Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de zorg voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie verbeteren?

Een exploratief onderzoek.

David Vanneste, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts

Co-promotor: Master Vpk. Janneke Ronse

Praktijkopleiders: Dr. Jan Baekelandt, Dr. Sonja Eerdekens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

Motivatie..... 3
Exploratie via Literatuurstudie..... 5
Inleiding..... 5
Methodologie..... 6
Zoekstrategie..... 6
In- en exclusiecriteria..... 7
Kwaliteitsbeoordeling..... 8
Data extractie en synthese..... 8
Resultaten..... 8
Zoekresultaten..... 8
Kwaliteit van artikels..... 9
Deelnemers arteriële hypertensie of chronische nierinsufficiëntie..... 9
Taken door verpleegkundigen en de concrete organisatie in de praktijk..... 9
Zorg uitkomst..... 10
Discussie..... 12
Conclusie..... 14
Exploratie via focusgroepen..... 15
Inleiding..... 15
Methodologie..... 15
Onderzoeksmethode..... 15
Deelnemers..... 16
Data collectie..... 16
Data analyse..... 18
Ethische implicaties..... 18
Resultaten..... 18
Ideeën rond samenwerken..... 20
Facilitatoren voor samenwerken..... 22
Barrières voor samenwerken..... 24
Discussie..... 26
Conclusie..... 29
Bibliografie..... 30
Abstract..... 34
Dankwoord..... 36
Bijlagen..... 37
Bijlage A: Zoektermen literatuurstudie..... 37
Bijlage B: Topic guides focusgroepen..... 38
Bijlage C: Codeboom..... 41
Bijlage D: Takenpakket van de verpleegkundige..... 42

Motivatie

Dit thesis-project is ontstaan bij een gemeenschappelijke brainstorm met het hele medische team van de groepspraktijk in Hoboken waar ik mijn eerste jaar als huisarts in opleiding (haio) mocht volbrengen. Dit is een forfaitaire groepspraktijk van negen artsen, vier verpleegkundigen, één diëtiste, een uitgebreid secretariaat, een management en een grote groep van vrijwilligers. Deze praktijk is de moederpraktijk van Geneeskunde voor het Volk. Dit is een netwerk van 11 groepspraktijken verspreid in België dat zich inzet voor de dagelijkse noden van de mensen en voor hun recht op gezondheid.[(1)]

Bij deze gemeenschappelijke brainstorm was er een duidelijk enthousiasme vanuit de verpleegkundigen om samen te zoeken naar een nieuwe taakverdeling en was er vanuit de dokters een vraag naar het verbeteren van de zorg voor de patiënten met chronische nierinsufficiëntie. Deze uitdaging van mijn opleidingspraktijk wou ik graag aangaan. De uitdaging van de verpleegkundigen boeide mij niet alleen omdat mijn moeder verpleegster is, maar ook omdat de samenwerking met de verpleegkundigen in Hoboken nog in zijn kinderschoenen stond. Zo werken er nog maar sinds drie jaar twee verpleegkundigen, die recent werden vervoegd door twee nieuwe verpleegkundigen. Naast de huisbezoeken deden de verpleegkundigen op de praktijk vooral technisch verpleegkundige handelingen zoals een bloedname en het nemen van een elektrocardiogram. Daarnaast werd er een verpleegkundig project rond de stollingsregeling bij warfarine opgestart en werd wondzorg ook meer en meer een verpleegkundige taak. Er bleef dus nog veel onontgonnen terrein over. De uitdaging van de dokters boeide mij niet alleen omdat mijn vader nefroloog is, maar ook omdat chronische nierinsufficiëntie een veel voorkomende ziekte is die zorgt voor een belangrijke morbiditeit, waarrond in de praktijk nog nooit een project was gedaan. Volgens de intego-databank bleek de prevalentie van chronische nierinsufficiëntie in Vlaanderen 13% te zijn.[(2)] Bij het doorzoeken van de elektronisch medisch dossiers van de Hobokense patiënten bleken er 348 patiënten te zijn met twee maal een glomerulaire filtratie snelheid van minder dan 60ml/min/1.73m² waarbij er slechts 121 patiënten de code chronische nierinsufficiëntie hadden en er slechts 11 patiënten geïncludeerd waren in het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie.

Ook binnen Geneeskunde voor het Volk werd er intensief gezocht naar een goede rol voor de verpleegkundigen. Zo kreeg dit project verder vorm door samen te werken met Miek Smeets en Janneke Ronse. Miek Smeets is haio bij de praktijk van Geneeskunde voor het Volk, De Bres in Deurne. Ook zij was geboeid door de samenwerking met de verpleegkundigen in haar praktijk. Janneke Ronse is verpleegster in Deurne en doctoreerde aan de universiteit Gent onder de titel “Eerstelijnszorg voor patiënten met multimorbiditeit: het ontwikkelen van een richtlijn voor een verpleegkundige interventie voor een adequater zelfmanagement en behoud van biomedische variabelen binnen het multidisciplinair team.”

Op deze manier groeiden we in de Hobokense praktijk tot de onderzoeksvraag: “Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de zorg voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie verbeteren?”. En groeide men in Deurne tot de onderzoeksvraag: “Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan?”.
We besloten dat de klemtoon zou liggen op het samenwerken met de verpleegkundigen, meerbepaald hoe taken kunnen herschikt worden. Hierbij zouden we ons laten leiden door het boek “Kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg” van Wollersheim [(3)] en meer specifiek door de methode van Van Meijel et al.[(4)] We waren er van overtuigd dat het een meerwaarde was om te werken met dezelfde methodologie, maar elke vanuit de specifieke noden van zijn praktijk.
We zouden beginnen met een grondige exploratie, die in twee stappen zou gebeuren. Als eerst stap kozen we voor een literatuurstudie, om daarna een kwalitatief onderzoek met behulp van twee focusgroepen uit te voeren. We hoopten dat de resultaten van dit exploratief onderzoek de basis zou kunnen zijn van een interventie, die nog tijdens dit of bij een volgend thesis-project zou worden uitgevoerd.

Daar dit een groot werk leek, waar veel bij te kijken komt, gooide ik mij hier met veel enthousiasme in. Al bij het concretiseren van het thema kwam ik tot de vaststelling dat welk thema ik ook koos, hoe breed het ook was, het ervoor zou zorgen dat ik zoveel andere thema’s die de huisartsgeneeskunde rijk is, zou moeten laten liggen. Bij het uitwerken van de thesis vroeg ik mij dan ook meer en meer de zin af van dit deel van de master na master huisartsgeneeskunde. Zo probeerde ik de competenties die ik zou krijgen door de thesis uit te werken, te vergelijken met de kerncompetenties die we ons zouden moeten eigen maken volgens het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding. [(5)] Naar analogie met een interventie die moet worden afgewogen ten opzichte van zijn gouden standaard. Hierbij stelde ik vast dat er bijzonder weinig huisartsencompetenties mee konden verdiend worden. Bij kerncompetentie ‘Professioneel en levenslang leren’ vond ik de puntjes “vertrouwd zijn met de principes, methoden en concepten van wetenschappelijk onderzoek, en met basisstatistiek (incidentie, prevalentie, voorspellende waarden etc...)” en “kritisch literatuur kunnen verzamelen, lezen en beoordelen”. Maar verder vond ik zeer weinig. Hierboven maakte ik de bedenking dat door zo intensief bezig te zijn met de thesis, er vele competenties zouden zijn die ik hierdoor zou verwaarlozen. Met deze mening ben ik niet alleen, zo onderzocht Van Nuffel Willem de lacunes van de opleiding huisartsgeneeskunde.[(6)] Hierbij kwam hij tot de vaststelling dat 81% van de ondervraagde huisartsen dit onderdeel slechts een beperkte meerwaarde vond, waarbij er 67% het te tijdsbelastend vond. Dit noopt tot nadenken.

Exploratie via Literatuurstudie

Inleiding

Reeds in 1988 deed de Wereldgezondheidsorganisatie een oproep tot **meer interdisciplinaire samenwerking** in de gezondheidzorg, om zo minder versplintering van zorgverlening te krijgen, een beter gebruik van middelen en een effectievere aanpak van complexe gezondheidsproblemen.[7] Dat samenwerken ook effectief leidt tot **een betere zorg** is moeilijk aan te tonen, daar ook veel andere factoren de uitkomst bepalen en ook veel afhangt van de kwaliteit van het samenwerken. Toch zijn er duidelijke aanwijzingen dat interdisciplinaire zorg een betere uitkomst bij chronische zieken geeft en een hogere werkvoldoening bij de zorgverlener.[8] Meer specifiek werd de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen in de eerste lijn uitgebreid onderzocht.[9,10,11] Zo komt men in een Cochrane review tot de conclusie dat de zorg door de verpleegkundigen gelijk was aan de standaardzorg door een arts en dat verpleegkundigen gelijkaardige gezondheidsuitkomsten voor de patiënt behalen.[12] Ook Nathalie Lenders kwam tot een gelijkaardige conclusie.[13] Verpleegkundigen volgen de patiënten nauwer op en houden parameters strikter bij, waardoor een betere uitkomst wat betreft deze parameters.[14,15,16] Daarbij zijn het beroepsprofiel en de basiscompetenties van de verpleegkundige verschillend van die van de huisarts wat een uitdaging is om de specifieke en unieke inbreng van elke discipline nog scherper en meer complementair te stellen, zodat een gezamenlijke behandeling leidt tot verdieping en verbreding.[17] De keuze om samen te werken wordt in de literatuur echter meestal gezien als oplossing voor een dreigend artsentekort of als een mogelijkheid om de gezondheidskosten te drukken.[18,19,20,21,22]

Vanuit de keuze om de zorg voor de patiënt samen te verbeteren is een continue en **duidelijke taakherschikking** noodzakelijk. Taakherschikking omvat zowel substitutie (de overname van taken van de huisarts door de verpleegkundige) als supplementatie (de verpleegkundige doet taken die de huisarts niet deed).[12] In Nederland neemt de verpleegkundige een zeer uitgebreid takenpakket op zich van gestandaardiseerde medische handelingen tot implementatie van grote projecten. Ze worden ingezet bij de zorg voor patiënten met diabetes mellitus, COPD/astma, hart- en vaatziekten, reuma en kanker.[11] De Vlaamse huisarts is voornamelijk geïnteresseerd in het uitbesteden van administratieve taken en beperkte medisch-technische aktes.[23,19] Bij de huisartsen die klaar zijn voor een samenwerking met een verpleegkundige blijft de vraag hoe ze de taakherschikking in praktijk moeten uitwerken.

De zorg voor de patiënt met **chronische nierinsufficiëntie** is een belangrijke uitdaging voor de eerste lijn. Chronische nierinsuficiëntie is een veel voorkomende chronische aandoening met volgens de Intego databank een prevalentie in Vlaanderen van 13%[2], waarbij de incidentie waarschijnlijk zal stijgen door de vergrijzing en de toename van obesitas en diabetes. De kleine groep met terminaal nierfalen heeft een grote morbiditeit, mortaliteit en kost.[24] Patiënten met chronische

nierinsufficiëntie maken deel uit van de grote groep patiënten die nood hebben aan een uitgebreide en doorgedreven secundaire preventie.[25] Deze complexe zorg bestaat uit het aanpakken van de vele risicofactoren zoals rookgedrag, overgewicht en hypertensie, waarbij vooral een rigoureuze bloeddrukcontrole belangrijk is.[26] Enkel van de behandeling met ACE-inhibitors en van psycho-educatie is het bewezen dat ze de achteruitgang in nierfunctie vertragen.[27] De grote behoefte van deze patiënten staat in contrast met het huidige gezondheidszorgsysteem dat voornamelijk gericht is op acute zorg. Het gevaar dreigt dat deze chronisch verlieslatende patiënten in de koude zullen blijven staan in een maatschappij die meer en meer gericht is op winst. Het is dan ook belangrijk dat onderzoekers en beleidsmakers op zoek gaan naar een degelijk onderbouwde zorg voor deze groep patiënten. Deze noodzakelijke positieve discriminatie werd in België reeds geconcretiseerd in de recent verschenen Domus Medica richtlijn[24] en in het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie[28]. Ook in de praktijk is er een duidelijke vraag naar een verbetering van de zorg voor deze patiëntengroep.

De vraag is welke **taken** kunnen door een praktijkverpleegkundige worden opgenomen bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie, hoe wordt dit in een praktijk georganiseerd en leiden deze interventies tot **betere zorg?**

Methodologie

Zoekstrategie

Zoekvraag:

De vragen waarop in deze literatuurstudie een antwoord zal worden gezocht zijn: welke **taken** kunnen door een praktijkverpleegkundige worden opgenomen, hoe kan dit in een praktijk worden georganiseerd en leiden deze interventies tot een **betere zorg?**

Databases:

Er werd via PubMed gezocht in Medline van 1966 tot 30 november 2012. De artikels werden verkregen via de biomedische bibliotheek van de Katholieke Universiteit Leuven.

Zoektermen:

De zoektermen waren een combinatie van Medical Subject Headings en vrije tekst. De zoekcategorieën bestonden uit de patiëntengroep, de interventie en de setting. De exacte termen worden in de bijlage getoond.(bijlage A) De publicatiedatum werd niet als een restrictie gebruikt. Enkel artikels in het Engels, Frans en Nederlands werden geselecteerd.

In- en exclusiecriteria

Type van studie:

In deze literatuurstudie werd er niet geselecteerd op het type van studie. Er werden zowel systematische reviews, gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken, als ook kwalitatieve studies geïncludeerd.

Type van deelnemers:

In eerste instantie werden de patiënten met chronische nierinsufficiëntie geïncludeerd. Daar de secundaire cardiovasculaire preventie en de behandeling van hypertensie bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie van primordiaal belang is, werden ook patiënten met een hart en vaatziekte of met hypertensie geïncludeerd.

Zowel eerste lijn verpleegkundigen als gespecialiseerde nefrologie verpleegkundigen werden geïncludeerd. Er werd geen onderscheid gemaakt op basis van hun voorafgaande opleiding.

Het team van zorgverleners waarmee de verpleegkundige in interactie gaat, moest voornamelijk bestaan uit een huisarts. Ook samenwerkingsverbanden met andere medische of paramedische specialismen werden geïncludeerd.

De focus van deze review lag op de eerste lijn. Zo werden in de eerste plaats die studies geïncludeerd waarbij het duidelijk ging over zorginstanties die instonden voor het eerste contact met de patiënt. Dit ging voornamelijk over huisartsenpraktijken. Ook werden multidisciplinaire eerste lijn centra's opgenomen, daar de organisatie hiervan sterk gelijkt op die van de grotere groepspraktijken in België.

Type van interventie:

De samenwerking van de verpleegkundige met een team van zorgverleners werd onderzocht.

De verschillende vormen van taakherschikking kwamen dus in aanmerking. Taakherschikking omvat zowel substitutie (uitvoering van een handeling door één type professional wordt overgenomen door een ander type professional), supplementatie (een uitbreiding van taken of vaardigheden naar bestaande professionals), delegatie (bepaalde taken worden gedelegeerd van 'hoger gekwalificeerde' naar 'lager gekwalificeerde' professionals) als innovatie (er wordt een nieuw type professional geïntroduceerd). Tenslotte werd ook multidisciplinaire samenwerking als interventie geïncludeerd.

Type van uitkomst:

De eerste uitkomstmaat was de taakherschikking op zich. Hierbij werd er gekeken naar de zorgproces variabelen zoals de zorgactiviteiten (parameters nemen, adviezen geven,…) en het trouw opvolgen van een protocol. Ook de variabelen die het gebruik van de middelen aangaven zoals de frequentie en lengte van de consultaties, het aantal consultaties, de voorschriften, de technische onderzoeken en de verwijzingen werden meegenomen. Ten slotte werd het effect op de totale zorg nagekeken. Deze algemene maat houdt de harde uitkomstmaten van mortaliteit en morbiditeit in naast kwaliteitsindicatoren zoals de levenskwaliteit, de patiëntentevredenheid, de therapietrouw en de kennis van verpleegkundigen.

Kwaliteitsbeoordeling

Al de geselecteerde artikels werden beoordeeld met behulp van gevalideerde checklists.[29] Door de grote heterogeniteit van artikels werd met behulp van deze gevalideerde checklists een algemene beoordeling gegeven door de auteur met een vier puntenschaal (1 slechte, 2 matige, 3 goede of 4 zeer goede kwaliteit). Deze beoordeling werd niet gebruikt om de artikels te in- of excluderen, maar werd gebruikt om de resultaten beter te kunnen interpreteren.

Data extractie en synthese

De extractie van de data gebeurde door het grondig lezen van de geselecteerde artikels, waarbij de specifieke details rond de taakherschikking en het effect hiervan werden opgelijst.

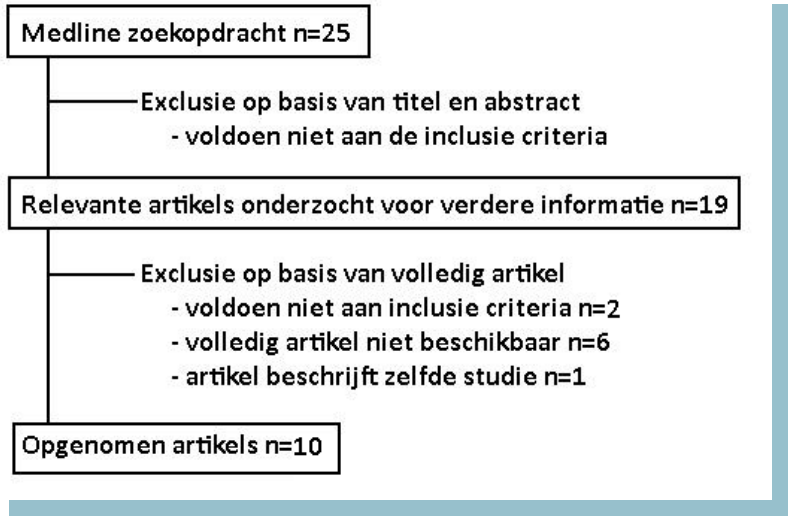
Daar de methodes zeer divers waren, was het niet mogelijk om een meta-analyse uit te voeren.

Resultaten

Zoekresultaten

De Medline zoekopdracht leverde 25 artikels op.(figuur 1) Op basis van het de titel en het abstract werden 19 artikels door één reviewer geselecteerd. Deze artikels werden verder onderzocht op basis van het volledige artikel. Hierbij werden er negen artikels geëxludeerd. Twee artikels voldeden niet aan de inclusie criteria. Hierbij ging het ene artikel over de samenwerking tussen huisarts en nefroloog. Het andere artikel ging over het voorkomen van een cerebrovasculair accident, waarbij de samenwerking met de verpleegkundige niet werd belicht. Bij zes artikels was het volledige artikel niet beschikbaar en één artikel ging over dezelfde studie als een ander artikel. Zo werden er in totaal tien artikels opgenomen.

Figuur 1. Stroomdiagram voor het bekomen van de opgenomen artikels



Kwaliteit van artikels

Bij de opgenomen artikels waren er vier gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken van een zeer goede kwaliteit.[30,31,32,33] (tabel 1) Drie van de vier observationele studies waren van een goede kwaliteit.[34,35,36] Eén observationele studie en de twee review artikels waren van een zeer slechte kwaliteit.[37,38,39]

Tabel 1. Onderzoeksmethodes en kwaliteitsbeoordeling

artikel	land waar onderzoek	onderzoeksmethode	kwaliteitsbeoordeling
Rinfret et al.,2009	Canada	RCT	4 op 4
Iljas et al.,2008	Finland	Observationeel (Cross sectioneel)	4 op 4
Dejesus et al.,2009	USA	RCT	3 op 4
McLean et al.,2008	Canada	RCT	4 op 4
Molzahn et al.,2008	Canada	observationeel	3 op 4
Carver et al.,2008	USA	review	1 op 4
Alanen et al.,2008	Finland	observationeel	3 op 4
Compton et al.,2002	USA	review	1 op 4
Harris et al.,1998	Duitsland	RCT	4 op 4
Watkins et al.,1982	USA	observationeel	1 op 4

RCT: gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek

Deelnemers arteriële hypertensie of chronische nierinsufficiëntie

Bij vier artikels was de doelpopulatie patiënten met chronische nierinsufficiëntie.[33,35,38,39] (tabel 2) Bij de andere artikels was de onderzochte populatie patiënten met arteriële hypertensie: hierbij ging het tweemaal om de combinatie van arteriële hypertensie met diabetes mellitus.[30,31,32,34,36,37]

Taken door verpleegkundigen en de concrete organisatie in de praktijk

In drie artikels werd voor de verpleegkundige een taak weggelegd in het ***screenen***.[30,32,39] Hierbij ging het om het opsporen van arteriële hypertensie met behulp van thuismonitoring via een computerprogramma[30], om het opsporen van chronische nierinsufficiëntie met behulp van een screenende bloedname[39] en om het opsporen van de therapietrouw ofwel met behulp van de Morisky vragenlijst[30] ofwel door samen te werken met een apotheker[32].

Telkens kreeg de verpleegkundige als taak het ***evalueren*** van de bloeddruk. In twee artikels werd een duidelijke taakomschrijving gegeven van deze bloeddrukmeting.[34,36] Hierbij werd vermeld dat de verpleegkundige de juiste frequentie moet bepalen, dat het telkens moest gaan om een dubbele meting, dat de bloeddrukmeters om de twee jaar moesten gekalibreerd worden en dat het belangrijk was dat de doelbloeddruk en de gemeten bloeddruk in het dossier werden genoteerd. In drie artikels werd beklemtoond dat dit steeds moet gebeuren in het kader van een evaluatie van het volledig cardiovasculair risico.[34,35,36] Verder werd hieraan toegevoegd dat de volledige bio-, psycho-, sociale-context in kaart moet gebracht worden.[33,38] Ten slotte werd in de artikels met als doelgroep patiënten met chronische nierinsufficiëntie vermeld dat het evalueren van de medicatie ook tot het takenpakket van de verpleegkundige kan horen.[33,35,38,39] Naast deze anamnestische en klinische evaluatie behoort de bloedname en het collecteren van urine er ook bij.[35,36,38,39]

In alle artikels op één na, werd ***educatie*** aangegeven als een taak die door de verpleegkundige kan vervuld worden.[30,31,32,33,34,35,36,38,39] Hierbij ging het in eerste plaats om de patiënt te informeren over zijn ziekte, zoals educatie rond arteriële hypertensie[30,31,32,33,35,36], het cardiovasculaire risico[32,35,36,39] of nierziekten[35,38,39]. Hierbij hoorde ook het uitleggen van de werking van een thuisbloeddrukmeting.[31,32,36] Daarnaast werd er voorgesteld om educatie te geven rond de behandeling.[30,33,34,35,38,39] Hierbij werd er voorgesteld om educatie te geven rond niet-medicamenteuze interventies zoals dieetadvies, bewegingsadvies of rookstopbegeleiding[33,34,38] en over de medicamenteuze therapie[33,35,38]. Ook werd er extra nadruk gelegd op het versterken van de therapietrouw.[30,33,35] In alle negen artikels ging het om een persoonlijke educatie, waarbij er daarnaast ook vermelding werd gemaakt van extra groepslessen[31,39]. Meermaals werd vermeld dat de educatie gebeurde met behulp van een patiëntenfolder.[31,32,35,36] Eén maal werd vermeld dat een educatieve website het verpleegkundig consult kon ondersteunen.[35]

Ook op het vlak van ***interventie*** waren er verschillende taken voor de praktijkverpleegkundige weggelegd. Het empoweren van de patiënt werd als belangrijke taak van de verpleegkundige weerhouden.[33,35,38] Ook het zorgen voor een goede financiële tegemoetkoming hoorde tot het takenpakket.[33,38] Het goed plannen van de follow up werd beklemtoond.[36,38]

Tot slot behoorde het ***verwijzen*** naar een arts in zes artikels tot het takenpakket van de verpleegkundige.[30,32,35,36,37,38] Hierbij werd vermeld dat er dan best duidelijke verwijscriteria zijn[36,37] en een verwijsbrief van de verpleegkundige aan de arts wordt gemaakt.[32]

Om deze taakherschikking in praktijk te ***organiseren*** werd de nadruk gelegd op het maken van een degelijk protocol.[33,34,35,36,38] Ook een uitgebreide opleiding werd als noodzakelijk gezien.[32,35,38,39]

Zorg uitkomst

Er is slechts één studie die de harde eindpunten naging bij de vergelijking van een door verpleegkundigen georganiseerde zorg en een door huisarts georganiseerde zorg.[33] Hierbij was de conclusie dat er geen significant verschil was in nierfunctie en mortaliteit na vijf jaar. De twee review artikels claimden dat een taakdelegatie naar een verpleegkundige zorgde voor een betere zorg, zonder dat dit verder werd gespecificeerd.[38,39]

Een betere bloeddrukcontrole werd in drie artikels bekomen.[30,32,37] In één artikel werd een trend naar een betere bloeddruk gevonden, maar dit was niet significant.[33] Verder was er nog één artikel dat geen betere bloeddrukcontrole vond.[31]

Twee observationele studies gingen de trouw na aan een vooraf geschreven en geïmplementeerd protocol en vonden dat de verpleegkundigen zich vrij goed hielden aan dit protocol.[34,36]

Tabel 2. De taken van verpleegkundigen, concrete organisatie en zorguitkomst bij patiënten met CNI

artikel	aHT/CNI	taken verpleegkudigen	organisatie in praktijk	zorg uitkomst
Rinfret et al.,2009	aHT	opsporen aHT opsporen slechte therapietrouw educatie aHT, therapietrouw verwijzen naar huisarts	thuismonitoring via computer vragenlijst	betere bd-controle
Iljas et al.,2008	aHT	evaluatie bd, cv risico educatie rookstop, gewichtsverlies, beweging	protocol	trouw aan protocol in 67%
Dejesus et al.,2009	aHT	evaluatie bd educatie aHT, thuisbd-meting	 groepsles, patiëntenfolder	geen betere bd-controle
McLean et al.,2008	aHT	opsporen slechte therapietrouw evaluatie bd educatie aHT, thuisbd-meting, cv risico verwijzen naar huisarts	samenwerking met apotheker opleiding patiëntenfolder verwijsbrief	betere bd-controle
Molzahn et al.,2008	CNI	evaluatie bd, cv risico, bloedname, medicatie educatie cv risico, aHT, nierziekten, medicatie, therapietrouw interventie empowerment verwijzen naar huisarts	protocol, opleiding patiëntenfolder, website	tevredenheid (patiënt,verpleegkundige,dokter)
Carver et al.,2008	CNI	evaluatie bio-,psycho-,soc-context evaluatie complicatie risico, bd, bloedname, medicatie educatie nierziekten, medicatie, dieet interventie empowerment, financiële tegemoetkoming, planning verwijzen naar huisarts, specialist	opleiding	betere zorg
Alanen et al.,2008	aHT	evaluatie bd, cv risico, bloedname educatie aHT, thuisbd-meting, cv risico interventie planning verwijzen naar huisarts	protocol patiëntenfolder verwijscriteria	trouw aan protocol
Compton et al.,2002	CNI	opsporen CNI evaluatie bd, bloedname, urine, medicatie educatie cv risico, nierziekten	 opleiding groepsles	betere zorg (betere tevredenheid, lagere mortaliteit)
Harris et al.,1998	CNI	evaluatie bd, medicatie evaluatie bio-,psycho-,soc-context educatie aHT, medicatie, therapietrouw, dieet interventie finaciële tegemoetkoming, empowerment	protocol	geen betere mortaliteit, geen verschil in nierfunctie, trend naar betere bd, minder nefrotoxische medicatie
Watkins et al.,1982	aHT	evaluatie bd verwijzen naar huisarts	 verwijscriteria	betere bd-controle

CNI: chronische nierinsufficiëntie; aHT: arteriële hypertensie; bd: bloeddruk; cv: cardiovasculair

Discussie

Er is een degelijk overzicht gevonden van de mogelijke ***taken*** die weggelegd zijn voor de verpleegkundige. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen taken op vlak van het screenen, het evalueren, het geven van educatie, het interveniëren en het verwijzen. Het is duidelijk dat de evaluatie van het profiel van de patiënt een goede taak voor de verpleegkundige is. Bij deze evaluatie kan er gekozen worden om zich te richten op één enkele factor zoals de bloeddruk. De bloeddruk op een correcte manier meten en registreren is een uitdaging die vrij eenvoudig is te implementeren, maar weinig holistisch is. Er kan ook gekozen worden om de evaluatie uit te breiden naar een grondige bio-psycho-sociale evaluatie. Dit geeft veel meer informatie, maar dit op een correcte manier bevragen, registreren en analyseren is heel wat moeilijker. Het educeren en versterken van de patiënt is een taak die de verpleegkundige ter harte kan nemen. Deze taak kan gaan van het geven van tips aan de patiënt tot volledige educatieve programma's. Het uitbouwen van een taak rond therapietrouw, het aanpassen van medicatie aan de nierfunctie en de poging om de de financiële drempels voor de patiënt weg te nemen, zijn originele ideeën die uit deze literatuurstudie naar boven komen. Dit takenpakket gaat veel verder dan wat de Vlaamse huisarts volgens Dirickx et al. wil uitbesteden.[18]

Hoe de taakherschikking in de praktijk moet worden ***georganiseerd*** is een complexe uitdaging. Hierbij wordt vooral de noodzaak om een degelijke opleiding voor de verpleegkundigen te organiseren naar voor geschoven. Een ander belangrijk element is het maken van een protocol waarin het takenpakket van de verpleegkundigen duidelijk staat beschreven. Naast deze twee essentiële elementen kunnen er enkele concrete tips worden gedestilleerd, zoals het gebruik van patiënten folders en de mogelijkheid van een publieke pagina waarop de hulpverleners snel achtergrondinformatie kunnen terugvinden en waarbij het mogelijk is om snel met elkaar te communiceren. De zoekcriteria bleken echter te eng om een goed zicht te krijgen op de barrières en facilitatoren die van belang zijn bij de organisatie van de samenwerking met verpleegkundigen. Smeets et al. komt in haar literatuurstudie tot de hypothese dat de nationale organisatie van de gezondheidszorg en de mate waarin multidisciplinaire groepspraktijken ingeburgerd zijn, een rol spelen.[40] Naast deze hypothese heeft zij een goed overzicht kunnen extraheren van de remmende en bevorderende taken bij taakdelegatie. Deze bevindingen zijn zoals gehoopt complementair aan de bevindingen van deze literatuurstudie waarbij er meer is toegespitst op het concrete takenpakket, de organisatie en het effect op de outcome.

Op de vraag of taakherschikking ook echt leidt tot een ***betere zorg*** worden verschillende antwoorden gegeven. Lenders et al. komt na een uitgebreid literatuuronderzoek tot de conclusie dat er geen uniform effect is van het invoeren van een praktijkverpleegkundige.[12] Dirickx et al. gaat in zijn thesis eerder uit van het idee van taakdelegatie, waarbij de dokter taken geeft aan een verpleegkundige en dit in het kader van de toenemende werklast en dreigend huisartsentekort.[18] In dit artikel wordt uitgegaan van een samenwerking waarbij er samen wordt gezocht naar een taakherschikking en dit in

het licht van een betere zorg voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie. Het meest concrete en onderbouwde antwoord dat bij deze literatuurstudie werd gevonden is dat er geen significant verschil is in nierfunctie en mortaliteit na 5 jaar tussen de patiëntengroep die wordt verzorgd door de huisarts ten opzichte van de groep die verzorgd wordt door een samenwerking van verpleegkundige en huisarts. Dit staat in contrast met de conclusies van enkele artikels van lage kwaliteit waarin wordt gepostuleerd dat het samenwerken met verpleegkundigen een veel betere zorg geeft. Ondanks dat het eerste veelbelovende punt op de researchagenda van de richtlijn chronische nierinsufficiëntie van Domus Medica het effect van multidisciplinaire opvolging is, is de zoektocht beperkt gebleven tot de samenwerking tussen huisarts en nefroloog. De rol van de verpleegkundige werd niet onderzocht en komt dus ook niet voor in de richtlijn.[23] Ook bij het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie werd niet op zoek gegaan, noch de mogelijkheden gecreëerd om de samenwerking met een verpleegkundige te bevorderen.[30] Dit artikel geeft aan dat de samenwerking met verpleegkundigen een mogelijke keuze is, maar dat verder onderzoek deze keuze moet onderbouwen en faciliteren. Dat beleidsmakers een afwachtende houding aannemen is dan ook te rechtvaardigen.

De gekozen **methodiek** heeft ervoor gezorgd dat er een degelijk antwoord is gevonden op de onderzoeksvraag. De heterogeniteit in onderzoeksontwerpen en de hiermee verbonden heterogeniteit in kwaliteit noopt tot voorzichtigheid in het nemen van conclusies. Door de kwaliteit van de artikels te beoordelen en hiermee rekening te houden kunnen we komen tot afgewogen conclusies. De veelheid van settings beschreven in de artikels moet ons ook aanzetten tot voorzichtigheid naar het extrapoleren van de conclusies. Dit is een oefening die steeds moet gemaakt worden, maar moeilijker is bij een overzichtsartikel. Doordat de zoekvraag toegespitst is op de taken en zorguitkomst, werd er weinig informatie gevonden rond barrières en facilitatoren voor de organisatie van taakherschikking. Door de populatie van patiënten te beperken tot patiënten met chronische nierinsufficiëntie, met een cardiovasculair event of met arteriële hypertensie zijn de bevindingen concreter. De conclusies toepassen op de complexe zorg voor de chronische patiënt is een brug te ver. Al kunnen er vragen gesteld worden rond de arbitraire indeling van deze grote groep op basis van pathologie.

De achterliggende vraag achter de onderzoekvraag is wat er te leren valt voor de ***concrete groepspraktijk in Hoboken.*** Het oplijsten en structureren van taken die door de verpleegkundige kunnen worden gedaan is een belangrijke stap in de zoektocht naar de rol van de verpleegkundige en zo ook de veranderende rol van de huisarts. Deze concrete taken afwegen ten opzichte van de visie en de mogelijkheden van de praktijk is een oefening die zal moeten gedaan worden. Hoe de taakherschikking juist in de praktijk zal moeten worden georganiseerd blijft ook na dit literatuuronderzoek een moeilijke vraag. Er zal in de literatuur en ook in de praktijk verder moeten worden gezocht naar barrières, facilitatoren en concrete voorbeelden. Dat opleiding van de verpleegkundigen en het maken van duidelijke afspraken onder de vorm van een protocol een

essentiële stap is, komt sterk naar boven. De keuze om samen te werken met verpleegkundigen vanuit het idee om de zorg voor mens en maatschappij te verbeteren wordt ook door deze studie niet tegengesproken. Een echt bewezen meerwaarde is er niet, maar een non-inferioriteit wel. Dit stimuleert om de hypothese dat samenwerking tot een betere zorg leidt in praktijk te verifiëren. Deze hypothese moet verder worden geverifieert in eerste lijn projecten, voordat grootse interdisciplinaire gezondheidsprogramma's worden doorvoert.

Conclusie

Het oplijsten van een concreet takenpakket voor de verpleegkundige, het op zoek gaan naar concrete tips voor de organisatie van deze taakherschikking en dit in het licht van een goede zorg voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie is een zinvolle eerste stap in de exploratie. Deze bevindingen zullen in de praktijk moeten worden geverifieerd om zo te komen tot concrete adviezen voor het implementeren van de taakherschikking.

Exploratie via focusgroepen

Inleiding

Om verder in te gaan op de oproep van de Wereldgezondheidsorganisatie tot **meer interdisciplinaire samenwerking** en om te komen tot een succesvolle taakherschikking tussen de dokters en verpleegkundigen van de Hobokense praktijk moet de volgende stap in de exploratie worden gezet.
Nu de literatuurstudie een overzicht heeft gegeven van de taken die de verpleegkundige op zich kan nemen bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie, moet er verder gekeken worden wat binnen de praktijk concreet de **ideeën zijn rond dit takenpakket**. Hoe beter de interventie afgestemd is op de verwachtingen en noden van de betrokkenen, hoe succesvoller de implementatie.[3]
Bij de literatuurstudie werd er minder toegespitst op de vraag naar **stimulerende en remmende factoren** voor deze taakherschikking, terwijl dit ook een belangrijk element is bij de initiële exploratie. Er zijn uitgebreide studies over remmende en bevorderende factoren, maar deze factoren zijn telkens vrij specifiek voor een bepaalde praktijk en context.[40] Vandaar dat het noodzakelijk is om deze factoren in de praktijk verder te exploreren.

Het doel van de verdere exploratie met behulp van focusgroepen is dus dubbel. Vooreerst zal er worden nagegaan wat de **ideeën** zijn die leven bij de dokters en de verpleegkundigen in de Hobokense praktijk betreffende het takenpakket dat de verpleegkundige op zich kan nemen bij de zorg voor de chronisch zieke patiënten, met als uitgewerkt voorbeeld de patiënt met chronische nierinsufficiëntie. Daarnaast zal er worden gezocht welke **barrières en facilitatoren** er worden verwacht bij een taakherschikking.

Methodologie

Onderzoeksmethode

Er werd gekozen voor een kwalitatief exploratief onderzoek volgens de regels geformuleerd door het Departement verplegingswetenschap van de Universiteit van Utrecht.[3] Hierbij beperkte het onderzoek zich in eerste instantie tot het exploreren van de ideeën. Doordat er echter bij de kwalitatieve exploratie in interactie wordt gegaan, zal er ook op een subtiele manier worden geïntervenieerd.[41]

Deelnemers

Het onderzoek werd gehouden met dokters en verpleegkundigen uit de groepspraktijk van Geneeskunde Voor Het Volk in Hoboken.(tabel 3) Dit is een forfaitaire praktijk met negen artsen, twee huisartsen in opleiding, vier verpleegkundigen, één diëtiste en een uitgebreid onthaal en management. Er werd gekozen voor een gelegenheidssteekproef. Hierbij werd een email gestuurd naar alle dokters en verpleegkundigen van de praktijk. Vijf van de negen dokters en vier van de vier verpleegkundigen reageerden enthousiast.

Tabel 3: Basisgegevens van dokters en verpleegkundigen

	Geslacht	Leeftijd	Jaren Hoboken	Opleiding	Deelname
Dokters					
	Man	62j	34j	Huisarts	Ja
	Vrouw	47j	21j	Huisarts	Ja
	Vrouw	45j	4j	Huisarts, Vpk	Ja
	Vrouw	29j	4j	Huisarts	Ja
	Vrouw	27j	0,5j	Huisarts	Ja
	Man	63j	34j	Huisarts	Nee
	Man	61j	34j	Huisarts	Nee
	Vrouw	39j	4j	Huisarts	Nee
	Vrouw	35j	6j	Huisarts	Nee
	Man	26j	0,5j	Huisarts in opleiding	Nee
	Man	25j	0,5j	Huisarts in opleiding	Nee
Verpleegkundigen					
	Vrouw	42j	3j	Gebrevetteerd ziekenhuisvpk, Gegradueerd vpk optie Geriatrie	ja
	Vrouw	46j	1,5j	Gebrevetteerd ziekenhuisvpk	Ja
	Vrouw	35j	0,5j	Gebrevetteerd ziekenhuisvpk, Gegradueerd vpk optie Psychiatrie	Ja
	Man	27j	0,5j	Gebrevetteerd ziekenhuisvpk	Ja

Vpk: Verpleegkundige; j: jaar

Data collectie

Voor de datacollectie werd er gekozen voor focusgroepen als methode om de ideeën, gedachten en percepties van een groep te onderzoeken. Het doel van deze methode is om via de interactie van een groep te komen tot ideeën die via discussie leiden tot een bepaalde groepsvisie. Ideeën zijn niet inherent aanwezig, maar komen juist in confrontatie met de andere naar boven. Doordat deze ideeën binnen de groep vorm krijgen, gaan de individuen zich ook meer en meer identificeren met die ideeën. Zo wordt er een groepsvisie gecreëerd, waar zowel de groep als de groepsleden hun identiteit aan verlenen. Deze methode geeft dus niet alleen subjectieve data, maar is op zich een interventie waarbij er een stap verder wordt gezet in het samenwerken. Er werd gekozen om twee focusgroepen te doen, één met vijf dokters en één met vier verpleegkundigen, want in de literatuur werd er teruggevonden dat het best is om een focusgroep te doen met mensen met een gelijkaardige rol en gelijkaardige

ervaringen. Zo werd er werd gevreesd dat in een gemengde groep van dokters en verpleegkundigen de verpleegkundigen zich te veel zouden conformeren naar de mening van de dokters. Het nadeel is dat er zo twee verschillende groepsvisies worden gecreëerd en niet één gemeenschappelijke visie. De keuze voor vier à vijf deelnemers is ook gebaseerd op de literatuur, waar dit aantal wordt aangeraden voor het bespreken van complexere of controversiële onderwerpen. Verder werd er gekozen om gedurende twee uur te discussiëren, omdat in die tijd de belangrijkste ideeën naar boven kunnen komen, zonder dat de aandacht verslapt of de dagelijkse activiteiten in gedrang komen.

De focusgroep van de dokters vond plaats in mei 2012. De focusgroep van de verpleegkundigen vond plaats in juni 2012. Op voorhand werd de topicguide opgesteld op basis van de literatuur en aan de hand van een overleg tussen de huisarts-onderzoeker en de verpleegster-onderzoeker.(bijlage B) De topicguide was een weerspiegeling van de aard en de thema's van de vragen die in het interview aan bod zouden komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd werden, hingen af van het verloop van het gesprek. Als voorbereiding voor de deelnemers werd op voorhand een vragenlijst met twee vragen ge-e-maild. De twee vragen waren: Welke taken kunnen volgens u door de verpleegkundige worden gedaan? Wat zijn voor u de stimulerende of remmende factoren bij een taakherschikking? De antwoorden hierop werden gebruikt als ijsbreker in het begin van de focusgroep. Voor de focusgroep van de verpleegkundigen werden ook de ruwe conclusies vanuit de focusgroep van de dokters gebruikt. De beide focusgroepen gingen door in de praktijk van Geneeskunde voor het Volk te Hoboken, waarbij er voor werd gezorgd dat er niet werd gestoord en iedereen elkaar goed zag door in een halve cirkel te zitten. Als inleiding werd bij de focusgroepen het onderzoek en de doelstellingen voorgesteld. Enkele algemene regels en het verloop van het gesprek werden toegelicht. Ook werd de anonimiteit benadrukt. Verder werd een toestemming gevraagd en een informed consent getekend. De beide focusgroepen werden geleid door David Vanneste, huisarts in opleiding in de praktijk van Hoboken. De bedoeling was om een productieve interactie tot stand te brengen door de discussies te modereren en faciliteren met de nodige flexibiliteit en openheid. De notulist Miek Smeets, huisarts in opleiding in de praktijk van Geneeskunde voor het volk te Deurne, observeerde voornamelijk de non-verbale reacties, maakte notities, zorgde dat de tijd in het oog werd gehouden en hielp bij praktische problemen. De focusgroepen werden zowel opgenomen op bandrecorder als op video. Er werd eerst gedurende 1uur en 30 min gediscussieerd. Hierna volgde een korte pauze, waarin de deelnemers niet over het onderwerp mochten praten en waarin de moderator en de notulist van gedachten konden wisselen omtrent non verbale reacties en nog uit te diepen thema's. Het tweede deel bestond dan in het uitdiepen van enkele thema's en het verhelderen van onduidelijkheden.

Data analyse

Het volledige gesprek werd letterlijk uitgetypt door twee studenten. Nadien werd de uitgetypte versie verbeterd en werden de non-verbale reacties toegevoegd door de huisarts-onderzoeker. De interviews werden geanalyseerd door twee onderzoekers (huisarts in opleiding David Vanneste en verpleegkundige Janneke Ronse). De analyse bestond uit het extraheren van de essentiële ideeën uit de tekst, het categoriseren van deze ideeën en het op zoek gaan naar patronen en tenslotte uit het interpreteren van de betekenis ervan. Dit werd bij elke focusgroep afzonderlijk gedaan, waarna beide groepen met elkaar werden vergeleken. Via onderzoekerstriangulatie tussen de twee onderzoekers werden de resultaten verder verfijnd. Hiernaast werden de gegevens ook verwerkt met behulp van het softwareprogramma NVIVO9.(bijlage C)

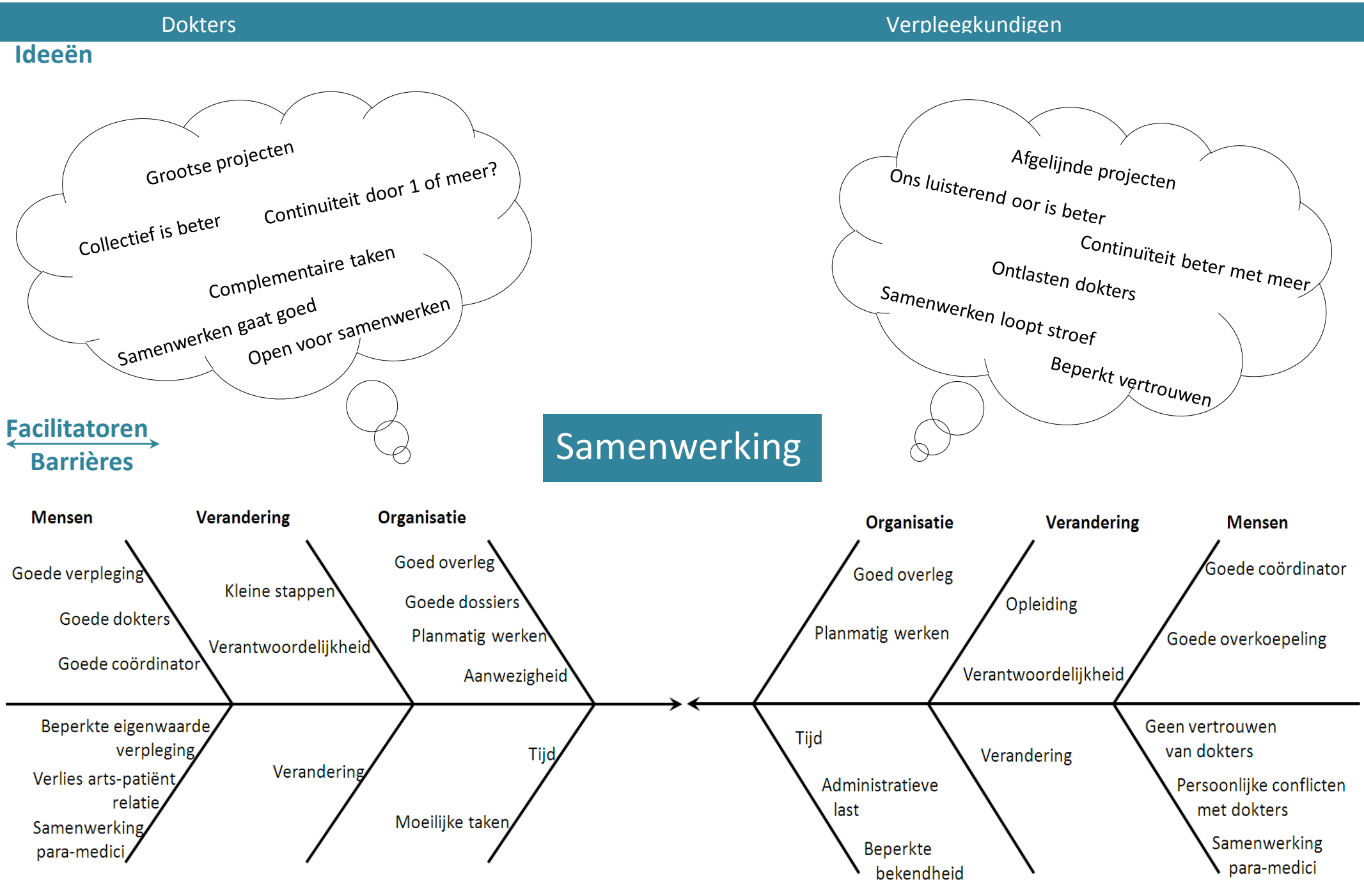
Ethische implicaties

Er werd een zeer uitgebreid verzoek met bijhorend protocol, informatieformulier en toestemmingsformulier aan de ethische commissie voorgelegd. Na enkele aanpassingen werd het onderzoek op 26/04/2012 definitief goedgekeurd onder het nummer S54274 en als referentie ML8202. Hierbij was de belangrijkste ethische voorwaarde de anonimiteit, dit om te zorgen dat gevoelige ideeën in alle veiligheid konden besproken worden.

Resultaten

De resultatensectie bestaat uit drie delen. Eerst worden de ideeën die leven bij de dokters en de verpleegkundigen rond het samenwerken weergegeven. Waarna er wordt verdergegaan met de **barrières en facilitatoren** die worden verwacht bij een taakherschikking. Door een goed inzicht te krijgen in de ideeënwereld, kan namelijk de perceptie rond de beïnvloedende factoren beter begrepen worden.(figuur 2)

Figuur 2: Ideeën, facilitatoren en barrières rond samenwerking tussen dokters en verpleegkundigen



1. Ideeën rond samenwerken

1.1. Concrete invulling van het takenpakket van de verpleegkundige(bijlage D)

De ***huidige taken*** bleken te bestaan uit de thuiszorg en consultaties op de praktijk. Bij de thuiszorg gingen de verpleegkundige op huisbezoek bij de patiënten waarbij ze patiënten hielpen bij het toilet en ook technische verpleegkundige aktes zoals wondzorg of injecties uitvoerden. De verpleegkundige consultaties waren zeer uiteenlopend van technische prestaties zoals een bloedafname of het nemen van een elektrocardiogram tot het project waarbij ze de volledige stollingsregeling van warfarine voor hun rekening namen.

Bij de brainstorm rond ***mogelijke taken*** die door de verpleegkundige kunnen worden uitgevoerd, droomden de dokters van grootse preventieprojecten rond voeding en beweging.

"Primaire preventie door de verpleegkundigen, ik zie dat heel goed zitten.

Voor iedere patiënt kunnen ze een plan maken."

De verpleegkundigen hadden concrete ideeën rond kooklessen, rookstopbegeleiding of het in orde maken van de vaccinatiekaarten.

De dokters zouden de verpleegkundigen ook willen betrekken bij intercultureel werk, de psychiatrische zorg en zelfs de palliatieve zorg.

Zowel de dokters als de verpleegkundigen zagen een grote meerwaarde in het opstarten van een sociaal project rond het wonen en werken, daar dit belangrijke gezondheidsdeterminanten zijn.

Ook het sociale contact, waar de eenzame patiënten erg veel nood aan hebben, is een taak die naar voor werd geschoven.

Verder haalden de verpleegkundigen ook enkele administratieve taken aan zoals het regelen van financiële tegemoetkomingen voor de patiënt, de intake van nieuwe patiënten en het maken van afspraken voor onderzoeken of specialistische consulten.

Ten slotte werd er ook nagedacht wat de ***mogelijke taken*** waren ***bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie.*** Hierbij vermeldden de dokters het nemen van parameters en bloed, het in orde maken van het zorgtraject en het toezien op de medicatie. Ze vonden het een goed idee dat de verpleegkundigen de thuisbloeddrukmetingen zouden regelen. Toch waarschuwden ze voor het ontstaan van meer ongerustheid bij angstige mensen of bij het geven van te weinig uitleg. Bij vroegere pogingen waren de toestellen telkens kwijt geraakt, dus daar zou een oplossing voor moeten worden gezocht. Een secundair preventie consult door de verpleegkundigen, waarin ze bloed zouden prikken, parameters nemen en enkele niet-medicamenteuze interventies zouden doen, viel bij de dokters in de smaak. Ze probeerden dit nu al te regelen, maar een planmatigere aanpak zou volgens hen meer vruchten kunnen afwerpen. Ook hier vonden ze het belangrijk dat er een goed doordachte selectie van patiënten zou zijn, waarbij de nadruk moest liggen op de patiënten die er het meeste nood aan hadden.

Ook de verpleegkundigen waren enthousiast over een thuisbloeddrukmeting project, waarbij ze het zagen zitten om zichzelf hier in te bekwamen en de nodige voorlichting te geven aan de patiënten. Het uitwerken van een secundair preventieconsult werd ervaren als een moeilijke opgave. Hierbij opperden ze verschillende voorwaarden zoals opleiding, een uitgeschreven protocol en overleg met de artsen.

"Bij nierinsufficiëntie bijvoorbeeld moeten echt wel
die onzekerheden worden weggewerkt"

1.2. Ideeën bij de gevolgen van samenwerken

Kwaliteitsverbetering

De dokters gaven duidelijk aan dat ze een verbetering van kwaliteit van zorg ervoeren door de samenwerking met verpleegkundigen.

"De wondzorg, dat doen ze keigoed.
Ik heb het gevoel dat die dat beter weten als wij."

Voor hen bleek het verbeteren van kwaliteit, het beter tegemoetkomen aan de noden van de patiënten te zijn. De dokters vonden dat de ***levenskwaliteit*** van de patiënt datgene inhield wat de patiënt hieronder verstond. Er moest dus in overleg gegaan worden met de patiënt, zodat men de juiste zorg aan de juiste patiënt kon geven. Een tweede element was het versterken van de ***zelfredzaamheid***. Door patiënten samen te brengen, door goede uitleg te geven en door hen zelf te laten bedenken wat ze zouden kunnen doen, zouden ze beter voor zichzelf en elkaar gaan zorgen. Het derde punt was ***continuïteit***. De dokters hadden het gevoel dat de patiënten continuïteit erg belangrijk vonden en ze vreesden dat dit in gevaar kon komen door met meer samen te werken. Aan de andere kant werd er geopperd dat de opvolging ook door een vaste groep van enkele hulpverleners kon gebeuren.

De verpleegkundigen gaven aan dat ze vonden dat ze een meerwaarde boden door een zorg te geven van hoge kwaliteit. De noden van de patiënten die zij belangrijk vonden om aan tegemoet te komen waren de nood aan een ***luisterend oor***, de nood aan uitleg en de nood aan aandacht voor de patiënt en zijn mantelzorgers. De verpleegkundigen vonden dat ze dikwijls de ***continuïteit*** van zorg versterkten. Dit door soms dagelijkse op huisbezoek te gaan en onder de verpleegkundigen regelmatig te overleggen. Verder gaven ze aan dat deze continuïteit beperkter was bij de consultaties en in het gevaar kwam door de beperkte overlegmomenten met de dokters.

"ik hoop dat de artsen beginnen te merken dat wij wel degelijk een meerwaarde zijn,
omdat wij een hoge kwaliteit van zorg proberen te bieden
op een volledige holistische manier"

Taakverlichting

De dokters waren verdeeld over de vraag of het samenwerken met verpleegkundigen wel tot een taakverlichting zou leiden. Als de verpleegkundigen de eenvoudige technische aktes en de routinehuisbezoeken zouden overnemen dan zouden de dokters meer patiënten kunnen zien en ook

meer tijd in overleg moeten steken. Anderen vonden dat daardoor meer tijd vrij kwam voor echte dokters taken. Verder werd geopperd dat als er grotere taken zoals preventie en sociaal werk door de verpleegkundigen zouden worden gedaan, de verpleegkundigen ***complementair*** zouden zijn.

De verpleegkundigen vonden dat ze door hun werk de ***dokter sterk konden ontlasten***. Ze hadden het gevoel dat sommige dokters niet stonden te springen om taken door te schuiven, terwijl anderen blij waren met de extra hulp.

"Vroeger moest hij daar echt soms om de twee weken naar toe
en nu is dat veel minder."

1.3. Ideeën bij het samenwerken op zich

De aanwezige artsen gaven aan dat ze de huidige ***samenwerking als goed*** ervoeren en open stonden om samen te werken met de verpleegkundigen. Verder vertelden ze dat het opstarten in het begin moeilijk was geweest, al minimaliseerden ze verder de slechte ervaringen.

"Toen is dat warfarine project eigenlijk helemaal stil gevallen.
We hebben dan besloten dat de verpleegkundige actief zelf de patiënt ging bellen
en ja vanaf toen is dat eigenlijk goed gegaan"

Bij de verpleegkundigen was het samenwerken op zich het element waar ze de meeste bezorgdheden over hadden. Ze hadden het gevoel dat er verschillende dokters niet achter het verpleegproject stonden. Ze hadden het gevoel dat de ***dokters hen niet genoeg vertrouwden*** en waardeerden. Hierbij haalden ze aan dat de artsen niet overtuigd waren van hun capaciteiten, niet genoeg tijd maakten voor hun gevoelens en vooral de patiënten moeilijk naar hun verwezen.

"Soms zitten wij met een lege raadpleging en dan hoor je een dokter met het karretje van het
elektrocardiogram door de gang gaan"

Eén van de verklaringen voor dit onaangename fenomeen was dat de taken van de verpleegkundigen nog niet genoeg bekend waren bij de dokters en patiënten. Ook kwam naar boven dat de professionele samenwerking soms onder dwang kwam door persoonlijke conflicten en een moeilijk verlopende communicatie. De verpleegkundigen vonden de zorg voor elkaar binnen de verpleeggroep erg belangrijk en vonden dat ze er ook vrij goed in sloegen om goed overeen te komen.

2. Facilitatoren voor samenwerken

Er werden vele facilitatoren gevonden die hier gegroepeerd worden rond de thema's mensen, veranderingsmanagement en praktische organisatie.

2.1. Mensen

De dokters haalden aan dat ***goede verpleegkundigen*** belangrijk waren. Hierbij merkten ze een voordeel bij verpleegkundigen die de praktijk al kenden, door bijvoorbeeld patiënt te zijn geweest. De dokters leken tevreden met de huidige verpleegkundigen. Verder haalden ze ook aan dat een ***goede coördinator*** sterk kan faciliteren. Hierbij vonden ze dat de huidige coördinator, één van de dokters, haar werk erg goed deed. De coördinator zelf vond het een moeilijk werk, waarbij ze op vele barrières

botste, die ze moeilijk kon omzeilen. Ten slotte merkten ze op dat het bereid zijn om taken ter herschikken een noodzakelijke voorwaarde was voor goede samenwerking.

"Het loopt hier allemaal goed door de goeie verpleegkundigen en de goeie coördinator, meer moet daar niet over gezegd worden."

De verpleegkundigen vonden een ondersteuning door een ***coördinator*** belangrijk. Verder haalden ze ook aan dat een ***overkoepelende organisatie***, waarbij verpleegkundigen ervaringen kunnen delen, kon helpen. Een dergelijke samenkomst van verpleegkundigen van de verschillende praktijken van Geneeskunde voor het Volk had al enkele keren plaats gevonden, maar lag nu stil.

2.2. Veranderingsmanagement

Het herschikken van taken van dokters naar verpleegkundigen moest volgens de dokters met ***kleine stappen*** gebeuren. Hierbij vond men het goed was dat men was begonnen met het uitbesteden van kleinere taken. Ook waren de dokters er van overtuigd dat het geven van ***verantwoordelijkheid*** een faciliterende factor was, omdat zo de verpleegkundigen beter zouden worden betrokken bij de zorg voor de patiënten en ook meer voldoening uit hun werk zouden kunnen halen.

Bij de verpleegkundigen kwam regelmatig naar boven dat een degelijke ***bijscholing*** belangrijk was om nieuwe taken op zich te kunnen nemen. Ze vermeldden dat een theoretische scholing ervoor zorgde dat ze sterker in hun schoenen stonden. Het was duidelijk dat eerste lijnsgeneeskunde erg beperkt in hun basisopleiding had gezeten en dat extra bijscholingen noodzakelijk waren. Ze vonden dat er extra tijd en middelen moesten worden ingezet om te kunnen bijscholen.

"Diabeteszorg, ik heb zo iets van eer dat je zo iets doet moet je echt wel die opleiding hebben gehad."

2.3. Praktische organisatie

Overleg werd bij de dokters maar vrij kort aangehaald als faciliterende factor. Ze maakten hierbij de bedenking dat overdracht tijd kost en dat er bij overdracht gegevens verloren gaan. Hierbij werd opgemerkt dat het goed invullen van ***dossiers*** kan zorgen voor een betere communicatie en dus een betere samenwerking. Verder werd benadrukt dat het voldoende fysisch ***aanwezig zijn*** van alle hulpverleners een vanzelfsprekende facilitator is. Het ***planmatig werken*** werd enthousiast onthaald, omdat men dacht dat het goed was voor de zorg als er in overleg met elke patiënt een behandelplan zou worden opgesteld. Het werken volgens een vast protocol, het opdringen van een op voorhand in elkaar gebokst plan werd daarentegen met veel minder enthousiasme onthaald, omdat men vreesde dat zo de patiënten te veel in hokjes per ziekte, per uit te voeren taak zouden worden ingedeeld. Verder werd er ook opgemerkt dat dokters niet zo goed waren in het volgen van strikte richtlijnen en verpleegkundigen dat beter konden.

"Ge moet iedere keer die richtlijnen toepassen op die individuele patiënt en dat is dan het plan. Bijvoorbeeld het plan kan zijn: ik maak geen plan voor mijn patiënt."

Bij samenwerken werd ***overleg*** als essentieel ervaren door de verpleegkundigen. Ze vonden het belangrijk om de problemen die ze ervoeren bij de patiënten te bespreken. Vooral overleg over de

psychische en relationele toestand zou moeten kunnen plaatsvinden. Ook met vragen rond medicatie of voorlichting zouden ze graag bij een dokter terecht kunnen. Alle verpleegkundigen vonden dat het overleg echt te wensen overliet. Ze vonden dat verschillende dokters hier niet open voor stonden en geen tijd voor maakten. Verder merkten ze op dat elke dokter anders gebrieft wilde worden. De wandelganggesprekken vonden ze niet goed, omdat dit te vluchtig was, er niet echt werd geluisterd. Overleg tijdens het eten was met enkele dokters mogelijk, maar anderen stelden het niet op prijs en niet iedereen at op hetzelfde moment. Een ochtendlijke briefing met iedereen bleek niet mogelijk door de regeling van de huisbezoeken. Echt een afspraak bij een dokter maken was dikwijls niet mogelijk door de vele patiëntencontacten. Ten slotte werd e-mail geopperd, wat werkte bij sommige dokters, maar anderen lazen hun e-mail bijna nooit.

"Je moet er rekening mee houden dat als een organisatie uitbreidt,
er ook meer overlegstructuren moeten worden gecreëerd
en dat overleg is hier niet meegegroeid."

Het ***protocollair werken*** zagen de verpleegkundigen wel zitten, al gaven ze toe dat ze deze niet allemaal even strikt naleefden. Ze ergerden zich aan artsen die zich niet aan de gemaakte protocollen hielden rond het plannen van huisbezoeken of de INR regeling.

3. Barrières voor samenwerken

3.1. Mensen

De ***dokters*** haalden aan dat het uithanden geven van de zorg voor patiënten die ze al jaren opvolgen niet gemakkelijk was, maar dat ze die uitdaging graag zouden aangaan. Verder merkten ze op dat ***verpleegkundigen*** het gevoel hadden weinig controle te hebben op problemen en oplossingen en dat hun verwachting naar artsen toe erg groot was. Dit werd beschreven als een externe locus of control. De oorzaak zou volgens de dokters kunnen liggen in het gegeven dat zij worden opgeleid om taken uit te voeren en in het ziekenhuis weinig verantwoordelijkheid krijgen.

"Ten opzichte van in het ziekenhuis hebben ze hier veel meer vrijheid,
maar daarmee ook meer eigen verantwoordelijkheid
en dat was in het begin heel moeilijk."

Ten slotte werd de soms moeilijke samenwerking met de ***diëtiste*** aangeraakt. De dokters vonden dat er bij zorg altijd overlapping was van taken, waarbij het goed was dat verschillende hulpverleners gelijkaardige boodschappen meegaven, elk op hun eigen manier.

De verpleegkundigen gaven duidelijk aan dat de grootste barrière bij de ***artsen*** lag, die niet genoeg openstonden voor taakherschikking en te weinig vertrouwen gaven aan de verpleegkundigen. Bij vele voorbeelden, uit de dagelijkse praktijk gegrepen, kwam naar voor dat de problemen veroorzaakt werden door de dokters en de oplossingen van de dokters zouden moeten komen. Zo hadden ze het gevoel dat de dokters niet overtuigd waren van hun capaciteiten en dat niet rechtstreeks tegen de verpleegkundigen durfden te zeggen. Ze vonden dat ze hun hart niet konden luchten op het moment

dat ze het erg zwaar hadden met bepaalde patiënten. Verder vonden ze het moeilijk te vatten dat bloedafnames, afnames van een elektrocardiogram of cryotherapie nog zo dikwijls door de artsen werden gedaan. Ze hadden het gevoel dat het overleg en het planmatig werken erg moeilijk werd gemaakt door de artsen. De verpleegkundigen vertelden verder dat ze het soms moeilijk hadden met bepaalde conflictueuze relaties met artsen. Ze probeerden zich hierboven te zetten, maar dat was niet altijd gemakkelijk.

"Ik heb een dag meegemaakt dat al de patiënten zeer zwaar waren,
maar ik kon dat eigenlijk aan niemand vertellen."

Ten slotte raakten zij ook de samenwerking met de ***diëtiste*** aan, waarbij ze vonden dat alles rond dieet in ieder geval aan haar moest worden overgelaten.

3.2. Veranderingsmanagement

De dokters gaven toe dat, hoe progressief ze ook ingesteld waren, elke ***verandering*** op zich een drempel was en dat gewoontes nu eenmaal moeilijk bij te schaven waren.

Ook de verpleegkundigen gaven aan dat het ***veranderen*** op zich moeilijk was. Voor hen is het werken in de eerste lijn een verandering en is het takenpakket vrij nieuw. Ook het recent verdubbelen van de verpleegploeg was een aanpassing.

3.3. Praktische organisatie

Samenwerken vonden de dokters in ieder geval ***tijd***sintensief. Zo gaven ze aan dat de taakherschikking organiseren en ook het continue overleg heel wat tijd in beslag nam. Ze vroegen zich af of de patiënt wel meer tijd zou krijgen. Zeker bij huisbezoeken bleek dat verpleegkundigen dikwijls minder tijd hadden dan dokters. Als tweede element bij de praktische organisatie haalden de dokters aan dat vele ***taken erg moeilijk*** waren, zeker in de chronische zorg van patiënten met vele comorbiditeiten of in de complexe wereld van de preventieve geneeskunde.

De verpleegkundigen worstelden ook met de ***tijd***. Zo werd duidelijk dat er veel tijd naar de huisbezoeken ging en er ook tijd kroop in telefoons en andere administratieve taken. Een niet te onderschatten tijdsbelasting werd ook ervaren bij het opstarten van nieuwe projecten. Ten slotte vonden ze dat de patiënten de verpleegkundigen nog niet zo goed ***kenden*** en dat heel wat patiënten geen duidelijk beeld hadden van wat de verpleegkundigen juist deden.

Discussie

Deze exploratie met behulp van focusgroepen had als eerste doel om de ideeën na te gaan die leven bij de dokters en de verpleegkundigen in de Hobokense praktijk rond het samenwerken en meer concreet rond het **takenpakket** dat de verpleegkundige op zich kan nemen.

Wat opvalt, is dat de ***ideeënwereld van de dokters en de verpleegkundigen sterk verschillen***. Beide disciplines hebben gelijkaardige dromen rond het takenpakket, maar concreet willen de dokters dat de verpleegkundige grootse projecten verwezenlijken, terwijl de verpleegkundigen eerder afgelijnde taken willen uitvoeren. Vooral de dokters zien niet in dat de theoretische ideeën te ver afstaan van de praktijk. Verder is een opvallend verschil dat de dokters het idee hebben dat de samenwerking goed loopt en dat ze erg openstaan voor taakherschikking, terwijl de verpleegkundigen dit idee minder hebben. Ook Iljäs et al geeft aan dat er duidelijke verschillen zijn in visie tussen huisartsen en verpleegkundigen en dat dit een remmende factor is voor de implementatie van een richtlijn.[(42)] Naast deze verschillen is er bij beide groepen wel het gemeenschappelijk idee dat collectieve inzet, interdisciplinair werken zorgt voor een meerwaarde in de zorg voor de patiënt. Dirickx et al. merkte bij zijn focusgroepen met huisartsen een afwezigheid van eensgezindheid binnen de huisartsen.[(18)] Dergelijke verschillen in mening werden hier niet gevonden tussen de huisartsen onderling.

De ideeën van de dokters en verpleegkundigen worden door verschillende factoren beïnvloed: de persoonlijkheidskenmerken van de teamleden, hun opleiding en ervaring en de nationale organisatie van de gezondheidszorg. Het beroepsprofiel en de basiscompetenties van de verpleegkundige zijn sterk verschillend van die van de huisarts, dit bepaalt dan ook logischerwijs een deel van de verschillen in ideeën. Deze diversiteit moet gezien worden als een uitdaging om de specifieke en unieke inbreng van elk discipline nog meer complementair te stellen, zodat een gezamenlijke behandeling leidt tot verdieping en verbreding.[(16)]

Vanuit deze vaststelling is het advies gegroeid om naast een algemene visietekst met de gemeenschappelijke waarden en toekomstdoelen ook een concrete visietekst rond het takenpakket van de verpleegkundigen te schrijven. Hierbij moeten er duidelijke keuzes gemaakt worden rond de huisbezoeken en de uitgebreidheid van de praktijkprojecten. Zo zijn de huisbezoeken een meerwaarde maar ook een grote tijds- en energie-investering. Bij de verpleegprojecten is het aan te raden om zich te beperken in de grootte van de projecten en deze af te stemmen op de voorkeuren en capaciteiten van de huidige verpleegkundigen. Deze tekst kan best gebruikt worden voor het aanwerven van nieuwe verpleegkundigen, maar moet ook herschreven worden naar de capaciteiten van de aangeworven verpleegkundigen.

Het tweede doel was om na te gaan welke **barrières en facilitatoren** er worden verwacht bij een taakherschikking. De belangrijkste beïnvloedende factor is het gevoel van ***vertrouwen***. Het gebrek aan eigenwaarde bij de verpleegkundigen zorgt in de praktijk voor een barrière. Dat zowel de oorzaken als de oplossingen in het kamp van de artsen worden gelegd is ook een fenomeen dat in de literatuur

wordt teruggevonden. Zo worden de attitude van de arts ten opzichte van de verpleegkundigen, de arts als juridisch eindverantwoordelijke, de gebrekkige kennis van artsen over de competenties van verpleegkundigen als remmende factoren genoemd bij het delegeren van taken en staat de attitude van de arts ook bij de bevorderende factoren.[40]

Een mogelijke verklaring voor dit fenomeen binnen de Hobokense praktijk is de externe locus of control die duidelijk aanwezig is bij de verpleegkundigen.[43] Dit wordt niet verklaard door het verpleegkundige zijn op zich, maar eerder door de beperkte werkervaring van de verpleegkundigen binnen de eerste lijn (gemiddeld één jaar).[44] Een tweede verklaring hiervoor zijn persoonlijke conflicten die op de achtergrond leven.

Op basis van de gegevens uit de focusgroepen kunnen verschillende concrete adviezen geformuleerd worden om deze vertrouwensband te versterken. Het samen uitwisselen van ideeën, onder de vorm van wekelijkse overlegmomenten, focusgroepen of dagen waarbij er uitgebreid wordt gebrainstormd, kan een degelijke basis vormen voor het vertrouwen. Het samen uitwerken van zinvolle en haalbare projecten brengt mensen dichter bij elkaar. Een goed conflictmanagement en het opnemen van een facilitator in een professioneel team hebben een bewezen effect op de patiëntenzorg.[45] Ten slotte kan opleiding de eigenwaarde van de verpleegkundigen nog versterken.

Een tweede belangrijke beïnvloedende factor is dan ook de ***opleiding***. Zeker de verpleegkundigen voelen een duidelijke nood aan opleiding. Landen zoals Zweden, Finland en Nederland waar al vele jaren een opleiding tot eerstelijnsverpleegkundige bestaat, bevestigen dat een dergelijke opleiding een meerwaarde heeft.[40] Bij de bevraging van 11 praktijken in Brussel, geven de artsen aan dat er nood is aan een opleiding voor een praktijkassistente, terwijl ze een (para-)medische opleiding niet opportuun vinden.[22]

Als er beslist wordt om echt samen te werken in de eerste lijn dan moet eerst en vooral een opleiding tot inter-disciplinair samenwerken aanwezig zijn in de basisopleiding van de verschillende disciplines. Zo is er duidelijke evidentie dat dit inter-disciplinair leren leidt tot beter inter-disciplinaire samenwerken en uiteindelijk leidt tot een betere patiëntenzorg.[46] Vervolgens moet er ook nagedacht worden over een opleiding tot eerstelijnsverpleegkundige. Ten slotte blijft het continu bijscholen essentieel voor een goede patiëntenzorg.

Communicatie is de derde belangrijke beïnvloedende factor. Zowel de dokters als de verpleegkundigen haalden een goed overleg als facilitator aan. In de literatuur komt deze factor veel voor, waarbij vooral de communicatie rond richtlijnen, rond de rolverdeling en feedback over het functioneren van de verpleegkundigen worden aangehaald.[40] De communicator is dan ook een basiscompetentie voor elke goede hulpverlener.[47] De communicatie wordt in de Hobokense praktijk sterk gefaciliteerd door in hetzelfde gebouw te werken. Hierdoor kunnen andere disciplines geconsulteerd worden met de patiënt er nog bij en kan er tijdens een wandelganggesprek kleine problemen worden uitgeklaard. Gebrek aan ruimte en infrastructuur wordt in de literatuur dan ook meermaals teruggevonden als remmende factor.[48]

In de praktijk moet de communicatie tussen de verschillende zorgverleners geperfectioneerd worden. Dit kan gedaan worden door hier voldoende aandacht voor te hebben, te zoeken naar een goede organisatie van de overlegmomenten en zich te blijven bijscholen in de communicatieve vaardigheden. Met het voordeel van in eenzelfde gebouw samen te werken met verschillende disciplines moet ook op beleidsniveau rekening worden gehouden.

De **sterkte van dit onderzoek** is dat de data werden geproduceerd vanuit een sociale interactie. Deze interactie zorgde voor een positieve spiraal van ideeën die op elkaar bouwden en zo de basis legden voor een goede samenwerking. Verder konden onduidelijkheden onmiddellijk toegelicht worden. Ook kwamen er nieuwe ideeën naar boven waar een onderzoeker alleen niet was opgekomen. Op een korte tijd werden er zeer veel data geproduceerd.
In dit onderzoek werd er gepeild naar de ideeën van dokters en verpleegkundigen, in tegenstelling tot vele studies waarbij slechts naar één van de twee disciplines wordt gekeken. Een extra meerwaarde zou een focusgroep met patiënten zijn, wat in de toekomst nog gedaan kan worden. Vertrekken vanuit het concrete voorbeeld van de patiënt met chronische nierinsufficiëntie leverde weinig informatie op. Hierbij werden geen extra ideeën of beïnvloedende factoren gevonden en werden ook weinig concrete elementen gevonden om een project rond chronische nierinsufficiëntie te beginnen.
De validiteit van de data is hoog doordat de anonimiteit werd verzekerd, de focusgroepen werden opgenomen, een notulist bijstuurde, de interviews letterlijk werden uitgeschreven en herhaaldelijk werden nagelezen. Ook de validiteit van de interpretatie is hoog door gebruik te maken van NVIVO9 en de gevonden resultaten aan een onderzoekerstriangulatie te onderwerpen. Bij deze triangulatie werd er samen, elk vanuit zijn subjectief perspectief, elk vanuit zijn beroep (huisarts en verpleegkundige) gezocht naar patronen en de betekenis ervan.
Bij de artsen was er een selectiebias, slechts vijf van de negen artsen reageerden op de oproepingse-mail. Deze bias werd niet teruggevonden bij de verpleegkundigen, waar vier van de vier verpleegkundigen hebben deelgenomen. Twee van de vier verpleegkundigen waren nog maar een half jaar in dienst, wat zorgde voor een aparte invalshoek. De ervaring van de moderator in het faciliteren van een focusgroep was beperkt. Zo viel het bij de analyse op dat hij af en toe dubbele vragen stelde, te weinig doorvroeg en zich soms te veel vasthield aan de topicguide. De moderator was zelf ook huisarts in opleiding in de praktijk waarbinnen de focusgroepen plaats vonden. Dit zorgde ervoor dat hij die dingen die gezegd werden beter kon interpreteren in het kader van de context. De resultaten die werden gevonden via deze focusgroepen zijn beperkt extrapoleerbaar naar andere praktijken, aan de andere kant zijn ze zeer goed van toepassing op de praktijk waar ze werden uitgevoerd.

Elke praktijk waar de wil is om stappen te zetten naar interdisciplinair samenwerken, zou moeten beginnen met een grondige exploratie, want hierbij komen de ideeën, de facilitatoren en de barrières die leven in de praktijk goed naar boven. Naast dit praktijk-afhankelijk onderzoek is het opportuun dat er verder op zoek wordt gegaan naar manieren om de kwaliteit van samenwerking te verbeteren en dat er wordt nagegaan of goede samenwerking wel leidt tot een betere zorg voor de patiënt. Als dit onderzoek de hypothese bevestigt dat interdisciplinair werken in de eerste lijn een betere zorg geeft, dan kan de overheid zoeken naar wegen om dit samenwerken te promoten, te ondersteunen en te verbeteren.

Conclusie

Dit exploratief onderzoek geeft een helder inzicht in de ideeënwereld van de dokters en verpleegkundigen rond het takenpakket dat door de verpleegkundigen kan uitgevoerd worden. Hierbij valt op dat er grote verschillen zijn tussen de ideeën van dokters en verpleegkundigen en dat er vooral bij de dokters een groot verschil bestaat tussen de theoretische ideeën en de praktijk. Naast deze verschillen is er bij beide groepen wel het gemeenschappelijk idee dat interdisciplinair werken leidt tot een betere zorg voor de patiënt.

Ook worden de beïnvloedende factoren voor de samenwerking tussen dokters en verpleegkundigen duidelijk blootgelegd. De belangrijkste factoren zijn het vertrouwen in elkaar, de opleiding en de communicatie.

De adviezen gebaseerd op deze resultaten zijn een basis voor nieuwe interdisciplinaire projecten en een verdere kwaliteitsvolle samenwerking tussen dokters en verpleegkundigen in de eerste lijn met als doel een betere zorg voor de patiënten.

Bibliografie

[1] Merckx K. Visietekst Geneeskunde voor het Volk: Recht op gezondheid In een gezonde maatschappij. [Online]. 2009. Available from: URL: http://gvhv-mplp.be/sites/default/files/fields/attachment/gvhv-visietekst.pdf.

[2] Department of general practice, K.U.Leuven. Intego-project. [Online]. 2011 [cited 2013]; Available from: URL:http://www.intego.be.

[3] Wollersheim H, Bakker PJM, Bijnen AB, Gouma DJ, Wagner C, van der Weijden T.

Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2011:

[4] Van Meijel B, Gamel C, van Swieten-Duijfjes B, Grypdonck MH. The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. J Adv Nurs 2004 Oct;48(1): 84-92.

[5] Christiaens T, Devroey D, Dewachter J, Gielis G, Heyrman J, Neeven E, et al. Eindtermen huisartsgeneeskunde. [Online]. 2006. Available from: URL: http://www.icho-info.be/brochures/.

[6] Van Nuffel W, Devroey D. Lacunes in de opleiding huisartsgeneeskunde. Een behoeftescreening bij jonge huisartsen en huisartsen in opleiding. Huisarts Nu 2011;40:411-5.

[7] Areskog NH, Bhattacharya A, Ezzat E. Lim AE. World Health Organisation Technical Report Series No. 769: Learning together to work together for health. [Online]. Geneva 1988. Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_769.pdf.

[8] Curley C, Mc Eachern JE, Speroff T. A firm trial of inter-disciplinary rounds on the inpatient medical wards: An intervention using continuous quality improvement. Med Care 1998;36(8):4-12.

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

[10] Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. J Adv Nurs 2009;65(2):391-401.

[11] Harmsen M, Laurant M, Van Achterbert T, Hulscher M, Wensing M, Wollersheim H. Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: Uitkomsten van literatuuronderzoek. [Online]. 2007 Available from:URL: http://www.wokresearch.nl/UserFiles/Docs/product_70.pdf.

[12] Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 4, Oxford: Update Software; 2004.

[13] 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. [Online]. 2011. Available from:URL: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/%7Bb0444c14-98c6-2d9b-0e9a-778a74ba4d64%7D_Lenders-Nathalie.pdf.

[14] Ohman-Strickland PA, Orzano AJ, Hudson SV, Solberg LI, DiCiccio-Bloom B, O'Malley D et al. Quality of diabetes care in family medicine practices: Influence of nurse practitioners and physician's assistants. Ann Fam Med 2008;6(1):14-22.

[15] Voogdt-Pruis H, Beusmans G, Gorgels A, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomized trial. Br J Gen Pract 2010;60;40-46.

[16] Ishani A, Greer N, Taylor BC, Kubes L, Cole P, Atwood M, et al. 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;34:1689-94.

[17] Vyt A. Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn. Antwerpen-Apeldoorn: Garant;2012.

[18] Paulus D, Van Den Heede K, Mertens R. KCE position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. [Online]. 2012 Available from:URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_190A_organisatie_zorg_chronisch_zieken_Position%20Paper_0.pdf

[19] Dirickx B, Viaene M, De Lepeleire J. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie. Huisarts Nu 2011;40:417-20.

[20] 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.

[21] Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000;320:1048-53.

[22] Dierick-van Daele AT, Steuten LM, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. Br J Gen Pract 2010;60(570):28-35.

[23] Van Hauwaert W, Verlinde C. Is er in de Brusselse gezondheidszorg plaats voor doktersassistenten? Een bevraging. Uitgave van project Coördinatie gezondheidszorg Brussel-Brusselse welzijns- en gezondheidsraad. Sint-Jans-Molenbeek 2009.

[24] Van Pottelbergh G, Avonts M, Cloetens H, Goossens M, Maes S, Van Heden L, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Chronische nierinsufficiëntie. Antwerpen: Domus Medica vzw; 2012.

[25] Foley RN, Changchun W, Collins AJ. Cardiovascular risk factor profiles and kidney function stage in US general population. The NHANES III study. Mayo Clin Proc 2005;80:1270-7.

[26] Buckalew VM, Berg RL, Wang SR, Porush JG, Rauch S, Schulman G. Prevalence of hypertension in 1,795 subjects with chronic renal disease: the modification of diet in renal disease study baseline cohort. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Am J Kidney Dis 1996;28:811-21.

[27] Clase C. Renal failure (chronic) interventions. [Online]. 2011 Available from:URL: http://www.clinicalevidence.com.gateway.iscientia.net/x/systematic-review/2004/interventions.html

[28] Zorgtrajecten Chronische nierinsufficiëntie en Diabetes type 2. [Online]. 2009 [cited 2012]; Available from: URL:http://www.zorgtraject.be

[29] Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. Inleiding in Evidence-Based Medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum; 2008.

[30] Rinfret S, Lussier MT, Peirce A, Duhamel F, Cossette S, Lalonde L et al. The impact of a multidisciplinary information technology-supported program on blood pressure control in primary care. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2009;2(3):170-7.

[31] Dejesus RS, Chaudhry R, Leutink DJ, Hinton MA, Cha SS, Stroebel RJ. Effects of efforts to intensify management on blood pressure control among patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension: a pilot study. Vasc Health Risk Manag 2009;5:705-11.

[32] McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, King KM, Makowsky MJ, Jones CA et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients with diabetes mellitus: study of cardiovascular risk intervention by pharmacists-hypertension (SCRIP-HTN). Arch Intern Med 2008;168(21):2355-61.

[33] Harris LE, Luft FC, Rudy DW, Kesterson JG, Tierney WM. Effects of multidisciplinary case management in patients with chronic renal insufficiency. Am J Med 1998;105(6):464-71.

[34] Ijas J, Alanen S, Kaili M, Ketola E, Nyberg S, Valimaki M, et al. Primary care guidelines: Senior executives' views on changing health centre practices in hypertension treatment. Scand J Prim Health Care 2009;27:202-207.

[35] Molzahn AE, Hibbert MP, Gaudet D, Starzomski R, Barrett B, Morgan J. Managing chronic kidney disease in a nurse-run, physician-monitored clinic: the CanPREVENT experience. Can J Nurs Res 2008;40(3):96-112.

[36] Alanen S, Ijäs J, Kaila M, Mäkelä M, Välimäki M. Hypertension guideline implementation: experiences of Finnish primary care nurses. J Eval Clin Pract 2008;14(5):830-5.

Compton A, Provenzano R, Johnson CA. The nephrology nurse's role in improved care of patients with chronic kidney disease. Nephrol Nurs J 2002;29(4):331-6.

[37] Watkins LO, Wagner EH. Nurse practitioner and physician adherence to standing orders criteria for consultation or referral. Am J Public Health 1982;72(1):22-9.

[38] Carver M, Carder J, Hartwell L, Arjomand M. Management of mineral and bone disorders in patients on dialysis: a team approach to improving outcomes. Nephrol Nurs J 2008;35(3):265-70.

[39] Compton A, Provenzano R, Johnson CA. The nephrology nurse's role in improved care of patients with chronic kidney disease. Nephrol Nurs J 2002;29(4):331-6.

[40] Smeets M, Ronse J, Van Linden A, Seuntjens L, Aertgeerts B. Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan. [Online]. 2013. Available from:URL: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/.

[41] Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ 1995;311(7000):299-302.

[42] Ijäs J, Alanen S, Kaila M, Ketola E, Nyberg S, Välimäki MA, et al. Primary care guidelines: Senior executives' views on changing health centre practices in hypertension treatment.. Scand J Prim Health Care 2009;27(4):202-7.

[43] Rotter J. Internal Versus External Control of Reinforcement. Am Psychol 1990;45(4):489-49.

[44] Ünsal Si U, Geml N, Mah AD. A Comparative Analysis of Internal-External Locus of Control among Hospital Personnel in Turkey and its Managerial Implications on Health Sector. Int J Humanit Soc Sci 2007;2(1):51-62.

[45] Jackson S, Bircher R. Transforming a run down general practice into a leading adge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersch Health Serv 2002;15(6-7):255-267.

[46] Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional Education; effects on professional practice and health care outcomes. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Oxford: Update software; 2008.

[47] Tsakitzidis G, Van Royen P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2008.

[48] Halcomb EJ, Davidson PM, Griffiths R, Daly J. Cardiovascular disease management: time to Advance the practice nurse role? Aust Health rev 2008;32(1):44-53.

Abstract

Titel: Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de zorg voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie verbeteren? Een exploratief onderzoek.

Huisarts in opleiding: David Vanneste, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts

Co-promotor: Vpk. Janneke Ronse

Praktijkopleiders: Dr. Jan Baekelandt, Dr. Sonja Eerdekens

Context:

Reeds in 1988 deed de Wereldgezondheidsorganisatie een oproep tot meer interdisciplinaire samenwerking in de gezondheidzorg, om zo minder versplintering van zorgverlening te krijgen, een beter gebruik van middelen en een effectievere aanpak van complexe gezondheidsproblemen. Vanuit de keuze om de zorg voor de patiënt sámen te verbeteren, is een duidelijke en continue taakherschikking noodzakelijk. De zorg voor de patiënten met chronische nierinsufficiëntie is een belangrijke uitdaging voor de eerste lijn. Hiervan getuigen de hoge prevalentie van chronische nierinsufficiëntie en de hoge morbiditeit, mortaliteit en kost van terminaal nierfalen.

Onderzoeksvraag:

In de literatuurstudie wordt het antwoord gezocht op de vraag welke taken door een praktijkverpleegkundige kunnen worden opgenomen bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie, hoe dit in een praktijk kan worden georganiseerd en of deze interventie leidt tot betere zorg?
Het doel van de verdere exploratie met behulp van focusgroepen is dubbel. Eerst wordt er nagegaan wat de ideeën zijn die leven bij de dokters en de verpleegkundigen betreffende het takenpakket dat de verpleegkundige op zich kan nemen. Daarnaast wordt er gezocht welke barrières en facilitatoren er worden verwacht bij een taakherschikking.

Methode:

Na een exploratief literatuuronderzoek werd een kwalitatief exploratief onderzoek gedaan met behulp van twee focusgroepen, één met vijf dokters en één met vier verpleegkundigen, allen werkend in de groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk te Hoboken. De uitgetypte interviews werden geanalyseerd door een huisarts in opleiding en een verpleegkundige. Via onderzoekertriangulatie tussen beide onderzoekers werden de resultaten verder verfijnd. Daarnaast werden de gegevens ook verwerkt met behulp van het softwareprogramma NVIVO9.

Resultaten:

De literatuurstudie geeft aan dat er zowel screenende, evaluerende, educatieve, interventionele als verwijzende taken voor de verpleegkundigen zijn weggelegd bij de zorg voor de patiënten met chronische nierinsufficiëntie. Om deze taakherschikking in praktijk te organiseren wordt de nadruk gelegd op het maken van een degelijk protocol en wordt een uitgebreide opleiding als noodzakelijk gezien. Er blijkt geen significant verschil in nierfunctie en mortaliteit na vijf jaar te zijn tussen verpleegkundige en huisarts georganiseerde zorg.

Het exploratief onderzoek via focusgroepen geeft een helder inzicht in de ideeënwereld van de dokters en verpleegkundigen rond het takenpakket dat door de verpleegkundigen kan uitgevoerd worden. Hierbij valt op dat er grote verschillen zijn tussen de ideeën van de dokters en de verpleegkundigen en dat er vooral bij de dokters een groot verschil bestaat tussen de theoretische ideeën en de praktijk. Naast deze verschillen is er bij beide groepen wel het gemeenschappelijk idee dat interdisciplinair werken leidt tot een betere zorg voor de patiënt.

Ook worden de beïnvloedende factoren voor de samenwerking tussen dokters en verpleegkundigen blootgelegd: de belangrijkste zijn het vertrouwen in elkaar, de opleiding en de communicatie.

Conclusies:

Vanuit deze resultaten is het advies gegroeid om naast een algemene visietekst met gemeenschappelijke waarden en toekomstdoelen, ook een concrete visietekst rond het takenpakket van de verpleegkundigen te schrijven. Verder kan het uitwisselen van ideeën, het uitwerken van projecten, een conflictmanagement en het opnemen van een facilitator een positieve invloed hebben op het vertrouwen tussen de teamleden. Als er beslist wordt om meer samen te werken in de eerste lijn, dan moet er eerst en vooral een opleiding tot inter-disciplinair samenwerken worden opgenomen in de basisopleiding van de verschillende disciplines. Vervolgens moet er ook nagedacht worden over een opleiding tot eerstelijnsverpleegkundigen. Ten slotte blijft het continu bijscholen essentieel voor een goede patiëntenzorg. In de praktijk moet de communicatie tussen de verschillende zorgverleners geperfectioneerd worden. Dit door hier voldoende aandacht voor te hebben, te zoeken naar een goede organisatie van de overlegmomenten en zich te blijven bijscholen in de communicatieve vaardigheden. Met het voordeel van in eenzelfde gebouw samen te werken met verschillende disciplines moet ook op beleidsniveau rekening worden gehouden.

Deze adviezen zijn een basis voor nieuwe interdisciplinaire projecten en een verdere kwaliteitsvolle samenwerking tussen dokters en verpleegkundigen in de eerste lijn met als doel een betere zorg voor de patiënten.

E-mail: d86vanneste@hotmail.com

Trefwoorden: praktijkverpleegkundigen, huisarts, eerste lijn, taakherschikking, interdisciplinaire samenwerking, chronische nierinsufficiëntie (U99).

Dankwoord

Mijn grootste woord van dank gaat naar mijn allerliefste vriendin Debbie, die samen met mij de vele thesisfrustraties heeft doorworsteld.

Daarnaast gaat mijn woord van dank naar de Hobokense praktijk van Geneeskunde voor het volk, waar ik mijn eerste stapjes als huisarts in opleiding mocht zetten. De zoektocht naar solidair samenwerken en de strijd voor een rechtvaardige gezondheidszorg zijn niet alleen een inspiratiebron voor deze thesis geweest, maar zijn vooral een voorbeeld dat ik steeds zal proberen volgen. Ook de Wuustwezelse praktijk, waar ik mijn tweede stapjes mocht zetten wil ik bedanken voor hun ondersteuning.

De samenwerking met Miek vraagt een speciaal bedankje. Met haar niet aflatend enthousiasme gaf ze een sterke input aan deze thesis, hopelijk was dit wederzijds.

Ten slotte ben ik ook mijn promotor professor dokter Aertgeerts en mijn co-promotor Janneke Ronse erg dankbaar, zij stonden steeds klaar met opbouwende feedback en goede suggesties.

Bedankt!

Bijlagen

Bijlage A: Zoektermen literatuurstudie

or		or		or		or
"Renal Insufficiency, Chronic"[Mesh] "Kidney Failure, Chronic"[Mesh] "Hypertension"[Mesh] "Secondary Prevention"[Mesh]	and	"nurse clinicians"[All Fields] "Clinical nurse specialist"[All Fields] "nurse practitioners"[All Fields] "advanced nursing practice"[All Fields] "advanced practice nursing"[All Fields] "primary care nursing"[All Fields] "community nursing"[All Fields] "nursing"[All Fields] "practice nurse"[All Fields] "Physician assistant"[All Fields] "Community Health Nursing"[Mesh] "Nursing"[Mesh] "Nurse Practitioners"[Mesh] "Nurse Clinicians"[Mesh] "Advanced Practice Nursing"[Mesh] "Primary Care Nursing"[Mesh] "case management"[All Fields] "nurse role"[All Fields]	and	"primary health care"[All Fields] "primary care"[All Fields] "general practice"[All Fields] "Primary Health Care"[Mesh] "General Practice"[Mesh] "family practice"[All Fields]	and	"delegation,professional"[All Fields] "delegation"[All Fields] "substitution"[All Fields] "task delegation"[All Fields] "skill mix"[All Fields] "service transfer"[All Fields] "reallocation"[All Fields] "Delegation, Professional"[Mesh] "care coordination"[All Fields] "innovation"[All Fields] "collaboration"[All Fields] "collaborative "[All Fields] "service redesign"[All Fields] "comanagement"[All Fields] "interdisciplinary "[All Fields] "multidisciplinary"[All Fields] "task substitution"[All Fields] "team work"[All Fields] "care models"[All Fields] "professional roles"[All Fields] “shifting of tasks” “redefining roles”

Bijlage B: Topic guides focusgroepen

Algemeen

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.

Topicguide focusgroep met dokters

Voorstellingsronde:

Naam, geslacht, leeftijd, aantal praktijkjaren.

Vragenlijst (schriftelijk)

Welke taken kunnen volgens u door de verpleegkundige worden gedaan?

Wat zijn voor u de stimulerende of remmende factoren bij een taakherschikking?

Beginvraag:

Welke behoeften heeft de patiënt met een chronische ziekte en meerbepaald een patiënt met chronische nierinsufficiëntie volgens u?

Wat vindt u belangrijk bij de taakherschikking tussen huisarts en verpleegkundigen in de praktijk?

Verdere vragen:

Huidige situatie:

- Hoe zouden jullie de huidige zorg voor de chronisch zieke patiënt in de praktijk beschrijven? Welke functies hebben de huisarts en de verpleegkundige op dit moment volgens u in deze chronische zorg?
- Wat zijn jullie gedachten en gevoelens hierbij?
- Hoe hebben jullie de herschikking van taken tot nu toe ervaren?

Toekomst

- Wat willen jullie veranderd zien? Welke concrete ideeën spelen er in jullie hoofd? En vooral waarom willen jullie dat veranderd zien?
- Wat willen jullie zeker niet veranderd zien en waarom?
- Met welke valkuilen, barrières moet er volgens jullie worden rekening gehouden bij taakdelegatie?

Concrete topics

- Secundair preventie consult door de verpleegkundigen. Vaste opvolging van bepaalde patiënten door de verpleegkundigen.
    - Wat denken jullie daar van?
    - Welke gevoelens wekt dit idee bij jullie op?

- Hoe zien jullie concreet de planning van de zorg bij een chronisch nierinsufficiënte patiënt? Wanneer, voor welke taken, bij welke zorgverlener? Wie coördineert de zorg?
- Thuisbloeddrukmeting:
    - Wat denken jullie daar van?
    - Hoe liep dat vroeger, wat liep goed en wat liep fout?
    - Welke taken door huisarts, welke taken door verpleegkundige?
- Parameters nemen (bloedname, gewicht, bloeddruk):
    - Wat denken jullie daar van?
    - Welke taken door huisarts, welke taken door verpleegkundige?
- Niet medicamenteuze interventies:
    - Wat denken jullie daar van?
    - Welke taken door huisarts, welke taken door verpleegkundige?
    - Wat zijn de voorwaarden voor een succesvolle taakdeligatie bij deze taken?

Topicguide focusgroep met verpleegkundigen

Voorstellingsronde:

Naam, geslacht, leeftijd, aantal praktijkjaren.

Vragenlijst (schriftelijk)

Welke taken kunnen volgens u door de verpleegkundige worden gedaan?

Wat zijn voor u de stimulerende of remmende factoren bij een taakherschikking?

Beginvragen:

Welke behoeften heeft de patiënt met een chronische ziekte en meerbepaald een patiënt met chronische nierinsufficiëntie volgens u.

Wat verstaan jullie onder (wat vinden jullie belangrijk bij) de taakherschikking tussen huisarts en verpleegkundigen in de praktijk?

Huidige situatie:

- Welke functies hebben de huisarts en de verpleegkundige op dit moment volgens u in deze chronische zorg?
- Hoe hebben jullie de herschikking van taken tot nu toe ervaren?
- Hoe is voor jullie de relatie/ de omgang tussen huisarts en verpleegkundigen?

Toekomst

- Wat willen jullie veranderd zien? Welke concrete ideeën spelen er in jullie hoofd?
- Wat willen jullie zeker niet veranderd zien en waarom?
- Met welke valkuilen, barrières moet er volgens jullie worden rekening gehouden bij taakdelegatie?

Concrete topics:

- Secundair preventie consult door de verpleegkundigen, met dus een vaste opvolging van bepaalde patiënten door de verpleegkundigen.
    - Wat denken jullie daar van (voordelen, nadelen)?
    - Welke gevoelens wekt dit idee bij jullie op?
    - Wat zijn voor jullie noodzakelijk voorwaarden om dit goed te laten lopen? Opleiding? Ondersteuning? Bekwaamheid? Protocol? Werkbelasting? …
- Thuisbloeddrukmeting:
    - Wat denken jullie daar van?
    - Hoe liep dat vroeger, wat liep goed en wat liep fout?
    - Welke taken door huisarts, welke taken door verpleegkundige?
- Parameters nemen (bloedname, gewicht, bloeddruk):
    - Wat denken jullie daar van?
    - Welke taken door huisarts, welke taken door verpleegkundige?
- Niet medicamenteuze interventies
    - Wat denken jullie daar van?
    - Welke taken door huisarts, welke taken door verpleegkundige?
    - Wat zijn de voorwaarden voor een succesvolle taakdeligatie bij deze taken?

Bijlage C: Codeboom

Hierarchical Name	Nickname	Aggregate	User Assigned Color
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\communicatie		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\communicatie\beschikbaarheid		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\communicatie\eenheid		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\communicatie\omgaan met beroepsgeheim		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\controle		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\controle\verantwoordelijkheid		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\controle\vertrouwen in de vpk		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\controle\vertrouwen in de vpk\feedback of ervaring		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\controle\vertrouwen in de vpk\opleiding en vaardigheiden en capaciteiten vpk		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\controle\vertrouwen in de vpk\persoonlijkheid arts en vpk		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\grenzen		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\pathologie		No	None
Nodes\\bepalende factoren taakdelegatie\veranderingsmanagement		No	None
Nodes\\definitie taakdelegatie		No	None
Nodes\\definitie taakdelegatie\huisartsgeneeskunde		No	None
Nodes\\definitie taakdelegatie\ideeën		No	None
Nodes\\definitie taakdelegatie\initiatief en eindbeslissing		No	None
Nodes\\definitie taakdelegatie\noden patiënt		No	None
Nodes\\definitie taakdelegatie\praktijk		No	None
Nodes\\definitie taakdelegatie\protocollair werken		No	None
Nodes\\definitie taakdelegatie\theorie		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\fouten		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\kwaliteit van zorg		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\kwaliteit van zorg\continuïteit van zorg		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\kwaliteit van zorg\continuïteit van zorg\afhankelijkheid		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\kwaliteit van zorg\toegankelijkheid		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\kwaliteit van zorg\verschillende invalshoek		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\tijdswinst		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\tijdswinst\werklast		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\verandering rol huisarts		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\verandering rol huisarts\concurrentie		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\verandering rol huisarts\kennis bijhouden		No	None
Nodes\\gevolgen taakdelegatie\voldoening verpleegkundige		No	None

Reports\\Node Structure Report

Bijlage D: Takenpakket van de verpleegkundige

	Volgens de dokters	Volgens de verpleegkundigen
Huidige taken		
	elektrocardiogram nemen	elektrocardiogram nemen
	bloedname	bloedname
	cryotherapie	cryotherapie
	cerumenprop verwijderen	
	assisteren bij kleine chirurgie	
	intramusculaire en subcutane inspuitingen	
	toilet	toilet
	parameters nemen zoals gewicht, bloeddruk	parameters nemen zoals gewicht, bloeddruk, pols
	wondzorg	wondzorg
	warfarine regeling	warfarine regeling
	thuiszorg	thuiszorg
Mogelijke taken in het algemeen		
	spirometrie uitvoeren	spirometrie uitvoeren
	preventie-project rond voeding	voorlichting over voeding, kooklessen
	preventie-project rond bewegen	gaan wandelen met patiënten
	preventie-project rond roken	rookstopbegeleiding
	preventie-project rond obesitas	
	preventie-project rond hypertensie	thuisbloeddrukmeting aanleren
	preventie-project rond vaccinaties	vaccinatiekaarten in orde maken
		project rond astma, chronische bronchitis
	diabeteseducatie	diabeteseducatie
		therapietrouw bevorderen
	intercultureel werk	
	psychiatrische zorg	draaglast/draagkracht bepalen, adressen geven
	palliatieve zorg	
	sociaal werk rond wonen en werken	sociaal werk rond wonen
	sociaal contact	sociaal contact
		intake nieuwe patiënten
		financiële tegemoetkomingen regelen
		afspraken maken voor onderzoeken/specialisten
Mogelijke taken bij patiënten met CNI		
	parameters nemen zoals gewicht en bloeddruk	parameters nemen zoals gewicht en bloeddruk
	bloednames	bloednames
	administratie zorgtraject	administratie zorgtraject
	medicatiesurveillantie	medicatiesurveillantie