Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan

Een praktijk verbeterend project

Thesis ter behalen van de graad Master in de huisartsgeneeskunde 2012-2013

Haio: Miek Smeets

Promotor: Prof. Bert Aertgeerts

Co-promotor: Vpk. Janneke Ronse

Praktijkopleider: Dr. Lieve Seuntjens

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 2

Abstract 4

Motivatie 6

Deel 1: Beïnvloedende factoren bij taakdelegatie: Literatuurstudie 7

Inleiding 7

Methode 8

1. Inclusiecriteria 8
2. Zoekstrategie 9

Resultaten 10

1. Communicatie 12
2. Taakverdeling, rol van de verpleegkundige, arts als juridisch eindverantwoordelijke 12
3. Attitude arts 13
4. Infrastructuur 13
5. Opleiding 13
6. Werkbelasting, verandering van job omschrijving 14
7. Preventie 14

Discussie 14

Besluit 15

Deel 2: Beïnvloedende factoren bij taakdelegatie: Focusgroepen 16

Inleiding 16

Methode 17

Resultaten 18

1. Visie op taakdelegatie 18
2. Beïnvloedende factoren 20

Discussie 25

Deel 3: Praktijk verbeterende interventie: Implementatie van een verpleegkundig preventieconsult 27

Inleiding 27

Methode 29

Resultaten 33

1. Hoe verloopt de implementatie van een verpleegkundig preventieconsult? 33

2. Kan delegatie van (delen van) het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige, binnen een forfaitaire groepspraktijk, uitvoering van preventie verbeteren? 36

Discussie 39

Besluit 41

Dankwoord 43

Referenties 44

Appendix 46

Appendix 1: Zoektermen literatuurstudie

Appendix 2: Samenstelling praktijk

Appendix 3: Topic guide focusgroepen

Appendix 4: Protocol preventieconsult

Appendix 5: Uitnodiging preventieconsult

Appendix 6: Vragenlijst patiënten tevredenheid

Abstract

Context Taakdelegatie is één van de strategieën om de organisatie van een huisartspraktijk te moderniseren. In 2010 introduceerde Domus Medica de Gezondheidsgids, een instrument dat de huisarts in staat stelt om voor elke patiënt een preventieplan op maat te ontwikkelen. Een verpleegkundige kan dit takenpakket op basis van de Gezondheidsgids opnemen. Dit praktijk verbeterend project vond plaats in een grote, forfaitaire groepspraktijk waar vooraf al heel wat taken werden gedelegeerd.

Onderzoeksvragen

1. Wat zijn beïnvloedende factoren voor huisartsen en verpleegkundigen bij taakdelegatie in de eerstelijnsgezondheidszorg?
2. Hoe verloopt de implementatie van een evidence-based verpleegkundige interventie?
3. Kan delegatie van (delen van) het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige, binnen een forfaitaire groepspraktijk, uitvoering van preventie verbeteren (m.b.t. indicatoren en patiënten tevredenheid)?

Methode Een literatuuronderzoek werd uitgevoerd en focusgroepen werden gepland, één met artsen, één met verpleegkundigen. Op basis van de remmende en bevorderende factoren, de Gezondheidsgids en praktijkafspraken werd er een protocol gemaakt voor het verpleegkundig preventieconsult en werden er multidisciplinaire afspraken gemaakt rond opleiding, doelgroep, doorverwijzing, inhoud, ... Alle patiënten van 50 jaar (°1962) (n=29) kregen een uitnodigingsbrief per post (= groep 1). Daarnaast konden patiënten tussen 40 en 75 doorverwezen worden door hun arts of verpleegkundige (= groep 2). De praktijk verbeterende interventie liep gedurende 3 maanden. Er vond een voor-en nameting plaats. De data werden geanalyseerd met SPSS21.

Resultaten In de literatuur kwamen communicatie, taakverdeling, de arts als juridisch eindverantwoordelijke, attitude van de artsen, infrastructuur, opleiding en werkbelasting/werk inhoud naar voren als beïnvloedende factoren. Meer specifiek voor preventie werden te weinig tijd, weinig interesse en motivatie van artsen en patiënten als remmende factoren genoemd. Positieve feedback van patiënten werd dan weer als positief beschreven. Dezelfde factoren kwamen terug in de focusgroepen. In tegenstelling tot de literatuur haalden de artsen in de focusgroepen ook verlies van arts-patiënt relatie aan. De verpleegkundigen gaven aan dat zoeken naar de invulling van hun rol zwaar was.

In totaal kwamen 55 patiënten op preventieconsult (14/29 groep 1, 41 groep 2). De uitnodigingsbrief had een zeer beperkt effect (1/14 kwam enkel door de brief). Door een doelgroep op basis van leeftijd te selecteren werd een groep patiënten bereikt die gemiddeld minder vaak op consultatie komen en minder goed in orde waren als de patiënten die doorverwezen werden door de artsen. Het verpleegkundig preventieconsult zorgde voor een significante verbetering van alle preventieve indicatoren (aantal tetanusvaccinaties, uitstrijkjes, rookstopadviezen, ...). Alle vooropgestelde SMART

doelen werden ruimschoots gehaald. De algemene tevredenheid met het consult was hoog (95,1%, n=40/42). Een consult duurde gem. 30 min, verwerking in het EMD van de vragenlijst gem. 13 min.

Conclusies Het verpleegkundig preventieconsult was een succesvolle praktijk verbeterende interventie gepaard met een hoge patiënten tevredenheid. Voor de toekomst konden er lessen getrokken worden uit de selectie van de doelgroep (best systematisch; bv op basis van leeftijd), methode van uitnodigen (brief zeer weinig effect, persoonlijke aanspreking beste) en tijdsinvestering.

E-mail mieksmeets@hotmail.com

Trefwoorden Taakdelegatie – Praktijkverpleegkundigen – Preventie

Motivatie

In groepspraktijk 'De Bres' in Deurne, waar ik opgeleid ben als HAIO, werken vier praktijkverpleegkundigen en tien huisartsen. De praktijk maakt deel uit van Geneeskunde voor het Volk en werkt volgens het forfaitair systeem. De praktijkverpleegkundigen namen, voor aanvang van deze Manama, al een heel aantal taken voor hun rekening. Hun takenpakket bestaat uit thuisverpleging, verpleegkundige consultaties en medisch-technische prestaties. Ook geven ze gezondheidsvoorlichting en nemen ze een aantal administratieve taken op zich. Concreet zijn zij binnen de praktijk o.a. verantwoordelijk voor INR opvolging, bloednames, cryotherapie, EKG afname, diabetes kwartaal controles en diabeteseducatie, opvolging van gewicht en dieet bij kinderen met obesitas, educatie bij thuisbloeddrukname, wond zorg, het griepvaccinatie programma en andere vaccinaties, uitspuiten van oren, de intake van nieuwe patiënten, invoeren van specialisten verslagen in het EMD, ...

Gezien de positieve ervaringen binnen de praktijk met betrekking tot taakdelegatie was er vraag naar verdere uitbreiding van het takenpakket van de verpleegkundigen. Nog voor ik in de praktijk kwam werken (2010) had men het plan opgevat om de praktijkverpleegkundigen in te schakelen voor preventie. Door andere projecten werd de uitvoering ervan echter op de lange baan geschoven. Preventie is een actueel thema sinds Domus Medica in 2010 de Gezondheidsgids introduceerde, een evidence-based en praktijkgericht instrument dat de huisarts in staat moet stellen om voor elke patiënt een preventieplan op maat te ontwikkelen. [15] De Gezondheidsgids is een eerder protocollair instrument, wat het geschikt maakt als basis voor taakdelegatie. Tegen deze achtergrond ontstond het idee om in de praktijk een verpleegkundig preventieconsult te introduceren. Ik nam dit project met veel interesse op als onderwerp voor mijn Manama-thesis.

Naast het belang van de inhoud van de verpleegkundige interventie, is ook het organisatorische aspect niet te verwaarlozen. Het inschakelen van een praktijkverpleegkundige vergt heel wat management-en organisatie vaardigheden van de huisarts. [3,4] Hierin worden wij als huisartsen niet opgeleid hoewel dat dit een groot deel van ons dagelijks takenpakket omvat. Hoe pak je het aan om een evidence-based verpleegkundige interventie op te zetten in de huisartspraktijk? Is dit haalbaar voor de huisarts? Brengt de tijdsinvestering voldoende tijdswinst op? Als leidraad voor de implementatie van dit praktijk verbeterend project gebruikte ik het boek "Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg".[18] Gelijklopend maar meer specifiek gericht op de implementatie van een evidence-based verpleegkundige interventie is er de methode van Van Meijel et all. [14]

David Vanneste, HAIO bij Geneeskunde voor het Volk in Hoboken, koos ervoor om volgens dezelfde methode een praktijk verbeterend project op te zetten in zijn praktijk. [14,18]

Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan?

Literatuurstudie: Beïnvloedende factoren bij taakdelegatie

M. Smeets. J. Ronse. A. Van Linden. L. Seuntjens. B. Aertgeerts.

Inleiding

In België bestaat er momenteel, in vergelijking met andere landen, geen absoluut tekort aan huisartsen. Een toenemende takenlast door verschillende maatschappelijke evoluties zullen echter in de toekomst veranderingen in de organisatie van het Belgisch Gezondheidszorgsysteem en de betrokken werkkrachten noodzakelijk maken. Taakdelegatie is één van de strategieën om de organisatie van de huisartspraktijk te rijmen met de op handen zijnde evoluties in de gezondheidszorg (o.a. vergrijzing, verminderde aantrekkelijkheid van het beroep, ...). [1,2,3]

Wat het effect is van de introductie van een praktijkverpleegkundige op de kwaliteit van de zorgverlening, ging N. Lenders na in haar Manama via een literatuuronderzoek.[4]
Een vaak weerkerend resultaat in studies is dat verpleegkundigen parameters strikter opvolgen, patiënten nauwer opvolgen (meer consulten, meer medicatie, meer niet-medicamenteuze interventies), met op het einde van de rit betere resultaten wat parameters betreft.[5,6,7] Er ontbreken tot op heden echter lange termijn studies en studies die het effect nagaan op de morbiditeit en de mortaliteit van patiënten. [4] Er werd bovendien gezocht naar studies die een effect aantonen op de werklast van artsen. Eén Nederlandse RCT kon geen effect aantonen, noch op de objectieve als op de subjectieve werklast van artsen na introductie van een praktijkverpleegkundige. Een mogelijke verklaring is dat verpleegkundige consultaties een aanvulling betekenen voor het werk van de arts, eerder dan een vervanging. Ook hier ging het echter slechts om een korte termijn studie, bijkomende studies op lange termijn zijn noodzakelijk. [8] In diverse studies werd aangetoond dat een praktijkverpleegkundige wel een positieve invloed heeft op de werkdruk van artsen en de directe gezondheidskosten. Wat kosteneffectiviteit betreft zijn de resultaten van de gevonden studies echter heel uiteenlopend gezien dit afhankelijk is van de gezondheidscontext waarin gewerkt wordt. Als

besluit wordt er gesteld dat kostenbesparingen deels afhangen van de vraag of de lagere loonkost van praktijkassistenten al dan niet compenseert voor hun lagere productiviteit in vergelijking met artsen.[9-12]

B. Dirickx ging in zijn Manama via focusgroep analyse na wat de Vlaamse huisarts verstaat onder taakdelegatie. [1] Belangrijke remmende factoren die naar boven kwamen in dit onderzoek, zijn praktische bezwaren zoals het gebrek aan financiële ondersteuning, praktijkruimte en de grote tijdsinvestering die de organisatie vraagt. Een andere zorg is de vrees voor minder arts-patiëntencontact. In deze Manama komt men, net zoals een onderzoek van de Brusselse welzijn- en gezondheidsraad in 2008 dat peilde naar de nood aan een opleiding "assistent huisartsenpraktijk", tot het besluit dat de Vlaamse/Brusselse huisarts vooral administratieve taken (onthaal) en minimaal-medisch technische aktes wil uitbesteden aan praktijkassistentie. [1,13] Belangrijke kanttekening bij deze resultaten is wel de opvallende afwezigheid van eensgezindheid tussen huisartsen onderling. Wat betreft het beheren van het preventiedossier is men in deze focusgroepen wel overtuigd dat er een belangrijke administratieve en minimaal medisch-technische taak weggelegd is voor een verpleegkundige of praktijkassistent. Onder het preventiedossier wordt de administratief-technische omkadering verstaan in verband met tetanus-en HPV-vaccinaties, screening naar borst-en baarmoederhalskanker en de opvolging van de verschillende chronische ziekten als diabetes, chronische nierinsufficiëntie en hypertensie.

Op basis van deze twee Manama's kan er besloten worden dat er enerzijds meer onderzoek nodig is naar het effect van praktijkverpleegkundigen in de Belgische gezondheidscontext, terwijl anderzijds een groot deel van de Vlaamse/Brusselse huisartsen niet klaar lijkt om (para)medische taken uit te besteden aan praktijkassistentie.

Vraagstelling

Deze literatuurstudie wil een overzicht geven van de beïnvloedende factoren bij het uitbesteden van preventieve taken door huisartsen aan verpleegkundigen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Methode

1. Inclusiecriteria

a. Type van studie

Gezien de aard van de onderzoeksvraag werden enkel kwalitatieve studies geïncludeerd die via focusgroepen en interviews met verpleegkundigen en huisartsen nagaan wat hun ervaringen zijn met taakdelegatie en interdisciplinaire samenwerking.

b. Andere criteria

Enkel studies in het Nederlands, Engels of Frans werden geïncludeerd. De volledige tekst van de artikels moest vrij verkrijgbaar zijn. Gezien het vooral interessant is om recente ontwikkelingen m.b.t. taakdelegatie te bestuderen, werd er besloten om enkel studies van de laatste 5 jaar te includeren (2006-2011). Artikels werden geselecteerd op basis van titel en abstract. Na het lezen van de volledige tekst werden nog enkele studies geëxcludeerd waarvan de inhoud niet beantwoordde aan de onderzoeksvraag. Dat houdt in dat enkel studies in de eerstelijnsgezondheidszorg waarin taakdelegatie van preventie besproken wordt, geïncludeerd werden. De geselecteerde artikels werden gelezen en hun kwaliteit werd beoordeeld a.d.h.v. gevalideerde checklijsten (CASP, QAT). Er werden geen studies geëxcludeerd op basis van methodologische tekortkomingen.

2. Zoekstrategie

a. Databases

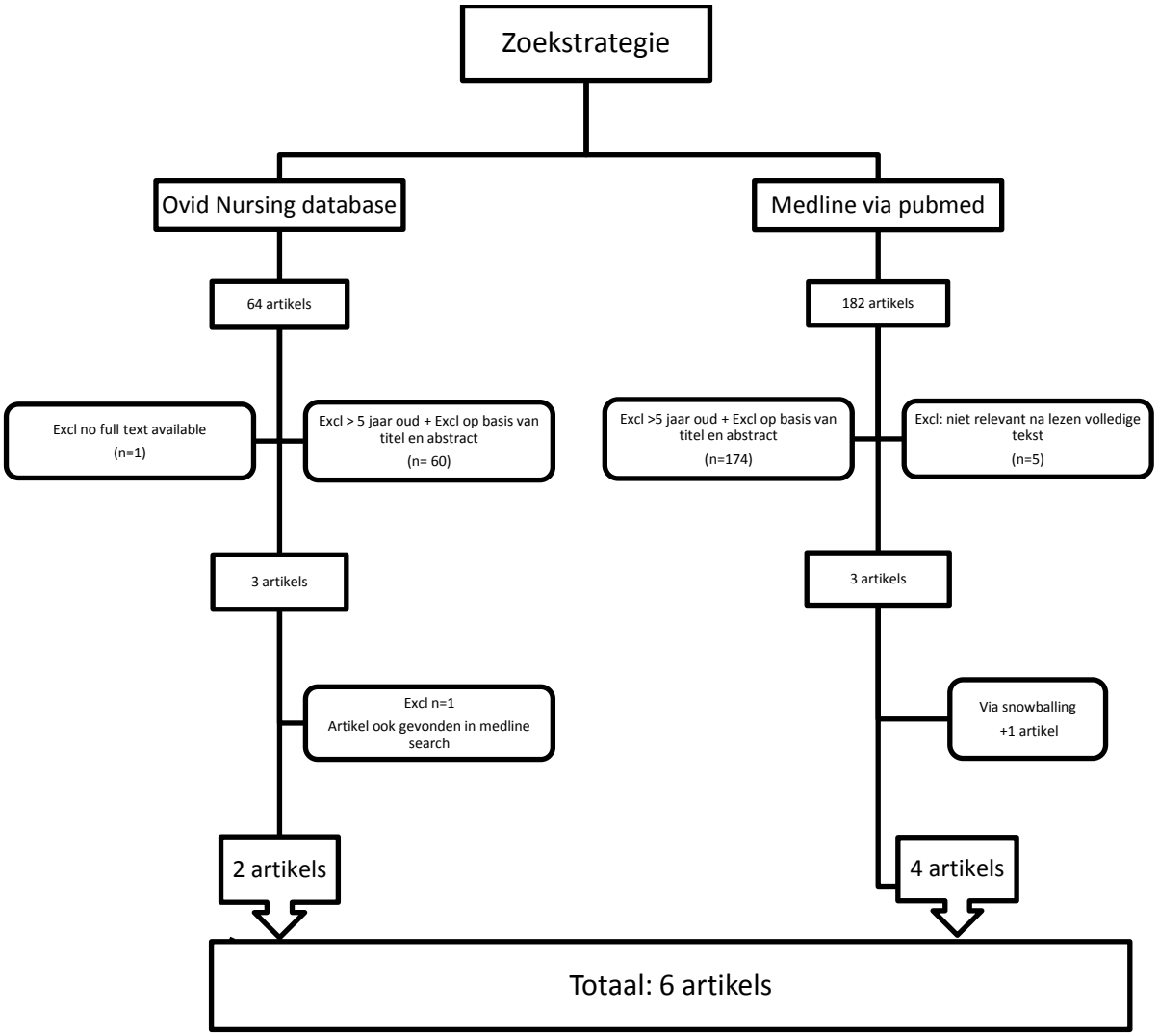
Medline werd doorzocht via pubmed, ook in de ovid nursing database werd gezocht. Als zoektermen werden preventieve termen gecombineerd met eerstelijnsgezondheidszorg (AND), taakdelegatie (AND) en praktijkverpleegkundigen (AND). *(zie appendix 1 voor de gebruikte zoektermen)*

b. Snowballing

Via referenties van geselecteerde artikels, gerelateerde artikels, in EBM nursing, …

In fig. 1 wordt grafisch weergegeven hoe de literatuurstudie werd uitgevoerd.

Figuur 1: Zoekstrategie



Figuur 1

Resultaten

De zoektocht in medline via Pubmed en in de Ovid Nursing database leverde samen 246 artikels op. *(zie fig. 1)* Na exclusie van artikels op basis van titel en abstract en artikels die meer dan 5 jaar oud

waren, bleven er 12 over. Vijf artikels bleken niet relevant na het lezen van de volledige tekst. Van één artikel was de volledige tekst niet beschikbaar. Eén artikel was dubbel. Via snowballing werd er nog een interessant artikel gevonden. Zo werden er 6 artikels gevonden. *(zie tabel 1)*

Tabel 1: Overzicht studies

Auteurs	Onderwerp	Jaartal	Methode	Setting	Bedenkingen
Helene Voogdt-Pruis et all [19]	Cardiovasculaire preventie uitbesteed aan praktijkverpleegkundigen	2010	Groepsinterview met 6 vpl na 3 maanden Semi-gestructureerd interview met 6 HA & 6 vpl na 18 maanden	Nederland 6 HA praktijken 25 HA 6 vpl	*Bias door lange werkervaring en motivatie van vpl *Opleidingsniveau van vpl wordt niet vermeld *Groepsinterview na 3 maanden is interventie op zich
Ijäs et all [20]	Implementatie van een nieuwe multidisciplinaire richtlijn rond hypertensie	2009	Telefonische interviews met leidinggevende HA en vpl	Finland Gezonheidscentra =multidisciplinaire groepspraktijken 290 praktijken 143 deelnemers	*Response bias: enkel centra waar zowel HA als vpl wilden deelnemen zijn geselecteerd *Selectie bias: enkel leidinggevende HA en vpl
O'Neill et all [21]	Interdisciplinaire samenwerking in de eerstelijns-gezondheidszorg	2008	3 focusgroepen met 3 groepen vpl werkzaam in de eerstelijn	Ierland 27 vpl 10 'general nurses' 7 'practice nurses' 10 'public health nurses'	*Equivalent van deze vpl in België? *Data saturatie? *Hoofdthema interdisciplinaire samenwerking, preventie bijkomstig
Halcomb et all [22]	Remmende en bevorderende factoren voor uitbreiding van de rol van vpl in cardiovasculaire preventie	2008	Vragenlijsten en telefonische interviews met vpl	Australië 284 vragenlijsten 10 telefonische interviews	*Response bias door convenience sampling methode *Slechts 10 interviews, wel data saturatie *Geen info over data analyse/ethisch comité
Jerden et all [23]	Ervaringen van vpl met gezondheidsvoorlichting m.b.v. een preventie boek	2006	Semigestructureerde interviews met vpl, 2 fases	Zweden 4 gezondheids-centra, 8 vpl	*Na 8 interviews geen data saturatie, 4 extra interviews *2 verschillende interviewers, 1 betrokken bij project
Bailey et all [24]	Wat is het effect van educatie op de interdisciplinaire samenwerking tussen HA en vpl?	2006	2 interviews met HA en vpl, één voor interventie, 1 na	Canada 4 HA praktijken, landelijk, 2 controle, 2 interventie 13 HA 5 vpl	*Data saturatie?

Tabel 1

De gevonden studies behandelen allen beïnvloedende factoren die ervaren worden bij taakdelegatie van preventieve acties in de eerstelijnsgezondheidszorg. Verschillende factoren komen in elke studie terug. De meeste factoren kunnen zowel een remmende factor zijn als een bevorderende factor afhankelijk van hun invulling. *(zie tabel 2)*

Tabel 2: Beïnvloedende factoren bij taakdelegatie

Remmende factoren	Bevorderende factoren
Gebrek aan communicatie -over richtlijnen -over rolverdeling -over functioneren	Communicatie -over richtlijnen -over rolverdeling -over functioneren
Gebrekkige kennis van artsen over rol, opleiding en competenties van verpleegkundigen	Duidelijke taakverdeling en afbakening
Arts als juridisch eindverantwoordelijke	
Attitude van arts -hiërarchie -moeite met controle verlies -wantrouwen	Attitude van arts -collegiaal -vertrouwen
Gebrek aan ruimte, infrastructuur	
Gebrek aan opleiding	Toegang tot continue opleiding
Werkbelasting arts/verpleegkundige	Meer voldoening door werk inhoud
Preventie -te weinig tijd -arts vindt het bijkomstig -patiënten niet gemotiveerd	Positieve feedback van patiënten

Tabel 2

Communicatie, taakverdeling, de arts als juridisch eindverantwoordelijke, attitude van de artsen, infrastructuur, opleiding en werkbelasting/werk inhoud zijn belangrijke factoren. Meer specifiek voor preventie werden te weinig tijd, weinig interesse en motivatie van artsen en patiënten voor preventie als remmende factoren genoemd. Positieve feedback van patiënten werd dan weer als positief beschreven. *(zie tabel 2)*

1. Communicatie

Eén van de factoren die veelvuldig terugkomt, is *communicatie* tussen huisartsen en verpleegkundigen. Communicatie blijkt noodzakelijk te zijn op verschillende vlakken. Communicatie rond richtlijnen, duidelijkheid over de rol en feedback over het functioneren van de verpleegkundige lijken de meest belangrijke elementen te zijn. [19,20,21,22,24]

2. Taakverdeling, rol van de verpleegkundige, arts als juridisch eindverantwoordelijke

In de Australische en Canadese studie stelt men dat veel artsen het moeilijk hebben met het uitbesteden van taken uit angst dat er iets fout kan lopen, aangezien ze *juridisch eindverantwoordelijke* blijven. Die angst hangt samen met een *gebrek aan kennis over de vaardigheden en opleiding* van de verpleegkundige en in het algemeen met een gebrek aan vertrouwen. [22,24] Halcomb et all stellen dat het de taak is van de overheid om een duidelijke omschrijving van de taken en vaardigheden van een eerstelijnsverpleegkundige te formuleren. [22] Bij Bailey et all werd er getracht om de samenwerking te verbeteren door een

educatieve interventie te organiseren waarbij discussies in groep gestimuleerd werden. In de interventiegroepen evolueerde de samenwerking gunstig door afspraken te maken rond rolverdeling, doorverwijzing en overleg. In de controlepraktijken bleef de samenwerking status quo. [24]

3. Attitude arts

Een andere factor is de *attitude van de arts*. [19,21,22,23,24] Dit wordt zowel als een remmende en een bevorderende factor beschreven. Er werd een groot verschil tussen huisartsen onderling ervaren, zelfs in dezelfde praktijk. Sommige huisartsen stonden wantrouwig t.o.v. nieuwe evoluties, wilden alles liefst bij het oude houden, zagen verpleegkundigen als ondergeschikt en hadden het moeilijk om een deel van hun taken af te geven uit angst de controle te verliezen. Wanneer er een vertrouwensvolle relatie is tussen huisarts en verpleegkundige werd dat juist gezien als een heel belangrijke bevorderaar voor de samenwerking.

4. Infrastructuur

Halcomb et all. noemen een *gebrek aan ruimte* en infrastructuur als een remmende factor. In de andere studies komt dit niet voor. [22]

5. Opleiding

Opleiding wordt ook beschreven als een belangrijke factor. Toegang tot opleiding en voldoende kennis door bijkomende opleidingen zijn bevorderende factoren voor uitbreiding van het takenpakket van verpleegkundigen. [19,22] Omgekeerd komt opleiding in de Ierse studie naar voren als een remmende factor omdat het niet georganiseerd wordt door onafhankelijke instanties (enkel door farmaceutische firma's) en deelname aan de opleiding afhangt van de welwillendheid van hun werkgever, de huisarts. [21]

Wat in de studies vaak ontbreekt, is informatie over de basisopleiding van de betrokken verpleegkundigen.

6. Werkbelasting, verandering van job omschrijving

Niet alle verpleegkundigen hebben interesse in uitbreiding van hun takenpakket. [19, 22] Onder andere omdat ze al genoeg werk hebben met hun huidige taken, omdat ze geen mini-dokters willen worden en liever welomschreven opdrachten uitvoeren, omdat uitbreiding van hun taken extra opleidingen met zich mee brengt, ... [19,22]

Voor veel artsen was de werkbelasting, die de organisatie van nieuwe ontwikkelingen vraagt, een remmende factor. Bovendien brengen extra opleidingen, extra kosten met zich mee zonder dat dit noodzakelijk voor meer inkomsten in de praktijk zorgt. [22,24]

Anderzijds wordt in verschillende studies door de verpleegkundigen een grote tevredenheid met hun takenpakket aangegeven en een voorkeur voor werken in de eerstelijn i.t.t. een ziekenhuis omgeving. [19,21,22]

7. Preventie

Specifiek voor preventie komen ook enkele remmende en bevorderende factoren naar voren.

De houding van patiënten t.a.v. preventie is een belangrijke factor. Deze werd in verschillende studies als remmend ervaren omdat patiënten vaak een *geringe motivatie* voor leefstijl veranderingen hebben.[19,23] Anderzijds kregen verpleegkundigen ook positieve feedback van patiënten, wat als een bevorderende factor gezien werd. [19,22,23]

Verpleegkundigen zien in de meeste studies preventie als hun taak. [19,21,22,23,24] De verpleegkundigen geven aan dat ze een meerwaarde kunnen bieden doordat ze o.a. meer onderlegd zijn in niet-medicamenteuze adviezen en gezondheidsvoorlichting. [22,23]

Als remmende factor voor het uitvoeren van hun preventieve taken wordt aangehaald dat ze er niet altijd aan toe kwamen omdat ze *teveel werk* hebben met andere verpleegkundige taken [20, 23] of omdat artsen in het team preventie als *bijkomstig* zien. [24]

Discussie

Deze literatuurstudie geeft een overzicht van de beïnvloedende factoren bij taakdelegatie. Dezelfde factoren komen telkens terug. De aard van de factoren (of ze als remmend of bevorderend ervaren worden en welke factoren genoemd worden) verschilt echter.

Wanneer we deze resultaten vergelijken met de remmende factoren die B. Dirickx vond in zijn focusgroepen met Vlaamse artsen valt op dat de Vlaamse artsen veel meer praktische bezwaren aanhalen zoals een gebrek aan ruimte, een gebrek aan financiële ondersteuning en een te grote tijdinsvestering. [1] Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de meeste studies plaatsvonden in een gezondheidscontext waar praktijkverpleegkundigen reeds ingeburgerd zijn waardoor deze praktische bezwaren niet meer van tel zijn. [19,20,21,23,25,26]

Opvallend is ook dat de Vlaamse huisartsen verlies van arts-patiënt contact ervaren als een belangrijke remmende factor terwijl dat in geen enkele internationale studie voorkomt. Is dat opnieuw omdat in andere gezondheidssystemen taakdelegatie al meer ingeburgerd is en men dus al meer vertrouwd is met een minder exclusieve arts-patiënt relatie? Net zoals in de Australische studie komt wel naar voor dat er grote verschillen zijn tussen huisartsen onderling in attitude t.o.v. taakdelegatie. [22,1]

Een zwakte van deze literatuurstudie is dat er slechts een beperkt aantal studies gevonden werden m.b.t. het onderwerp. De gevonden studies zijn vooral kleine studies met een beperkt aantal deelnemers, die methodologisch niet allemaal even sterk zijn. Bovendien maakt de heterogeniteit van de studies het moeilijk om algemene besluiten te trekken. *(zie tabel 1)* Een meerderheid van de studies bevraagt alleen of vooral verpleegkundigen. [19, 21,22,23] In de studies die zowel huisartsen als verpleegkundigen bevragen, komen toch duidelijke verschillen in visie tussen verpleegkundigen en huisartsen naar voren. [20,24]

Interessant is dat de gevonden studies allemaal de eerstelijnsgezondheidszorg als studie domein hebben. Gezien de beperkte ervaring in België met taakdelegatie en daaruit volgend het gebrek aan Belgische studies over dit onderwerp, kunnen we veel leren uit de buitenlandse ervaringen. Er is echter nood aan meer en uitgebreider onderzoek over dit onderwerp. Wat is de attitude van de Belgische huisarts en huisarts studenten t.a.v. taakdelegatie? Staan verpleegkundigen open voor werken in de eerstelijn? En hoe staat het beleid hier tegenover? Een duidelijke omschrijving van het takenpakket en de competenties van een eerstelijnsverpleegkundige is noodzakelijk en daarmee samenhangend de invulling van een specifieke opleiding. Juridische implicaties en financiering moeten onderzocht worden. Vervolgens moet nagegaan worden hoe men op praktijk niveau de samenwerking kan organiseren en wat de voordelen/nadelen zijn van een dergelijke samenwerking.

Besluit

In elke praktijk zullen deze beïnvloedende factoren in een andere constellatie aanwezig zijn. Alvorens te starten met taakdelegatie is het noodzakelijk om als praktijk samen te zitten om remmende en bevorderende factoren te identificeren en te bespreken, om gemeenschappelijke afspraken te maken en doelen te stellen, teneinde tot een eigen multidisciplinair samenwerkingsmodel te komen.

Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan?

Focusgroepen: Beïnvloedende factoren bij taakdelegatie

M. Smeets. J. Ronse. A. Van Linden. L. Seuntjens. B. Aertgeerts.

Inleiding

Taakdelegatie is één van de strategieën om de organisatie van de huisartspraktijk te rijmen met de op handen zijnde evoluties in de gezondheidszorg. [1,2,3]

Vanuit de literatuur werden een aantal beïnvloedende factoren gedestilleerd die een rol spelen bij taakdelegatie. [19-24] *(zie tabel 2)* De geïncludeerde studies waren echter allen buitenlandse studies.
B. Dirickx ging in zijn Manama via focusgroep analyse na wat de Vlaamse huisarts verstaat onder taakdelegatie en kwam tot enkele andere factoren dan de internationale studies (meer praktische bezwaren, verlies van arts-patiënt relatie, beperkte taken die men wil delegeren, ...). [1] Op basis van de gevonden resultaten werd de hypothese geformuleerd dat de constellatie van factoren en of ze als bevorderend of remmend ervaren worden, o.a. afhankelijk is van de organisatie van de gezondheidszorg en de mate waarin taakdelegatie ingeburgerd is in de praktijk.
In België is er geen opleiding tot eerstelijnsverpleegkundige. Er is geen juridisch kader. In groepspraktijk 'De Bres' is er echter al wel enige ervaring met taakdelegatie en worden al heel wat taken gedelegeerd aan de praktijkverpleegkundigen. *(zie motivatie)*

Om te komen tot een succesvolle implementatie van een verpleegkundig preventieconsult is het belangrijk om vooraf de verschillende visies te verwoorden en beïnvloedende factoren te identificeren. Hoe beter de interventie afgestemd is op de noden en verwachtingen van de betrokken actoren, hoe succesvoller de implementatie. [3,14,18,24]

Het doel van dit onderzoek is om te exploreren wat de visie is van huisartsen en verpleegkundigen op taakdelegatie in groepspraktijk 'De Bres'.

Methode

Onderzoeksmethode
Er werd gekozen voor exploratief kwalitatief onderzoek.

Deelnemers
De focusgroepen vonden plaats in groepspraktijk 'De Bres', een forfaitaire praktijk met 10 artsen en 4 verpleegkundigen.

Voor de focusgroep met de artsen werd een oproep gedaan (via mail) binnen de praktijk om deel te nemen. Doel was om van de negen artsen (6 vrouwelijke artsen, 3 mannelijke, uiteenlopende praktijk-en werkervaring, *zie appendix 2*) vier artsen te selecteren om deel te nemen. Er werd gekozen voor vier om enerzijds voldoende meningen en discussie te hebben, anderzijds het aantal te beperken om genoeg in de diepte te kunnen gaan. Drie artsen reageerden vrijwillig en waren beschikbaar op het afgesproken moment, één arts werd expliciet uitgenodigd om meer variatie in visie te hebben.

Voor de focusgroep met de verpleegkundigen werden drie van de vier praktijkverpleegkundigen geselecteerd. De vierde praktijkverpleegkundige is co-auteur en werd geëxcludeerd.

Data collectie
Er werd gekozen voor focusgroep-interviews omdat deze geschikt zijn om ervaringen en percepties van de deelnemers te onderzoeken. Doordat het een groepsinterview is, is er ook interactie mogelijk tussen de deelnemers wat verschillen of net overeenkomsten in visie aan het licht kan brengen en wat de informatie rijker maakt dan individuele interviews. Om een sfeer te creëren waarin de deelnemers vrijuit konden praten, werden er twee focusgroepen georganiseerd, één met de huisartsen, één met de verpleegkundigen. De focusgroep van de artsen vond plaats in februari 2012. De focusgroep van de verpleegkundigen in maart 2012. Bij het begin van elke focusgroep werd het onderzoek kort voorgesteld. Anonimiteit werd verzekerd. Er werd uitgelegd dat de focusgroep werd opgenomen op bandrecorder en videocamera - om ook niet-verbale reacties te registreren - en dat de gegevens enkel gingen gebruikt worden in kader van het onderzoek. Aan elke deelnemer werd gevraagd of ze bereid waren om deel te nemen en een informed consent te ondertekenen. De focusgroep werd geleid door de 1^{e} auteur, bijgestaan door een observator. Tijdens de focusgroep van de artsen was dit D.V., HAIO bij geneeskunde voor het volk in Hoboken. Bij de focusgroep van de verpleegkundigen was dit een verpleegkundige-onderzoekster, A.V.L., verbonden aan de Universiteit Gent, zonder banden met de praktijk. Vooraf werd door de 1^{e} auteur, in samenwerking met de 2^{e} auteur, een topic guide opgesteld op basis van de literatuur en ervaring. Deze topic guide werd ter verbetering voorgelegd aan een huisarts-onderzoeker verbonden aan de UGent en uitgetest in een proefinterview met de 4^{e} auteur, één van de artsen in de praktijk die niet deelnam aan de focusgroep. Dit interview werd ook gebruikt om de stijl van interviewen bij te schaven en suggestieve vragen te ontmaskeren. Na de eerste focusgroep is de topic guide aangevuld met bijkomende themata die naar voor kwamen tijdens de eerste analyse. De topic guide werd gebruikt als leidraad tijdens de focusgroepen. *(zie appendix 3)* Er werd getracht om via open vragen de discussie te openen

en verder zo weinig mogelijk tussen te komen, enkel om bepaalde thema's verder uit te diepen of te expliciteren. De focusgroepen vonden plaats in een rustige ruimte waar men niet gestoord werd. Tijdens de focusgroep werden er ook notities gemaakt zowel door de observator als door de moderator. De focusgroepen duurden beide 2 uur. Na anderhalf uur werd er een pauze genomen waarin de observator en de moderator de kans kregen om te overleggen en de observator kon aangeven welke thema's nog niet voldoende aan bod waren gekomen of nog verder moesten worden uitgediept. Dat gebeurde in het laatste half uur. In GVHV Hoboken vond onder leiding van D.V. hetzelfde proces plaats.

Ethische implicaties

De studie werd voorgelegd en goedgekeurd door het ethisch comité onder het nummer ML8228.

Data analyse

Beide focusgroepen werden uitgeschreven aan de hand van de bandrecorder door twee verschillende studenten die niet verbonden waren met het onderzoek. Nadien werden in de uitgeschreven tekst verbeteringen aangebracht en niet-verbale reacties toegevoegd op basis van de video beelden door de 1e auteur. De transcripten van de focusgroepen werden in NVIVO9 gecodeerd door de 2e auteur door open codes toe te kennen aan elk tekstfragment. Thema's ontstonden door het samenvoegen van codes die bij elkaar hoorden. De analyse van beide focusgroepen gebeurde afzonderlijk. De focusgroep van de artsen werd als eerste geanalyseerd in twee bijeenkomsten. Bij de eerste bijeenkomst zaten 1e auteur en 2e auteur samen om de codes toe te kennen. Nadien werden de analyse en de interviews ook beoordeeld door een verpleegkundige-onderzoekster (A.V.H.) en een huisarts-onderzoeker (A.D.S.) van Ugent. Zo werd getracht om via onderzoekerstriangulatie tot meer betrouwbare resultaten te komen. Dezelfde procedure werd herhaald bij de tweede focusgroep. De resultaten van de focusgroepen werden tijdens een medische vergadering voorgelegd aan de deelnemers zodat zij de kans kregen om de conclusies te weerleggen of bij te sturen (member check).

Resultaten

1. Visie op taakdelegatie

Waarden en doelen binnen huisartsgeneeskunde

De huisartsen gaven verschillende waarden aan die zij belangrijk vinden zoals holisme, zelfredzaamheid van de patiënt bevorderen, continuïteit, arts-patiënt relatie, shared decision making (als: patiënten informeren en mee laten denken en beslissen), patiënt als evenwaardig behandelen.

Sommige van deze waarden zoals continuïteit en arts-patiënt relatie conflicteren mogelijk met taakdelegatie. Wat continuïteit betreft werd er gezegd dat medisch de continuïteit gewaarborgd kan worden door goede communicatie via het elektronisch medisch dossier en

indien nodig door bijkomend overleg. Het belang dat er gehecht wordt aan de arts-patiënt relatie verschilde tussen de artsen onderling.

> *"Medisch kan je alles delen, de relatie met je patiënt, dat contact kan je niet delen."*

Definitie van taakdelegatie

Als definitie voor taakdelegatie geven de artsen: *"Het doorgeven van een afgelijnde opdracht."* Er wordt gezegd: *"Je weet wat je uitbesteedt, je weet wat je kunt verwachten."*

In de praktijk lijkt er een discrepantie te zijn tussen deze definitie en de gang van zaken. Er lijkt toch meer ruimte te zijn voor eigen initiatief van de verpleegkundige. Dat blijkt ook te werken zolang dit, als er afgeweken wordt van de oorspronkelijke opdracht, teruggekoppeld wordt met de arts.

De verpleegkundigen zitten op dezelfde lijn.

> *"Je krijgt een bepaalde opdracht, die moet duidelijk zijn. Het is belangrijk dat de verwachtingen van de arts duidelijk zijn. Maar binnen die opdracht moet er ruimte zijn voor eigen invulling/creativiteit, steeds binnen bepaalde lijnen echter, met het doel voor ogen."*

> *"Soms moet er afgeweken worden van het protocol. Niet alles kan altijd gestructureerd worden. Er zijn ook nog de verwachtingen van de patiënt. Dat moet dan wel teruggekoppeld worden naar de arts."*

Rol van verpleegkundigen

1. <u>Algemeen</u>

   De artsen geven aan niet goed te weten wat verpleegkundigen juist kunnen/kennen. Maar in de praktijk ondervinden ze hier geen problemen mee omdat ze de ervaring hebben dat de praktijkverpleegkundigen heel goed zelf aangeven wat hun grenzen zijn. Dat wordt gezien als een noodzakelijke voorwaarde voor samenwerking.

   > *"Ik hoop vooral dat zij dat heel goed kunnen inschatten."*

   > *"Het is aan hen om aan te geven wat ze van een onderwerp weten."*

   De verpleegkundigen zelf beamen dit. Ze hebben het gevoel dat ze met vragen altijd terecht kunnen bij een arts of collega verpleegkundige. Er is een reflex om advies te vragen bij onzekerheid. Wat de invulling van hun rol als verpleegkundige betreft, geven ze aan dat voor hen samenwerking met de arts centraal staat in de zorg voor de patiënt. Er is weerstand tegen het Nederlandse model. Dat wordt gezien als een meer hiërarchisch, getrapt systeem i.p.v. daadwerkelijke samenwerking.

2. Delegeerbare taken

De artsen zien verschillende taken als delegeerbaar (educatie, leefstijl adviezen, parameters opvolgen, wond zorg, spirometrie, sociale consultaties, ...)

De verpleegkundigen vinden het belangrijk om na te denken over wie het beste geplaatst is om bepaalde taken op zich te nemen. Ze zien een belangrijke rol weggelegd in het uitvoeren van taken waar de arts door tijdsgebrek niet toe komt (bv educatie aan diabetes patiënten). De concrete invulling van het takenpakket is niet eenvoudig gezien er geen model of opleiding voor bestaat. Ze geven aan dat ze zelf bepaalde verwachtingen en wensen hebben maar dat deze niet altijd overeenkomen met wat de artsen wensen.

"Er wordt vanalles in onze rugzak gestoken en soms wordt die rugzak wat zwaar."

"Belangrijk is om zelf te het ritme mee te kunnen bepalen en zelf te kunnen kiezen wat je gaat doen."

"Vroeger was het, het team dokters dat zei wat de verpleegkundige moest doen en ik denk dat dat wat aan het veranderen is. Dat zorgt wel voor wat wrijving. Die verwachtingen en wensen van artsen en verpleegkundigen komen niet altijd overeen."

2. Beïnvloedende factoren

Er zijn verschillende factoren die taakdelegatie tot een succes of een mislukking kunnen maken. Eenzelfde factor kan een ondersteuning zijn, maar bij fout gebruik, kan diezelfde factor de taakdelegatie erg bemoeilijken.

1. Communicatie

Eén van de instrumenten om binnen een multidisciplinair team te communiceren is het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Er moeten afspraken zijn in team over wat waar genoteerd moet worden. Een rusthuis-of thuisdossier is een nuttig communicatiemiddel bij chronische patiënten.

In de praktijk is er verder elke ochtend een briefingsmoment voor casussen waarop de artsen en verpleegkundigen aanwezig zijn. Daarnaast worden er vaak tussen consulten door of in de gang afspraken gemaakt. Email wordt gebruikt om iets mee te delen (anoniem gecodeerd indien het informatie over patiënten betreft) of om een overleg moment af te spreken.

Naast communicatie over patiënten wordt er samengezeten met het multidisciplinaire team over richtlijnen tijdens de 2-wekelijkse medische vergadering. In multidisciplinaire werkgroepen worden protocollen opgesteld rond specifieke thema's (INR, diabetes, obesitas, ...). Eenmaal per jaar is er een 2 uur durende visievergadering over samenwerking.

De artsen vinden dat communicatie sterk verschilt tussen collega artsen. De communicatie met de verpleegkundigen ervaren ze als vlot o.a. omdat ze vaak beschikbaar zijn en in hetzelfde gebouw werken. Het liefst wordt er met de verpleging kort, mondeling overlegd.

Een belangrijke kanttekening is wel dat de tijd die naar communicatie gaat korter moet zijn dan wanneer je alles zelf zou doen.

De verpleegkundigen geven ook aan dat ze grote verschillen zien in communicatie tussen · artsen onderling. Dit gaat van "*bekijk met deze patiënt zijn diabetes eens"* tot "*je moet dit doen, dat doen, ..."* Als "ideaal samenwerkingsmodel" hebben ze liefst bij aanvang van het delen van een nieuwe patiënt uitgebreider overleg. Verder vinden ze een duidelijk protocol en/of duidelijke afspraken rond richtlijnen belangrijk. De arts moet dit protocol/richtlijnen ook volgen, wat in de praktijk niet altijd gebeurt. Naarmate het eigen vertrouwen groeit, wensen de verpleegkundigen meer autonomie en die krijgen ze vaak ook. Toch hebben ze graag dat een arts de casussen ook mee blijft ·opvolgen. De ervaring leert dat er vaak na verloop van tijd minder overleg is en de casus wordt 'losgelaten' door de arts. Daarom moeten er afspraken gemaakt worden over wat wanneer teruggekoppeld moet worden.

Verder gaven de verpleegkundigen aan dat ze het gevoel hebben dat ze zelf heel veel moeten communiceren, maar dat er weinig feedback terug komt.

> *"Er wordt heel veel feedback van ons gevraagd maar we krijgen niet altijd feedback terug, vooral als iets goed gaat, gebeurd dat vaak niet."*

2. Arts als (juridisch) eindverantwoordelijke, attitude als arts

De artsen zien zichzelf als eindverantwoordelijke, zowel juridisch als vanuit een verantwoordelijkheidsgevoel voor de patiënt. Ze willen het goed doen, alles opvolgen en de controle behouden. Taken delegeren betekent echter dat je met iemand samenwerkt die een andere manier van werken heeft waardoor je het overzicht soms verliest. Binnen het team zijn er echter grote individuele verschillen tussen artsen.

> *"Heeft dat ook met persoonlijkheid te maken misschien? Ik heb dat gevoel veel minder."*

> *"Ik voel me wel verantwoordelijk maar ik heb altijd het gevoel als die naar de verpleging gaat, gebeurt dat goed."*

Angst om controle te verliezen hangt nauw samen met vertrouwen. De artsen gaven aan dat het vertrouwen in de eigen verpleegkundigen groot is, veel groter dan in externe verpleegkundigen, doordat je door veelvuldig samen te werken een beter idee hebt van de kennis, opleiding en grenzen, ze in huis zijn dus toegankelijk, er op geregelde tijdstippen overleg plaatsvindt, je positieve feedback krijgt van patiënten, ...

Er werd aangegeven dat een vertrouwensvolle relatie opbouwen een traject is. Initieel is frequenter overleg en toezicht nodig, naderhand enkel op vraag.

Ook de verpleegkundigen gaven aan dat vertrouwen moet groeien. Zij wezen ook op de rol van de patiënt hierin. De verpleegkundige moet van de patiënt ook het mandaat krijgen om taken op te nemen. Ze ervaren duidelijke verschillen in attitude bij de verschillende artsen (zie ook boven), van controlerend tot volledig loslaten. De relatie arts-verpleegkundige ervaren ze eensluidend als vertrouwensvol en niet hiërarchisch.

> *"Ik denk dat de artsen hier heel open zijn, ze wilden echt verpleging. Ik denk dat, dat echt in het voordeel speelt van de samenwerking."*
>
> *"Hiërarchie? Dat gevoel heb ik niet echt. Nee."*
>
> *"Nee, ge zijt op de eerste plaats echt wel collega hé."*

3. Opleiding

Artsen hebben weinig zicht op de opleiding van verpleegkundigen.

Ook verpleegkundigen beseffen dat huisartsen geen zicht op hun opleiding hebben. Ze geven aan dat hun opleiding onderling ook grote verschillen kan vertonen, afhankelijk van de school, de richting, de werkervaring.

4. Verandering van job omschrijving

De artsen gaven aan dat taakdelegatie de inhoud van je rol als huisarts beïnvloedt.

> "*Wat je soms wel hebt, patiënt voor zijn diabetes naar verpleging, voor een longfunctie misschien binnenkort naar een andere verpleging en dan komt hij om de 4 maanden naar u en dan vraag je, je af, wat moet ik hier nu nog doen?"*
>
> *Antwoord collega: "Het overzicht houden."*

Er werden zeker voordelen ervaren bij deze veranderde rol zoals meer tijd hebben voor het totaalbeeld, een beter overzicht hebben. Anderzijds verlies je, je rol als huisarts-generalist.

De verpleegkundigen ervaren de moeilijkheden die sommige artsen hadden met hun veranderde rol en hadden hier alle begrip voor.

> *"Ik denk dat het niet altijd even gemakkelijk is als arts om een patiënt die je al jarenlang kent los te laten."*

Gezien taakdelegatie een relatief nieuw gegeven is, ook in de praktijk, gaven ze aan dat het soms zoeken is naar hun plaats.

> *"Dat is zoeken, ook omdat dat iets nieuw is voor de artsen. Normaal gezien werkt de arts niet zo nauw samen met externe verpleging. Hier vraagt de verpleging dingen aan de artsen en bemoeit die zich eigenlijk."*

5. Het verpleegkundig preventieconsult

5.1. Verwachtingen

De artsen gaven aan dat er in de praktijk al veel inspanningen voor preventie gedaan werden maar niet op een systematische manier en tijd voor educatie ontbrak vaak.

Hun verwachtingen waren dat verpleegkundigen meer protocollair werken als artsen waardoor preventie systematischer en volledi ger zou gebeuren.

Enerzijds was iedereen het eens over het belang van niet-medicamenteuze adviezen zowel in termen van gezondheidswinst als invloed op kwaliteit van leven. Anderzijds waren er gemengde verwachtingen over het effect van het delegeren op zich.

> *"Wij doen dat nu ook al wel hé, gaat geen wonderen doen."*

Andere artsen haalden het diabetes project als voorbeeld aan waar men toch ervaart dat de verhoogde aandacht voor niet-medicamenteuze adviezen effect had.

> "*Er is door het diabetes project veel meer aandacht voor leefstijl en de patiënt neemt dat toch meer op. Gewoon al omdat het meer herhaaldelijk is, dus het kan wel een proces teweeg brengen."*

Qua werkbelasting verwachtte men initieel eventueel meer werk door opleiding en feedback aan de verpleegkundigen, meer consulten, meer bloednames, een nieuw project, iets extra dat voordien nog niet gebeurde dus dat er bij komt. Op middellange termijn hoopte men op kortere consulten bij de arts.

Hoewel het besluit om een verpleegkundig preventieconsult te implementeren genomen was in teamverband bleek er heel wat onzekerheid rond het project te leven bij de verpleegkundigen.

> *"Is onze taak vooral wat we kunnen? Educatie, ... Of is het echt zo volledig meegaan met al die ziektes?"*
>
> *"Wat zijn de verwachtingen van de artsen?"*
>
> *"Van mij hoeft dat niet te belangrijk of te zwaar te zijn."*
>
> *"Uiteindelijk is het samen met iemand een planning opstellen aan de hand van een vragenlijst."*

Ze gaven aan dat hun eigen invulling helemaal ontbrak. Er werd al lang over het preventieconsult gesproken over hun hoofden heen. Ook bij het diabetes project was er een lange aanloop, maar dat hadden ze zelf gecreëerd.

5.2. Opleiding

De Gezondheidsgids werd als geschikt instrument gezien voor taakdelegatie vanwege het eerder protocollaire karakter maar er was ook een zekere terughoudendheid bij de artsen omdat er 6 à 7 complexe richtlijnen aan de basis van de Gezondheidsgids liggen. De artsen vonden dat er bijkomende opleiding nodig was rond risicocommunicatie en inschatten van het cardiovasculair risico. Er waren verschillende voorstellen om de opleiding aan te pakken.

De verpleegkundigen gaven aan dat ze een te lange theoretische voorbereiding niet zagen zitten. Dat ze meer hielden van een praktische aanpak met korte voorbereiding en snelle onderdompeling in de praktijk met intensieve begeleiding en feedback in het begin om zich verder in de materie te kunnen verdiepen a.d.h.v. reële casussen.

5.3. Valkuilen

5.3.1. Doelgroep

De artsen haalden het belang van de juiste doelgroep aan. Er is een groep patiënten waarbij teveel aan preventie wordt gedaan, een groep die komt met zoveel problemen dat je niet tot preventie komt en een groep die niet komt. Belangrijk om de groep te bereiken die het nodig heeft. Maar...

> "*Het is net moeilijk om die groep in de hand te hebben...*"
>
> *"Sociaal zwakke patiënten, vaak andere aanpak nodig om die mensen te motiveren, maar hoe dan?"*

5.3.2. Patiënten tevredenheid: angst inductie/angst reductie

Kanttekening die door één van de artsen geplaatst werd bij preventie is het gevaar van angst inductie bij gezonde patiënten.

> *"Het is maar preventie hé, die mens is niet ziek en die krijgt ineens heel veel vragen, en een heel deel onderzoeken over zich."*

Daartegenover stelden alle artsen dat ze het belangrijk vonden dat patiënten geïnformeerd werden om zo samen tot het besluit te komen of ze in wilden gaan op het aanbod van preventieve onderzoeken of niet.

5.3.3. Doemdenken – arts als juridisch eindverantwoordelijke

Ondanks de positieve ervaringen met taakdelegatie in de praktijk – er is nog nooit een echt ernstig incident gebeurd- kwamen er tijdens de focusgroep met de artsen enkele doemscenario's naar boven.

> *"Wat als dat en dat gemist wordt en de patiënt krijgt een hartaanval..."*

Deze werden echter wel gerelativeerd. Er werd geopperd dat dit ook bij artsen kan gebeuren en de algemene tendens was dat net preventie zich daarom leende voor taakdelegatie.

Discussie

Het doel van de focusgroepen was het exploreren van de visie van artsen en verpleegkundigen op taakdelegatie. Dit bleek een heel waardevolle stap als voorbereiding voor de implementatie van een verpleegkundig preventieconsult. Hieruit kwamen enkele noodzakelijke voorwaarden. Er zijn afspraken rond communicatie over casussen, richtlijnen en rolverdeling. Er is een vertrouwensvolle relatie tussen artsen en verpleegkundigen. Artsen en verpleegkundigen zitten op dezelfde lijn wat de definitie van taakdelegatie betreft. Een aantal factoren maakt taakdelegatie in de Belgische context echter niet eenvoudig zoals het ontbreken van een opleiding, het ontbreken van een taakomschrijving, het ontbreken van een juridisch kader. De verpleegkundigen gaven aan dat de invulling van hun rol met daarbij horend voortdurend nieuwe projecten en opleidingen, zwaar was. Voor de artsen was het wennen aan hun veranderende rol als huisarts, omgaan met controleverlies en verlies van arts-patiënt relatie hoewel hierin sterke persoonlijke verschillen gezien werden. Specifiek voor de ontwikkeling van een verpleegkundig preventieconsult kwamen een aantal concrete aandachtpunten naar boven zoals het meer betrekken van de verpleegkundigen, verwachtingen duidelijk stellen, opleiding, aandacht voor doelgroep, angst inductie en veiligheid.

In het kader van de Manama gebeurde deze exploratiefase formeel d.m.v. focusgroepen. Op basis van deze ervaring kan bevestigd worden dat een dergelijke exploratiefase (ook informeel) steeds belangrijk is bij de start of uitbreiding van taakdelegatie en de kans op een succesvolle implementatie inderdaad vergroot. [3,14,24]

Dezelfde factoren als in de literatuur kwamen terug. [19-24] *(zie tabel 2)* Net als in de focusgroepen van B. Dirickx kwam hier echter verlies van arts-patiënt relatie naar boven als remmende factor bij de artsen wat niet aangehaald wordt in internationale studies.[1] Praktische bezwaren zoals een gebrek aan infrastructuur en financiering speelden dan weer niet mee door de forfaitaire financiering in deze praktijk en het reeds ingeburgerd zijn van de verpleegkundigen. Er kwam ook duidelijk naar voren dat er veel variatie is in attitude tussen artsen onderling, zelfs in dezelfde praktijk.[1,22]

Een zwakte van dit onderzoek is het gebrek aan ervaring van de 1e auteur met het leiden van een focusgroep. Er werd getracht dit te minimaliseren door een goede voorbereiding waarbij er herhaaldelijk werd samen gezeten met de 2e auteur om de modaliteiten van de focusgroep vast te leggen en een topic guide op te stellen en door de aanwezigheid van een moderator bij de focusgroep zelf die kon bijsturen tijdens de focusgroep. De topic guide werd getest in een individueel interview, opgenomen op video en uitgeschreven om vertrouwd te worden met interview technieken en deze bij te schaven vooraf. Na de eerste focusgroep werd er ook feedback gegeven. Daarnaast werd er geen data saturatie bekomen. Een andere beperking is de selectie methode bij de focusgroep van de artsen. Deze is een combinatie van een convenience sample en purposive sample. Praktisch was het voor sommige artsen onmogelijk om zich vrij te maken op het afgesproken moment. Dit maakt dat het mogelijk is dat vooral artsen die geïnteresseerd zijn in teamorganisatie, taakdelegatie en preventie deelnamen. Bij de focusgroep van de verpleegkundigen speelde dit niet mee.

Sterktes van dit onderzoek zijn de validiteit van de datacollectie. De anonimiteit werd verzekerd, de focusgroep werd opgenomen op video, letterlijk uitgeschreven door onafhankelijke medewerkers en herhaaldelijk nagelezen. De validiteit van de data analyse werd vergroot door te werken met verschillende onderzoekers (met verschillende achtergronden: huisarts/verpleegkundige, onderzoekerstriangulatie) en ook de deelnemers zelf de resultaten voor te leggen (member check). Het onderzoek is relevant gezien de schaarste van dergelijke onderzoeken in de Belgische context.

Bijkomend onderzoek is nodig in België om de visie van Belgische huisartsen en verpleegkundigen rond taakdelegatie te exploreren.

Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan?

Een praktijk verbeterend project: Implementatie van een verpleegkundig preventieconsult

M. Smeets. J. Ronse. A. Van Linden. L. Seuntjens. B. Aertgeerts.

Inleiding

Chronische ziekten zijn wereldwijd de belangrijkste reden voor morbiditeit en mortaliteit geworden en nemen 63% van alle overlijdens voor hun rekening. Sociale determinanten en leefstijl factoren (tabak, voeding, alcohol en lichaamsbeweging in het bijzonder) liggen aan de basis van deze chronische aandoeningen. [2,29] Sociale determinanten spelen een belangrijke rol omdat er sprake is van een sociale gradiënt wat leefstijl factoren betreft. Er is een hoger risico op roken, alcoholmisbruik, overgewicht, obesitas en ongezonde voeding bij lager opgeleiden en zo ook een hoger risico op chronische ziekten en lagere levensverwachting. [27-30] De doelstelling is om de prevalentie van risicofactoren te doen dalen om zo de incidentie van chronische ziekten te verminderen. [2,28,30] Vandaar het belang van inzetten op preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg. [2,28,29,30]

In 2010 introduceerde Domus Medica de Gezondheidsgids, een evidence-based en praktijkgericht instrument dat de huisarts in staat moet stellen om voor elke patiënt een preventieplan op maat te ontwikkelen. De Gezondheidsgids omvat cardiovasculaire preventie, screening van diabetes, screening van baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker, rookstopbegeleiding, peilen naar alcohol gebruik en depressie, adviezen gezonde voeding en fysieke activiteit, influenza, pneumokokken- en tetanusvaccinatie. Het heeft als doelgroep 40 tot en met 75-jarigen en is een eerder protocollair instrument. [15]

In de praktijk wordt er veel belang gehecht aan preventie. Regelmatig worden preventieve thema's op de 2-wekelijkse medische vergadering (2 uur) besproken. Er zijn praktijkafspraken rond. Het gebeurt echter op opportunistische wijze, niet op systematische wijze. De praktijk ligt in een stedelijke omgeving en mede door het forfaitaire betalingssysteem is er een overwicht aan patiënten

met een lage socio-economische status. Gezien de sociale gradiënt van leefstijl factoren heeft deze patiëntenpopulatie zeker baat bij gezondheidsvoorlichting. Studies rond cardiovasculair risicomanagement in gelijkaardige settingen toonden echter dat dit een moeilijke doelgroep is die extra inspanningen vraagt. [33,34]

In verschillende landen wordt preventie (cardiovasculair risicomanagement, rookstopbegeleiding, geven van leefstijl adviezen, ...) uitbesteed aan verpleegkundigen. [6,12,16,19,31-37] Wat cardiovasculair risicomanagement door verpleegkundigen betreft wordt er in de meeste studies een effect aangetoond op bepaalde parameters en medicatie gebruik (betere bloeddruk, betere cholesterol waarden, meer risico verlagende medicatie...). Verpleegkundigen werken meer protocollair en de patiënten tevredenheid is hoog omdat ze meer uitleg geven, gemiddeld langere consultaties doen. Er kan echter geen effect worden aangetoond op harde eindpunten (mortaliteit, morbiditeit). De meeste studies liepen slechts kort, op kleine schaal, vaak met methodologische tekortkomingen. Geen enkele studie includeerde patiënten zonder risicofactoren. Steeds ging het om secundaire preventie of hoog risico patiënten. [6,19,31-36] Een Cochrane review bood een overzicht van verschillende studies waar rookstopbegeleiding door verpleegkundigen gedaan werd en kwam tot het besluit dat dit meer succesvol is dan routinezorg. Kanttekening is dat rookstopbegeleiding in ziekenhuis setting bij hoog risico patiënten meer succes had als in eerstelijn en begeleidingen die enkel gericht waren op rook stop meer succes hadden als rook stop in het kader van een multifactorieel preventief programma.[37] Meer onderzoek en kwalitatief meer hoogstaand onderzoek is nodig in dit vakgebied maar op basis van de beschikbare gegevens tot op heden kan besloten worden dat verpleegkundigen even goede tot betere preventieve zorg kunnen bieden als huisartsen gepaard met een hoge patiënten tevredenheid. [6,12,19,31-37]

Of multifactoriële leefstijl interventies, zoals de Gezondheidsgids van Domus Medica promoot, de doelstelling kunnen waarmaken om de incidentie van chronische ziekten te verminderen, is tot op heden niet bewezen. [38]

Tijdens de focusgroepen werden door de artsen enkele valkuilen aangehaald.

Leidt preventie niet tot angst inductie bij gezonde patiënten? Een grote Nederlandse cluster-RCT ging dit na met betrekking tot cardiovasculaire risicocommunicatie. [31] In zowel de interventie als de controlegroep werd het cardiovasculaire risicomanagement gedaan door verpleegkundigen. In de interventiegroep hadden de verpleegkundigen een extra 2-daagse opleiding gekregen rond motivationele gespreksvoering en gedeeld beslissingen nemen. Men ging bij patiënten na hoe zij hun risico percipieerden (door een onderzoeker werd gekeken hoe juist dit was), of ze angstig waren, hoeveel vertrouwen ze hadden in de genomen beslissingen en hoe tevreden ze waren met de communicatie. In beide groepen leidde de risicocommunicatie op zich tot een daling van angst, een stijging van de juistheid van hun eigen risicoperceptie en een grote tevredenheid met de communicatie. [31]

Wat als er fouten worden gemaakt bij de berekening van het cardiovasculair risico en een hoog risico patiënt wordt gemist? Binnen de eerder geciteerde Nederlands cluster-RCT vond een cross-

sectionele studie plaats om na te gaan hoe accuraat de risico berekeningen door verpleegkundigen waren. [39] In 31 van de 421 berekeningen werd een fout gemaakt. Vijfentwintig van deze foute berekeningen betrof een onderschatting van het risico waarvan 10 gemiste hoog risico patiënten. Een gedegen opleiding hierin is dus erg belangrijk. Eerdere studies die huisartsen vergeleken met verpleegkundigen toonden echter even goede tot betere prestaties van verpleegkundigen. [40,41]

Op basis van de gevonden artikels kan gesteld worden dat preventie een belangrijk thema is, zeker bij patiënten met een lage socio-economische status maar dat de effectiviteit van een multifactoriële leefstijl interventie, zoals de Gezondheidsgids, tot op heden niet bewezen is o.a. omwille van een gebrek aan langlopende en kwalitatief hoogstaande studies. Dat preventie een taak is die gedelegeerd kan worden aan verpleegkundigen is internationaal aanvaard. Dat preventieve zorg door verpleegkundigen beter is als routine zorg door de huisarts is niet bewezen, toch zeker niet op harde eindpunten, maar dat het niet slechter is, systematischer gebeurt en gepaard gaat met een hoge patiënten tevredenheid, staat vast. Het is een onderzoek domein waarin nog veel onderzoek moet gebeuren. Op basis van de bestaande evidentie werd besloten dat op praktijkniveau, met de kwetsbare patiëntenpopulatie, preventie belangrijk is en dat men wou nagaan of de preventieve zorg kon verbeteren door delegatie aan de praktijkverpleegkundigen.

Vraagstelling

1. Hoe verloopt de implementatie van een evidence-based verpleegkundige interventie?
   1.1. Wat was het effect van de uitnodiging op patiënten? Welke methode is de meest effectieve én bereikt de juiste doelgroep?
   1.2. Wat is de gemiddelde duur van het verpleegkundig preventieconsult?
   1.3. Hoe vaak werd er feedback gegeven na het consult door de arts aan de verpleegkundige en wat is de aard van de feedback?
2. Kan delegatie van (delen van) het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige, binnen een forfaitaire groepspraktijk, uitvoering van preventie verbeteren?
   2.1. Met betrekking tot procesindicatoren?
   2.2. Hoe tevreden zijn patiënten met het verpleegkundig preventieconsult?

Methode

1. Design van de interventie

Voorbereiding

Als leidraad voor de implementatie van een evidence-based verpleegkundige interventie werd het artikel van Van Meijel et all. gebruikt en het boek van Wollersheim. [14,18] Na de

definiëring van de noden in de praktijk, volgde een exploratieve fase met een literatuurstudie en focusgroepen met artsen en verpleegkundigen. Op basis van de verkregen informatie werd een werkgroep gevormd binnen de praktijk met alle verpleegkundigen (3) en twee artsen (1e auteur en 3e auteur). Gezien expliciet uit de focusgroepen was gekomen dat het belangrijk was dat de verpleegkundigen meer betrokken waren bij het project, kregen zij de taak om een protocol te ontwerpen. *(zie appendix 4)* Dit protocol werd besproken tijdens meerdere vergaderingen en bijgeschaafd. *(zie tabel 3)* Ook de doelgroep van de interventie en de modaliteiten van bijkomende opleidingen werden in overleg beslist. De beslissingen die genomen werden in de werkgroep werden vervolgens steeds voorgelegd aan het team tijdens medische vergaderingen, op basis van hun feedback vonden er ook nog aanpassingen plaats. *(zie tabel 3)* In augustus vond er een proefinterventie plaats waarbij een beperkt aantal artsen (1e auteur, 3e auteur, 4e auteur) patiënten doorverwezen naar de verpleegkundigen voor een preventieconsult. Per verpleegkundige gebeurden er zo 3 à 4 consulten die volledig overlopen werden nadien door 1e auteur. Gebreken van het protocol kwamen zo nog aan het licht en werden aangepast. De eigenlijke interventie ging van start op 10/09/13 en liep tot 30/11/13 (12 weken)

Opleiding

In de focusgroepen en in de werkgroep werd besproken in welke thema's bijscholing nodig was. Risicocommunicatie en motivationele gespreksvoering werden besproken met het volledige medische team tijdens twee medische vergaderingen. Daarnaast bestudeerden de verpleegkundigen de Gezondheidsgids in zijn geheel en in het bijzonder de aanbeveling cardiovasculair risicobeheer en de aanbevelingen cervixkankerscreening, borstkankerscreening en colonkankerscreening. Training in het berekenen van het cardiovasculaire risico werd gegeven door Dr. D.V.D., medeauteur van de aanbeveling van Domus Medica. Uit de aanbevelingen rond kankerscreening werd door de verpleegkundigen en de 1e auteur informatie geëxtraheerd die nodig is om op een gefundeerde wijze over risico's te communiceren en werd er geoefend op communicatie van deze cijfers naar de patiënt toe. *(zie tabel 3)* De eerste preventieconsulten, tijdens de proefinterventie, werden stap voor stap overlopen door de 1e auteur en de betrokken verpleegkundigen. Tijdens de uiteindelijke interventie werd steeds het dossier nagekeken na een preventieconsult door 1e auteur of de vaste arts van de patiënt en werd feedback gegeven.

Tabel 3: Voorbereiding van de interventie

Datum	Inhoud	Duur	Deelnemers
12/2011-03/12	Literatuurstudie		1e auteur
02/12-04/12	Focusgroepen	2 x 2u.	Zie appendix 2
9/03/2012	Pneumokokkenvaccinatie: medische vergadering: praktijkstandpunt	1u.	Medisch team[1]

[1]Het medische team bestaat uit alle verpleegkundigen, alle artsen en de diëtiste

6/04/2012	Motiverende gespreksvoering: medische vergadering: bijscholing	2u.	Medisch team
20/04/2012	Eerste vergadering werkgroep preventie: verpleegkundigen werken protocol uit	1u	Werkgroep preventie
11/05/2012	Presentatie resultaten literatuurstudie en focusgroepen op medische vergadering (member check)	2u.	Medisch team
25/05/2012	Tweede vergadering werkgroep preventie: voorstelling protocol door vpl	1u.	Werkgroep preventie
1/06/2012	Risicocommunicatie: medische vergadering: bijscholing	1u.	Medisch team
1/06/2012	Derde vergadering werkgroep preventie: verfijning protocol	1u.	Werkgroep preventie
29/06/2012	Voorstelling protocol: medische vergadering	1,5u.	Medisch team
06/07/2012	Vierde vergadering werkgroep preventie: afspraken rond proefinterventie	1u.	Werkgroep preventie
13/07/2012	Bijscholing risicocommunicatie rond cervix Ca, borst Ca en colon Ca	2u.	Vpl + 1e auteur
20/07/2012	Bijscholing CVR management	1u.	Vpl + DVD
23/07-31/08	Proefinterventie		
24/08/2012	Vijfde vergadering werkgroep preventie: bespreking proefinterventie-aanpassing protocol	1u.	Werkgroep preventie
31/08/2012	Uitleg op onthaalvergadering over preventieconsult – taken onthaal	20 min.	Onthaalteam + 1e auteur
3/9-7/9	Individuele gesprekken met artsen: uitleg over opzet interventie/taken arts	15 min./arts	Artsen + 1e auteur
7/9/2012	Bespreking resultaten voormeting, SMART doelen, definitieve afspraken interventie: medische vergadering	1,5u.	Medisch team
10/09-31/11	Start interventie – 2-wekelijks op medische vergadering update + herinnering	10 min/vergadering	Medisch team

Tabel 3

Doelgroep, uitnodiging

Als doelgroep van de interventie werd gekozen voor 50-jarigen (°1962). Dit was een groep van 29 patiënten (=groep 1). Er werd voor deze groep gekozen omdat dit een haalbare groep is om systematisch, jaarlijks, uit te nodigen (met het oog op duurzaamheid van de interventie, niet als éénmalig project te zien). De patiënten van groep 1 kregen een uitnodigingsbrief voor het preventieconsult (n=28).*(zie appendix 5 voor brief)* Bovendien werd er bij deze groep via statDPPRO, het statistisch programma van medidoc, een melding in de planning gezet: "doorverwijzing preventieconsult – interventiegroep" zodat artsen en verpleegkundigen de patiënten persoonlijk konden aanspreken tijdens de consultatie. Na 6 weken werden patiënten die niet gereageerd hadden op de brief en niet op consultatie gekomen waren, opgebeld (n=14). *(zie figuur 2)* Daarnaast kregen artsen ook de kans om patiënten tussen 40 en 75j. door te verwijzen, wanneer zij de inschatting maakten dat een preventieconsult nuttig was (=groep 2). De vragenlijst van Domus Medica zat ingesloten bij de uitnodigingsbrief met de vraag deze ingevuld mee te brengen. Patiënten die doorverwezen werden door de arts kregen de vragenlijst mee.

Inhoud van de interventie

Als basis werd de Gezondheidsgids van Domus Medica gebruikt. Er werd beslist in het medisch team om niet te focussen op pneumokokkenvaccinatie (praktijkstandpunt op basis van de bestaande evidentie) en peilen naar depressie weg te laten als onderdeel omdat dit niet als een taak voor de verpleegkundigen werd gezien. Screening naar cervixkanker hield risicocommunicatie in door de verpleegkundige en planning van het uitstrijkje. Indien nodig verwezen de verpleegkundigen patiënten door naar de huisarts voor de uitvoering van het uitstrijkje. Om patiënten te kunnen doorverwijzen voor een mammografie werd er een sjabloon aangemaakt in Medidoc zodat de verpleegkundigen een verwijsbrief konden meegeven op naam van één van de artsen. Er werd afgesproken dat de nadruk in het consult moest liggen op gezondheidspromotie, niet op preventie van ziekte. Bovendien bevroegen de verpleegkundigen eerst de interesse en wensen van de patiënt om de communicatie en de te bespreken onderwerpen zoveel mogelijk af te stemmen op de patiënt.

2. Data collectie

Vooraf vond een voormeting plaats (augustus 2012). Er werden indicatoren gedefinieerd. *(procesindicatoren, zie tabel 5)* Die werden gemeten in heel de groep van 40-75-jarigen via statDPPRO, als referentiegroep (n=1081). De voormeting in groep 1 en groep 2 gebeurde manueel door elk dossier te openen in Medidoc. Op basis van de voormeting werden in team SMART doelen gedefinieerd. Bij het bepalen van de SMART doelen werd als doel niet voor 100% in orde gekozen omdat vergetelheden, patiëntfactoren, ... ingecalculeerd werden. Na de interventie vond een manuele nameting plaats van de gekozen indicatoren. Elke patiënt die op preventieconsult kwam, kreeg een vragenlijst mee rond patiënten tevredenheid. *(zie appendix 6)* Gezien het korte tijdsbestek van de Manama ontbrak de tijd om een gevalideerde vragenlijst te ontwikkelen. Voor het opstellen van de vragenlijst werd er daarom gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst uit een Nederlands onderzoek met een gelijklopende studieopzet. [42] Deze vragenlijst werd aangepast aan de Belgische context en aangevuld met vragen rond onderwerpen die naar boven kwamen in de focusgroep met de artsen en verpleegkundigen. De vragenlijst werd gereviseerd door de 2e en 3e auteur en ging rond in de praktijk zodat iedereen suggesties kon doen.

3. Data analyse

Al de resultaten werden ingevoerd en geanalyseerd met SPSS 21. Een p-waarde <0,05 werd als statistisch significant beschouwd. Naast de statistische analyse van de indicatoren voor/na (McNemar) werd er ook een globale score toegekend aan elk dossier voor/na op basis van het aantal indicatoren dat in orde was (score op 14). Zo konden globale vergelijkingen gedaan worden tussen dossiers m.b.v. T-testen (independent samples T-test, paired samples T-test). Voor de analyse van de vragenlijst werd de interne consistentie van de vragen bepaald door het berekenen van de Cronbach Alpha coëfficiënt. Daaruit kwam dat vraag 1,2,3,5,7,10,13,14,15 en 16 intern consistent waren (α coëfficiënt: 0,82). Deze vragen behandelen allen patiënten tevredenheid. Deze werden samengenomen om een algemeen beeld te krijgen van de tevredenheid van patiënten met het preventieconsult.

4. **Ethische implicaties**

Aan elke patiënt werd uitleg gegeven over het opzet van het preventieconsult zowel door de artsen die doorverwezen als door de verpleegkundigen. Ingesloten bij de vragenlijst over patiënten tevredenheid zat een toestemmingsformulier. Alle patiënten werden gevraagd hun informed consent te geven. De persoonlijke informatie (naam) werd apart bewaard van de resultaten. De gegevens van de vragenlijst werden anoniem verwerkt.

Resultaten

1. **Hoe verloopt de implementatie van een verpleegkundig preventieconsult?**

1.1. Wat was het effect van de uitnodiging op patiënten? Welke methode is de meest effectieve én bereikt de juiste doelgroep?

Groep 1 bestond uit 29 patiënten. Veertien patiënten van deze groep kwamen op preventieconsult. Slechts één patiënt kwam enkel naar aanleiding van de brief. De meeste patiënten (N=11) kwamen na persoonlijke aanspreking over het consult door een arts of een verpleegkundige. Na 6 weken waren er 14 patiënten die nog niet op consult waren gekomen. Zij werden telefonisch gecontacteerd. De telefonische contact name verliep moeizaam. Veel patiënten (N=10) waren niet bereikbaar telefonisch. Vaak stond er enkel een vast telefoonnummer in het EMD of ontbraken telefonische gegevens. *(zie figuur 2)*

Persoonlijke aanspreking door de arts was duidelijk de meest effectieve methode.

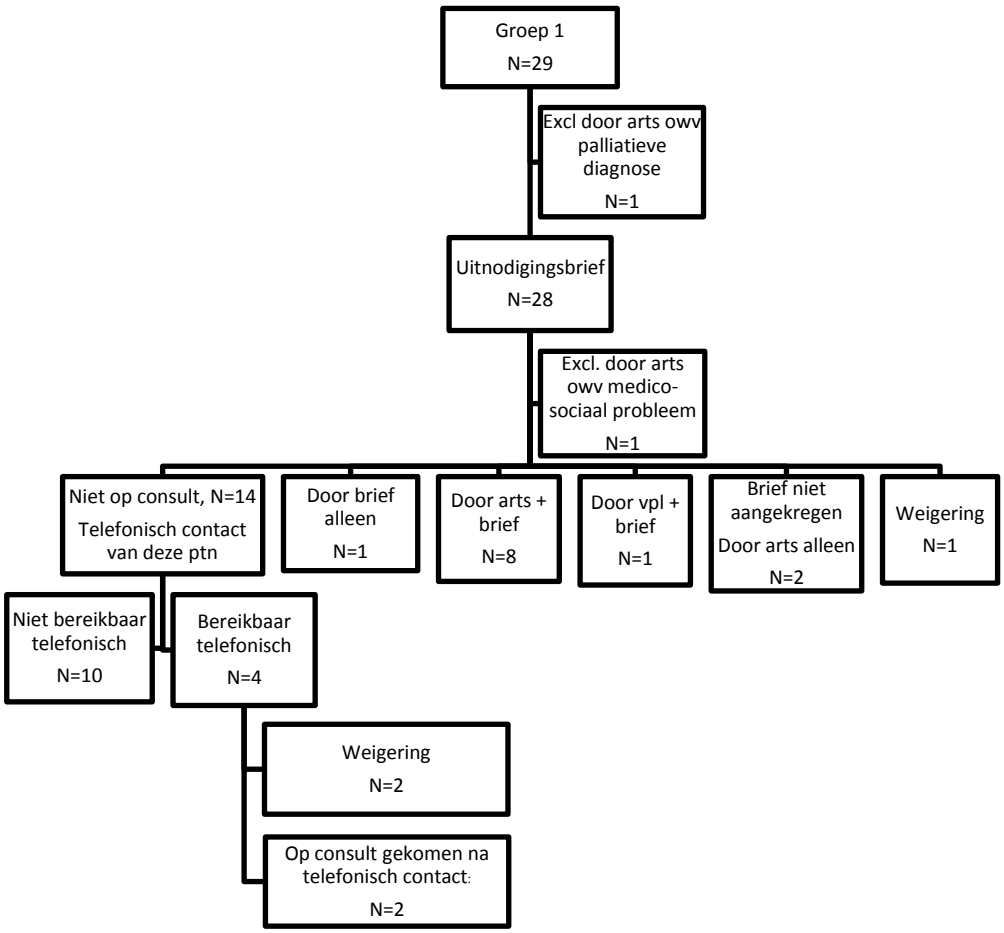
Van de 29 patiënten zijn 16 patiënten tijdens de interventie op consultatie gekomen. Dertien hiervan werden aangesproken door hun arts over het preventieconsult, drie niet (de 2 geëxcludeerde patiënten en één patiënt die telefonisch al geweigerd had). De melding in de planning was dus een effectieve methode om artsen aan te zetten tot doorverwijzing.

Dossiers van patiënten in groep 1 die gekomen zijn op preventieconsult waren vooraf al beter in orde als de dossiers van patiënten die niet gekomen zijn (8 vs. 6,43). Het verschil is echter niet statistisch significant. *(zie tabel 4)*

Artsen hebben patiënten doorverwezen wiens dossier vooraf al beter in orde was (8,44 vs. 7,24). Dit verschil is wel statistisch significant. *(zie tabel 4)* De patiënten die doorverwezen werden door een arts, hadden gemiddeld ook een hogere consultfrequentie (>4x/jaar: 31 ptn vs. 10 in groep 1).

Dossiers van patiënten die frequenter consulteren (>4x/jaar) zijn beter in orde dan dossiers van patiënten die minder vaak consulteren (1-4x/jaar) en zijn dossiers van patiënten die zelden consulteren (0x het afgelopen jaar) slecht in orde (4,25 vs. 7,36 vs. 8,66). *(zie tabel 4)*

Figuur 2: Effect van de uitnodiging



Figuur 2

Tabel 4: Vergelijking globaal in orde zijn preventie dossiers

Vergelijking tussen	Voor (op 14) Gem + SD	P-waarde	Na (op 14) Gem + SD	**P-waarde**
Ptn die op preventieconsult gekomen zijn Voor/Na*	8,31 SD: 2,02		13,2 SD: 0,83	0,00
Patiënten die op consultatie gekomen zijn vs. patiënten die niet gekomen zijn (groep 1)**	Gekomen: 8 SD: 1,73 Niet-gekomen: 6,43 SD: 2,93	0,10	Gekomen: 12,67 SD: 1,54 Niet-gekomen: 6,57 SD: 2,87	0,00
Ptn in groep 1 vs. ptn in groep 2**	Groep 1: 7,24 SD: 2,08 Groep 2: 8,44 SD: 2,47	0,03	Groep 1: 9,72 SD: 3,82 Groep 2: 13,27 SD: 0,8	0,00
Ptn die 0x/jaar consulteren vs. ptn die 1-4x/jaar consulteren vs. ptn die >4x/jaar consulteren**	0x/jaar: 4,25 SD: 2,60 1-4x/jaar: 7,36	0,01 0,01		

	SD: 2,13 >4x/jaar: 8,66 SD: 1,97

*Paired samples T-test
**Independent samples T-test
Tabel 4

1.2 Duur van het consult

Een verpleegkundig preventieconsult duurde gemiddeld 30 minuten (SD: 10,6). Met enkele uitschieters (tot 60 min.) bij eerste consulten of consulten waarbij een stagiaire of nieuwe verpleegkundige aanwezig was.

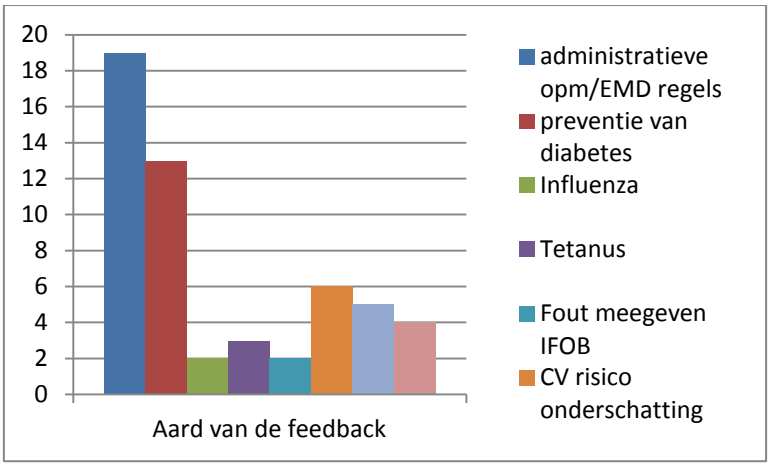
Na het consult verwerkten de verpleegkundigen de verkregen informatie in het EMD. Dit duurde gemiddeld 13 min (SD: 6,6).

1.3 Feedback

Na elk consult werd het dossier bekeken door de 1e auteur of de vaste arts van de patiënt en werd feedback gegeven over eventuele fouten, vergetelheden, ... Dit werd gezien als een extra vorm van opleiding voor de verpleegkundigen maar werd ook geregistreerd tijdens de interventie om een idee te geven van de nood aan feedback en de aard van de gegeven feedback.

Bij 22 van de 55 consulten was er geen feedback nodig. Volgens inschatting door de 1e auteur hadden 6 van deze opmerkingen belangrijke medische consequenties. De meerderheid van de feedback ging over foutieve notitie in het EMD, het vergeten te plannen of uit te voeren van een preventieve act, het fout plannen van een bloedname cardiovasculair risico of glucose (niet na de juiste termijn), ... (*zie figuur 3*)

Figuur 3: Aard van de gegeven feedback



Figuur 3

2 Kan delegatie van (delen van) het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige, binnen een forfaitaire groepspraktijk, uitvoering van preventie verbeteren?

2.1. Met betrekking tot procesindicatoren

Alle indicatoren verbeterden bij de patiënten die op preventieconsult kwamen (N=55, groep 1: N=14, groep 2: N=41). Alle vooraf gestelde SMART doelen werden bereikt. In tabel 5 worden de gekozen procesindicatoren weergegeven voor en na bij de groep van patiënten die op preventieconsult gekomen zijn. *(zie tabel 5)*

Sommige indicatoren waren vooraf al uitzonderlijk goed zoals het bevragen en noteren van de rookstatus in het EMD en influenza vaccinatie. Voor deze onderwerpen is er veel aandacht in de praktijk. Het aantal uitgevoerde mammografieën en uitstrijkjes steeg tegen verwachting in tijdens de interventieperiode. Wat screening voor diabetes betreft viel bij de voormeting op dat glucose vaak mee werd gecontroleerd tijdens een routine bloedname zonder de aanbeveling in acht te nemen dat dit slechts 3-jaarlijks nodig is of zelfs niet, bij patiënten zonder risicofactoren voor 65 jaar. De verpleegkundigen volgden de aanbeveling wel strikt wat leidde tot rationeler screenen naar diabetes.

De groep patiënten die deelnamen aan het preventieconsult scoren hoger dan gemiddeld op nicotine misbruik, alcohol misbruik en hebben gemiddeld een hoog BMI (27,81). Deze waarden veranderden niet onder invloed van het consult gezien de korte duur van de interventie. Het aandeel patiënten met alcohol misbruik en de gemiddelde BMI stegen zelfs door betere registratie. Van de 16 rookstopadviezen die gegeven werden, leidden er 3 tot een doorverwijzing naar de tabakologe in de praktijk. Van de 51 adviezen inzake gezonde voeding leidden er 7 tot een doorverwijzing naar de diëtiste in de praktijk. Twee patiënten verkozen opvolgconsulten bij de verpleegkundige. Tijdens het preventieconsult werd steeds, wanneer geïndiceerd, een potje meegegeven om een stoelgangsstaal binnen te brengen voor de IFOB. Een groot aandeel (27,3%) van de patiënten die een potje hadden meegekregen, hadden het echter nog niet terug binnen gebracht op het ogenblik van de nameting (2 weken na het einde van de interventie).

Tabel 5: Resultaten voor-en nameting procesindicatoren

Indicator	Voor In orde	Voor StatdPPRO	SMART doel	Na In orde	P - waarde	Gemiddelde Vlaanderen
Cardiovasculair risico genoteerd in dossier[2]	32,7% N=18	35,8%	75%	98,2% N=53	0,00	

[2] Praktijkrichtlijn: afspraak om cardiovasculair risico te noteren bij actieve ziekten (en problemen indien hoog risico)

BD in dossier + ≤14/9[3]	67% N=37	87,3%[4]	80%	85,5% N=47	0,00	
Rookstatus bevraagd	94,5% N=52	84%	95%	100% N=55	/	
Aantal rokers	29,1% N=16	22%		29,1% N=16		22-26%[5] 10,8%[6]
Rookstopadvies gegeven	43,6% N=7/16	56%	75%	81,25% advies N=13/16 18,75% tabakoloog[7] N=3/16	/	
Advies gezonde voeding	7,3% N=4	11%	40%	92,7% N=51	0,00	
Advies fysieke activiteit	3,6% N=2	2,7%	25%	90,9% N=50	0,00	
Gemiddeld BMI	27,068 N=51			27,811 N=55		♂ 27 ♀ 26,5
Obesitas bij actieve ziekten[8]	20% ok N=11 40% nvt N=21	40% ok	75%	56,4% ok N=31 32,7% nvt N=18	0,00	
Screening diabetes	50,9% ok N=28 23,9% overscreening		70%	94,5% ok N=52 1,8% overscreening	0,00	
Tetanus vaccinatie in orde	67,3% N=37	62%	75%	94,5% N=52	0,00	
Influenza vaccinatie in orde[9]	90,9% N=50			87,3% N=48	/	
Mammografie in orde	70,8% N=17/24	66%	75%	87,5% N=21/24	0,05	
Uitstrijkje in orde[10]	76,6% N=23/30	80%	85%	93,3% N=28/30	0,03	
IFOB in orde	34,1% N=15/44	18%	50%	64% N=28/44 27,3% meegegeven N=12/44	/	
Alcohol bevraagd	69,1% N=38	69%	90%	100% N=55	/	
Alcohol misbruik geregistreerd	12,7% N=7			16,4% N=9	/	55 plus ♂ 12% ♀ 3,5%

Tabel 5

N=55

StatDPPRO: N=1081 (=patiënten tussen 40-75)

[3] BD in orde betekent: recente BD in dossier (per consensus bepaald dat we het als praktijk belangrijk vinden dat bij ptn tussen 40-75 1x/jaar de BD wordt genomen) + ≤14/9 of ≤13/8 bij secundaire preventie/diabetes mellitus

[4] In statdPPRO kon geen onderscheid worden gemaakt tussen recente BD en/of secundaire preventie = % ptn met BD onder of gelijk aan 14/9

[5] Cijfers gezondheidsenquête Vlaanderen: laagopgeleid [27]

[6] Cijfers gezondheidsenquête Vlaanderen: hoogopgeleid [27]

[7] Doorverwezen naar tabakologe, niet zeker dat alle patiënten ook daadwerkelijk gegaan zijn

[8] Praktijkrichtlijn: afspraak om bij patiënten met BMI>25 overgewicht als diagnose te registreren bij actieve ziekten en actieve problemen, bij BMI>30 obesitas.

[9] Patiënten waarbij terecht geen griepvaccin gepland stond werden beschouwd als in orde

[10] Bekeken volgens aanbeveling: in orde = <5 jaar geleden

Test: Mc Nemar in SPSS 21
P-waarde: / = kan niet berekend owv verschillend aantal categorieën voor/na

Een globale vergelijking van de dossiers van de patiënten die op preventieconsult gekomen zijn voor/na toont ook een sterke, statistisch significante vooruitgang (8,31 voor vs. 13,2 na). *(zie tabel 4)*

2.2 Patiënten tevredenheid

Aan patiënten werd na het preventieconsult een vragenlijst meegegeven die toetste naar tevredenheid met het consult in zijn geheel, tevredenheid met de communicatie, gedeeld beslissingen nemen, angst inductie, tevredenheid met preventie door de verpleegkundige i.p.v. de huisarts, ... *(zie appendix 6)* De vragenlijst werd ingevuld door 42 van de 55 patiënten die op consultatie kwamen (response rate: 76,6%).

95,1% (N=40) van de patiënten was tevreden tot zeer tevreden. Een aantal patiënten (17,9%, N=7) hadden liever met hun huisarts over preventie gesproken. De meerderheid van de patiënten was niet ongeruster over zijn gezondheid door het consult (81%, N=34). Over het gedeeld beslissingen nemen, waren de meningen meer verdeeld (19,5%, N=8). Eén vijfde van de patiënten vond het lastig om mee beslissingen te nemen. *(zie tabel 6)*

Er werd getracht om na te gaan of er een correlatie was tussen tevredenheid en opleidingsniveau of geslacht. De aantallen waren echter te klein om hieruit conclusies te kunnen trekken.

Tabel 6: Resultaten van vragenlijst patiënten tevredenheid

Vraag	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Geen mening	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik zou anderen aanraden om op preventieconsult bij de verpleegkundige te komen	0 N=0	2,4 N=1	19,5% N=8	9,8% N=4	68,3% N=28
Ik begreep de verpleegkundige	2,4% N=1	0 N=0	2,4% N=1	7,1% N=3	88,1% N=37
De verpleegkundige begreep mij	4,9% N=2	0 N=0	4,9% N=2	7,1% N=3	82,9% N=34
Ik had liever met mijn huisarts over preventie gesproken	38,5% N=15	23,1% N=9	20,5% N=8	12,8% N=5	5,1% N=2
De verpleegkundige is een expert in preventie	0 N=0	4,8% N=2	16,7% N=7	42,9% N=18	33,3% N=14
Ik ben nu ongeruster over mijn gezondheid dan voor deze consultatie	64,3% N=27	16,7% N=7	9,5% N=4	4,8% N=2	4,8% N=2
De verpleegkundige betrok me voldoende in het nemen van beslissingen	4,8% N=2	0 N=0	4,8% N=2	21,4% N=9	69% N=29
Ik vind het lastig om mee beslissingen te nemen	61% N=25	12,2% N=5	7,3% N=3	17,1% N=7	2,4% N=1
Deze raadpleging was een verspilling van mijn tijd	78,6% N=33	14,3% N=6	4,8% N=2	0 N=0	2,4% N=1
Ik voelde me op mijn gemak bij de verpleegkundige	4,8%	0	2,4%	16,7%	76,2%

	N=2	N=0	N=1	N=7	N=32
De verpleegkundige wist welke thema's belangrijk waren voor mij	0	7,3%	9,8%	22%	61%
	N=0	N=3	N=4	N=9	N=25
Door deze raadpleging wordt er teveel aandacht besteed aan preventie	57,1%	19%	11,9%	2,4%	9,5%
	N=24	N=8	N=5	N=1	N=4
Ik weet nu beter wat ik moet doen om mijn gezondheid te bevorderen	0	2,4%	23,8%	33,3%	40,5%
	N=0	N=1	N=10	N=14	N=17
Ik ben van plan om de adviezen die de verpleegkundige heeft gegeven te volgen	0	2,4%	9,5%	31%	57,1%
	N=0	N=1	N=4	N=13	N=24
De verpleegkundige legde alles goed uit	0	0	2,4	14,3%	83,3%
	N=0	N=0	N=1	N=6	N=35
Het is nuttig om de verpleegkundige regelmatig te bezoeken om mijn gezondheid te bespreken	0	9,5%	16,7%	21,4%	52,4%
	N=0	N=4	N=7	N=9	N=22

Tabel 6

Discussie

1. Effectiviteit van de interventie

Er kan besloten worden dat delegatie van het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundigen een effectieve manier is om de preventieve zorg voor de patiënten te verbeteren. Alle vooropgestelde SMART doelen werden ruimschoots gehaald, wat deze praktijk verbeterende interventie tot een succes maakt. *(zie tabel 4, 5)* De gemeten indicatoren zijn allen procesindicatoren. Sommige indicatoren hebben enkel betrekking op het in orde brengen van het EMD. Dit is echter een noodzakelijke randvoorwaarde om aan preventie te kunnen doen. De meeste indicatoren houden ook een preventieve actie in. Of deze preventieve acties ook daadwerkelijk een effect hebben op harde eindpunten valt buiten het bestek van deze Manama. Het verpleegkundig preventieconsult hield ook het herplannen in van de verschillende onderdelen. Of dit werkt om het dossier ook op lange termijn in orde te houden, kan niet gezegd worden. Er kunnen ook geen uitspraken gedaan worden over de kwaliteit van preventieve zorg door de verpleegkundige in vergelijking met de huisarts omdat er geen controlegroep was.

2. Effectiviteit van de uitnodiging

Patiënten persoonlijk aanspreken als arts over het preventieconsult bleek de meest effectieve manier om patiënten te motiveren. Het sturen van een uitnodigingsbrief had weinig effect. *(zie figuur 2)*

Dat stemt overeen met bevindingen in de literatuur. [43,44] Vermoedelijk speelde de lage socio-economische status van de patiëntenpopulatie mee in het beperkte succes van de uitnodiging per brief. Als praktijk is het belangrijk om dit mee te nemen in volgende projecten.

3. Selectie van de doelgroep

De patiënten uit groep 1 die op preventieconsult gekomen zijn, waren statistisch significant beter in orde dan patiënten die niet gekomen zijn (8 vs. 6,43). *(zie tabel 4)* Dat betekent dat de patiënten

die op consultatie zijn gekomen, patiënten zijn waarbij sowieso al meer aan preventie gedaan werd.

Een doelgroep selecteren bv op basis van leeftijd, zoals gebeurde in groep 1, is een effectievere methode om de "juiste" patiënten te bereiken dan opportunistische selectie door de artsen. De beste methode om in de toekomst als praktijk preventie systematischer aan te pakken en tegelijkertijd de werkbelasting binnen de perken te houden, is jaarlijks een lijst opstellen van de 50-jarigen (haalbare groep). Deze methode bleek goed te werken. 81% (13/16) van de patiënten die tijdens de interventie op consultatie kwamen, werden aangesproken door de arts. Telefonisch contact opnemen, was tijdrovend en leverde slechts weinig op. *(zie figuur 2)*

4. Tijdsinvestering preventieconsult

De voorbereiding van het preventieconsult vergde een grote tijdsinvestering van alle leden van het medische team. *(zie tabel 3)* Het uitwerken van het protocol werd nochtans gefaciliteerd doordat er over elk onderdeel apart reeds praktijkafspraken waren. De ervaring in de praktijk met andere projecten leert ook dat continue evaluatie en bijsturing belangrijk is om de gemaakte afspraken op te frissen en nieuwe werkkrachten bij te scholen.

Het consult op zich en de verwerking in het elektronisch medisch dossier duurden gemiddeld respectievelijk 31 en 13 minuten. Verwacht wordt dat naarmate de verpleegkundigen meer vertrouwd geraken met de uitvoering van dergelijke consulten, de duur afneemt. Ook zou er tijdens het consult zelf al in het dossier kunnen gewerkt worden.

Het verpleegkundig preventieconsult neemt veel tijd in beslag. Toch lijkt het resultaat deze investering waard gezien de preventieve planning voor de patiënt meteen voor meerdere jaren in orde is.

5. Feedback

Vanuit de doemscenario's die naar boven kwamen tijdens de focusgroep van de artsen en de vraag van de verpleegkundigen voor samenwerking, geen substitutie, werd er afgesproken dat delegatie van preventie niet inhield dat de artsen preventie 'loslieten'. Onder andere daarom moest na elk uitgevoerd preventieconsult het dossier van de patiënt bekeken worden door een arts en zo nodig moest er feedback gegeven worden. Dit bleek in de praktijk echter moeizaam uitvoerbaar. Als de vaste arts deze taak niet op zich nam, gebeurde de feedback door 1e auteur wat in de meerderheid van de gevallen gebeurde. Enkel de artsen die sterk betrokken waren bij de interventie (3e en 4e auteur) namen deze taak op zich. Enkele artsen bleken zich zelf onvoldoende vertrouwd te voelen met de Gezondheidsgids om feedback te geven, vermoedelijk deels vanuit een gebrek aan motivatie, deels vanuit een gebrek aan kennis. Dit kwam tot uiting in de individuele gesprekken met elke arts afzonderlijk kort voor de interventie. *(zie tabel 3)* Hier was onvoldoende aandacht aan besteed tijdens de voorbereiding en opleiding die vooral gericht was op de verpleegkundigen en niet op het volledige team van artsen. *(zie tabel 3)* Ook de artsen zagen in hun feedback fouten over het hoofd terwijl de verpleegkundigen door hun ervaring en opleiding steeds meer uitgroeiden tot experten in preventie.

In de praktijk moet bekeken worden of men supervisie van de artsen op het preventiedossier noodzakelijk vindt en of men gemotiveerd is om het te blijven doen.

6. Patiënten tevredenheid

De tevredenheid van patiënten over het preventieconsult was groot. In de studie van H. Voogdt-Pruis werden gelijklopende resultaten gevonden.[42] De meerderheid van de patiënten was niet ongeruster over zijn gezondheid door het consult (81%, n=34). *(zie tabel 6)* Dat ligt in de lijn van de bevindingen van Koelewijn et all. die concludeerden dat risicocommunicatie rond cardiovasculair risico op zich angst van patiënten reduceerde. [31]

7. Sterktes en zwaktes

De opgezette interventie is een praktijk verbeterend project. De interventie liep slechts kort (12 weken), het gaat om kleine patiënten aantallen (29 groep 1, 55 in totaal, 42 respondenten op de vragenlijst), er is geen controlegroep. Er is een bias wat motivatie betreft doordat dit project plaatsvond in het kader van een Manama. Verpleegkundigen hebben zich vermoedelijk extra ingezet omdat er een voor-en nameting plaatsvond. Artsen werden 2-wekelijks op de medische vergadering herinnerd aan de interventie en waren vermoedelijk extra gemotiveerd om patiënten door te verwijzen en aan te spreken. Wat deze interventie moeilijk maakte, was het gebrek aan continuïteit in het verpleegkundig team. Dit heeft zeker ook de resultaten beïnvloed.

Op praktijkniveau heeft het onderzoek veel nuttige informatie opgeleverd. De voormeting in statDPPRO geeft een algemeen beeld van de performantie van de praktijk wat preventie betreft. De evaluatie van de interventie toont dat ze effectief is en geeft ideeën voor de toekomst om preventie systematischer te kunnen aanpakken. Ook al was er al heel wat ervaring met taakdelegatie in de praktijk, de tevredenheid van patiënten was nog nooit bevraagd.

8. Onderzoek agenda

Preventie van chronische ziekten is een belangrijke uitdaging voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Taakdelegatie van preventie is een mogelijke strategie om een extra inspanning te kunnen leveren op een kwalitatief hoogstaande manier zonder dat de werkbelasting voor huisartsen toeneemt. Kwalitatieve, lang lopende, groot opgezette studies ontbreken echter enerzijds om het nut van leefstijl adviezen te ondersteunen, anderzijds om de effectiviteit en ook de kosten effectiviteit van taakdelegatie aan te tonen. De bestaande studies zijn bovendien voornamelijk internationale studies terwijl de nationale gezondheidscontext een belangrijke rol speelt. Zeker in België staat taakdelegatie in zijn kinderschoenen en is er nood aan verder onderzoek.

Besluit

In de forfaitaire groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk te Deurne werden als praktijk verbeterend project patiënten uitgenodigd en doorverwezen voor een verpleegkundig preventieconsult. Het doel van de interventie was de Gezondheidsgids van Domus Medica systematischer uitvoeren en preventieve zorg voor de patiënt verbeteren. Deze interventie bleek effectief te zijn. De meest effectieve manier om patiënten uit te nodigen voor een preventieconsult was persoonlijke aanspreking door de arts. De beste methode om een doelgroep te selecteren bleek

selectie van een groep patiënten op basis van leeftijd. Patiënten waren zeer tevreden met de geleverde zorg. De voorbereiding vergde wel een grote tijdsinvestering van het hele medische team. Toch lijkt het resultaat deze investering waard gezien de preventieve planning voor de patiënt meteen voor meerdere jaren in orde is.

Dankwoord

Deze Manama had niet tot stand kunnen komen zonder de hulp van mijn promotor, Bert Aertgeerts en co-promotor, Janneke Ronse. Ze hebben mij op het juiste pad gebracht en gehouden: inhoudelijk, methodologisch, literair, ... waarvoor zeer veel dank!

Ook de steun binnen de praktijk was enorm belangrijk. Iedereen heeft zich ten volle ingezet om het project te doen slagen. De Manama kon er alleen komen door enthousiast team werk! Bijzondere dank aan het geweldige verpleegkundig team in 'De Bres' die eigenlijk het meeste werk gedaan hebben ;). Aan mijn praktijkopleider, Dr. Lieve Seuntjens, die ervoor zorgde dat ik mijn doelstellingen kon halen door op cruciale momenten extra tijd of hulp in te zetten, tot een vakantiewerker toe! Aan de desbetreffende vakantiewerker, Tim Joye, die met veel verve en geduld statDPPRO metingen deed en mij Excel formules leerde kennen. Aan mijn collega, Dr. Annelies Van Linden, die de preventiewerkgroep versterkte en inhoudelijk onmisbaar was. Daarbij had ze ook de moed om de tekst te doorworstelen en kostbare feedback te geven. Aan het hele medische team voor de steeds waardevolle feedback tijdens medische vergaderingen, de motivatie om tijdens de interventie zoveel mogelijk patiënten door te verwijzen en de gemaakte afspraken zo goed op te volgen. Aan het onthaalteam om patiënten op te bellen. Iedereen heel erg bedankt!

Referenties

1. Dirickx B., De Lepeleire J., Viaene M. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie. HANU 2011;40(10):417-24.
2. KCE position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België, 2012. https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_190A_organisatie_zorg_chronisch_zieken_Position%20Paper_0.pdf
3. Hoeree T.,Grouwels D.,Cuypers R.,Heyrman J. De huisartspraktijk herbekeken: Een visiedocument. Berchem: Domus Medica, project HUSAM, 2006.
4. Lenders N.,Aertgeerts B. Kan de praktijkverpleegkundige een meerwaarde bieden in de preventieve taak van de huisarts? Opstellen van een methode met toetsing in de praktijk door middel van tetanus-vaccinatie. Manama 28/05/2011.
5. Ohman-Strickland P.A.,Hundson S.V. et all. Quality of diabetes care in family medicine practices: Influence of nurse practitioners and physician's assistants. Ann Fam Med. 2008 Jan;6(1): 14-22
6. Voogdt-Pruis H.,Beusmans G.,Gorgels A. et all. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomized trial. Br J Gen Pract.2010;60:40-46.
7. Ishani A.,Greer N.,Taylor B.C. et all. Effect of Nurse Case Management Compared With Usual Care on Controlling Cardiovascular Risk Factors in Patients With Diabetes, A randomized controlled trial. Diabetes Care.2011 Aug;34:1689-94
8. Laurant M.,Hermens R.,Braspenning J. et all. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomized controlled trial. BMJ 2004. doi:10.1136/bmj.38041.493519.EE.
9. Carter A.,Chichinov A. A systematic review of impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. Can J Emerg Med. 2001;9(4): 286-95
10. Venning P.,Durie A.,Roland C. et all. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ. 2000;320: 1048-53
11. Dierick-Van Daele A.,Steuten L.,Mesemakers J. et all. Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. Br J Gen Pract. 2010 Jan; 28-35.
12. Laurant M.,Reeves D.,Hermens R. et all. Substitution of doctors by nurses in primary care (review). Issue 1. Cochrane Database of Syst Rev, 2009.
13. Verlinden C. Bevraging in verband met de nood aan opleiding'assistente huisartspraktijk'. BWR. 2008
14. Van Meijel B.,Gamel C.,van Swieten-Duijfjes B.,Grypdonck M.H. The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. J Adv Nurs 2004 Oct;48 (1); 84-92
15. *www.domusmedica.be/gezondheidsgids*
16. NHG standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn, uitwerking cardiovasculair risicomanagement. Definitieve versie vastgelegd tijdens de ALV op 31/05/2007.
17. NHG/LHV-Standpunt Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening. Actualisering van het NHG/LHV-Standpunt 'Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening' uit 2005. Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 9 juni 2011.
18. Wollersheim H.,Bakker P.J.M.,Bijnen A.B. et all. Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum;2011.
19. Voogdt-Pruis H.R.,Beusmans G. H.,Gorgels A.P. et all. Experiences of doctors and nurses Implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative Study. J Adv Nurs 2011; 67 (8): 1758-66
20. Ijas J.,Alanen S., Kaila M. et all. Primary care guidelines: Senior executives' views on changing health centre practices in hypertension treatment. Scand J Prim Health Care 2009;27 (4): 202-7
21. O'Neill M., Cowman S.. Partners in care: investigation community nurses'understanding of an Interdisciplinary team-based approach to primary care. J Clin Nurs 2008 Nov; 17 (22): 3004-11
22. Halcomb E.J., Davidson P. M., Griffiths R., Daly J. Cardiovascular disease management: time to Advance the practice nurse role? Aust Health rev 2008 Feb; 32 (1): 44-53
23. Jerden L., Hillervik C., Hansson A.C. et all. Experiences of Swedish community health nurses

Working with health promotion and a patient-held health record. Scand J Caring Sci. 2006 Dec; 20(4): 448-54
24. Bailey P., Jones L., Way D.. Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. J Adv Nursing 2006 Feb; 53 (4): 381-91
25. Keleher H., Joyce C.M., Parker R., Piterman L.. Practice nurses in Australia: current issues and future directions. Med J Aust 2007; 187 (2): 108-110
26. DiCenso A., Bryant-Lukosius D., Martin-Misener R. et all. Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2010 Dec; 23:211-38.
27. Drieskens S., Demarest S.. Socio-economische ongelijkheden in gezondheid in het Vlaams Gewest. Analyse van de gezondheidsenqûete 2008.
28. Meer lijn in de eerstelijn, syntheserapport. Conferentie eerstelijnsgezondheidzorg. Antwerpen, 11 december 2010.
29. World Health organization. Primary health care (now more than ever), Geneva, 2008. http://www.who.int/whr/en/
30. Avendano M., Boshuizen H.C., Schellevis F.G. et all. Verschillen in preventieve zorg door huisartsen verklaren sociaal-economische verschillen in de incidentie van CVA niet. Huisarts Wet 2007;50(5):186-93.
31. Koelewijn-van Loon M.S., Van der Weijden T., Ronda G. et all. Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: A cluster-randomized controlled trial in primary care. Prev Med 2010;50:35-44
32. Berra K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? J Cardiovasc Nurs.2011;26(2):145-167
33. Allen K.J.,Dennison-Himmelfarb C.R., Szanton S.L. et all. Community Outreach and cardiovascular health (COACH) trial. A randomized controlled trial of nurse practitioner/community health woker cardiovascular disease risk reduction in urban community health centers. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2011;4:592-602
34. El Fakiri F., Bruijnzeels M.A., Uitewaal P.J. et all. Intensified preventive care to reduce cardiovascular risk in healthcare centers located in deprived neighbourhoods: a randomized controlled trial. Eur J Prev Cardiol 2008;15:488-493
35. Voogdt-Pruis H.R., Van Ree J.W., Gorgels A., Beusmans G.. Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: a comparison between general practitioners and practice nurses. Int J Nurs 2011;48:798-807
36. Wood D.A., Kotseva K., Connolly S. et all. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. The Lancet 2008;371:1999-2012
37. Hill Rice V., Stead L.F.. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane libr 2009 Jan 21.
38. Angermayr L.. Multifactorial lifestyle interventions in the primary and secondary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus – a systematic review of randomized controlled trials. Ann behave med 2010;40:49-64
39. Koelewijn-van Loon M.S., Eurlings J.W., Winkens B. et all. Small but important errors in cardiovascular risk calculation by practice nurses: A cross-sectional study in randomised trial setting. Int J Nurs studies 2011;48:285-291
40. McManus R.J., Mant J., Meulendijks C.F. et all. Comparison of estimates and calculations of risk of coronary heart disease by doctors and nurses using different calculation tools in general practice: cross-sectional study. BMJ 2002;324(7335):459-64
41. Montgomery A.A., Fahey T., MacKintosh C. et all. Estimation of cardiovascular risk in hypertensive patients in primary care. Br J Gen Pract 2000;50(451):127-128
42. Voogdt-Pruis H.R., Gorgels A.P., Van Ree J.W. et all. Patient perceptions of nurse-delivered cardiovascular prevention: cross-sectional survey within a randomised trial. Int J Nurs Stud 2010 Oct;47(10):1237-44
43. Harkins C., Shaw R., Gillies M. et all. Overcoming barriers to engaging socio-economically disadvantaged populations in CHD primary prevention: a qualitative study. BMC Public Health 2010; 10:391.
44. Nielen MMJ, van der Meer V, Schellevis FG. Evaluatie pilot preventieconsult cardiometabool risico. Nivel-rapport, ISBN 9789 4612 204 79, www.nivel.nl

Appendix

Appendix 1

Zoektermen

Medline via PubMed

("cardiovascular diseases/prevention and control"[Mesh Terms] OR "cardiovascular diseases/nursing"[Mesh Terms]) OR "cardiovascular risk factors"[All Fields] OR "health promotion"[Mesh Terms] OR "life style"[Mesh Terms] OR "primary prevention"[Mesh Terms] OR "secondary prevention"[Mesh Terms] OR "motivational behavioral support"[All Fields] OR "motivational activities"[All Fields] OR "smoking cessation"[Mesh Terms] OR "hypertension"[Mesh Terms]

AND ("nurse clinicians"[Mesh Terms] OR "nurse practitioners"[Mesh Terms] OR "nurse's role"[Mesh Terms] OR "primary care nursing"[Mesh Terms] OR "advanced practice nursing"[Mesh Terms] OR "nurse/doctor collaboration"[All Fields] OR "nurse clinicians"[All Fields] OR "nurse practitioner"[All Fields] OR "advanced nursing practice"[All Fields] OR "community nursing"[All Fields] OR "primary care nursing"[All Fields] OR "clinical nurse specialist"[All Fields] OR "nursing"[All Fields] OR "practice nurse"[All Fields])

AND ("primary health care"[All Fields] OR "primary care"[All Fields] OR "general practice"[All Fields] OR "family practice"[All Fields] OR "primary health care"[Mesh Terms] OR "general practice"[Mesh Terms])

AND ("delegation, professional"[All Fields] OR "substitution"[All Fields] OR "skills mix"[All Fields] OR "task delegation"[All Fields] OR "care coordination"[All Fields] OR "innovation"[All Fields] OR "collaboration"[All Fields] OR "service redesign"[All Fields] OR "comanagement"[All Fields] OR "interdisciplinary"[All Fields] OR "multidisciplinary"[All Fields] OR "task substitution"[All Fields] OR "team work"[All Fields] OR "care models"[All Fields] OR "professional roles"[All Fields] OR "shifting tasks"[All Fields] OR "redefining roles"[All Fields] OR "delegation, professional"[Mesh Terms])

Ovid nursing database

"Cardiovascular nursing/or cardiovascular risk factors" OR "health promotion" OR "lifestyle changes" OR "primary prevention" OR "secondary prevention"

AND "nurse's role" OR "nurse practitioner" OR "primary care nursing" OR "advanced practice nursing" OR "nursing" OR "nurse clinicians"

AND "primary health care" OR "family practice"

AND "substitution" OR "collaboration/or interprofessional relations" OR "task delegation" OR "multidisciplinary team" OR "task substitution" OR "delegation of authority" OR "shifting roles" OR "interdisciplinary" OR "care coordination" OR "teamwork"

Appendix 2

Praktijk

Geslacht	Leeftijd	Aantal jaren werkervaring bij Gvhv Deurne	Opleiding	Deelname aan focusgroep
Artsen				
V	38j	12j (waarvan 2j HAIO)	Huisarts	ja
V	36j	10j (waarvan 1j HAIO, 9j deeltijds), deeltijds medewerker KCE/ Domus Medica	Huisarts	ja

V	31j	6j (waarvan 2j HAIO, 4j deeltijds), deeltijds docent UA	Huisarts	ja
V	29j	3j (waarvan 2j HAIO)	Huisarts	ja
V	52j	22j	Huisarts	nee
M	57j	25j	Huisarts	nee
V	42j	12j	Huisarts	nee
M	47j	6j (deeltijds, deeltijds onderzoeker ITG)	Huisarts	nee
M	27j	1,5j	Huisarts in opleiding	nee
V	26j	0,5j	Huisarts in opleiding	moderator
Verpleegkundigen		Werkervaring	Opleiding	Deelname focusgroep
V	30j	Thuisverpleegkundige WGK 3j Kind en gezin 2j Ziekenhuis dienst pediatrie 0,5j Gvhv Deurne 4,5j, start 02/2008	Bachelor vpl – pediatrie	ja
V	24j	1/2009 start bij Gvhv Deurne Eerste werkervaring	Bachelor vpl –sociaal vpl Extra opleiding motivationele gespreksvoering (2d)	ja
V	24j	1 maand Eerste werkervaring	Bachelor vpl – sociaal vpl Master sociaal werk	ja
V	29j	11/2008 AZ Sint-Lucas Gent pneumologie 2j, halftijds	Master vpl	Nee (2e auteur)

Appendix 3

Topicguide focusgroepinterviews met artsen

De vragenlijst (of interviewguide) zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de thema's van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd zullen worden, hangen af van het verloop van het gesprek.

Praktisch

Meenemen: video+ statief, informed consents, uurwerk

Klaarzetten: water en glazen

Inleiding:

Voorstellen onderzoeker en doelstellingen onderzoek.

Onderzoeker: Miek Smeets, doelstelling onderzoek: een verpleegkundig preventieconsult ontwikkelen en implementeren met als doel de preventieve zorg voor de patiënt verbeteren

Uitleg anonimiteit en video.

Vragen toestemming en Informed consent.

Regels focusgroep: gn foute antwoorden, beïnvloeding is logisch, elkaar niet onderbreken, woord vragen,….

Voorstellingsronde:

Naam, ervaring, werkplaats en functie

Beginvraag:

Wat vind je belangrijk in de zorg voor patiënten in de huisartsenpraktijk? (motivationele factoren en attitudes)

Hoe ziet u taakdelegatie van huisarts naar verpleegkundigen in de praktijk? (motivationele factoren en attitudes)

Verdere vragen algemeen taakdelegatie:

Hoe ziet u de rol van de verpleegkundigen in de praktijk? (motivationele factoren en attitudes)

Wat werkt er in de praktijk en wat niet? En waarom? Wat zijn problemen? (organisatorische factoren)

Wat zijn noodzakelijke voorwaarden voor een samenwerking? (organisatorische factoren)

Hoe kunnen de rollen van huisarts en vpk elkaar aanvullen?

Welke taken komen in (niet) aanmerking voor taakdelegatie? (vragen naar de grens tussen huisartsgeneeskunde/praktijkverpleegkunde: vb: welke taken zijn exclusief voor huisartsen?) (eventueel suggesties vanuit de literatuur: zijn ze het daar mee eens of niet en waarom?: literatuur: focusgroepen rond taakdelegatie met Vlaamse huisartsen: vooral administratieve taken + minimaal technische taken) (attitude + organisatorisch)

Specifiek preventie-chronische zorg

Wat denkt u van uitvoering van het preventieconsult door de verpleging? Is dat anders dan andere vormen van taakdelegatie? (motivatie, attitude, organisatorisch)

Wat zijn de voordelen?

Wat zijn de nadelen?

Wat denkt u van de huidige stand van zaken inzake preventie in de praktijk? (cognitieve factoren, attitude, motivatie) Waarom wordt er zo aan preventie gedaan en niet anders?

Hernemen van antwoorden uit deel 1: geldt dit ook voor preventie?

(Welke patiënten hebben naar uw mening het meeste baat bij een extra preventieconsult bij de verpleging?)

Eventuele onderwerpen vanuit de literatuur (niet zelf aanbrengen, vanuit de respondenten laten komen)

Voorschriften, expertise, laagdrempeligheid, tijd nemen, duidelijkheid van rollen, continuïteit.

Pauze: 5min, niet over onderwerp praten.

Overleg met David: non-verbale observaties en onderwerpen die vermeld werden, maar nog niet verder behandeld.

Verder interview (30min)

Topicguide focusgroepinterviews met praktijkverpleegkundigen

De vragenlijst (of interviewguide) zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de thema's van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd zullen worden, hangen af van het verloop van het gesprek.

Inleiding:

Uitleg anonimiteit en bandopnemer.

Vragen toestemming en Informed consent.

Voorstellingsronde:

Naam, ervaring, werkplaats en functie, werking van de praktijk op multidisciplinair vlak

Beginvraag:

Deel 1: taakdelegatie algemeen:

Wat verstaan jullie onder taakdelegatie tussen HA en verpleegkundigen?/Wat houdt taakdelegatie in volgens jullie?

> Achterhalen: in hoeverre gaat het om uitbesteding van een afgelijnde taak? Gaat het om werken in opdracht of is er ook ruimte voor eigen initiatief? Delegeerbare taken/niet-delegeerbare taken

Subthema's:

-rol als verpleegkundigen in de praktijk

-rol naar de patiënt toe

-tevreden met huidige rol?

-evolutie in de toekomst?

-positie tov de huisarts?

-relatie tsn huisarts en verpleegkundigen/omgang?

-huisarts die worstelt met continuïteit/verantwoordelijkheid/controleverlies

-verschillen tussen artsen: gevolgen voor eigen manier van werken?

-bekwaamheid: hoe bekwaam voel je, je? + waar komt die bekwaamheid vandaan? Vanuit opleiding/eigen initiatief?

-Onderscheid chronische ziekten/preventie?

Deel 2: het preventieconsult

Wat denken jullie van de uitvoering van het preventieconsult door de verpleging?

Wat zijn de voordelen?

Wat zijn de nadelen? (werkbelasting?)

Welke problemen zou de samenwerking volgens jullie kunnen geven?

Wat is er volgens jullie nodig om te zorgen dat de samenwerking goed verloopt?

Hoe bevoegd voel je, je voor de taken binnen het preventieconsult?

Heeft je opleiding je voldoende voorbereid op deze taken?

Hoe schat je de voorbereiding van het preventieconsult als nieuwe taak in? Vergt dit veel extra inspanning? Hoe loopt die voorbereiding?

<u>Eventuele onderwerpen vanuit de literatuur</u>

Voorschriften, expertise, laagdrempeligheid, tijd nemen, duidelijkheid van rollen, continuïteit.

Uit de literatuur:

-Duidelijkheid van rollen: HA die niet juist weten wat de rol van de vpl inhoudt, wat hun competenties zijn, onwetendheid rond de opleiding die vpl krijgen: kan wantrouwen geven + “niet juist gebruiken van de competenties van de vpl”: onderschatting/overschatting

-gevoel van hiërarchische relatie ipv collegiale/relatie op zelfde niveau

-wel vaak liever werken als vpl in eerstelijn owv meer vrijheid, meer verantwoordelijkheid, net minder de hiërarchische relatie, grote patiëntentevredenheid als stimulans

-vaak vpl meer belang aan preventie als HA maar soms te weinig tijd voor preventieve taken owv uitbreiding van acute takenpakket/thuiszorg

Appendix 4

Protocol van het verpleegkundig preventieconsult (bijgesloten)

Appendix 5

Uitnodigingsbrief preventieconsult (bijgesloten)

Appendix 6

Vragenlijst patiëntentevredenheid (bijgesloten)