De rol van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk omtrent primaire cardiovasculaire preventie: een descriptief kwalitatief onderzoek

Charlotte Loos – Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. dr. Hilde Bastiaens – Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Naomi Aerts – Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Inhoud

Abstract **4**

Deel 1: Literatuuronderzoek **5**

Inleiding **5**
Doelstelling **6**
Methode **6**
Zoekstrategie 6
Zoeksleutel Medline 6
Selectie studies 7
Resultaten **8**
Cardiovasculaire preventie algemeen 8
Concretere aanpakken van cardiovasculaire preventie 9
Million Hearts Initiative *10*
Het Preventieconsult *10*
De IMPALA-interventie *11*
Discussie **12**
Besluit **14**

Deel 2: Descriptief kwalitatief onderzoek **15**

Inleiding **15**
Vraagstelling **16**
Methode **16**
Design 16
Steekproef en Respondenten 16
Datacollectie 17
Data analyse 17
Ethisch-juridische aspecten 17
Resultaten **18**
Karakteristieken van de respondenten en eerstelijns-settings 18
Context praktijken 19
Visie *19*
Populatie *20*

Samenwerking *20*
Rol van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) 21
Patiënten instroom naar VIHP realiseren *21*
Takenpakket *22*
Totstandkoming takenpakket *22*
Taakdelegatie *24*
Opvolging taken *26*
Cardiovasculaire preventie 27
Selectie, implementatie en organisatie *27*
Systematiek *28*
Opvolging *29*
Facilitators en barrières *30*
Toekomst 32
Uitbreiding rol VIHP *32*
Andere mogelijkheden *33*
Discussie 34
Taakdelegatie 34
Cardiovasculaire preventie 35
Opvolging 37
Sterktes en zwaktes van het onderzoek 38
Besluit 39

Referenties 39

Bijlagen 41
Bijlage 1: Goedkeuring ethisch comité en amendement 41
Bijlage 2: Informatie- en toestemmingsformulier vragenlijst 43
Bijlage 3: Vragenlijst 44
Bijlage 4: Informatie- en toestemmingsformulier interview arts en verpleegkundige 46
Bijlage 5: Topiclijst interview 49
Bijlage 6: Protocol versie 1.4 51

Abstract

Context

De primaire zorgsector komt steeds meer onder druk. Taakdelegatie naar de VIHP (verpleegkundige in de huisartsenpraktijk) vormt een mogelijke oplossing om deze druk te verlichten. Tevens is de kwaliteit van de patiëntenzorg door een VIHP even goed of zelfs beter. Cardiovasculaire aandoeningen behoren tot de belangrijkste doodsoorzaken in de wereld. Inzetten op cardiovasculaire preventie is belangrijk om zowel de morbiditeit als de mortaliteit van de populatie te verlagen. Het is bewezen dat cardiovasculaire incidenten kunnen worden voorkomen door aanpak van de risicofactoren d.m.v. farmacologische behandeling en levensstijlveranderingen zoals rookstop, fysieke activiteit en gezond dieet. De huisartsenpraktijk is de ideale plaats voor cardiovasculaire preventie en is ook een taak die kan worden gedelegeerd naar de VIHP.
Hoe cardiovasculaire preventie systematisch door de VIHP kan worden opgenomen, is in de Belgische context niet geweten. Een echte leidraad ontbreekt en dus is een protocol wenselijk. Hoe de primaire cardiovasculaire preventie momenteel door de VIHP wordt uitgevoerd en hoe dit in de toekomst uitgebreid kan worden, zal in deze studie in kaart worden gebracht als onderdeel van een lopend onderzoeksproject rond de preventie van hart- en vaatziekten.

Onderzoeksvraag

Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie?

Methode

Deel 1: literatuuronderzoek
Deel 2: Beschrijvend kwalitatief onderzoek
Dit vindt plaats d.m.v. semigestructureerde diepte-interviews met een topiclijst als leidraad. De adaptieve framework analyse werd toegepast op deze interviews.

Resultaat

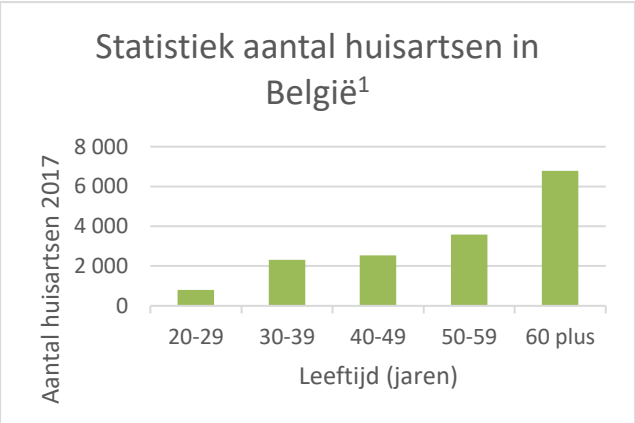
In de literatuur kwam naar voren dat de verpleegkundige zeker een rol kan spelen in de preventie van hart- en vaatziekten. De risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten worden duidelijk gedefinieerd, maar over de implementatie, organisatie en de aanpak van cardiovasculaire preventie in België is weinig literatuur beschikbaar. Vier artsen en vijf verpleegkundigen uit zes verschillende praktijken werden geïnterviewd. Visie en vertrouwen in de VIHP vormen de belangrijkste factoren voor een geslaagde taakdelegatie. Tijd speelt een cruciale factor in het systematisch uitvoeren van cardiovasculaire preventie door de VIHP. Het in kaart brengen van de risicofactoren gebeurt in de meeste praktijktijken d.m.v. vragenlijsten. De verdere patiëntenselectie, implementatie en organisatie verloopt in alle praktijken anders. Het ontbreken van een duidelijk protocol, waar wel vraag naar is, is hiervan de oorzaak. Levensstijlveranderingen vormen de basis voor cardiovasculaire preventie. Deze kunnen mogelijks bekomen worden door een duidelijke risicocommunicatie, het nemen van een gezamenlijke beslissing voor het verlagen van het cardiovasculaire risico met behulp van motivationele gesprekstechnieken. Indien er in de toekomst standaardprotocollen voor de VIHP ontwikkeld zouden worden, zijn zowel implementatiemogelijkheden als een duidelijk opvolgsysteem zeer belangrijk.

Conclusie

Er is nood aan een protocolsgewijze aanpak met duidelijke implementatiemogelijkheden en opvolgsystemen om de aanpak van primaire cardiovasculaire preventie door de VIHP te optimaliseren.

Deel 1: Literatuuronderzoek

Inleiding



Cijfers van het Federaal Kenniscentrum en statistische gegevens van het RIZIV en de federale overheidsdienst Volksgezondheid[1] geven aan dat we afstevenen op een relatief en absoluut tekort aan huisartsen.[2, 3] Veel Vlaamse huisartsen zijn ouder dan 55 jaar en de instroom van nieuwe huisartsen is onvoldoende om de uitstroom op te vangen. Ondertussen veroudert de bevolking met meer chronische zorg tot gevolg.[3] Een dreigend tekort aan huisartsen en een toenemende zorgvraag door de verouderende populatie zetten de huidige organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in België onder druk.[4] Daarnaast stijgt de takenlast van de huisarts (meer gespecialiseerde zorg, meer preventie en chronische zorg, multimorbiditeit, complexe zorg, hogere levensverwachting, vergrijzing, meer administratie, overlegmomenten).[2-4] Deze factoren en verwachtingen van patiënten zorgen voor de noodzaak aan een zich uitbreidende primaire zorgsector.[5]

Een mogelijke oplossing voor deze stijgende werkdruk is een taakverschuiving[3, 4, 6]; een proces van delegatie waarbij taken worden verplaatst naar minder gespecialiseerde werkers in de gezondheidszorg. Deze strategie heeft als doel om de bestaande gezondheidszorg zo efficiënt en effectief mogelijk te reorganiseren om zo de verdeling van de werklast te verbeteren, de capaciteit te laten toenemen en de kosten van de gezondheidszorg te doen dalen.[5, 7] Taakverschuiving van artsen naar verpleegkundige is hiervoor een mogelijke oplossing. Zij vormen de grootste groep van bevoegde zorgmedewerkers. In vele landen krijgen verpleegkundigen steeds meer verantwoordelijkheden en meer klinische taken.[5] Tevens is de kwaliteit van de patiëntenzorg door een verpleegkundige even goed of zelfs beter in de huisartsenpraktijk.[4, 6-8] Dit betekent dat verpleegkundigen een sleutelrol kunnen spelen in de medische sector waar een tekort aan medisch personeel een groot probleem is.[5]

Cardiovasculaire aandoeningen behoren tot de belangrijkste doodsoorzaken in de wereld.[8-10] Vandaar is het belangrijk om in te zetten op preventie van cardiovasculaire ziekten, om zowel de morbiditeit en mortaliteit te verlagen.[8] Het is bewezen dat cardiovasculaire incidenten kunnen worden voorkomen d.m.v. farmacologische behandeling bij risicofactoren en levensstijlveranderingen zoals rookstop, verminderde zoutinname, fysieke activiteit en een gezond dieet.[10]

Preventie moet significant toenemen als de natie gezond wilt blijven en blijvend zorg wil kunnen dragen voor de verouderende populatie.[11] De huisartsenpraktijk is de ideale plaats voor primaire preventie. Dit is vaak niet mogelijk omwille van tijdsgebrek en gebrek aan middelen, vaak hebben andere prioriteiten tijdens de consultatie voorrang. Dit probleem kan op zijn minst al gedeeltelijk worden opgelost door de rol van een praktijkverpleegkundige uit te breiden.[12] In de NHG-Standaard CVRM (Cardiovasculair risicomanagement) staat dat huisartsen delen van het cardiovasculair risicomanagement kunnen delegeren aan praktijkondersteuners. Maar een leidraad daarvoor ontbreekt.[7, 8, 13]

Taakdelegatie, in combinatie met inzetten op meer preventie, lijkt een goede manier om de werkdruk in de eerste lijn te verlagen. Gezien cardiovasculaire aandoeningen een belangrijk aandeel hebben in de morbiditeit en mortaliteit, lijkt het een ideaal om daar op in te spelen. Daarom was het doel van het literatuuronderzoek om te bekijken wat geweten is over hoe cardiovasculaire preventie systematisch door de VIHP (verpleegkundige in de huisartsenpraktijk) kan worden opgenomen.

Doelstelling

Met het uitvoeren van deze systematische literatuurstudie werd getracht een antwoord te formuleren op de volgende onderzoeksvraag: 'Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie?'
Zoals in de inleiding reeds gezegd kan de VIHP hulp bieden om de werklast voor de huisarts te verminderen en de kwaliteit van de zorg verbeteren. Hoe de VIHP de rol van primaire cardiovasculaire preventie concreet kan uitvoeren, wordt in eerste instantie in de literatuur onderzocht.

Methode

Zoekstrategie

Er werd gezocht naar relevante richtlijnen op Domus Medica en NHG. Een specifiekere zoektocht werd uitgevoerd op de online database Medline van Pubmed met gebruik van MESH termen. De literatuurverzameling vond herhaaldelijk plaats van 10 februari 2018 tot en met 29 maart 2019. De voornaamste zoektermen werden gecombineerd (zie zoeksleutel Medline).
De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd: enkel studies in het Nederlands of Engels, de volledige tekst van de artikels moest vrij verkrijgbaar zijn, enkel artikels gepubliceerd na 1 januari 2008 werden geïncludeerd. Selectie van relevante studies gebeurde op basis van titel. Nadien volgde een tweede selectie op basis van abstract. Na het lezen van de volledige tekst werden nog enkele studies geëxcludeerd waarvan de inhoud niet beantwoordde aan de onderzoeksvraag.

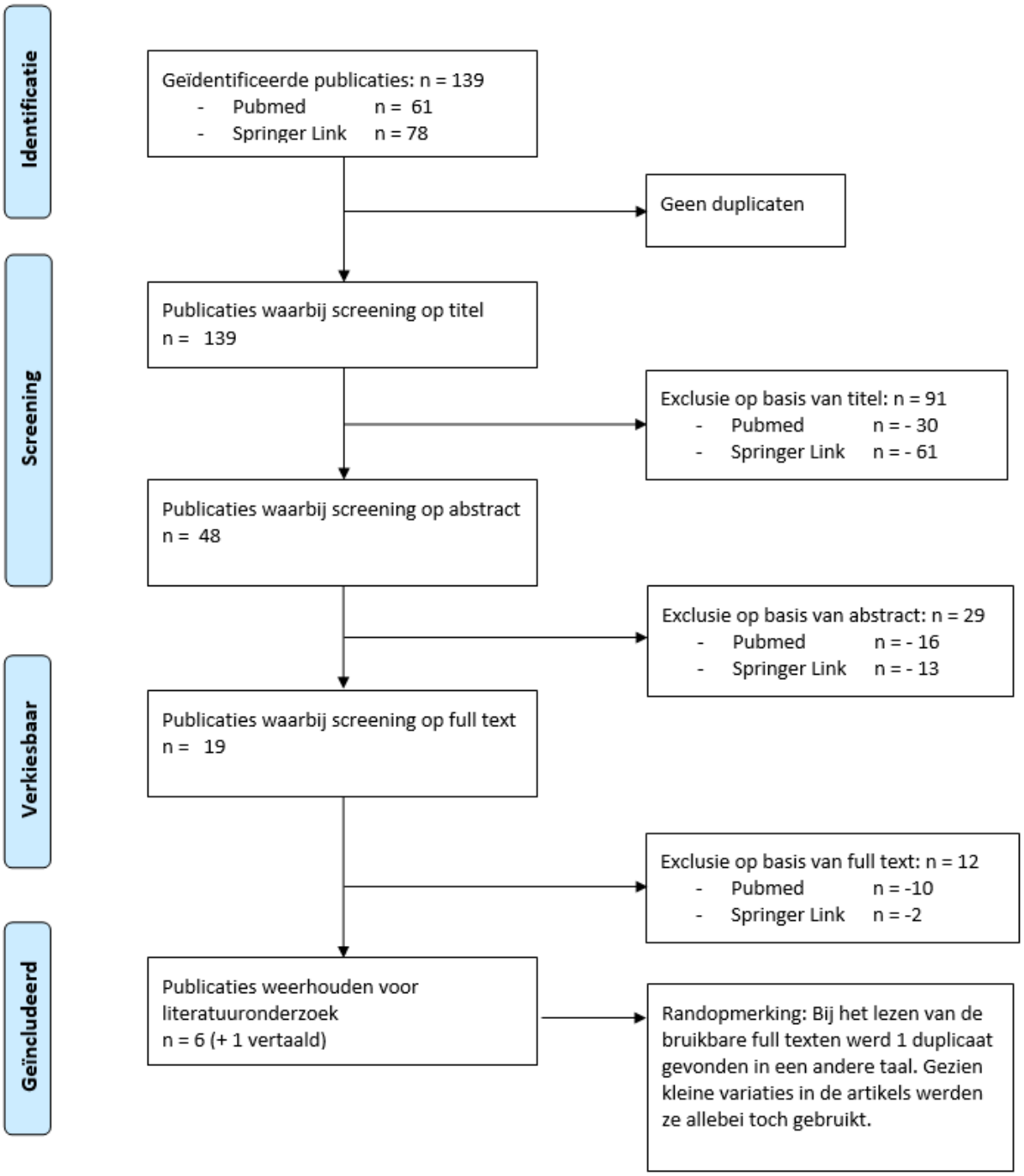
Naast de elektronische database Medline, werd er ook via Springer Links naar elektronische tijdschriften gezocht. Volgende zoektermen werden gecombineerd gebruikt: preventie, cardiovasculair, CVRM, taakdelegatie, praktijkverpleegkundige.

Zoeksleutel Medline

(((((((("Cardiovascular Diseases/nursing"[Mesh] OR "Cardiovascular Diseases/prevention and control"[Mesh])))) OR (("Heart Diseases/nursing"[Mesh] OR "Heart Diseases/prevention and control"[Mesh]))) OR cardiovascular disease prevention)) AND ((((("Primary Prevention"[Mesh]) OR "Preventive Medicine"[Mesh]) OR primary prevention) OR preventive medicine)) AND (((((((((advanced practice nurse) OR advanced nurse practitioner) OR nurse practitioner) OR practice nursing) OR practice nurse) OR "Nurse Practitioners"[Mesh]) OR "Family Nurse Practitioners"[Mesh]) OR "Primary Care Nursing"[Mesh]) OR "Primary Nursing"[Mesh])

Selectie studies

Na toepassen van de beschreven zoek- en selectiestrategie werd het literatuuronderzoek volgens onderstaand boomdiagram voltooid.



Referenties geïncludeerde artikels:[11, 14-19]

Resultaten

Uiteindelijk werden zeven artikels weerhouden in dit literatuuronderzoek. In de geselecteerde studies is terug te vinden wat cardiovasculaire preventie juist inhoudt en in welke mate het betrekken van een praktijkverpleegkundige hiertoe kan bijdragen. De concrete invulling van deze preventie wordt vervolgens eerst algemeen besproken. Slechts twee studies beschrijven een duidelijk en helder protocol (het preventieconsult en de IMPALA-interventie) dat mogelijks in de huisartsenpraktijk geïmplementeerd kan worden. Deze protocollen worden tot slot meer in detail besproken.

Cardiovasculaire preventie algemeen

Voorgaand onderzoek bracht een noodzaak voor proactieve ziektepreventie in de primaire zorg aan het licht.[17] Omdat cardiovasculaire aandoeningen in veel gevallen te voorkomen zijn, zijn bewustwording van het persoonlijke risico en het nemen van preventieve maatregelen sleutelfactoren in de gezondheidszorg. Verpleegkundigen kunnen dit risico evalueren, uitleggen aan de patiënten en hierover advies geven om zo gedragsveranderingen te promoten die het cardiovasculaire risico zal reduceren.[16] Een gezonde levensstijl is fundamenteel en vormt de hoeksteen in de primaire preventie van cardiovasculaire ziekten.[16 18] Deze bestaat uit een gezond dieet, rookstop en voldoende fysieke activiteit.[17]

De rol van de verpleegkundige voor preventie omvat de educatie van de patiënten over zijn eigen risicogedrag, het motiveren van deelname aan de preventie en informatie geven over het verbeteren van diens levensstijl. De primaire rol van de verpleegkundige is om de principes van gezonde levensstijl aan de patiënten te onderrichten.[16]

In de verschillende studies worden risicofactoren op cardiovasculaire aandoeningen als volgt gedefinieerd: familiale belasting[15, 18], leeftijd[17], BMI (Body Mass Index)[18], dieet[11, 18] (alcoholconsumptie[18], vetrijk dieet[18]), hypertensie[11, 15, 18, 19], dyslipidemie[11, 15, 18, 19], roken[11, 15, 18, 19], weinig fysieke activiteit[11, 18], diabetes[18, 19], obesitas[15, 18, 19], stress[11].
De NHG-standaard CVRM die in enkele studies gebruikt wordt[14, 15, 17], ziet naast bovenstaande risicofactoren ook nog een vermindering van de nierfunctie als risicofactor[13].

Uit de verschillende studies blijkt dat risicoreductie op vlak van levensstijladviezen wordt bekomen door rookstop[11, 16, 18], voldoende fysieke activiteit[11, 16, 18], gezond dieet[16, 18] (beperkte intake van dierlijke vetten[11, 16], zout[11], suiker[11] en rood vlees[11], veel groenten en fruit[11, 18], geen[16]/beperkte[18] alcoholintake, volkorenproducten[11, 18]), behouden/bekomen van een gezond BMI[11, 18], vermijden van extreme stress[16]. Naast levensstijladviezen kan een medicamenteuze aanpak nodig zijn voor hypertensie[18, 19], dyslipidemie[18, 19] en diabetes[19] voor een optimale risicoreductie van cardiovasculaire ziekten.

In een studie van Berra K. et al uit de Verenigde Staten, wordt de verpleegkundige als manager van de zorg beschouwd, om zo het resultaat van de patiënt te verbeteren en de cardiovasculaire risicoreductie te bevorderen; dit met een richtlijn gebaseerde aanpak. De meeste interventieprogramma's omvatten levensstijladviezen in aanvulling met de aanpak van cardiovasculaire risicofactoren. Compliantie van medicatie wordt door de verpleegkundige bevorderd, wat leidt tot een beter vetprofiel en betere bloeddrukken. Deze positieve resultaten worden geassocieerd met het nauwgezet volgen van bloeddrukverlagende protocollen, door verbeterd voorschrijven en het voorzien van regelmatige opvolging en begeleiding. Tevens wordt een

hogere frequentie van opvolging waargenomen bij verpleegkundig management. Het belang hiervan is o.a. aangetoond in het succesvol stoppen met roken.

Thuisbloeddrukmeting is een mogelijkheid die patiënten helpt hun bloeddruk te monitoren om zo de incidentie en gevolgen van een onbehandelde hypertensie te verminderen. Thuisbloeddrukmeting bevordert regelmatige terugkoppeling naar de verpleegkundige.
Verpleegkundigen zijn belangrijk voor geïndividualiseerde systematische en richtlijn gebaseerde aanpak van primaire en secundaire cardiovasculaire preventie.

Inzetten op multipele cardiovasculaire risicofactoren geeft in verscheidene studies een beduidend voordeel t.o.v. de aanpak van slechts één risicofactor, hoewel simultaan inzetten op multipele therapieën het risico hebben de therapietrouw te kunnen verminderen. Daarom moet worden ingezet op combinatiebehandelingen en extra tijd moet worden geïnvesteerd in het onderrichten van patiënten met betrekking tot hun medicatie. Aanpak van deze multipele cardiovasculaire risicofactoren door een verpleegkundige is vaak het meest effectief door gerichte educatie met regelmatige opvolgingsconsulten die onderdeel uitmaken van een geïntegreerd systeem.
Incorporatie van ondersteuning door de familie of sociaal netwerk (werknemers, organisaties van de gemeenschap/overheid en patiëntenverenigingen) moeten worden aangemoedigd om een actieve rol te spelen in de bevordering van de gezondheidszorg. Dit geïntegreerde systeem is effectief in de huisartsenpraktijk.
Uiteindelijk dient te worden gestreefd naar een aangepast individueel programma die optimale doelen benadrukt en potentieel kan gebruik gemaakt worden van intermediaire doelen om motivatie en therapietrouw te bevorderen.[19]

Concretere aanpakken van cardiovasculaire preventie

Volgens Turk M.W. et al, een Amerikaanse studie, is een risicobeoordeling de eerste stap voor de verpleegkundige in de aanpak van primaire cardiovasculaire preventie. Deze risicobeoordeling omvat bevraging van de medische en familiale voorgeschiedenis, sociale en levensstijlfactoren; alsook de huidige klachten. Na de anamnese volgt het klinisch onderzoek (bloeddruk, BMI en taille omtrek) en bloedonderzoek (nuchtere suiker en lipidenprofiel). A.d.h.v. die gegevens kan de Framingham risicoscore berekend worden, welke rekening houdt met de leeftijd, totale cholesterol, HDL, bloeddruk en rookgedrag van de patiënt. De Framingham risicoscore dient als onderdeel te worden gezien van een totale risicobepaling, rekening houdend met medische en familiale voorgeschiedenis en de levensstijl. De verpleegkundige legt de aanbevolen levensstijlveranderingen uit. Deze omvatten rookstop, dieet, fysieke activiteit en gewichtsverlies met het streven naar een gezond BMI. De barrière voor de patiënt om deze richtlijnen te volgen moeten worden vastgesteld.

Wat een gezond dieet, rookstop en fysieke activiteit omvat wordt beschreven in dit artikel, maar hoe de verpleegkundige dit kan concreet kan verwezenlijken, blijft onduidelijk. Voor het gewichtsverlies wordt een beperking van 500 calorieën per dag aanbevolen in combinatie met fysieke activiteit. Gedragsveranderingstechnieken worden besproken waarbij doelen zetten, zelf monitorring, probleem oplossende technieken, stimulus controle, cognitieve structurering en hervalpreventie worden besproken.

Verpleegkundigen bevinden zich in een sleutelpositie om de implementatie van de richtlijnen voor preventie van cardiovasculaire ziekten te overzien, zo ook om ondersteuning en bekrachtiging van succesvolle levensstijlaanpassingen in de bevordering van de gezondheid te realiseren.[18]

Million Hearts Initiative

Melnyk B.M. et al bestuderen het 'Million Hearts Initiative'. Dit is een initiatief uit de Verenigde Staten voor de preventie van myocardinfarcten en CVA (cerebrovasculaire accidenten) d.m.v. ABCS: 'Juist gebruik van Aspirine, Bloeddrukcontrole, Cholesterol behandeling en rookStop'.
Million Hearts ziet voor verpleegkundigen zowel sleutelrollen in de preventie als de behandeling van chronische en acute hartziekten. Verpleegkundigen pakken hierbij chronische ziekten aan zoals hart- en vaatziekten en hypertensie, in de meerderheid van de staten kunnen ze voorschriften schrijven om deze aandoeningen te behandelen en te verbeteren. Interventies door verpleegkundigen voor het promoten van gedragsveranderingen zijn succesvol en noodzakelijk. 90% van het cardiovasculaire risico van de populatie wereldwijd kan zo worden gereduceerd.

De vier bovenstaande pijlers van ABCS zijn een solide fundering waarop praktijkverpleegkundigen zich kunnen focussen op vlak van behandeling en preventie. Screening voor een hoge bloeddruk wordt aanbevolen vanaf 18 jaar. Routinescreening naar verhoogde cholesterol wordt aanbevolen vanaf 35 jaar voor mannen en 45 jaar voor vrouwen. Levensstijladviezen vormen een belangrijk onderdeel van gezondheidsbevordering en verlaging van het cardiovasculaire risico.
Verpleegkundigen moeten bij elk patiëntencontact peilen naar rookgedrag en de motivatie voor rookstop. Nadien kan gericht rookstopadvies gegeven worden of worden doorverwezen.
Gedragsinterventies zijn meer effectief dan cognitieve interventies om de fysieke activiteit te vergroten. Gedragsinterventies worden onder andere gedefinieerd als: aanmoedigingen of aanwijzingen om te bewegen, geplande bewegingsdoelen op vlak van specifieke tijd, duur en intensiteit, zelf monitoring, feedback en beloning van de fysieke activiteit.

Als praktijkverpleegkundige aan het team worden toegevoegd, resulteert dit in een significante verbetering van het vetprofiel, bloeddruk, HbA1c en een beter ziekte-inzicht van de patiënt. Daarnaast zijn telefonische contacten door verpleegkundigen voor educationele levensstijlprogramma's bevorderend voor een betere bloeddrukcontrole en het volhouden van de gezonde levensstijlveranderingen. E-mailreminders door verpleegkundigen zouden zorgen voor betere resultaten in cardiovasculaire ziekten: significante daling van de obesitas, meer fruitconsumptie, betere hypertensie regeling en lagere cholesterolwaarden.[11]

Het Preventieconsult

Assendelft W.J. et al ontwikkelden in Nederland een proactieve vorm van ziektepreventie. Individuen tussen 45 en 70 jaar zonder gekende cardiometabolische ziekten die geen antihypertensieve of cholesterolverlagende middelen innemen zijn geschikte kandidaten voor het preventieconsult voor cardiometabole risico's. Voor bepaalde etnische groepen van Zuid-Aziatische origine kan dit al het beste vanaf 35 jaar. Gezien leeftijd zo'n belangrijke risicofactor is, is het ook mogelijk om mannen > 60 jaar en vrouwen > 65 jaar ineens voor een eerste consultatie uit te nodigen zonder de screeningsvragenlijst in te vullen.
Het omvat een stapsgewijze aanpak die begint met een risico-inschatting op basis van acht screeningsvragen. Deze vragen bevatten elementen van de SCORE risico functie en van de FINDRISK vragenlijst.
De acht vragen hebben betrekking op leeftijd, geslacht, BMI (body mass index), tailleomtrek, huidige rookgewoonten, familiale voorgeschiedenis van myocardinfarct, CVA of diabetes mellitus type 2. Uit de totale score wordt het risico berekend.
Personen met een normaal risico krijgen een algemeen of een aangepast advies op basis van de

aanwezige risicofactoren. Personen met een hoog risico worden aangeraden om een consultatie bij hun huisarts of VIHP te laten uitvoeren.
Na de vragenlijst volgen twee consultaties voor de hoog risico personen, de eerste kan worden uitgevoerd door de VIHP. Tijdens deze twee consultaties zal het hele risicoprofiel worden bekeken en de gepaste levensstijladviezen en/of medicamenteuze behandeling worden besproken, evenals de opvolging. De beschikbaarheid van lokale levensstijlprogramma's zijn een essentiële voorwaarde voor de start van het preventieconsult. Verscheiden levensstijlprogramma's zijn hiervoor ontwikkeld. Zo bestaat er 'bewegen op verwijzing' en rookstop programma's. Als aanvulling van specifieke programma's kunnen personen ook worden doorverwezen naar fysiotherapeuten voor bewegingsprogramma's of naar diëtisten.

Passieve rekrutering d.m.v. posters en brochures zorgt voor slechts een beperkte deelname aan dit preventieonderzoek. Een actieve aanpak met uitnodigingen door de huisarts blijkt veel effectiever. Zowel vragenlijsten beschikbaar via internet als op papier zouden beschikbaar moeten zijn en regelmatige herinneringen zijn noodzakelijk voor een optimale deelname.[17]

De IMPALA-interventie

Koelewijn-van Loon M. et al onderzoeken de IMPALA-interventie in Nederland. Deze biedt een protocol voor CVRM door de VIHP. Dit protocol bestaat uit vier stappen: een individuele tienjarige cardiovasculaire risicobepaling, risicocommunicatie, gebruik van een keuzehulp en aangepaste motivationele gesprekstechnieken uitgevoerd door VIHP in twee consultaties.[14]
Patiënten die volgens de NHG-standaard CVRM in aanmerking kwamen voor het opstellen van een risicoprofiel vullen vragenlijsten in over hun risicoperceptie, ongerustheid over hart- en vaatziekten en levensstijl (roken, alcoholgebruik, bewegen, groente- en fruitconsumptie en vetgebruik). Aanwijzingen voor een verhoogd risico op hart- en vaatziekten zijn een systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg; een totaal cholesterol ≥ 6,5mmol/l (≈251mg/dl); roken bij een man ≥ 50 jaar en bij een vrouw ≥ 55 jaar; familiale belasting en overgewicht. Wanneer er aanwijzingen zijn voor een verhoogd risico maakt, maakt de patiënt een afspraak bij de VIHP en start het protocol.

In het eerste consult wordt het cardiovasculaire risico bepaalt a.d.h.v. de tabellen uit de NHG-standaard CVRM. Met de tabellen wordt niet alleen het huidige risico bepaalt, maar dit geeft tevens ook de mogelijkheden weer die er zijn voor het verminderen van het risico. Na de risicobepaling legt de VIHP het risico uit aan de patiënt a.d.h.v. een risicokaart die de patiënt ook meekrijgt. Vele patiënten zijn onterecht gerust of ongerust over hun risico. Een juist inschatting van het risico is belangrijk voor gedragsverandering. Op de risicokaart wordt het risico op verschillende manieren uitgelegd. Risicoperceptie verbetert duidelijk door de IMPALA-interventie.
Aan het einde van het eerste consult overhandigd de VIHP een keuzehulp aan de patiënt. Deze bevat informatie over hart- en vaatziekten en welke mogelijkheden de patiënt heeft om zijn risico te verlagen. Dat kan zowel medicatie als levensstijlveranderingen (roken, alcohol, voeding, bewegen) zijn.[14, 15] Er is toenemend bewijs dat een keuzehulp het betrekken van de patiënt in het gezamenlijk beslissen van de aanpak kan doen toenemen.[14]

In het tweede consult gaat de VIHP dieper in op de keuzehulp met behulp van motiverende gespreksvoering. Zo kan vastgesteld worden wat de obstakels zijn voor gedragsverandering en wat de obstakels zijn voor een gezamenlijke beslissing over het verlagen van het cardiovasculaire risico. Het is noodzakelijk om te onderzoeken welk belang de patiënt hecht aan gedragsverandering (attitude) en hoeveel vertrouwen de patiënt heeft dat het hem gaat lukken (eigen effectiviteit).

Samen met de patiënt wordt beslist over de aanpak van de risicovermindering. Iemand iets opleggen is niet effectief, mensen moeten achter de beslissing staan.[14, 15] In de meerderheid van de gevallen zijn er verscheidene niet-farmacologische opties voor cardiovasculaire risicoreductie beschikbaar (rookstop, meer beweging, dieetaanpassingen en alcoholinname). Duidelijke communicatie, over alle informatie betreffende cardiovasculaire risico's, de voor- en nadelen van de verschillende opties voor risicoreductie en de kijk van de patiënt op zijn eigen cardiovasculaire risico en zijn geprefereerde behandelingsoptie, zijn essentieel voor een geïnformeerde en gezamenlijk besloten beslissing.[14]

De keuzehulp en risicocommunicatie worden gebruikt om de patiënt te informeren over zijn cardiovasculair risico, de opties voor risicoreductie en een juiste risicoperceptie. Motivationele gesprekstechnieken helpen om de patiënt zijn standpunt over de visie en persoonlijke waarden omtrent cardiovasculaire risicoreductie weer te geven, om zo motivatie op te bouwen voor levensstijlveranderingen.[14]

In het derde consult[15] of telefonische opvolging[14] ondersteunt de VIHP de patiënt in het herformuleren van de gestelde persoonlijke doelen voor risicovermindering met motiverende gespreksvoering.[14, 15]

De IMPALA-interventie helpt patiënten bij het juist inschatten van hun risico op hart- en vaatziekten en dit is een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering. Daarnaast brengt de IMPALA-interventie de mate van de ongerustheid van de patiënt meer in overeenstemming met hun daadwerkelijk risico.[15]

De IMPALA-interventie hecht groot belang om de patiënt actief te betrekken om levensstijlaanpassing door te voeren. Belangrijk hierbij zijn de motivationele gesprekstechnieken.[14, 15] Het Tsjechische onderzoek van Michalkova H. et al sluiten zich hierbij aan en stellen dat verpleegkundigen een grote rol hebben in het versterken en motiveren van patiënten om veranderingen uit te voeren om een gezonde levensstijl aan te nemen. Daarmee wordt het belang benadrukt van het aanleren van innovatieve, educatieve strategieën, zoals motivationele gesprekstechnieken, door verpleegkundigen. De fundamentele karakteristieken van educatie zijn niet enkel het geven van informatie, maar zijn afhankelijk van de continue motivatie en patiënten compliantie met de gezondheidsmedewerkers. Het louter overdragen van informatie in de preventie van cardiovasculaire preventie is niet voldoende. Medewerking van patiënten op lange termijn is daarom essentieel in de aanpak van gezondheid.[16]

Discussie

Assendelft W.J. et al halen aan dat het Preventieconsult voor cardiometabole risico's geen 'one-time' initiatief is, maar dat opvolging en herhaalde uitnodigen op lange termijn voorzien moeten worden. Hoe dit praktisch geregeld moet worden en na welke tijdsperiode wordt echter niet besproken. Wel wordt er geadviseerd als huisartspraktijken ervoor kiezen om mensen uit te nodigen dat ze dit doen in geschikte populaties met een nauwe leeftijdscohorte. Dit vergemakkelijkt efficiënte planning en opnieuw uitnodiging van de non-responders.
De kosteneffectiviteit van deze aanpak vraagt nog verder onderzoek.
Andere professionele organisaties of groepen zoals verpleegkundigen, apotheken, fysiotherapeuten en diëtisten hebben interesse getoond in een wijdere implementatie van deze screeningstool.[17]

Naast het preventieconsult is de IMPALA interventie een andere meer concrete aanpak van CVRM. De huisartsenpraktijken zijn enthousiast dat IMPALA een duidelijk protocol voor CVRM voorziet. De uitvoering wordt echter vaak als moeilijk aanzien. Vooral de VIHP vonden het moeilijk om

motiverende gespreksvoering toe te passen en de patiënt echt te betrekken bij de keuzes maken en doelen stellen. Meer training wordt nodig geacht om zich daarin verder te kunnen ontwikkelen. Het doel van de IMPALA interventie is om de patiënt actief te betrekken bij de keuze voor het verminderen van het cardiovasculair risico, en daarmee zijn risicoperceptie, levensstijl en het tienjarige cardiovasculaire risico te verbeteren. Het effect van de risicoreductie is echter niet significant t.o.v. de controlegroep. Het uitblijven van een extra effect wordt geweid aan onvoldoende verschillend handelen tussen de IMPALA-groep en de controle groep. Een andere reden werd gevonden in het lage risico van de deelnemende patiënten. De interventie zou meer effect kunnen hebben bij hoog risicopatiënten.[14, 15] Een andere mogelijke verklaring wordt gevonden door Michalkova H. et al. zij ondervinden dat het effect en succes van het motivationele en educationele werk van de verpleegkundige vooral te zien is op lange termijn bij preventieve maatregelen.[16] Michalkova H. et al beschrijven een studie waarbij verpleegkundigen levensstijlfactoren voor cardiovasculaire preventie in kaart brengen en voorstellen doen om de situatie te verbeteren. Na 1 jaar wordt geen verschil gevonden t.o.v. de controlegroep met routine zorg. Na 5 jaar wordt echter een significant verschil gevonden in de groep met een verpleegkundige interventie. Het effect op lange termijn door verpleegkundigen werd hierbij bewezen.[16]
Een gebrek aan de IMPALA-interventie is dat er niet concreet wordt besproken hoe de risicopatiënten worden geselecteerd en hoe de vragenlijsten met betrekking tot de risicoperceptie en levensstijl bij de uitgeselecteerde patiënten terecht komen. Ook wordt er nergens iets besproken over opvolging van de hoog risicopatiënten of wanneer de patiënten met een laag risico opnieuw gescreend moeten worden. Dit maakt implementatie in de huisartsenpraktijk moeilijker.

Turk M.W. et al geven een duidelijke weergave van de risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten en de aanpak van preventie. Een gebrek is echter dat deze studie enkel toegespitst is op vrouwen, terwijl dit literatuuronderzoek over de gehele bevolking gaat. Vele onderwerpen zijn te herleiden naar de algemene populatie, maar soms kan informatie niet gebruikt worden indien dit enkel toepasbaar is op vrouwen. Ook wordt hier geen setting besproken om de richtlijnen op toe te passen. Een concrete aanpak van primaire cardiovasculaire preventie wordt niet besproken. Wel wat er allemaal moet gebeuren, maar niet bij wie, wanneer of hoe. Wel wordt er benadrukt dat verpleegkundigen een sleutelrol spelen in cardiovasculaire preventie en vooral in de levensstijlveranderingen. Welke taken juist voor de arts zijn en welke voor de verpleegkundige worden niet besproken.[18]

Berra K. et al bespreken wel de verschillende settingen, maar slechts een beperkt deel van het onderzoek heeft betrekking op de huisartsenpraktijk.[19]

Uit verscheidene bronnen komt naar voren dat taakdelegatie naar de verpleegkundige zeer nuttig is. Verscheidene studies tonen aan dat de zorg die een verpleegkundige uitvoert minstens evenwaardig is aan deze van een arts[11]. Er bestaan vele richtlijnen over primaire cardiovasculaire preventie en de risicofactoren voor hart- en vaatziekten zijn goed gedefinieerd. Over wat de rol van de verpleegkundige hier in kan zijn, is echter nog niet zo veel geweten en helemaal niet wat dan de beste methode is. Michalkova H. et al stellen dat de exacte rol van de verpleegkundige in de implementatie van activiteiten voor gezondheidsbevordering niet is aangetoond. Zij vinden dat verpleegkundigen gekarakteriseerd kunnen worden als gezondheidspromotors die vaak spontaan hun activiteiten uitvoeren, zonder enig concept of verpleegkundig model.[16] De IMPALA-interventie en het Preventieconsult hebben getracht wel enig protocol te bieden en dit is door de huisartsen goed ontvangen, maar heeft toch nog gebreken. Geen enkele van de studies betrekt de gezondheidszorg in België. De toepasbaarheid van bovenstaande interventies valt dus in vraag te stellen in het Belgische gezondheidssysteem. De beide protocollen bieden een duidelijk stappenplan

dat ook in België gebruikt zou kunnen worden. De implementatie en opvolging hiervan worden echter onvoldoende gedocumenteerd.

De context van de geïncludeerde studies (Verenigde staten, Nederland, Tsjechië) verschilt tevens aanzienlijk ten opzichte van de Belgische context. Deze contexten worden gekenmerkt door een zeer typisch gezondheidssysteem en wetgeving. Zo is het voorschrijven van medicatie door een verpleegkundige in Amerika en Nederland mogelijk onder bepaalde voorwaarden, terwijl in België de verpleegkundige geen voorschrijfbevoegdheid heeft. Dit maakt bv. een implementatie van het ABCS-initiatief niet volledig mogelijk, gezien verpleegkundigen hier voorschriften schrijven om cardiale aandoeningen zoals hypertensie te behandelen. In België zou hiervoor, tot op heden, altijd de tussenkomst van een arts nodig zijn. Zo komt de rol van de verpleegkundige als echte manager van de zorg in het gedrang. Ook de aanpak van de risicofactoren in Amerika, komen niet geheel overeen met de Belgische richtlijnen.

Verder onderzoek is nodig om de huidige werking in België op vlak van cardiovasculaire preventie uitgevoerd door de VIHP in kaart te brengen. Zo kunnen nadien mogelijke gestandaardiseerde interventies makkelijker geïmplementeerd worden. Momenteel ontbreekt een echte leidraad voor het opnemen van de preventie van hart- en vaatziekten in de praktijk in België. Indien een protocol ontwikkeld zou worden, is de aanbeveling in de huidige literatuur dat hierin gestreefd wordt naar een aangepast individueel programma dat de optimale doelen benadrukt.[19] Risicofactoren dienen hierbij in kaart gebracht te worden, maar vooral de risicocommunicatie en educatie omtrent levensstijlfactoren dienen individueel benaderd te worden.[15, 17] Ook het motiveren van patiënten vraagt een individuele aanpak, maar het uiteindelijke streefdoel en de weg daar naartoe dient geprotocolleerd te worden om de kwaliteit van de zorg zo hoog mogelijk te houden.

Besluit

De taakverschuiving van de huisarts naar de praktijkverpleegkundige is cruciaal om blijvende goede zorg te kunnen verlenen aan de verouderende populatie. Er zijn reeds enkele studies gebeurd over welke rol de praktijkverpleegkundige op zich kan nemen, maar over de praktische organisatie van dit nieuwe samenwerkingsverband tussen praktijkverpleegkundige en huisarts, en in het bijzonder in onze Belgische zorgcontext, is de literatuur minder sluitend.

Samenvattend kan gesteld worden dat voor primaire cardiovasculaire preventie een op een richtlijn gebaseerde risicobeoordeling[19] op cardiovasculaire ziekten wordt gezien als eerste stap voor de VIHP.[18] Levensstijlveranderingen vormen de hoeksteen in de risicoreductie[16 18], dewelke bekomen kunnen worden door het geven van een duidelijke risicocommunicatie en het nemen van een gezamenlijke beslissing voor het verlagen van het cardiovasculaire risico met behulp van motivationele gesprekstechnieken[14, 15]. Een duidelijk protocol die de praktische organisatie en implementatiemogelijkheden omvat is hiervoor nodig.

Deel 2: Descriptief kwalitatief onderzoek

Inleiding

De NHG-standaard CVRM (Cardiovasculair Risicomanagement) onderschrijft het delegeren van cardiovasculaire preventie van de huisarts naar de praktijkondersteuner[13, 15]. Echter, een echte leidraad ontbreekt en dus is een protocol is wenselijk. Niet alleen om het cardiovasculair risico in kaart te brengen, maar ook voor de aanpak en verdere begeleiding voor een optimale risicoreductie.[15] Risicoreductie op vlak van levensstijladviezen wordt bekomen door rookstop[11, 16, 18], voldoende fysieke activiteit[11, 16, 18], gezond dieet[18] (beperkte intake van dierlijke vetten[11, 16], veel groenten en fruit[11, 18], geen alcoholintake[16], volkorenproducten[11, 18]), behouden/bekomen van een gezond BMI[11, 18], vermijden van extreme stress[16]. Dat een gezonde levensstijl belangrijk is weten we allemaal, maar adviezen daarvoor opvolgen is moeilijk. We hebben immers te maken met veranderen van bestaand gedrag.[15] Naast levensstijladviezen kan een medicamenteuze aanpak nodig zijn voor hypertensie[18], dyslipidemie[18] en diabetes voor een optimale risicoreductie voor cardiovasculaire ziekten.

Uit het bovenstaand literatuuronderzoek blijkt dat er verschillende mogelijkheden zijn om gestructureerd aan cardiovasculaire preventie te werken. De waarde van cardiovasculaire preventie is daarin ook reeds aangehaald. Echter is er niets over terug te vinden over wat er in België aan cardiovasculaire preventie gebeurt door de VIHP (verpleegkundige in de huisartsenpraktijk). Daarom wordt met dit onderzoek beoogd om in kaart te brengen wat hierin de rol is van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen. De verantwoordelijkheden toegespitst op primaire cardiovasculaire preventie worden voornamelijk uitgediept. Ook wordt er gevraagd naar hoe de rol van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk kan worden uitgebreid.
In dit onderzoek wordt in de diepte geëxploreerd naar hoe deze taken uitgevoerd worden, hoe dit praktisch wordt georganiseerd en hoe de samenwerking met de arts verloopt. Ook wordt reeds gepeild naar eventueel toekomstperspectieven.

Dit onderzoek maakt deel uit van het SPICES project. Het acroniem 'SPICES' staat voor '**S**caling-up **P**ackages of **I**nterventions for **C**ardiovascular disease prevention in selected sites in **E**urope and **S**ub-Saharan Africa'. Dit project heeft als doel om een begrijpbare cardiovasculaire preventie te implementeren en evalueren in 5 landen en verschillende settings: Uganda, Zuid-Afrika, België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk.
De interventies van het SPICES project zullen zich richten op: 1) verbeteren van de risicoprofielen van patiënten (LDL-cholesterol, bloeddruk,HbA1c bij patiënten met diabetes), levensstijlaanpassingen (dieet, beweging en rookstop) en het behalen van de aanbevolen cholesterolwaarden, bloeddruk en glycemie; 2) de proportie patiënten laten toenemen voor het verkrijgen van medicatie voor bloeddruk, cholesterol en diabetes medicatie; 3) het aantal patiënten die complicaties ontwikkelen zoals CVA en myocardinfarct doen verminderen.[20]
Om cardiovasculaire preventie te implementeren dient men eerst te weten wat er reeds gebeurd aan cardiovasculaire preventie. Op vlak van wat er in de huisartsenpraktijk door de VIHP gebeurd, spitst dit onderzoek zich toe.

Vraagstelling

Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie?
Eerste sub-vraag: Welke verantwoordelijkheden en competenties bezit de praktijkverpleegkundige momenteel en hoe wordt dit in huisartspraktijken geïmplementeerd en georganiseerd?
Tweede sub-vraag: Hoe zou deze rol naar de toekomst toe uitgebreid kunnen worden?

Methode

Design

Bij het opzet van deze studie werd aanvankelijk beoogd om gebruik te maken van een kwantitatieve vragenlijst als sampling strategie en om zo een eerste beeld te krijgen over de cardiovasculaire preventie door de VIHP. Nadien zou dan een beschrijvend kwalitatief onderzoek volgen d.m.v. semigestructureerde, individuele diepte-interviews met een topiclijst als leidraad. Gezien de lage responsgraad op de vragenlijsten, werd een de methode echter bijgestuurd en werden huisartsenpraktijken telefonisch gecontacteerd om deel te nemen aan het interview. Uiteindelijk werd geopteerd voor een exploratieve, descriptieve kwalitatieve studie om te beantwoorden aan de onderzoeksvragen.

Steekproef en Respondenten

Aan het begin van deze studie in 2018 liepen er 20 verpleegkundigen stage in de huisartsenpraktijk. In 2017 waren er 30 afgestudeerd, waarvan er momenteel 22 zijn tewerkgesteld in de huisartsenpraktijk.
Voor het kwantitatieve luik, werden de vragenlijsten, gedigitaliseerd via google-formulieren, via e-mail verzonden naar deze 42 mogelijke deelnemers. Gezien er slechts tien vragenlijsten werden ingevuld en slechts twee VIHP's (verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk) aan een interview wilden deelnemen, werd een nieuwe methode geformuleerd.
Hierbij werd telefonisch contact gelegd met verscheidene huisartsenpraktijken van regio Oost-Antwerpen (dit is de regio is waarin het SPICES project loopt).
Praktijken met en zonder verpleegkundige werden zo in kaart gebracht. Nadien werd opnieuw telefonisch contact opgenomen met praktijken met een VIHP, die meer deed dan enkel verpleegtechnische handelingen, en of ze wilden deelnemen aan een interview. Dit leverde vier extra praktijken op. Gezien de weinige praktijken met een VIHP die eigen consultaties doet, werd ook naar praktijken gezocht die openstonden om een VIHP aan te nemen. Deze methode leverde nog één extra huisartsenpraktijk op.
Wegens ziekte van één VIHP namen er uiteindelijk zes praktijken deel aan de interviews. Indien de verpleegkundige instemde om deel te nemen aan een interview, werd er in de desbetreffende huisartsenpraktijk gevraagd of één van de artsen ook openstond voor een interview. In totaal werden vier artsen en vijf VIHP's geïnterviewd.

Datacollectie

De vragenlijst (bijlage 3) en de topiclijst (bijlage 5) werden opgesteld op basis van in de literatuur gevonden informatie omtrent cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk. Zo veel mogelijk open vragen werden gesteld rond volgende topics: de context van de praktijk, de rol van de VIHP, cardiovasculaire preventie in de praktijk en toekomstige uitbreiding van de rol van de VIHP.

De interviews met de VIHP's duurden meestal één uur, deze met de artsen gemiddeld 20 minuten. De gesprekken werden opgenomen, nadien uitgetypt en vervolgens geanalyseerd. De interviewer nam tevens notities gedurende de interviews.

Data analyse

De analyse van dit kwalitatieve onderzoek vond plaats d.m.v. de 'adaptive framework analysis'[21, 22] met gebruik van Excel en verliep parallel met de data-collectie. De topics uit het interview vormen de grote thema's in dit framework. Deze thema's werden verder onderverdeeld in de evolutie, kenmerken, organisatie en visie van de praktijk; het takenpakket van de VIHP met de barrières en facilitators van de implementatie ervan, de totstandkoming, preventieve taken met de concrete uitvoering en opvolging ervan; Implementatie, organisatie en systematiek van de cardiovasculaire preventie met zijn facilitators en barrières; mogelijke toekomstige roluitbreiding van de VIHP met zijn barrières en facilitators.
Na het interview werden audio-opnames zo snel mogelijk getranscribeerd om geen relevante informatie verloren te laten gaan. Daarna werd elk interview binnen de 4 weken geanalyseerd. Deze analyse maakt gebruik van een gecombineerde aanpak van zowel een deductieve en inductieve benadering. Hiervoor werd gekozen omdat er in dit onderzoek specifieke onderwerpen worden onderzocht, maar door de inductieve aanpak wordt er ruimte gelaten om verder te exploreren dan het geen wordt verwacht.

Ethisch-juridische aspecten

De studie werd voorgelegd aan het ethische comité onder het nummer 18/09/104 en werd goedgekeurd voor alle onderdelen (informatie- en toestemmingsformulier, protocol en vragenlijst; zie bijlage 1 t.e.m. 6)

Resultaten

In totaal werden zes praktijken geïnterviewd waarvan één solopraktijk met interesse om een VIHP aan te nemen. De overige vijf praktijken waren allen groepspraktijken die reeds een VIHP hadden en die in meer of mindere mate werkten rond cardiovasculaire preventie. Slechts twee praktijken voerden dit echter op een systematisch gestructureerde manier en op regelmatige basis uit. In totaal werden vier artsen en vijf VIHP's geïnterviewd. Vier grote topics kwamen in de adaptieve framework analyse naar voren: de context van de praktijken, de rol van de VIHP, aanpak cardiovasculaire preventie en toekomstperspectieven voor de VIHP.

Karakteristieken van de respondenten en eerstelijns-settings

Deelnemende praktijken zijn, buiten de solopraktijk, grote groepen van meerdere artsen met allen ondersteuning van een secretariaat en VIHP in loondienst. Zowel prestatiegerichte als forfaitaire praktijken namen deel. In vier praktijken waren er ook nog andere disciplines aan de praktijk verbonden; sommige geassocieerd, andere op zelfstandige basis (tabel 1). Om de praktijken met respect voor de privacy wetgeving te behandelen, werd geen gedetailleerde informatie per praktijk verstrekt.

TABEL 1 : KARAKTERISTIEKEN DEELNEMENDE PRAKTIJKEN

Medewerkers praktijk	Aantal praktijken
Aantal vaste artsen	
1 arts	1
3 artsen	2
4 artsen	1
5 artsen	2
Haio ≥ 1	5
Secretariaat	5
Psycholoog	3
Diëtist	2
Kinesist	2
Maatschappelijk assistent	2
Logopedist	1
Preventiemedewerker	1

Van de vijf deelnemende VIHP's werkt één deeltijds in de huisartsenpraktijk; de overige voltijds. Allen hebben ze, voordat ze in de huisartsenpraktijk terecht kwamen, eerst andere werkervaring opgedaan. Eén VIHP gaf aan al eerder in een huisartsenpraktijk te willen werken, maar dat het ontbreken van een opleiding daarvoor een barrière was. Een grote variatie aan opleidingen en bijscholingen werd gevolgd met veel verschillen tussen de VIHP's. De meerderheid behaalde het postgraduaat verpleegkundige in de huisartsenpraktijk en één VIHP overweegt dit nog te doen. Vier van de geïnterviewde VIHP's zijn nog niet lang werkzaam in de huisartsenpraktijk. (Zie tabel 2 voor meer gedetailleerde informatie)

TABEL 2: ERVARINGEN EN OPLEIDINGEN VIHP

	Aantal jaar werkzaam als VIHP	Voorgaande opleidingen	Voorgaande werkervaring
VIHP 1	17j	Bachelor verpleegkunde, praktijkondersteuner in NL, postgraduaat VIHP, vele kleine bijscholingen	11j thuisverpleegkundige Wit Gele kruis, 3j zelfstandig verpleegkundige
VIHP 2	2,5j	Bachelor verpleegkunde, sociale verpleegkunde, specifieke lerarenopleidingen, bijscholingen o.a. triple P, wondzorg en HIV-cursus	1j CLB/K&G, 2,5j intrafamiliaal geweld en middelenmisbruik, 6m abortuscentrum
VIHP 3	0,5j	Bachelor verpleegkunde, BanaBa operatie, BanaBa spoed, postgraduaat VIHP	11j spoedverpleegkundige
VIHP 4	2j	Bachelor verpleegkunde, postgraduaat VIHP, pedicure	Acute geriatrie, thuisverpleegkundige Wit Gele kruis, rusthuis
VIHP 5	2j	Ziekenhuisverpleegkunde, korte bijscholingen, wondzorg	11j geriatrie in ziekenhuis

Context praktijken

Visie

In de verschillende praktijken is er veelal een duidelijk uitgeschreven visie. Soms was die visie de reden om een nieuwe praktijk te starten.

> *"Ik was op zoek naar een nieuwe praktijk en ik wou heel graag op een andere manier werken, dan hebben we eigenlijk beslist om iets nieuws op te starten, dat dichter bij onze ideeën aansloot."(Arts)*

Deze visie stond echt centraal bij de oprichting en dient door alle medewerkers gevolgd te worden om deel uit te kunnen maken van dit team. In één praktijk was er reeds van bij de oprichting een VIHP betrokken, een andere praktijk had van bij de start een VIHP in opleiding in de praktijk. Dit komt vooral door de visie van deze praktijken om taken te delegeren. Zo verhoogt de kwaliteit van de zorg en zo kunnen meer patiënten worden gezien per arts.

> *" Wij zijn van de visie om heel veel te delegeren."(Arts)*

Een ander reden van motivatie om een VIHP aan te werven is vanuit tijdsgebrek door groeiende patiëntenpopulatie en het niet kunnen vinden van een collega huisarts.

> *"ik denk ook dat de bevolking die aan het groeien is daar geen goed aan doet, waardoor het ook altijd overvolle praktijken zijn en we moeten een soort manier op dit moment vinden om ons te helpen met het geen wat we hebben." (VIHP)*

Terugkomende kernpunten van de visie zijn in vele praktijken, de zo goed mogelijke behandeling van de patiënt, met een zo hoog mogelijke kwaliteit met zo veel mogelijk empowerment om zijn eigen zorg op zich te nemen.

> *"De patiënt zo goed mogelijk proberen te behandelen en de eigenwaarde van de patiënt zelf te behouden."(VIHP)*
>
> *"Zo goed mogelijke geneeskunde." (Arts)*
>
> *"De patiënt zo veel mogelijk betrekken en ook de tools in handen geven om het zelf te doen." (Arts)*

In andere praktijken staat vooral de toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de zorg centraal. Er wordt gepleit dat de gezondheidszorg een recht is voor iedereen en dat deze niet moet worden uitgesteld omwille van financiële redenen.

> *"De basisvisie of basisreden dat we dit hebben opgericht, is vooral de toegankelijkheid. Dat de mensen hier altijd terecht kunnen en dat mensen niet om financiële redenen de zorg gaan uitstellen."(Arts)*
>
> *"De gezondheidszorg is een recht voor iedereen, dus iedereen is welkom."(VIHP)*

Andere visies zijn het belangrijk vinden van de eigen inbreng van de patiënt, multidisciplinair werken, respect, de patiënt holistisch benaderen, de gezondheid van de mens bewaren, waarbij preventie een centrale rol inneemt.

> *" Hier is de idee dat je uw mensen gezond wilt maken en gezond wilt houden."(Arts)*
>
> *"De gezondheid die de mensen hebben zo veel mogelijk bewaren."(Arts)*

Populatie

De geïnterviewde praktijken hebben zeer uiteenlopende populaties. Gaande van praktijken met een kansarme, anderstalige, kwetsbare en multiculturele populatie, tot een praktijk met een meer welgestelde populatie, die zelf al heel gericht is op een goede gezondheid nastreven. De diversiteit, laag opleidingsniveau en de hoge werkloosheid maken van de kansarme populatie een uitdaging. Specifieke kenmerken die opvallen, zijn bij een praktijk waarbij vooral Chinese ouderen patiënt zijn en bij een andere die een combinatie van zowel Nederlandse als Vlaamse patiënten heeft.

Samenwerking

Alle groepsprakijken stellen dat voor een goede samenwerking regelmatige gezamenlijke overlegmomenten onontbeerlijk zijn. In de ene praktijk loopt dit vlot en zijn er zelf functioneringsgesprekken met de VIHP over de praktijkwerking, in een andere praktijk ijvert de VIHP juist om op vaste momenten overleg te hebben om zo beter te kunnen samenwerken. Teamgroei zorgt er echter voor dat medewerkers zich moeten aanpassen. In een groter team wordt het moeilijk om dezelfde visie te blijven volgen, hierdoor ontstaan er meer regels en moet er meer moeite gedaan worden om iedereen samen te houden. Visieverschillen maken de samenwerking moeilijk, vandaar dat nieuwe medewerkers zich in de bestaande visie moeten kunnen vinden.

Meestal word de VIHP beschouwd als een collega is en dat er geen hiërarchie heerst, maar gelijkwaardigheid. Dit maakt laagdrempelig overleg bij twijfel of onduidelijkheden mogelijk en zorgt

voor een openheid voor het aanbrengen van nieuwe ideeën. Dit overleg komt de samenwerking ten goede en wordt ook door de patiënt geapprecieerd en helpt om de vertrouwensrelatie met de patiënt op te bouwen. Door laagdrempelig overleg ontstaat een wisselwerking en kennisuitwisseling tussen arts en VIHP, wat beiden als heel leerrijk ervaren. Eén praktijk heeft ook, naast een wekelijks overlegmoment met heel het team, een apart overleg met een stuk van het team over enkel het medische gedeelte en daarnaast nog gezamenlijke bijscholingen om zo de teamwerking en de gezamenlijke visie te versterken.

> *"We werken onder het forfaitaire betalingssysteem van in het begin en dat betekent dat wij een aantal taken naar de verpleegkundige delegeren die wij superviseren en ik vind dat een hele aangename samenwerking."(Arts)*

Rol van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP)

Patiënten instroom naar VIHP realiseren

Vele patiënten komen voor het eerst op een consultatie bij de VIHP op doorverwijzing van de arts. Meestal heeft het onthaal ook een triage functie om patiënten een afspraak bij de VIHP of de arts te geven. In één praktijk zoekt de secretaresse ook actief mee naar patiënten die in aanmerking komen voor de preventieve screening bij de patiënten zich aanmelden.

Duidelijke communicatie naar patiënten over waarvoor je op consult kan gaan bij de VIHP zijn belangrijk voor een geslaagde taakdelegatie. Deze communicatie verloopt meestal via persoonlijk contact met de artsen of secretariaat. Andere mogelijkheden voor deze overdracht van informatie zijn via flyers/kaartjes in de wachtzaal en de kabinetten of via een Tv-scherm in de wachtzaal. Ook een specifiek consult kan gepromoot worden via affiches, het scherm in de wachtzaal of met een meer proactieve manier. Met dit laatste wordt bedoeld dat een bepaalde patiëntengroep wordt opgebeld, gemaild of een brief toegestuurd voor een bepaald consult bij de VIHP. Dit wordt al vaker gedaan bij een griepvaccinatie campagne, maar ook bv om de diabetes- of COPD/astma consultaties op te starten.

In één praktijk is er sprake van een intakegesprek waarop nieuwe patiënten sowieso eerst bij de VIHP moeten komen. Dit is tevens een manier om patiënten naar de VIHP te laten doorstromen. Na dit intakegesprek wordt het dossier geoptimaliseerd en kunnen ook al eventuele vervolgafspraken bij de VIHP gemaakt worden als dit nodig wordt geacht.

Bij alle geïnterviewde praktijken waar een VIHP is tewerkgesteld, kunnen patiënten alleen terecht bij de VIHP op afspraak. Deze afspraken kunnen enkel gemaakt worden via het secretariaat. Een uitzondering hierop zijn de bloednames, waarbij in een praktijk in de voormiddag een vrije inloop is om bloednames te laten uitvoeren door de VIHP. Eén verpleegkundige heeft slechts 15 minuten per consult, maar werkt dan ook vooral om de taaklast van de artsen te verlichten en de opvolging van de zorg te optimaliseren. De andere VIHP's hebben meestal 20 minuten standaard, tot zelfs 1 uur, afhankelijk van de zorgnood. Zo hebben ze ook een marge als artsen nog taken tussendoor willen doorgeven zoals een bloedname.
Voor een bloedname bij de VIHP hebben de patiënten in enkele praktijken een aanvraag van de arts nodig, maar voor specifieke indicatie zoals SOA-screening, diabetesraadpleging of stollingsopvolging, mag de VIHP vaak zelfstandig aanvragen schrijven en de resultaten bespreken.

Takenpakket

Afhankelijk van de gevolgde opleidingen en ervaringen van de VIHP, de visie in de praktijk en het motief waarom de VIHP werd aangenomen in de praktijk, varieert het takenpakket (Tabel 3).

Vaak nemen de VIHP's nog een groot deel van het secretariaatswerk tot zich. Als er iemand ziek valt springen ze ook in. In een praktijk behoort verslagen opvragen, afspraken maken bij specialisten voor patiënten, materiaal steriliseren en beantwoorden van het mailverkeer tot de standaardtaken van de VIHP. Dit is heel arbeidsintensief, waardoor tijd voor verpleegkundig werk wordt ingepalmd. In twee praktijken zijn twee VIHP's aanwezig, waarbij in één praktijk tussen de twee VIHP's ook nog een duidelijke onderlinge taakverdeling is opgemaakt.

TABEL 3: TAKENPAKKET VIHP

Taken VIHP	Aantal praktijken	Vervolg taken VIHP	Aantal praktijken
Secretariaat	3	**Rookstopbegeleiding**	1
Stockbeheer	3	**Bloeddrukopvolging**	3
Verpleegtechnische handelingen	5	**24-uurs bloeddrukmeting**	4
Spirometrie	4	**Borstvoedingsadvies**	1
ECG	5	**Anticonceptie**	1
Voedingsadvies	4	**SOA screening**	1
Bewegingsadvies	3	**Plastraining**	1
Huisbezoeken	1	**Triple P**	1
Diabetesconsultatie	4	**Pre-op onderzoeken**	2
Stollingsopvolging	3	**Assisteren bij ingrepen**	1
Cardiovasculaire preventie	5	**MMSE**	1
Astma/COPD raadpleging	2	**Uitstrijkjes**	1
Intake	1	**Sociale problematiek**	2

Verpleegtechnische vaardigheden omvatten: wondzorg, bloednames, inspuitingen, vaccinaties, cryotherapie, hechtingen verwijderen, oren uitspuiten en parameters nemen.

Totstandkoming takenpakket

In twee praktijken begon de VIHP in eerste instantie als secretaresse, beide vanuit een andere insteek. In de ene praktijk was een secretaresse noodzakelijk op dat moment en is deze later pas als verpleegkundige aangenomen naar aanleiding van een HAIO-thesis met een volledige switch van taken als gevolg. In de andere praktijk was het juist de intentie van de praktijk om de VIHP eerst als secretaresse tewerk te stellen om zo het vertrouwen van de patiënten te winnen. Van het baliewerk was er dan een geleidelijke uitbreiding naar verpleegkundige taken, startend met een griepvaccinatiecampagne als eerste echte kennismaking met de patiënt. Later kwamen er dan meer verpleegtechnische taken bij, maar een groot deel van de tijd wordt nog steeds aan secretaressewerk besteed. De artsen vinden de geleidelijke opbouw echter goed om de vertrouwensband met de patiënt te laten toenemen, alvorens het takenpakket verder uit te breiden; de VIHP had echter graag al meer verpleegkundige taken gehad. Dit verschillende verwachtingspatroon wordt als een barrière ervaren.

"Ze zeggen van: 'kijk, je mag niet te veel ineens willen.' Ze vinden dat ik soms wat te veel wil doen."(VIHP)

"Je moet het ook nog goed kunnen blijven doen en dat dat ook, stap voor stap, rustig moet opgebouwd worden."(VIHP)

In een andere praktijk werkt de VIHP standaard deeltijds op het secretariaat en deeltijds als VIHP. De twee overige praktijk hebben de VIHP's onmiddellijk uitsluitend als verpleegkundige ingezet met eigen consultaties.

Alle praktijken geven een geleidelijke groei van taken aan voor de VIHP, maar de snelheid van deze takengroei varieert onderling sterk. Zowel initiatief door de arts als door de verpleegkundige, maar vooral het vertrouwen door de artsen in de VIHP bepalen de snelheid van deze takengroei. In bijna alle praktijken kan de VIHP nieuwe taken aanbrengen en meestal ook uitvoeren. Eigen initiatief van de VIHP speelt hierin een belangrijke rol. Zo bepaalt de VIHP mee het eigen takenpakket, maar ook de patiëntenpopulatie heeft hier een invloed op. Zo is er in een praktijk geen vraag naar rookstopbegeleiding, terwijl in een andere praktijk dit heel erg van pas zou komen en de VIHP hierdoor een extra opleiding hieromtrent overweegt.
Niet alleen de kenmerken van een patiëntenpopulatie, maar ook de grootte ervan heeft een invloed op het takenpakket van de VIHP. In een opstartende groepspraktijk dient er eerst voldoende toename van de populatie te zijn alvorens het takenpakket van de VIHP kan worden uitgebreid. Voor de echte totstandkoming en opstarten van nieuwe taken is echter eerst overleg nodig met de artsen.
Welke taken juist gedelegeerd worden, is een groepsbeslissing van heel het team.

Vaak wordt gestart met verpleegtechnische handelingen in de taakdelegatie, als volgende stap wordt vaak de diabetesconsultatie genomen. Hieromtrent bestaan duidelijke richtlijnen en protocollen over wat er tijdens zo'n consult moet gebeuren en wanneer opvolging moet plaatsvinden. Door artsen wordt de diabetesraadpleging ook gezien als een makkelijk delegeerbare taak. Wanneer de VIHP dit op zich neemt vinden de artsen ook dat de opvolging consequenter en vollediger gebeurd. Eén keer per jaar blijft de patiënt wel naar de arts gaan om het groot jaarlijks labo te bespreken. De afspraken omtrent voorschrijven en bloednames schrijven variëren per praktijk. Over het algemeen schrijft de VIHP meestal niet zelf medicatie voor, maar wordt dit gevraagd aan de arts. Labo's zelf voorschrijven en bespreken met de patiënt gebeurd vooral in het kader van chronische opvolging zoals bij diabetes en stolling. Overige resultaten worden meestal met de arts besproken.

In één praktijk is er weinig overleg en bepaald de VIHP haar taken voornamelijk zelf. Zo schat ze zelf in wat ze wel en niet kan en gebruikt ze vooral haar kennis uit de opleidingen en eigen ervaringen om zo een protocol te maken dat ze tijdens de consultaties toepast. Hier was de motivatie om een VIHP aan te nemen ook vooral om meer patiënten te kunnen helpen en de overloop op te vangen en zo de artsen te ontlasten. De VIHP moest zelf haar weg zoeken in de praktijk. De artsen beslissen wel mee over de prioritaire taken, maar niet over de invulling hiervan. Ook een andere VIHP geeft aan dat er in het begin geen duidelijk takenpakket was.

"Ik ben er eigenlijk van in het begin wel echt gewoon ingesmeten."(VIHP)

"Het was een beetje zo het octopusverhaal, iedereen trekt een beetje, want ja je bent én verpleegkundige én je moet dat preventieve luik doen én de sociale dienst. Dus ja dat was wat zoeken, maar ik heb daar ondertussen mijn weg in gevonden."(VIHP)

Na overleg is het takenpakket duidelijker geworden en zijn er meer protocollen gekomen.

"Waarbij dat vroeger meer met de natte vinger was, heb ik nu wel den indruk dat dat heel gestandaardiseerd is geworden."(VIHP)

Ook in andere praktijken werkt de VIHP vooral protocollair. Deze protocollen worden door de praktijk zelf opgesteld en zijn gebaseerd op bestaande richtlijnen.

"Alles wat de VIHP doet staat eigenlijk ergens opgeschreven."(Arts)

"Protocollen worden door de praktijk als team opgesteld op basis van richtlijnen zoals Domus Medica, NHG of de NICE richtlijnen en verwerken tot iets wat voor ons werkt."(Arts)

Taakdelegatie

Het forfaitaire betalingssysteem maakt het aannemen van een VIHP makkelijker en faciliteert de taakdelegatie. Dit werd ook aangehaald door praktijken zonder het forfaitair betalingssysteem.

"Als je in een prestatiegerichte praktijk werkt met een verpleegkundige, is het financiële gedeelte een struikelblok."(VIHP)

In praktijken met het reguliere betalingssysteem is controle van de arts op de handelingen van de VIHP noodzakelijk en is een VIHP vaak heel duur voor de praktijk.

Een duidelijke taakverdeling tussen de VIHP, het secretariaat en de artsen vergemakkelijkt de taakdelegatie en vooral als deze taakdelegatie strikt gebeurd. Als taken worden gedelegeerd vanuit een duidelijke visie of zelfs omdat dit wordt gezien als 'maatschappelijk nodig', is een striktere taakdelegatie eenvoudiger.

"Je moet goed weten waarom je het doet en dat heeft weer te maken met die visie."(Arts)

"De juiste hulpverlener moet de juiste zorg verlenen. Ik moet niet de zorg verlenen die een verpleegkundige kan doen of omgekeerd."(Arts)

In twee praktijken ondervinden de VIHP's dat de patiënten soms niet bij hun op consult willen komen.

"Het ding is ook dat niet iedereen hiervoor openstaat."(VIHP)

"Soms willen ze enkel bij de huisarts terugkomen en willen ze niet bij ons."(VIHP)

Hier gebeurt er geen taakdelegatie als de mensen dit niet willen. De patiënten geen keuzen geven, maakt strikte taakdelegatie eenvoudiger, maar de visie van de praktijk speelt hierin een belangrijke rol. Ook de communicatie van het takenpakket naar de patiënt toe is enorm belangrijk voor een succesvolle taakdelegatie.

"Er zijn patiënten tot nu toe die niet weten dat ze voor dat probleem bij mij terecht kunnen."(VIHP)

Visieverschillen omtrent de te delegeren taken maken strikte taakdelegatie moeilijker. Artsen willen soms ook bepaalde taken niet uit handen geven, uit eigen interesse voor die taak. Ook zijn er artsen die individueler werken en eerder routinematig de zaken liever zelf oplossen. Tijdsgebrek laat hen makkelijker taken uit handen geven, maar vaak wordt de taakdelegatie dan niet strikt toegepast. Dit kan onduidelijkheid scheppen voor de patiënt en maken het beleid en voor de opvolging van de patiënt moeilijker.

"Zo is het ook moeilijk om een heel plan op te stellen per patiënt."(VIHP)

In één praktijk moeten alle nieuwe patiënten op intake komen, hierdoor maken ze kennis met de VIHP, wat de taakdelegatie nadien vergemakkelijkt. De aanpak en ingesteldheid van artsen zijn belangrijk voor een succesvolle taakdelegatie. Een consult door een VIHP wordt ook heel snel geaccepteerd door de patiënten.

> *"Das hier gewoon een evidentie, dat wordt hier zelfs niet in vraag gesteld."(VIHP)*
>
> *"Als patiënten het alternatief niet kennen, stellen ze die vraag ook ni."(VIHP)*
>
> *"Je moet gewoon een systeem inbouwen en het altijd zo doen. Het moet duidelijk naar de patiënten gecommuniceerd worden dat dit de manier van werken is."(Arts)*

Patiënten komen bij de VIHP voor één aspect van de zorg, waardoor de patiënten voor dat aspect ook meer tijd krijgen dan bij de arts. VIHP's kunnen taken zo gerichter en volledi ger aanpakken, terwijl dit bij artsen er vaak nog wordt bijgenomen. De extra tijd wordt geapprecieerd door de patiënten. Sommige artsen halen ook aan dat taken die de VIHP overneemt een geruststelling geven, omdat ze dan weten dat de opvolging dan goed gebeurd en vinden dit een kwaliteitsverbetering voor de zorg.

> *"Diabetesopvolging bv. Ik heb echt het gevoel dat zij dat beter doen omdat mensen echt voor die diabetesopvolging naar hen komen en omdat dat niet bij andere dingen moet worden bijgepakt."(Arts)*
>
> *"Er zijn heel veel zaken die via taakdelegatie goed gepland en heel grondige gebeuren omdat zij dat in handen nemen."(Arts)*

Vragenlijsten en protocollen vereenvoudigen de taakdelegatie. Ook de opleiding van VIHP geeft duidelijke handvaten en manieren van aanpak over de taken die de VIHP kan uitvoeren.

Openstaan om te leren van elkaar en ruimte voor nieuwe ideeën of opleidingen van de VIHP vergemakkelijken de taakuitbreiding.

De grootste barrière voor taakdelegatie die altijd terugkomt is vertrouwen hebben. Zowel vertrouwen vanuit de patiënten naar de VIHP als vanuit de artsen naar de VIHP. Vertrouwen speelt een sleutelrol in taakdelegatie.

> *"Vertrouwen hebben in elkaar is het belangrijkste dat er is. Als je dingen doorgeeft moet je er ook vanuit gaan dat dit goed gebeurt."(Arts)*

De artsen vinden het vaak initieel lastig om taken uit handen te geven en te vertrouwen op iemand anders, maar geven ook aan dat dit snel went.

> *"Nu loopt dat wel, maar in het begin heb je het gevoel van, ahja oei, ik heb zo een beetje de controle over iets kwijt."(Arts)*
>
> *"Alles komt op zijn pootjes terecht en dan voel je daar meer vertrouwen in."(Arts)*

Één praktijk gaf hier als mogelijke oplossing een soort feedbacksysteem om de controle toch voor een stuk te behouden als arts. Een kleine groepspraktijk vergemakkelijkt het informeel overleg en het geven van feedback, wat dan weer de taakdelegatie ten goede komt. Laagdrempelig overleg wordt vaak aangehaald tijdens de interviews. Dit zorgt voor een betere vertrouwensband tussen arts en VIHP en een vlottere taakdelegatie. In een andere praktijk is het vertrouwen niet zo'n probleem, gezien er een familieverband is tussen de VIHP en de artsen, dewelke een automatisch vertrouwen geeft, zowel voor artsen als patiënten en dit versoepelt de taakdelegatie.

Er wordt aangegeven dat er soms een hoge drempel is voor een eerste consult bij de VIHP, maar dat de opvolging nadien veel makkelijker gaat. Wanneer het vertrouwen groeit, kunnen ook taken snel meegroeien. Zo deed een VIHP de diabetesconsultatie zelf, maar werden medicatie aanpassingen initieel steeds in overleg met de arts gedaan. Door de groei van het vertrouwen in de expertise van de VIHP, is overleg hier nu niet meer voor nodig. Een vertrouwensband opbouwen met de patiënt kost tijd, wat een vertraging zet op de taakdelegatie.

Samenzitten met de arts wordt als een noodzaak gezien om het takenpakket uit te breiden om zo een concrete taakverdeling te kunnen afspreken en de nieuwe taak in gang te zetten. Dit vergt een inspanning van de arts. Als dit samenzitten niet gebeurt, stagneert het takenpakket en de verdere uitbreiding hiervan.

> *"Om dat zo echt in gang te steken, ja daarvoor moet je even rond samenzitten."(VIHP)*

Bij de opstart van een VIHP komt er vaak wat weerstand van bij de patiënten omdat ze aan deze manier van werken moeten wennen. Een verpleegkundige die plots taken overneemt is moeilijk voor patiënten.

> *"Het is eigenlijk de patiënt een beetje opvoeden dat een verpleegkundige ook bepaalde taken kan doen in de praktijk."(VIHP)*

Het postgraduaat verpleegkundige in de huisartsenpraktijk behalen, heeft duidelijk een meerwaarde omtrent taakdelegatie. Indien de opleiding niet gevolgd is, is het uitvoeren van eigen consultaties moeilijker, vanuit de opleiding wordt meer systematiek aangeboden en een aanpak van verschillende onderwerpen die de VIHP kan doen.

Opvolging taken

Opvolging door de arts blijft noodzakelijk en in de meeste praktijken zijn hier duidelijke afspraken rond. De VIHP volgt mee op wanneer de patiënt terug bij de arts op consult moet gaan. Soms worden dan ook duo-consulten voorgesteld, waarbij de patiënt eerst naar de VIHP gaat en nadien naar de arts. Ook de arts ziet zichzelf als eindverantwoordelijke bij o.a.:

- Na het intakegesprek of preventieconsult komt de patiënt steeds terug op consult bij de arts om de verdere resultaten te bespreken.
- De 24-uurs bloeddrukmeting wordt vaak uitgelegd door de VIHP, maar de bespreking ervan is nadien meestal bij de arts.
- Degene die het uitstrijkje afneemt belt de patiënt nadien op met het resultaat.
- Bij een diabetesconsultatie is er een systematische driemaandelijkse opvolging door de VIHP en komt de patiënt één maal per jaar bij de arts na het groot bloedonderzoek.
- Bij afwijkende resultaten wordt steeds advies van een arts ingewonnen of wordt er bij de arts een afspraak gemaakt.

Vervolgafspraken worden vaak al meegegeven met de patiënt, maar het grootste deel van de praktijken vinden dat de patiënten hier zelf hun verantwoordelijk in moeten nemen.

De opvolging op korte termijn is vaak heel goed geregeld, op lange termijn zijn er vaak gebreken. Zo wordt een preventieconsult jaarlijks aanbevolen, maar is hier geen echte systematiek rond om dit na te gaan. Ook worden tijdens het intakegesprek een heel preventief luik bevraagd, maar zijn er geen afspraken over wanneer dit nog eens bevraagd wordt en over hoe dit dan wordt aangepakt.

Cardiovasculaire preventie

Cardiovasculaire preventie wordt in alle praktijken uitgevoerd, maar slechts in drie praktijken op een regelmatige gestructureerde basis en slechts in één praktijk met concrete opvolging op lange termijn. Als cardiovasculaire preventie wordt uitgevoerd, vindt dit altijd wel systematisch plaats a.d.h.v. vragenlijsten, maar bijna alle praktijken gebruiken hiervoor een andere systematiek.

Selectie, implementatie en organisatie

De hierboven reeds vernoemde medische intake vindt plaats bij alle nieuwe patiënten in die praktijk. Nieuwe patiënten die zich aanmelden via het secretariaat krijgen hier een afspraak bij de VIHP voor een intakegesprek. Indien de patiënten geen medicatie nemen en geen voorgeschiedenis hebben, wordt er geen intake uitgevoerd. Vanaf 50 jaar wordt er sowieso een medische intake gedaan en wordt deze uitgebreid met een preventieve vragenlijst dewelke ook een cardiovasculaire screening bevat.
In een andere praktijk is er sprake van een preventieconsult voor patiënten tussen 45 en 75 jaar. Deze komen bij de VIHP terecht op doorverwijzing van het secretariaat, de arts of op eigen vraag. Hierbij is ook passieve rekrutering a.d.h.v. affiches in de wachtzaal.
Elders wordt dan weer een preventieve vragenlijst gedaan vanaf 65 jaar en worden patiënten hiervoor op willekeurige basis uit de wachtzaal gehaald als het druk is in de praktijk. Wanneer er tijd over is tijdens een consult bij de VIHP wordt ook getracht de preventieve vragenlijst in te vullen. De vragenlijst vindt dus niet op regelmatige basis plaats. Ook in een andere praktijk vindt de preventieve vragenlijst enkel plaats wanneer er tijd over is tijdens een consult, maar wel vanaf 40 jaar.

> *"Ik probeer dat er een beetje bij te pakken, maar het is niet zoals het zou moeten zijn."(VIHP)*

Een compleet andere methode die gebruikt wordt, is degene waarbij patiënten terecht komen in een traject voor primaire cardiovasculaire preventie. Alle patiënten met een hoge bloeddruk of hypercholesterolemie waarvoor medicatie komen in dit traject terecht. De patiënten die hiervoor in aanmerking komen, zijn 'case findings' tijdens de consultaties van de arts. Hier wordt niet proactief naar gezocht, maar dit zijn eerder toevalsvondsten.

> *"We gaan niet cross-sectioneel door onze praktijk, maar er zijn case findings, dus als we wat vinden komen die in de screening en dan komen die bij de VIHP als dat zo is, maar we hebben geen GMD plus of iets dergelijks."(Arts)*

Slechts een klein deel ontsnapt in deze praktijk aan de cardiovasculaire screening doordat de patiëntenpopulatie goed gekend is. Een systematische proactieve screening om dit deel op te sporen, zou veel tijd en energie vragen voor een lage opbrengst.

> *"Dat is in deze praktijk niet zo heel nuttig. Het is een afweging van tijd en moeite en we kennen onze patiënten een stukje wel."(Arts)*

Systematiek

Slechts één praktijk heeft een methode om cardiovasculaire preventie op regelmatige en gestructureerde basis toe te passen. Dit is wel uitsluitend toepasbaar op de Nederlandse patiënten. Het gebruikte protocol is op basis van de NHG-standaarden. Patiënten die in het traject voor primaire cardiovasculaire preventie terechtkomen, worden aangemeld bij het labo door de VIHP of arts en worden zo jaarlijks opgeroepen voor een bloedname en urineonderzoek. Deze omvat: vetprofiel, kalium, nierfunctie, ureum, nuchtere glycemie en microalbuminurie. Eén week later worden de resultaten bij de VIHP besproken, evenals het alcoholgebruik, roken en medicatie en worden de parameters (bloeddruk, gewicht, lengte en BMI) genomen. Indien risicofactoren aanwezig zijn, wordt hieromtrent advies gegeven en worden er zo nodig externe doorverwijzingen gepland.

Twee praktijken gebruiken de vragenlijsten voor cardiovasculaire preventie gekoppeld aan hun eGMD (Elektronisch Globaal Medisch Dossier) zoals Health One of Daktari. Het preventieconsult en het intakegesprek zijn gebaseerd op het GMD plus consult via de gezondheidsgids van Domus Medica.
Het preventieconsult is opgesteld door de VIHP zelf en bevat ook onderdelen vanuit haar ervaring en kennis vanuit de postgraduaat opleiding verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. De vragenlijst gekoppeld aan het preventieconsult wordt preferentieel vooraf door de patiënt in gevuld en nadien met de VIHP overlopen.
Het intakegesprek voor 50 plussers is voortgevloeid uit een gezamenlijk overleg tussen artsen en VIHP vanuit een reeds bestaande medische intake, dewelke dan is uitgebreid met preventiescreening a.d.h.v. de gezondheidsgids.

Specifiek voor cardiovasculaire preventie wordt in alle vragenlijsten gevraagd naar fysieke activiteit, voedingsgewoonten, rookgedrag, alcoholgebruik, familiale belasting, persoonlijke voorgeschiedenis . De VIHP bepaalt nadien de bloeddruk, BMI en in sommige praktijken ook de buikomtrek. Als er reeds een recente bloedname voorhanden is, wordt gekeken naar de cholesterolwaarden en gepast voedingsadvies gegeven.
A.d.h.v. van bovenstaande gegevens wordt meestal een risicoberekening gemaakt d.m.v. de risicotabellen via Domus Medica. Indien een bloedname ontbreekt voor de risicoberekening wordt dit in twee praktijken door de VIHP zelfs geschreven en uitgevoerd en later bij de arts besproken. In de andere praktijken wordt de aanvraag voor de bloedname ook door de arts gedaan. In twee praktijken wordt ook standaard een urineonderzoek gedaan.

Het in kaart brengen van de risicofactoren gebeurd in alle praktijken systematisch a.d.h.v. vragenlijsten dewelke nadien in het dossier worden genoteerd. Echter de aanpak van de risicofactoren gebeurd door alle VIHP's op heel verschillende manieren. De meeste adviezen die de VIHP's geven zijn op basis van kennis uit opleidingen/bijscholingen, eigen ervaring of wat er met de praktijk is afgesproken.

VIHP's proberen wat advies te geven omtrent beweging, voeding en rookgedrag waar dit nodig is, maar vaak ontbreekt systematiek hierin. De meeste VIHP's hechten veel belang aan voedingsadvies, gezien dit zowel invloed heeft op het cardiovasculaire risico als het risico op diabetes. Dit wordt vooral ter sprake gebracht bij vaststelling van een hoog BMI of als de arts doorverwijst voor voedingsadvies. Ook wordt dan fysieke inspanning aangemoedigd, waarbij vaak gebruik wordt gemaakt van 'bewegen op verwijzing'.
In het kader van rookstopadvies wordt er vaak wel gepeild naar de motivatie om te stoppen en bij voldoende motivatie worden er wat tips gegeven, maar verdere opvolging wordt er meestal niet

gedaan. Ook is er een VIHP die eerdere stoppogingen op een positieve manier probeert te benaderen en van daaruit meezoekt naar geschikte manieren om te stoppen bv. Via tabakstop, een boek, rookstopbegeleiding in groep, …

> *"Dus ik zoek een beetje mee wat die nodig heeft."(VIHP)*

In één praktijk wordt er wel echte rookstopbegeleiding gedaan door de VIHP, die hier ook een opleiding voor heeft gevolgd. Elders verwijst de VIHP door naar de arts en in een nog een andere praktijk wordt er doorverwezen naar externe organisaties.
Als de patiënt voor een spirometrie langskomt wordt dit gezien als een mogelijkheid om de rookstop terug ter sprake te brengen.

Voor de oplossing van bovenstaande risicofactoren staan gedragsveranderingen centraal, maar echt gebruik van specifieke motivationele gesprekstechnieken komt tijdens de interviews niet echt naar boven. Er wordt aangegeven dat als de patiënt niet gemotiveerd is, hier ook niet verder op wordt ingegaan.

> *"Bijvoorbeeld bij diabetespatiënten probeer ik ze aan te moedigen om te bewegen, ook door te zeggen dat er 'bewegen op verwijzing' is. Dat proberen we wel te doen. Maar als ze zelf vinden dat ze genoeg bewegen, ja dan moet je al stoppen e."(VIHP)*

Het nemen van de bloeddruk wordt gedaan in het kader van preventie of op vraag van de arts. Echt bloeddrukopvolging wordt meestal niet door de VIHP gedaan. Wel wordt vaak een thuisbloeddrukmeting afgesproken of een 24-uurs bloeddrukmeting op vraag van arts of als de VIHP dit zelf nodig acht. Deze legt de VIHP aan de patiënt uit, maar de bespreking van het resultaat wordt meestal door de arts gedaan. Het opstarten van medicatie gebeurd altijd door de arts of in samenspraak hiermee.
Wanneer juist een 24-uurs bloeddrukmeting wordt uitgevoerd verschilt per praktijk. De ene doet dit als de diastolische druk 100-110 mmHg is of hoger, de andere als de systolische druk >130mmHg.

Cardiovasculaire preventie maakt meestal deel uit van een algemene preventie vragenlijst, waar vaak ook gevraagd wordt naar familiale belasting voor diabetes mellitus vaccinaties, baarmoederhalsscreening, borstkankerscreening en darmkankerscreening. In sommige praktijken wordt ook nog de FINDRISC-score bepaald om het risico op het ontwikkelen van diabetes in te schatten. Eén praktijk doet ook jaarlijks standaard een ECG bij patiënten ouder dan 45 jaar.

Opvolging

Op korte termijn zijn er vaak wel afspraken omtrent opvolging, op lange termijn ontbreken deze meestal. Zoals hierboven reeds vermeld is er slechts in één praktijk een duidelijk opvolgsysteem voor primaire cardiovasculaire preventie, maar dan uitsluitend voor de Nederlandse patiënten. Hier vindt er een jaarlijkse opvolging plaats, gestuurd vanuit het labo d.m.v. een brief naar de patiënt. Frequentere controles worden met de patiënt afgesproken afhankelijk van de stabiliteit van de patiënt zijn aandoeningen. De resultaten, de preventieve screening, als ook de verdere aanpak worden door de VIHP besproken. Alle andere praktijken hebben geen systematiek in de opvolging van de preventie.
Voor de Belgische patiënten wordt een jaarlijkse opvolging in sommige praktijken aanbevolen, maar wordt de verantwoordelijkheid bij de patiënt gelegd om dit echt uit te voeren. Er is geen sprake van een proactieve werking als het aankomt op opvolging van de cardiovasculaire preventie.

Goede resultaten worden meestal niet met de arts besproken. Afwijkende resultaten zoals bij een ECG of bloeddruk worden getracht onmiddellijk aan de arts te worden doorgegeven, later wordt een afspraak gemaakt bij de arts om deze te bespreken.

In de meeste praktijken gebeurd de opvolging door de arts en wordt de arts ook gezien als de eindverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt. De artsen gebruiken echter geen systematiek i.v.m. preventie. Ze bekijken vooral casus per casus en passen preventie eerder toe wanneer hier tijd voor is.
Zowel na het preventieconsult als na het intakegesprek wordt er nadien een consult bij de arts gemaakt om alles te bespreken. Daar waar de preventieve screening er bij een consult wordt bijgenomen, zijn geen duidelijke afspraken over de verdere opvolging hiervan.

Het in kaart brengen van de risicofactoren gebeurt in alle praktijken systematisch a.d.h.v. vragenlijsten. Echter de aanpak van de risicofactoren en of dit nu concreet de taak van de arts of van de VIHP is, is vaak niet zo duidelijk omschreven. Ook omtrent de opvolging van de risicofactoren is vaak geen welomschreven systeem beschikbaar.

Facilitators en barrières

Een forfaitaire praktijk en het wegvallen van een financiële barrière voor de patiënten maken het eenvoudiger om rond preventie te werken en de patiënten te laten terugkomen.
Voor sommigen is het wegvallen van die financiële barrière echter niet voldoende en wordt aangeven dat, het niet nakomen van afspraken door patiënten, een goede opvolging en preventieve screening heel moeilijk maakt. Er is echter geen tijd om individueel na te gaan of patiënten de afspraken nakomen. Patiënten moeten hier hun verantwoordelijk zelf in nemen.
De grootste barrière om aan cardiovasculaire preventie te doen, is vooral tijdsgebrek.

> *“Ik heb nu ook de indruk dat preventie wat opzij wordt gezet omdat er om dit moment geen tijd voor is om dat er allemaal bij te pakken.”(VIHP)*
>
> *“Ja, ergens valt dat wel een beetje weg, want er is precies nooit genen tijd voor.”(VIHP)*
>
> *“Ik denk dat het op dit moment te druk is om aan preventie te doen.”(VIHP)*

Als er tijd is, hebben andere zaken vaak prioriteit. Een grotere groepspraktijk met daarin visieverschillen maken het moeilijker om aan cardiovasculaire preventie te doen of deze door te voeren.
Om cardiovasculaire preventie systematisch en op regelmatige basis in gang te zetten is, zoals eerder aangehaald, een overleg tussen arts en VIHP noodzakelijk. Gebrek aan tijd langs beide kanten, gebrek aan initiatief en het zien van cardiovasculaire preventie als minder prioritaire taak voor de VIHP vormen hierin de grootste barrière.

Een andere barrière is doordat niet alle patiënten hiervoor openstaan en niet willen deelnemen of dat ze dit niet door de VIHP willen laten doen.

> *‘Maar de patiënten moeten meewillen.”(VIHP)*

Via het Nederlandse systeem is er een mogelijkheid om jaarlijkse opvolging op een gestructureerde manier te doen. Ook krijg je voor de Nederlandse patiënten een subsidie voor cardiovasculaire preventie per patiënt als deze goed wordt uitgevoerd. Dit wordt opgelegd door de zorgverzekering, maar helpt zo wel om meer aan cardiovasculaire preventie te doen.

In België gebeurd de opvolging van cardiovasculaire patiënten vaak door specialisten. Enerzijds komt dit door de prestatiegerichte betaling en anderzijds ook doordat patiënten graag technische onderzoeken laten doen.

> *"Ik denk dat de patiënt het heel graag heeft om naar de specialist te gaan om extra onderzoeken te hebben."(VIHP)*

Hierdoor is de opvolging door de huisarts moeilijker en houdt dit de taakdelegatie naar een VIHP wat tegen.
Ook het ontbreken van protocollen voor verdere opvolging na de screening, houden praktijken tegen om aan cardiovasculaire preventie te doen. Ook bestaat er geen concrete aanpak om proactief aan cardiovasculaire preventie te doen. Artsen moeten dit protocol zelf uitschrijven.

Vaak hebben praktijken al nagedacht over een proactieve werking, maar tijdsgebrek en andere zaken die prioritair zijn, weerhouden hun hiervan. De meeste praktijk hebben meegedaan aan het GMD plus met zijn proactieve werking. Ze bevestigen ook dat hier veel interesse voor was vanuit de patiënten, maar door een gebrek aan verdere opvolging is hier verder niets mee gebeurd en wordt het nu ook niet meer toegepast omdat het ook niet echt veel verandering teweegbracht. Ook is een proactieve werking enorm tijdrovend en moet er een afweging gedaan worden tussen de tijd en moeite die erin wordt gestoken en wat je er voor terug krijgt.

> *"Wij zijn niet meer zo proactief als vroeger, omdat dit zeer arbeidsintensief is en omdat patiënten dit ook gewoon worden."(Arts)*

Als je dan de patiënten hebt opgespoord, zegt een arts dit ook moeilijk is om de mensen dan te overtuigen van een andere levensstijl en echt veranderingen teweeg te brengen.

> *"Levensstijlveranderingen zijn lastig, omdat dat voor een heel stuk sociaal getermineerd is."(Arts)*

Een andere bezorgdheid daaromtrent is doordat de ongelijkheid in de zorg meer tot uiting kan komen door meer in te zetten op preventie.

> *"Ze moeten er ook voor in staat zijn en het geld ervoor hebben en de kennis om gezond te leven."(Arts)*

> *"Je riskeert om heel veel middelen naar het gezondste gedeelte van de bevolking af te leiden. Degene die sowieso al rijk en gezind zijn, die gaan het makkelijkste ingaan op preventieve maatregelen of adviezen omdat zij ook de middelen hebben om dat te doen en cognitief daar het makkelijkst met mee zijn."(Arts)*

> *"Dat riskeert eigenlijk middelen van de arme mensen af te pakken naar rijke mensen."(Arts)*

Ook het type eGMD waarmee gewerkt kan een invloed hebben op cardiovasculaire preventie. Zo zijn er programma's waarin alle risicofactoren heel eenvoudig ingevuld kunnen worden, terwijl bij anderen het heel moeilijk is om nog maar duidelijk weer te geven dat screening heeft plaatsgevonden. Als een eGMD de preventieve werking ondersteund wordt dit aangegeven als veel minder arbeidsintensief door de VIHP en veel makkelijker om volgens protocol te werken. De werkontlasting van de artsen dat deze taakdelegatie met zich meebrengt wordt dan weer als facilitator gezien. Ook het nog in opleiding zijn wordt door een VIHP aangehaald als facilitator. Hierbij was er een verplichting vanuit de opleiding om bezig te zijn met preventie. Nu komen er meer taken bij en schuift preventie op de achtergrond.

Toekomst

Uitbreiding rol VIHP

Daar waar de VIHP al veel zelfstandige consulten op zich neemt en er een strikte taakverdeling is, vindt de VIHP het takenpakket meestal ruim genoeg en dient dit niet verder te worden uitgebreid. Tijdsgebrek voor verdere uitbreiding vormt de grootste barrière voor uitbreiding van de rol van de VIHP.
Vaak komt baarmoederhalsscreening naar boven als nog een mogelijke delegeerbare taak. Andere opties zijn een bloeddrukopvolging door de VIHP, een hartfalenconsultatie, rookstopbegeleiding, VIHP als 'case manager' voor psychiatrische patiënten, triage tijdens vrije raadpleging bij drukte, (meer) werken rond diabetesopvolging, astma/COPD. Sommige ideeën moeten nog besproken worden met de praktijk of er zijn nog extra opleidingen voor de VIHP nodig dewelke de uitbreiding van de rol nog tegenhouden.
Een andere VIHP geeft aan nog druk bezig te zijn met de huidige taken te optimaliseren en structureren en wil daarom momenteel nog geen extra taken op zich nemen. Een geleidelijke uitbreiding van taken is zowel beter voor de patiënt als voor de VIHP.

> *"Maar ik denk in het begin dat je niet te veel hooi op uw vork moet nemen."(VIHP)*

Omtrent de uitbreiding van de rol, specifiek voor cardiovasculaire preventie, wordt nagedacht in verschillende praktijken. In de praktijk waar het intakegesprek gebeurd, denkt men erover na om de patiënten die al langer patiënt zijn en daardoor nog geen intakegesprek hebben gehad, uit te nodigen voor een soort preventieconsult. Ook wil men graag een betere opvolging na cardiovasculaire preventie of bv. één maal per maand een cardiovasculair spreekuur bij de VIHP. Tijdsgebrek is hier echter de grootste barrière, zowel om dit in gang te zetten als tijdgebrek door de VIHP om dit uit te voeren. Er wordt aangegeven dat er in de zomer meestal iets meer tijd is om dit te bespreken om preventie structureel in te plannen. Taken delegeren van VIHP naar andere medewerkers zoals laborante of zorgkundige zouden kunnen helpen om meer tijd vrij te maken in de agenda van de VIHP. Voor preventie is er een andere ingesteldheid nodig en moeten er andere prioriteiten gesteld worden.

> *"Het is ook een stuk het in de praktijk écht inplannen en dat structureel opnemen."(Arts)*

Naast het tijdsgebrek door de overvolle agenda van de VIHP zelf, houden ook een grotere groepspraktijk en visieverschillen de uitbreiding van de rol van de VIHP tegen.

De praktijk waar het preventieconsult reeds gebeurd, ziet momenteel nog geen mogelijkheid voor een gestructureerde opvolging hiervan. Iedereen een mail sturen lijkt initieel een mogelijkheid, maar de mensen die net op preventieconsult zijn geweest wil men ook niet onnodig bezorgd maken.

In de praktijk waar de patiënten voor cardiovasculaire screening worden opgeroepen, overwegen ze de mogelijkheid om de 'non-responders', die normaal op consult bij de VIHP moeten komen, opnieuw op te roepen en uit het eGMD te halen. Eventueel in het kader van een HAIO-thesis lijkt dit ook een mogelijkheid.

Waar cardiovasculaire preventie vooral gebeurd als er tijd over is, zou de VIHP graag iets met de arts willen uitwerken om dit op systematische en regelmatige basis te kunnen uitvoeren.

> *"Op een gestructureerde manier, dat is wel belangrijk."(VIHP)*

Zelf heeft ze een vragenlijst hierover vanuit de opleiding. De patiëntenrecrutering zou eventueel kunnen op basis van bepaalde risicofactoren of vanaf een bepaalde leeftijd. Die mensen kunnen dan uit het eGMD gehaald worden en worden aangeschreven, maar ook op doorverwijzing van bij de arts of via een passieve recrutering via een scherm in de wachtzaal zijn mogelijkheden. Hiervoor is echter meer tijd nodig, wat eventueel wel verkregen kan worden door een taakdelegatie van de VIHP naar het secretariaat. Andere barrières naast voldoende tijd, zijn het overleg met de arts dat moet plaatsvinden. Als facilitator wordt het oog op toekomstige forfaitarisering genoemd met het aannemen van een tweede VIHP. Een extra verpleegkundige kan zo door dezelfde opleiding hetzelfde gedachtengoed naar voorbrengen en ideeën mee vorm geven. Starten met één taak en die voldoende uitwerken alvorens te richten op een volgende, wordt in de uitbreiding van de rol van de VIHP wel als belangrijk aangegeven. Het hebben van een duidelijk protocol om taken te initiëren en op een gestructureerde manier uit te voeren, zou zeker kunnen helpen.

De praktijk die het aannemen van een VIHP overweegt, ziet de VIHP vooral verpleegtechnische zaken doen, helpen bij de administratie en op huisbezoeken gaan bij ouderen. Dit vooral met het oog op verlichting van de takenlast voor de arts. Preventie ziet hij zeker als een mogelijke taak voor de VIHP, maar heeft momenteel geen prioriteit in deze praktijk. De barrières om momenteel een VIHP aan te nemen, zijn vooral de taalbarrière, gezien deze populatie vooral Chinees spreekt en de kostprijs van de VIHP.

Andere mogelijkheden

Geïnterviewden geven aan dat er in Nederland een goed uitgedacht oproepsysteem bestaat, maar dat deze systematiek in België momenteel niet mogelijk is. Belgische patiënten kunnen niet opgeroepen worden en de afspraken voor de jaarlijkse bloednames behoren hierbij tot de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. Misschien kan er op maatschappelijk niveau worden nagedacht over een meer algemeen systeem voor preventie op een proactieve manier, eventueel in samenwerking met apotheek of labo.

In een praktijk worden ook workshops gegeven omtrent rookstop en gezonde voeding, maar die hebben een lage opkomst. Eventueel een breder concept geven aan de workshops zou kunnen helpen om meer patiënten aan te trekken. Inzetten op individuele preventie blijkt momenteel toch meer opbrengst te hebben in vergelijking met de tijd die erin wordt gestoken.
Er wordt echter aangegeven dat de kansarme populatie bereiken, voor cardiovasculaire preventie, moeilijk is en dat dit verder gaat dan enkel het medische. Maatregelen op nationaal vlak kunnen misschien mogelijkheden bieden bv. gezonde voeding goedkoper maken, geen ongezonde voeding aan de kassa en betere woonomstandigheden.

Discussie

In dit kwalitatief beschrijvend onderzoek, werd nagegaan wat de huidige rol is van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk, maar vooral hoe deze rol wordt ingevuld met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie en hoe een toekomstige roluitbreiding door de praktijk wordt gezien.

Taakdelegatie

Met betrekking tot de invulling van de huidige rol van de VIHP, lijken vooral de **motivatie** om een VIHP aan te werven en de visie van de praktijk belangrijk . Daarnaast spelen reeds gevolgde opleidingen, interessegebieden en ervaringen van de VIHP ook een rol in welke taken de VIHP opneemt in de praktijk.

Vaak wordt gestart met verpleegtechnische handelingen in de taakdelegatie en als volgende stap het uitvoeren van een diabetesconsultatie. Hieromtrent bestaan duidelijke richtlijnen en protocollen over wat er tijdens zo'n consult moet gebeuren en wanneer opvolging moet plaatsvinden. Door artsen wordt de diabetesraadpleging ook gezien als een makkelijk delegeerbare taak. Wanneer de VIHP dit op zich neemt vinden de artsen ook dat de opvolging consequenter en volledi ger gebeurd. Een duidelijk protocol omtrent cardiovasculaire preventie zou de taakdelegatie naar de VIHP dus kunnen versnellen.

Het verloop van een **vlotte taakdelegatie** is sterk **afhankelijk van de visie van de praktijk**, waarbij een strikte taakdelegatie en vertrouwen centraal staan. Een goede vertrouwensband tussen VIHP en patiënt vergemakkelijkt de taakdelegatie, maar vooral het vertrouwen van de artsen in de VIHP is belangrijk. De artsen moeten de taken uit handen 'durven' geven. Laagdrempelig overleg zorgt voor een betere vertrouwensband tussen arts en VIHP.

Er wordt aangehaald **dat taakdelegatie consequent dient te gebeuren**, zowel tussen de VIHP en de artsen, als tussen secretariaat en de VIHP. Dit schept duidelijkheid voor de patiënten en vereenvoudigd de taakdelegatie. Mensen staan weigerachtig t.o.v. nieuwe dingen. Ze geen keuze geven in de taakdelegatie kan helpen om de drempel naar een eerste consult met een VIHP te overwinnen. Het intakegesprek dat wordt toegepast in een praktijk, is hiervoor een mogelijke manier. Indien toch de keuze bij de patiënt wordt gelegd bij wie hij een consult wilt, bestaat de kans dat de taakdelegatie naar de VIHP faalt. Een niet strikte taakverdeling maken beleid, behandeling en vooral opvolging van de patiënt moeilijker. Taken enkel delegeren bij tijdsnood is eenvoudiger voor sommige artsen en hangt nauw samen met de visie die zij hebben. Dit kan echter tot verwarring leiden bij de patiënten, waardoor opvolging in het gedrang komt met een daling van de kwaliteit van de zorg als gevolg.

Terugkomende kernpunten van de visie zijn de zo goed mogelijke behandeling en empowerment van de patiënt, met gezondheidszorg van een zo hoog mogelijke kwaliteit. Om deze visie te bekomen, is een strikte taakverdeling dus wenselijk, hetgeen in nog niet zo veel praktijken consequent gebeurd.

Duidelijke communicatie naar de patiënt over de taken van de VIHP zijn belangrijk om de patiënten op consultatie te laten komen bij de VIHP. Assendelft W.J. et al ondervinden dat een louter passieve recrutering d.m.v. flyers, affiches of Tv-schermen slechts een lage opbrengst heeft.[17] Dit vraagt echter weinig tijd en inspanning en wordt daardoor in de meeste geïnterviewde praktijk toegepast. Een actieve aanpak met uitnodigingen door de huisarts is veel effectiever.[17] Uitnodigingen zijn echter

arbeidsintensief en vragen tijd. Tijdsgebrek heerst echter in alle praktijken en wordt aangegeven als een grote barrière zowel om aan taakdelegatie te doen als om aan preventie te doen. Een andere manier van patiëntenrecrutering voor de VIHP is via persoonlijk contact, waarbij zowel de arts, het secretariaat als de VIHP zelf deze consulten promoten. De effectiviteit van de verschillende methodes is echter niet geweten. Verder onderzoek is nodig om aan te tonen hoe de patiënten het makkelijkst bij de VIHP terechtkomen.

Ook voor de echte **totstandkoming** en in gang zetten van **nieuwe taken is tijd nodig**. Zowel arts als VIHP moeten tijd vrijmaken en d.m.v. gezamenlijk overleg de taakdelegatie bespreken. Indien de praktijk een duidelijke visie heeft over taakdelegatie, wordt tijd hiervoor makkelijker vrijgemaakt, met een snellere optimalisatie van de zorg. Uit de literatuur is al gebleken dat de kwaliteit van de zorg op zijn minst gelijkwaardig is of zelfs verhoogd d.m.v. taakdelegatie.[4, 6-8]
De initiële tijd die dus moet worden gespendeerd om taakdelegatie in gang te zetten, lijkt nadien alleen voordelen te hebben. Een mogelijkheid om met dit tijdsgebrek om te gaan is om alle leden van het team de juiste taken te laten uitvoeren. Waarbij niet alleen taken worden gedelegeerd van de arts naar de VIHP, maar ook van de VIHP naar andere medewerkers. Zo zou bijvoorbeeld meer tijd vrijgemaakt kunnen worden om cardiovasculaire preventie aan het takenpakket van de VIHP toe te voegen.

Gezamenlijk gestructureerd overleg lijkt de sleutel om samen te werken als een team. Een duidelijk afgelijnd takenpakket met goede protocollen vergemakkelijken de taken voor de VIHP en de taakdelegatie. In de bevraagde praktijken werkt de VIHP vaak reeds protocollair. Momenteel zijn er nog geen gestandaardiseerde protocollen op vlak van cardiovasculaire preventie en zijn de praktijken genoodzaakt om deze zelf op te stellen. Het maken van nieuwe protocollen, om zo meer taken te delegeren, vraagt echter weer tijd. Tijd die vaak ontbreekt, waardoor uitbreiding van het takenpakket op de achtergrond komt. Het bestaan van standaardprotocollen zou de taakdelegatie ten goede komen en vereenvoudigen. Zo ontstaat er ook een meer uniforme gezondheidszorg van hoge kwaliteit.

Cardiovasculaire preventie

In de literatuur komt duidelijk naar boven dat een VIHP de cardiovasculaire preventie op zich kan nemen.[11, 13, 15-19] De grootste barrière om cardiovasculaire preventie door de VIHP te laten uitvoeren of in gang te zetten, is **tijdsgebrek.** Als er tijd is, hebben andere zaken vaak prioriteit. Het prioritair maken van cardiovasculaire preventie en het structureel inplannen in de praktijk lijken de beste manier van aanpak.

Daar waar reeds cardiovasculaire preventie gebeurt, zijn ook tijdsgebrek en andere prioritaire zaken, de hoofdredenen om dit niet proactief uit te voeren. De meeste praktijk hebben meegedaan aan het GMD plus met zijn proactieve werking, maar het gebrek aan een opvolgingsmethode en de weinige verandering die het teweegbracht, maakte hier een einde aan. Ook is een proactieve werking enorm tijdrovend en moet er een afweging gedaan worden tussen de tijd en moeite die erin wordt gestoken en wat je er voor terugkrijgt.

Het **ontbreken van protocollen voor verdere opvolging na de screening**, houden praktijken tegen om de VIHP cardiovasculaire preventie te laten uitvoeren. Momenteel bestaat er geen concrete aanpak om proactief aan cardiovasculaire preventie te doen. Artsen moeten dit protocol zelf uitschrijven.

De IMPALA-interventie heeft zo een protocol omtrent CVRM opgesteld, dewelke enthousiast onthaald werden door de huisartsen.[15] Protocollen vereenvoudigen taakdelegatie, scheppen duidelijkheid en zorgen voor een gestandaardiseerde aanpak wat de kwaliteit van de zorg alleen maar ten goede kan komen. Toekomstige studies zijn echter nodig om dergelijke protocollen op te stellen in de Belgische praktijken en de haalbaarheid en resultaten ervan te testen.

Alle geïnterviewde praktijken hebben een andere methode om cardiovasculair preventie te **implementeren in de praktijk** voor de VIHP:

- Een intake voor alle nieuwe patiënten
- Een preventieconsult op doorverwijzing van de arts, secretariaat of op vraag van de patiënt zelf
- Patiënten uit de wachtzaal halen bij drukte in de praktijk
- De vragenlijst afnemen indien er tijdsoverschot is tijdens een consult bij de VIHP
- Bij toevallige vondsten van hypertensie of hypercholesterolemie waarvoor medicatie, patiënten van bij de arts doorverwezen worden naar de VIHP

Opvallend is dat ze allemaal een andere afkapwaarde hebben qua **leeftijd om te starten met cardiovasculaire screening**. Vanaf 40 jaar, 45 jaar, 50 jaar of 65 jaar worden gehanteerd. Duidelijke richtlijnen ontbreken hier dus voor. Ook bestaan er geen duidelijke protocollen voor de vragenlijsten. Ze worden ofwel uit het eGMD gehaald of de praktijken moeten ze zelf maken. Meestal zijn vragenlijsten gebaseerd op de gezondheidsgids van Domus Medica.

In de verschillende studies worden **risicofactoren op cardiovasculaire aandoeningen** als volgt gedefinieerd: familiale belasting[15, 18], leeftijd[17], BMI (Body Mass Index)[18], dieet[11, 18] (alcoholconsumptie[18], vetrijk dieet[18]), hypertensie[11, 15, 18, 19], dyslipidemie[11, 15, 18, 19], roken[11, 15, 18, 19], weinig fysieke activiteit[11, 18], diabetes[18, 19], obesitas[15, 18, 19], stress[11] en vermindering van de nierfunctie[13].

Ook in de geïnterviewde praktijken worden deze risicofactoren meestal goed in kaart gebracht d.m.v. een vragenlijst waarin wordt gevraagd naar fysieke activiteit, voedingsgewoonten, rookgedrag, alcoholgebruik, familiale belasting, persoonlijke voorgeschiedenis. Stress en vermindering van de nierfunctie wordt meestal niet specifiek nagekeken in de geïnterviewde praktijken. De VIHP bepaalt nadien de bloeddruk, BMI en in sommige praktijken ook de buikomtrek. Een bloedname wordt meestal door de arts geschreven, maar in sommige praktijken ook door de VIHP. De bespreking ervan gebeurd wel bijna altijd door de arts. A.d.h.v. van bovenstaande verkregen gegevens wordt dan een risicoberekening gemaakt, meestal met gebruik van de risicotabellen van Domus Medica. Ook in de literatuur kom de risicobepaling als eerste stap naar voren.[15, 17, 18] In de geïnterviewde praktijk is vaak niet duidelijk afgesproken of de aanpak van de risicofactoren nu concreet de taak van de arts of van de VIHP is. Ook in het preventieconsult opgesteld door Assendelft, W.J. et al wordt dit niet duidelijk besproken.[17] Turk M.W. et al vinden dat aanbevolen levensstijlveranderingen door de VIHP dienen te worden uitgelegd. De levensstijlveranderingen omvatten hier, rookstop, dieet, fysieke activiteit en gewichtsverlies met het streven naar een gezond BMI.[18] De IMPALA interventie biedt een meer concreet stappenplan opgesplitst in twee consulten en uitgevoerd door de VIHP. Hierbij wordt een 10-jaars cardiovasculaire risicobepaling uitgevoerd, gevolgd door een risicocommunicatie met gebruik van een keuzehulp en aangepaste motivationele gespreksstechnieken.[15, 17] Cardiovasculaire risicoreductie gebeurt vooral door **levensstijladviezen**[11, 15, 18] en zo nodig medicamenteuze behandeling. Waar het opstarten van medicatie plaatsvindt in de IMPALA interventie wordt niet besproken. Mogelijks wordt dit door de VIHP uitgevoerd, wat in België geen optie is. VIHP's kunnen in België dus enkel inspelen op de risicofactoren door aanpak van levensstijlfactoren. Dit is waarschijnlijk een reden waarom risico-inschatting door de VIHP wordt gedaan, maar het bespreken

van de resultaten inclusief de bloedname bij de arts gebeurt. In één praktijk werd vaak wel terug verwezen naar de VIHP specifiek voor voedingsadvies, bewegingsadvies of rookstopbegeleiding. Hierbij houdt de arts meer het overzicht, dan dat de VIHP de manager van de cardiovasculaire preventie is.

Gedragsverandering teweegbrengen wordt als moeilijk ervaren, zowel door de arts als door de VIHP. De IMPALA interventie maakt gebruik van motivationele gesprekstechnieken om gedragsveranderingen voor een betere levensstijl te bekomen. De VIHP's in die studie vinden het echter moeilijk om motiverende gespreksvoering toe te passen en de patiënt echt te betrekken bij de keuzes maken en doelen stellen.[15] Michalkova H. et al vinden ook dat motivatie een belangrijk onderdeel is van cardiovasculaire preventie, maar leggen nog meer de klemtoon op educatie van de patiënt zijn risicogedrag en informatie geven over het verbeteren van diens levensstijl. De primaire rol van de verpleegkundige wordt hier vooral gezien als het onderrichten van de principes van een gezonde levensstijl.[16] De geïnterviewde VIHP's proberen dit zo veel mogelijk te doen, maar dit vindt niet plaats op een gestructureerde manier.
Misschien zou het aanleren van motivationele gesprekstechnieken en meer uitleg geven over het risicogedrag en een gezonde levensstijl, de VIHP's kunnen helpen in de aanpak van de risicofactoren en om meer gedragsveranderingen teweeg te brengen.

Inzetten op het onderrichten van de populatie wordt ook door Assendelft W.J. et al gepromoot. Daarnaast stellen zij ook dat het belangrijk is om de lagere socio-economische klasse en etnische minderheden te bereiken; dewelke vaker lijden aan cardiometabole aandoeningen. Assendelft W.J. et al zeggen dat sommigen zullen beargumenteren dat screening voor cardiometabole aandoeningen de ongelijkheid in de gezondheidszorg enkel zullen vergroten.[17] Dit is ook een bezorgdheid van één van de geïnterviewden.

Assendelft W.J. et bevestigen dit ook, maar stellen ook vast dat door frequente contacten, een groot vertrouwen en de laagdrempeligheid de primaire gezondheidszorg een belangrijke rol speelt in het minimaliseren van deze kloof in de gezondheidszorg. Specifieke aanpakken om deze kwetsbare groepen te bereiken moeten worden ontwikkeld, gericht op het verbeteren van de deelname en het verhogen van de compliantie van het advies.[17] De kennis en het besef over het cardiovasculaire risico in de algemene populatie blijft laag. Personen met een laag inkomen zijn nog minder geïnformeerd over preventieve mogelijkheden, waardoor een lagere interesse in het volgen van een gezonde levensstijl.[16] Inzetten om die kennis te vergroten, lijkt dus cruciaal om de kansarme populatie te bereiken.

Opvolging

Meestal gebeurt de opvolging door de arts en wordt de arts ook gezien als de eindverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt. De artsen gebruiken echter geen systematiek i.v.m. preventie. Ze bekijken vooral casus per casus en passen preventie eerder toe wanneer hier tijd voor is. Duidelijke opvolging op lange termijn omtrent CVRM ontbreekt echter vaak.
Berra K. et al benadrukt het belang van opvolging op regelmatige basis.[19] Het wordt echter in geen enkele studie besproken hoe dit concreet kan plaatsvinden.
Assendelft W.J. et al halen ook aan dat hun Preventieconsult voor cardiometabole risico's geen 'one-time' initiatief is en dat opvolging en herhaalde uitnodigen op lange termijn voorzien moeten worden. Hoe dit praktisch geregeld moet worden en na welke tijdsperiode, wordt echter niet besproken. Wel wordt er geadviseerd als huisartspraktijken ervoor kiezen om mensen uit te nodigen

dat ze dit doen in geschikte populaties met een nauwe leeftijdscohorte. Dit vergemakkelijkt efficiënte planning en opnieuw uitnodiging van de non-responders.[17]

Een jaarlijkse opvolging wordt in de meeste praktijken aanbevolen, maar de verantwoordelijkheid om dit te laten uitvoeren, wordt bij de patiënt gelegd. In Nederland bestaat er een goed opvolgsysteem, maar deze aanpak is in België momenteel niet mogelijk. Belgische patiënten kunnen niet via een algemeen systeem worden opgeroepen en de afspraken voor de jaarlijkse bloednames behoren daardoor tot de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf.
Het huidig systeem in België laat een proactieve werking enkel toe als dit vanuit de praktijken zelf wordt geregeld. Proactief werken, wordt echter aangegeven als zeer tijdrovend met vaak een beperkt resultaat voor de moeite die er wordt ingestoken. Er zouden eerder op maatschappelijk niveau veranderingen moeten gebeuren om een meer algemeen systeem voor de opvolging van cardiovasculaire preventie mogelijk te kunnen maken in België.

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

De sterke van deze studie is een duidelijke weergave van de huidige rol van de VIHP met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie. Zowel de huidige aanpak, alsook de moeilijkheden en mogelijkheden werden weergeven. Om dit beeld zo volledig mogelijk te verkrijgen, werden zowel artsen als verpleegkundigen geïnterviewd. Het uitvoeren van de analyse gebeurde volgens een stappenplan gebaseerd op de literatuur[21, 22]waardoor het systematisch gebeurde. Deze studie had ook enkele beperkingen. Tijdens de interviews komt het gebruik van motivationele gesprekstechnieken niet echt naar boven. Er wordt aangegeven dat als de patiënt niet gemotiveerd is, hier ook niet verder op in wordt gegaan. Gezien er al heel veel tijd van het interview werd gespendeerd aan de werking van de praktijk en de implementatie en organisatie van cardiovasculaire preventie in de praktijk, is er niet veel aandacht geweest voor de concrete invulling van de aanpak van de risicofactoren. Een aanvullend onderzoek om dit beter in kader te brengen, is hiervoor nodig.

De uitvoerder van de studie had nog geen ervaring met het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek, wat een invloed kan hebben op de kwaliteit van de dataverzameling, analyse en rapportering. Hierdoor was er mogelijk een subjectievere vraagstelling en zijn bepaalde elementen tijdens het interview mogelijk niet opgepikt en op doorgevraagd. De analyse, alsook de interviews, gebeurden slechts door één persoon terwijl het aangeraden wordt de analyse door minstens twee personen uit te voeren om eenzijdige interpretatie te vermijden.[21, 22] Wel werden moeilijkheden besproken met ervaren onderzoekers wat reflectie over de analyse en resultaten ondersteunde.

Er werd slechts één praktijk zonder VIHP geïnterviewd. Dit is te weinig is om een globaal beeld over te kunnen geven over de barrières om een VIHP aan te nemen en hoe zij de rol van VIHP initieel invullen en eventueel verdere toekomstperspectieven zien. Verder onderzoek is hiervoor aangewezen.

In twee praktijken is enkel een interview met een VIHP gebeurd en niet met de arts. De VIHP's konden echter een goed beeld geven over de praktijk. Zij zijn meer bereikbaar en staan makkelijker open om een interview af te nemen. Artsen zijn moeilijker te bereiken en hebben vaak ook minder tijd voor een interview.

Besluit

De VIHP is zeker in staat om cardiovasculaire preventie uit te voeren in de huisartsenpraktijk. Er is nood aan een gestructureerd protocol dat niet enkel gaat over het uitvoeren van cardiovasculaire preventie in de praktijk, maar vooral over hoe de uitvoering hiervan systematisch in de praktijk geïmplementeerd kan worden met oog op regelmatige opvolging.
Gezamenlijk overleg is noodzakelijk om een protocol op te stellen en cardiovasculaire screening van start te laten gaan. Hierbij lijkt een strikte taakdelegatie aangewezen. In de praktijken die reeds aan preventie doen, moet goed nagedacht worden over de best mogelijke manier van opvolging hiervan. Studies hierover zouden nuttig zijn en over hoe de opvolging best geïmplementeerd kan worden in de praktijken, zonder de praktijken te hard te belasten met de opsporing van deze patiënten. Indien er in de toekomst standaardprotocollen voor de VIHP ontwikkelt zouden worden, zijn implementatiemogelijkheden, maar vooral een duidelijk opvolgsysteem zeer belangrijk.

Referenties

1. Volksgezondheid FO. HWF STATAN 2017. *Beschikbaar via https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-statan-2017-detailstatistieken.*Laatst geraadpleegd op 11/03/2019.

2. Dirickx M VM, De Lepeleire J. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu.* 2011;40(10)(december):417-424.

3. Vynckier E AD. Welke taken kan een huisarts delegeren? *Huisart Nu.* 2017;4(juli-augustus 2017):151-155.

4. Willekens LA AG, De Lepeleire J. Hoe zien huisartsen de samenwerking met praktijkverpleegkundigen? *Huisarts Nu.* 2016(Januari-februari).

5. Martinez-Gonzalez NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Hum Resour Health.* Jul 7 2015;13:55.

6. Laurant M RD, Hermens R. Delegatie van taken van artsen naar verpleegkundigen. *Huisarts & Wetenschap.* 2005;48(12):640-641.

7. Van der Weijden T BG, Vrijhoef HJM Mogelijke taken van de praktijkverpleegkundige in het cardiovasculair riscomanagement. *Bijblijven.* 2006;22:102-108.

8. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract.* Jan 2010;60(570):40-46.

9. Tiessen AH, Smit AJ, Broer J, Groenier KH, Van der Meer K. Which patient and treatment factors are related to successful cardiovascular risk score reduction in general practice? Results from a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* Aug 23 2013;14:123.

10. Weintraub WS, Daniels SR, Burke LE, et al. Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation.* Aug 23 2011;124(8):967-990.

11. Melnyk BM, Orsolini L, Gawlik K, et al. The Million Hearts initiative: Guidelines and best practices. *Nurse Pract.* Feb 18 2016;41(2):46-53; quiz 53-44.

12. Lu S, Harris MF. Prevention of diabetes and heart disease -- patient perceptions on risk, risk assessment and the role of their GP in preventive care. *Aust Fam Physician.* May 2013;42(5):328-331.

13. NHG. Cardiovasculair risicomanagement. *Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement.* 2012;Laatst geraadpleegd op 31/03/2019.

14. Koelewijn-van Loon MS, van der Weijden T, Ronda G, et al. Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: a cluster-randomized controlled trial in primary care. *Prev Med.* Jan-Feb 2010;50(1-2):35-44.
15. M. K. IMPALA: Cardiovasculair risicomanagement door praktijkondersteuners. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning.* Website van TPO geraadpleegd op 12/03/2019 2011(3):65-71.
16. Michalkova H SL, Tothova V, Olisarova V. The role of nurses in the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation.* 2016:134-140.
17. Assendelft WJ, Nielen MM, Hettinga DM, et al. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. *Fam Pract.* Apr 2012;29 Suppl 1:i126-i131.
18. Turk MW, Tuite PK, Burke LE. Cardiac health: primary prevention of heart disease in women. *Nurs Clin North Am.* Sep 2009;44(3):315-325.
19. Berra K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? *J Cardiovasc Nurs.* Mar-Apr 2011;26(2):145-167.
20. Antwerpen U. Scaling-up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-Saharan Africa. *Beschikbaar via https://www.uantwerpen.be/en/projects/spices/about-spices/.*Laatst geraadpleegd op 26/03/2019.
21. Ward DJ, Furber C, Tierney S, Swallow V. Using Framework Analysis in nursing research: a worked example. *J Adv Nurs.* Nov 2013;69(11):2423-2431.
22. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol.* Sep 18 2013;13:117.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring ethisch comité en amendement

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

Prof. dr. H. Bastiaens

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie? (manama huisartsgeneeskunde Charlotte Loos)

datum
12/03/2018

ons kenmerk
18/09/104

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Katelijne Bovée
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 12/03/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV Onderzoeker UZA
  dr. Loos
- Informatie- en toestemmingsformulier NL
  - Inlichtingenfiche en toestemming voor deelnemers aan de vragenlijst, versie 1.0 dd. 25/02/2018
  - Informatieformulier interview verpleegkundige, versie 1.0 dd. 28/02/2018
  - Informatieformulier interview artsen, versie 1.0 dd. 28/02/2018
- Protocol dd. 27/02/2018
  versie 1.3
- Vragenlijst(en) dd. 25/02/2018
  - vragenlijst, versie 1.1 dd. 25/02/2018
  - interview - topiclijst, versie 1.2 dd. 27/02/2018

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 825 03 20
www.uza.be / BCE874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. H. Bastiaens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie? (manama huisartsgeneeskunde Charlotte Loos)

datum
14/11/2018

ons kenmerk
18/09/104

contactpersoon
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

AMENDEMENT: Amendement dd. 9/11/2018

Geachte collega

Dit amendement, met de hierna vermelde bijlagen, werd met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité dd. 14/11/2018.

- Protocol dd.13/11/2018
  Versie 1.4
- Begeleidende brief Amendement dd.9/11/2018

Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 19/11/2018.

Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

CC. FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Mevr. C. Loos, NVT, Eenhoornstraat 6 - 2160 Wommelgem
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

Inlichtingenfiche en toestemming voor deelnemers aan de vragenlijst

Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie?

Beste verpleegkundige,

Een dreigend tekort aan huisartsen en een toenemende zorgvraag door de verouderende populatie zetten de huidige organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in België onder druk. Deze factoren en verwachtingen van patiënten zorgen voor de noodzaak aan een zich uitbreidende primaire zorgsector. Dit kan op zijn minst al gedeeltelijk worden opgelost door de rol van een praktijkverpleegkundige uit te breiden.
Cardiovasculaire aandoeningen vormen wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaken. Cardiovasculaire preventie is dus cruciaal om de morbiditeit en mortaliteit te doen dalen en kan mee worden verwezenlijkt door het inschakelen van de praktijkverpleegkundige. Met betrekking tot primaire cardiovasculaire risicopreventie is reeds bewezen dat verpleegkundigen minstens even goede zorgen kunnen bieden als artsen.
Deze vragenlijst dient om uw rol als verpleegkundige in de huisartsenpraktijk omtrent primaire cardiovasculaire weer te geven.

De verwerking van de gegevens gebeurt volledig vertrouwelijk.

Voor vragen kan u steeds bij mij terecht via mijn e-mail: thesis_cvpreventie@hotmail.com.

Wij danken u voor uw bereidwillige medewerking!

Dr. Charlotte Loos, Huisartsen in opleiding, Universiteit Antwerpen
Prof. Dr. Hilde Bastiaens, promotor
Naomi Aerts, co-promotor

Vink aan:

☐ Ik begrijp uit bovenstaande informatie dat deze studie vertrouwelijk verwerkt wordt, en ga akkoord met een vrijwillige deelname. Ik heb de informatie begrepen en had de gelegenheid om vragen te stellen.

VOLGENDE ➔

Bijlage 3: Vragenlijst

Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie?

---

1. Hoe lang werk je reeds als verpleegkundige in de huisartsenpraktijk?
   … jaar

2. Wordt er in de huisartsenpraktijk systematisch gewerkt rond primaire cardiovasculaire preventie?
   - Ja
   - Nee

3. Door wie wordt er systematisch rond primaire cardiovasculaire preventie gewerkt? (vink alles aan wat van toepassing is)
   - De huisarts
   - De verpleegkundige
   - De secretaresse
   - Andere leden van het multidisciplinair team
   - Er wordt niet systematisch aan cardiovasculaire preventie gewerkt

4. Vanaf welke leeftijd wordt het cardiovasculair risico bepaald bij patiënten?
   … jaar

5. Vindt de risicoscreening plaats aan de hand van een systematische vragenlijst/protocol?
   - Ja
   - Nee
   - Ik weet het niet

   Zo ja, dewelke?

   …

6. Wordt er ook proactief buiten de huisartsenpraktijk, via een link naar lokale gemeenschappen, aan cardiovasculaire preventie gewerkt?
   - Ja
   - Nee

7. Welke taken neemt u in de huisartsenpraktijk tot zich met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie? (vink alles aan wat voor u van toepassing is)
   - Anamnese: Bevragen van medische problemen en familiale belasting
   - Rookstopbegeleiding
   - Bevordering fysieke activiteit
   - Opvolging gewicht/BMI
   - Opvolging bloeddruk
   - Opvolging voeding
   - Bloednames en opvolging van deze resultaten zoals bv cholesterol, glucose
   - Therapietrouw bevorderen
   - Andere….

8. Opmerking omtrent de vragenlijst, aanvullingen of zaken die u nog kwijt wilt:
   …

Indien u interesse heeft voor een interview, laat hieronder uw e-mailadres achter. Dit interview dient om bovenstaande topics verder uit te diepen vooral met betrekking tot wat de verpleegkundige juist doet in de huisartsenpraktijk op vlak van cardiovasculaire preventie en hoe samenwerking met de arts hierbij verloopt. Dit individuele interview zal ongeveer 30min-1uur in beslag nemen en is absoluut noodzakelijk voor dit onderzoek om alle verpleegkundige taken in kaart te brengen omtrent cardiovasculaire preventie.

Dit zou voor mij een enorme hulp zijn. Alvast bedankt!

E-mailadres: …

Dr. Charlotte Loos	Prof. Dr. Hilde Bastiaens	Naomi Aerts
Huisarts in opleiding	Hoofdocent en onderzoeker	PhD student
Universiteit Antwerpen	Universiteit Antwerpen	Universiteit Antwerpen

Bijlage 4: Informatie- en toestemmingsformulier interview arts en verpleegkundige

Informatieformulier interview artsen

Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie?

Geachte,

Ik vraag u vriendelijk om deel te nemen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Als u besluit om aan dit onderzoeksproject deel te nemen, is het van belang dat u de onderstaande informatie goed begrijpt. Indien u na het lezen van de informatie nog vragen heeft, ben ik uiteraard graag bereid om deze te beantwoorden.

Achtergrondinformatie
Een dreigend tekort aan huisartsen en een toenemende zorgvraag door de verouderende populatie zetten de huidige organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in België onder druk. Deze factoren en verwachtingen van patiënten zorgen voor de noodzaak aan een zich uitbreidende primaire zorgsector. Dit kan op zijn minst al gedeeltelijk worden opgelost door de rol van een praktijkverpleegkundige uit te breiden.
Cardiovasculaire aandoeningen vormen wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaken. Cardiovasculaire preventie is dus cruciaal om de morbiditeit en mortaliteit te doen dalen en kan mee worden verwezenlijkt door het inschakelen van de praktijkverpleegkundige. Met betrekking tot primaire cardiovasculaire risicopreventie is reeds bewezen dat verpleegkundigen minstens even goede zorgen kunnen bieden als artsen.

Dit interview heeft vooral tot doel om uit te diepen wat de rol van de verpleegkundige is in uw praktijk omtrent dit topic. Zo kan een vollediger beeld gegeven worden omtrent primaire cardiovasculaire preventie en de handelingen, ervaringen, organisatie en de samenwerking met de verpleegkundige hieromtrent.
Dit interview zal opgenomen worden om achteraf vertrouwelijk te verwerken.

Mogelijke nadelen van het onderzoek
Er zijn geen nadelen aan het onderzoek verbonden.

Vertrouwelijkheid en rechten
Alle verzamelde gegevens zijn strikt vertrouwelijk en zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek zelf. In geen enkel document zullen uw persoonlijke gegevens herkenbaar zijn.
U heeft het recht de resultaten van dit onderzoek in te zien. U heeft ook het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van de studie en wat de bedoeling ervan is. De bescherming van de persoonlijke gegevens is wettelijk bepaald door de geldende wet- en regelgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. U kan ook op elk moment besluiten uw deelname stop te zetten.

Indien u wenst deel te nemen, dient u het bijbehorende toestemmingsformulier te ondertekenen.

Met vriendelijke groeten en hartelijk dank voor uw medewerking.

Dr. Charlotte Loos, Huisartsen in opleiding, Universiteit Antwerpen,
Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg, Universiteit Antwerpen
Naomi Aerts, PhD student, Academisch medewerker Universiteit Antwerpen

Informatieformulier interview verpleegkundige

Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie?

Geachte,

Ik vraag u vriendelijk om deel te nemen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Als u besluit om aan dit onderzoeksproject deel te nemen, is het van belang dat u de onderstaande informatie goed begrijpt. Indien u na het lezen van de informatie nog vragen heeft, ben ik uiteraard graag bereid om deze te beantwoorden.

Achtergrondinformatie
Een dreigend tekort aan huisartsen en een toenemende zorgvraag door de verouderende populatie zetten de huidige organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in België onder druk. Deze factoren en verwachtingen van patiënten zorgen voor de noodzaak aan een zich uitbreidende primaire zorgsector. Dit kan op zijn minst al gedeeltelijk worden opgelost door de rol van een praktijkverpleegkundige uit te breiden.
Cardiovasculaire aandoeningen vormen wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaken. Cardiovasculaire preventie is dus cruciaal om de morbiditeit en mortaliteit te doen dalen en kan mee worden verwezenlijkt door het inschakelen van de praktijkverpleegkundige. Met betrekking tot primaire cardiovasculaire risicopreventie is reeds bewezen dat verpleegkundigen minstens even goede zorgen kunnen bieden als artsen.
Dit interview betreft jullie rol als verpleegkundige in de huisartsenpraktijk omtrent dit topic.
Om in kaart te brengen welke handelingen reeds door de verpleegkundigen worden uitgevoerd, vulde u reeds een vragenlijst in. Dit interview vindt plaats om een volledig beeld te kunnen vormen omtrent primaire cardiovasculaire preventie en uw handelingen, ervaringen, de organisatie en de samenwerking met de arts hieromtrent
Dit interview zal opgenomen worden om achteraf vertrouwelijk te verwerken.

Mogelijke nadelen van het onderzoek
Er zijn geen nadelen aan het onderzoek verbonden.

Vertrouwelijkheid en rechten
Alle verzamelde gegevens zijn strikt vertrouwelijk en zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek zelf. In geen enkel document zullen uw persoonlijke gegevens herkenbaar zijn.
U heeft het recht de resultaten van dit onderzoek in te zien. U heeft ook het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van de studie en wat de bedoeling ervan is. De bescherming van de persoonlijke gegevens is wettelijk bepaald door de geldende wet- en regelgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. U kan ook op elk moment besluiten uw deelname stop te zetten.

Indien u wenst deel te nemen, dient u het bijbehorende toestemmingsformulier te ondertekenen.

Met vriendelijke groeten en hartelijk dank voor uw medewerking.

Dr. Charlotte Loos, Huisartsen in opleiding, Universiteit Antwerpen
Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg, Universiteit Antwerpen
Naomi Aerts, PhD student, Academisch medewerker Universiteit Antwerpen

Toestemmingsformulier interview

Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie?

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik toestemming geef voor deelname aan het hierboven vermelde onderzoek. In verband hiermee verklaar ik het volgende:

- Ik heb het bijhorende informatieformulier ontvangen en gelezen
- Ik ben gedetailleerd geïnformeerd over het doel, de aard en de procedures van het onderzoek
- Ik heb aanvullende vragen kunnen stellen, deze zijn voldoende beantwoord
- Ik weet dat mijn gegevens gebruikt worden, voor de doelen die in het informatieformulier staan
- Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen
- Ik ben op de hoogte dat ik op elk ogenblik de deelname aan deze studie kan stopzetten

Naam en voornaam deelnemer:

Geboortedatum:

Datum en handtekening:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het hierboven vermelde onderzoek. Ik bevestig tevens dat dit onderzoek zal uitgevoerd worden volgens de voorwaarden die beschreven zijn in het informatieformulier.

Verklaring van de projectcoördinatoren:

De projectcoördinatoren zijn verantwoordelijk om dit onderzoeksprogramma uit te voeren volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document en de informatiebrief

Projectcoördinatoren:

Dr. Charlotte Loos, Huisartsen in Opleiding, Universiteit Antwerpen,
Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg, Universiteit Antwerpen
Naomi Aerts, PhD student, Academisch medewerker Universiteit Antwerpen

Datum en handtekening

Bijlage 5: Topiclijst interview

Inleiding

Dankjewel om deel te nemen aan dit interview, dit gesprek zal worden opgenomen. Alle verzamelde gegevens zijn strikt vertrouwelijk en zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek zelf. In geen enkel document zullen uw persoonlijke gegevens herkenbaar zijn.

Dit interview zal gaan over de rol van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie. Zowel over hoe deze rol reeds wordt ingevuld en over hoe deze rol uitgebreid zou kunnen worden.

Samen overlopen van informatieformulier en toestemmingsformulier

Invullen van papieren vragenlijst

Topics

1. **Context**
    a. Vertel eens hoe u loopbaan er tot nu toe uitziet?
        i. Hoe lang werkt u al in deze praktijk?
        ii. Hoe bent u in deze praktijk terecht gekomen?
        iii. Wat deed u hiervoor?
        iv. Voorgaande werkervaring?
    b. Hoe is deze huisartsenpraktijk samengesteld?
        i. Wie zijn de teamleden?
        ii. Wat zijn hun functies?
    c. Heeft de praktijk een evolutie doorgemaakt?
        i. Wat is er juist gebeurd?
        ii. Wat ging er makkelijk en wat moeilijk?
        iii. Waren er bepaalde barrières?
    d. Hoe is de huidige organisatie van de praktijk?
    e. Hoe ziet de visie van deze huisartsenpraktijk eruit?
        i. Waar wordt er naar gestreefd?
        ii. Wordt er samengewerkt als 1 groep of wordt er meer individueel gewerkt?
            - Waaraan merk je dit?
    f. Hoe verloopt de samenwerking tussen de teamleden (artsen, verpleging, secretariaat, …)

2. **Indien geen VPK (verpleegkundige) in de praktijk**
    a. Welke taken zou u de VPK laten opnemen
    b. Welke noden ondervindt u nu in de praktijk die de VPK zou kunnen doen?
    c. Ziet u in de toekomst een mogelijke uitbreiding van deze rol

3. **Rol van de verpleegkundige algemeen**
    a. Welke taken heeft u in deze praktijk?
        i. Logistieke taken?
        ii. Administratieve taken?
        iii. Verpleeg technische handelingen?
            - Bloednames, wondzorg, instrumenteren, …
        iv. Zelfstandige consultaties

- Met specifieke patiëntengroepen?

v. Preventie gerichte taken?

4. Rol van de verpleegkundige met betrekking tot cardiovasculaire preventie

a. Algemeen: welke zaken komen aan bod?
   i. Vooral primaire of secundaire preventie?
   ii. Nadruk op bepaalde aandoeningen?
b. Hoe verloopt de organisatie van primaire cardiovasculaire preventie?
   i. Wanneer wordt hiermee gestart?
   ii. Hoe wordt dit geïmplementeerd in de praktijk?
   iii. Is er een bepaalde systematiek? Hoe verloopt de risicobepaling?
   iv. Wat is de praktische kant van hoe preventie wordt toegepast?
   v. Hoe gebeurt de opvolging?
c. Waar liggen volgens u moeilijkheden om aan meer preventie te doen (vb? tijdsbarrière?) Welke zaken hebben het meeste invloed om de preventie goed te kunnen uitoefenen?
d. Waar vind u dat de praktijk sterk in is in functie van preventie?
e. Indien een patiënt een drukke agenda heeft en weinig tijd kan vrijmaken, of indien de patiënt afbelt op het laatste moment. Hoe gaat u hiermee om? Bent u bereid deze patiënten extra kansen te geven?
f. Wordt er aandacht besteed aan de maatschappelijke rol die de praktijk inneemt of zou kunnen innemen?
g. Wordt er proactief gewerkt buiten de huisartsenpraktijk?
   i. naar lokale gemeenschappen toe?
   ii. Wordt er contact gelegd naar bepaalde stake holders of organisaties?

5. Suggesties en ideeën naar de toekomst toe

a. Zouden er nog zaken kunnen verbeteren op vlak van cardiovasculaire preventie?
b. Zou een uitbreiding van de rol van de verpleegkundige mogelijk zijn?
   i. Hoe zie je dit in deze praktijk?
c. Wat zijn de sterke en zwakke punten van de huidige werking?
d. Heb je zelf nog ideeën of toevoegingen voor dit interview?
e. Nog zaken die je kwijt wilt?

Bijlage 6: Protocol versie 1.4

Doelstelling

Het doel van deze studie is om in kaart te brengen wat de rol van de verpleegkundige is in de huisartsenpraktijk (VIHP) met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie en hoe deze rol zou kunnen worden uitgebreid.

Deze informatie kan dan ook gebruikt worden als onderdeel van het SPICES project. SPICES is een acroniem dat staat voor 'Scaling-up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-Saharan Africa'. Dit project heeft als doel om interventies betreffende cardiovasculaire preventie te implementeren en evalueren in 5 landen en verschillende settings: Uganda, Zuid-Afrika, België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk.

De interventies van het SPICES project zullen zich richten op: 1) verbeteren van de risicoprofielen van patiënten (LDL-cholesterol, bloeddruk, HbA1c bij patiënten met diabetes), het verbeteren van de levensstijl (dieet, beweging en rookstop) en het behalen van de aanbevolen cholesterolwaarden, bloeddruk en glycemie; 2) de proportie patiënten laten toenemen voor het verkrijgen van medicatie voor bloeddruk, cholesterol en diabetes medicatie; 3) het aantal patiënten die complicaties ontwikkelen zoals cerebrovasculair accident en myocardinfarct doen verminderen.(14)

Verantwoording

Cijfers van het Federaal Kenniscentrum en statistische gegevens van het Riziv en de federale overheidsdienst Volksgezondheid geven aan dat we afstevenen op een relatief en absoluut tekort aan huisartsen. Ondertussen veroudert de bevolking met meer chronische zorg tot gevolg.(12) Een dreigend tekort aan huisartsen en een toenemende zorgvraag door de verouderende populatie zetten de huidige organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in België onder druk.(11) Bovenstaande factoren en verwachtingen van patiënten zorgen voor de noodzaak tot heroriëntering van de primaire zorgsector.(1)

Een populaire aanpak van dit stijgende te kort aan artsen is een taakverschuiving; een proces van delegatie waarbij taken worden verplaatst naar andere zorgprofessionals. (1, 2) Deze strategie heeft als doel om de bestaande gezondheidszorg zo efficiënt en effectief mogelijk te reorganiseren om zo de verdeling van de werklast te verbeteren, de capaciteit te laten toenemen en de kosten van de gezondheidszorg te doen dalen. Taakverschuiving van artsen naar verpleegkundige is hiervoor een belangrijke opportuniteit.(1) Taakdelegatie wordt gezien als een belangrijk beleidsinstrument om het hoofd te bieden aan voorziene tekorten aan huisartsen.(1, 2)

Cardiovasculaire aandoeningen vormen de belangrijkste doodsoorzaken wereldwijd.(3, 4) Het is bewezen dat cardiovasculaire incidenten kunnen worden voorkomen of uitgesteld d.m.v. farmacologische behandeling bij risicopatiënten en levensstijlveranderingen zoals rookstop, verminderde zoutinname, fysieke activiteit en gezond dieet.(4, 5) Om de morbiditeit en mortaliteit van cardiovasculaire aandoeningen te verminderen is primaire preventie van groot belang.(13) Preventie moet significant toenemen als de natie gezond wilt blijven en blijvend zorg wil kunnen dragen voor de verouderende populatie.(6) De huisartsenpraktijk speelt een fundamentele rol in primaire preventie. Desalniettemin is dit in de praktijk vaak niet mogelijk omwille van tijdsgebrek en gebrek aan middelen, en hebben andere prioriteiten tijdens de consultatie de voorrang. Dit probleem kan op zijn minst al gedeeltelijk worden opgelost door de rol van een praktijkverpleegkundige uit te breiden.(7) Het is bewezen dat praktijkverpleegkundigen dezelfde kwaliteit aan zorg kunnen geven en minstens even goede gezondheidsresultaten bekomen als huisartsen.(1, 6,10) Dit is ook al vastgesteld op vlak van cardiovasculair risicomanagement en daarom is het zinvol om praktijkverpleegkundigen hierbij te betrekken.(10) De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement stelt ook dat voorlichting en counseling over een gezonde leefstijl tot de taken van praktijkondersteuners behoort.(9,15)

Er is dus wel al wat literatuur te vinden over het nut van de praktijkverpleegkundige met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie, maar over hoe deze rol praktisch verwezenlijkt kan worden, bestaat er nog niet veel onderzoek en al zeker niet in België.

Eén onderzoek over hoe samenwerking dan loopt tussen de huisartsen en de praktijkverpleegkundige is zeer gunstig. Alle betrokkenen zijn tevreden, met name omdat de zorg aan patiënten inderdaad blijkt te zijn verbeterd. Dit resultaat is ook te danken aan het feit dat de praktijkverpleegkundige haar functie planmatig, geprotocolleerd en in nauwe samenwerking met de betrokken huisartsen invult.(8) Werken a.d.h.v. een protocol lijkt dus wel belangrijk. Hieronder alvast 2 mogelijkheden voor dit protocol.

Als eerste het Million Hearts initiatief. Deze werkt met het ABCS-systeem: 'Juist gebruik van Aspirine, Bloeddrukcontrole, Cholesterol behandeling en rookStop'. Deze vier pijlers vormen een solide fundering waarop praktijkverpleegkundigen zich kunnen focussen op vlak van behandeling en preventie. Interventies door verpleegkundigen voor het promoten van gedragsveranderingen zijn succesvol gebleken en kunnen worden uitgevoerd d.m.v. telefonische contacten en e-mailreminders.(6)

Als tweede een meer concreet systeem vanuit Nederland. Hierbij zijn alle individuen tussen 45 en 70 jaar, zonder gekende cardio-metabolische ziekten die geen antihypertensiva of cholesterolverlagende middelen innemen, geschikte kandidaten voor het preventieconsult CMR. Dit preventieconsult omvat een stapsgewijze aanpak die begint met een risico-inschatting op basis van 8 screeningsvragen. Personen met een normaal risico krijgen een algemeen advies of een aangepast advies op basis van de aanwezige risicofactoren. Personen met een hoog risico worden geadviseerd voor 2 daaropvolgende consultaties. Het eerste consult kan worden uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige. Passieve rekrutering d.m.v. posters en brochures zorgt voor slechts een beperkte deelname aan dit preventieonderzoek. Een actieve aanpak met uitnodigingen door de huisarts is veel effectiever. Voor een zo groot mogelijke deelname zijn vragenlijsten, zowel beschikbaar via internet als op papier, noodzakelijk. Evenals herinneringen om deze vragenlijst in te vullen.(5)

Andere professionele organisaties of groepen zoals verpleegkundigen, apotheken, fysiotherapeuten en diëtisten hebben interesse getoond in een wijdere implementatie van deze screeningstool. Onderzoek bracht ook een noodzaak voor proactieve ziektepreventie aan het licht. Zo wordt de populatie bewust van het belang om hun risicoprofiel te laten vaststellen en om de mensen met een verhoogd risico aan te moedigen om actie te ondernemen om deze ziekten te voorkomen. (5)

Samenvattend kunnen we stellen dat taakverschuiving van de huisarts naar de praktijkverpleegkundige cruciaal is om blijvende goede zorg te kunnen verlenen aan de verouderende populatie. Er zijn reeds enkele studies gebeurd over welke taken de praktijkverpleegkundige op zich kan nemen, maar over de praktische organisatie van dit nieuwe samenwerkingsverband tussen praktijkverpleegkundige en huisarts, is in België nog weinig geëxploreerd.

Onderzoeksvraag

Welke rol kan de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk vervullen met betrekking tot primaire cardiovasculaire preventie?

Eerste sub-vraag: Welke verantwoordelijkheden en competenties bezit de praktijkverpleegkundige momenteel en hoe wordt dit in huisartspraktijken geïmplementeerd en georganiseerd?
Tweede sub-vraag: Hoe zou deze rol naar de toekomst toe uitgebreid kunnen worden?

Onderzoeksopzet

De onderzoeksvragen zullen worden beantwoord door een combinatie van beschrijvende kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden.

Als eerste stap zal er beschrijvend kwantitatief onderzoek plaatsvinden op basis van op de literatuur gebaseerde vragenlijsten. Hiermee zal gepeild worden naar wat er reeds door de verpleegkundige wordt gedaan in de huisartsenpraktijk op vlak van primaire cardiovasculaire risicopreventie.

In tweede instantie zal er een beschrijvend kwalitatief onderzoek plaatsvinden d.m.v. semigestructureerde, individuele diepte-interviews met een topiclijst als leidraad. Deze interviews zullen gebruikt worden om meer in de diepte te exploreren over hoe deze taken uitgevoerd worden, hoe dit praktisch wordt georganiseerd en hoe de samenwerking met de arts verloopt.

De vragenlijsten kunnen al een globaal beeld geven over de primaire cardiovasculaire preventie, maar gezien de praktische kant onbekend terrein is, kunnen hier geen gerichte vragen over worden gesteld in vragenlijsten en zijn interviews noodzakelijk om verdere uitdieping mogelijk te maken.

Methode rekrutering

Momenteel lopen er 20 verpleegkundigen stage in de huisartsenpraktijk en zijn er 30 afgestudeerd in 2017, waarvan er momenteel 22 zijn tewerkgesteld in de huisartsenpraktijk.
Voor het kwantitatieve luik, zullen de vragenlijsten, gedigitaliseerd via google-formulieren, via e-mail worden gestuurd naar 42 mogelijke deelnemers. De respondenten op de vragenlijst die reeds werken zullen worden uitgenodigd voor een verdere kwalitatieve uitdieping in een interview.
Voor het kwalitatieve luik is het benodigde aantal respondenten op voorhand niet met zekerheid vast te leggen. Er zullen interviews worden afgenomen totdat data sufficiency wordt bekomen, d.w.z. tot geen nieuwe informatie meer aan bod komt in de gesprekken.

Gezien de beperkte respons van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk op de vragenlijsten, zal er in tweede instantie telefonisch contact worden gelegd met alle huisartsenpraktijken van regio Oost-Antwerpen. Voor mijn onderzoek betreft dit regio Borgerhout, Deurne en Wommelgem, gezien dit ook de regio's zijn waarmee in het SPICES project gewerkt zal worden. Eens de praktijken met en zonder verpleegkundige in kaart zijn gebracht, kunnen deze praktijken met een verpleegkundige gericht terug gecontacteerd worden met de vraag of een interview mag afgenomen worden.

Indien de verpleegkundige akkoord stemt voor een interview wordt er in de desbetreffende huisartsenpraktijk gevraagd of 1 van de artsen ook openstaat voor een interview. In totaal zullen ongeveer 10 tot 15 interviews worden afgenomen, tevens om de haalbaarheid van deze studie te bewaken.

Duur van de studie

Start na goedkeuring door het ethische comité, vermoedelijke datum 01/04/2018.
Einddatum 30/06/2019.
Start met rondsturen van de vragenlijsten na goedkeuring door het ethische comité, vermoedelijke datum 01/04/2018.
In de vragenlijst zal worden gevraagd naar toestemming om de desbetreffende verpleegkundigen via mail te contacteren om te participeren in een interview.
Vermoedelijke startdatum interviews: vanaf augustus 2018

Analyse van gegevens

De resultaten van de vragenlijsten zullen op beschrijvende manier verwerkt worden met Excel.
Van de interviews worden audio-opnames gemaakt. Deze worden uitgetikt en zulle vervolgens thematisch worden geanalyseerd. De initiële descriptieve codes worden verkregen uit de data zonder gebruik van een vooropgestelde template of framework. In een tweede fase worden er interpretatieve codes geformuleerd. Deze zullen in thema's worden geclusterd. Deze analysebenadering wordt een inductieve 'template analysis style' genoemd. Om de kwaliteit van de analyse te verhogen, zal de interviewer tijdens de fase van het interviewen en de data-analyse proberen zich bewust te zijn van de eigen achtergrond, zodat zo weinig mogelijk beïnvloeding kan meespelen bij de uitvoering en interpretatie. Hierbij zal gereflecteerd worden in memo's. Ter controle van de interpretatie van de data van het onderzoek, zal de data van één interview gecodeerd worden door een neutrale, externe onderzoeker.

Rapportering

De rapportering zal gebeuren onder de vorm van een thesis in het kader van mijn master-na-master opleiding in de huisartsgeneeskunde en mogelijks in een nationaal of internationale wetenschappelijke publicatie onder de vorm van een artikel.

Ethische overwegingen

Alle informatie uit de vragenlijsten worden vertrouwelijk door de studentonderzoeker bewaard en zullen worden verwerkt met respect voor de privacy. Personalia gegevens zullen niet aan derden worden meegedeeld. Voor dit onderzoek worden gegevens gecodeerd. Dit betekent dat er een sleutel bestaat die de onderzoeker toelaat om de identiteit van de geïnterviewden te achterhalen. Deze gegevens zijn voor derden niet te achterhalen en dus is bescherming van de privacy gegarandeerd.

De opnames van de interviews zullen bewaard worden op een beveiligde laptop en zo snel mogelijk na verwerking op de recorder worden gewist.
De opnames op de laptop zullen worden verwijderd na het afronden van de studie.
De participanten nemen deel aan dit onderzoek op vrijwillige basis en mogen zich op eender welk moment uit de studie terugtrekken.

Referenties

1. Martinez-Gonzalez NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. Hum Resour Health. 2015;13:55.
2. Ogedegbe G, Gyamfi J, Plange-Rhule J, Surkis A, Rosenthal DM, Airhihenbuwa C, et al. Task shifting interventions for cardiovascular risk reduction in low-income and middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. BMJ Open. 2014;4(10):e005983.
3. Tiessen AH, Smit AJ, Broer J, Groenier KH, Van der Meer K. Which patient and treatment factors are related to successful cardiovascular risk score reduction in general practice? Results from a randomized controlled trial. BMC Fam Pract. 2013;14:123.
4. Weintraub WS, Daniels SR, Burke LE, Franklin BA, Goff DC, Jr., Hayman LL, et al. Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease: a policy statement from the American Heart Association. Circulation. 2011;124(8):967-90.
5. Assendelft WJ, Nielen MM, Hettinga DM, van der Meer V, van Vliet M, Drenthen AJ, et al. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. Fam Pract. 2012;29 Suppl 1:i126-i31.
6. Melnyk BM, Orsolini L, Gawlik K, Braun LT, Chyun DA, Conn VS, et al. The Million Hearts initiative: Guidelines and best practices. Nurse Pract. 2016;41(2):46-53; quiz -4.
7. Lu S, Harris MF. Prevention of diabetes and heart disease -- patient perceptions on risk, risk assessment and the role of their GP in preventive care. Aust Fam Physician. 2013;42(5):328-31.
8. Leenders, F., Beusmans, G., Swerts, H. et al. TVPO (2006) 1: 46. https://doi.org/10.1007/BF03074894
9. van der Weijden, T., Beusmans, G. & Vrijhoef, H. BIJB (2006) 22: 102. https://doi.org/10.1007/BF03059919
10. Voogdt-Pruis, H.R., Beusmans, G.H.M.I., Gorgels, A.P.M. et al. HUISARTS WETENSCHAP (2010) 53: 362. https://doi.org/10.1007/s12445-010-0166-5
11. Willekens, LA., Adriaenssens, G. & De Lepeleire, J. Huisarts Nu (2016) 45: 22. https://doi.org/10.1007/s40954-016-0015-2
12. Vynckier, E. & Avonts, D. Huisarts Nu (2017) 46: 151. https://doi.org/10.1007/s40954-017-0043-6
13. Steen, M. Bijzijn XL (2015) 8: 8. https://doi.org/10.1007/s12632-015-0046-0
14. SPICES. (2017). Beschikbaar op 19 februari, 2018 via https://www.uantwerpen.be/en/projects/spices/about-spices/
15. Cardiovasculair risicomanagement(Tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28.