolgens test ze de gevoeligheid van de voeten door middel van de 10g monofilament test op 3 verschillende plaatsen. Zij kijkt ook of er letsels aanwezig zijn en of er anatomische afwijkingen te zien zijn, zoals een hallux valgus, hamertenen of pes planovalgus. Zij noteert alles in het dossier van de patiënt volgens de gemaakte afspraken.

Een keer per jaar volgt een volledig bloedonderzoek en een screening naar microalbuminurie. Indien dit nog niet gebeurd is in het voorbije jaar, neemt de verpleegkundige bloed af en vraagt ze aan de patiënt om een urinestaal te produceren. Halfjaarlijks wordt er eveneens een bloedafname verricht met bepaling van HbA1c en nuchtere glycemie. Ze labelt de stalen en verstuurt een elektronische aanvraag. Tenslotte deponeert ze de stalen zodat het medisch laboratorium ze kan ophalen.

Vervolgens kijkt zij na of de patiënt in aanmerking komt voor een griep-, pneumokokken- en/of tetanusvaccinatie. Zij geeft informatie aan de patiënt over de desbetreffende vaccinatie en indien de patiënt dit wenst en na overleg met de arts, kan de vaccinatie gegeven worden. De vaccinatie wordt aangeduid in het dossier.

Indien een jaarlijks oogheelkundig nazicht of een controle bij de endocrinoloog (zorgtraject) gewenst is, drukt zij een verwijsbrief af. Zij vult deze in zodat de arts deze nadien kan aftekenen en stempelen.

De verpleegkundige kijkt na of alles is neergeschreven in het dossier. Ze vraagt de patiënt nog even te wachten in de wachtzaal tot de arts beschikbaar is.

HUISARTS (+/-20min)

Ook hier wordt voldoende tijd genomen voor uitleg over het praktijkverbeterproject. De patiënt krijgt een informatiebrief en informatiebrochure. Indien de patiënt wenst mee te werken, wordt er gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen.

De huisarts bekijkt vervolgens het dossier van de patiënt. Hij kan, indien nodig, levensstijladvies geven. Dat kan rookstop-, dieet-, of bewegingsadvies zijn. De huisarts kan er ook voor opteren om door te verwijzen naar een diëtiste, diabeteseducator, rookstopbegeleiding en/of een bewegingscoach. Indien er afwijkingen bij het voetonderzoek aan het licht komen, kan de huisarts ook doorverwijzen naar een podoloog. Hij stelt indien nodig een voorschrift op voor een erkend podoloog, diëtiste of diabeteseducator. Hij vermeldt op het voorschrift tot welk traject de patiënt behoort.

Aanvullend klinisch onderzoek kan nodig zijn.

Indien vereist wordt de diabetesmedicatie aangepast en wordt een (bijkomend) antihypertensivum, statine of acetylsalicylzuur opgestart. Hier volgen we de richtlijnen van Domus Medica in verband met het cardiovasculair risicoprofiel en proberen we volgende doelstellingen na te streven:

- a. Rookstop
- b. BD <140/90mmHg
- c. HbA1c <7% (afhankelijk van algemene toestand <7.5 à 8 %)
- d. LDL-cholesterol <100mg/dl (indien cardiovasculaire aandoening <70mg/dl)
(accepteren daling van 30-40% indien de streefwaarden moeilijk worden bereikt)
- e. Gewichtsreductie bij obesitas 5-10%

Er wordt medicatie voorgeschreven voor ongeveer 3 maanden. Voor patiënten in het zorgtraject wordt halfjaarlijks zelfzorgmateriaal (meetstrips en lancetten) voorgeschreven. De glucometer kan vernieuwd worden na 3 jaar.

De huisarts geeft informatie over het aangepast rijbewijs met beperkte geldigheidsduur dat eigenlijk een verplichting is voor alle diabetespatiënten. Hij geeft advies over rijden met diabetes en geeft een ingevuld rijgeschiktheidsattest mee.

Hij tekent de verwijsbrief voor het jaarlijks oogheelkundig nazicht of de jaarlijkse controle door de endocrinoloog af.

Hij ondertekent jaarlijks het zorgtraject contract (gedurende de eerste 4 jaar) of hij rekt het nomenclatuurnummer 102852 (voortraject) aan.

FOLLOW-UP

De patiënt belt de volgende dag voor de resultaten van bloed en urine. Indien er afwijkingen zijn, wordt er kortbij een nieuwe afspraak gemaakt bij de huisarts.

De patiënt maakt zelf een controleafspraak bij de verpleegkundige na 3 maanden. Ze kunnen een afspraak vastleggen door te bellen tijdens het beluurtje.

Op het einde van de week vindt er een overleg plaats met de artsen en verpleegkundige. Hier worden de patiënten kort besproken. Hier wordt er 5 à 10 minuten voor uitgetrokken.

Daarnaast zijn de volgende aanvullende actiepunten opgenomen in de interventie:

Opfrissen richtlijnen: Voor het project van start gaat, overlopen we samen de laatste richtlijnen in verband met diabetesopvolging. Daarnaast hebben we ook een overleg met de diabeteseducator/diëtiste over de nieuwe terugbetaling van diabeteseducatie en dieetraadplegingen.

Aanpassing in het EMD-programma: We bekijken of het mogelijk is om aanpassingen te laten doen in het EMD-programma. Via het suggestieportaal van ons EMD-programma doen we een aanvraag voor het aanpassen van het parameterpaneel bij diabetes. We vragen dat er plaats voorzien wordt voor het invullen van de parameters bij het diabetisch voetonderzoek. Dit kan even duren vooraleer dit geïmplementeerd kan worden. In tussentijd maken we afspraken over hoe we deze parameters zullen registreren.

Monofilament: Er wordt een vaste plaats afgesproken voor de 10g monofilament in elk kabinet. De richtlijnen over het gebruik worden nogmaals doorgenomen.

Eenduidige registratie: Aangezien we een betere registratie van parameters willen bereiken, moeten er eerst afspraken worden gemaakt over hoe en waar we deze zullen registreren. Dit gebeurt tijdens een voorafgaand overleg. Daarnaast wordt er bij iedere diabetespatiënt een eenduidige planning opgesteld, zodat elke collega kan zien welke onderzoeken of verwijzingen aan de orde zijn.

Educatie van de patiënt: Niet alle diabetespatiënten hebben voldoende kennis en inzicht over hun aandoening. We zijn ons bewust dat we niet alle informatie kunnen meegeven tijdens een consultatie. Bijgevolg voorzien we duidelijke brochures met betrekking tot diabetes type 2. We beschikken over brochures van de Diabetes Liga vzw en brochures die we terugvinden op de website van de huisartsenkring (i.e. HAK Panacea). Deze geven een kort overzicht over het voortraject en zorgtraject diabetes. Beide brochures geven ook info over de terugbetaling van consultaties bij de diëtiste, podoloog en/of endocrinoloog.

Drempelverlaging naar consult oftalmoloog en podoloog: Om eventuele beperkingen in mobiliteit niet als drempel te beschouwen om op oogheelkundig nazicht te gaan, hebben de patiënten de mogelijkheid een oogheelkundig nazicht te plannen in het nabijgelegen medisch centrum in onze stad. We lanceren een oproep naar podologen die in de praktijk een paar uur per week spreekuur willen houden. Dit kan de drempel tot doorverwijzen verkleinen. Vervolgens hebben we ook een duidelijke planning nodig in het dossier van de patiënt. Zo weten we wanneer een controle bij de specialist aan de orde is.

Verwijsbrief naar oftalmoloog: We besluiten om, indien een jaarlijks oogheelkundig nazicht nog dient te gebeuren, een verwijsbrief mee te geven aan de patiënt. Zo lijkt ons de kans groter dat de oftalmoloog een verslag terugstuurt. Op het overleg met de ziekenhuizen in onze regio willen we nogmaals benadrukken dat we graag een verslag verwachten van het oogheelkundig nazicht.

Wekelijks overleg: Er wordt wekelijks een overleg gepland met de verpleegkundige en de huisartsen om de diabetespatiënten die recent op consultatie geweest zijn, te bespreken. We voorzien hier ongeveer 10 minuten voor.

Resultaten

Vraagstelling 1: Leidt het inschakelen van een praktijkverpleegkundige bij de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject tot een betere opvolging?

Evaluatie structuurindicatoren

In welke mate zijn de opgestelde actiepunten met betrekking tot de praktijkorganisatie voor diabetes gerealiseerd?

Tabel 5: Gerealiseerde en niet-gerealiseerde actiepunten

ACTIEPUNTEN GEREALISEERD
Introductie diabetesconsult bij de praktijkverpleegkundige en de huisarts
Opfrissen richtlijnen diabetes mellitus type 2 en overleg met diabeteseducator/diëtiste
Afspraken over registratie van parameters
Monofilament beschikbaar in elk kabinet en gebruik ervan opgefrist
Voorzien van brochures over diabetes mellitus type 2
Eenduidige planning inzake de diabeteszorg in het dossier van elke patiënt
Verwijsbrief meegeven voor de oftalmoloog
Wekelijks overleg over de diabetespatiënten
ACTIEPUNTEN NIET GEREALISEERD
Podoloog die enkele uren per week raadpleging houdt in de praktijk
Aanpassing EMD-programma voor registratie parameters betreffende het diabetisch voetonderzoek

Evaluatie procesindicatoren

Tabel 6: Patiëntkarakteristieken voormeting (augustus 2018)

TOTALE PATIËNTENPOPULATIE	17	PROCENTUEEL (%)
Geslacht		
- Man	10	58.8
- Vrouw	7	41.2
Leeftijd (jr)		
- Mediaan	71	
- Minimum	46	
- Maximum	81	
Afkomst		
- Kaukasisch	17	100
- Niet-Kaukasisch	0	
Rookstatus		
- Roker	4	23.5
- Ex-roker	5	29.4
- Nooit gerookt	8	47.1
Bloeddruk (mmHg)		
- Mediaan	130/70	
- <140/90mmHg	12	70.6
- ≥140/90mmHg	5	29.4
BMI (kg/m²)		
- Mediaan	29,1	
- Minimum	22,9	
- Maximum	37,4	
LDL-cholesterol (mg/dl)		
- Mediaan	70	
- <70mg/dl	7	41.2
- ≥70mg/dl	10	58.8
Nuchtere glycemie (mg/dl)		
- Mediaan	140	
- <126mg/dl	5	29.4
- ≥126mg/dl	12	70.6
HbA1c (%)		
- Mediaan	6.8	
- <7%	11	64.7
- ≥7%	6	35.3

Tabel 7: Percentage patiënten dat op diabetesconsult is geweest bij de verpleegkundige (en nadien bij de huisarts) in de periode van 01/09/2018 tot en met 30/11/2018

VOORTRAJECT	ZORGTRAJECT	TOTAAL
64,0% (16/25)	25,0% (1/4)	58.6% (17/29)

Tabel 8: Registratie parameters bij de 17 patiënten die bij de verpleegkundige geweest zijn in de periode van het project

	VOORMETING	NAMETING
Rookstatus	52.9% (9/17)	88,2% (15/17)
Bewegingsstatus	52.9% (9/17)	88,2% (15/17)
Bloeddruk	100% (17/17)	100% (17/17)
BMI	58.8% (10/17)	94,1% (16/17)
LDL-cholesterol	64.7% (11/17)	100% (17/17)
HbA1c	58.8% (10/17)	100% (17/17)
Nuchtere glycemie	64.7% (11/17)	100% (17/17)

Tabel 9: Percentage patiënten met een oogheelkundig nazicht in de periode van het project

	VOORMETING	NAMETING
Oogheelkundig nazicht	23,5% (4/17)	41,2% (7/17)

Tabel 10: Percentage patiënten met een voetcontrole in de periode van het project

	VOORMETING	NAMETING
Voetcontrole	11,8% (2/17)	88,2% (15/17)

Tabel 11: Percentage patiënten met dosering microalbuminurie in de periode van het project

	VOORMETING	NAMETING
Dosering microalbuminurie	29,4% (5/17)	76,5% (13/17)

De voormeting vond plaats in augustus 2018 en had betrekking tot het afgelopen jaar.

De nameting vond plaats in december 2018 en had betrekking tot de periode van 01/09/2018 tot en met 30/11/2018.

Analyse implementatie praktijkverpleegkundige

Vraagstelling 2: Hoe verloopt de implementatie van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg in onze huisartsenpraktijk?

De inhoud van het diabetesconsult bij de verpleegkundige is slechts beperkt geëvolueerd.

Initieel was het de bedoeling dat de praktijkverpleegkundige bij de eerste consultatie de planning betreffende de diabetesopvolging in orde bracht. De verpleegkundige verloor hier echter veel tijd door in de eerste consulten. We hebben aldus besloten om voor alle diabetespatiënten de planning gezamenlijk in orde te brengen. Dit nam ongeveer 3 uur in beslag. De verpleegkundige kon aanpassingen aanbrengen tijdens het consult.

De verwijsbrieven werden eerst afgeprint en ingevuld door de verpleegkundige. Aangezien dit in eerste consulten af en toe vergeten werd en deze toch nog ondertekend moesten worden door de huisarts, werd beslist om deze taak volledig door de huisarts te laten uitvoeren.

Het diabetesconsult bij de verpleegkundige nam ongeveer 30 minuten in beslag. In de meeste praktijkverbeterprojecten bedroeg dit eveneens 30 minuten. Tijdens het eerste consult moest er echter veel uitleg gegeven worden over het project en over de screening naar diabetes gerelateerde complicaties. Indien we het project verderzetten en de patiënten driemaandelijks op consult komen, zal de tijdsduur van het consult bij de verpleegkundige afnemen. We verwachten dat het consult bij de verpleegkundige dan ongeveer 15 minuten zal bedragen. In de praktijkverbeterprojecten vinden we deze verandering niet terug.

Ook de duur van het consult bij de huisarts, dat oorspronkelijk 20 minuten bedroeg, verwachten we dat zal verminderen. Er moet namelijk geen uitleg meer gegeven worden over het project en over het rijgeschiktheidsattest.

Slechts enkele patiënten die werden aangesproken, weigerden een consult bij de huisarts. De vertrouwensband met de huisarts werd in enkele gevallen als reden opgegeven. De andere diabetespatiënten die niet op consult kwamen bij de verpleegkundige zijn in de periode van het project niet op consultatie geweest in de praktijk en konden we zodus niet uitnodigen.

We hadden de indruk dat de patiënten positief waren over het consult bij de verpleegkundige. We hebben in kader van dit project echter geen bevraging van patiënten gedaan. De algemene tevredenheid van de patiënten vonden we ook terug in de literatuur.

De praktijkverpleegkundige heeft geen problemen ondervonden tijdens het project. De diabetesconsulten gingen vrij vlot en er waren weinig problemen. De structuur van het consult was duidelijk en alles was voorhanden. Zij vond dat ze over voldoende kennis beschikte om het diabetesconsult uit te voeren. Zij was vertrouwd met alle onderzoeken. Zij gaf wel aan dat ze weinig vertrouwd was met de diabetes medicatie, wegens te weinig ervaring. De opleiding tot praktijkverpleegkundige bevatte voldoende houvast om de diabetesopvolging te realiseren.

Het wekelijks overleg was kort, maar duidelijk. De duur van het overleg wisselde afhankelijk van het aantal patiënten dat de voorbije week op consultatie was geweest, maar duurde nooit langer dan 10 minuten.

Aangezien het consult bij de huisarts net na het consult van de verpleegkundige valt, kunnen we geen medicatiewijzigingen doorvoeren rekening houdend met de meest recente resultaten. Als op de dag van het consult medicatie voorgeschreven wordt door de huisarts kan het goed zijn dat deze medicatie enkele dagen later opnieuw aangepast moet worden. Dit kan voor de patiënt duurder uitkomen en een extra belasting vormen.

Als artsen voelden we geen directe vermindering van de werkbelasting. Er kwamen meer taken bij die vroeger weinig werden uitgevoerd. De structuur die in de diabetesopvolging gekropen is, gaf ons wel de indruk dat we de diabetesopvolging beter beheersten. Dit vergroot de motivatie om de diabetespatiënten verder goed op te volgen.

Er waren enkele organisatorische veranderingen, zoals de aanpassing van de elektronische agenda, maar deze werden niet als een drempel beschouwd. Indien het project wordt verdergezet en niet meer kadert in een stageperiode, verwachten we meer administratieve beslommingen met betrekking tot de tewerkstelling van de verpleegkundige.

3. Discussie

In dit praktijkverbeterproject hebben we, na het verrichten van een literatuuronderzoek over taakdelegatie, een complexe interventie uitgewerkt met als hoeksteen de introductie van een diabetesconsult bij de verpleegkundige, gevolgd door een consultatie bij de arts. We keken welke taken overgenomen konden worden en wat de impact was op de opvolging van diabetespatiënten. Nadien werd het opstartproces geëvalueerd.

Complexe interventie

We hebben het merendeel van onze actiepunten kunnen realiseren. De actiepunten die we niet hebben kunnen realiseren, i.e. aanpassing EMD en podoloog in de praktijk, hadden we van in het begin slechts een beperkte invloed op.

We hebben geen podoloog kunnen aantrekken om spreekuur te houden in onze praktijk. Voor onze beperkte diabetespopulatie is dit minder relevant. Er kan steeds worden doorverwezen naar een erkend podoloog in de regio. Tijdens het project zijn 2 patiënten doorverwezen naar een podoloog wegens afwijkende resultaten op de monofilament test.

We hebben eveneens een aanpassing willen doorvoeren in het EMD-programma, i.e. Careconnect. Dit betrof het aanpassen van het parameterpaneel diabetes om de resultaten van het diabetisch voetonderzoek te registreren. We hebben contact opgenomen met de softwareontwikkelaar, maar hebben echter nog geen antwoord ontvangen of dit in de toekomst kan gerealiseerd worden.

We hebben met het diabetesconsult bij de verpleegkundige 58.6% van de patiënten uit het voortraject en zorgtraject kunnen bereiken. De reden die enkele patiënten opgaven om niet bij de verpleegkundige langs te gaan, was de vertrouwensband met de arts. Deze terughoudendheid vonden we ook terug in de bestudeerde praktijkverbeterprojecten. Door het voorzien van een informatiebrochure hebben we deze drempel willen verlagen. Indien het project langer zou gelopen hebben, hadden we meer patiënten kunnen aanspreken voor het diabetesconsult bij de verpleegkundige.

Verbeterde opvolging

De registratie van parameters bij de 17 patiënten die bij de verpleegkundige op diabetesconsult zijn geweest, was duidelijk verbeterd. Slechts enkele keren werd er niet gevraagd naar rookstatus, bewegingsstatus of werd het gewicht niet bepaald. Tijdens het wekelijks overleg werd duidelijk dat dit een vergetelheid was.

De meeste patiënten ondergingen een diabetische voetcontrole en een screening naar microalbuminurie, aangezien het merendeel van de patiënten dit nog niet had gehad. Bij twee patiënten is het onderzoek van de voeten wel doorgegaan, maar werd het resultaat niet neergeschreven in het dossier. Sommigen patiënten konden op het moment van consultatie geen urinestaal afgeven. Aan hen werd gevraagd om het later binnen te brengen. Hierdoor is bij enkele patiënten geen screening naar microalbuminurie gebeurd. Wanneer patiënten driemaandelijks op controle komen, kan dit steeds op een later moment plaatsvinden.

Het aantal patiënten dat een jaarlijks nazicht bij de oftalmoloog had gehad, nam toe, maar slechts in beperkte mate. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het project slechts drie maanden liep en we enkel patiënten met een verslag van de oftalmoloog hebben geteld. Het is reeds gebleken dat bij het systematisch meegeven van een jaarlijkse verwijzing naar de oftalmoloog, er meer oogheelkundige

verslagen terug worden gestuurd. (39) Echter het ontvangen van een specialistisch verslag hangt eveneens voor een groot deel af van factoren waar we weinig invloed op hebben (b.v. het tijdsgebrek bij de specialist).

Implementatie praktijkverpleegkundige

De uitwerking van het opstartproces van de verpleegkundige gebeurde aan de hand van het projectplan van Schuerman. Dit werd als een heel goede leidraad ervaren en kan zinvol zijn bij ieder profiel van praktijkondersteuning. Het geeft ook aan welke administratieve, financiële en juridische aspecten er aan verbonden zijn. (zie bijlage 3 en 4)

Het literatuuronderzoek leerde ons dat bepaalde voorwaarden vervuld moeten worden om efficiënte en kwaliteitsvolle taakdelegatie te verwezenlijken. We hielden rekening met deze voorwaarden tijdens het uitwerken van ons project en we erkennen duidelijk het belang hiervan. Er was regelmatig overleg in een collegiale en respectvolle sfeer. De taken en de rollen waren duidelijk verdeeld. De praktijkverpleegkundige was bekwaam en had de ruimte en het materiaal ter beschikking om haar taken goed uit te voeren.

De pluspunten van taakdelegatie die we kunnen beamen zijn de algemene tevredenheid van de patiënten die op consult geweest zijn en de toegenomen motivatie om de diabetespatiënten verder goed op te volgen. De objectieve werkbelasting van de huisarts veranderde echter niet.

Het financiële aspect van taakdelegatie blijkt ook hier een belangrijke drempel te zijn om het project na de stageperiode van de verpleegkundige verder te zetten. Het aanwerven van een verpleegkundige heeft een grote financiële impact. De personeelskost vormt het grootste deel van deze financiële investering. Indien een verpleegkundige een RIZIV-nummer heeft, kan zij ook prestaties aanrekenen via de nomenclatuur van verpleegkundigen. Dit beperkt de financiële last echter niet aangezien slechts een gering aantal medisch-technische taken in deze nomenclatuurlijst voorkomen. Ook Impulso II en III bieden hier geen definitieve oplossing aangezien deze een financiële tegemoetkoming voorzien voor een administratief bediende of telesecretariaat, maar niet voor verpleegkundige handeling in de huisartsenpraktijk. (61) Een andere mogelijkheid is het outsourcen van een verpleegkundige van het Wit-Gele Kruis. Zij stellen in enkele gevallen een verpleegkundige ter beschikking van een huisartsenpraktijk. Een laatste mogelijkheid is dat de verpleegkundige een opleiding volgt tot diabeteseducator. Op die manier kan zij, indien zij beschikt over een speciaal RIZIV-nummer, specifieke verstrekkingen inzake educatie attesteren.

De veranderingen in het protocol van het diabetesconsult waren beperkt. Het initiële protocol bleek goed te werken. De NHG-website over het delegeren van medische handelingen benadrukt de intentie van een protocol. In ons protocol werd de nuchtere glycemie en de HbA1c halfjaarlijks bepaald. Dit werd overgenomen van het Zorgprotocol Diabetes. (60) Patiënten met minder goede controle van hun diabetes, hebben frequentere controles nodig om de behandeling sneller te kunnen aanpassen. Hier willen we in de toekomst meer op inzetten.

We hadden de indruk dat het diabetesconsult bij de verpleegkundige kon ingekort worden tot 15 minuten. In de literatuur vonden we steeds een consult terug van 30 minuten. In deze praktijkverbeterprojecten werd er mogelijks uitvoeriger educatie en levensstijladvies gegeven.

In de toekomst zou het opportuun zijn om het diabetesconsult bij de praktijkverpleegkundige enkele dagen tot een week voor het consult bij de huisarts te leggen. Zo kan de huisarts de behandeling meteen aanpassen aan de meest recente resultaten. De grootste reden waarom we dat momenteel niet doen, is omdat we het diabetesconsult bij de verpleegkundige niet kunnen aanrekenen.

Zwaktes van het project

Allereerst is deze studie uitgevoerd met een zeer kleine studiepopulatie, i.e. 17 patiënten. Daarnaast was er slechts een interventieperiode van 3 maanden. Het proefproject is hierna ook gestopt, aangezien het een stageperiode betrof. Bij een langere interventieperiode zouden mogelijke minpunten in de implementatie van het diabetesonderzoek meer naar boven komen, maar zouden we ook meer patiënten opgenomen kunnen hebben in ons project.

Voor de toekomst kan het interessant zijn om het protocol, waarbij de patiënt eerst op diabetesconsult komt bij de verpleegkundige en enkele dagen later bij de arts, te implementeren in de praktijk en te kijken welk effect dit heeft op de opvolging van diabetespatiënten. Ook kan het interessant zijn om de patiënten die nu uitgesloten werden van het project (namelijk diabetespatiënten in rusthuizen of patiënten die zich niet kunnen verplaatsten naar de praktijk) op te nemen in dit project. Zij hebben vaak meer comorbiditeiten en verder gevorderde diabetes.

4. Besluit

Praktijkondersteuning en taakdelegatie in de eerstelijnsgezondheidszorg bestaat ondertussen een geruime tijd en is in sommige landen reeds sterk ontwikkeld. Zelfs medisch-technische en medisch-inhoudelijke taken worden gedelegeerd naar praktijkassistenten en -verpleegkundigen. De opvolging van diabetespatiënten is hier een voorbeeld van. Ook in ons land zijn er al enkele praktijken die een afzonderlijk diabetesconsult voorzien. Het diabetesconsult vindt driemaandelijks plaats en omvat hoofdzakelijk het registreren van belangrijke parameters, bepaling van nuchtere glycemie en HbA1c en een jaarlijkse screening naar diabetes gerelateerde complicaties. Meestal wordt het consult voltrokken door een verpleegkundige, die de coördinatie van de diabeteszorg verzorgt. Er is nauw overleg tussen de verpleegkundige en de huisarts.

Het literatuuronderzoek toont aan dat taakdelegatie eenzelfde kwaliteit van zorg kan waarborgen als zorg geleverd door huisartsen. Daarenboven zijn patiënten over het algemeen tevreden over praktijkondersteuners. Een goede samenwerking met praktijkondersteuners vereist een aantal belangrijke voorwaarden, waaronder een gemeenschappelijke visie en respect voor ieder zijn inbreng in de zorg voor de patiënt. Daarnaast zijn er nog steeds een aantal drempels, die de stap naar taakdelegatie bemoeilijken. Financiële ondersteuning en een duidelijk wettelijk kader zijn essentieel zijn om taakdelegatie en praktijkondersteuning te stimuleren.

De opvolging van diabetespatiënten en screening naar diabetes gerelateerde complicaties in onze praktijk verliep ongestructureerd en onvolledig. Door het introduceren van een diabetesconsult door de praktijkverpleegkundige hebben we de zorg kunnen uitbreiden en structureren. Dit toont zich in de betere registratie van belangrijke parameters en het toenemen van de screening naar diabetes gerelateerde complicaties. Enkel bij de screening naar diabetische retinopathie kunnen we nog een tandje bijsteken, door oftalmologen te blijven stimuleren tot het versturen van een verslag.

We hebben iets meer dan de helft van de patiënten kunnen bereiken met dit kortdurend project. Slechts 2 actiepunten hebben we niet kunnen bereiken. Deze kunnen in de toekomst nog gerealiseerd worden.

Het diabetesconsult is slechts beperkt geëvolueerd tijdens de periode van het project, maar is wel een grote verandering ten opzichte van de diabetesopvolging voor het project. Het diabetesconsult bij de verpleegkundige is na dit project gestopt, aangezien de stage afliep. Om in de toekomst het diabetesconsult bij de verpleegkundige verder te zetten, zoeken we nog de gepaste financiële ondersteuning. In de toekomst willen het diabetesconsult bij de verpleegkundige enkele dagen tot een

week voor het consult bij de huisarts plannen. Zo kan de behandeling worden afgestemd op de meest recente resultaten.

We zijn aldus over het algemeen tevreden met het praktijkverbeterproject en kijken hoe we dit in de toekomst opnieuw kunnen opstarten.

Ten slotte heb ik geleerd dat het opzetten van een kwalitatief praktijkverbeterproject veel inspanning en voorbereiding vergt. Taakdelegatie naar een praktijkverpleegkundige is een interessante manier om bepaalde chronische zorg te structureren en uit te breiden.

Bibliografie

1. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2005.
2. Koeck P, Bastiaens H, Benhalima K, Cloetens H, Feyen L, Sunaert P, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Diabetes Mellitus Type 2. Antwerpen: Domus Medica; 2015.
3. Schuerman E. Praktijkorganisatie voor dummies: Een leidraad bij de opstart van verpleegkundige zorgen in een huisartsenpraktijk. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2013.
4. Maier C, Aiken L. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. Eur J Public Health. 2016;(26): p. 927-34.
5. Harmsen M, Laurant M, Van Achterberg T, Hulscher M, Wensing M, Wollersheim H, et al. Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: uitkomsten van literatuuronderzoek. Nijmegen: UMC St Radboud, Kwaliteit van Zorg; 2007.
6. Kuethe MC, Vaessen-Verberne AAPH, Elbers RG, Van Aalderen WMC. Nurse versus physician-led care for the management of asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013.
7. Vynckier E. Praktijkondersteuning in de huisartspraktijk. Welke akten kunnen gedelegeerd worden en wat is de visie van de patiënt hierop? Masterproef. Gent: Universiteit Gent; 2017.
8. van den Berg MJ, Kolthof ED, de Bakker DH, van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL; 2004.
9. Matthys E, Remmen R, Van 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): p. 110.
10. Engels YMP, Mookink HGA, Van den Hombergh P, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Grol RPTM. Het aantal taken van de praktijkassistente in de huisartsenpraktijk is toegenomen. Huisarts Wet. 2004; 47(7): p. 325-30.
11. Noordman J, Verheij R, Verhaak P. Taakdelegatie aan doktersassistenten en praktijkondersteuners. Tijdschrift voor Praktijkondersteuning. 2009;(4): p. 107-112.
12. de Leeuw JRJ, Simkens ABM, van Baar ME, van Balen FAM, Verheij R, Bijleveld SD, et al. Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant. Gevolgen voor de kwaliteit, de capaciteit en de kosten van de zorg. Utrecht: UMC Utrecht; 2008.
13. Heiligers PJM, Noordman J, Korevaar JC, Dorsman S, Hingstman L, van Dulmen AM, et al. Kennisvraag. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? 1st ed. Utrecht: NIVEL; 2012.
14. Bussemakers H, Schultz U, van Vlerken M, van der Kwaak DM, Ebbens EH. De Rolverdeling. Taakherschikking en taakverdeling in de huisartsenpraktijk. Medisch Contact. 2007; 62(28): p. 1216-8.
15. Zwart S, Filippo M. Verzet LHV en NHG tegen nieuwe functies in de eerste lijn berust op koudwatervrees. Huisarts Wet. 2006; 49(12): p. 632-4.
16. Geeraert F. Aan de slag met een praktijkassistent(e): opstellen van een takenlijst en uitwerken van procedures. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2010.
17. Dirickx B. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2011.
18. Van Pee N. Carrièreperspectief van de HAIO: werkdruk, zorgsubstitutie en taakdelegatie. Masterproef. Gent: Universiteit Gent; 2013.
19. Verhelle G. Perceptie van kerntaken en taakdelegatie in de huisartsenpraktijk. Licentiaatsverhandeling. Leuven: KUL; 2006.
20. Amant E, De Rijck N. Verpleegkundigen en huisartsen: een nieuw duo. Bachelorscriptie. Katholieke Hogeschool Sint-Lieven; 2012.
21. Hoerée T, Grouwels D, Cuypers R, Heyrman J. De huisarts herbekeken: een visiedocument. Berchem: HUSAM; 2006.
22. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel; 2014.
23. Borremans J, Creemers L. Aanwerving van praktijkassistentie: makkelijk gaat ook! Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2013.

24. Vanthourenhout S. Samenwerkingsvormen: een exploratie bij West-Vlaamse huisartsen middels focusgroepen. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2017.
25. Donders B. Taakdelegatie naar de praktijkondersteuner. Een cross-sectioneel onderzoek in de huisartsenpraktijk. Masterproef. Brussel: Vrije Universiteit Brussel; 2014.
26. Willekens LA. Samen werken aan een samenwerking met praktijkverpleegkundigen. Visie van huisartsen in Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2014.
27. Boonen E. Van praktijkverpleegkundige tot preventieverpleegkundige. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2015.
28. Vandenberghe S, Seghers L. Praktijkassistentie: perceptie van de Vlaamse huisarts. Masterproef. Leuven: KU Leuven.
29. Ceulemans F. Een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Interview met prof. dr. Roy Remmen. Huisarts Nu. 2016; 45(1).
30. De Witte L. Samenwerking met een externe verpleegkundige organisatie. Implementatie van een verpleegkundige in een niet-forfaitaire praktijk. Huisarts Nu. 2016; 45: p. 17-21.
31. Artevelde Hogeschool. [Online]. [cited 2019 maart 2]. Available from: <https://www.arteveldehogeschool.be/opleidingen/postgraduaat/de-verpleegkundige-de-huisartsenpraktijk/wat-het-postgraduaat-verpleegkundige-de-huisartsenpraktijk>.
32. Universiteit Antwerpen. [Online]. [cited 2019 maart 2]. Available from: <https://www.uantwerpen.be/nl/studeren/opleidingsaanbod/verpleegkundige-huisartspraktijk/opleidingsinfo/>.
33. Aerts N. Integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk: een kwalitatief, verkennend onderzoek naar de visie van patiënten met een chronische aandoening. Masterproef. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2016.
34. Vanneste D. Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de zorg voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie verbeteren. Een exploratief onderzoek. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2013.
35. Comyn D. Evaluatie van de diabeteszorg bij diabetes mellitus type 2 patiënten in de huisartspraktijk: een praktijkverbeterend project. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2013.
36. De Cang E. Taakdelegatie naar een praktijkverpleegkundige voor het Zorgtraject Diabetes. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2014.
37. Put K. Verbetert de kwaliteit van zorg voor de diabetespatiënt wanneer de huisarts taken delegeert naar een praktijkverpleegkundige? Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2017.
38. De Boulle R. Haalbaarheid van screening naar diabetische retinopathie met nonmydriatische fundus fotografie in de huisartspraktijk. Masterproef. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2016.
39. Vande Walle S. Onderzoeksproject: Het implementeren van verpleegkundige hulp in de praktijk: een meerwaarde voor de diabetesopvolging? Masterproef. Gent: Universiteit Gent; 2013.
40. Vrancx S. Het verpleegkundig diabetesconsult in de huisartsenpraktijk: implementatie van een herwerkt Nederlands protocol. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2017.
41. Van Kersschaever G. Substitutie van artsen door verpleegkundigen voor opvolging van diabetes. Een pilootstudie in een Wijkgezondheidscentrum. Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2012.
42. Ronse J, Van Hove E, Eekman J, Ostyn B, Neirinckx J, Seuntjes L, et al. Verpleegkundig spreekuur voor patiënten met diabetes type 2. Taakdelegatie volgens een praktijkprotocol. Huisarts Nu. 2012; 41: p. 275-8.
43. Dooms B. Vroegtijdige opsporing van nierinsufficiëntie bij cardiovasculaire risicopatiënten: een kwaliteitsbevorderend project. Masterproef. Gent: UGent; 2016.
44. De Loof A. Opvolging van Osteoporose in de Huisartsenpraktijk: een Praktijkverbeterend Project. Masterproef. Gent: UGent; 2016.
45. Hoorens S. Optimalisatie van de GMD+ registratie door introductie van een preventieconsult. Masterproef. Gent: UGent; 2014.
46. Debruyne C. Bezorgt GMD+ de huisarts een burn-out? Masterproef. Gent: UGent; 2015.
47. Cools I. Hoe organiseer je het gebruik van het GMDplus in een forfaitair werkende groepspraktijk op het platteland? Masterproef. Leuven: KU Leuven; 2013.

48. Smeets M. Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan? Masterproef. Leuven: KULeuven; 2013.
49. Vernooij T. Implementatie van het GMD+: een rol voor de verpleegkundige? Masterproef. Leuven: KULeuven; 2013.
50. Audenaert T. Technologische en verpleegkundige ondersteuning in het preventieconsult: baat het of schaadt het? Masterproef. Gent: UGent; 2014.
51. Lybaert B. Optimalisatie van de verwijfsbrief. Onderzoek naar barrières en evaluatie van oplossingsgerichte strategieën in de huisartsenpraktijk. Masterproef. Gent: UGent; 2009.
52. Sels B. Vaccinatie van Boostrix, een praktijkverbeterend project. Masterproef. Leuven: KULeuven; 2016.
53. Van Waesberghe S. INR-controles als taak van de verpleegkundige? Masterproef. Gent: UGent; 2015.
54. Lesaffer C, Seuntjes R, Vermeirssen R, Cools I, Vriens V, Marynissen C, et al. Opsporen van dikkedarmkanker in een forfaitaire huisartsenpraktijk. Hogere participatiegraad, hogere patiënttevredenheid. Huisarts Nu. 2014; 43: p. 62-6.
55. Verlinden R. Implementatie van spirometrie in de huisartsenpraktijk Balen-Centrum. Masterproef. Leuven: KULeuven; 2013.
56. Van Immerseel I. Implementatie van spirometrie in de eerste Lijn: een praktijk-bevorderend project. Masterproef. Leuven: KULeuven; 2015.
57. Dieleman N. De introductie van een COPD-consult door de praktijkverpleegkundige: een optimalisering van de zorg bij gekende COPD-patiënten? Masterproef. Gent: UGent; 2015.
58. Jespers L. Naar een actief en gestandaardiseerd anticonceptiebeleid: een kwaliteitsverbeterend project. Masterproef. Leuven: KULeuven; 2014.
59. Nederlands Huisartsen Genootschap. [Online]. [cited 2019 maart 2]. Available from: <https://www.nhg.org/delegeren>.
60. RIZIV. Zolrgprotocol voor patiënten met diabetes type 2. [Online].; 2016 [cited 2019 april 15. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/Paginas/diabetes-type-2-generiek-zorgmodel.aspx#Welke_gegevens%C2%A0moet_de_huisarts_registreren?
61. Schoenmakers B, De Lepeleire J, Aertgeerts B. Praktijkmanagement voor de huisarts Aertgeerts B, editor. Leuven: Acco; 2014.
62. Borremans J, Creemers L. Aanwerving van praktijkassistentie: makkelijk gaat ook! Proefschrift. Leuven: KU Leuven; 2013.
63. Schuerman E. Praktijkorganisatie voor dummies: Een leidraad bij de opstart van verpleegkundige zorgen in een huisartsenpraktijk [proefschrift]. Leuven: KU Leuven; 2013.
64. Cuypers R, Grouwels D, Nicolai G. Draaiboek praktijkassistentie voor de huisartsenpraktijk. HUSAM.
65. Lauwerier E, Van Pottelbergh G. Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen. Aandachtspunten op weg naar meer patiëntgerichte zorg. Huisarts Nu. 2017; 46: p. 26-32.

Bijlagen

- 1) Goedkeuring Ethisch Comité + aanvaard protocol
- 2) Opstellen van een stappenplan voor de opstart van een praktijkverpleegkundige of -assistent
- 3) Uitwerking opstartproces praktijkverpleegkundige via Schuerman
- 4) Evolutie opbouw diabetesconsult
- 5) Protocollen
- 6) Informed consent patiënt
- 7) Informatiebrochure

1) Goedkeuring Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Sara WILLEMS
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Sandra De Paepe	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be	
Commissie voor medische Ethiek		sandra.depaepe@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0593		3-aug-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
De implementatie van een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk.
(MaNaMa Isabelle Bernaert)

Belgisch Registratienummer: B670201836678

- * Protocol
- * Interviewgids: Opbouw semigestructureerd interview
- * Informatie- en toestemmingsformulier
 - voor arts en verpleegkundige
- * Informatiebrief
 - voor arts en verpleegkundige
- * Antwoord onderzoekers
 - via mail dr. I. Bernaert dd. 29/07/2018 (ontv. dd. 30/07/2018) op opmerkingen EC dd. 18/04/2018
- * Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 10/07/2018
- * Informatie- en toestemmingsformulier
 - voor patiënt (aangepaste versie ontv. dd. 30/07/2018)
- * Informatieformulier
 - brochure (aangepaste versie ontv. dd. 30/07/2018)

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof. dr. J. Doornynaers

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(0)9 332 33 38
Sabine Van de Moortele
T +32(0)9 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(0)9 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(0)9 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(0)9 332 22 66
Davina Verbeke
T +32(0)9 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 2/08/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 2/08/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 2/08/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 2/08/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITÉ VAN 21/08/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/08/2018



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels
- Het Ethisch Comité beklemtoint dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.
- In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.
- Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de andersstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsestalige documenten.
- Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.
- Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)
- The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.
- The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
- In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.
- The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.
- None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.
- All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

i.o. Prof. dr. R. Rubens.
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimtra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Aanvaard Protocol

Context: Diabetes is een belangrijk gezondheidsprobleem dat niet zelden voorkomt in de huisartsenpraktijk. Ondanks duidelijke richtlijnen rond opvolging en screening naar diabetes gerelateerde complicaties loopt de opvolging van diabetespatiënten in onze praktijk ongestructureerd en onvolledig.

Doelstelling:

- 1) Het doel van dit project is de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject beter te structureren en te kijken welke taken overgenomen kunnen worden door een praktijkverpleegkundige.
- 2) Daarnaast willen we het proces van het betrekken van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg evalueren.

Onderzoeksvraag:

- 1) Leidt het inschakelen van een praktijkverpleegkundige bij de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject tot betere opvolging?
- 2) Hoe verloopt de implementatie van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg in een huisartsenpraktijk?

Methode: Allereerst wordt er een literatuurstudie uitgevoerd. Er wordt antwoord gezocht op volgende vragen:

- Hoe ziet taakdelegatie en praktijkondersteuning in de eerstelijnsgezondheidszorg eruit? En hoe verloopt dit in België en Nederland?
- Wat kunnen we leren uit de voorbije praktijkverbeterprojecten over de rol van een praktijkverpleegkundige- of assistente?

Dit literatuuronderzoek wordt volgens de waterval methode uitgevoerd. Vervolgens worden vroegere praktijkverbeterprojecten in de database van de ICHO-website in beschouwing genomen over de rol van een praktijkverpleegkundige of -assistent(e). Verder wordt praktische informatie over praktijkondersteuning gehaald uit de publicatie van Brigitte Schoenmakers et al.: 'Praktijkmanagement in de huisartsenpraktijk'.

Nadien wordt een actieonderzoek uitgewerkt rond het verbeteren van de opvolging van

diabetespatiënten in het voortraject en het zorgtraject. Het volledige proces van probleemanalyse gebeurt aan de hand van het FOCUS-stappenplan en de PDCA-cyclus.

Doelgroep: diabetes type 2 patiënten uit het voortraject en zorgtraject met een GMD in de praktijk

Exclusie: Patiënten die zich niet kunnen verplaatsen naar de praktijk

Rekrutering: De patiënten worden op de hoogte gebracht over de introductie van de praktijkverpleegkundige via een informatiebrochure en het informatiescherm in de wachtzaal.

Patiënten die in aanmerking komen voor het diabetesconsult, zullen persoonlijk worden aangesproken als ze zich aanmelden voor een controle of een andere klacht op consultatie. Indien zij willen meewerken aan het onderzoek krijgen zij een informatiebrief mee en wordt hen gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen.

Resultaten:

Om onze doelstellingen te evalueren worden er structuur- en procesindicatoren bepaald.

Structuurindicator:

- In welke mate zijn de opgestelde veranderingen gerealiseerd?

Procesindicatoren:

- Participatie patiënten: het percentage patiënten in het voortraject en zorgtraject diabetes dat op diabetesconsult komt bij de verpleegkundige
- De registratie van belangrijke parameters (rookstatus, beweging, BD, BMI, LDL-cholesterol, HbA1c en nuchter glycemie) in het dossier van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject

2) Opstellen van een stappenplan voor de opstart van een praktijkverpleegkundige of -assistent

In de Belgische literatuur zijn er 2 stappenplannen voorhanden die de huisarts kunnen ondersteunen in praktijkmanagement en het aanwerven van een praktijkassistent/-verpleegkundige.

Allereerst is er het boek 'Praktijkmanagement voor de huisarts' van Birgitte Schoenmakers, Jan De Lepeleire en Bart Aertgeerts. (61) De auteurs en coauteurs zijn bijna allemaal actieve huisartsen met een expertise in het domein van praktijkmanagement. Enkele onder hen zijn vroegere huisartsen-in-opleiding die in het kader van hun Manama-thesis hieraan een bijdrage hebben geleverd. (62) (63) Twee hoofdstukken van dit boek zijn gewijd aan het aanwerven van praktijkassistentie. Het bevat praktische informatie over de mogelijke profielen van praktijkassistentie, de rechten en plichten van een praktijkassistent(e), de loonkosten, het uitschrijven van een vacature, het opstellen van een contract en de arts als manager. Er komt dus heel wat bij kijken bij de aanwerving van praktijkondersteuning en taakdelegatie blijkt een belangrijke impact te hebben op de organisatie van de huisartsenpraktijk. Een goede voorbereiding kan de stap naar taakdelegatie vergemakkelijken. Daarom geeft het tweede hoofdstuk een stappenplan om de huisarts te begeleiden in het proces van taakdelegatie. (zie hieronder)

Afbeelding 1: Het projectplan

HET PROJECTPLAN	
STAP 1: AANLEIDING, DOEL, GEWENSTE RESULTATEN	<i>Waarom wil u taken delegeren?</i> <i>Wat wil u hiermee bereiken?</i>
STAP 2: PLAN VAN AANPAK - Welke taken - Wie nodig	<i>Welke taken wil u delegeren?</i> <i>Wie heeft u hiervoor nodig?</i>
Medische taken (+administratieve taken)  Verpleegkundige	Administratieve taken  Secretaresse
STAP 3: MIDDELEN	<i>Wat heeft u nodig om uw project te realiseren?</i>
- Financiering - Werkplek - Agenda + patiënten logistiek - Materiaal - Protocollen - Communicatie - Juridisch: - o Opstellen arbeidsovereenkomst - o Opstellen huishoudelijk reglement - o Verzekering arbeidsongevallen	
STAP 4: IMPLEMENTATIE	
a. Aanwerving - Uitschrijven competentieprofiel en/of vacature - Verspreiden vacature - Sollicitatieronde	
b. Administratief luik - Verplichtingen t.o.v. officiële instanties - o Aansluiting Rijksdienst voor Sociale Zekerheid - o Aansluiting Kinderbijslagfonds - o Dimona-aangifte - o Aansluiting externe dienst voor preventie en bescherming - o Bescherming persoonlijke levenssfeer werknemers - Verplichtingen t.o.v. werknemer - o Arbeidswet - o Arbeidsovereenkomst - o Arbeidsreglement	
c. Communicatie naar patiënten Vb. Folder, scherm in wachtzaal, website, brief,....	

We hebben dit plan toegepast om de invoering van een praktijkverpleegkundige te vergemakkelijken. (cfr. Bijlage 5)

Vervolgens is er het draaiboek over praktijkassistentie in de huisartsenpraktijk dat beschikbaar is op de website van Domus Medica. (64) In het eerste deel wordt het globale takenpakket van een huisartsenpraktijk uit de doeken gedaan. Dit wordt opgedeeld in vijf managementgebieden: sturing, coördinatie en communicatie, middelen management, medewerkersmanagement en procesmanagement. Vervolgens wordt dezen taken opgedeeld in kerntaken die door de huisarts worden uitgevoerd en taken die gedelegeerd kunnen worden. Deze opdeling is gebaseerd op de licentiaatsverhandeling van Günther Verhelle. (19) Het ging om een kwalitatief onderzoek rond de perceptie van taken in de huisartsenpraktijk uitgevoerd op een beperkte steekproef van 17 huisartsen uit diverse praktijktypes in Vlaanderen. Bijkomend worden de vaardigheden beschreven waarover een praktijkassistent(e) zou moeten beschikken om de taken die delegerbaar zijn uit te voeren. Deel 2 van het draaiboek gaat over de praktische stappen die men moet nemen bij het aanwerven van praktijkassistentie.

3) Uitwerking opstartproces praktijkverpleegkundige via Schuerman

Het opstartproces van de verpleegkundige beschrijven we aan de hand van het projectplan van Schuerman Elke. Dit is een globaal stappenplan voor de tewerkstelling van een verpleegkundige of assistente. De concrete invulling hangt af van financiële en structurele voorwaarden, de visie van de praktijk op de gezondheidszorg en de individuele noden van de artsen.

Stap 1: Aanleiding, doel en gewenste resultaten

Het is een uitdaging de kwaliteit van de gezondheidszorg te blijven waarborgen. Op ons eerste overleg is gebleken dat de opvolging van diabetespatiënten in de praktijk beter kan. Ondanks duidelijke richtlijnen rond opvolging en screening naar diabetes gerelateerde complicaties loopt de opvolging van diabetespatiënten in onze praktijk ongestructureerd en onvolledig. We willen deze opvolging van diabetespatiënten verbeteren, zonder dat we tekortschieten in de andere zorg die we de patiënten bieden.

Stap 2: Plan van aanpak

Om de kwaliteit van de zorg in de praktijk te verbeteren, focussen we ons eerst op de opvolging van diabetespatiënten. Onze visgraat analyse en bijhorende actiepunten maken ons duidelijk dat we dit op verschillende vlakken kunnen verbeteren. Zoals de literatuur ons toont, is het opstarten van een driemaandelijks diabetesconsult voor patiënten in het voortraject en zorgtraject diabetes een wetenschappelijk onderbouwde manier om onze doelstellingen te halen.

Het diabetesconsult zou bestaan uit het afnemen van bepaalde parameters (lengte, gewicht, pols, bloeddruk), een halfjaarlijkse bloedafname, een jaarlijks voetonderzoek (monofilament test, pulsaties, orthopedische afwijkingen, wondjes), een jaarlijkse bepaling van microalbuminurie en een jaarlijkse verwijzing naar de oogarts. De patiënt wordt gestimuleerd om driemaandelijks op controle te komen. De verpleegkundige vraagt de medicatie en therapietrouw na. Tot slot wordt de planning voor het volgende jaar bekeken en zo nodig aangepast. Het diabetesconsult neemt ongeveer 30 minuten in beslag. Nadien volgt een consult bij de huisarts.

Ondanks dat de komst van de praktijkverpleegkundige al vastlag, lijkt ons dit het ideale profiel rekening houdend met het takenpakket en de toekomstvisie in de praktijk. We hebben eigenlijk

weinig andere opties aangezien een bloedafname niet kan uitgevoerd worden door iemand zonder verpleegkundige of geneeskundige opleiding. In de toekomst willen we ook andere medisch-technische (ECG's, bloedafnames inzake cardiovasculaire screening, CNI, anticoagulantia, ed.), medisch-inhoudelijke (preventie) en administratieve taken uit te besteden. Hier komt de opleiding tot praktijkverpleegkundige van pas. De verpleegkundige volgt de opleiding 'praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk' aan de Artevelde Hogeschool. Ze beheerst de verschillende diabetestrajecten en het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie. Voor de opleiding moet zij 2x80u stagelopen. Dit zal ze doen in onze praktijk.

Stap 3: Middelen

We voorzien voor onze verpleegkundige een bureau en een ruimte met onderzoekstafel. Hierin is al het materiaal aanwezig voor het diabetesconsult, met onder andere materiaal voor bloedafname en de 10g monofilament test. De 10g monofilament test krijgt een vaste plaats en wordt ook voorzien in de consultatieruimtes van de artsen. Een computer bevindt zich vlak naast deze ruimte aan het secretariaat. Hier kan zij de gegevens ingeven in het dossier. We passen onze online agenda aan zodat we hierin de afspraken van de verpleegkundige kunnen inplannen. Patiënten komen na het diabetesconsult bij de arts. Zo hebben we toch een zekere tegemoetkoming in de kosten van het diabetesconsult. In de toekomst zouden we het diabetesconsult enkele dagen tot een week vroeger kunnen plannen, zodat aanpassing aan medicatie meteen kunnen doorgevoerd worden. Er wordt een protocol voor de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject opgesteld. Beide protocollen worden vormgegeven in samenwerking met de artsen en de verpleegkundige in de praktijk en is gebaseerd op de richtlijn 'Diabetes Mellitus type 2' van Domus Medica. Er wordt een aangepaste verwijsbrief opgesteld voor jaarlijks oogheelkundige nazicht voor patiënten in het voortraject. Voor patiënten in het zorgtraject is deze brief reeds beschikbaar in het EMD-programma. Jaarlijks wordt er een verwijsbrief voor de oogarts en/of de endocrinoloog meegegeven aan de patiënt. Een lijst met erkende podologen en diëtisten/educatoren in de regio is beschikbaar op de website van de huisartsenkring Panacea.

We voorzien brochures aan de patiënten die meer informatie geven over het voortraject en zorgtraject diabetes. Hier kunnen ze alles nog eens rustig nalezen. Ze vinden er ook info in terug over de terugbetaling van consultaties bij de diëtiste, podoloog en/of endocrinoloog. Patiënten die een attest krijgen voor een aangepast rijbewijs, krijgen eveneens een kort overzicht met tips over het besturen van een auto als diabetespatiënt.

Aangezien het EMD niet volledig is aangepast aan het diabetesconsult, willen we dat er enkele veranderingen worden doorgevoerd in het programma. Suggesties dienen neergeschreven te worden in het suggestieportaal van ons EMD-programma. Het kan wel een tijd duren vooraleer er gevolg wordt aan gegeven. In tussentijd spreken we af hoe we de gegevens voorlopig gaan registreren. De verpleegkundige heeft inzage in het medische dossier van de patiënt, maar er worden duidelijke afspraken gemaakt i.v.m. het beroepsgeheim. Vooraf wordt besproken waar de gegevens van het consult in het dossier terecht komen. Zo zijn deze gegevens makkelijk te raadplegen. Er wordt ook een eenduidige planning opgesteld voor elke patiënt. Zo weten we op elk moment hoe het staat met de opvolging van de patiënt. Zo worden er geen onderzoeken of vervolgafspraken vergeten.

Het afsprakensysteem wordt aangepast zodat de geplande consultaties bij de verpleegkundige ook zichtbaar zijn voor de artsen en het telesecretariaat. Voor het diabetesconsult kunnen de patiënten geen afspraak via de website maken. Zij moeten hiervoor bellen naar de artsen tijdens het dagelijks beluurtje.

De verpleegkundige werkt steeds parallel met de artsen. Zo is er steeds de mogelijkheid voor tussentijds overleg. Er vindt wekelijks een overleg plaats met de verpleegkundige en de artsen voor het overlopen van de patiënten die de voorbije week op consult zijn geweest. Aangezien de verpleegkundige nieuw is in de praktijk gelden de diabetesconsulten voorlopig niet voor patiënten die in een zorginstelling zitten of voor patiënten die zich niet kunnen verplaatsen. Dit zou ook een te grote tijdsinvestering inhouden voor de verpleegkundige.

De communicatie over de komst van de praktijkverpleegkundige zal verlopen via een folder en een aankondiging op het scherm in de wachtzaal. De patiënten in het voortraject en zorgtraject diabetes worden op consultatie aangesproken over de invoering van een praktijkverpleegkundige die mee zal instaan voor hun diabetesopvolging. Zij worden gestimuleerd om op driemaandelijks controle te gaan bij de verpleegkundige en nadien bij de huisarts.

Aangezien het om stageperiode gaat, krijgt de verpleegkundige momenteel geen loon en moet er geen bijkomende administratie en aangifte gedaan worden. Maar indien we met de verpleegkundige verdergaan, moet hier wel over nagedacht worden.

Impulso II en III (tussenkost in de loonkosten voor een administratief bediende of telesecretariaat) zijn hier niet voor geschikt, tenzij de praktijk minstens een derde van één voltijds equivalent voor onthaal en praktijkbeheer te werk stelt met een arbeidsovereenkomst. Deze taken dient de verpleegkundige dan ook op te nemen. (61) Een andere mogelijkheid is het outsourcen van een verpleegkundige van het Wit-Gele Kruis. Zij stellen in enkele gevallen een verpleegkundige ter beschikking van een huisartsenpraktijk.

Stap 4: Implementatie

Indien er nog geen verpleegkundige in de praktijk beschikbaar zou zijn, moet er een vacature worden uitgeschreven, gevolgd door een sollicitatie(ronde). Vervolgens moet er een arbeidsovereenkomst opgesteld en ondertekend worden.

Volgende verplichtingen t.o.v. officiële instanties dienen te gebeuren:

- o Afsluiten verzekering tegen arbeidsongevallen
- o Inschrijving van werkgever bij Rijksdienst voor Sociale Zekerheid
- o Aansluiting bij het Kinderbijslagfonds
- o Dimona-aangifte
- o Aansluiting bij externe dienst voor preventie en bescherming
- o Overzicht bescherming persoonlijke levenssfeer werknemers meedelen aan overheid

Volgende verplichtingen t.o.v. de werknemer:

- o Respecteren arbeidswet
- o Arbeidsreglement opstellen
- o Verzekering arbeidsongevallen afsluiten
- o Opstellen huishoudelijk reglement

4) Evolutie opbouw diabetesconsult

Beginsituatie

AANMELDING

Er is geen afzonderlijk diabetesconsult. De patiënt maakt een afspraak omwille van al dan niet diabetes gerelateerde klachten, herhalingsvoorschriften of een (half)jaarlijkse bloedafname (met betrekking tot hun diabetes, cardiovasculair risico of andere follow-up). Ze kunnen een afspraak maken via het telesecretaariat, de website of via de huisarts zelf. De patiënt heeft de mogelijkheid om de reden voor een consult aan te geven.

VERPLEEGKUNDIGE

/

HUISARTS (+/-15min)

De huisarts vraagt naar de aanleiding tot consultatie. Hij doet een anamnese. Afhankelijk van de reden tot consultatie verricht hij een klinisch onderzoek. De registratie van belangrijke parameters is vaak onvolledig. Het gewicht, de rookstatus en de bewegingsstatus in het dossier is vaak niet actueel.

Er is geen duidelijke planning in de diabeteszorg voorhanden die ons kan vertellen welke onderzoeken uitgevoerd moeten worden. Zo gebeurt screening naar diabetes gerelateerde complicaties heel onregelmatig en onvolledig. Bij diabetespatiënten wordt er zelden een voetonderzoek verricht. Naar aanleiding van specifieke klachten kan het zijn dat er iets dieper wordt ingegaan op diabetes gerelateerde complicaties.

Indien nodig wordt er een bloedafname uitgevoerd. De opvolging van het HbA1c-percentages, om een beeld te krijgen van de globale glycemieregeling, gaat halfjaarlijks of jaarlijks door. Andere parameters, met betrekking tot het cardiovasculair risico, zoals cholesterol worden bij de meeste diabetespatiënten jaarlijks bepaald. Screening naar microalbuminurie gebeurt dan weer te weinig.

Een jaarlijks oftalmologisch nazicht wordt aanbevolen, maar er worden zelden verwijsbrieven meegegeven. We ontvangen ook zelden verslagen van oftalmologen.

Patiënten in het zorgtraject worden aangespoord tot een jaarlijks nazicht bij de endocrinoloog.

Vaccinaties worden reeds zorgvuldig genoteerd in het dossier. Zo is het snel duidelijk of er een herhalingsvaccinatie nodig is.

Zelden wordt er een rijgeschiktheidsattest uitgeschreven.

Bij patiënten met goed gecontroleerde diabetes wordt de medicatie voorgeschreven voor ongeveer 3 maanden.

FOLLOW-UP

Indien nood aan verdere opvolging spreekt de huisarts een afspraak af met de patiënt. Zo niet maakt de patiënt op een latere datum zelf een afspraak.

Patiënten kunnen de dag na hun bloedafname bellen voor de resultaten. Indien aanpassingen aan de behandeling gewenst zijn, wordt hen gevraagd een nieuwe afspraak te maken. De therapietrouw, de dieet- en bewegingsmaatregelen worden dan bevraagd en zo nodig wordt de medicatie aangepast. De huisarts kan er ook voor opteren om door te verwijzen naar een diëtiste, diabeteseducator, rookstopbegeleiding en/of een bewegingscoach.

Situatie 2: initieel diabetesconsult (week 1 en 2 – eerste patiënt werd gemeenschappelijk gezien)

AANMELDING

Diabetespatiënten worden aangesproken tijdens een consultatie over de invoering van een diabetesconsult bij de praktijkverpleegkundige. Zij worden hier kort over geïnformeerd. Als zij hier toestemming voor geven, wordt er een afspraak voor hen gemaakt. In onze online agenda voorzien we aparte tijdsloten voor het diabetesconsult die dan aansluiten op een consult bij de huisarts. De patiënt komt op het afgesproken tijdstip naar de praktijk.

VERPLEEGKUNDIGE (+/-30min)

Aangezien er veel uitleg bij het eerste diabetesconsult gegeven moet worden, voorzien we voldoende tijd. Naast de uitleg over het nut van bepaalde onderzoeken in de diabeteszorg, moet er ook uitleg gegeven worden over het praktijkverbeterproject.

Allereerst bekijkt de verpleegkundige het dossier van de patiënt om te weten welke onderzoeken moeten doorgaan. Zij maakt een planning volgens het opgestelde protocol.

De verpleegkundige bevraagt vervolgens rookstatus, bewegingsstatus, alcoholgebruik, therapietrouw en glycemiewaarden (indien beschikbaar). Zij meet hun gewicht en hun lengte (indien nog niet gekend). Zij bepaalt eveneens hun bloeddruk en pols. Indien er nog geen jaarlijks voetonderzoek plaatsgevonden heeft, voert zij dit uit. Ze voelt naar de pulsaties (A. dorsalis pedis en A. tibialis posterior) van beide voeten. Vervolgens test ze de gevoeligheid van de voeten door middel van de 10g monofilament test op 3 verschillende plaatsen. Zij kijkt ook of er letsels aanwezig zijn en of er anatomische afwijkingen te zien zijn, zoals een hallux valgus, hamertenen of pes planovalgus. Zij noteert alles in het dossier van de patiënt volgens de gemaakte afspraken.

Een keer per jaar volgt een volledig bloedonderzoek en een screening naar microalbuminurie. Indien dit nog niet gebeurd is in het voorbije jaar, neemt de verpleegkundige bloed af en vraagt ze aan de patiënt om een urinestaal te produceren. Halfjaarlijks wordt er eveneens een bloedafname verricht met bepaling van HbA1c en nuchtere glycemie. Ze labelt de stalen en verstuurt een elektronische aanvraag. Tenslotte deponeert ze de stalen zodat het medisch laboratorium ze kan ophalen.

Vervolgens kijkt zij na of de patiënt in aanmerking komt voor een griep-, pneumokokken- en/of tetanusvaccinatie. Zij geeft informatie aan de patiënt over de desbetreffende vaccinatie en indien de patiënt dit wenst en na overleg met de arts, kan de vaccinatie gegeven worden. De vaccinatie wordt aangeduid in het dossier.

Indien een jaarlijks oogheelkundig nazicht of een controle bij de endocrinoloog (zorgtraject) gewenst is, drukt zij een verwijsbrief af. Zij vult deze in zodat de arts deze nadien kan aftekenen en stempelen.

De verpleegkundige kijkt na of alles is neergeschreven in het dossier. Ze vraagt de patiënt nog even te wachten in de wachtzaal tot de arts beschikbaar is.

HUISARTS (+/-20min)

Ook hier wordt voldoende tijd genomen voor uitleg over het praktijkverbeterproject. De patiënt krijgt een informatiebrief en informatiebrochure. Indien de patiënt wenst mee te werken, wordt er gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen.

De huisarts bekijkt vervolgens het dossier van de patiënt. Hij kan, indien nodig, levensstijladvies geven. Dat kan rookstop-, dieet-, of bewegingsadvies zijn. De huisarts kan er ook voor opteren om door te verwijzen naar een diëtiste, diabeteseducator, rookstopbegeleiding en/of een bewegingscoach. Indien er afwijkingen bij het voetonderzoek aan het licht komen, kan de huisarts ook doorverwijzen naar een podoloog. Hij stelt indien nodig een voorschrift op voor een erkend podoloog, diëtiste of diabeteseducator. Hij vermeldt op het voorschrift tot welk traject de patiënt behoort.

Aanvullend klinisch onderzoek kan nodig zijn.

Indien vereist wordt de diabetesmedicatie aangepast en wordt een (bijkomend) antihypertensivum, statine of acetylsalicylzuur opgestart. Hier volgen we de richtlijnen van Domus Medica in verband met het cardiovasculair risicoprofiel en proberen we volgende doelstellingen na te streven:

- a. Rookstop
- b. BD <140/90mmHg
- c. HbA1c <7% (afhankelijk van algemene toestand <7.5 à 8 %)
- d. LDL-cholesterol <100mg/dl (indien cardiovasculaire aandoening <70mg/dl) (accepteren daling van 30-40% indien de streefwaarden moeilijk worden bereikt)
- e. Gewichtsreductie bij obesitas 5-10%

Er wordt medicatie voorgeschreven voor ongeveer 3 maanden. Voor patiënten in het zorgtraject wordt halfjaarlijks zelfzorgmateriaal (meetstrips en lancetten) voorgeschreven. De glucometer kan vernieuwd worden na 3 jaar.

De huisarts geeft informatie over het aangepast rijbewijs met beperkte geldigheidsduur dat eigenlijk een verplichting is voor alle diabetespatiënten. Hij geeft advies over rijden met diabetes en geeft een ingevuld rijgeschiktheidsattest mee.

Hij tekent de verwijfsbrief voor het jaarlijks oogheelkundig nazicht of de jaarlijkse controle door de endocrinoloog af.

Hij ondertekent jaarlijks het zorgtraject contract (gedurende de eerste 4 jaar) of hij rekt het nomenclatuurnummer 102852 (voortraject) aan.

FOLLOW-UP

De patiënt belt de volgende dag voor de resultaten van bloed en urine. Indien er afwijkingen zijn, wordt er kortbij een nieuwe afspraak gemaakt bij de huisarts.

De patiënt maakt zelf een controleafspraak bij de verpleegkundige na 3 maanden. Ze kunnen een afspraak vastleggen door te bellen tijdens het beluurtje.

Op het einde van de week vindt er een overleg plaats met de artsen en verpleegkundige. Hier worden de patiënten kort besproken. Hier wordt er 5 à 10 minuten voor uitgetrokken.

Na de eerste diabetesconsulten werd beslist om voor alle diabetespatiënten in een keer een eenduidige planning op te stellen. Tijdens het eerste diabetesconsult bij de verpleegkundige nam dit te veel tijd in beslag. Eenmaal de planning aanwezig is, is deze eenvoudig en snel aan te passen.

Situatie 3 (week 3 – 13)

AANMELDING

Diabetespatiënten worden aangesproken tijdens een consultatie over de invoering van een diabetesconsult bij de praktijkverpleegkundige. Zij worden hier kort over geïnformeerd. Als zij hier toestemming voor geven, wordt er een afspraak voor hen gemaakt. In onze online agenda voorzien we aparte tijdsloten voor het diabetesconsult die dan aansluiten op een consult bij de huisarts. De patiënt komt op het afgesproken tijdstip naar de praktijk.

VERPLEEGKUNDIGE (+/-20min)

Aangezien er veel uitleg bij het eerste diabetesconsult gegeven moet worden, voorzien we voldoende tijd. Naast de uitleg over het nut van bepaalde onderzoeken in de diabeteszorg, moet er ook uitleg gegeven worden over het praktijkverbeterproject. Vanaf het tweede consult bij de verpleegkundige zal dit veel minder tot geen tijd vragen.

De verpleegkundige raadpleegt de reeds bestaande diabetesplanning in het dossier van de patiënt. Zo ziet zij snel wat er uitgevoerd moet worden.

De verpleegkundige bevestigt vervolgens rookstatus, bewegingsstatus, alcoholgebruik, therapietrouw en glycemiewaarden (indien beschikbaar). Zij meet hun gewicht en hun lengte (indien nog niet gekend). Zij bepaalt eveneens hun bloeddruk en pols. Indien er nog geen jaarlijks voetonderzoek plaatsgevonden heeft, voert zij dit uit. Ze voelt naar de pulsaties (A. dorsalis pedis en A. tibialis posterior) van beide voeten. Vervolgens test ze de gevoeligheid van de voeten door middel van de 10g monofilament test op 3 verschillende plaatsen. Zij kijkt ook of er letsels aanwezig zijn en of er anatomische afwijkingen te zien zijn, zoals een hallux valgus, hamertenen of pes planovalgus. Zij noteert alles in het dossier van de patiënt volgens de gemaakte afspraken.

Een keer per jaar volgt een volledig bloedonderzoek en een screening naar microalbuminurie. Indien dit nog niet gebeurd is in het voorbije jaar, neemt de verpleegkundige bloed af en vraagt ze aan de patiënt om een urinestaal te produceren. Halfjaarlijks wordt er eveneens een bloedafname verricht met bepaling van HbA1c en nuchtere glycemie. Ze labelt de stalen en verstuurt een elektronische aanvraag. Tenslotte deponeert ze de stalen zodat het medisch laboratorium ze kan ophalen.

Vervolgens kijkt zij na of de patiënt in aanmerking komt voor een griep-, pneumokokken- en/of tetanusvaccinatie. Zij geeft informatie aan de patiënt over de desbetreffende vaccinatie en indien de patiënt dit wenst en na overleg met de arts, kan de vaccinatie gegeven worden. De vaccinatie wordt aangeduid in het dossier.

De verpleegkundige kijkt na of alles is neergeschreven in het dossier. Ze geeft de patiënt een nieuwe afspraak 3 maand later. Indien deze afspraak toch niet past voor de patiënt, kan hij deze steeds verzetten. Hiervoor kan hij bellen tijdens het dagelijks beluurtje.

De verpleegkundige vraagt de patiënt nog even te wachten in de wachtzaal tot de arts beschikbaar is.

HUISARTS (+/-20min)

Ook hier wordt voldoende tijd genomen voor de uitleg over het praktijkverbeterproject. De patiënt krijgt een informatiebrief en informatiebrochure. Indien de patiënt wenst mee te werken, wordt er gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen.

De huisarts bekijkt vervolgens het dossier van de patiënt. Hij kan, indien nodig, levensstijladvies geven. Dat kan rookstop-, dieet-, of bewegingsadvies zijn. De huisarts kan er ook voor opteren om door te

verwijzen naar een diëtiste, diabeteseducator, rookstopbegeleiding en/of een bewegingscoach. Indien er afwijkingen bij het voetonderzoek aan het licht komen, kan de huisarts ook doorverwijzen naar een podoloog. Zodus kan hij een voorschrift opstellen voor een erkend podoloog, diëtiste of diabeteseducator. Hij vermeldt op het voorschrift tot welk traject de patiënt behoort.

Aanvullend klinisch onderzoek kan nodig zijn.

Indien vereist wordt de diabetesmedicatie aangepast en wordt een (bijkomend) antihypertensivum, statine of acetylsalicylzuur opgestart. Hier volgen we de richtlijnen van Domus Medica in verband met het cardiovasculair risicoprofiel en proberen we volgende doelstellingen na te streven:

- a. Rookstop
- b. BD <140/90mmHg
- c. HbA1c <7% (afhankelijk van algemene toestand <7.5 à 8 %)
- d. LDL-cholesterol <100mg/dL (indien cardiovasculaire aandoening <70mg/dL)
(accepteren daling van 30-40% indien de streefwaarden moeilijk worden bereikt)
- e. Gewichtsreductie bij obesitas 5-10%

Er wordt medicatie voorgeschreven voor ongeveer 3 maanden. Voor patiënten in het zorgtraject wordt halfjaarlijks zelfzorgmateriaal (meetstrips en lancetten) voorgeschreven. De glucometer kan vernieuwd worden na 3 jaar.

De huisarts geeft informatie over het aangepast rijbewijs met beperkte geldigheidsduur dat eigenlijk een verplichting is voor alle diabetespatiënten. Hij geeft advies over rijden met diabetes en geeft een ingevuld rijgeschiktheidsattest mee.

Hij print de verwijfsbrief voor het jaarlijks oogheelkundig nazicht of de jaarlijkse controle door de endocrinoloog af. Hij vult alles in, tekent deze af en geeft hem mee aan de patiënt.

Hij ondertekent jaarlijks het zorgtraject contract (gedurende de eerste 4 jaar) of hij rekent het nomenclatuurnummer 102852 (voortraject) aan.

FOLLOW-UP

De patiënt belt de volgende dag voor de resultaten van bloed en urine. Indien er afwijkingen zijn, wordt er kortbij een nieuwe afspraak gemaakt bij de huisarts.

Op het einde van de week vindt er een overleg plaats met de artsen en verpleegkundige. Hier worden de patiënten kort besproken. Hier wordt er 5 à 10 minuten voor uitgetrokken.

Situatie 4 (hoe we het in de toekomst willen zien)

AANMELDING

Diabetespatiënten komen driemaandelijks op controle bij de praktijkverpleegkundige. Zij krijgen telkens een afspraak tijdens het vorige consult. Zij kunnen deze afspraak wel nog laten verzetten indien het niet past. In onze online agenda voorzien we aparte tijdsloten voor het diabetesconsult bij de verpleegkundige. De patiënt komt op het afgesproken tijdstip naar de praktijk.

VERPLEEGKUNDIGE (+/-10min), enkele dagen tot een week voor het consult bij de HUISARTS

De verpleegkundige raadpleegt de reeds bestaande diabetesplanning in het dossier van de patiënt. Zo ziet zij snel wat er uitgevoerd moet worden.

De verpleegkundige bevraagt vervolgens rookstatus, bewegingsstatus, alcoholgebruik, therapietrouw en glycemiewaarden (indien beschikbaar). Zij meet hun gewicht en hun lengte (indien nog niet

gekend). Zij bepaalt eveneens hun bloeddruk en pols. Indien er nog geen jaarlijks voetonderzoek plaatsgevonden heeft, voert zij dit uit. Ze voelt naar de pulsaties (A. dorsalis pedis en A. tibialis posterior) van beide voeten. Vervolgens test ze de gevoeligheid van de voeten door middel van de 10g monofilament test op 3 verschillende plaatsen. Zij kijkt ook of er letsels aanwezig zijn en of er anatomische afwijkingen te zien zijn, zoals een hallux valgus, hamertenen of pes planovalgus. Zij noteert alles in het dossier van de patiënt volgens de gemaakte afspraken.

Een keer per jaar volgt een volledig bloedonderzoek en een screening naar microalbuminurie. Indien dit nog niet gebeurd is in het voorbije jaar, neemt de verpleegkundige bloed af en vraagt ze aan de patiënt om een urinestaal te produceren. Halfjaarlijks wordt er eveneens een bloedafname verricht met bepaling van HbA1c en nuchtere glycemie. Bij minder goede diabetescontrole kan het nodig zijn om frequentere bloedafnames te verrichten. Ze labelt de stalen en verstuurt een elektronische aanvraag. Tenslotte deponeert ze de stalen zodat het medisch laboratorium ze kan ophalen.

Vervolgens kijkt zij na of de patiënt in aanmerking komt voor een griep-, pneumokokken- en/of tetanusvaccinatie. Zij geeft informatie aan de patiënt over de desbetreffende vaccinatie en indien de patiënt dit wenst en na overleg met de arts, kan de vaccinatie gegeven worden. De vaccinatie wordt aangeduid in het dossier.

De verpleegkundige kijkt na of alles is neergeschreven in het dossier. Ze geeft de patiënt 2 nieuwe afspraken mee: een afspraak enkele dagen tot een week later bij de huisarts en een afspraak 3 maand later bij de verpleegkundige. Indien deze laatste afspraak toch niet past voor de patiënt, kan hij deze steeds verzetten. Hiervoor kan hij bellen tijdens het dagelijks beluurtje.

FOLLOW-UP

De huisarts bekijkt de resultaten van de patiënt en overlegt met de verpleegkundige. Op het einde van de week vindt er een overleg plaats met de artsen en verpleegkundige. Hier worden de patiënten kort besproken. Hier wordt er 5 à 10 minuten voor uitgetrokken.

HUISARTS (+/-15min), enkele dagen tot een week later

De huisarts bekijkt het dossier van de patiënt. Hij kan, indien nodig, levensstijladvies geven. Dat kan rookstop-, dieet-, of bewegingsadvies zijn. De huisarts kan er ook voor opteren om door te verwijzen naar een diëtiste, diabeteseducator, rookstopbegeleiding en/of een bewegingscoach. Indien er afwijkingen bij het voetonderzoek aan het licht komen, kan de huisarts ook doorverwijzen naar een podoloog. Zodus kan hij een voorschrift opstellen voor een erkend podoloog, diëtiste of diabeteseducator. Hij vermeldt op het voorschrift tot welk traject de patiënt behoort.

Aanvullend klinisch onderzoek kan nodig zijn.

Indien vereist wordt de diabetesmedicatie aangepast en wordt een (bijkomend) antihypertensivum, statine of acetylsalicylzuur opgestart. Hier volgen we de richtlijnen van Domus Medica in verband met het cardiovasculair risicoprofiel en proberen we volgende doelstellingen na te streven:

- a. Rookstop
- b. BD <140/90mmHg
- c. HbA1c <7% (afhankelijk van algemene toestand <7.5 à 8 %)
- d. LDL-cholesterol <100mg/dL (indien cardiovasculaire aandoening <70mg/dL) (accepteren daling van 30-40% indien de streefwaarden moeilijk worden bereikt)
- e. Gewichtsreductie bij obesitas 5-10%

Er wordt medicatie voorgeschreven voor ongeveer 3 maanden. Voor patiënten in het zorgtraject wordt halfjaarlijks zelfzorgmateriaal (meetstrips en lancetten) voorgeschreven. De glucometer kan vernieuwd worden na 3 jaar.

De huisarts geeft informatie over het aangepast rijbewijs met beperkte geldigheidsduur dat eigenlijk een verplichting is voor alle diabetespatiënten. Hij geeft advies over rijden met diabetes en geeft een ingevuld rijgeschiktheidsattest mee.

Hij print de verwijsbrief voor het jaarlijks oogheelkundig nazicht of de jaarlijkse controle door de endocrinoloog af. Hij vult alles in, tekent deze af en geeft hem mee aan de patiënt.

Hij ondertekent jaarlijks het zorgtraject contract (gedurende de eerste 4 jaar) of hij rekent het nomenclatuurnummer 102852 (voortraject) aan.

FOLLOW-UP

Indien opvolging van nabij nodig is, kan het zijn dat er kortbij een nieuwe afspraak bij de huisarts wordt gemaakt.

5) Protocollen

Voortraject/Zorgtraject Diabetes - protocol verpleegkundige

1. Jaarlijkse planning controleren en bijwerken in dossier
 - a. Labo: groot (jaarlijks) of klein (halfjaarlijks)
 - b. Urine: microalbuminurie/albumine creatinineratio – jaarlijks
 - c. Jaarlijkse voetcontrole
 - d. Jaarlijkse oftalmologisch nazicht
 - e. Jaarlijkse controle bij endocrinoloog (ZTD)
 - f. Jaarlijkse griepvaccinatie
 - g. 5-jaarlijkse pneumokokkenvaccinatie
 - h. 10-jaarlijkse tetanusvaccinatie
2. Bevragen levensstijl bij elke kwartaal controle – te noteren in dossier
 - a. Voeding
 - b. Alcohol met aanduiding aantal E/week
 - c. Roken met aanduiding roker + aantal pakjaren/ex-roker + aantal pakjaren/nooit gerookt
 - d. Beweging met aanduiding minimaal/matig/voldoende
 - e. Wonden t.h.v. de voeten
3. Parameters bij elke kwartaal controle – te noteren in dossier
 - a. Gewicht en BMI
 - b. BD en hartfrequentie in zittende houding met bovenarmbloeddrukmeter
4. Jaarlijkse voetcontrole – te noteren in dossier
 - a. Inspectie voor wonden
 - b. Pulsaties bepalen
 - c. 10g Monofilament test. Indien geen 3/3, wordt dit doorgegeven aan de arts.
 - d. Controle schoeisel en voeten (anatomische afwijkingen)
 - e. Evaluatie volgens voetrisico formulier Domus Medica
5. Labo
 - a. Jaarlijks: Groot (HbA1c, glycemie, nierfunctie, lipiden, bloedbeeld, leverfunctie, schildklierfunctie)
 - b. Halfjaarlijks: Klein (HbA1c en glycemie)
 - c. Voor beide dient patiënt nuchter te zijn
 - d. Beide protocollen zijn te vinden op de online aanvraag module van het labo. Indien bijkomende labo bepalingen dienen te gebeuren, dan kan dit terug gevonden worden in de planning.
6. Urine
 - a. Aan de patiënt wordt gevraagd om een urinestaal te produceren in het toilet op de praktijk. Dit dient te gebeuren op de dag van de jaarlijkse grote bloedafname. Indien niet mogelijk, brengt de patiënt die het op een later moment binnen.
7. Jaarlijkse griepvaccinatie
 - a. Uitleg waarom aanbevolen
 - b. Indien gewenst door patiënt en vaccinatieperiode: toediening
 - c. Noteren in dossier (en in vaccinnnet)
8. 5-jaarlijkse pneumokokken vaccinatie
 - a. Uitleg waarom aanbevolen
 - b. Indien gewenst door patiënt: toediening
 - c. Noteren in dossier (en in vaccinnnet)
9. 10-jaarlijkse tetanus vaccinatie
 - a. Uitleg waarom aanbevolen
 - b. Indien gewenst door patiënt: toediening

- c. Noteren in dossier (en in vaccinnnet)
- 10. Afspraak meegeven voor binnen 3 maanden

Voortraject/Zorgtraject Diabetes - protocol arts

- 2. Jaarlijkse planning: indien nodig aan te vullen
- 3. Anamnese + parameters bekijken + klinisch onderzoek indien verder nodig
 - a. Nazicht injectieplaatsen indien insulinetherapie
 - b. Volgende doelstellingen worden nagestreefd
 - i. Rookstop
 - ii. BD <140/90mmHg
 - iii. HbA1c <7% (afhankelijk van algemene toestand <7.5 à 8 %)
 - iv. LDL-cholesterol <100mg/dL (indien cardiovasculaire aandoening <70mg/dL) (accepteren daling van 30-40% indien de streefwaarden moeilijk worden bereikt)
 - v. Gewichtsreductie bij obesitas 5-10%
- 4. Medicatie overlopen + medicatie voorschrijven voor 3 maand
 - a. Voorschrift zelfzorgmateriaal: meetstrips, lancetten, glucometer (per 6 maand ZTD)
- 5. Levensstijl aanbevelingen bespreken met betrekking tot voeding, alcohol, roken, beweging
- 6. Voorschrift opstellen indien nodig voor erkend podoloog (2x45'/jaar vanaf risicoklasse 1) of diëtist (2x30'/jaar) of educator (5x/jaar en éénmalig 5 extra in het zorgtraject; 4x30' indien voldaan aan bepaalde voorwaarden in het voortraject). Bij zorgtraject: vermelding ZTD
- 7. Aanvraag aangepast rijbewijs invullen, ondertekenen en stempelen
- 8. Verwijsbrief afprinten, invullen en tekenen voor jaarlijks oftalmologisch nazicht
- 9. Verwijsbrief afprinten, invullen en tekenen voor jaarlijkse controle endocrinoloog (ZTD)
- 10. Ondertekenen zorgtraject contract (ZTD)
- 11. Nomenclatuur 102852 aanrekenen 1x/jaar (enkel voortraject)

6) Informatiebrief + toestemmingsformulier

Informatiebrief voor deelname aan Masterproef

Implementatie van een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk

Geachte patiënt(e),

Als huisarts-in-opleiding wordt er van ons verwacht om een masterproef te schrijven. Het betreft een praktijkverbeterproject in de eerstelijns. Het doel van dit project is de introductie van een praktijkverpleegkundige voor de opvolging van patiënten in het voortraject en zorgtraject diabetes. Zo willen we de richtlijnen rond diabetes beter implementeren zonder dat de tijdsbesteding en andere zorg in het gedrang komt. Het doel van mijn masterproef is om dit project te evalueren en het effect ervan te beoordelen en zo nodig aanpassingen te doen.

Onderzoeksopzet:

De komende maanden willen we een praktijkverpleegkundige introduceren in onze praktijk. Zij zal mee instaan voor de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject. Dit houdt in dat u elke 3 maanden op controle komt bij de verpleegkundige. Zij zal uw bloeddruk, pols en gewicht meten. Elke 6 maanden dient er een bloedafname te gebeuren. Voor beide moet u nuchter zijn. Jaarlijks hebben we een urinestaal van u nodig, wordt de gevoeligheid van de voeten onderzocht en krijgt u een verwijsbrief mee voor een oogheelkundig nazicht. Dit is om beginnende schade aan de nieren, de zenuwen en de ogen te detecteren, welke veroorzaakt kan worden door diabetes. Patiënten in het zorgtraject moeten ook minstens eenmaal per jaar op controle bij de endocrinoloog. Uw vaccinatiestatus wordt ook steeds nagekeken. Voorheen werden deze taken in meer of mindere mate door uw huisarts uitgevoerd. Heden willen we de zorg voor de diabetespatiënten beter structureren om de kwaliteit van de opvolging te verhogen. De verpleegkundige neemt zodus enkele taken van ons over. Na het consult bij de verpleegkundige wordt u steeds verwacht bij de arts voor de evaluatie van uw diabetescontrole, de nodige verwijsbrieven, uw medicatievoorschriften en eventueel levensstijladvies.

Wij zitten maandelijks samen met de praktijkverpleegkundige om het project te beoordelen.

Deze studie loopt over een periode van ongeveer 5 maanden. Er zullen ongeveer 20 personen deelnemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname:

Uw deelname aan dit onderzoek is vrijwillig en u kan zich dan ook op elk moment terugtrekken uit de studie. Dit wil zeggen dat niet deelname of het zich terugtrekken uit de studie geen gevolgen zal hebben voor uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts. Als u zich uit dit onderzoek terugtrekt zullen uw gegevens niet verwerkt worden. Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Uw deelname in de studie kan helpen om in de toekomst patiënten beter op te volgen en te begeleiden.

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

Verzekering:

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Vertrouwelijkheid:

Volgende gegevens worden verzameld: leeftijd, geslacht, origine, BMI, bloeddruk, nuchtere glycemie, HbA1c, LDL-cholesterol, rookgedrag, microalbuminurie, huidige medicatie, oogheelkundig nazicht, voetonderzoek.

Uw medische gegevens zijn vertrouwelijk en zullen ook zo verwerkt worden en dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer (Belgische wet van 8 december 1992 en 22 augustus 2002). Dit geldt eveneens voor de gegevens bekomen bij het verpleegkundig consult. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot Uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen stemt U in met deze toegang.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd. Uw gegevens kunnen dan enkel via een 'code' achterhaald worden.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Deze studie loopt onder supervisie van prof. Dr. Sara Willems en Dr. Patricia Sunaert.
Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u me altijd contacteren.
Alvast bedankt voor uw medewerking,

Dr. Isabelle Bernaert, huisarts-in-opleiding
Kasteelstraat 21
9660 Nederbrakel
055/42.27.60

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten" pagina 1 tot en met pagina 2 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor "Toestemmingsformulier". Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende arts en verpleegkundige. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen als ik *onverwachte of ongebruikelijke symptomen ervaar*.

Men heeft mij ingelicht over het bestaan van een verzekeringspolis in geval er letsel zou ontstaan dat aan de studieprocedures is toe te schrijven.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de arts.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende arts, die verantwoordelijk is voor de verwerking.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie. Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger: _____

Datum: _____

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon
die voorafgaande uitleg
heeft gegeven: _____

Datum: _____

Handtekening:

7) Informatiebrochure

Geachte patiënt(e),

Binnenkort start in onze praktijk een verpleegkundige. Zij wordt opgeleid om medisch-technische taken uit te voeren in opdracht van de artsen in de praktijk. Zij zal mee instaan voor de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject en zorgtraject, bloedafnames en ECG's. Zo willen we de opvolging van diabetespatiënten in het voortraject beter structureren en taken delegeren om op die manier de richtlijnen rond diabetes beter te implementeren zonder dat de tijdsbesteding en andere zorg in het gedrang komt.

De verpleegkundige volgt de opleiding 'verpleegkundige in de huisartsenpraktijk' en zal haar stage hier lopen. Zij is reeds een gediplomeerd verpleegkundige. De verpleegkundige heeft inzage in het medische dossier van de patiënten, maar voor haar geldt eveneens het beroepsgeheim. Zij werkt steeds wanneer een andere arts ook aanwezig is in de praktijk. Zo is er steeds de mogelijkheid voor tussentijds overleg. Er vindt wekelijks een overleg plaats met de verpleegkundige en de artsen met het overlopen van de patiënten die de voorbije week op consult zijn geweest. Er worden geen kosten aangerekend voor de consultatie bij de verpleegkundige.

Wat houdt dit in voor patiënten in het voortraject en zorgtraject diabetes?

U wordt elke 3 maanden verwacht voor een diabetesconsult bij de verpleegkundige. Zij zal uw bloeddruk, pols en gewicht meten. Elke 6 maanden dient er een bloedafname te gebeuren. Voor beide moet u nuchter zijn. Jaarlijks hebben we een urinestaal van u nodig, wordt de gevoeligheid van de voeten onderzocht en krijgt u een verwijsbrief mee voor een oogheeskundig nazicht. Dit is om beginnende schade aan de nieren, de zenuwen en de ogen te detecteren, welke veroorzaakt kan worden door diabetes. Uw vaccinatiestatus wordt ook steeds nagekeken. Patiënten in het zorgtraject moeten ook minstens jaarlijks op controle bij de endocrinoloog. Voorheen werden deze taken in meer of mindere mate door uw huisarts uitgevoerd. Heden willen we de zorg voor de diabetespatiënten beter structureren om de kwaliteit van de opvolging te verhogen. De verpleegkundige neemt zodus enkele taken van ons over. Na het consult bij de verpleegkundige wordt u steeds verwacht bij de arts voor de evaluatie van uw diabetescontrole, de nodige verwijsbrieven, uw medicatievoorschriften en eventueel levensstijladvies.

U zal tijdens een consultatie worden aangesproken om een diabetesconsult in te plannen. De volgende afspraak wordt dan afgesproken bij de verpleegkundige.

Onderzoeksproject: 'Implementatie van een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk'

Als huisarts-in-opleiding wordt er van Dr. Bernaert Isabelle ook verwacht om een masterproef te schrijven. Het betreft een praktijkverbeterproject. Het doel van dit project is de introductie van een praktijkverpleegkundige voor de opvolging van patiënten in het voortraject en zorgtraject diabetes. Zo willen we de richtlijnen rond diabetes beter implementeren zonder dat de tijdsbesteding en andere zorg in het gedrang komt. Het doel van mijn masterproef is om dit project te evalueren en het effect ervan te beoordelen en zo nodig aanpassingen te doen.

Volgende gegevens worden verzameld: leeftijd, geslacht, origine, BMI, bloeddruk, nuchtere glycemie, HbA1c, LDL-cholesterol, rookgedrag, microalbuminurie, huidige medicatie, resultaten oogheeskundig nazicht, resultaten voetonderzoek. Deze gegevens zijn vertrouwelijk en zullen ook zo verwerkt worden. Patiënten in het voortraject of zorgtraject diabetes zullen hierover geïnformeerd worden en er zal een informatiebrief overhandigd worden. U bent vrij om al dan niet deel te nemen aan dit onderzoek.

Indien u akkoord gaat om mee te werken, wordt u gevraagd om het toestemmingsformulier te ondertekenen.

Deze studie loopt over een periode van ongeveer 5 maanden en onder supervisie van prof. Dr. Sara Willems en Dr. Patricia Sunaert. Er zullen ongeveer 20 personen deelnemen aan deze studie.

Indien u nog vragen hebt, kan u steeds terecht bij de artsen.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Dr. Isabelle Bernaert, huisarts-in-opleiding
Dr. Kris Cooman, huisarts
Eline Bourgeois, verpleegkundige

Kasteelstraat 21
9660 Nederbrakel
055/42.27.60