Naar een betere diabeteszorg: ontwikkeling en implementatie van een procesmanagementprotocol in de huisartsenpraktijk met behulp van de diabetesbarometer.

Dr. Degryse Fien, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Vaes Bert, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2025 – 2026]

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

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

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave **3**

Abstract **5**

Context *5*

Onderzoeksvragen *5*

Methoden *5*

Resultaten *5*

Conclusie *6*

Inleiding **7**

Toegenomen zorgnood *7*

Het belang van preventieve zorg en het potentieel van een individuele aanpak binnen de eerstelijnszorg *7*

Het belang van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk *8*

Diabetes *9*

Concrete vraagstelling **10**

Methoden **10**

Ethisch comité *10*

Design *10*

Studiepopulatie *11*

Uitkomstmaten *12*

Gegevensverzameling *12*

Resultaten **13**

Overlegmomenten *13*

Resultaten vragenlijst protocol *14*

Resultaten barometer *14*

Discussie **16**

Rol van de huisarts en het belang van gestructureerde opvolging *16*

Financiering praktijkverpleegkundige *17*

Responsgraad en bereiken van de patiënt *17*

Rol van artificiële intelligentie in de toekomst *18*

Mindshift nodig? *18*

Economisch voordeel van preventieve zorg *18*

Methodologische beperkingen *18*

Conclusie **20**

Dankwoord **20**

Bijlage 1 – Procesmanagementprotocol **21**

Bijlage 2 – Uitnodiging patiënten **24**

Bijlage 3 – Diabetesconsult **25**

Bijlage 4 – Vragenlijst zorgverlener **27**

Bijlage 5 – ICF **30**

Bijlage 6 – Infofiche praktijk **36**

Referenties **37**

Abstract

Titel: Naar een betere diabeteszorg: ontwikkeling en implementatie van een procesmanagementprotocol in de huisartsenpraktijk met behulp van de diabetesbarometer.
HAIO: Dr. Fien Degryse
Promotor: Prof. Dr. Vaes Bert
Contact: fien.degryse@student.kuleuven.be

Context

In deze thesis wordt een procesmanagementprotocol voor de opvolging van diabetes type 2 ontwikkeld en geïmplementeerd in de huisartsenpraktijk. Door de toepassing van het protocol worden de patiënten geïdentificeerd, opgeroepen en consequent opgevolgd volgens eenzelfde methode. Op deze manier hopen we de preventieve en pro-actieve diabeteszorg te optimaliseren en zo complicaties te helpen voorkomen. Er wordt ook gekeken naar de samenwerking tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts in deze geprotocolleerde zorg.

Onderzoeksvragen

1. Welke drempels ervaren artsen om preventieve en proactieve opvolging van patiënten met diabetes type II te implementeren en welke ondersteuning hebben ze hierbij nodig?
2. Wie speelt een rol in het bepalen van de doelen, het selectie- en uitnodigingsproces?
3. Hoe bruikbaar en toepasbaar is het ontworpen procesmanagementprotocol, waarbij het bestaande diabetesconsultprotocol als interventie gekoppeld wordt aan de diabetesbarometer, binnen de proactieve opvolging van patiënten met diabetes type II?
4. Hoe kunnen huisartsen a.d.h.v. de diabetesbarometer evalueren of het gevolgde protocol een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg?

Methoden

In de deelnemende praktijk werden twee overlegmomenten georganiseerd. Deze gaven antwoord op de eerste twee onderzoeksvragen en vormden mee het procesmanagementprotocol. Het protocol werd geïmplementeerd in de praktijk, de bruikbaarheid en toepasbaarheid werd beoordeeld m.b.v. een vragenlijst. De impact op de procesindicatoren van de Diabetesbarometer werd nagegaan d.m.v. een Chi-kwadraat test.

Resultaten

Preventie en proactieve zorg wordt als erg belangrijk ervaren in de praktijk. Huidige drempels om dit te implementeren zijn een tekort aan tijd, een taalbarrière, onvoldoende kennis over preventieve maatregelen en consultatiemoeheid bij de patiënten. Als noden worden de praktijkverpleegkundige en een duidelijk protocol als handleiding benoemd.

Het opgestelde protocol heeft duidelijke instructies (75% (n=6) eens, 25% (n=2) helemaal eens) en is eenvoudig te implementeren (62,5% (n=5) eens, 25% (n=2) helemaal eens). Als verbeterpunt werd benoemd dat de uitnodiging van patiënten onpersoonlijk was. De praktijk gaat verder werken met dit protocol (100% (n=8) ja).

Er werden 332 patiënten geïdentificeerd met diabetes type 2 en een vernieuwd GMD in de laatste twee jaar. Hiervan hadden 119 patiënten een mailadres waarnaar de uitnodiging voor het diabetesconsult werd gestuurd. Zeventien patiënten (14,3%) kwamen hiervan op consult. De resultaten van de barometer werden in mei en november 2025 opgehaald. Er is een significantie

stijging in het aantal metingen van de buikomtrek (5% (mei 2025) vs. 10% (november 2025), p=0,008), voetonderzoeken (1% (mei 2025) vs. 4% (november 2025), p=0,011) en het percentage patiënten waar alle indicatoren waren ingevuld (0% (mei 2025) vs. 1% (november 2025), p=0,045).

Conclusie

Deze studie heeft de noden geïdentificeerd om de preventieve en proactieve diabeteszorg te implementeren in de praktijk a.d.h.v. de ontwikkeling van een procesmanagementprotocol. Het protocol is makkelijk te gebruiken en biedt houvast doorheen het hele proces. Dankzij de diabetesbarometer kan de impact van dit protocol blijvend beoordeeld worden op praktijkniveau.

Inleiding

Toegenomen zorgnood

In België waren er in 2021 12.691 huisartsen actief aan de slag, wat overeenkwam met 12.775 voltijdse equivalenten (VTE) (1). Ten opzichte van 2011 was het aantal huisartsen met 10% gestegen, terwijl het aantal VTE's maar steeg met 8% (1). In 2023 waren er 14.286 actieve huisartsen (8,35 per 10.000 inwoners), of 9.615 VTE's. In Vlaanderen zijn 5.597 voltijdse huisartsen aan de slag (2). Het aantal actieve huisartsen neemt dus toe, hoewel het aantal VTE's daalt. Dit bedroeg 10.45 per 10.000 inwoners in 2016 en zal naar schatting dalen tot 8.25 per 10.000 inwoners in 2036 (3).

Ook het aantal actieve vrouwelijke huisartsen nam in de periode van 2011-2021 fors toe, namelijk met 62% in 2011 tot 47% in 2021 (1). Deze stijging is met name te zien in de leeftijdscategorie 30-34 jaar (1). De feminisering van het huisartsenberoep heeft een indirecte impact op het totale aantal VTE's, aangezien vrouwelijke artsen, met name zij die kinderen hebben, significant vaker deeltijds werken. Uit gegevens blijkt dat in 27% van de heteroseksuele tweeverdienersgezinnen de vrouw deeltijds actief is op de arbeidsmarkt (4).

Gemiddeld wordt één oudere generatie huisarts vervangen door 1,5 tot 2 jongere generatie huisartsen om tot dezelfde prestaties te komen (5). Dit staat in schril contrast tegenover de toenemende zorgnood. Er is sprake van vergrijzing met de daarmee gepaarde toename van chronische (en vaak complexe) zorg (3, 5).

De toegenomen zorgnood en de daling in het aantal voltijdse huisartsen, kunnen een invloed uitoefen op de kwaliteit van de geleverde chronische zorg. Dit kan op lange termijn zorgen voor meer complicaties, wat weer leidt tot een extra belasting op de gezondheidszorg (3).

Het belang van preventieve zorg en het potentieel van een individuele aanpak binnen de eerstelijnszorg

Preventie verwijst naar het nemen van maatregelen voorafgaand aan het ontstaan van problemen, met als doel deze in de toekomst te voorkomen (6). Binnen de context van de gezondheidszorg wordt preventie gedefinieerd als "het geheel van maatregelen en acties die gericht zijn op het bevorderen, beschermen of behouden van de gezondheid" (Vlaams Preventiedecreet).

Er wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen drie niveaus van preventie (6):

- Primaire preventie heeft als doel het voorkomen dat mensen ziek worden of een bepaalde aandoening ontwikkelen. Bv.: griepvaccinatie, voorlichting over gezond eten, voldoende beweging, stoppen met roken, …
- Secundaire preventie richt zich op het vroegtijdig opsporen van ziekten of aandoeningen, met als doel ernstige gezondheidsproblemen te voorkomen. Bv.: kankerscreening, bloeddrukmeting, cholesterolmeting, …
- Tertiaire preventie beoogt het voorkomen van herval, complicaties of verdere verslechtering van een reeds bestaande aandoening. Bv.: voorkomen van complicaties bij diabetes, voorkomen van exacerbaties bij COPD, revalidatieprogramma's, …

Preventieve zorg speelt een cruciale rol in het verbeteren van de volksgezondheid en het verminderen van de ziektelast. In België blijft de deelname aan georganiseerde preventieve initiatieven echter relatief laag. Hoewel brede sensibilisatiecampagnes een aanzienlijk deel van de doelgroep bereiken, blijkt dat ze niet voldoende effect sorteren om een significante stijging in participatiecijfers te realiseren. De Eerstelijnszone Kemp en Duin rapporteerde dat 65,2% van de

vrouwen zich laten screenen op borstkanker en 54,2% van de mannen en vrouwen op darmkanker (7). Deze percentages zijn de afgelopen jaren opmerkelijk stabiel gebleven, ondanks herhaalde inspanningen via algemene preventiecampagnes. Ze tonen aan dat die preventiecampagnes niet voldoende zijn. We verwachten dat persoonlijke motivatie beter gaat werken. Door preventieve zorg te integreren in de bestaande zorgrelaties, met name binnen de huisartsenpraktijk, kan men inspelen op de individuele noden en motivaties van patiënten. Deze context biedt een unieke gelegenheid om preventieve maatregelen, zoals kankerscreening, maar ook interventies in het kader van chronische aandoeningen zoals COPD of diabetes, doelgerichter te promoten. Een dergelijke persoonsgerichte aanpak zou de effectiviteit van preventiebeleid aanzienlijk kunnen verhogen.

Het belang van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk

Uit nog niet gepubliceerde cijfers van de huisartsenbarometer komt naar voor dat in 43,7% tot 58,2% van de Vlaamse huisartsenpraktijken een administratief medewerker aan de slag is. Een praktijkverpleegkundige is aanwezig in 11,6% tot 25,2% van de Vlaamse huisartsenpraktijken. Voor beiden geldt dat dit percentage het hoogste is in de provincie Limburg (bron: ongepubliceerde resultaten van de huisartsenbarometer).

Volgens een studie van de Universiteit van Antwerpen kunnen Vlaamse huisartsenpraktijken de zorg voor chronische aandoeningen en preventieve zorg effectiever organiseren wanneer zij ondersteund worden door een verpleegkundige (8).

Chronische en preventieve zorg vereisen een proactieve benadering, aangezien patiënten niet geneigd zijn om een arts te benaderen wanneer ze geen symptomen vertonen. Een praktijkverpleegkundige kan hier bijgevolg een cruciale rol spelen door, bijvoorbeeld, actief patiënten te benaderen en afspraken voor controleconsultaties in te plannen. Daarnaast hebben verpleegkundigen, in vergelijking met de huisarts, vaak meer tijd om patiënten aanvullende uitleg te geven over hun aandoening.

Uit een wetenschappelijk onderzoek van de onderzoeksgroep Gezondheid en Zorg blijkt dat huisartsenpraktijken die samenwerken met verpleegkundigen, deze samenwerking over het algemeen als positief ervaren (9). In het bijzonder is vastgesteld dat vier op de vijf huisartsenpraktijken die een verpleegkundige in dienst hebben, overtuigd zijn van de meerwaarde van deze samenwerking. Daarnaast is er een duidelijke stijgende trend waar te nemen in de inzet van verpleegkundigen binnen huisartsenpraktijken (bron: ongepubliceerde resultaten van de huisartsenbarometer).

Bovendien bestaat er nu de mogelijkheid voor verpleegkundigen om een postgraduaat in de huisartsenpraktijk te volgen. Deze opleiding is specifiek ontworpen om verpleegkundigen voor te bereiden op hun rol binnen de huisartsenpraktijk, wat hun inzetbaarheid in dit werkveld sterk kan vergroten.

Om een goede kwaliteit van zorg te waarborgen, is er nood aan een duidelijke taakdelegatie binnen de huisartsenpraktijk (10). Een praktijkverpleegkundige (PV) kan hierbij een belangrijke rol spelen (3). Een PV kan namelijk op verschillende manieren ingezet worden: binnen preventieve zorg, de opvolging van chronische patiënten, of het uitvoeren van technische handelingen (ECG afnemen, bloedafnames, wondzorg, ...) (11). Het takenpakket van een PV kan bijgevolg aangepast worden aan de nood van de huisartsenpraktijk

In Nederland is praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk al veel meer ingeburgerd (12, 13). Hier speelt praktijkondersteuning een centrale rol in het leveren van eerstelijnszorg. Praktijkondersteuners Huisartsenzorg (POH's) en praktijkverpleegkundigen dragen de primaire verantwoordelijkheid voor de begeleiding en monitoring van patiënten met chronische

aandoeningen, zoals diabetes mellitus, astma en COPD. Zij werken volgens vastgestelde protocollen en richtlijnen, wat bijdraagt aan de standaardisering en kwaliteit van zorg.

Naast deze functies kunnen ook nurse practitioners (verpleegkundig specialisten) en physician assistants actief zijn binnen sommige praktijken. De verpleegkundig specialist combineert verpleegkundige expertise met medische taken en kan zelfstandig patiënten behandelen binnen een afgebakend zorggebied. De physician assistant is opgeleid op masterniveau en voert medische handelingen uit onder supervisie van een arts. Beide rollen ondersteunen de huisarts bij het verlenen van complexe zorg, met behoud van kwaliteit en continuïteit (12, 13).

De kracht van praktijkverpleegkundigen en POH's ligt in hun gestructureerde aanpak binnen chronische zorgprogramma's, waarmee zij bijdragen aan efficiënte en toegankelijke huisartsenzorg.

Deze thesis maakt deel uit van een overkoepelend werk rond preventieve zorg uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige. In deze thesis wordt specifiek gefocust op de ontwikkeling en implementatie van een procesmanagementprotocol voor de opvolging van diabetes type 2. In de thesis van mijn collega (Salina Coenen) wordt de implementatie van een algemeen preventief consult behandeld.

Diabetes

Diabetes Mellitus type 2 (DM II) is een wereldwijd toenemend probleem. In 2014 leed 8,5% van de volwassen bevolking aan de ziekte, dit komt overeen met 422 miljoen mensen (14, 15). In 2021 is dit gestegen naar 10,5% van de volwassen bevolking en er wordt verwacht dat dit nog verder door stijgt naar 12,5% tegen 2045 (16). Meer dan 90% van alle patiënten met diabetes hebben de diagnose van diabetes type 2 (15, 16).

In België zijn geen recente cijfers over het aantal personen met diabetes, maar sciensano heeft de prevalentie van diabetes bij 15-plussers geschat op 6,33% in 2014 (15).

Diabetes type 2 is een ziekte waarbij de glucosespiegel te hoog is in het bloed (nuchtere glycemie ≥126 mg/dl, niet nuchtere glycemie of na orale glucose tolerantie test ≥200 mg/dl of HbA1c ≥6,5%) (17). Indien deze hyperglycemie niet voldoende gereguleerd wordt, is er risico op het ontwikkelen van complicaties. Deze zijn onder andere: cardiovasculaire aandoeningen, neuropathie, nefropathie, retinopathie en een verhoogd infectierisico (18, 19). Het is van belang dat patiënten met diabetes type 2 regelmatig opgevolgd worden om deze complicaties zo lang mogelijk te voorkomen en hiervoor zijn richtlijnen ontwikkeld. Deze richtlijnen zijn erg patiëntgericht, waarbij naast voorlichting ook educatie cruciaal is. Op deze manier wordt de patiënt sterk betrokken in de beleidsvoering en is het de bedoeling dat hij/zij op de hoogte is van de eigen verantwoordelijkheid en impact op het verloop van de ziekte (17, 20-22). Dit is gebaseerd op het 'Chronic Care Model' (CCM) volgens Wagner. Het doel van CCM is dus een goede, patiëntgerichte opvolging, die resulteert in minder complicaties en zo de maatschappij ook minder financieel belast (23, 24).

In het kader van deze opvolging werd eerder al de diabetesbarometer ontwikkeld. Het doel van deze tool is de eerstelijnszorg omtrent diabetes verbeteren. Dankzij de 'AUDIT & FEEDBACK' functie is de huisarts in staat te zien in welke mate de diabetespatiënten opgevolgd worden in de praktijk. Aan de hand van deze feedback kan de huisarts patiënten uitnodigen om bijvoorbeeld een HbA1c controle of voetonderzoek uit te voeren (25).

Momenteel – dankzij de diabetesbarometer – is het duidelijk dat niet iedere diabetespatiënt alle controles en preventieve onderzoeken doorloopt. Een praktijkverpleegkundige kan instaan om deze preventieve en proactieve zorg te leveren om zo complicaties van een slecht gereguleerde DM II mee te helpen voorkomen (26).

Met behulp van een procesmanagementprotocol kunnen specifieke subgroepen van patiënten geselecteerd worden uit een volledige patiëntenpopulatie. Indien dit toegepast wordt op de patiëntenpopulatie met DM II, kunnen patiënten - al dan niet met een suboptimale opvolging - uitgenodigd worden voor een diabetesconsult, om zo de reguliere diabeteszorg te optimaliseren.

Het te ontwerpen procesmanagementprotocol zal een leidraad bieden voor het selectie- en uitnodigingsproces. Er is reeds een protocol voor het diabetesconsult ontwikkeld, gebaseerd op het Nederlandse model (21, 27). Dit is een protocol om de reguliere diabeteszorg beter te structureren.

Er wordt gekeken naar de verschillende aspecten van deze proactieve aanpak:

- Bepaling van de doelgroep:
    - Hoe kan de huisarts binnen de volledige patiëntenpopulatie van de praktijk een doelgroep bepalen a.d.h.v. de diabetesbarometer?
- Selectie van de doelgroep:
    - Hoe worden patiënten geselecteerd uit de volledige patiëntenpopulatie van de huisarts en wat is de plaats van de barometer hierin?
- Uitnodiging van de doelgroep voor een diabetesconsult:
    - Hoe worden patiënten uitgenodigd?
    - Wie in de praktijk is verantwoordelijk voor het uitnodigen van deze patiëntenpopulatie?
    - Via welke communicatiekanalen worden patiënten uitgenodigd?
    - Wat is de inhoud van deze uitnodiging?
- Opvolging van de doelgroep:
    - Hoe kunnen diabetespatiënten na een diabetesconsult blijvend opgevolgd worden?
- Evaluatieproces:
    - Hoe kan de huisarts meten of de diabetesconsulten een impact hebben op de kwaliteit van de zorg?

Concrete vraagstelling

1. Welke drempels ervaren artsen om preventieve en proactieve opvolging van patiënten met diabetes type II te implementeren en welke ondersteuning hebben ze hierbij nodig?
2. Wie speelt een rol in het bepalen van de doelen, het selectie- en uitnodigingsproces?
3. Hoe bruikbaar en toepasbaar is het ontworpen procesmanagementprotocol, waarbij het bestaande diabetesconsultprotocol als interventie gekoppeld wordt aan de diabetesbarometer, binnen de proactieve opvolging van patiënten met diabetes type II?
4. Hoe kunnen huisartsen a.d.h.v. de diabetesbarometer evalueren of het gevolgde protocol een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg?

Methoden

Ethisch comité

Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie UZ/KU Leuven (S69968).

Design

Deze masterthesis betreft een praktijkverbeterend project (implementatie studie), geen impactstudie.

Er werden twee overlegmomenten georganiseerd in de deelnemende praktijk. Hier namen de 5 vaste huisartsen, de praktijkverpleegkundige en de 2 huisartsen-in-opleiding aan deel. Deze praktijk maakt reeds gebruik van de diabetesbarometer:

- Eén om de noden en behoeften te achterhalen binnen de opvolging van patiënten met diabetes type II en hierbinnen de rol van de praktijkverpleegkundige te identificeren, waarop vervolgens het protocol werd afgestemd.
    - Hier kwamen volgende vragen aan bod:
        - Hoe staan artsen tegenover preventieve zorg binnen de diabetes type II populatie?
        - Welke drempels ondervinden artsen om deze preventieve zorg te implementeren?
        - Wat zijn de noden om preventieve diabeteszorg te (kunnen) voorzien?
- Eén 6 maanden na het eerste overlegmoment, ter evaluatie van het protocol
    - Hier kwamen volgende vragen aan bod:
        - Is het protocol duidelijk?
        - Beantwoordt het aan de noden en behoeften?
        - Maakt het de opvolging van deze patiëntenpopulatie makkelijker?
        - Hoe reageren patiënten op het protocol?

Deze overlegmomenten werden geleid door de huisarts-in-opleiding, voor wie dit een nieuwe methode was. De vragen die aan bod zullen komen tijdens deze overlegmomenten (cfr. hierboven) zijn op voorhand gesuperviseerd.

Daarnaast werd een procesmanagementprotocol *(Bijlage 1)* opgesteld voor de selectie en opvolging van patiënten met diabetes type II, volgens volgende stappen:

- Bepaling van de doelgroep en doelen stellen
    - De doelgroep bestaat uit patiënten met diabetes type 2. Het doel van dit project is om patiënten alle reguliere controles, zoals vermeld in het diabetesprotocol, te laten doorlopen.
- Patiëntenselectie d.m.v. de barometer
    - Inclusieriteria: patiënten met diabetes type 2 en een geldig globaal medisch dossier (GMD) binnen de praktijk.
    - Exclusiecriteria: patiënten die jonger zijn dan 40 jaar.
        - Deze in- en exclusiecriteria zijn bepaald i.k.v. de follow-up, waarin gekeken wordt naar het percentage patiënten met diabetes dat in het afgelopen jaar een voetonderzoek onderging.
- Uitnodigen van de patiënten *(Bijlage 2)*
- Uitvoeren van het diabetesconsult *(Bijlage 3)* (27)
- Opvolging van de patiënten

De evaluatie van dit managementprotocol gebeurde a.d.h.v. een vragenlijst voor de praktijkverpleegkundige en de huisartsen *(Bijlage 4).* Deze werd zelf ontwikkeld door de huisarts-in-opleiding en is op voorhand gesuperviseerd.

De impact op de procesindicatoren werd gemeten m.b.v. de diabetesbarometer.

Studiepopulatie

De studiepopulatie bestond uit de huisartsen en de praktijkverpleegkundige van een prestatiegerichte groepspraktijk in Hasselt, die:

- Deelnamen aan de overlegmomenten
- Gebruik maakten van het procesmanagementprotocol

- De vragenlijst invulden ter evaluatie van het procesmanagementprotocol

Uitkomstmaten

De twee overlegmomenten met de huisartsen (in opleiding) en praktijkverpleegkundige gaven inzichten in de drempels en noden om een preventieve diabeteszorg te implementeren. Dit beantwoordde de eerste onderzoeksvraag. Tijdens deze overlegmomenten kwam ook aan bod hoe huisartsen en praktijkverpleegkundigen staan t.o.v. de uitrol van deze proactieve rol en wie welke verantwoordelijkheden op zich kan nemen. Dit beantwoordde de tweede onderzoeksvraag.

De evaluatie (bruikbaarheid en toepasbaarheid) van het opgestelde protocol gebeurde a.d.h.v. de vragenlijst voor zowel de artsen als de praktijkverpleegkundige. Deze resultaten werden geanalyseerd worden d.m.v. beschrijvende statistiek (aantallen en percentages).

De impact op de procesindicatoren van de barometer kende op twee tijdstippen een meetmoment: op 28/05/2025 en 28/11/2025. Deze data zijn gebaseerd op de opvraging van de diabetesbarometer. Op 31/07/2025 werd het protocol geïmplementeerd in de praktijk. Op deze manier kon gekeken worden naar het percentage diabetespatiënten dat bv. een HbA1c bepaling of voetonderzoek hebben gehad. Absolute aantallen werden bekomen o.b.v. de queries volgens de diabetes barometer.

Gegevensverzameling

De zorgverleners werden persoonlijk, via mail en via informatiebrieven *(Bijlage 5)* gevraagd om deel te nemen aan de studie. Deze communicatie werd verricht door de huisarts-in-opleiding.
De informatie uit de overlegmomenten werd genoteerd, maar niet wetenschappelijk verwerkt. De antwoorden op de vragen werden beschreven in de resultatensectie.

Bij de implementatie van het procesmanagementprotocol *(Bijlage 1)* werden patiënten uitgenodigd *(Bijlage 2)* om op reguliere controle te komen in het kader van hun diabetes. Hier werd het protocol van het diabetesconsult *(Bijlage 3)* gevolgd.

Voor de implementatie van het procesmanagementprotocol werd een nulmeting uitgevoerd met de diabetesbarometer. Zes maanden na de implementatie van het protocol werden de gegevens van de barometer opnieuw opgehaald. Significante verschillen werden nagegaan d.m.v. een Chi-kwadraat test. Een p-waarde van < 0.05 werd als significant beschouwd.
De vragenlijsten voor de huisartsen en de praktijkverpleegkundige, ter evaluatie van het protocol werden ook na 6 maanden afgenomen *(Bijlage 4).*

Resultaten

Overlegmomenten

Het eerste overlegmoment vond plaats op 03/06/2025. Hieruit blijkt dat preventieve opvolging van diabetespatiënten essentieel gevonden wordt. Het belang van het zorgtraject wordt hier ook aangehaald. De betere opvolging van deze patiëntenpopulatie resulteerde reeds in minder amputaties. Hiernaast kunnen er nog verscheidene bijkomende voordelen volgen, zoals een daling in het voorkomen van perifere arteriële aantasting en cardiale of nefrologische complicaties.

Taalbarrières en culturele verschillen worden meermaals aangehaald als drempels om preventieve en proactieve opvolging aan te bieden. Het belang van deze preventieve maatregelen benadrukken is moeilijker wanneer er geen communicatie mogelijk is in de moedertaal van de patiënt. Verder komt ook tijdsnood aan bod. Tijdens een consult gaat meer tijd naar de bloedafname en de administratieve verwerking hiervan, dan naar het bespreken van de inhoudelijke zaken. Vaak bellen patiënten voor hun resultaten tijdens een belmoment van de arts, waardoor preventie opnieuw naar de achtergrond schuift wegens de andere patiënten die in wacht staan.

Een ander punt dat benoemd wordt, is de kennis over de preventieve maatregelen. Nu wordt er vaak genoteerd: ‘voedings- en bewegingsadvies gegeven’, terwijl dit niet eenduidig is. Hierbij wordt vaak niet beoordeeld of de patiënten het advies hebben begrepen, noch of ze de intentie hebben om dit advies toe te passen.

Als laatste drempel wordt ook de consultatiemoeheid van de patiënten aangehaald. Zij zouden iedere 3 maanden op controle moeten komen en daar komen nog jaarlijkse consulten bij de oftalmoloog, podoloog, tandarts etc. bij. Veel patiënten hebben naast diabetes ook andere diagnoses waarvoor (specialistische) opvolging nodig is. Vaak worden preventieve consulten als eerste overgeslagen, aangezien de patiënt hier geen (nog) klachten ervaart.

De praktijkverpleegkundige wordt unaniem benoemd als nodige ondersteuning voor de preventieve opvolging van patiënten met diabetes. Deze is in staat en heeft de tijd om de patiëntenselectie en uitnodiging op zich te nemen. De huisartsenpraktijk heeft al eerder een studie uitgevoerd waarbij patiënten werden uitgenodigd, waardoor de praktijkverpleegkundige hier reeds vertrouwd mee is. Ook het uitvoeren van deze uitgebreidere consulten past goed in de agenda van de verpleegkundige, met name in de namiddag, aangezien de voormiddag reeds opgevuld wordt door nuchtere bloedafnames.

Het voorgestelde protocol wordt ook als helpend gezien, daar het een goede houvast biedt zodat er minder onderwerpen en onderzoeken vergeten worden. Ook de jaarlijkse verwijzingen springen beter in het oog, waardoor dit ook beter opgevolgd kan worden.

Het tweede overlegmoment vond plaats op 06/02/2026. Hierin werd overlopen hoe het procesmanagementprotocol was aangepast n.a.v. het eerste overlegmoment. Verder kwam aan bod hoe de verpleegkundige het werken met dit protocol ervaren had. Het uitvoeren van de search en het uitnodigen van de patiënten hadden wat tijd gekost, ongeveer een 2-tal uren. Er was hier gekozen om enkel patiënten via mail uit te nodigen in eerste instantie, om zo de belasting op de agenda van de verpleegkundige te evalueren en zo mogelijk verder uit te bouwen.

Een diabetesconsult duurt gemiddeld 30 minuten bij de verpleegkundige. Zij ervaart dit als voldoende tijd om een volledige anamnese en klinisch onderzoek uit te voeren. Het protocol van het diabetesconsult is gebruiksvriendelijk. Positieve reacties van patiënten kwamen ook aan bod. Zij

ervaren dit consult als meer dan alleen een 'suikercontrole'. Er wordt naar de volledige persoon gekeken en dat wordt geapprecieerd.

Als laatste werd hier ook al kort gekeken naar de resultaten van de barometer. De groep ervaarde het als bemoedigend om zo snel (en op kleine schaal) al resultaten te kunnen zien en dit motiveert om het protocol vast uit te rollen in de praktijk.

Resultaten vragenlijst protocol

De vragenlijst werd ingevuld door één verpleegkundige en zeven huisartsen.

Twee respondenten (25%) gaven aan heel bekend te zijn met het protocol. Vijf respondenten (62,5%) duidden aan bekend te zijn met het protocol, terwijl één respondent (12,5%) een neutrale bekendheid aangaf.

De instructies voor het uitnodigen van patiënten werden door alle respondenten als duidelijk tot heel duidelijk beoordeeld (respectievelijk n=6 (75%) en n=2 (25%)). Daarnaast werd het protocol als voldoende gedetailleerd beschouwd met betrekking tot de uitnodiging van patiënten (eens en helemaal eens: telkens n=4 (50%)).

Enkele aspecten werden geïdentificeerd als voor verbetering vatbaar. Zo werd de uitnodiging van patiënten door één respondent als onpersoonlijk ervaren. Daarnaast werden de voedingsadviezen binnen het diabetesconsult als onvoldoende concreet omschreven.

Wat betreft de uitvoerbaarheid gaf het merendeel van de respondenten aan dat het protocol eenvoudig te implementeren is (eens: n=5 (62,5%), helemaal eens: n=2 (25%)). Eén respondent (12,5%) gaf een neutrale beoordeling.

Met betrekking tot de tijdsinvestering gaf 62,5% (n=5) van de respondenten aan dat het protocol niet als tijdrovend wordt ervaren, terwijl 37,5% (n=3) dit wel zo ervaart.

Verder werd de patiënttevredenheid overwegend positief ingeschat. Volgens zeven respondenten leek de patiënt tevreden over de uitnodiging (eens: n=6 (75%), helemaal eens: n=1 (12,5%), neutraal: n=1 (12,5%)). Ook de communicatie tijdens het consult werd positief beoordeeld (eens en helemaal eens: telkens n=4 (50%)).

Alle respondenten waren het erover eens dat het protocol de juiste patiënten selecteert (eens: zes respondenten (75%), helemaal eens: twee respondenten (25%)).

Daarnaast gaven alle respondenten (100%, n=8) aan dat de praktijk verder zal werken met dit protocol.

Tot slot werden enkele algemene suggesties ter verbetering geformuleerd. De onpersoonlijkheid van de uitnodiging werd opnieuw aangehaald. Daarnaast bestaat er onduidelijkheid over de momenten waarop de verpleegkundige dient te overleggen met de arts bij het vaststellen van problemen. Als laatste werd benoemd dat de pulsaties en het rijbewijs momenteel niet zijn opgenomen in het diabetesconsult.

Resultaten barometer

De zoekopdracht in CareConnect met volgende audit: '40-plus met diabetes en GMD vernieuwd/afgesloten in de laatste 2 jaar' leverde 332 patiënten op als resultaat. Hiervan hadden 119 patiënten (35,8%) een mailadres in hun dossier waarop zij de uitnodiging ontvingen. 17 patiënten (14,3%) kwam naar de praktijk voor een diabetesconsult.

De resultaten van de diabetesbarometer werden opgevraagd op respectievelijk 28/05/2025 en 28/11/2025. *Tabel 1* toont de absolute aantallen, percentages en de bijhorende p-waarde.

Tabel 1: Resultaten Diabetesbarometer, uitgedrukt in percentages en absolute aantallen per indicator

Indicator	*05/25*		*11/25*		*P-waarde*
	Absolute aantal	Percentage	Absolute aantal	Percentage	
Prevalentie	367	6,5%	367	6,5%	
Verhoogde terugbetaling	872	19,8%	895	20,3%	
HbA1c	315	86%	312	85%	0.754
eGFR	330	90%	319	87%	0.204
Albumine/creatinine ratio	117	32%	106	29%	0.377
Bloeddruk	209	57%	231	63%	0.097
BMI	128	35%	128	35%	1.000
Buikomtrek	18	5%	37	10%	*0.008*
LDL-cholesterol	297	81%	286	78%	0.315
Rookstatus	150	41%	147	40%	0.822
Influenzavaccinatie	195	53%	179	48%	0.161
Voetonderzoek	4	1%	15	4%	*0.011*
Alle indicatoren	0	0%	4	1%	*0.045*

Discussie

Dit kwaliteitsverbeterend project ontwikkelde een procesmanagementprotocol voor de opvolging van patiënten met diabetes mellitus type 2 binnen de huisartsenpraktijk. In dit protocol staat de gezamenlijke opvolging door de huisarts en de praktijkverpleegkundige centraal. Dit om de preventieve en proactieve diabeteszorg te optimaliseren en zo complicaties te voorkomen. De resultaten tonen aan dat er veel waarde gehecht wordt aan deze structurele opvolging en dat het opgestelde protocol goede handvatten aanreikt om dit te bewerkstelligen in de praktijk. Een goede samenwerking tussen de huisarts, praktijkverpleegkundige en patiënt staat hierin centraal om deze nieuwe manier van opvolging volledig uit te rollen binnen de praktijk.

De resultaten tonen dat de praktijk deze preventieve en proactieve zorg belangrijk vindt, maar handvaten mist om dit systematisch uit te voeren. Het opgestelde protocol is duidelijk en makkelijk uit te voeren. De patiënten lijken tevreden met deze manier van werken en de zorgverleners hebben een houvast voor de opvolging van deze populatie.

De resultaten van de barometer tonen een significante stijging bij de meting van de buikomtrek en het voetonderzoek. Er is ook een significante toename bij het aantal patiënten waarbij alle indicatoren ingevuld zijn (0 patiënten in 05/2025 versus 4 patiënten in 11/2025). Een reden dat dit maar bij vier patiënten volledig in orde is, kan gevonden worden in de vaccinatiestatus. De influenzavaccinatie werd in de praktijk georganiseerd vanaf de tweede helft in november 2025.

Rol van de huisarts en het belang van gestructureerde opvolging

Belangrijk is de actieve betrokkenheid van de huisarts. Tijdens reguliere consultaties dienen artsen expliciet het belang van preventie te benadrukken en patiënten te motiveren om deel te nemen aan preventieve trajecten. De huisarts behoudt voor veel patiënten een centrale en gezaghebbende rol als zorgverlener. Preventie mag dan ook niet worden gepositioneerd als een optioneel of bijkomstig aanbod, maar als een integraal onderdeel van kwalitatieve eerstelijnszorg.

De implementatie van preventieve consultaties vraagt om een proactieve benadering. Patiënten dienen actief ingepland te worden bij de praktijkverpleegkundige, waarbij de opvolging volgens een duidelijk schema wordt georganiseerd. Deze opvolging mag niet uitsluitend afhankelijk zijn van de initiatiefname van de patiënt. Zowel de huisarts als de praktijkverpleegkundige dragen verantwoordelijkheid in het systematisch oproepen, herinneren en opvolgen van patiënten binnen preventieve trajecten. Uit literatuur blijkt dat gestructureerde herinnerings- en oproepsystemen de uitvoering van preventieve zorg significant verhogen (28, 29).

Daarnaast dient erkend te worden dat een preventief consult bij de praktijkverpleegkundige aanzienlijk meer tijd vergt dan een standaard consult waarin voornamelijk een technische handeling wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een vaccinatie of bloedafname). Preventieve zorg omvat uitgebreide anamnese, leefstijlbespreking, risicostratificatie, educatie en motiverende gespreksvoering. Dit tijdsaspect heeft implicaties voor praktijkorganisatie, personeelsinzet en financiering.

Het diabetesconsult duurt gemiddeld 30 minuten. In de meeste praktijken wordt een consultatieduur van 15 of 20 minuten gehanteerd. Dit resulteert in een onvolledige opvolging van de patiënten met diabetes, gezien er onvoldoende tijd is om alle elementen van de anamnese en het klinisch onderzoek te volbrengen. De agenda van de verpleegkundige is hierin flexibeler, waardoor een gedeelde opvolging ook tijdswinst betekent voor de arts. In de praktijk werd uiteindelijk gekozen voor een ‘om-en-om’ opvolging. Dit houdt in dat patiënten 2 keer per jaar bij de arts komen en de overige 2 controles bij de verpleegkundige plaatsvinden. De patiënt wordt bij ieder consult omtrent de diabetes opvolging op de hoogte gebracht bij wie het volgende consult moet plaatsvinden.

Literatuur toont dat het inschakelen van een praktijkverpleegkundige zorgt voor een betere opvolging van deze patiëntenpopulatie (26, 30).

Financiering praktijkverpleegkundige

In België zijn er momenteel drie financieringsmodellen voor de huisartsenpraktijk: prestatiegericht, forfaitair en de New Deal (26, 31-33).

In een prestatiegericht model wordt ieder consult apart betaald, het remgeld door patiënt en het resterende bedrag door het RIZIV (ongeveer 77% van de inkomsten). Er zijn ook gelden die komen voor het beheren van het GMD, maar ook de zorgtrajecten en de geïntegreerde praktijkpremie (ongeveer 17% van de inkomsten). Dit zijn forfaitaire vergoedingen per patiënt of voor de praktijk. In dit model is er momenteel geen wettelijk kader om een verpleegkundige te financieren, gezien er enkel consulten door artsen kunnen worden aangerekend. In de praktijk ziet men vaak dat bij een consult door de verpleegkundige geen remgeld gevraagd wordt aan de patiënt, maar dit wel wordt gefactureerd aan het RIZIV onder het nomenclatuurnummer van een consultatie door een arts. Vaak wordt er dan gewerkt met parallelle consultaties, gebaseerd op artikel 1, § 4bis van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (11, 34).

De verpleegkundige zou ook kunnen worden ingeschreven als administratief bediende, waardoor er beroep kan gedaan worden op de ‘Financiële ondersteuning voor huisartsen’ (34, 35).

In een forfaitair model ontvangt de praktijk per patiënt maandelijks een vast bedrag (forfait), ongeacht het aantal consultaties. De patiënt is gratis geabonneerd bij de praktijk en betaalt niets bij een bezoek. De praktijkverpleegkundige kan gefinancierd worden vanuit een verpleegkundig forfait (11).

De New Deal is een mix van de twee voorgaande modellen. Hierbij komt een deel van de inkomsten per verstrekking, maar is er ook een bijkomende forfaitaire en gewogen financiering per patiënt. Deze financiering staat boven op de gelden van het GMD. Verder blijven ook hier de premies (denk hierbij aan de praktijkpremie en zorgtrajecten) bestaan. Daarnaast biedt dit model ook nog een premie voor praktijkmanagement en een premie voor een praktijkverpleegkundige. Deze laatste premie legaliseert als enige de financiering van een praktijkverpleegkundige.

Responsgraad en bereiken van de patiënt

De relatief lage responsgraad vormt een belangrijke uitdaging. Mogelijke verklaringen zijn multifactorieel. Enerzijds kan er sprake zijn van 'preventie moeheid' of een lage urgentie beleving bij asymptomatische patiënten. Anderzijds spelen praktische factoren zoals manier van uitnodigen, tijdsgebrek, werkdruk en concurrerende prioriteiten een rol. In een context van toenemende maatschappelijke druk ervaren patiënten preventieve consultaties mogelijk als bijkomende belasting.

Een bijkomende uitdaging betreft het activeren van patiënten die niet spontaan opgevolgd wensen te worden. Hier lijkt de aansporing door de huisarts opnieuw essentieel. Wanneer preventieve opvolging expliciet wordt geïntegreerd in het reguliere zorgtraject en actief wordt aanbevolen tijdens consultaties, kan dit drempelverlagend werken. Toekomstige interventies zouden bijkomend kunnen inzetten op gepersonaliseerde uitnodigingen, digitale herinneringen en motiverende communicatie.

De Orde der Artsen heeft zich in het verleden al meermaals positief uitgesproken over het uitnodigen van patiënten voor een preventieve check-up. Een belangrijk punt hierin is dat het steeds gaat om patiënten waarbij de arts beheerder is van het GMD (36).

Het voorgaande jaar is er in de praktijk ook een ander project geweest rond de patiënten met diabetes type 2. Het gevolg is dat deze populatie op 2 jaar tijd twee keer een uitnodiging gehad heeft tot deelname aan een onderzoek. Het is dus ook mogelijk dat deze patiënten hierdoor minder gemotiveerd waren om zelf in te gaan op de uitnodiging.

Daarbij komt ook dat de uitnodiging erg zakelijk en volledig vrijblijvend was. Dit kan ook deels een verklaring zijn voor de lage respons rate. Een oplossing hiervoor is de bovengenoemde opvolging die gedeeld wordt tussen de huisarts en de verpleegkundige, waarbij de huisarts zelf actief consultaties in de juiste agenda zet en de patiënt hierover informeert. Daarnaast heeft de praktijk zelf ook een informatiefiche ontwikkeld o.b.v. de nodige opvolging die minder zakelijk is en makkelijk te verspreiden is via de website, mail, in de wachtzaal en in de kabinetten.

Rol van artificiële intelligentie in de toekomst

In de toekomst zou artificiële intelligentie (AI) meer een ondersteunende rol kunnen spelen op het vlak van preventieve zorg. AI-toepassingen in het elektronisch patiëntendossier zouden bijvoorbeeld kunnen helpen bij het structureren van de anamnese, waardoor het consult efficiënter kan verlopen. Ook risicostratificatie en identificatie van doelgroepen voor preventieve interventies kunnen ondersteund worden door data-analyse. Ook het uitnodigen van deze doelgroep zou in de toekomst waarschijnlijk ondersteund kunnen worden door AI. Dit kan de werklast van zowel huisartsen als praktijkverpleegkundigen verlichten en de systematiek van preventieve zorg versterken. Uiteraard mits aandacht voor ethische, juridische en kwaliteitsaspecten.

Mindshift nodig?

De implementatie van preventieve zorg door de praktijkverpleegkundige vraagt vaak een mindshift in de werking binnen de praktijk. Preventie moet evolueren van een ad-hocbenadering naar een structureel en proactief georganiseerd zorgaanbod. Dit impliceert een verschuiving van een voornamelijk curatief georiënteerd model naar een model waarin risicodetectie en gezondheidsbevordering evenwaardig zijn. Een dergelijke transitie gebeurt niet op korte termijn, maar vraagt tijd, opleiding, interne afstemming en duidelijke taakafspraken binnen het team.

Economisch voordeel van preventieve zorg

De literatuur toont aan dat goed georganiseerde preventie op populatieniveau kan leiden tot lagere zorgkosten op lange termijn, voornamelijk door het voorkomen of uitstellen van chronische aandoeningen en complicaties (37-39). Hoewel initiële investeringen in tijd en personeel noodzakelijk zijn, kan preventieve zorg bijdragen aan een daling van dure curatieve interventies, ziekenhuisopnames en polyfarmacie. Dit economische argument ondersteunt de verdere uitbouw van preventieve trajecten in de eerstelijnszorg.

Methodologische beperkingen

Deze studie kent verschillende beperkingen. Ten eerste werd de interventie slechts toegepast binnen één huisartsenpraktijk, waardoor de resultaten niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar andere praktijken of naar heel Vlaanderen. Praktijkgrootte, teamstructuur, patiëntenpopulatie en organisatorische cultuur kunnen sterk verschillen.

Daarnaast was de studieperiode relatief kort en de onderzoekspopulatie beperkt, waardoor het moeilijk is om significante effecten op harde klinische uitkomsten aan te tonen. Het opzet van deze studie was echter een kwaliteitsverbeterend project en binnen de praktijk heeft dit mooie resultaten opgeleverd.
Preventieve interventies vereisen doorgaans een langere follow-up om impact op morbiditeit, mortaliteit of kosten te kunnen evalueren.

Een laatste opmerking is dat het uitgewerkte protocol een algemeen protocol is. Dit impliceert dat iedere praktijk die dit wil implementeren op praktijkniveau moet kijken welke search wordt uitgevoerd, o.b.v. de resultaten van de barometer. Ook de uitnodiging van patiënten en de verdeling van de consulten bij de huisarts en verpleegkundige kan verschillen per praktijk en is afhankelijk van de capaciteiten van de praktijk. De huidige praktijk heeft bijvoorbeeld zelf nog een informatiefiche opgesteld om zo op een visuele manier patiënten te motiveren voor deze preventieve en proactieve opvolging (*Bijlage 6*). Deze informatiefiche toont ook de start van een duurzame werking met het protocol, waarin de diabetesconsulten om en om bij de huisarts en praktijkverpleegkundige georganiseerd worden.

Conclusie

Preventieve zorg is van groot belang, zeker bij patiënten met diabetes type 2. Het protocol is o.b.v. de noden en drempels van de praktijk opgesteld en biedt een houvast voor de preventieve en proactieve zorg van deze patiëntenpopulatie. In deze implementatiestudie zijn patiënten enkel via mail uitgenodigd en lag de verantwoordelijkheid dus bij de patiënt. Het is van belang dat artsen ook actief patiënten aansporen deel te nemen aan de diabetesconsultaties en hen actief inplannen bij de verpleegkundige. De volledige uitrol van deze nieuwe opvolging, afwisselend bij de arts en verpleegkundige, zal tijd in beslag nemen en vraagt een mindshift van zowel de artsen als patiënten. De opkomst van artificiële intelligentie kan in de toekomst ook helpen bij het identificeren van patiënten, maar ook bij de uitvoering van de consulten.

Desondanks de kleine groep patiënten die op diabetesconsult kwam, zijn er toch al significante verschillen zichtbaar bij de procesindicatoren van de diabetesbarometer. Het procesmanagementprotocol is binnen deze thesis getest in één praktijk. De bruikbaarheid en toepasbaarheid op grotere schaal moet verder onderzocht worden in andere praktijken.

Dankwoord

Grote dank aan mijn promotor Prof. Dr. Vaes Bert voor het enthousiasme, de begeleiding en de feedback tijdens het schrijven van deze thesis. Dank aan Dr. Apr. Van de Putte Marie voor de begeleiding gedurende de eerste 2 jaren van deze masterproef.

Dank aan praktijk Hygeia te Hasselt. De artsen en praktijkverpleegkundige hebben mijn project met groot enthousiasme ontvangen, ontwikkeld en uitgerold.

Dank aan Dr. Coenen Salina, het schrijven van de gemeenschappelijke delen en de onderlinge overlegmomenten waren van groot belang de afgelopen jaren.

Bijlage 1 – Procesmanagementprotocol

Dit protocol dient als handleiding om de patiëntenpopulatie met type 2 diabetes te identificeren, selecteren, uit te nodigen en op te volgen.

1. Bepaling doelgroep en doelen stellen
2. Kies een communicatiestrategie om patiënten te bereiken
3. Maak een lijst van de taken en verdeel binnen de praktijk
4. Monitor of er een impact is op indicatoren in de barometer
5. Informeer de patiënten via wachtzaal, website, …
6. Evalueer met het team het proces en het gevolgde protocol

Bepaling van de doelgroep en doelen stellen

Doelgroep
Volwassen patiënten met diabetes type 2. Bekijk in de praktijk of jullie alle patiënten met diabetes type 2 willen uitnodigen, of een subgroep hiervan (cfr. de barometer).
Doel
Een correcte opvolging van deze doelgroep volgens het diabetesconsult

Communicatiestrategie bepalen

Bespreek binnen de praktijk via welke weg u de patiënten zal bereiken:

- Mail
- Brief
- Telefonisch

Hierbij is het van belang dat gekozen optie(s) haalbaar zijn om uit te voeren in de praktijk en ook passen bij uw patiëntenpopulatie.
Het is mogelijk patiënten uit te nodigen via verschillende kanalen, om zo de communicatie af te stemmen op de patiënt.
Denk in deze stap ook aan hoe u eventuele nonresponders alsnog zal proberen bereiken.
Bijvoorbeeld, indien een patiënt niet reageert op een uitnodiging via mail, zal u deze bellen? Houd hierbij ook rekening met de capaciteiten binnen de praktijk.

Taakverdeling

In deze stap moet er binnen de praktijk bekeken worden wie welke taken op zich neemt.
Communicatie:

- Bekijk in deze stap wie de communicatie op zich neemt (bv. verpleegkundige, secretariaat, arts). Denk hierbij ook aan het motiveren van de nonresponders.

Uitvoering search in Careconnect: zie verder
Uitvoering consult

Nulmeting

Er wordt een nulmeting uitgevoerd vóór de uitnodiging van de doelgroep die in de vorige stap geselecteerd werd.

Stappenplan Careconnect - Nulmeting

1. Klik op het tandwiel rechts bovenaan en ga naar de statistiek module.
2. Geef in de statistiek-module de query 'diabetes' in.
3. Duid de hiervoor gekozen audit aan
    a. Bijvoorbeeld: 'Audit Diabetes: Audit 40-plus met diabetes waarbij buikomtrek bepaald werd'
4. Klik op 'Start zoekopdracht'
    a. Careconnect selecteert nu alle patiënten die voldoen aan deze query
5. Rechts kan u het aantal patiënten zien die aan deze aan deze zoekopdracht voldoen, alsook het percentage van deze patiënten t.o.v. het totaal aantal patiënten binnen deze leeftijdscategorie met diabetes en t.o.v. de totale patiëntenpopulatie van de praktijk.

Patiëntenselectie en uitnodigen a.d.h.v. de barometer in Careconnect

Inclusiecriteria

Patiënten ouder dan 40 jaar met diabetes type 2 en een geldig GMD binnen de praktijk.

Exclusiecriteria

Patiënten jonger dan 40 jaar.

Patiënten die in het woonzorgcentrum verblijven.

Uploaden uitnodiging patiënten

1. Klik op het tandwiel rechts bovenaan en ga naar documenten
2. Laad de bijlage 'Uitnodiging patiënten met diabetes' op

Stappenplan Careconnect – Uitnodigen van patiënten

1. Klik op het tandwiel rechts bovenaan en ga naar de statistiek module.
2. Geef in de statistiek-module de query 'diabetes' in
    a. Duid de door u eerder geselecteerde Audit aan.
    b. Bijvoorbeeld: 'Audit Diabetes: Audit 40-plus met diabetes waarbij geen buikomtrek bepaald werd'
3. Klik op 'Start zoekopdracht'
    a. Careconnect selecteert nu alle patiënten die voldoen aan deze query
4. Klik op 'Zend uitnodiging' en selecteer de bijlage (Patiënten met diabetes)
    a. Patiënten met Helena en e-mail: naar beide gestuurd
    b. Patiënten met zonder Helena met e-mail: naar e-mail verstuurd
    c. Patiënten met Helena zonder e-mail: naar Helena verstuurd
    d. Patiënten zonder Helena of e-mail: opgeslagen op geselecteerde plaats
        i. Kies 'deze computer' → documenten → map 'Uitnodiging diabetespatiënten'
5. Print de uitnodigingen van patiënten zonder Helena of e-mail en stuur ze op per post of bel deze patiënten op

Uitvoeren van het diabetesconsult

Patiënten die op consultatie komen, worden opgevolgd volgens het bestaande protocol van het diabetesconsult. Hier wordt dan ook steeds een vervolgafspraak gemaakt.

Opvolging van patiënten

Na 6 maanden wordt er opnieuw een audit gedaan waar de gekozen indicator (hier nu: % diabetespatiënten met een meting van de buikomtrek) wordt vergeleken met de indicator van de nulmeting.

Stappenplan Careconnect – 6 maanden-meting

1. Klik op het tandwiel rechts bovenaan en ga naar de statistiek module.
2. Geef in de statistiek-module de query 'diabetes' in
    a. Duid de door u eerder geselecteerde Audit aan.
    b. Bijvoorbeeld: 'Audit Diabetes: Audit 40-plus met diabetes waarbij geen buikomtrek bepaald werd'
3. Klik op 'Start zoekopdracht'
    a. Careconnect selecteert nu alle patiënten die voldoen aan deze query
4. Rechts kan u het aantal patiënten zien die aan deze aan deze zoekopdracht voldoen, alsook het percentage van deze patiënten t.o.v. het totaal aantal patiënten binnen deze leeftijdscategorie met diabetes en t.o.v. de totale patiëntenpopulatie van de praktijk.

Deze opvolging kan u ook zien in de resultaten van de barometer, die elke 6 maanden automatisch worden opgevraagd.

Bijlage 2 – Uitnodiging patiënten

Beste patiënt

In het kader van een masterproef, krijgt u deze uitnodiging van een project in de praktijk dat kijkt naar de opvolging van patiënten met suikerziekte (diabetes type 2). We nodigen u uit om op een diabetes-afspraak bij de huisarts/praktijkverpleegkundige. Hier wordt de normale driemaandelijkse controle uitgevoerd (bloeddruk meten, suikerwaarde meten, medicatie overlopen). Het doel van deze diabetes-afspraken is een goede opvolging van uw diabetes, waardoor negatieve gevolgen van de ziekte uitgesteld of voorkomen kunnen worden.

Deelname is geheel vrijwillig en dus bijgevolg niet verplicht.

Als u vragen heeft over dit type afspraak, of u graag op zo'n diabetes-afspraak wilt komen, aarzel niet contact op te nemen met de praktijk.

Bijlage 3 – Diabetesconsult

Gebruik

Ter ondersteuning van een driemaandelijkse controle (bij de huisarts of verpleegkundige) bij een stabiel ingestelde patiënt met diabetes mellitus (HbA1c <8%).

1. **Anamnese**

Informeer naar:

- Welbevinden
- Verschijnselen van hypoglycemie: Hongergevoel, zweten, bleekheid of onrust.
- Verschijnselen van hyperglycemie: Dorst, vaginale jeuk, slecht genezende wondjes of moeheid.
- Leefstijl: voeding? roken? Lichaamsbeweging?
- Medicatiegebruik, neveneffecten.

2. **Klinisch onderzoek**

- Bepaal het gewicht, lengte en BMI (BMI = gewicht / (lengte in meter)2)
- Bepaal buikomvang.

Hoe meten? Meet halverwege het laagste punt van de onderste rib en bovenvoorzijde van de bekkenkam. Meet op de blote huid, na een normale uitademing, zonder dat de lintmeter druk uitoefent op de huid.

- Labo onderzoek: nuchtere glycemie, HbA1c. Op indicatie: nierfunctie (creatinine/MDRD)
- Meet de bloeddruk.
- Inspectie van de voeten.

3. **Evalueer de uitslagen en metingen**

- Bespreek met de patiënt de gevonden waarden.
- Huisarts volgt mee de laboratoriumwaarden op.

4. **Beleid**

Streefdoelen HbA1c volgens profiel van de patiënt:

- Algemeen < 7% (53 mmol/mol)
- Strikter < 6,5% (48 mmol/mol) bij korte diabetesduur (< 8 jaar), goede levensverwachting (> 10 jaar) en afwezigheid van cardiovasculair lijden (rekening houdend met risico op hypoglycemie).
- Accepteer < 8% (64 mmol/mol) bij lange diabetesduur met moeizaam te bereiken streefwaarden, aanwezigheid van uitgebreide micro- en/of macrovasculaire verwikkelingen of beperkte levensverwachting.

5. **Geef voorlichting, leefstijlinstructies en psychosociale begeleiding**

- Beweging: *Doorgaans raadt men een vorm van lichaamsbeweging aan die een polsversnelling en/of lichte kortademigheid veroorzaakt (snel stappen, fietsen, hometrainer,...), en dit tijdens de meeste dagen van de week gedurende 30 tot 45 minuten (ongeveer 150 minuten per week). Een alternatief is om 75 minuten per week*

intensief te bewegen, dit wil zeggen tot 50-75% van de maximale hartslag (ongeveer 220 min de leeftijd)

- Rookstop
- Gepersonaliseerd voedingsadvies

Verwijs eventueel naar diëtist (i.o.m. huisarts)
Advies www.thuisarts.nl : ik wil gezond eten

- Medicatie en therapietrouw
- Verwijs naar voorlichtingsteksten op Thuisarts.nl.
- Geef eventueel instructie- en voorlichtingsmateriaal mee.

6. **Indien consult werd uitgevoerd door de verpleegkundige:**
   Overleg met huisarts in de volgende gevallen
   - Bij het niet bereiken van de streefdoelen.
   - Als u een wijziging van de medicamenteuze behandeling voorstelt.
   - Bij intolerantie voor de voorgeschreven geneesmiddelen.
   - Bij verdenking op cardiovasculaire complicaties, autonome neuropathie of neuropathische pijnklachten, visusproblemen
   - Hoge bloeddruk (> 140/>90 mmHg)
   - Bij klachten wijzend op hyperglycemie en/of hypoglycemie.
   - Bij een gewichtsstijging of –daling van meer dan 3 kg in 3 maanden.
   - Bij een voetulcus
   - Bij depressie, angst, eetstoornissen

→ *overleg met huisarts of maak binnen de week opnieuw consultatie bij huisarts.*

7. **Follow-up (driemaandelijks, 4 contacten per jaar)**

- 3 keer per jaar bij de praktijkverpleegkundige
- 1 keer per jaar bij de huisarts voor:
  - laboratoriumonderzoek: HbA1c, nuchtere glucose, cholesterol, LDL, HDL, triglyceriden, creatinine, natrium en kalium bij diuretica, ACE inhibitoren of sartanen
  - eerste ochtendurine staal: albumine/creatinine ratio

Dit protocol komt uit volgende thesis:

1. Vrancx S. Het verpleegkundig diabetesconsult in de huisartsenpraktijk: implementatie van een herwerkt Nederlands protocol.: Katholieke Universiteit Leuven; 2017.

Bijlage 4 – Vragenlijst zorgverlener

Sectie 1: Achtergrondinformatie

1. Wat is uw rol binnen de huisartsenpraktijk?
    - Huisarts
    - Verpleegkundige
2. Hoe bekend bent u met het protocol voor het uitnodigen van patiënten voor een diabetesconsult?

Heel bekend	Bekend	Neutraal	Niet bekend	Helemaal niet bekend

Sectie 2: Helderheid en begrijpelijkheid van het protocol

3. Hoe duidelijk vindt u de instructies in het protocol voor het uitnodigen van patiënten voor een diabetesconsult?

Heel duidelijk	Duidelijk	Neutraal	Niet duidelijk	Helemaal niet duidelijk

4. Vindt u dat het protocol voldoende gedetailleerd is om zonder verdere toelichting te begrijpen hoe patiënten moeten worden uitgenodigd?

Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens

5. Welke onderdelen van het protocol zijn naar uw mening onduidelijk of voor verbetering vatbaar? (open vraag)

Sectie 3: Uitvoerbaarheid van het protocol

6. Het protocol was makkelijk uit te voeren.

Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens

7. Het protocol was tijdrovend.

Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens

Sectie 4: Patiëntgerichtheid

8. Ik had de indruk dat de patiënt tevreden was over de uitnodiging.

Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens

9. Ik had de indruk dat de patiënt tevreden was over de communicatie van het consult.

Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens

Sectie 5: Effectiviteit van het protocol

10. Het protocol selecteert de juiste patiënten

Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens

11. De praktijk zal met dit protocol verder werken in de toekomst
    - Ja
    - Nee

Sectie 6: Algemene feedback

12. Heeft u suggesties voor het verbeteren van het huidige protocol? (Open vraag)

13. Hoe zou u de algemene kwaliteit van het protocol beoordelen?

Heel goed	Goed	Neutraal	Slecht	Heel Slecht

Bijlage 5 – ICF

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Naar een betere diabeteszorg: ontwikkeling en implementatie van een procesmanagementprotocol in de huisartsenpraktijk met behulp van de diabetesbarometer.

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: KU Leuven

Onderzoekers: Fien Degryse, Huisarts in opleiding, fien.degryse@student.kuleuven.

Marie Van de Putte, marie.vandeputte@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de opvolging van diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk aan de hand van een focusgroep en procesmanagementprotocol.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, MP032946.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie zal aan de hand van een focusgroep en een procesmanagementprotocol patiënten met diabetes type 2 identificeren in de praktijk. Na de selectie van deze patiënten worden zij uitgenodigd naar het diabetesconsult, om zo de opvolging te optimaliseren. Achteraf wordt het protocol geëvalueerd aan de hand van een vragenlijst.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat een goede opvolging van uw diabetespatiënten essentieel is om complicaties te voorkomen. Dankzij de focusgroep en het

opgestelde procesmanagementprotocol zal de selectie en opvolging van deze patiënten beter in kaart worden gebracht. Achteraf wordt u gevraagd het protocol te evalueren a.d.h.v. een vragenlijst.

Aan deze studie zullen ongeveer 8 personen deelnemen. De studie richt zich op zorgverleners die de eerstelijnszorg van diabetespatiënten willen optimaliseren.

De onderzoeker zal u vragen deel te nemen aan een focusgroep gesprek dat peilt naar uw standpunt over preventieve zorg binnen de diabetes type II populatie, welke drempels u ervaart om deze preventieve zorg te implenteren en wat uw noden zijn om deze preventieve zorg te (kunnen) voorzien. Deelname aan dit gesprek zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal plaatsvinden in uw praktijk tijdens een overlegmoment. Indien u deze focusgroep liever niet in de eigen praktijk uitvoert, wordt er samen naar een andere locatie gezocht.

Tijdens het gesprek worden geluidsopnames gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie. Na transcriptie zullen alle opnames vernietigd worden.

Na de focusgroep zal u het procesmanagementprotocol toepassen in uw praktijk. Achteraf zal de onderzoeker u vragen een vragenlijst in te vullen die peilt naar de bruikbaarheid en toepasbaarheid van het procesmanagementprotocol. Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal doorgaan op de praktijk. Deze vragenlijst wordt online ingevuld.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

N.v.t.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Fien Degryse via fien.degryse@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker Marie Van de Putte via het telefoonnummer +32 486 83 54 20 (werkuren) of via e-mail marie.vandeputte@kuleuven.be.

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de ombudsdienst in uw ziekenhuis op het telefoonnummer 016/34.48.18. Indien nodig kan de ombudsdienst u in contact brengen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.)

Titel van de studie: Naar een betere diabeteszorg: ontwikkeling en implementatie van een procesmanagementprotocol in de huisartsenpraktijk met behulp van de diabetesbarometer.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag/ Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik, ondergetekende Marie Van de Putte, onderzoeker en Fien Degryse, bevoegde onderzoeksmederwerker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Titel van de studie: Naar een betere diabeteszorg: ontwikkeling en implementatie van een procesmanagementprotocol in de huisartsenpraktijk met behulp van de diabetesbarometer.

III Aanvullende informatie

2: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

1 Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [2].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audiofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen, zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: (verduidelijken). Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.geevensbeschermingsautoriteit.be

2 De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Exemplaar voor de onderzoeker

Bijlage 6 – Infofiche praktijk

Diabetes: 3 maandelijkse controle

Waarom die 3-maandelijkse controle het verschil maakt?

Het leven met diabetes is een marathon, geen sprint. Soms voel je je prima, maar dat betekent niet dat er onder de oppervlakte niets gebeurt. Regelmatige controle is jouw beste wapen tegen complicaties.

Wat kun je zelf doen?

1. **Meten is weten**: Bespreek je waarden open met je zorgverlener.
2. **Gezonde keuzes**: Kleine aanpassingen in voeding en beweging hebben een groot effect op je HbA1c.
3. **Medicatietrouw**: Neem je medicijnen in zoals voorgeschreven voor de beste bescherming.



Waarom juist 3 maanden?

Jouw rode bloedcellen leven ongeveer 120 dagen (3 maanden). De HbA1c-test meet hoeveel suiker er in die periode aan je bloedcellen is blijven plakken.

- Het 'geheugen' van je bloed: Het geeft je gemiddelde bloedsuikerwaarde weer, niet alleen een momentopname.
- Bijsturen: Het stelt je arts in staat om je medicatie of leefstijl tijdig aan te passen.

De verpleegkundige: Jouw Coach

- **Tijd voor jouw verhaal**
  Tijdens het consult bij de verpleegkundige, maken we tijd vrij om dieper in te gaan op jouw vragen en zorgen. Tip: maak een lijst-je zodat je niets vergeet!
- **Vroegtijdige signalering**
  De verpleegkundige controleert ook je voeten, buikomtrek en je bloeddruk, zodat kleine problemen niet groot worden.
- **Zelfvertrouwen**
  Je leert hoe je zelf de regie houdt, zodat diabetes je leven niet beheerst.

Voorkom complicaties!

Door consequent te controleren, verlaag je het risico op:

- Oogproblemen: Beschadiging van het netvlies (vaak zonder dat je het merkt!).
- Nierziekten: Vroege opsporing voorkomt blijvende schade.
- Hart- en vaatziekten: Bescherm je hart door je waarden stabiel te houden.
- Voetproblemen: Voorkom wonden die slecht genezen

Waar willen we naartoe?

Omwille van alle redenen die we opsomden, gaan we onze aanpak in opvolging van diabetes-patiënten een beetje wijzigen.

Vanaf nu gaat u beurtelings **om de 3 maanden** op controle komen bij de arts en bij de verpleegkun-dige.

Dit omdat we er zeker van zijn, dat zij beiden **samen** een sleutelrol spelen in de educatie, begeleiding en het behoud van kwaliteit van leven voor mensen met diabetes.

Referenties

1. Cel Planning van de gezondheidszorgberoepen DGe, Beroepsuitoefening DG, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en, Leefmilieu. Monitoring van de workforce artsen: nieuwe elementen en impact COVID-19 ter bepaling van de quota artsen 2029 – 2033. 2023.
2. P. Meeus AK, S. De Pril, K. Declercq, K. Daïnou, V. Maton. Health Professionals Report : Capacity, Accessibility and Production
Specialty of Interest : General Practitioner: INAMI-RIZIV; 2025 [cited 2025. Available from: https://www.gezondbelgie.be/images/INAMI/Rapports/HealthcareProviders/HPR2023-med_general_practitioner.pdf.
3. Antwerpen U. Huisartsenpraktijken staan onder druk...
... een samenwerking met een praktijkverpleegkundige kan helpen: UA; [cited 2025. Available from: https://www.uantwerpen.be/nl/projecten/cooperate-study/achtergrond/huisartsenpraktijken-staan-onder-druk/.
4. Michiels C. Aantal voltijdse tweeverdieners blijft toenemen, moeders werken vaker deeltijds: VRT nieuws; 2025 [cited 2025. Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2025/03/06/statistieken-tweeverdieners-werken-voltijds-deeltijds-kinderen/.
5. Schoofs N. Tekort aan beschikbare huisartsen doet zorg kraken. De Tijd. 2022.
6. Pharmaceuticalcare.be. Wat is preventie? 2025 [cited 2025. Available from: https://www.pharmaceuticalcare.be/NL/preventie/wat_is_preventie.
7. Bevolkingsonderzoek.be. Bevolkingsondzerzoek in cijfers 2025 [cited 2025. Available from: https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be/.
8. Belga. "Huisartsen bieden betere zorg met hulp verpleegkundige of secretariaatsmedewerker" 2023 [cited 2025. Available from: https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/huisartsen-bieden-betere-zorg-met-hulp-verpleegkundige-of-secretariaatsmedewerker.html#:~:text=Vlaamse%20huisartsenpraktijken%20slagen%20er%20beter,onderzoekers%20van%20de%20Universiteit%20Antwerpen.
9. Hogeschool A. Hoe vullen we de rol van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk in? 2023 [cited 2025. Available from: https://www.arteveldehogeschool.be/nl/blog/hoe-vullen-we-de-rol-van-de-verpleegkundige-de-huisartsenpraktijk.
10. B. Dirickx MV, J. De Lepeleire. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk
Een exploratieve studie. Huisarts Nu. 2011;40.
11. Domus Medica WR. Samenwerken met een praktijkverpleegkundige 2021 [updated 17/05/2023; cited 2025. Available from: https://www.domusmedica.be/FAQpraktijkverpleegkundige.
12. M.J. van den Berg EDK, D.H. de Bakker, J. van der Zee. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
de werkbelasting van huisartsen. Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (nivel); 2004.
13. P.J.M. Heiligers JN, J.C. Korevaar, S. Dorsman, L. Hingstman, A.M. van Dulmen, D.H. de Bakker. Kennisvraag
Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? ; 2012.
14. Organization WH. Diabetes 2023 [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.

15. Sciensano. Diabetes - Cijfers [Available from: https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/diabetes/cijfers#diabetes-in-de-wereld-.
16. Federation ID. Facts & Figures [Available from: https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/.
17. P Koeck CHGB, K Benhalima, Hanne Cloetens, Luc Feyen, Patricia Sunaert, P Van Crombrugge, G Van Pottelbergh, E Van Leeuwen, A Verhaegen, Frank Nobels. Diabetes Mellitus Type 2: Domus Medica; 2017 [Available from: https://ebpnet.be/nl/ebsources/384?check_logged_in=1.
18. Leuven U. Complicaties bij diabetes 2021 [updated 24/02/2021. Available from: https://www.uzleuven.be/nl/diabetes-mellitus/complicaties-bij-diabetes.
19. Sciensano. Risico's en gevaren [Available from: https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/diabetes/risicos-en-gevaren.
20. American Diabetes Association Professional Practice C. Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes-2025. Diabetes Care. 2025;48(1 Suppl 1):S6-S13.
21. Genootschap NH. Diabetes mellitus type 2. 2025.
22. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2023;44(39):4043-140.
23. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA. 2002;288(15):1909-14.
24. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998;1(1):2-4.
25. Domus Medica WR. Diabetesbarometer 2023 [updated 25/06/2024; cited 2024. Available from: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/ict/diabetesbarometer.
26. Danhieux K, Buffel V, Remmen R, Wouters E, van Olmen J. Scale-up of a chronic care model-based programme for type 2 diabetes in Belgium: a mixed-methods study. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):141.
27. Vrancx S. Het verpleegkundig diabetesconsult in de huisartsenpraktijk: implementatie van een herwerkt Nederlands protocol.: Katholieke Universiteit Leuven; 2017.
28. Cheung A, Weir M, Mayhew A, Kozloff N, Brown K, Grimshaw J. Overview of systematic reviews of the effectiveness of reminders in improving healthcare professional behavior. Syst Rev. 2012;1:36.
29. Dexheimer JW, Sanders DL, Rosenbloom ST, Aronsky D. Prompting clinicians: a systematic review of preventive care reminders. AMIA Annu Symp Proc. 2005;2005:938.
30. Aldahmashi H, Maneze D, Molloy L, Salamonson Y. Nurses' adoption of diabetes clinical practice guidelines in primary care and the impacts on patient outcomes and safety: An integrative review. Int J Nurs Stud. 2024;154:104747.
31. BVAS. Financieringsmodel huisartsen [cited 2026. Available from: https://www.absym-bvas.be/beroepsondersteuning/huisartsen/fiscaalfinancieel-huisartsen/financieringsmodel-huisartsen.
32. KCE. De twee financieringssystemen van de huisarts kosten evenveel en geven dezelfde zorgkwaliteit 2008 [cited 2026. Available from: https://kce.fgov.be/nl/de-twee-financieringssystemen-van-de-huisarts-kosten-evenveel-en-geven-dezelfde-zorgkwaliteit.

33. RIZIV. New Deal: Een nieuw model voor de financiering en ondersteuning van uw huisartsenpraktijk [cited 2026. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/new-deal-een-nieuw-model-voor-de-financiering-en-ondersteuning-van-uw-huisartsenpraktijk.
34. Vantomme O, Peremans, L. Hoe haalbaar is een verpleegkundige in een niet-forfaitaire groepspraktijk?
Onderzoek naar de meerwaarde en financiële impact. Huisarts Nu. 2018;5.
35. Zorg VD. Jaarlijkse tegemoetkoming in de loonkosten [Available from: https://www.departementzorg.be/nl/jaarlijkse-tegemoetkoming-de-loonkosten.
36. Artsen O-Od. Uitnodiging van patiënten voor een preventieve check-up door huisarts 2010 [cited 2026. Available from: https://ordomedic.be/nl/adviezen/specialismen/huisarts/uitnodiging-van-pati%C3%ABnten-voor-een-preventieve-check-up-door-huisarts.
37. Hogg W, Baskerville N, Lemelin J. Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis. BMC Health Serv Res. 2005;5(1):20.
38. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2017;71(8):827-34.
39. Smith L, Atherly A, Campbell J, Flattery N, Coronel S, Krantz M. Cost-effectiveness of a statewide public health intervention to reduce cardiovascular disease risk. BMC Public Health. 2019;19(1):1234.