ONDERZOEKSPROJECT: HET IMPLEMENTEREN VAN VERPLEEGKUNDIGE HULP IN DE PRAKTIJK: EEN MEERWAARDE VOOR DE DIABETESOPVOLGING?

Sofie VANDE WALLE, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Thierry CHRISTIAENS, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Patricia SUNAERT, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

“De auteur en de promotoren geven de toelating deze scriptie voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze scriptie.”

Datum: 26/04/2013

Vande Walle Sofie Prof. Dr. T. Christiaens Dr. Sunaert Dr. Feys

VOORWOORD

Graag wil ik een aantal mensen bedanken zonder wiens hulp deze Masterproef niet tot stand had kunnen komen.

In de eerste plaats zou ik onze praktijkverpleegkundige, An Rutten, willen danken. Het was de samenwerking met haar waarop dit project gebouwd is en het slagen ervan is voor een groot deel te danken aan haar eindeloze enthousiasme en haar geloof in het project.

Ik zou graag ook mijn dank betuigen aan mijn promotor Prof. Dr. T. Christiaens en in het bijzonder aan mijn copromotor Dr. P. Sunaert omdat zij mij op onze ontmoetingen telkens bijstond met deskundig advies en waardevolle feedback op cruciale momenten tijdens het proces.

In het bijzonder bedank ik ook mijn praktijkopleider Dr. Dirk Feys, bij wie ik steeds terecht kon voor geduldige raad en advies rond deze scriptie, maar die ook een enorme steun was bij alle andere aspecten van mijn haio-opleiding.

Verder wil ik graag mijn collega's, mede-haio's en secretaressen in de huisartsenpraktijk van Ledeberg bedanken, hun medewerking droeg sterk bij tot het eindresultaat van dit project.

Mijn vriend, mijn ouders en mijn familie wil ik in het bijzonder bedanken voor hun oneindige steun en geduld. Zonder de kansen die ze mij gaven, zou ik vandaag niet staan waar ik nu sta.

INHOUDSTAFEL

Abstract 1

1 Inleiding 2

2 Methodologie 2

2.1 Literatuurstudie 2

2.2 Participerend actie-onderzoek 3

2.3 Procesevaluatie 4

2.4 Effectevaluatie 4

2.4.1 Selectie doelgroep 4

2.4.2 Selectie studiepopulatie 5

2.4.3 Selectie studievariabelen 5

2.5 Gegevensverwerking: Analyse van de data 7

3 Resultaten 7

3.1 Literatuurstudie 7

3.1.1 Praktijkassistentie 7

3.1.2 Oftalmologische controle 9

3.2 Participerend actie-onderzoek 10

3.2.1 Focus-analyse: Definiëren van probleem 10

3.2.2 PDCA circle: Zoeken naar een oplossing 13

3.3 Procesevaluatie 17

3.3.1 PatiËntenrespons 17

3.3.2 Evaluatie praktijkproject 18

3.4 Effectevaluatie 19

3.4.1 Patiëntenkarakteristieken 19

3.4.2 Voormeting 21

3.4.3 Nameting 22

3.5 Gegevensverwerking: Analyse van de data 24

4. Discussie 26

4.1 Samenvatting van de resultaten 26

4.2 Interpretatie van de resultaten 26

4.2.1 Meerwaarde voor de praktijk 26
4.2.2 Standpunt van de patiënt 27
4.2.3 Impact op gedragsverandering 27
4.3 Sterktes en zwaktes van het project 28
4.3.1 Praktijkverpleegkundige versus praktijkassistent 28
4.3.2 aantal patiënten 28
4.3.3 duur van de studie 29
4.3.4 Selectiebias 29
4.3.5 Studievariabelen 29
4.3.6 Groepspraktijk 30
4.4 Toekomst van het project 30
5 Conclusie 30
6 Referentielijst 31

ABSTRACT

Context: Diabetes is een belangrijk gezondheidsprobleem maar hoewel er duidelijke richtlijnen rond opvolging en screenen naar complicaties zijn is het soms moeilijk om deze toe te passen in de praktijk. Met de komst van een praktijkverpleegkundige startte de groepspraktijk 'Huisartsenpraktijk Ledeberg' een kwaliteitsverbeterproject rond diabeteszorg. Voordien was er in de praktijk geen gestructureerde diabetesopvolging. Het uitgangspunt van het project was om de zorg voor diabetespatiënten binnen de praktijk te optimaliseren via de implementatie van een praktijkverpleegkundige en dit aan de hand van een structureel diabetesconsult. Het doel van deze scriptie is het effect van dit project op korte termijn te beoordelen, evenals de knelpunten.

Onderzoeksvraag: Leidt het inschakelen van een praktijkverpleegkundige bij de opvolging van diabetespatiënten tot een betere opvolging?

Methode: Er werd een participatief actie-onderzoek uitgewerkt rond het verbeteren van de diabeteszorg in de praktijk, waarbij de FOCUS-analyse werd doorlopen. Voor het uitwerken van het verbeterplan, het delegeren van de diabetesopvolging naar de praktijkassistent, werd de PDCA-cirkel uitgewerkt. Er volgde een gerichte literatuurstudie naar de rol van praktijkassistenten in de huisartsgeneeskunde en naar de rol van retinopathie screening. Een lijst met type 2 diabetespatiënten werd geëxtraheerd uit het elektronisch medisch dossier a.h.v. de ICPC code. Enkel patiënten met een GMD kwamen in aanmerking voor de interventie. Patiënten die gevolgd werden in een zorgtraject, de diabetesconventie, of terminaal zieken werden geëxcludeerd. Via het EMD werden 257 diabetes type 2 patiënten opgespoord. Voor de evaluatie kwamen enkel deze patiënten in aanmerking die in de eerste periode (juni-augustus 2012) van de interventie werden uitgenodigd, zo werd er een studiepopulatie van 42 patiënten gekozen. In de procesevaluatie werd aandacht besteed aan de knelpunten die kunnen optreden bij het inschakelen van een praktijkvepleegkundige. Het effect van de interventie werd na 6 maanden geëvalueerd aan de hand van drie procesindicatoren: het percentage patiënten waarbij een diabetespas is aangevraagd, het percentage patiënten waarbij een oftalmologische controle is gepland en het percentage ontvangen oogheelkundige verslagen. Voor de vergelijkende tests werd het significantieniveau vastgelegd bij $\alpha = 0,05$.

Resultaten: De procesevaluatie toonde aan dat 91.3% van de patiënten ingingen op de uitnodiging en dat daarvan 88,% een vervolgafspraak bij de verpleegkundige maakten. Bij de studiepopulatie (n=42) werd er na de interventie een significant hoger percentage diabetespassen aangevraagd ($p<0.001$), er ondergingen significant meer patiënten een oftalmologische controle ($p=0.02$) en werden significant meer oogheelkundige verslagen ontvangen ($p=0.02$).

Conclusie: Dit project heeft getracht aan te tonen dat d.m.v. het implementeren van een praktijkverpleegkundige, de opvolging van de diabetespatiënten beter verloopt. Door het invoeren van het diabetesconsult uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige werden er meer diabetespassen aangevraagd, planden meer patiënten een oogheelkundige controle en werden er meer oogheelkundige verslagen ontvangen. Er werd een duidelijke verandering aangetoond van deze parameters zonder dat dit een extra belasting vormde voor de arts. Er werd in de praktijk besloten om het project een vast onderdeel te maken van het normale praktijkfunctioneren, verdere kwaliteitsmonitoring zal echter noodzakelijk zijn. Er is nood aan bijkomend onderzoek, zowel binnen de praktijk als op nationaal vlak, naar verdere mogelijkheden rond de implementatie van een praktijkassistent in de opvolging van chronisch zieken.

1 INLEIDING

Diabetes is een belangrijk gezondheidsprobleem en leidt tot een belangrijk aantal acute en chronische complicaties. Het is de voornaamste oorzaak van blindheid en van terminaal nierfalen bij volwassenen, en de aandoening veroorzaakt meer dan een verdubbeling van de cardiovasculaire mortaliteit. Een gestructureerde opvolging met screening naar de risicofactoren kan de kans op complicaties verminderen, maar hoewel er duidelijke richtlijnen rond deze opvolging opgesteld zijn worden deze vaak niet toegepast in de praktijk. Het dreigend artsentekort en de zware tijdsinvestering maken het niet steeds mogelijk om deze richtlijnen correct te implementeren (1, 2).

Vanaf maart 2012 startte er in huisartsenpraktijk Ledeberg een praktijkverpleegkundige met als doel de artsen te ondersteunen in hun zorgtaken. De groepspraktijk bestaat verder uit een team van 7 voltijds werkende artsen, 2 HAIO' s en 5 deeltijdse secretariaatsmedewerksters. De praktijk is gevestigd in het centrum van Ledeberg, een deelgemeente van de stad Gent.

Met de komst van de nieuwe praktijkondersteuning startte de groepspraktijk een kwaliteitsverbeterproject rond diabeteszorg. Voordien was er in de praktijk geen gestructureerde diabetesopvolging. Net als vele anderen zijn de artsen uit de praktijk op zoek naar een manier om de richtlijnen te implementeren in de eigen patiëntenzorg zonder dat dit qua tijdsbesteding de andere medische taken in het gedrang brengt.

Het doel van het verbeterproject is gestructureerde zorg door de verpleegkundige te voorzien voor de diabetespatiënten in de praktijk en het effect ervan te beoordelen, evenals de knelpunten. Er wordt nagegaan of de inschakeling van een verpleegkundige die de diabetespas hanteert een kwalitatieve verbetering van de diabeteszorg geeft binnen de praktijk. Het doel van deze scriptie op zich is om op korte termijn het effect en de haalbaarheid van dit project te toetsen.

2 METHODOLOGIE

2.1 LITERATUURSTUDIE

Er werd een overzicht gemaakt van de recente literatuur m.b.t. de rol van de praktijkassistent in de huisartsgeneeskunde. Er werd ook specifiek gekeken naar het nut van oogheelkundige screening als studievariabele.

Er werd getracht een antwoord te vinden op volgende vragen:

- *Wat kan de meerwaarde zijn van praktijkassistentie in de huisartsenpraktijk?*
- *Waarom moeten diabetespatiënten oogheelkundige screening krijgen?*
- *Wie screenen en wat is de aanbevolen frequentie?*

Er werd gezocht naar de meest relevante richtlijnen waaronder Domus Medica, NHG-standaard, ADA, NICE, SIGN, KCE reports en Minerva. Om een uitgebreid overzicht te krijgen van de literatuur werd gebruik gemaakt van de online database Pubmed. De literatuurverzameling werd tussen januari 2012 en september 2012 herhaaldelijk uitgevoerd om ook de meest recente artikels in de studie op te nemen. De voornaamste zoektermen werden gecombineerd o.a. de termen 'Nurse Practitioner', 'Practice assistent', 'Primary care', 'General Practitioner (GP)', 'Diabetes' en 'Retinopathy'. De Mesh functie werd gebruikt voor het optimaliseren van de zoektermen. De gebruikte limieten voor het opzoeken van de artikels waren: enkel artikels gepubliceerd na 1 januari 1998; enkel Engelstalige, Franstalige en Nederlandstalige artikels; enkel artikels waarvan er een abstract verkrijgbaar was. Selectie van relevante artikels gebeurde op basis van de titel. Een tweede selectie gebeurde op basis van het abstract. Daarnaast werden ook gerelateerde artikels opgezocht. Voor de definitieve selectie werd van de relevante publicaties het volledige artikel doorgenomen. Uiteindelijk werden zo een 20tal artikels geselecteerd. Er werd bij de keuze van de artikels getracht een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de diabeteszorg en de rol van de praktijkassistent.

Naast elektronische artikels op Pubmed werden ook elektronische tijdschriften geconsulteerd zoals Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Tijdschrift voor Geneeskunde en artikels uit het archief van Huisarts Nu van Domus Medica.

Ook de ICHO-site werd geraadpleegd om masterproefscripties van collega's te analyseren met een vergelijkbaar onderwerp, namelijk het optimaliseren van de diabeteszorg en werken met een praktijkverpleegkundige.

Daarnaast werd het draaiboek over praktijkassistentie geraadpleegd op de website van huisartsvereniging Gent.

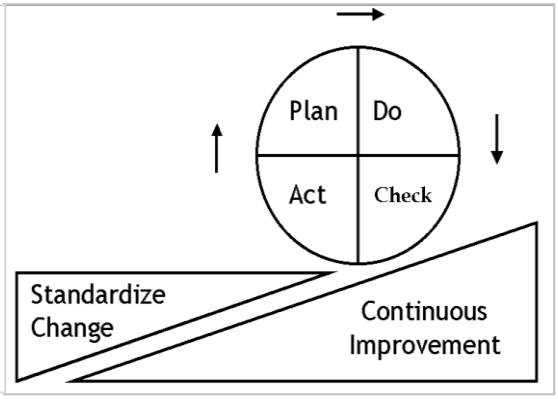
2.2 PARTICIPEREND ACTIE-ONDERZOEK

Het volledige proces van probleemanalyse en hoe dit verliep in de praktijk wordt vooreerst belicht. Van het ontstaan van de vraag naar een structureel diabetesconsult over hoe dit te realiseren en te organiseren in de praktijk en dit met de implementatie van een praktijkverpleegkundige. Deze probleemanalyse gebeurde aan de hand van het FOCUS-stappenplan, deze procedure belicht het vinden en analyseren van een probleem ter verbetering van de kwaliteitszorg. De verschillende fasen van de PDCA-cirkel werden doorlopen om het verbeterplan verder uit te werken.

- F ind Problem : kiezen van een onderwerp
- O rganise meeting : samenzitten met alle betrokkenen
- C larify problem : opstellen probleemdefinitie en kiezen van meetbare variabele
- U nderstand proces/uncover problems : analyse van het probleem
- S elect a strategy : het invoeren van een interventie ter verbetering via de PDCA cyclus

Via de PDCA-cyclus werd de interventie van het diabetesconsult gepland en uitgevoerd. De PDCA-cyclus is een systeem bedacht door William E. Deming om systematisch en efficiënt te leren uit ervaring en dit via statistische kwaliteitscontrole.

- P lan : Plan de interventie
- D o : Voer de interventie uit
- C heck : Evalueer de interventie
- A ct : Bekijk wat je met het project verder doet.



2.3 PROCESEVALUATIE

Het uitwerken van de probleemanalyse vond plaats tijdens het artsenoverleg van 4 november 2011 en werd verder uitgewerkt met behulp van de 2 praktijkopleiders. Het bespreken van de resultaten gebeurde maandelijks op het artsenoverleg en op het evaluatiegesprek met de verpleegkundige. Wekelijks vindt er in de praktijk op vrijdagmiddag overleg plaats tussen de artsen en de HAIO's. Verschillende agendapunten komen hier aan bod, o.a. patiëntencasussen, lopende projecten, problemen in het praktijkfunctioneren en personeelsmanagement. Eénmaal per maand vindt er een evaluatievergadering met de verpleegkundige plaats. Er wordt ook om de 8 à 10 weken een secretariaatsvergadering gepland. Van deze vergaderingen wordt steeds een verslag opgemaakt. De studievoormiddag 'Taakdelegatie naar de praktijkassistent(e)' van Domus Medica op 8 september 2012 werd eveneens bijgewoond.

2.4 EFFECTEVALUATIE

2.4.1 SELECTIE DOELGROEP

Voor het bepalen van de doelgroep, namelijk de groep patiënten die zou uitgenodigd worden bij de verpleegkundige, werden een aantal criteria vooropgesteld.

De rekrutering van patiënten gebeurde in de groepspraktijk 'Huisartsenpraktijk Ledeberg'. Enkel patiënten met een GMD afgesloten in de praktijk werden geïncludeerd. In april vond de selectie van patiënten uit het dossier plaats. De patiënten werden geselecteerd op basis van de diagnose DM type II. Voor het opzoeken van de diagnose werd beroep gedaan op het EMD en het gebruik van de codering van diabetespatiënten via de ICPC-methode. De codering is gebaseerd op de diagnose van diabetes type 2 vastgesteld aan de hand van 2 nuchtere glycemiewaarden. Het correct coderen van chronische aandoeningen was reeds eerder het onderwerp van een kwaliteitsverbeterpraktijkproject (2010-2012). De gebruikte

coderingen kunnen bijgevolg als accuraat beschouwd worden. De lijsten werden nagekeken en gecontroleerd door de artsen van de praktijk op het groepsoverleg. Patiënten met DM type I, terminale patiënten en minderjarigen werden geëxcludeerd, evenals patiënten die reeds in de diabetesconventie of een zorgtraject opgenomen waren. Er werd gekozen om enkel de opvolging van DM type II patiënten te belichten die niet geïncludeerd werden in het zorgtraject of de diabetesconventie, aangezien er bij deze groep het grootste hiaat bestond wat structurele opvolging betrof.
Uit een populatie van 257 patiënten, waarbij de diagnose diabetes gesteld werd, werden uiteindelijk 220 patiënten weerhouden na toepassing van de inclusie- en exclusiecriteria.

2.4.2 SELECTIE STUDIEPOPULATIE

Voor de effectevaluatie kwamen enkel de patiëntendossiers in aanmerking van patiënten die tussen 1 juni 2012 en 31 augustus 2012 door de verpleegkundige gezien werden. De gegevens van die subgroep worden in de scriptie bestudeerd.
Voor de gegevensverzameling werden patiëntendossiers geraadpleegd. Het onderzoeksproject werd daarom voorgelegd aan het Ethisch comité. Goedkeuring voor de verwerking van de patiëntengegevens werd verkregen op 20/05/2012.
Er werden 46 patiënten uitgenodigd tussen juni en augustus 2012. Twee patiënten werden geëxcludeerd omdat ze niet op de afspraak aanwezig waren. Twee patiënten zouden later opnieuw gecontacteerd worden, omdat er bij beiden een majeure heelkundige ingreep gepland stond. Alle overige 42 patiënten gingen in op de uitnodiging. Er waren 3 patiënten bij wie de voormeting en de interventie wel uitgevoerd werd doch die niet bereikbaar waren voor de nameting en bijgevolg als loss to follow-up beschouwd worden.
De patiënten kregen voor de consultatie bij de verpleegkundige een informatieformulier met de uitleg van het doel van de scriptie. Indien ze akkoord gingen met de participatie werd er gevraagd een toestemmingsformulier te ondertekenen(bijlage III).
Alle patiënten die tussen deze periode op de consultatie gezien werden gaven hun toestemming voor deelname aan het onderzoek.

	Diabetes patiënten	***Inclusie***	***Exclusie***	***Interventie juni-aug '13***	***Nameting***	***Loss to Follow-up***
Aantal patiënten	*257*	*220*	*37*	*42*	*39*	*3*

TABEL 1: MATE VAN DEELNAME VAN DE PATIËNTEN AAN DE INTERVENTIE EN DE NAMETING.

2.4.3 SELECTIE STUDIEVARIABELEN

Het doel van de scriptie op zich was het nagaan van het effect van het diabetesconsult door de praktijkverpleegkundige op **korte termijn**. Om de doelstelling van de scriptie

haalbaar te houden, werd besloten om het effect ervan reeds 6 maanden na de start van het project te meten. Op deze manier zou de praktijk ook snel aanpassingen kunnen doen om het project verder uit te bouwen.

De **diabetespas** wordt als studievariabele belicht, aangezien goede registratie de opvolging en de communicatie met de tweedelijn verbetert. Daarnaast is het ook een goed meetbare parameter waarvan verbetering in gebruik in de praktijk mogelijk is. Het gebruik ervan werd immers voordien slecht toegepast door de artsen in de huisartsenpraktijk Ledeberg.

Er werd eveneens gekozen om het **oftalmologisch nazicht als studievariabele** te nemen voor het screenen naar chronische complicaties. Er werd voor deze indicator gekozen omdat deze variabele goed meetbaar is en eenvoudig te registreren. Ook voor de patiënten is het meten van deze indicator weinig belastend in tegenstelling tot andere parameters(vb. bloedafname, gewichtscontrole). Bovendien is er ook op korte termijn reeds een verbetering meetbaar, wat bij andere variabelen zoals de HbA1c-waarde veel minder het geval is. Er kan namelijk gekeken worden welk percentage van de patiënten voordien al op nazicht gingen. Dat kan dan vergeleken worden met de nameting, namelijk of er meer mensen zich laten opvolgen na de interventie.

Er wordt tenslotte gekeken of er meer **oogheelkundige verslagen** ontvangen worden voor- en nadien.

METING

Vóór de start van het diabetesconsult door de verpleegkundige werden de dossiers geïncludeerd van de patiënten in deze studie bestudeerd. Er werd gekeken naar algemene patiëntenkarakteristieken (geslacht, leeftijd, origine) en naar diabetesparameters (BMI, LDL, bloeddruk, HbA1c, glycemie, rookgedrag). Deze diabetesparameters werden uitgezet t.o.v. de streefdoelen van diabeteszorg (Tabel 2).

Diabetesopvolging	Streefdoel
Rookgedrag	Rookstop
Bloeddrukcontrole	<130/70mmHg
HbA1c	<7%
LDL cholesterol	<100mg/dl
Nuchtere glycemie	≤125mg/dl
Gewichtsreductie bij obesitas	5-10% per jaar

TABEL 2: STREEFDOELEN DIABETES DOMUS MEDICA(2)
Opm. Bij nefropathie: strengere streefwaarden RR (<125/75 mmHg)

De drie studievariabelen werden vervolgens opgezocht, er werd gekeken of de patiënt reeds een diabetespas had of niet, of er in het dossier eerder notie genomen was van de

oogheelkundig controles en of er in het dossier eerdere verslagen van de oogarts aanwezig waren. Het diabetesconsult verliep volgens de structuur van het diabetespas. Voor de nameting werden opnieuw de drie studievariabelen belicht.

2.5 GEGEVENSVERWERKING: ANALYSE VAN DE DATA

Voor de dataverzameling werd gebruik gemaakt van het Microsoft Excel 2007. De gegevens werden statistisch verwerkt met behulp van het softwarepakket SPSS 19.0. Er werd gebruik gemaakt van Microsoft Excel 2007 voor het ontwerpen van staafdiagrammen. De tabellen werden opgemaakt in Microsoft Word 2007. Zowel beschrijvende als vergelijkende statistiek kwamen aan bod.

Er werd gebruik gemaakt van frequentietabellen om de patiëntenkarakteristieken en de studievariabelen te beschrijven. De frequenties werden uitgedrukt in absolute aantallen en in percentages. Voor het zoeken naar een verschil tussen de voormeting en de nameting werd de McNemar test uitgevoerd. Deze test werd uitgevoerd om de cijfers van de voormeting te vergelijken met de cijfers van de nameting. De test moest het effect aantonen van het doorvoeren van de interventie op het aantal diabetespas aanvragen, het aantal patiënten die een oogheelkundig nazicht ondergaan en het aantal ontvangen oogheelkundige verslagen Voor alle tests werd het significantieniveau vastgelegd bij $\alpha = 0,05$.

3 RESULTATEN

3.1 LITERATUURSTUDIE

3.1.1 PRAKTIJKASSISTENTIE

Wat kan de meerwaarde zijn van praktijkassistentie in de huisartsgeneeskunde?

De druk op de eerstelijnsgezondheidszorg neemt toe. Hierbij spelen verschillende factoren een rol, o.a. de veroudering van de bevolking, de verschuiving van gehospitaliseerde zorg naar ambulante zorg en het dreigend huisartsentekort (6, 7). De huisarts krijgt steeds meer de complexe zorg voor chronische patiënten op zich. Enerzijds vormt dit een extra takenbelasting en tijdsinvestering voor de huisarts, anderzijds is er een sterke behoefte om deze zorg kwalitatief beter en gestructureerder te begeleiden. Zorgtaken delegeren van de arts naar een verpleegkundige is dan ook één van de mogelijke oplossingen voor bovenvernoemde uitdagingen. Het doel van de praktijkassistent is het ondersteunen van de huisarts, het verbeteren van de werkomstandigheden en het verlichten van het takenpakket. De ondersteuning kan op verschillende vlakken gebeuren o.a. door het delegeren van administratieve en logistieke taken maar eveneens door het toekennen van coördinerende en medisch-technische taken(6, 8, 9). Een review over taakdelegatie toonde aan dat maar liefst 25% tot 75% van de taken die een arts uitvoert eigenlijk door een

verpleegkundige overgenomen kan worden. In de eerstelijnsgeneeskunde kunnen zij een prominente rol innemen bij gezondheidspromotie en bij routine opvolging van chronische patiënten(7).

Onderzoek op het gebied van de zorg voor chronisch zieken heeft aangetoond dat taakverschuiving van huisartsen naar praktijkondersteuners effectief is(10, 11). Zo kan bijvoorbeeld de opvolging van chronische patiënten volgens wetenschappelijk onderbouwde zorgpaden geoptimaliseerd worden via praktijkassistentie. Op deze manier kunnen de preventieve taken van de huisarts verder uitgebouwd worden. De multifacettaire en complexe natuur van de ziekte maakt een goede organisatie van de diabeteszorg des te belangrijker. De inschakeling van andere, erkende eerstelijnswerkers: zoals de educator, (referentie)verpleegkundige, diëtist, apotheker, bewegingstherapeut, psycholoog en praktijkassistent draagt volgens de richtlijnen ook bij tot betere zorg (2, 4).

Uit onderzoek blijkt ook dat taakdelegatie van de arts naar een verpleegkundige zonder kwaliteitsverlies van de zorg kan verlopen(7, 12, 13).

In 2004 suggereerden Laurent et al. in hun Cochrane-review dat getrainde verpleegkundigen een hoog niveau van zorg kunnen leveren equivalent aan die van de huisarts. Sterker nog, doordat de arts hiermee tijd wint, kan taakdelegatie ervoor zorgen dat huisartsen de kwaliteit van de door hen geleverde zorg kunnen verbeteren(7, 12). Kwaliteitsmonitoring is vereist om te meten in welke mate de implementatie van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg een effect heeft op de proces- en patiëntenuitkomsten. Verder onderzoek hiernaar, zowel op nationaal vlak als voor de individuele praktijk, is obligaat om tot een verbeterde zorg te komen(4).

Het draaiboek "praktijkassistente voor de huisartsenpraktijk' opgesteld door de auteurs R. Cuypers, D. Grouwels en G. Nicolai, in samenwerking met Domus Medica en de FOD volksgezondheid belicht ook de hoge interesse van huisartsen naar het delegeren van taken. Er wordt hierin gesteld dat er bij meer dan de helft van de ondervraagde huisartsen de wens bestaat om een deel van de administratieve taken maar ook van de preventieve zorgtaken te delegeren(5). Daarnaast lijkt de samenwerking en taakverschuiving ook de patiëntentevredenheid ten goede te komen(12). De patiëntentevredenheid bleek in sommige studies zelfs hoger voor consultaties bij de verpleegkundige dan bij de arts. Dit vermoedelijk doordat de consultaties bij de verpleegkundige langer duurden dan bij de arts. De duur van de consultatie is immers ook onafhankelijk een parameter die de voldoening van de patiënt beïnvloedt (7).

Er zijn weinig studies die de kostenefficiëntie belichten. De meeste tonen aan dat substitutie van de verpleegkundige voor zorgtaken potentieel kostenbesparend is. Dit is echter sterk afhankelijk van de loonkost en van de taakverdeling. Een praktijkassistent zonder verpleegkundig diploma brengt een lagere loonkost met zich mee maar eveneens een andere taakverdeling. De kostenbesparing is het grootst als de verpleegkundige voor

bepaalde taken als volledige substitutie dient voor de arts en niet enkel additioneel werk verricht. De langere consultatieduur van de verpleegkundige t.o.v. de arts kan de kostenefficiëntie doen dalen(5, 7).

Het is echter moeilijk om sterke conclusies te trekken omtrent de optimale plaats van de praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen gezien hun opleiding en hun functie sterk varieert volgens de verschillende Europese gezondheidszorgsystemen(4, 7).

3.1.2 OFTALMOLOGISCHE CONTROLE

Waarom moeten diabetespatiënten oogheelkundige screening krijgen?

In het Westen is diabetische retinopathie (DR) nog steeds de belangrijkste oorzaak van verworven blindheid bij volwassenen. Door de vergrijzing en de stijgende prevalentie van diabetes zijn de gevolgen van diabetische retinopathie verantwoordelijk voor een belangrijke morbiditeit(2). Diabetische retinopathie wordt gekenmerkt door verschillende stadia van micro-aneurysmata, bloedingen, exsudaten, veneuze wijzigingen, nieuwe bloedvatvorming en retinale verdikking. Deze aandoening kan de perifere retina, de macula of beide aantasten(2, 14). Ook andere oogziekten (zoals maculopathie, cataract en glaucoom) komen bij diabetici eveneens frequenter en op jongere leeftijd voor dan bij de algemene bevolking(14).

De frequentie van diabetische retinopathie is hoofdzakelijk gecorreleerd met de diabetesduur en met de HbA1c-waarde. Andere factoren die het voorkomen van diabetische retinopathie beïnvloeden zijn hypertensie, hyperlipidemie, abdominale obesitas en tabagisme(15, 16).

Retinopathie kan irreversibele letsels veroorzaken lang voordat er subjectieve visusveranderingen zijn. Bij de diagnosestelling vertoont 20 % van de patiënten al retinopathieletsels. Op dat ogenblik is de diabetes dikwijls ook al jaren latent aanwezig(2). Door regelmatige screening kan diabetische retinopathie worden gedetecteerd voordat er visusklachten bestaan. Zo nodig dienen door de oogarts tijdig lasercoagulatie en/of glasvochtchirurgie te worden uitgevoerd. Om het ontstaan en de progressie van diabetische retinopathie af te remmen is de regulering van de bloedglucosespiegels en de behandeling van de bloeddruk eveneens van groot belang (2, 14, 15).

Wie screenen en wat is de aanbevolen frequentie?

Bij patiënten jonger dan 30 jaar wordt een oogonderzoek aangeraden binnen de 3 tot 5 jaar na diagnose en dit dient volgens de richtlijnen jaarlijks herhaald te worden. Bij patiënten ouder dan 30 dient een oogonderzoek jaarlijks uitgevoerd te worden vanaf het moment van diagnose(2, 14).

Hoewel er discussie bestaat over het interval van screenen wordt er door Domus Medica en de meeste andere richtlijnen nog steeds jaarlijkse controle aangeraden met

gedilateerde pupillen en frequenter als er reeds schade aanwezig is(16). De jaarlijkse screening steunt op verschillende argumenten. In een aantal studies werd bevestigd dat men het visusverlies sterk kon terugdringen in regio's waar een intensief screeningsprogramma werd toegepast. Daarnaast wordt er bij de frequente opvolging ook aan patiënteneducatie gedaan en wordt er gescreend naar andere oogaandoeningen zoals maculopathie, cataract en glaucoom(14). In Nederland wordt er bij diabetespatiënten zonder andere risicofactoren en zonder retinaletsels een screeningsinterval van maximum twee jaar aangeraden(15). Uit meerdere onderzoeken blijkt dat screening naar diabetische retinopathie niet alleen efficiënt maar ook kosteneffectief is. Het onderling vergelijken van studieresultaten is echter niet eenvoudig omdat de setting en studiepopulatie vaak zeer uiteenlopend zijn, evenals de berekening van de kosten.

3.2 PARTICIPEREND ACTIE-ONDERZOEK

3.2.1 FOCUS-ANALYSE: DEFINIËREN VAN PROBLEEM

A. TEKORTSCHIETEN OPVOLGING DIABETESPATIËNTEN

Het uitwerken van een praktijkverbeterproject in kader van deze Manama-scriptie kwam aan bod bij het artsenoverleg van 4 november 2011. Tijdens deze vergadering werd één belangrijk probleem opnieuw aangekaart, dat reeds op verschillende vergaderingen aan bod kwam, namelijk dat de opvolging van de diabetespatiënten nog steeds **te weinig gestructureerd** verloopt. Vooral bij patiënten die niet tot de diabetesconventie of een zorgtraject behoren verloopt de opvolging niet goed. Bovendien wordt er ook gezien dat de communicatie met de tweedelijn ook als suboptimaal beschouwd wordt, er worden zelden oogheelkundige verslagen ontvangen maar ook vanuit de praktijk worden zelden verwijsbrieven meegegeven.

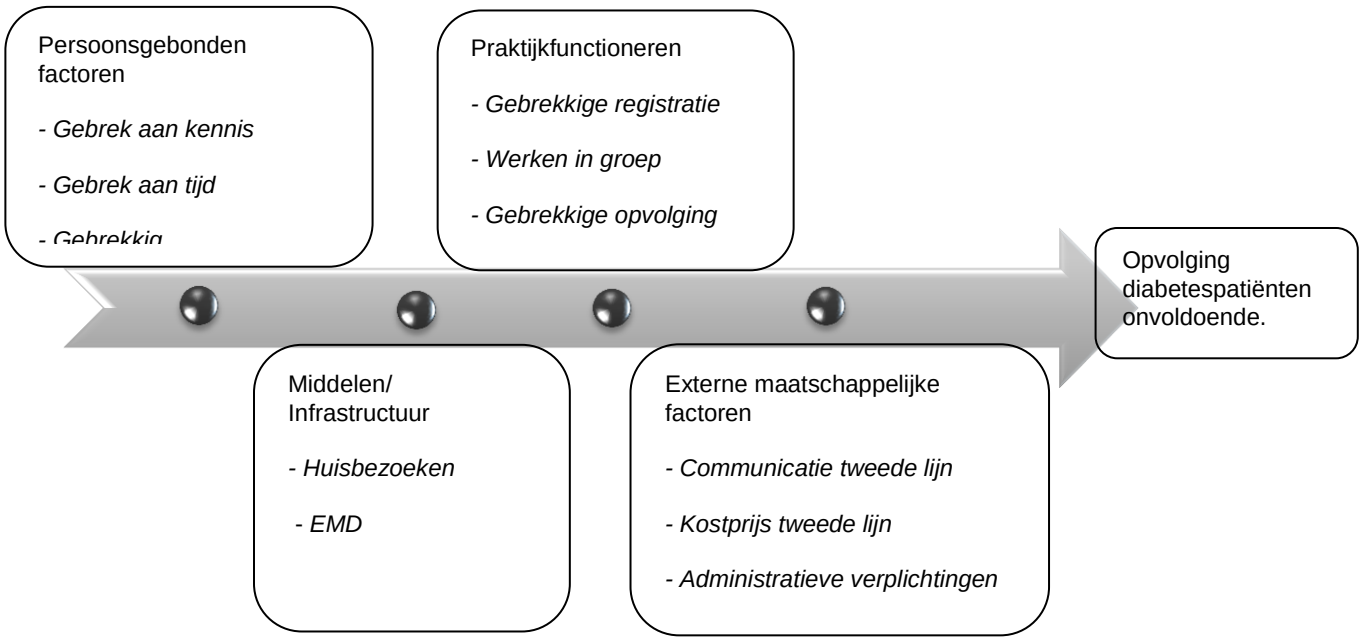
Bij deze gesprekken werd duidelijk dat er hoewel er wel frequent opvolging gebeurde van parameters zoals HbA1c, bloeddruk, LDL en gewicht, er onvoldoende gescreend wordt naar bepaalde chronische complicaties, waaronder retinopathie, nefropathie en neuropathie. Zo ontstond de vraag:

"Hoe kan de richtlijn voor diabeteszorg beter nageleefd worden in de praktijk?"

De praktijk heeft er in het verleden ook meermaals voor gekozen om de preventieve zorg binnen de praktijk als onderwerp te nemen voor een praktijkverbeterproject en/of Manama-scriptie. Preventieve zorgtaken komen immers zonder gestuctureerde aanpak te weinig aan bod.

B. OORZAKEN VAN HET PROBLEEM IN KAART GEBRACHT

Om een antwoord te vinden op deze vraag moeten de **oorzaken van het probleem** in kaart gebracht worden. Hiervoor werd een visgraatanalyse gemaakt. Dit is een makkelijke manier om problemen te analyseren. Op het einde van de pijl wordt het probleem geplaatst. Als voornaamste oorzaak hiervoor werd **tijdsgebrek** opgegeven en het **ontbreken van systematiek**. De oorzaken van dit probleem worden in 4 categorieën ingedeeld: mensen, infrastructuur, praktijkfunctioneren en externe maatschappelijke factoren.



FIGUUR 1: VISGRAATANALYSE VOOR OPVOLGING DIABETESPATIËNTEN

PERSOONSGEBONDEN FACTOREN

-**Gebrek aan kennis:** Patiënten zijn vaak onvoldoende geïnformeerd over hun aandoening en de opvolging ervan. Evenzo zijn niet alle artsen op de hoogte van de recentste richtlijnen en van hoe frequent welke onderzoeken dienen plaats te vinden. Ook de opsplitsing tussen de diabetespas, het zorgtraject of de diabetesconventie is niet steeds duidelijk voor de artsen, evenals hoe de aanvraag voor een diabetespas in te vullen of te verlengen.

-**Gebrek aan Tijd:** Het opvolgen van diabetespatiënten vraagt een zware tijdsinvestering. Het uitnodigen van diabetespatiënten op consultatie zou nog een extra tijdsinvestering vragen, waardoor dit niet gebeurt. Hierdoor komt de patiënt ad hoc en dan is er niet de nodige duur voorzien voor een gestructureerd consult. Ook het aanvragen van de diabetespas vraagt een extra tijdsbelasting waardoor dit vaak niet gebeurt. Patiënten zelf vinden ook niet altijd de tijd om frequent op consultatie te komen of naar de oogarts te gaan.

-**Gebrekkig afsprakensysteem:** De patiënt komt in de praktijk enkel op consultatie bij klachten, of voor verlenging van medicatie en niet voor preventief onderzoek, hierdoor worden veel screeningsonderzoeken overgeslaan. Patiënten vergeten hun afspraak soms na te komen of te maken, of zijn onvoldoende gemotiveerd om 4x/jaar op controle te komen.

INFRASTRUCTUUR

-**Huisbezoeken***:* Bij patiënten die enkel tijdens huisbezoeken gezien worden zijn niet alle middelen altijd voor handen (bvb. de pc werd niet meegenomen waardoor geen goede registratie).

-**Elektronisch Medisch Dossier** *(EMD):* In het programma van het elektronisch dossier is er bij het diabetesconsult geen vaste checklist voor het screenen naar complicaties en dus ook geen gestandaardiseerde manier om dit in te vullen, zo is er geen vaste plaats om te noteren of de patiënt al dan niet op oftalmologisch nazicht gaat.

PRAKTIJKFUNCTIONEREN

- **Gebrekkige registratie:** In de dossiers staan sommige aandoeningen niet juist gecodeerd. Indien er niet duidelijk gecodeerd staat dat het om een diabetespatiënt gaat vindt de correcte opvolging hiervan niet steeds plaats omwille van opvolging door verschillende artsen die niet altijd van de voorgeschiedenis op de hoogte zijn. Er wordt niet altijd genoteerd welke onderzoeken uitgevoerd werden of welke vragen gesteld werden(vb. over oftalmologische opvolging). Daarenboven staan de onderzoeken die gebeurd zijn, vaak verspreid in het dossier. Zo vergt het meer tijd om na te kijken of bepaalde onderzoeken al zijn gebeurd.

-**Werken in groep:** Het werken in een groepspraktijk bemoeilijkt soms de opvolging, er wordt soms onterecht vanuit gegaan dat een andere arts de opvolging op zich neemt.

-**Gebrekkige opvolging:** Patiënten maken de afspraak met het secretariaat en bellen vaak zelf voor een afspraak, hierdoor wordt er niet altijd ontdekt of een patiënt te lang tussen twee afspraken laat. Een consultatie duurt 1 kwartier, dit is soms niet voldoende om alles na te gaan. De afwezigheid van een structureel consult maakt ook dat het verloop van het consult eerder ad random verloopt, wat minder tijdsefficiënt is.

EXTERNE FACTOREN

- **Gebrekkige communicatie tweedelijn:** Bij oogheelkundig nazicht, worden de vervolgafspraken meestal door de oogarts zelf en niet door de huisarts gemaakt waardoor er geen verwijsbrief is en er daardoor vaak ook geen opvolgingsverslag naar de huisarts gestuurd wordt. Verslagen van specialisten worden ontvangen met een latentietijd.

-Er is voor veel patiënten een drempel om naar de oogarts te gaan, omwille van **wachttijd en kostprijs.**

-Hoewel de **administratie** van het aanvragen van een diabetespas beperkt is vraagt het toch om extra werk wat door de reeds hoge werkbelasting soms vooruit geschoven wordt.

3.2.2 PDCA CIRCLE: ZOEKEN NAAR EEN OPLOSSING

Bij het uittekenen van de knelpunten kunnen er een aantal interventies gepland worden om de zorg te verbeteren.

	Knelpunten	Verbeterplannen
Persoonsgebonden factoren	Gebrek aan kennis van artsen	Bijscholing artsen plannen tijdens overleg
	Gebrek aan kennis van patiënten	Gebruik van diabetespas optimaliseren
	Gebrek aan tijd bij de artsen	Delegeren van taken naar praktijkassistente
	Gebrek aan tijd bij de patiënten	Motiveren van patiënten
	Gebrekkig afsprakensysteem	Systematisch uitnodigen en vastleggen vervolgafspraken
Middelen/Infrastructuur	Geen afzonderlijke structuur in EMD	Opmaken afzonderlijke diabetesconsultatie in softwareprogramma
Praktijkfunctioneren	Gebrekkige registratie	- Hercontrole van juist coderen via ICPC. - Registratie en opvolging van risicofactoren via diabetespas
	Werken in groep	Betere registratie zal de samenwerking optimaliseren
	Gebrekkige opvolging	Call-Recall van afspraken en niet nagekomen afspraken
Externe maatschappelijke factoren	Communicatie tweedelijn	Verwijsbrief voor oogarts

TABEL3:KNELPUNTEN EN VERBETERPLANNEN

Voor het optimaliseren van de opvolging van type 2 diabetes patiënten zou de implementatie van een praktijkverpleegkundige een centrale rol kunnen spelen. Aan de hand van een structureel diabetesconsult door de verpleegkundige uitgevoerd zou er op verschillende niveau's verbetering mogelijk zijn. Er zou systematisch kunnen gescreend worden naar chronische complicaties, de diabetespas zou kunnen worden gehanteerd, er

zou uniform kunnen worden geregistreerd en de communicatie met de tweedelijn zou kunnen worden verbeterd. Deze interventie zou bovendien geen extra tijdsinvestering van de artsen vragen.

A. KEUZE PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

Voor de komst van de praktijkverpleegkundige werd er een meeting georganiseerd met alle praktijkmedewerkers. Volgende punten kwamen aan bod:

PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE VERSUS PRAKTIJKASSISTENT

Bij de selectie van de praktijkassistent dient men rekening te houden met het **praktijkprofiel**, het takenpakket en de evolutie van de praktijk. In de groepspraktijk 'Huisartsenpraktijk Ledeberg' werd er gekozen voor een praktijkassistent met een verpleegkundig diploma. De keuze hiervoor is gesteund op de wens om vooral medische zorgtaken en medisch-technische handelingen te delegeren en slechts in mindere mate administratieve taken. Deze keuze is gesteund op het feit dat de praktijk reeds over een goed werkend secretariaat beschikt. De keuze voor een praktijkverpleegkundige brengt enkele cruciale verschillen met zich mee in vergelijking met het aanwerven van een niet-verpleegkundige praktijkassistent. Er is geen eenduidige opleiding tot praktijkassistent voorhanden in België. Een niet-verpleegkundige praktijkassistent kan een basisopleiding hebben in bijvoorbeeld medisch-secretariaat of TSO handel. Hiernaast kunnen er specifieke bijkomende opleidingen gevolgd worden afhankelijk van het takenpakket. Er is echter momenteel in België geen erkend opleidingsaanbod om de praktijkassistent op te leiden in medische vaardigheden . Dit is de hoofdreden voor het aanwerven van een verpleegkundige in de praktijk. Hoe hoger de basisopleiding hoe hoger echter ook het aanvangsloon maar hierdoor kunnen er wel medische taken gedelegeerd worden.

TAAKDELEGATIE

In de groepspraktijk zouden een aantal **medisch-technische taken** worden gedelegeerd naar de verpleegkundige, eveneens zou zij een belangrijke rol spelen in de **patiëntenvoorlichting**, door haar zou o.a. de GMD plus module uitgewerkt worden. Naast het feit dat haar aanwerving zou bijdragen tot het verlichten van het takenpakket van de arts, zou het ook kunnen bijdragen tot de kwaliteit van handelen. Administratieve taken worden in de groepspraktijk reeds uitgevoerd door de secretariaatsmedewerkers en zouden dus niet tot het takenpakket van de praktijkverpleegkundige behoren. De verpleegkundige wordt voltijds tewerkgesteld.

FINANCIËLE IMPACT

De financiële kost van het aanwerven van een praktijkverpleegkundige zou een deel bekostigd worden via **Impulseo II**[1]. Een deel van de financiële kost zou ook gedragen worden door het verhoogd aantal aanvragen van de **GMD plus en diabetespas tegemoetkomingen**. Ook onderzoeken zoals spirometrie en ECG's zouden door haar uitgevoerd worden. Bovendien zou het **efficiënter werken van de artsen** ook kunnen bijdragen tot de kosteneffectiviteit.

A. OPSTELLEN DIABETESCONSULT

VOORBEREIDINGSFASE DIABETESCONSULT

De definitieve vorm van het diabetesconsult werd opgesteld volgens de richtlijnen van Domus Medica(2). Voor correcte en uniforme registratie werd eveneens een afzonderlijke diabetesmodule opgemaakt in het software programma, in overeenstemming met de doelstellingen van de diabetespas (bijlage I). In februari en maart 2012 werd het computerprogramma hiervoor aangepast in samenwerking met HealthOne. Voor de start van het project werden de nodige formulieren afgedrukt waaronder de aanvraagformulieren voor de diabetespas[2]. Er werd een standaard informatie- en uitnodigingsbrief opgemaakt voor de patiënt. Er werd, eveneens in samenwerking met HealthOne, een nieuwe module voor een verwijsbrief aangemaakt in het EMD waar persoonlijke gegevens van de patiënt, zijn/haar medicatielijst en de HbA1c automatisch in verschenen. De verwijsmogelijkheden naar de tweedelijn, o.a. van de erkende oftalmologen, diëtisten, podologen uit de regio Gent werden opgevraagd via het "Lokaal Multidisciplinair Netwerk Gent-Merelbeke".

UITNODIGING PATIËNTEN

De patiënten met diabetes type II uit de groepspraktijk worden bij de verpleegkundige uitgenodigd voor een gestructureerd diabetesconsult naargelang de duur sinds hun vorige consultatie bij de arts. De patiënten die het langst niet op controle gingen worden met andere woorden eerst uitgenodigd. Er werd besloten om per tijdsblok van 3 maanden ¼ van de diabetespopulatie uit te nodigen om in de opstartfase geen te hoge werklast te creëren. Voor de diabetesconsultatie krijgen alle diabetespatiënten van de lijst een **uitnodiging**sbrief met betrekking tot de nieuwe praktijkhandeling (bijlage II). Deze brieven zijn opgesteld en ondertekend door de artsen en worden verstuurd door de secretariaatsmedewerkers. De patiënten worden vervolgens telefonisch uitgenodigd door

[1] *De tegemoetkoming van Impulseo II en III bedraagt de helft van de loonkost met een maximum 6.047 EUR/jaar voor de erkende huisarts (Bedrag voor 2012, RIZIV).*

[2] *De diabetespas is volgens de richtlijnen een belangrijk hulpmiddel in de diabeteszorg dankzij de continue informatie-uitwisseling. Het doel ervan is het verantwoordelijkheidsgevoel bij de patiënt stimuleren en de communicatie tussen de zorgverleners verbeteren. De pas geeft daarnaast recht op de terugbetaling van een consultatie van 60 minuten per jaar bij een diëtist en 2 consultaties bij de podoloog voor patiënten die risico lopen op voetcomplicaties. Er is een nomenclatuurcode (102852) voor de diabetespas voorzien dat per patiënt en per kalenderjaar eenmaal kan aangerekend worden (2,5).*

de verpleegkundige of kregen een afspraak na een consultatie bij een arts. Bij patiënten die nog niet onmiddellijk een datum kunnen vastleggen wordt een nieuw telefonisch contact afgesproken.

STRUCTUUR CONSULT

Er wordt voor elke diabetes**consultatie** een half uur uitgetrokken. De consultatie verloopt aan de hand van de diabetespas en het elektronisch dossier. Bij elk consult werd er nagegaan of de patiënt een diabetespas had en zo niet wordt de diabetespas aangevraagd. Het opvolgformulier van de diabetespas wordt bij elke consultatie systematisch aangevuld, waarbij verschillende aspecten aan bod komen o.a. gewichtscontrole, opsporen van sedentair gedrag, bloeddrukcontrole, voetonderzoek, laboratorium controle en doorverwijzing naar de oogarts. De patiënten worden steeds bevraagd naar hun laatste raadpleging bij de oogarts of naar wanneer deze gepland staat. De verpleegkundige geeft bij elk consult een verwijsbrief voor de oogarts mee, om zo het contact met de tweede lijn te verbeteren.

Na de consultatie bij de verpleegkundige zou er steeds één week nadien een **vervolgconsult** gemaakt worden bij de arts voor het bespreken van de resultaten, voor verdere controle indien nodig en voor het verlengen van medicatievoorschriften.

B. TE VERWACHTEN KNELPUNTEN VAN HET PROJECT

FREQUENTIE OPVOLGING:

Er werd besloten om gedurende een proefperiode van een jaar de richtlijn correct te volgen en dus iedereen driemaandelijks uit te nodigen en een jaarlijkse oogheelkundige controle te plannen. Voordien consulteerden patiënten die goed geregeld stonden maar 1 tot 2x/jaar. Er werd verwacht dat de toename in frequentie een belangrijke drempel zou zijn voor sommige patiënten. Het informeren en motiveren van de patiënt zowel door de arts als door de verpleegkundige zou hier van belang zijn.

VERPLEEGKUNDIGE I.P.V. ARTS:

Er werd voorzien dat een deel van de patiënten een weerstand zou voelen om i.p.v. bij hun arts bij een verpleegkundige te gaan. In dit kader werd een brief uitgehangen in de wachtzaal die de patiënten op de hoogte bracht van de aanwerving van een verpleegkundige in de praktijk met de boodschap dat de samenwerking van de verpleegkundige en de huisarts eenzelfde doel had, namelijk de zorg van de patiënten verbeteren. Deze boodschap zou ook mondeling tijdens arts-patiëntconsultaties herhaald worden. Er zou ook na 6 maanden gekeken worden hoeveel patiënten een vervolgafspraak bij de verpleegkundige vastgelegd hadden om na te gaan of er nog nieuwe acties ter motivering van de patiënt zouden moeten ondernomen worden.

VERVOLGCONSULT BIJ ARTS:

Er werd gekozen om gedurende de proefperiode van een jaar alle patiënten aan te moedigen om een vervolgconsult bij de arts te maken. Deze consultatie zou o.a. bestaan uit het bespreken van de laboratoriumresultaten, het verlengen van voorschriften en het beantwoorden van vragen. Het laten wegvallen van deze vervolgconsultatie zou wel tijdsefficiënter kunnen zijn maar zou toch ook een tijdsinvestering vragen o.a. voor het doorbellen van de bloedresultaten door de arts. Bovendien zouden de vervolgconsultaties ook tijdsefficiënter kunnen verlopen gezien er niet meer dient te worden gescreend naar chronische complicaties. Daarnaast zouden de patiënten die als eerste bij de verpleegkundige uitgenodigd worden nog niet voldoende medicatievoorschriften hebben om de periode te overbruggen. Op die manier zou er toch extra controle zijn op de nieuwe praktijkhandeling. Als laatste argument zou de patiënt slechts 1 consultatie betalen, namelijk die bij de arts. Na de proefperiode van een jaar zou er gekeken worden of deze werking verder gezet zou worden of dat er toch eerder halfjaarlijks bij de arts een vervolgconsult gepland zou worden. Een alternatief zou dan ook zijn om enkel de slecht geregelde patiënten vroeger terug te zien.

3.3 PROCESEVALUATIE

3.3.1 PATIËNTENRESPONS

Om de patiëntenrespons te belichten werden er drie aspecten bekeken.

RESPONS OP UITNODIGING

Er werd gekeken naar hoeveel mensen er ingingen op de uitnodiging gedurende de meetperiode van de scriptie. Er werden 42 patiënten gezien op consultatie van de 46 die uitgenodigd werden tussen juni en augustus 2012, dit komt neer op 91,3%.

VERVOLGAFSPRAAK

Er werd eveneens gekeken hoeveel van deze patiënten na drie maanden een nieuwe afspraak bij de verpleegkundige gemaakt hadden.

Van de 42 patiënten maakten er 37 patiënten (88.1%) een nieuwe afspraak bij de verpleegkundige en allen werden reeds een tweede keer door haar gezien bij het afsluiten van de meting, 5 patiënten (11.9%) maakten geen nieuwe afspraak bij de verpleegkundige en lieten zich verder door de arts opvolgen.

PERCENTAGE DOELPOPULATIE BEREIKT:

Tenslotte werd er driemaandelijks gekeken op het algemeen overleg in welke mate het actieplan gehaald werd. Dat actieplan bestond eruit om per periode van drie maanden ¼ van de doelpopulatie uit te nodigen bij de verpleegkundige.

Tussen juni en augustus werden er 42 patiënten gezien, dit komt neer op 19% van het totaal. Tussen juni 2012 en februari 2013 werden al 156 van de 220 diabetespatiënten door

de praktijkverpleegkundige gezien in het kader van het diabetesconsult, wat neerkomt op 70.9% van de populatie op 9 maanden. Een groot deel van de doelpopulatie werd bijgevolg bereikt. De 75% na 9 maanden die vooropgesteld werd, werd echter niet bereikt. In de totale populatie van 220 diabetespatiënten werden echter ook patiënten geïncludeerd die enkel door de arts op huisbezoek gezien werden. De verpleegkundige voerde binnen dit project echter geen huisbezoeken uit. Dat zou de haalbaarheid van het project immers bemoeilijken.

3.3.2 EVALUATIE PRAKTIJKPROJECT

A. VISIE ARTSEN

Op het artsenoverleg kwam de evaluatie van de nieuwe praktijkhandeling meermaals aan bod. Bij de **probleemanalyse** voorafgaand aan het project kwam er naar boven dat er een grote discrepantie was tussen de diabeteszorg in de praktijk en de opvolging volgens de richtlijnen. Hoewel er systematisch gescreend kan worden door de artsen gebeurde dit niet in de praktijk. Als voornaamste oorzaken hiervoor werd door de artsen tijdsgebrek aangegeven naast het ontbreken van een duidelijke structuur voor de diabetesopvolging binnen de praktijk. Bovendien zagen de artsen een drastische verandering in consultvoering bij zichzelf niet zitten. De artsen hadden in het verleden ook al gemerkt dat preventieve zorgtaken beter hun ingang vonden in het normale praktijkfunctioneren als ze gepland werden in een omlijnd kader. Hiervoor leent een praktijkverbeterproject zich dus optimaal.

De implementatie van een praktijkverpleegkundige binnen de diabeteszorg bood hiervoor de **oplossing**. De zorg verloopt via een systematisch diabetesconsult zoals de richtlijnen voorop stellen. Door het diabetesconsult te delegeren naar de praktijkverpleegkundige wordt het takenpakket van de artsen echter niet extra belast. Door de systematische check-up reeds door de verpleegkundige te laten doen is er bovendien meer tijd voor de arts om zich te focussen op andere punten in de patiëntenzorg. Dat was voor de praktijk dan ook de grootste meerwaarde van het project.

Alle artsen gingen akkoord met het project en namen actief deel aan de samenwerking. Er werd in de praktijk besloten dat het project als een succes mag gezien worden voor het praktijkhandelen. Er werd dan ook in consensus besloten 6 maanden na de start van het project dat de diabetesconsultaties verder gepland zullen worden op dezelfde wijze als geïnitieerd. Ze zullen dus een **vast onderdeel** uitmaken van de **praktijkvoering**.

Na één jaar zal er **opnieuw geëvalueerd** worden hoe het project loopt en of de motivatie even groot blijft. Gezien de goede respons worden er geen nieuwe actieplannen uitgewerkt om patiënten te overhalen om bij de verpleegkundige op consult te gaan. Na 1 jaar zal er opnieuw bekeken worden of de vervolgconsultaties bij de arts nog noodzakelijk blijven, bij de tussentijdse evaluatie werd dat echter niet als storend ervaren.

B. VISIE VERPLEEGKUNDIGE

Voor de start van het project vreesde de verpleegkundige dat het uitnodigen van slechts ¼ van de diabetespopulatie per periode van drie maanden niet voldoende zou zijn om haar agenda te vullen. De artsen hechtten echter belang aan deze tijdsindeling om de verpleegkundige niet te overbelasten. Bovendien zou de tijdsindeling ook de continuering van het project in de toekomst ondersteunen. Initieel wordt er immers meer tijd gestoken in het leerproces van nieuwe taken en in het uitnodigen van patiënten. Na de start van het project uitte de verpleegkundige zich bij het eerste evaluatiegesprek zeer positief over de structuur en planning van het diabetesconsult maar de artsen werden wel aangemoedigd om aandacht te blijven hebben voor de samenwerking en de taakdelegatie in de toekomst.
Na de studiedag 'Taakdelegatie naar de praktijkassistent(e)' in september vond er een nieuwe evaluatievergadering plaats. Er werd besloten om de tijdslijn van projecten zoals het diabetesconsult te incorporeren in een vaste agenda indeling. Er werd besloten om één derde van de agenda van de verpleegkundige in te vullen met chronische zorg (o.a. opvolging diabetespatiënten), één derde te richten op acute zorg (o.a. bloedafname, bloeddrukmeting, hechtingen verwijderen, vaccinaties geven, afname van spirometrie en ECG) en één derde in te vullen met managementtaken (o.a. beheer agenda).

3.4 EFFECTEVALUATIE

3.4.1 PATIËNTENKARAKTERISTIEKEN

De karakteristieken van de studiepopulatie werden samengevat in Tabel 4.
De **studiepopulatie** bestond uit 25 vrouwen (59.5%) en 17 mannen (40.5%). Het grootste deel van de patiënten was van Kaukasische origine (90.5%), er waren 38 patiënten (90.5%) van Belgische origine, 2 patiënten (4.8%) van Marokkaanse origine, 1 patiënt (2.4%) van Turkse origine en 1 patiënt van Kazachstan (2.4%). De mediane leeftijd binnen de studiepopulatie bedroeg 66 jaar (range: 47-88 jaar). Er waren binnen de populatie 9 rokers (21.4%) ten opzichte van 23 niet-rokers (54.8%) en 10 ex-rokers (23.8%).
De mediane **BMI** van de populatie lag op 28 kg/m^2 (range: BMI 23-40kg/m^2). Er waren 7 patiënten met een normaal gewicht (≤ BMI 25kg/m^2), 19 patiënten hadden overgewicht (BMI tussen 26-30kg/m^2), 16 patiënten waren obees (BMI tussen 31-40kg/m^2, geen enkele patiënt leed aan morbide obesitas (BMI ≥ 40kg/m^2).
De mediane **LDL** lag op 104mg/dl (range: 44-183), 17 patiënten (40.5%) haalden de streefwaarde voor LDL, namelijk een LDL van minder dan 100 mg/dl, 25 patiënten (59,5%) bezaten een hogere waarde.

Patiëntenkarakteristieken		Aantal (%)
Aantal studiepopulatie:		42 (100)
Geslacht:	**Man**	17 (40,5)
	Vrouw	25 (59.5)
Leeftijd (jr):	**Mediaan**	66
	P25	58
	P75	74
	Minimum	47
	Maximum	88
Origine	**Kaukasisch**	38 (90.5)
	Niet-Kaukasisch	4 (9.5)
Rookstatus	**Roker**	9 (14.3)
	Ex-roker	10 (23.8)
	Niet-roker	23 (85.7)
BMI (kg/m^2)	**Mediaan**	28,5
	P25	26
	P75	34
	Minimum	23
	Maximum	40
LDL-cholesterol	**Mediaan (mg/dl)**	106
	<100 mg/dl	17 (40.5)
	>100 mg/dl	25 (59.5)
Bloeddruk	**Mediaan (mmHg)**	130/70
	<130/80 mmHg*	22(52.4)
	>130/80 mmHg	20(47.6)
HbA1c	**Mediaan (%)**	6.8
	<7%	31 (74)
	>7%	11 (26)
Nuchtere glycemie	**Mediaan (mg/dl)**	129
	≤ 125mg/dl	21 (50)
	>125mg/dl	21 (50)

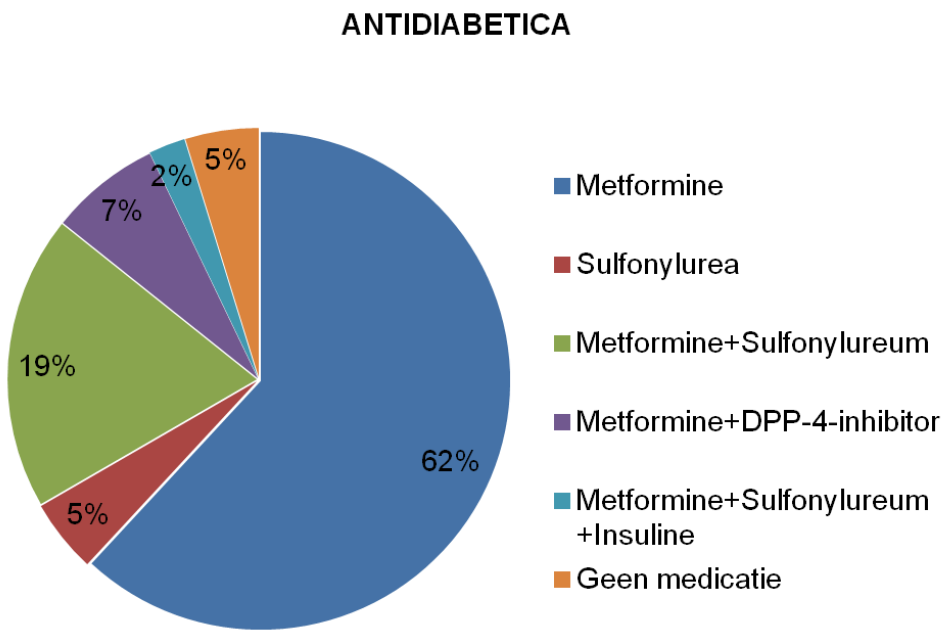
TABEL 2: PATIËNTENKARAKTERISTIEKEN
** Bij nefropathie = streefwaarde van <125/75mmHg*

Wat de **bloeddruk** betreft haalden 22 patiënten (52.4%) het streefdoel (bloeddruk <130/80mmHg), 20 patiënten (47.6%) haalden het streefdoel niet. Bij één patiënt bedroeg bloeddruk 120/65mmHg dus haalde hij de streefwaarde, maar hierbij dient wel de opmerking gemaakt te worden dat bij hem de streefwaarde minder dan 125/75mmHg diende te bedragen gezien zijn chronische nierinsufficiëntie. De mediane bloeddruk bedroeg 130/70mmHg (range: 100/60 -170/90mmHg).

De mediane **HbA1c** lag op 6.8 % (range:5.8-9.1%). Er waren 31 patiënten (74%) met een HbA1c onder de 7%, het streefdoel binnen de diabetesopvolging. Een minderheid, namelijk

11 (26%) van de 42 patiënten had een HbA1c van meer dan 7 % en haalden dus het streefdoel van de diabeteszorg niet. De mediane nuchtere glycemie bedroeg 129mg/dl (range: 92-244mg/dl). Bij 21 patiënten (50%) werd een nuchtere glycemie gemeten waarbij de waarde binnen het streefdoel viel (≤ 125mg/dl), bij de overige 21 patiënten (50%) lag de waarde boven de 125mg/dl.

Van de populatie nam de meerderheid, 28 van de 42 patiënten (66.7%), slechts 1 **antidiabeticum** in, bij de meerderheid (25 patiënten) ging het hierbij over metformine. Dit wordt geïllustreerd in Figuur 2. Twee patiënten (4.8%) namen geen medicatie in. Elf patiënten (26%) namen een combinatie van 2 antidiabetica in. Er was 1 patiënt (2.4%) die 3 types innam, namelijk een combinatie van metformine, een sulfonylureum en insuline. Hij zat niet in het zorgtraject omdat hij zich niet liet opvolgen bij een endocrinoloog.



FIGUUR 2: ANTIDIABETICA

Van de 42 patiënten waren er 22 patiënten (52.4%) die met een statine behandeld werden, 2 patiënten (4.8%) kregen een fibraat gezien het slecht verdragen van statines en 2 patiënten (4.8%) kregen een combinatie van een statine met een fibraat. Er waren 14 patiënten (33.3%) die geen **cholesterolverlagende medicatie** gebruikten.

3.4.2 VOORMETING

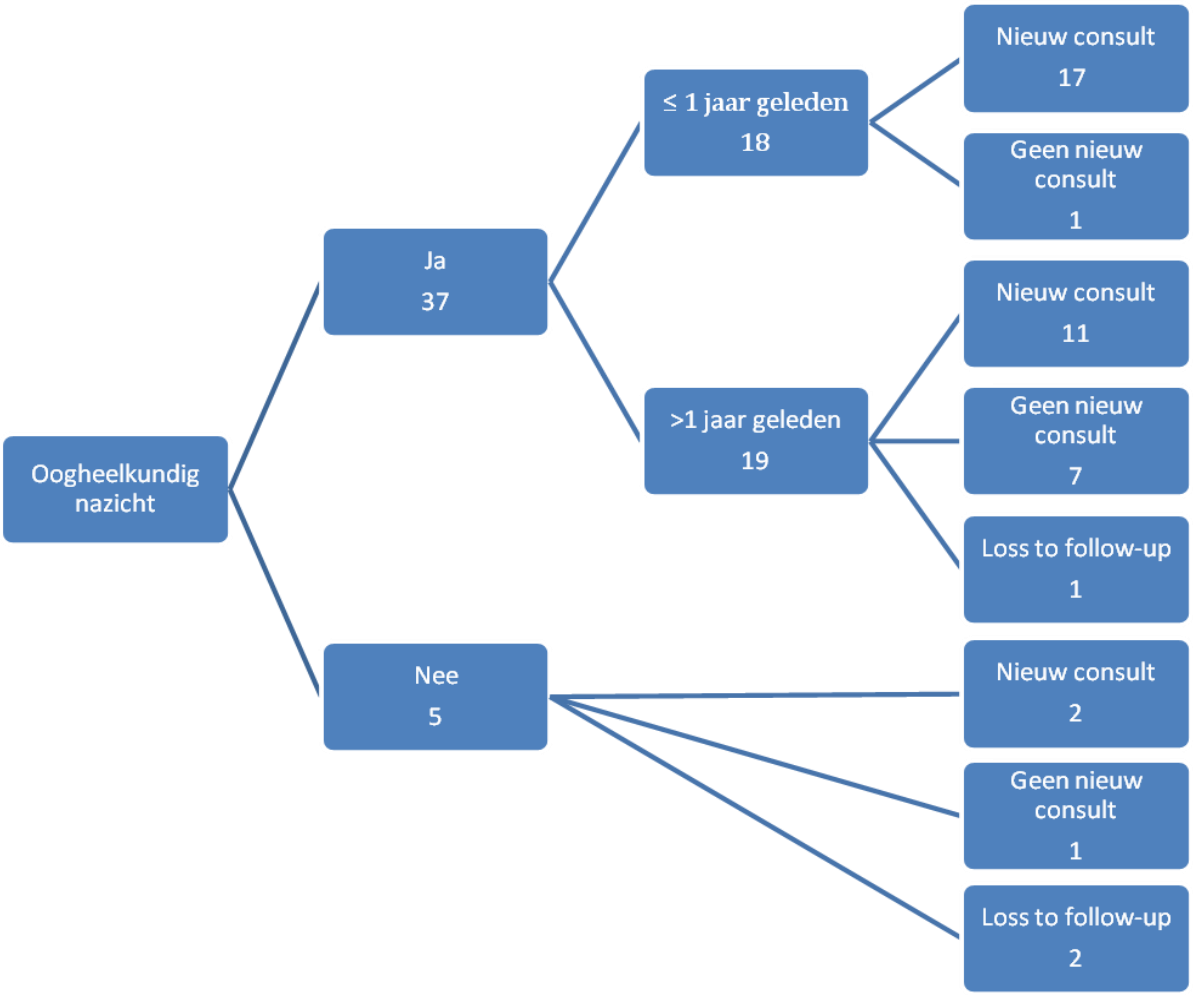
Hieronder worden de te bestuderen variabelen samengevat van voor het consult door de praktijkverpleegkundige.

Bij de meerderheid van de patiënten werd de **diabetespas** nog niet gehanteerd. Er waren slechts 5 patiënten (11.9%) die voordien reeds over een diabetespas beschikten.
Van de 42 patiënten hadden 37 patiënten (88.1%) hun ogen reeds laten controleren bij de specialist. Bij 18 patiënten (42.9%) vond het **oftalmologisch nazicht** in het voorbije jaar plaats. Bij 19 patiënten (45.2%) was het laatste consult meer dan 1 jaar geleden.
De praktijk ontving bij slechts 6 patiënten (14,3%) een **oftalmologisch verslag.** Dat komt neer op 16.2% van de 37 patiënten bij wie reeds een oogheelkundige controle plaatsvond. De 6 verslagen die wel beschikbaar waren, waren allemaal van patiënten die in het voorbije jaar door de oogarts gezien waren en geen enkel verslag was van patiënten die reeds langer dan één jaar niet bij de oogarts op controle waren geweest.
In geen enkel **elektronisch patiëntendossier** was er nota genomen van de navraag naar de oftalmologische controle, bij 5 patiënten werd dit wel schriftelijk bijgehouden aan de hand van de diabetespas.

3.4.3 NAMETING

Hieronder worden de data samengevat van de nameting, dit belicht de studievariabelen 6 maanden na de interventie, namelijk het diabetesconsult door de praktijkverpleegkundige.
Na het diabetesconsult door de verpleegkundige, was er bij alle 42 patiënten een **diabetespas** aangevraagd.
Na de consultatie bij de verpleegkundige waren er 30 patiënten (71.4%) die een **oogheelkundig nazicht** planden; bij 23 patiënten van de 30 patiënten (76,7%) vond deze afspraak plaats in de 6 maanden na het verpleegkundig consult. Bij de overige 7 patiënten (23.3%) werd de afspraak gepland en vastgelegd tussen de 6 en de 12 maanden na het verpleegkundig consult en bijgevolg na het afsluiten van de nameting. Bij 1 van de 7 werd hierbij wel de duur van 1 jaar overschreden, bij de overige 6 lag de afspraak vast volgens de normale jaarlijkse opvolging. Er waren 9 patiënten (21.4%) die nog geen nieuwe afspraak maakten, bij deze 9 patiënten vond het jaarlijks oogheelkundig nazicht voordien ook niet plaats, bij één patiënt vond er nog nooit een oogheelkundig nazicht plaats, bij de 8 andere patiënten was de vorige afspraak al meer dan 1 jaar geleden. Van 3 patiënten (7.1%) is het niet gekend of zij bij de oogarts gingen of niet gezien de opvolging van deze patiënten niet mogelijk was. Twee van deze patiënten lieten hun ogen voordien niet controleren. Er werden bij deze patiënten ook geen oogheelkundige verslagen teruggevonden in het dossier. Van de 5 patiënten die voor het verpleegkundig consult nog nooit op oftalmologische controle gingen, zijn er dus twee patiënten (40%) die een afspraak regelden binnen de 6 maanden, twee patiënten waarbij de opvolging verloren ging en één patiënt die 6 maanden na het consult nog steeds geen afspraak bij de oogarts gemaakt had.

Bij alle 42 patiënten (100%) werd er in het **elektronisch dossier** genoteerd of ze al dan niet bij de oogarts op controle waren geweest of wanneer een volgende afspraak gepland stond. Er werd tevens genoteerd of dat de verwijsbrief was meegegeven.



FIGUUR 3: OOGHEELKUNDIG NAZICHT

Na het meegeven van verwijsbrieven voor de oogarts bij het verpleegkundige consult werden er 15 nieuwe **specialistische verslagen** ontvangen. Er werd dus bij 15 patiënten (65,2%) van de 23 die reeds bij de oogarts langsgingen geantwoord op de meegegeven verwijsbrief. Bij de overige 8 patiënten (34.8%) werd er geen verslag ontvangen. Bij 7 patiënten werd de afspraak pas gepland na het afsluiten van de meting dus kon er nog geen verslag opgemaakt zijn. Van de overige 12 patiënten vond er bij 9, zoals reeds vermeld, geen oogheelkundig consult plaats en waren er 3 loss to follow-up.

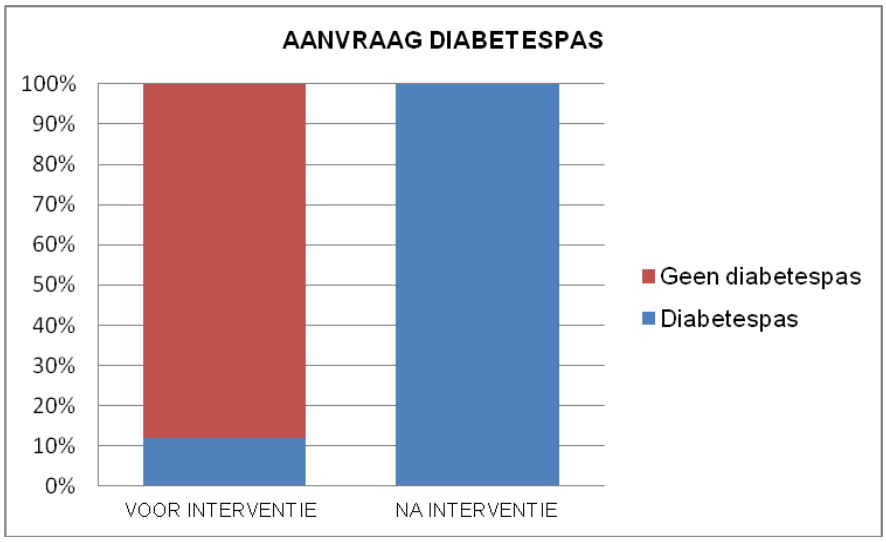
3.5 GEGEVENSVERWERKING: ANALYSE VAN DE DATA

In Tabel 5 wordt de uitgevoerde vergelijkende statistiek opgelijst.

Studievariabelen		VOORMETING Aantal (%)	NAMETING Aantal (%)	McNemar Test
Aantal studiepopulatie:		42 (100)	42 (100)	
Diabetespas:	**Aangevraagd**	5 (11.9)	37 (88.1)	**p<0.001**
	Verlenging	0 (0)	5 (11.9)	
	Niet aangevraagd	37 (88.1)	0 (0)	
Oogheelkundig nazicht :	**< 1 jaar**	18 (42.9)	30 (71.4)	**p=0.002**
	> 1 jaar	24 (57.1)	9 (21.4)	
	Loss to follow-up	0 (0)	3 (7.1)	
	Nota in dossier	0 (0)	42 (100)	
Oogheelkundige verslag	**Ontvangen**	6 (14.3)	15 (35.7)	**p<0.002**
	Niet ontvangen	36 (85.7)	27 (64.3)	

TABEL 5: VERGELIJKENDE STATISTIEK VOORMETING TOV NAMETING
* *Significantienivau werd vastgelegd op α = 0,05*

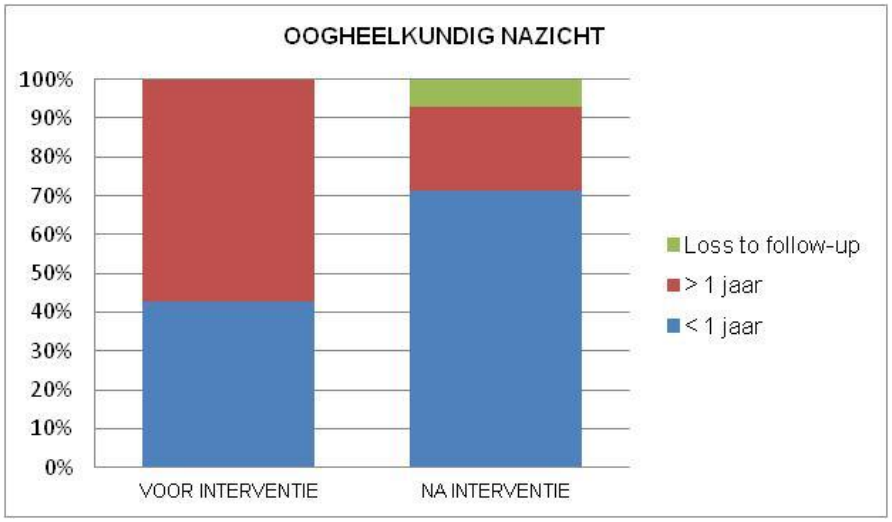
Om na te gaan of de frequentie van **diabetespas-** aanvraag voor en na het diabetesconsult significant verschilde, werd een verdere analyse doorgevoerd op de studiepopulatie. Hierbij werd gebruik gemaakt van de McNemar test. Voor de interventie waren er slechts 5 diabetespassen (11.9%) aangevraagd, na de interventie was de diabetespas aangevraagd bij alle 42 patiënten van de studiepopulatie (100%). Deze significantie (p<0.001) werd eveneens bevestigd met de McNemar test.



FIGUUR 4: AANVRAAG DIABETESPAS TEN OPZICHTE VAN INTERVENTIE

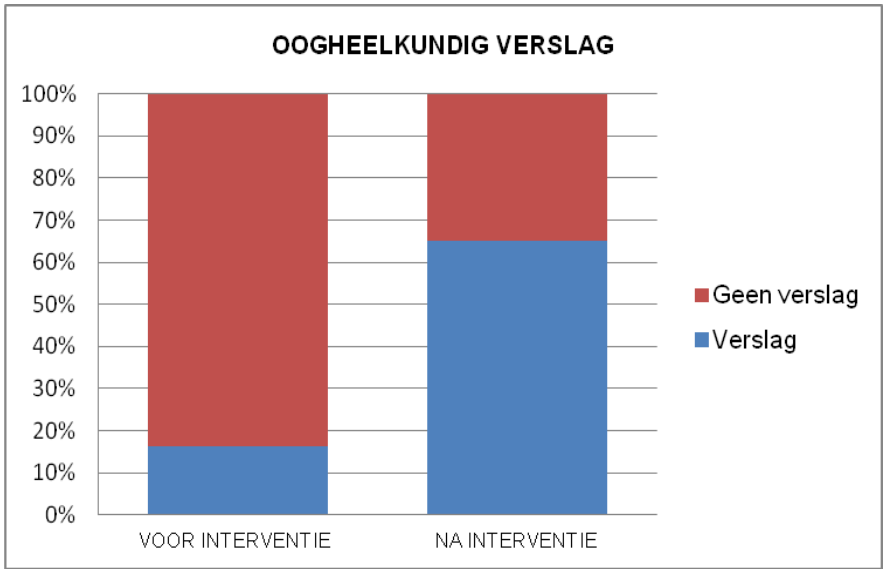
Dezelfde test werd uitgevoerd om na te gaan of de frequentie van **oogheelkunde opvolging** verschilde tussen de voor- en nameting. Hieruit bleek dat er eveneens significant (p=0.002) meer patiënten een oogheelkundig nazicht planden binnen het jaar na

de consultatie bij de verpleegkundige als in het jaar voordien, dit wordt hieronder geïllustreerd in Figuur 5.



FIGUUR 5: OOGHEELKUNDIG NAZICHT TEN OPZICHTE VAN INTERVENTIE

Om te kijken of er significant meer **oogheelkundige verslagen** terugkwamen nadat patiënten een verwijsbrief meekregen van de praktijkverpleegkundige werd er gekeken naar hoeveel brieven er ontvangen waren bij patiënten die voordien op oogheelkundige controle gingen en hoeveel nadien. Voordien hadden 37 patiënten ooit een oogheelkundig nazicht ondergaan, hiervan werden slechts 6 oftalmologische brieven (16,2%) ontvangen. Nadien maakten 30 patiënten een afspraak bij de oogarts, hiervan lag bij 23 patiënten de afspraak voor het afsluiten van de meting. Van deze 23 consultaties werden er 15 verslagen (65,2%) ontvangen. Dit verschil is statistisch significant (p=0.002) en wordt geïllustreerd in Figuur 6.



FIGUUR 6: ONTVANGEN OOGHEELKUNDIGE VERSLAGEN TEN OPZICHTE VAN INTERVENTIE

4. DISCUSSIE

4.1 SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN

Het effect van de interventie is nagegaan bij 42 patiënten met diabetes type II, die in de periode tussen 1 juni en 31 augustus 2012 door de verpleegkundige werden gezien.
Tijdens de **interventie** werd er aandacht besteed aan de aanvraag van de diabetespas. Er werd tevens navraag gedaan naar oogheelkundige opvolging en er werd een verwijsbrief voor de oogarts meegegeven.
De **eindresultaten** van 6 maanden na de interventie toonden een significante verbetering van de studievariabelen. Er werd een hoger aantal diabetespassen aangevraagd, eenduidig genoteerd in het EMD, een hoger percentage patiënten liet zich opvolgen bij de oogarts en ook de communicatie tussen huisarts en oogarts verliep beduidend beter.

4.2 INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN

4.2.1 MEERWAARDE VOOR DE PRAKTIJK

Dit proefproject heeft gezorgd voor een aanzienlijke verbetering van de belichte **studievariabelen**, er werden meer diabetespassen aangevraagd, er werd beter gescreend naar retinopathie en er werden meer specialistische verslagen ontvangen. Alle drie deze streefdoelen worden vermeld als voorwaarden in de richtlijnen van Domus Medica om tot kwalitatief goede zorg te komen omdat ze invloed hebben op verschillende pijlers, namelijk het optimaliseren van de diabeteseducatie, van de screening naar complicaties en van de communicatie met de tweedelijn
De praktijk hecht veel belang aan **preventieve zorg** maar het uitwerken van een preventief beleid vraagt een extra inspanning. Bij de probleemanalyse voorafgaand aan het project kwam er naar boven dat er een grote discrepantie was tussen de diabeteszorg in de praktijk en de opvolging volgens de richtlijnen. Als voornaamste oorzaken hiervoor werd door de artsen tijdsgebrek aangegeven naast het ontbreken van een duidelijke structuur voor de diabetesopvolging binnen de praktijk. De implementatie van een praktijkverpleegkundige binnen de diabeteszorg bood hiervoor de oplossing zonder dat het takenpakket van de artsen extra belast werd. Door de systematische opvolging via een vast consult door de verpleegkundige te laten verlopen is er meer tijd voor de arts om zich te focussen op andere punten in de patiëntenzorg. Dat was voor de praktijk dan ook de grootste meerwaarde van het project. Hoewel er ook systematisch gescreend kan worden door de artsen gebeurde dit niet in de praktijk.
Daarnaast leverde het project ook een **financiële bijdrage**. Per diabetespas werd er in juni en juli 2012 18.62 euro van het RIZIV verkregen, als vergoeding voor de huisarts in deze maanden werden er 24 diabetespatiënten gezien, in augustus werden 18 patiënten gezien

en toen bedroeg deze vergoeding 18,89 euro. Dat komt op 786,9 euro die de praktijk extra ontving over deze 3 maanden gespreid. Dit is onvoldoende om de kost van de aanwerving van een praktijkverpleegkundige te dekken, maar is natuurlijk niet de enige financiële bijdrage die er is. Naast de bijdrage van Impulseo, is er ook nog de extra vergoeding die de praktijk ontvangt voor de GMD+ consultaties en de tijdswinst van de artsen (vb. bij uitvoeren van technische prestaties zoals spirometrie en ECG) die bijdraagt tot de kosteneffectiviteit. De kosteneffectiviteit werd echter niet specifiek belicht gezien dit niet behoorde tot het kader van deze scriptie. Het zou echter wel een interessant uitgangspunt zijn voor toekomstig onderzoek.

4.2.2 STANDPUNT VAN DE PATIËNT

Hoewel het standpunt van de praktijk overtuigend positief was t.o.v. praktijkassistentie, werd het standpunt van de patiënt minder onderzocht. Er zijn een aantal studies die aantonen dat deze manier van praktijkvoering ook **de patiëntentevredenheid** ten goede komt. Ook in dit onderzoeksproject lijkt indirect de aanvaardbaarheid van de patiëntenpopulatie groot te zijn. De meerderheid van de patiënten maakte immers een **vervolgafspraak** bij de verpleegkundige. Ook het opdrijven van de frequentie naar 4x/jaar bleek geen probleem, de meerderheid van de patiënten werd immers 2x gezien in de 6 maanden dat het project liep. Mogelijk is de laagdrempeligheid van zorg een bepalende factor, patiënten dienen immers niet te betalen voor het consult, er zijn geen lange wachttijden en ze kunnen kiezen uit flexibele uren. Daarnaast werd meermaals spontaan door patiënten gemeld dat de tijd die de verpleegkundige voor hen neemt een belangrijke rol speelde in hun welbevinden, want bij de arts is de tijd vaak beperkt. Doordat een groot deel van de onderzoeken reeds bij de verpleegkundige gedaan werd, was er ook meer ruimte binnen het arts-patiëntencontact voor vragen en bedenkingen. Het enthousiasme van de verpleegkundige en de positieve samenwerking tussen artsen en verpleegkundige speelden zeker ook een beduidende rol in het slagen van het project. Het zou echter interessant zijn om hier **verder onderzoek** naar te doen en de patiëntentevredenheid ook wetenschappelijk te meten aan de hand van gevalideerde vragenlijsten.

4.2.3 IMPACT OP GEDRAGSVERANDERING

Het effect van de interventie op het ondernemen van actie, zowel voor de patiënt als voor de specialist, kan uitgelegd worden aan de hand van de stadia van gedragsverandering van **Di Clemente & Prochaska**. Zowel het motiveren tot gedragsverandering van de patiënt/ specialist als het aanhouden van de gedragsverandering komen in dit model aan bod (zie bijlage IV). De factor waarbij de verantwoordelijkheid voornamelijk bij de

praktijkverpleegkundige ligt, is dan ook diegene die het meest verandert. Daarbij spelen immers weinig externe factoren een rol, afgezien van factoren beïnvloed door de praktijk.
De andere variabelen, oogheelkundige opvolging en verslaggeving van de specialist, veranderen eveneens doch minder sterk. Het plannen van een oogheelkundig nazicht vraagt immers een gedragsverandering bij de patiënt. Het ontvangen van specialistische verslagen hangt eveneens voor een groot deel af van factoren die buiten de invloed van de praktijk zelf liggen (o.a. de visie van specialisten op het nut van communicatie met de huisarts, tijdsgebrek bij de specialist, het meenemen van de verwijsbrief door de patiënt, etc.).
Het model van gedragsverandering kan dan ook in de toekomst, bij een vervolgconsult of bij de communicatie met de tweedelijn het uitgangspunt zijn om het effect van de interventie nog te verbeteren en eveneens te consolideren. Zo blijven de positieve effecten van de interventie bewaard blijven en zijn ze niet van korte duur.

4.3 STERKTES EN ZWAKTES VAN HET PROJECT

4.3.1 PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE VERSUS PRAKTIJKASSISTENT

De resultaten bekomen bij dit project zijn gebaseerd op de samenwerking met een verpleegkundige met ervaring in de patiëntenzorg en in het uitvoeren van medisch-technische taken. Deze resultaten zijn dus niet zonder meer te extrapoleren naar de samenwerking met een niet-verpleegkundige praktijkassistent. De internationale literatuur belicht ook voornamelijk het delegeren van taken naar een praktijkverpleegkundige eerder dan naar een praktijkassistent. Het nederlands systeem heeft echter wel aangetoond dat het delegeren van wel omschreven taken naar een goed opgeleide praktijkassistent eveneens tot de mogelijkheden behoort. In België is er echter nog geen eenduidige opleiding tot praktijkassistent.

4.3.2 AANTAL PATIËNTEN

De studiepopulatie bestond slechts uit 42 patiënten. Het werken met relatief kleine aantallen bemoeilijkt het aantonen van statistische significantie, en kan foutieve of niet te interpreteren informatie opleveren. Dat bemoeilijkt ook het extrapoleren van sommige resultaten uit deze studie naar de volledige diabetespopulatie binnen de praktijk, maar ook naar andere praktijkpopulaties toe. De belangrijkste reden achter dit kleine aantal is dat men op korte termijn reeds een eerste analyse wou doorvoeren ter kwaliteitscontrole. Wat de significantie betreft bleken de kleine aantallen voldoende om een duidelijk verschil aan te tonen. Bij het neerschrijven van deze scriptie in februari 2013 waren er sinds juni 2012 al 156 van de 220 diabetespatiënten door de praktijkverpleegkundige gezien in het kader van het diabetesconsult, wat neerkomt op 70.9% van de populatie. Hoewel dit buiten het kader

van deze scriptie valt, werd er ook bij deze groep dezelfde trend gezien in een hogere aanvraag van de diabetespas en van het plannen van het oogheelkundig nazicht.

4.3.3 DUUR VAN DE STUDIE

De korte **periode** waarin de metingen plaatsvonden, namelijk 6 maanden, maakt het moeilijk om het verschil van een variabele zoals het jaarlijks oftalmologisch nazicht te analyseren. Het in kaart brengen van de reeds vastgelegde afspraken bij de oogarts werd hierbij als hulpmiddel gebruikt. Bovendien kan de korte periode eveneens een eerste beeld schetsen van het nut van dit project en van waar de hiaten liggen.

4.3.4 SELECTIEBIAS

Verder moet men rekening houden met een mogelijke selectiebias. Patiënten die naar het diabetesconsult komen zijn mogelijk ook patiënten die meer bezig zijn met hun gezondheid en zich dus ook sneller laten overhalen om naar de oogarts te gaan. Toch kan er aan de **patiëntenkarakteristieken** gezien worden dat het niet enkel om de goed geregelde diabetespatiënten gaat, de studiepopulatie lijkt sterk overeen te stemmen met de diabetespopulatie van België.

Mogelijk is de **studieopzet** ook een bepalende factor in het vastleggen van een afspraak bij de oogarts of het afgeven van de verwijsbrief. Patiënten gaan sneller een afspraak nakomen als ze weten dat dit nadien gecontroleerd zal worden. Dit effect kan echter ook behouden blijven buiten de studie doordat de verpleegkundige bij de volgende consultatie navraag blijft doen waardoor het controle effect van kracht blijft.

4.3.5 STUDIEVARIABELEN

Er worden in deze studie slechts een **beperkt aantal variabelen** belicht, de significante verbetering van de interventie op deze variabelen kan niet geëxtrapoleerd worden naar een effect op ander variabelen zoals gewicht, rookgedrag, etc., aangezien een effect op die variabelen nog meer gedragsverandering zou vragen van de patiënt. Er werden echter buiten de opzet van deze scriptie ook andere variabelen belicht (o.a. voetonderzoek, opsporen microalbuminurie, etc.). Zo werd er voordien geen enkele monofilamenttest uitgevoerd en had er na de interventie bij alle patiënten een **voetonderzoek** plaatsgevonden. Er werd eveneens systematisch gescreend naar **microalbuminurie**, naar **sedentaire levensstijl,** naar **geneesmiddelencompliantie**. Bovendien werd er ook aandacht besteed aan uniform en correct registreren van de opvolging wat de kwaliteit van zorg ook ten goede kan komen. Het effect van het diabetesconsult kan bijgevolg ook groter zijn dan belicht in deze studie. Verder onderzoek hiernaar zou dan ook zeker interessant zijn.

Eén van de studievariabelen, namelijk de **jaarlijkse oogheelkundige screening,** komt in de literatuur ook onder vuur te liggen. Sommige studies beweren dat een twee- of driejaarlijkse screening kostenefficiënter zou zijn bij patiënten met een laag risico. De richtlijnen spreken echter nog steeds van jaarlijkse screening. Bovendien laten zich op dit moment nog te weinig mensen screenen waardoor het nut van systematisch navraag doen groot blijft. Het in kaart brengen van wie zich wanneer laat opvolgen, biedt ook mogelijkheden in het geval dat de richtlijnen veranderen. Zo kan de praktijkverpleegkundige dan per doelgroep motiveren tot screening.

4.3.6 GROEPSPRAKTIJK

Een belangrijke beperking in het extrapoleren van de resultaten naar andere huisartspraktijken is dat de studie opgezet werd in een relatief grote groepspraktijk waar de implementatie van een praktijkverpleegkundige een meer voor de hand liggende keuze is dan voor kleinere praktijken of solopraktijken. Dat draagt immers voor belangrijke mate bij aan de goede resultaten o.a. door de grotere patiëntenpopulatie, de financiële mogelijkheden, de beschikbare ruimte, etc. Door **Impulseo** II en III en door **samenwerking** van kleinere praktijken zal er in de toekomst echter meer en meer vraag zijn naar praktijkassistentie.

4.4 TOEKOMST VAN HET PROJECT

Er werd in de praktijk besloten dat het project als een succes mag gezien worden voor het praktijkhandelen. Er werd dan ook in consensus besloten dat de diabetesconsultaties verder gepland zullen worden op dezelfde wijze als geïnitieerd en dat ze dus een **vast onderdeel** zullen uitmaken van de **praktijkvoering**. Na één jaar zal er opnieuw geëvalueerd worden hoe het project loopt en of de motivatie even groot blijft. Er zal dan ook opnieuw bekeken worden of de vervolgconsultaties bij de arts nog noodzakelijk blijven, bij de tussentijdse evaluatie werd dat echter niet als storend ervaren.

Zoals hierboven aangegeven belicht dit proefproject slechts een klein deel van de zorg. Er zijn nog veel mogelijkheden om de kwaliteitsverbetering van deze nieuwe praktijkhandeling verder te onderzoeken. Zo kan het voetonderzoek een volgend uitgangspunt zijn voor verdere analyse of de aanvaardbaarheid voor de patiënt.

5 CONCLUSIE

Diabetes treft 1 op 20 Belgen en is verantwoordelijk voor een belangrijke morbiditeit en mortaliteit. Naast het behandelen van diabetespatiënten heeft het correct opvolgen bewezen complicaties te verminderen. De diabetesopvolging volgens de richtlijnen laten verlopen blijft echter een uitdaging waar heel wat Belgische huisartsen mee kampen, vnl.

gezien de zware tijdsinvestering. Het implementeren van een praktijkverpleegkundige zou hierop antwoord kunnen bieden.

Dit project heeft getracht aan te tonen dat door middel van het implementeren van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg, de opvolging van de diabetespatiënten beter de richtlijnen kan benaderen. Door het diabetesconsult, uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige, werden er meer diabetespassen aangevraagd, planden meer patiënten een oogheelkundige controle en werden er meer oogheelkundige verslagen ontvangen. Er werd een duidelijke verandering aangetoond van deze parameters zonder dat dit een extra belasting vormde voor de arts. De grote meerderheid van de patiënten liet zich ook verder opvolgen via dit systeem en maakte een vervolgafspraak bij de praktijkverpleegkundige.

Hoewel dit een mooi resultaat is en het diabetesconsult verder deel zal uitmaken van het praktijkhandelen, blijft het belangrijk om over dit resultaat te waken. Het verder motiveren van de patiënten, van de praktijkverpleegkundige en van de artsen rond de werking van het diabetesconsult moet er nu voor zorgen dat dit resultaat niet van korte duur is maar geïmplementeerd blijft in het handelen van de praktijk.

In de toekomst zou hetzelfde systeem kunnen worden gebruikt om de opvolging van andere chronische aandoeningen, zoals COPD, cardiovasculair management, te optimaliseren. Het blijft echter moeilijk om de resultaten van deze handeling te extrapoleren naar andere huisartspraktijken, zoals in de praktijken van soloartsen. Doch met de Impulseo-regeling wordt meer mogelijk. Verder onderzoek hiernaar is nodig alsook naar andere mogelijkheden zoals een praktijkverpleegkundige delen met verschillende praktijken. Kwaliteitsmonitoring is vereist om te meten in welke mate de implementatie van een praktijkverpleegkundige in de diabeteszorg een effect heeft op de procesindicatoren en patiëntenuitkomsten. Verder onderzoek daarnaar, zowel op nationaal vlak als voor de individuele praktijk, dringt zich op om tot een verbeterde zorg te komen.

6 REFERENTIELIJST

1. Rutten GEHM DGW, Nijpels G, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (Tweede herziening). Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.

2. Wens J. SP, Nobels F., et al. P. WVVH-VDV Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Diabetes Mellitus type 2. BERCHEM/GENT: WVVH/VDV. 2005.

3. Nobels F AM, Samyn E, et al. . DiabetesProjectAalst: Chronic Disease Management. . Vlaams Tijdschrift voor Diabetologie 2008;1(7-13).

4. Mathieu C. NF, Peeters G., et al. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. Brussel :

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE)

KCE reports. 2006;27A, ref. D/2006/10.273/07.

5. Cuypers R. GD, Nicolai G. . Draaiboek praktijkassistente voor de huisartsenpraktijk. . Berchem: Domus Medica, project HUSAM. 2006.

6. Engels Y MHeHP. Het aantal taken van de praktijkassistente in

de huisartsenpraktijk is toegenomen. Huisarts&Wetenschap. 2004;47:325-30.

7. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005(2):CD001271.

8. Bussemakers H. Taakherschikking en taakverdeling in de huisartspraktijk: de

taakverdeling tussen huisarts, praktijkassistente, praktijkondersteuner en nurse

practitioner. . Leiden: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. 2006.

9. Geeraert F. Aan de slag met een praktijkassistent(e): opstellen van een takenlijst en uitwerken van procedures. 2009-2010.

10. Voogdt-Pruis H. BG, Gorgels T., et al. CVRM door een praktijkverpleegkundige is effectief. Huisarts & Wetenschap. 2010;7(53):362-7.

11. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moore W, Sutton D, Peterson BL, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 1998 Oct 15;129(8):605-12.

12. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002 Apr 6;324(7341):819-23.

13. Fokkens AS, Wiegersma PA, Reijneveld SA. Organization of diabetes primary care: a review of interventions that delegate general practitioner tasks to a nurse. J Eval Clin Pract. Feb;17(1):199-203.

14. Fong DS, Aiello L, Gardner TW, King GL, Blankenship G, Cavallerano JD, et al. Diabetic retinopathy. Diabetes Care. 2003 Jan;26(1):226-9.

15. Polak BC, Hartstra WW, Ringens PJ, Scholten RJ. [Revised guideline 'Diabetic retinopathy: screening, diagnosis and treatment']. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008 Nov 1;152(44):2406-13.

16. Sinclair SH, Delvecchio C. The internist's role in managing diabetic retinopathy: screening for early detection. Cleve Clin J Med. 2004 Feb;71(2):151-9.

17. Mohamed Q, Gillies MC, Wong TY. Management of diabetic retinopathy: a systematic review. JAMA. 2007 Aug 22;298(8):902-16.

BIJLAGE 1: DIABETESMODULE EMD

- **diabetesconsult praktijkassistent**
  - datum diabetespas:
  - zorgtraject diabetes type 2:
  - biometrie:
    - biometrie:
      - gewicht:
      - gestalte (cm):
      - body mass index:
      - bloeddruk:
        - systolische bloeddruk:
        - diastolische bloeddruk:
  - rookgewoonten:
  - lichaamsbeweging:
  - glucose [nuchter]:
  - HbA1c:
  - geneesmiddelcompliance:
  - diëtetiek:
    - dieetkuur:
      - compliance:
      - datum laatste contact:
      - datum volgende raadpleging:
      - diëtist(e):
      - verwijsbrief:
  - voetonderzoek:
    - voetonderzoek:
      - voetcontrole:
      - oedeem onderste ledematen:
      - monofilament:
  - podologie:
  - cholesterol totaal:
    - cholesterol totaal:
      - cholesterol totaal:
      - triglyceriden:
      - HDL cholesterol:
  - creatinine:
  - microalbumine [U]:
  - EKG:
  - oogonderzoek:
    - oogarts:
      - datum laatste contact:
      - datum volgende raadpleging:
      - specialist:
      - oogfundus:
      - verwijsbrief:
  - volgende controle:
    - volgende controle:
      - actieplan:
        - nota verpleegkundige:
  - advies:

BIJLAGE 2: UITNODIGINGSBRIEF DIABETESCONSULT

Ledeberg, 16/03/2012

Betreft: uitnodiging voor het diabetesconsult

Geachte heer, geachte mevrouw,

Met de praktijk willen we onze diabetesopvolging optimaliseren. Als huisarts vinden wij het belangrijk om ernstige aandoeningen zoals diabetes nauw op te volgen.

Tot 4x maal per kalenderjaar kan elke diabetes patiënt die bij ons een GMD heeft, een diabetes-consult in onze praktijk aanvragen. Dit consult zal gebeuren aan de hand van onze verpleegkundige, die hiervoor een speciale vorming kreeg. Voor dit consult zullen er u geen kosten aangerekend worden.

Tijdens dit diabetes-consult zullen volgende zaken aan bod komen:
- Voetcontrole
- Bloeddrukcontrole, gewichtscontrole
- Bloedafname: suiker, nierwaarden, urine-onderzoek en cholesterol
- Vragen met betrekking tot de levenswijze, tot opvolging bij de oogarts, tot vraag naar gespecialiseerde dieethulp

Iedereen die deze brief ontvangen heeft, wordt telefonisch gecontacteerd door onze verpleegkundige die samen met u het preventief consult zal vastleggen.
Nadien zal er een vervolgconsult worden voorzien bij de arts voor bespreking van de resultaten en voor verlenging van medicatievoorschriften

Wij danken u ten zeerste om uw deelname te overwegen en zijn steeds tot verdere inlichtingen bereid.

Met vriendelijke groeten,

Huisartsenpraktijk Ledeberg, 09/231.28.22

Dr Jean-Pierre Matthijs, Dr Dirk Feys, Dr Bart Van de Velde, Dr Marian Van Melckebeke ,

Dr Karen Haenebalcke, Dr Sofie Claeys, Dr Ellen Van Puyvelde,

Dr Jeroen Polfliet en Dr Sofie Vande Walle

MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

HET IMPLEMENTEREN VAN VERPLEEGKUNDIGE HULP IN DE PRAKTIJK: EEN MEERWAARDE VOOR DE DIABETESOPVOLGING?

INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PATIENT(E) ALS PROEFPERSOON

Geachte patiënt(e),

Als huisarts-in-opleiding wordt er van ons verwacht om een masterproef te schrijven betreffende een door ons uit te voeren onderzoeksproject in de eerste lijn. Mijn onderzoeksproject zal gaan over de meerwaarde van verpleegkundige hulp in een huisartspraktijk met betrekking tot de diabetesopvolging.

HET ONDERZOEKSPROJECT

Sinds kort werken wij in onze praktijk met een verpleegkundige als praktijkassistent. Het takenpakket van deze verpleegkundig zal zich o.a. richten op patiëntenvoorlichting.

We bemerken dat de opvolging van diabetespatiënten vaak te weinig gestructureerd verloopt. Voor het systematiseren van deze opvolging zal de verpleegkundige dan ook mee ingeschakeld worden.

Het doel van dit onderzoeksproject is dan ook na te gaan of een consultatie bij de verpleegkundige ervoor zorgt dat diabetespatiënten beter gecontroleerd worden en dit in het bijzonder wat betreft de opvolging van hun ogen.

Voor dit onderzoek nodigen wij onze diabetespatiënten uit voor een diabetesconsult bij onze verpleegkundige. Tijdens dit consult zal er navraag gedaan worden naar uw recente oogheelkundige controle. Op het einde van dit onderzoek en dus na uw controle bij de verpleegkundige zal er opnieuw gecontroleerd worden hoe het met de oogheelkundige opvolging gaat.

Dit zal ons in staat stellen om te kijken of er meer diabetes patiënten jaarlijks hun ogen laten controleren als zij hier systematisch aan herinnerd worden.

VERTROUWELIJKHEID

Uw medische gegevens zijn vertrouwelijk en zullen ook zo verwerkt worden en dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer (Belgische wet van 8 december 1992 en 22 augustus 2002). Uw naam of identificerende gegevens worden niet gebruikt in rapporten of publicaties die uit dit onderzoek voortvloeien.

VRIJWILLIGE DEELNAME

Uw deelname aan dit onderzoek is vrijwillig en u kan zich dan ook op elk moment terugtrekken uit de studie. Dit wil zeggen dat niet deelname of het zich terugtrekken uit de studie geen gevolgen zal hebben voor uw verdere functioneren . Als u zich uit dit onderzoek terugtrekt zullen uw gegevens niet verwerkt worden.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u me altijd contacteren.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Sofie Vande Walle, Huisarts-in-opleiding

J. Eggermontstraat 30, 9050 Ledeberg

09/231.28.22

MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

HET IMPLEMENTEREN VAN VERPLEEGKUNDIGE HULP IN DE PRAKTIJK: EEN MEERWAARDE VOOR DE DIABETESOPVOLGING?

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE PATIENT(E) ALS PROEFPERSOON

1. Ik bevestig dat men mij alle uitleg gegeven over dit onderzoek.
2. Ik bevestig dat ik dit toestemmingsformulier gelezen en begrepen heb en dat al mijn vragen naar tevredenheid zijn beantwoord.
3. Ik stem vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek en men heeft me uitgelegd dat ik me op elk ogenblik terug kan trekken uit dit onderzoek terug te trekken zonder dat dit nadelige gevolgen voor mij zal hebben.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Door het ondertekenen van dit toestemmingsformulier doe ik geen afstand van mijn wettelijke rechten. Ik ontvang een getekend en gedateerd exemplaar van dit toestemmingsformulier.

Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek en naar de persoonlijke bevraging door de onderzoeker over mijn opvolging bij de oogarts in de voormeting.

Door de deelnemende patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Patiënt: Naam in blokletters	Handtekening	Datum handtekening

Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek en naar de persoonlijke bevraging door de onderzoeker over mijn opvolging bij de oogarts in de nameting.

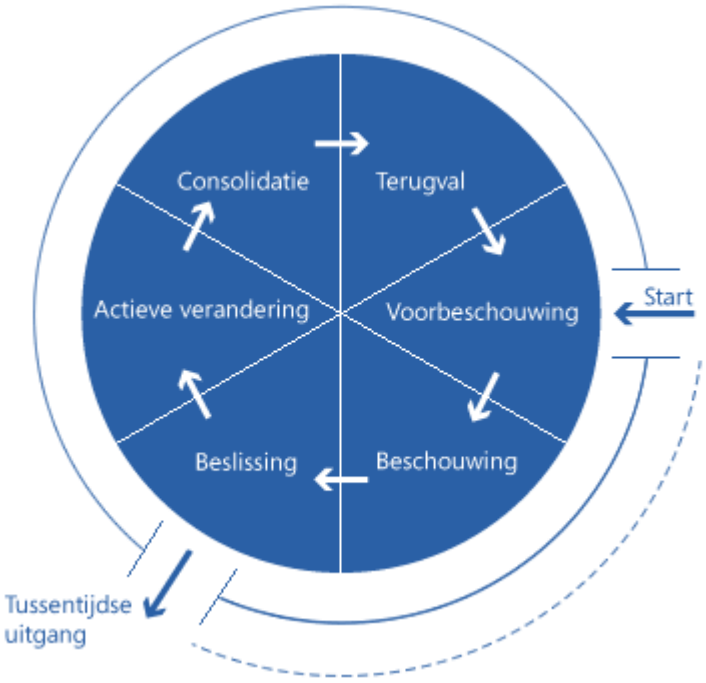
Door de deelnemende patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Patiënt: Naam in blokletters	Handtekening	Datum handtekening

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit onderzoeksproject, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt(e).

Onderzoeker: Naam in blokletters	Handtekening	Datum handtekening

BIJLAGE 4: GEDRAGSVERANDERING VOLGENS DI CLEMENTE EN PROCHASKA



MODEL VAN GEDRAGSVERANDERING VAN PROCHASKA EN DICLEMENTE

Het effect van de interventie op het ondernemen van actie kan uitgelegd worden aan de hand van de stadia van gedragsverandering van Di Clemente & Prochaska. Zowel het motiveren tot gedragsverandering van de patiënt/specialist, als het aanhouden van de gedragsverandering komen in dit model aan bod.

OOGHEELKUNDIGE OPVOLGING

Voor een significant deel van de patiënten bleek de minimale interventie (het bevragen van de controle, het aanraden een controle te plannen en het meegeven van de verwijsbrief) reeds voldoende om actie te ondernemen. Voor de patiënten die geen actie ondernamen bleek deze aanpak dus onvoldoende.

Als de gedragsverandering van de studiepopulatie m.b.t. de oogheelkundige opvolging via dit model in kaart wordt gebracht krijgt men het volgende:

De **voorbereidingsfase**: In dit stadium is de patiënt zich niet bewust van de nood om een oogheelkundig nazicht te plannen. In dit project zijn de meeste patiënten deze fase al voorbij. De meerderheid van de patiënten heeft in het verleden reeds een oogheelkundige controle achter de rug en is zich wel bewust van het belang van oogheelkundige opvolging. Van de 5 patiënten die nog nooit een oogheelkundige controle hadden gepland

(precontemplatie fase) bleek na de interventie ook slechts de minderheid (40%) een controle te plannen binnen de 6 maand. Bij deze patiënten zou extra motivering noodzakelijk zijn. De rol van de verpleegkundige zou in deze fase voornamelijk moeten liggen op het bewust maken van de patiënt van de noodzaak tot opvolging.

In de **fase van beschouwing** is de patiënt zich bewust van de noodzaak om zich te laten opvolgen, maar er zijn nog geen concrete afspraken rond gemaakt en hij ziet deze opvolging nog niet voor in de nabije toekomst. Dit is de fase waarin een groot deel van de patiënten zich bevonden tijdens de voormeting. In deze fase is het belangrijk voldoende informatie te bezorgen en de voor- en nadelen van opvolging uit te leggen. Wanneer de patiënt dan beslist effectief een afspraak te plannen bevindt deze zich in de **beslissingsfase**. In deze fase is het belangrijk dat de beslissing concreet gemaakt wordt. Verwijsadressen worden meegegeven en een verwijsbrief en er wordt gesproken over de termijn waarin deze afspraak dient te vallen. Onvoldoende motivatie en kennis liggen hier vooral aan de basis van het uitblijven van de actie; dit dient zoveel mogelijk opgevangen te worden tijdens het consult bij de verpleegkundige.

Eens de beslissingsfase voorbij is volgt **de actiefase**. Hier heeft de praktijk weinig invloed op, de patiënt maakt de afspraak thuis en moet ook zelfstandig de afspraak nakomen; navraag over het nakomen van de afspraak bij een volgend opvolgconsult kan hier een hulpmiddel zijn. Er is immers bewezen dat het idee gecontroleerd te worden, (vb. in een studie opzet) een extra motivatie kan zijn. Na deze fase komt ongetwijfeld de moeilijkste fase, **de consolidatiefase.** In deze fase is het de bedoeling dat de patiënt het nieuwe gedrag volhoudt en dat de oogheelkundige opvolging dus verder jaarlijks gepland wordt. Een goede organisatie (vb. reeds vastleggen van vervolgconsulten) en geregeld een bevestiging van het nut van verdere opvolging zijn sleuteltools in deze consolidatiefase. Wanneer de patiënt immers weinig feedback krijgt is de kans reëel dat hij terug in zijn oud gedrag vervalt. Deze fase heet dan ook **de fase van terugval**. Een terugval naar het oud gedrag is natuurlijk jammer ,maar dit hoeft niet onmiddellijk te betekenen dat het project mislukt is.

Permanente gedragsverandering verloopt zelden zonder obstakels, veranderen van gedrag is soms vijf stappen vooruit nemen en drie terug.

COMMUNICATIE MET DE TWEEDE LIJN

Dezelfde cirkel kan uitgewerkt worden voor het motiveren van specialisten tot het sturen van verslagen naar de huisarts. Voor sommige specialisten bleek het ontvangen van een verwijsbrief een voldoende motivatie, maar een aanzienlijk deel van de specialisten bleek toch nog steeds geen verslag door te sturen.

De artsen die het belang niet inzien van het sturen van een verslag zitten in de **precontemplatiefase,** zij dienen bewust gemaakt te worden van de waarde van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Dit kan door het persoonlijk contacteren van de oogartsen van wie geen verslagen worden ontvangen, maar dit kan ook door reeds in de opleiding tot oogarts hier extra belang aan te hechten. De artsen die zich wel bewust zijn van het nut, doch nog geen actie ondernomen hebben zitten in de **contemplatiefase**, zij kunnen eveneens verder gemotiveerd worden om de communicatie met de huisarts te verbeteren. In de **beslissingsfase** kan men de specialist helpen bij het versturen van een verslag door de drempels weg te nemen, o.a. het meegeven van een verwijsbrief met nuttige informatie voor de specialist (vb. HbA1c, medicatielijst), de samenwerking bekrachtigen via de diabetespas, de contactgegevens van de huisartspraktijk doorgeven. Tijdens de **actiefase** ligt de verantwoordelijkheid bij de specialist zelf. Ook hier is het belangrijk om **terugval** te voorkomen, dit kan door het opnieuw meegeven van verwijsbrieven bij de jaarlijkse opvolging. Om over de **consolidatiefase** te bewaken kan men aan de verwijsbrieven een positieve bekrachtiging toevoegen, zo kan er bij deze verwijsbrieven de opmerking toegevoegd worden “met dank voor het vorige verslag” om verdere communicatie te stimuleren.