KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Van praktijkverpleegkundige tot preventieverpleegkundige

Eveline Boonen

Promotor: Prof. Dr. B. Aertgeerts

Co-promotoren: Dr. M. Smeets, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 2
Abstract 4
Woord vooraf 5
Hoofdstuk 1: Literatuurstudie: opleiding tot preventieverpleegkundige in het buitenland 7
Inleiding 7
Vraagstelling 8
Methode 8
1. Inclusiecriteria 8
2. Zoekstrategie 9
Resultaten 10
1. Wie is verantwoordelijk voor preventie in de huisartspraktijk? 10
2. Vereiste voorkennis en duur van de opleiding 11
3. Inhoud van de opleiding tot preventieverpleegkundige 12
4. Juridisch kader 14
Discussie 15
Besluit 16
Hoofdstuk 2: Interventie: Opleiding tot preventieverpleegkundige 17
Inleiding 17
Methode 18
1. Onderzoeksmethode 18
2. Deelnemers 18
3. Dataverzameling 18
4. Inhoud van de interventie 19
5. Ethische implicaties 20
6. Data Analyse 20
Resultaten 20
1. Het geven van de lessen 20
2. Algemeen bekwaamheidsgevoel m.b.t. preventie 21
3. Cardiovasculair risico, rookstop, alcohol en diabetespreventie 22
4. Vaccinatie, kankerpreventie en depressie 24
Discussie 26
Besluit: 27
Dankwoord 28
Literatuurlijst 29

Appendix 31
Appendix 1: zoektermen literatuurstudie 31
Appendix 2: Vragenlijst verpleegkundigen voor-en nameting 32
Appendix 3: vergelijkende tabel opleiding praktijkverpleegkundige 34
Appendix 4: Advies ethisch comité 36

Abstract

Context Zowel patiënten, artsen als de overheid hechten veel belang aan preventie door de huisarts. Huisartsen geven echter aan dat ze weinig tijd hebben voor het goed uitvoeren van een preventieconsult. Eerder onderzoek toonde aan dat hier een rol kan weggelegd zijn voor verpleegkundigen. Tot op heden bestaat er echter geen opleiding tot preventieverpleegkundige in België.

Onderzoeksvragen

1. Wat zijn belangrijke elementen in de opleiding van praktijkverpleegkundigen in preventie in het buitenland?
2. Voelen Vlaamse praktijkverpleegkundigen zich bekwaam om een preventieconsult uit te voeren na het volgen van een korte opleiding?
3. Zijn praktijkverpleegkundigen bereid een dergelijke cursus in avondonderwijs te volgen?

Methode

Een literatuurstudie werd uitgevoerd en er werd een korte opleiding ontwikkeld over het preventieconsult op basis van de gezondheidsgids van Domus Medica. Verpleegkundigen actief in een huisartspraktijk werden gerekruteerd en in kleine groepen opgeleid. Er werd gewerkt met een vragenlijst waarin gevraagd werd om hun bekwaamheidsgevoel betreffende de verschillende items van de gezondheidsgids te scoren voor en na de opleiding .

Resultaten

In de literatuur kwam naar voren dat een diploma verpleegkunde aan te bevelen is voor de deelnemende cursisten. Ook werd duidelijk dat de cursisten best ervaring kunnen op doen in een huisartsenpraktijk. De gegeven leerstof wordt best gebaseerd op de nationale richtlijnen en het is van belang om ook praktische vaardigheden te verwerken in de opleiding.

Tien verpleegkundigen volgden de opleiding, zij werkten in vier verschillende huisartspraktijken. Uit de voor- en nameting bleek dat het gevoel van bekwaamheid bij verpleegkundigen over het afnemen van een preventieconsult na een korte opleiding met 45% toenam naar een gemiddelde score van 7.9/10 . Bovendien geven alle verpleegkundigen aan een dergelijke cursus in avondonderwijs te willen volgen. De verpleegkundigen hadden al veel voorkennis over diabetesscreening en vaccinatieprogramma's. In andere thema's zoals kankerscreening voelden ze zich minder bekwaam vooraf.

Conclusies Een korte opleiding tot preventieverpleegkundige bleek haalbaar en voldoende te zijn om praktijkverpleegkundigen klaar te stomen voor het uitvoeren van een preventieconsult. Bovendien zijn verpleegkundigen bereid om een dergelijke opleiding in avondonderwijs te volgen. De resultaten van dit onderzoek moeten echter nog op grotere schaal onderzocht worden en andere barrières moeten worden aangepakt, vooraleer men tot implementatie kan overgaan.

email eveline_boonen@hotmail.com **trefwoorden** praktijkvepleegkundige – preventie - opleiding

Woord vooraf

In de code van geneeskundige plichtenleer vinden we volgend artikel terug: “Elke arts moet, ongeacht zijn medische activiteiten, naast het louter curatieve karakter ook rekening houden met het preventieve en educatieve aspect van zijn taak”(1).

Dit artikel is meer dan ooit actueel, uit tal van voorbeelden blijkt namelijk dat zowel patiënten, artsen als de overheid preventie erg belangrijk vinden.

Dat de overheid veel belang hecht aan preventie kunnen we o.a. afleiden uit het gratis ter beschikking stellen van allerlei vaccins en de programma’s ter preventie van borst-, baarmoederhals- en darmkanker. Tevens vinden we in het syntheserapport van de Vlaamse overheid van 2010 terug dat preventie en gezondheidspromotie een essentieel onderdeel uitmaken van de eerstelijnsgezondheidszorg (2).

In een groot Europees onderzoek werd onderzocht wat patiënten belangrijk vinden in het contact met hun huisarts. Uit deze studie blijkt dat heel wat patiënten in Europa veel belang hechten aan de preventieve taak van de huisarts (3). Dat besluit kon ook Tom Desmet trekken nadat hij bij patiënten een enquête afnam over hun mening over preventie in de huisartsenpraktijk (4).

Dat huisartsen preventie belangrijk vinden, kan afgeleid worden uit de lancering van de gezondheidsgids door de overkoepelende vereniging voor huisartsen in Vlaanderen “Domus Medica”. Toch geven de huisartsen enkele barrières aan. Zo geven ze aan dat hun kennis rond preventie beperkt is (4) en vinden ze het gebrek aan tijd en organisatorische ondersteuning een struikelblok(5).

Ook in mijn opleidingspraktijk gaven de artsen deze struikelblokken aan. Samen gingen we op zoek naar een oplossing: we gingen ten rade bij collega’s in de buurt en zochten in wetenschappelijke literatuur (6-8). Hier vonden we het idee om een praktijkverpleegkundige in te schakelen voor het

preventieconsult. Maar daarbij ontstond onmiddellijk het volgende probleem: hoe kunnen we een praktijkverpleegkundige opleiden zodat ze op een kwaliteitsvolle manier aan preventie kan doen?

Bij nader onderzoek bleek uit een manama thesis in 2013 (9) dat huisartsen aangaven weinig kennis te hebben over de opleiding die verpleegkundigen hebben genoten. Daarnaast bleek een opleiding in het afnemen van de GMD+ vragenlijst en het opstellen van een preventieplan nog niet te bestaan voor praktijkverpleegkundigen in België.

Op dit probleem willen we in dit manama-project dieper ingaan door enerzijds aan de hand van een literatuurstudie na te gaan hoe de opleiding van praktijkverpleegkundigen met betrekking tot preventie momenteel in het buitenland georganiseerd wordt. Anderzijds willen we een korte opleiding rond het preventieconsult ontwikkelen en na gaan of verpleegkundigen zich na deze opleiding in staat voelen om een preventieconsult uit te voeren.

Hoofdstuk 1: Literatuurstudie: opleiding tot preventieverpleegkundige in het buitenland

Inleiding

In het huidige zorglandschap worden we meer en meer geconfronteerd met een toename van de takenlast voor huisartsen onder andere door de stijgende prevalentie van chronische aandoeningen. (10) Anderzijds stevenen we vermoedelijk af op een huisartsentekort. Er wordt verwacht dat een groot aantal huisartsen binnen tien jaar hun beroepsactiviteit zal stopzetten gezien 25% van de huidig actieve huisartsen in België 55 jaar of ouder is (11). Daarnaast zien we ook dat artsen steeds vaker voor deeltijds werken of voor werkvoorwaarden kiezen waarbij er meer tijd is voor hun sociaal en familiaal leven (11).

Deze grote veranderingen doet ons besluiten dat er in de toekomst waarschijnlijk minder huisartsen actief zullen zijn voor een toegenomen werkbelasting. Eén van de mogelijke oplossingen om hieraan tegemoet te komen, is taakdelegatie. Zo toonde een studie van Altschuler et al aan dat wanneer artsen gebruik maken van taakdelegatie, dit de werkbelasting significant kan doen dalen (12).

Een mogelijke vorm van taakdelegatie die internationaal frequent toegepast wordt, is de introductie van een praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk. Per definitie wordt een praktijkverpleegkundige omschreven als een verpleegkundige die een verhoogde kennis bezit, klinische competenties verworven heeft voor een uitgebreidere praktijkvoering en het talent bezit om complexe beslissingen te nemen. Deze karakteristieken worden bepaald door de context en/of het land waarin hij/zij tewerkgesteld wordt (13).

Eén van de drempels die huisartsen echter aangeven t.a.v. taakdelegatie van preventie aan praktijkverpleegkundigen is het ontbreken van een gestandaardiseerde opleiding tot preventieverpleegkundige (9).

Vraagstelling

In deze literatuurstudie willen we daarom onderzoeken wat belangrijke elementen zijn in de opleiding van praktijkverpleegkundigen in preventie in het buitenland. Op die manier trachten we aanbevelingen te weerhouden voor de ontwikkeling van een opleiding voor preventieverpleegkundigen in België.

Methode

1. Inclusiecriteria

Gezien de aard van de onderzoeksvraag, werden enkel artikels weerhouden die verpleegkundigen in de eerste lijn bestuderen.

De volledige tekst van de artikels moest vrij verkrijgbaar zijn. Omdat het vooral interessant was om recente ontwikkelingen te bestuderen, werd er besloten om enkel studies van de laatste vijf jaar te includeren (2010-2015). Artikels werden geselecteerd op basis van titel en abstract. Na het lezen van de volledige tekst werden nog enkele studies geëxcludeerd waarvan de inhoud niet beantwoordde aan de onderzoeksvraag.

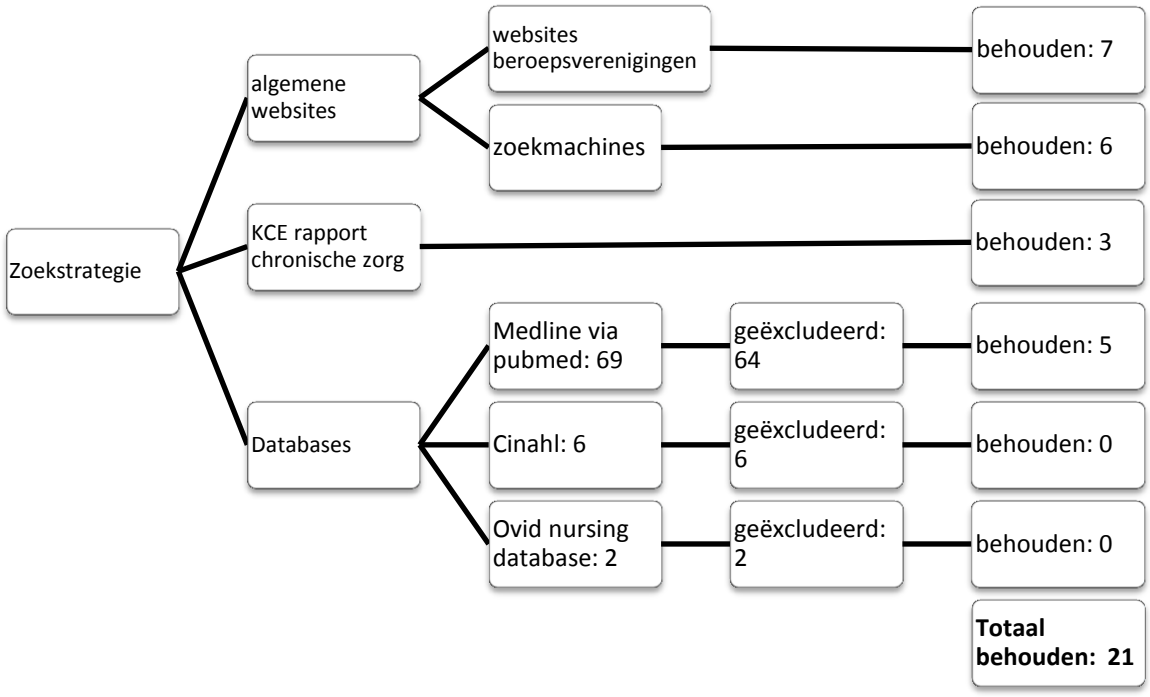
We kozen ervoor om enkel een vergelijking te maken tussen de opleiding van praktijkverpleegkundigen in Nederland, Verenigd Koninkrijk en Canada omdat deze landen veel ervaring hebben met het inzetten van praktijkverpleegkundigen(10).

2. Zoekstrategie

a. Databases

Er werd gezocht in Medline via Pubmed, Cinahl en de Ovid Nursing database. De gebruikte zoektermen waren “nurse practitioner”, “role” en “primary health care”. (zie appendix 1)

Daarnaast werd er ook gezocht via websites van de beroepsverenigingen in de verschillende landen en door gebruik te maken van de google scholar zoekmachine. Ook werden er bronnen gevonden vanuit het rapport “organisatie van chronische zorg in België” van het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE rapport chronische zorg) (10). In figuur 1 wordt de zoekstrategie grafisch weergegeven.



Figuur 1 : 0verzicht gevonden literatuur

Resultaten

In Medline werden 64 artikels gevonden waarvan er 5 weerhouden konden worden. Dertien artikels werden gevonden via websites van beroepsverenigingen en google scholar. Vanuit het KCE rapport werden drie artikels weerhouden. (zie figuur 1) De resultaten werden in een overzichtelijk schema samen gevat. (zie appendix 3)

1. Wie is verantwoordelijk voor preventie in de huisartspraktijk?

In Nederland zijn er naast de huisarts verschillende beroepsgroepen actief in de eerste lijn. Naast de "physician assistants" en de "nurse practitioners" worden praktijkondersteuners ingezet in de huisartspraktijk. Praktijkondersteuners nemen meer en meer preventieve taken zoals cardiovasculair risicomanagement op zich. Ze werken in dienst van de huisarts en voeren medisch-inhoudelijke taken uit. Het accent ligt hierbij op activiteiten die zich lenen voor taakdelegatie en protocollering. De huisarts heeft de eindverantwoordelijkheid. Het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) heeft speciale richtlijnen uitgewerkt voor de praktijkondersteuner. Er wordt dan ook bij bijna 80% van de Nederlandse huisartsen een praktijkondersteuner tewerkgesteld. (10; 14-22).

Ook in het Verenigd Koninkrijk is de eerstelijnsgeneeskunde veranderd van een eerste lijn met een monopolie voor de huisarts naar een multidisciplinaire setting met gemiddeld 6 huisartsen die ondersteund worden door administratieve medewerkers en praktijkverpleegkundigen. Deze "nurse practitioners" nemen preventieve taken op zich zoals het geven van levensstijladviezen, het opzetten van vaccinatieprogramma's bij kinderen en het uitvoeren van cervixkankerscreenings. Daarnaast ondersteunen ze de huisarts bij patiënten met kleine kwaaltjes en doen de routine opvolging bij patiënten met chronische aandoeningen zoals astma, diabetes en hart- en vaatziekten.

Ze dragen zelf verantwoordelijkheid en afhankelijk van hun opleiding mogen ze ook voorschriften schrijven. Huisartsen hebben op hun beurt wel de verplichting aan te kunnen tonen dat hun

verpleegkundigen de juiste opleiding konden genieten en dat er aan supervisie gedaan wordt.(10; 21-28).

In Canada wordt de “nurse practitioner” in de eerstelijnszorg gedefinieerd als geregistreerde verpleegkundigen die aanvullende opleiding en ervaring genoten. Ze bezitten de competentie om op autonome wijze diagnoses te stellen, diagnostische testen aan te vragen en te interpreteren, medicatie voor te schrijven en specifieke procedures uit te voeren die in hun wettelijke reikwijdte liggen.

De aanvullende opleiding die ze gevolgd hebben, stelt hen in staat om extra functies te verrichten in de eerste lijn zoals gezondheidspromotie, ziektepreventie, genezing en revalidatie, zowel bij kleine kwaaltjes als chronische aandoeningen en preventie. (10;21-22; 29-34)

2. Vereiste voorkennis en duur van de opleiding

De opleiding tot praktijkondersteuner in Nederland bestaat uit een Hogere Beroeps Onderwijs (HBO)-5 opleiding gevolgd door een post-HBO specialisatie (vergelijkbaar met een hogeschool opleiding met aanvullende specialisatie in België). Van de Nederlandse praktijkondersteuners heeft de overgrote meerderheid (circa 80%) een verpleegkundige achtergrond, een minderheid is praktijkassistente met een bijscholing op HBO-niveau. In Nederland zijn er 13 HBO opleidingen die een traject aanbieden tot praktijkondersteuner somatiek.

In de meeste opleidingen in Nederland kunnen zowel personen met een diploma middelbaar beroepsonderwijs (MBO) als een diploma hoger beroepsonderwijs (HBO) achtergrond instromen. De opleiding is niet fulltime en er wordt verondersteld dat de studenten zelf voor een stageplaats zorgen (of al werkzaam zijn bij een huisarts).

In het hoofdtraject op hoger beroepsniveau (HBO) varieert het aantal modules van 5 tot en met 9. De studiebelasting wordt vastgelegd op 15 tot 20 uur per week naast de contactdagen. De totale studiebelasting voor het volledige hoofdtraject varieert van 420 tot 850 uur.

Vanwege de verschillende instroomniveaus zijn er twee varianten van de opleiding:

Een tweejarig traject voor praktijkassistenten en verpleegkundigen met een middelbaar beroepsonderwijs achtergrond. Dit is een voortraject met daaropvolgend de eenjarige opleiding.

Een eenjarige post-HBO opleiding die bedoeld is voor professionals met een vooropleiding HBO-V of beroepsactieve verpleegkundigen. (10; 14-22)

In het Verenigd Koninkrijk bestaan er zowel bachelor- als masteropleidingen. Wanneer zij zich baseren op de opgelegde standaarden en dus erkend worden door de overheid, zijn beide opleidingen (voorlopig) voldoende voor een erkenning als nurse practitioner. Een uitzondering hierop vormt Wales, hier is een master diploma vereist. Men verwacht in de toekomst wel een veralgemening van die regel. De meeste opleidingen duren 2 jaar.

In het Verenigd Koninkrijk is een diploma verpleegkunde vereist (10; 21-28).

In Canada werden er in de jaren ’90 door de provincies post-bachelor opleidingen voorzien. In 2008 werd er echter vastgelegd dat een master “eerstelijns nurse practitioner” de aanbeveling geniet. Deze opleiding kan men intussen in de 9 Canadese universiteiten volgen (10;21-22; 29-34).

3. Inhoud van de opleiding tot preventieverpleegkundige

De opleidingen in Nederland verschillen soms in opbouw maar in alle opleidingen tot praktijkondersteuner zit in het eenjarig hoofdtraject als basis de kennis die nodig is om geprotocolleerde zorg te kunnen bieden voor patiënten. Belangrijke thema’s die bij verscheidene opleidingsverstrekkers voorkomen zijn cardiovasculair risicomanagement, diabetes en vaccinatieprogramma’s. Het is belangrijk voor praktijkondersteuners om patiënten te kunnen motiveren om een gezonde leefstijl te ontwikkelen. Daarom wordt er in het voortraject van de tweejarige opleiding enerzijds basiskennis aangeboden op het gebied van verslavingszorg en stoppen met roken (modules preventie en voorlichting). Anderzijds worden communicatievaardigheden

geoefend die nodig zijn voor consultgesprekken maar ook om mensen te stimuleren tot gedragsverandering.

In de opleiding wordt ook aandacht besteed aan andere aspecten zoals evidence based practice en het lezen van wetenschappelijke artikels, organisatie van de huisartsenpraktijk en professionalisering en persoonlijke reflectie. De meeste Nederlandse opleidingsverstrekkers voorzien in hun opleidingsprogramma zowel aandacht voor theoretische aanpak als voor de praktische aanpak. Dit doen ze door enerzijds een stageplaats te vereisen, op die manier kan de opgedane kennis terug gekoppeld worden naar de praktijk. Anderzijds worden ook praktische vaardigheden geoefend zoals bloeddrukmeting, voetonderzoek en het berekenen van de body mass index (BMI). (10; 14-22)

In het Verenigd Koninkrijk zijn opleidingen erkend als ze minstens een aantal onderwerpen behandelen. Zo moeten er lessen gegeven worden over de anamnese en besliskundige technieken, het klinisch onderzoek en therapeutische verpleegkundige zorgen. Naast communicatie en kwaliteitszorg is ook preventie een verplicht onderwerp. (10; 21-28):

In Canada werd er tot enkele jaren geleden door de individuele provincies beslist hoe de opleiding, erkenning en reglementering van het beroep “nurse practitioner” ingevuld werd. Dit had tot gevolg dat er heel veel verschillen waren tussen de provincies onderling. Om hier een einde aan te maken richtte men een overkoepelende organisatie op van “nurse practitioners” namelijk de “Canadian Nurse Practitioner Initiative”(CNPI) die gesteund werd door het Canadees ministerie van volksgezondheid. Deze nieuwe organisatie had als taak om een overkoepelende reglementering op te stellen m.b.t. de erkenning en opleiding van nurse practitioners. Zo stelde zij de competenties van de nurse practitioner op, werd er een overkoepelend examen ontwikkeld en werden er afspraken vastgelegd over de erkenning en opleiding. Tot op heden zijn de provincies echter nog niet verplicht deze aanbevelingen te volgen hoewel de meeste provincies dit wel doen. De opleiding bestaat dus meestal uit een aanvullende masteropleiding die voltijds een jaar in beslag neemt. Ze kan echter ook halftijds gevolgd worden. De overkoepelende competenties die opgenomen zijn in de opleiding zijn

consultatievoering en diagnostiek, therapeutisch beleid, rol als professional en gezondheidspromotie en preventie(10;21-22; 29-34).

4. Juridisch kader

De accreditatie verschilt in Nederland tussen de verschillende opleidingen. Enkele opleidingen hebben een erkenning voor een post-HBO traject. Als praktijkondersteuner komt men niet in aanmerking om zich in te schrijven in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Dit is een Nederlandse databank waarin een aantal officieel erkende gezondheidswerkers is geregistreerd. Omdat praktijkondersteuning een functie is en geen beroep kan men zich niet inschrijven in deze databank. Zowel praktijkassistenten als verpleegkundigen kunnen deze functie namelijk uitoefenen. (10; 14-22)

In het Verenigd Koninkrijk worden opleidingen gecontroleerd door de beroepsvereniging, het Royal College of Nursing (RCN). Wanneer ze voldoen aan de opgelegde eisen van de beroepsvereniging dan is een accreditatie voorzien (10; 21-28).

Alle 10 Canadese provincies hebben intussen een erkenning van de titel “nurse practitioner in primary care”. In de meeste provincies (maar niet allemaal) is dit een beschermde titel en zijn er nomenclatuurnummers voor hen voorzien. Hoewel de meeste provincies eisen dat kandidaat nurse practitioners slagen voor een examen, is er toch nog onderling verschil te merken. Zo gebruiken sommige provincies nog hun eigen opgestelde examen, terwijl anderen het examen opgesteld door de CNPI gebruiken.

In sommige provincies mogen nurse practitioners geen diagnoses meedelen en wordt dit voorbehouden voor de artsen. Er zijn ook provincies waar er een gelimiteerde lijst van medicatie werd opgesteld die nurse practitioners mogen voorschrijven terwijl er in andere provincies geen beperking is. Er zijn dus nog veel provinciale verschillen in Canada, de CNPI zal nog als taak hebben om deze verschillen verder weg te werken.(10;21-22; 29-34)

Discussie

Deze literatuurstudie toont dat men internationaal een grote voorsprong heeft wat betreft praktijkondersteuning door verpleegkundigen in de eerstelijn ten opzichte van België. Zowel in Nederland, het Verenigd Koninkrijk als Canada worden verpleegkundigen ingezet als "nurse practitioner" of praktijkondersteuner in de huisartspraktijk. Hun takenpakket verschilt op bepaalde gebieden maar allen worden ze ingezet voor preventieve taken.

Wat de opleiding tot preventieverpleegkundige betreft wordt in elk van de drie onderzochte landen een basisdiploma verpleegkunde aanbevolen. Voor de inhoud van de opleiding worden er meestal vereiste kennisdomeinen voor de "nurse practitioner" gedefinieerd, vaak in samenwerking met de beroepsgroep voor verpleegkundigen. In de meeste landen is er een erkenning voorzien voor "nurse practitioner" en is er dus een gewaarborgd juridisch kader.

Een zwakte van deze literatuurstudie is dat er slechts drie landen vergeleken werden. Dit resulteerde enerzijds in een overzichtelijker resultaat, anderzijds geeft dit maar een beperkt beeld van de mogelijke opleidingen internationaal. Een tweede zwakte zijn de beperkte gegevens over de precieze inhoud van de opleiding. Dit bleek per opleidingsverstrekker te verschillen. Bovendien waren er weinig wetenschappelijke artikels te vinden over dit onderwerp. Om de nodige informatie te vinden werd er daarom beroep gedaan op de websites van de opleidingsverstrekkers.

Een sterkte van dit onderzoek is dat er momenteel in België nog maar weinig ervaring is met het opleiden van verpleegkundigen tot preventieverpleegkundigen en dat een overzicht van buitenlandse ervaringen tot nu toe ontbrak. Gezien de beperkingen is verder onderzoek over dit onderwerp echter aanbevolen.

Naar buitenlands voorbeeld zou er best (in samenwerking met de beroepsgroepen) gewerkt worden aan het definiëren van kennisdomeinen en richtlijnen voor verpleegkundigen. Ook het ontwikkelen van een opleiding door opleidingsverstrekkers en het voorzien van een erkenning van de

beroepstitel zouden praktijkondersteuning door verpleegkundigen in de huisartspraktijk in een stroomversnelling kunnen doen gaan.

Besluit

Na deze literatuurstudie kunnen we enkele aanbevelingen weerhouden voor het opstellen van een opleiding voor praktijkverpleegkundigen in preventie. Zo lijkt het aan te bevelen om een bewijs van basisniveau te vragen bijvoorbeeld een diploma verpleegkunde. Belangrijke thema's zoals cardiovasculair risicomanagement, diabetes en vaccinaties komen in de meeste opleidingen voor. De opleiding baseert zich op nationaal opgestelde richtlijnen meestal opgesteld door de beroepsgroep zelf. Tijdens de opleiding moet er zowel aandacht geschonken worden aan de theoretische als aan de praktische aanpak van de besproken thema's. Dat kan enerzijds gebeuren door een stage/werkplek te vereisen, anderzijds kunnen er tijdens de opleiding ook praktische lessen gegeven worden bijvoorbeeld over bloeddrukmetingen en BMI.

Hoofdstuk 2: Interventie: Opleiding tot preventieverpleegkundige

Inleiding

Omwille van de toenemende werkdruk voor huisartsen worden er meer en meer verpleegkundigen ingezet in de huisartsenpraktijk om de huisartsen te ondersteunen (10). Huisartsen ervaren het echter als een struikelblok dat ze weinig zicht hebben op de opleiding van de verpleegkundigen. Ook verpleegkundigen geven aan dat hun opleidingen dikwijls erg van elkaar kunnen verschillen (9).

Wanneer we in de literatuur op zoek gaan naar opleidingen voor praktijkverpleegkundigen dan vinden we in landen als Nederland, Canada en het Verenigd Koninkrijk verschillende opleidingen terug (zie literatuurstudie). In België bestaat er echter geen opleiding tot preventieverpleegkundige.

In deze studie willen we daarom nagaan of een groep verpleegkundigen zich na een korte opleiding tot preventieverpleegkundige klaar voelt om zelfstandig een preventieconsult uit te voeren en of ze bereid zouden zijn om een dergelijke cursus te volgen in avondonderwijs.

We willen dus volgende onderzoeksvragen beantwoorden:

1. Voelen praktijkverpleegkundigen zich bekwaam om een preventieconsult uit te voeren na het volgen van een korte opleiding?
2. Zijn praktijkverpleegkundigen bereid een dergelijke cursus in avondonderwijs te volgen?

Methode

1. Onderzoeksmethode

Er werd gekozen voor kwantitatief onderzoek door middel van een gesloten vragenlijst die het bekwaamheidsgevoel van de betrokken verpleegkundigen ten aanzien van de uitvoering van een preventieconsult toetste voor en na de interventie (het geven van een opleiding in preventie).

2. Deelnemers

Verpleegkundigen werkzaam in een huisartsenpraktijk en geïnteresseerd in een opleiding over het preventieconsult werden beoogd als deelnemers.

Om de deelnemende verpleegkundigen te rekruteren werd enerzijds een kleine advertentie geplaatst in de nieuwsbrief van het lokale laboratorium. Op deze advertentie reageerden een 3-tal praktijken met in totaal 4 deelnemende verpleegkundigen. Anderzijds werden groepspraktijken persoonlijk aangeschreven. Op die manier werden 6 verpleegkundigen gerekruteerd vanuit praktijken van Geneeskunde Voor het Volk.

3. Dataverzameling

Een vragenlijst werd opgesteld om te toetsen naar de voor-en nakennis in preventie van de deelnemende verpleegkundigen. (zie appendix 2) Deze vragenlijst werd opgesteld in overeenstemming met de aanbevelingen van de gezondheidsgids van Domus Medica (35). Daarnaast werd er rekening gehouden met de accenten die de artsen van de deelnemende praktijken en enkele experts als belangrijk aangaven in een opleiding tot preventieverpleegkundigen.

De vragenlijst bestond uit 48 items waarbij verpleegkundigen steeds met een quotering van 0 tot 10 konden aangeven hoe bekwaam ze zich voelden om het betreffende item uit te voeren. De nameting bestond uit dezelfde vragenlijst met twee extra vragen aan toegevoegd namelijk of de

verpleegkundigen voor de opleiding al aan preventie deden en of ze bereid zouden zijn om een dergelijke cursus in avondonderwijs te volgen.

4. Inhoud van de interventie

De lessenreeks werd opgebouwd aan de hand van de gezondheidsgids van Domus Medica. Ze werd ontwikkeld in 3 delen van gemiddeld 3 uur op 3 verschillende dagen. De lessen werden georganiseerd in september 2014. De opleiding werd door de onderzoeker gegeven in de praktijken waar de verpleegkundigen in dienst waren. Vaak waren er in elke praktijk meerdere verpleegkundigen aanwezig.

Nadat de vragenlijst anoniem werd ingevuld, werd de opleiding gegeven. In de eerste les werd er dieper ingegaan op het cardiovasculaire risico, hierin werd aandacht besteed aan zowel de praktische als meer de theoretische achtergrond. Zo werd er aandacht besteed aan de fysiologische achtergrond van de onderwerpen, maar ook bloeddrukmeting werd geoefend. Na een korte pauze werd er dan ingegaan op rookstop, alcohol en de actieve voedingsdriehoek. Aan het einde van elk hoofdstuk werden er samen oefeningen gemaakt. Na deze les werden er korte opdrachtjes meegegeven om in de praktijk met de huisarts te overlopen (bv. Hoe coderen we dit het best? Wie maakt de aanvraag voor het labo,…) Er zat gemiddeld één week tijd tussen de lessen.

In een tweede les werd er kort gereflecteerd over de thuisopdrachten. Daarna werd er in het eerste deel voor de pauze ingegaan op preventie van diabetes, na de pauze behandelde de cursus vaccinatieprogramma's en kankerscreening. Ook hier werden aan het einde van de les oefencasussen gemaakt en werden enkele thuisopdrachtjes meegegeven.

In de laatste les bespraken we vooral de algemene organisatie van een preventieconsult bv. Hoe roep ik patiënten best op? Waar wordt de vragenlijst afgenomen? Bovendien werden er in deze les heel

wat oefencasussen behandeld. Hierbij werd ook speciale aandacht geschonken aan het correct coderen van de gevonden antwoorden.

5. Ethische implicaties

De studie werd voorgelegd en goedgekeurd door het ethische comité onder het nummer ML10472. (zie appendix 4)

6. Data Analyse

De scores die gegeven werden op de verschillende items van de vragenlijst in de voor-en nameting werden met de hand in de computer ingegeven. Zij werden per hoofdstuk uit de gezondheidsgids gegroepeerd. Op die manier werd er getracht een besluit te trekken over de voor- en nakennis van elk individueel hoofdstuk en over het algemene bekwaamheidsgevoel.

Resultaten

1. Het geven van de lessen

Het geven van de lessen verliep erg vlot. De verpleegkundigen waren heel enthousiast en werkten goed mee. Uit de goed uitgevoerde huistaken bleek ook dat de huisartsen van de praktijk erg enthousiast wilden meewerken met dit project. De enthousiaste ondersteuning en terug koppeling met hun huisartsen ervaarden de verpleegkundigen ook als een meerwaarde aan hun opleiding.

Tijdens de lessen werd duidelijk dat het gebruik van de score-tabel het moeilijkst aan te leren was. En ook bij het hoofdstuk over depressie gaven enkele verpleegkundigen aan dat ze dit een te gevoelig onderwerp vonden om zelf uit te voeren. Veel verpleegkundigen gaven aan het als aangenaam te ervaren om wat meer achtergrond te hebben over preventieve acties die ze uitvoerden (of zouden moeten gaan uitvoeren). Omdat de lessen gegeven werden aan verpleegkundigen, kon er uitgegaan

worden van een bepaalde basiskennis zoals bijvoorbeeld de venapunctie. Dit zorgde ervoor dat er op kortere tijd, dieper kon ingegaan worden op de thema's.

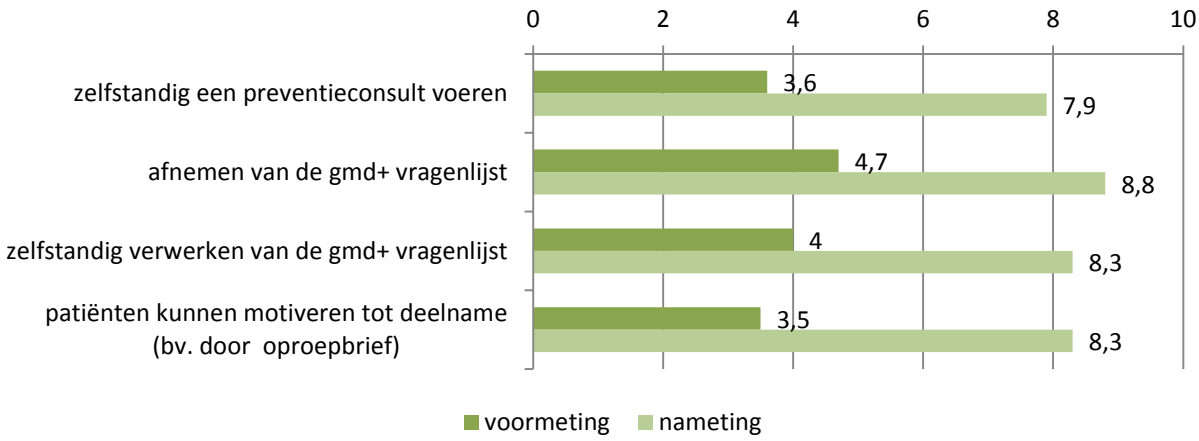
Er waren 3 lessen voorzien van telkens ongeveer 3 uur. Dit bleek in de praktijk minder lang te duren. In de grootste groep (6 verpleegkundigen) duurde de lessen gemiddeld 2.5 uur. In de kleinere groepen was er maar 2 uur nodig per les.

Het bleek een absolute meerwaarde te zijn wanneer er computers aanwezig waren met het gebruikte elektronisch medisch dossier. Op die manier kon de codering van de preventieve acties getoond worden en konden de verpleegkundigen dit ook onder begeleiding oefenen. Bovendien kon vaccinnet op die manier in de les gedemonstreerd worden.

2. Algemeen bekwaamheidsgevoel m.b.t. preventie

In figuur 1 vindt men de resultaten van de vragen over het algemene gevoel over het preventieconsult. Vier van de tien verpleegkundigen waren reeds actief bezig met preventie in de huisartsenpraktijk. De verpleegkundigen gaven gemiddeld voor de opleiding een score van 3.6/10 op de vraag hoe bekwaam ze zich voelen voor het zelfstandig uitvoeren van een preventieconsult. Na de opleiding nam deze score toe tot 7.9/10. Opvallend resultaat is ook dat alle deelnemende verpleegkundigen aangaven dat ze zouden deelnemen aan een dergelijke opleiding in avondonderwijs.

Figuur 1: voor- en nameting bij verpleegkundigen: algemeen



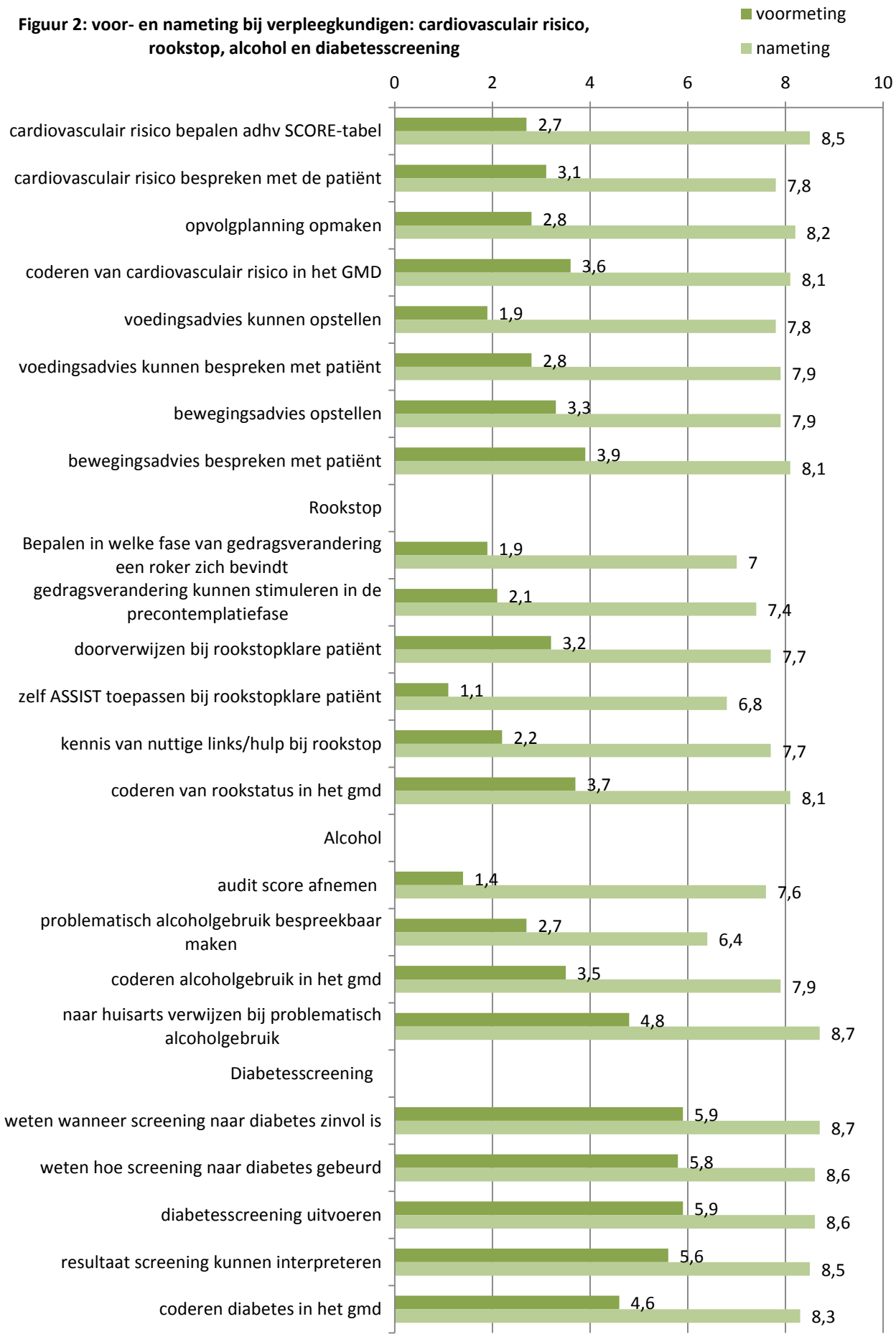
3. Cardiovasculair risico, rookstop, alcohol en diabetespreventie

Met scores die voor de opleiding in cardiovasculair risico management gemiddeld tussen 2.7/10 en 3.9/10 lagen, kunnen we stellen dat verpleegkundigen zich vooraf helemaal niet bekwaam voelden over het inschatten van het cardiovasculair risico. Na de korte opleiding lagen de scores tussen 7.8/10 en 8.5/10. (figuur 2)

Ook onderwerpen als alcohol en rookstop scoorden erg laag bij aanvang van de opleiding. Ook hier stijgt het bekwaamheidsgevoel duidelijk na de opleiding.

Voor diabetesscreening werden bij de voormeting al hogere scores aangegeven. Toch kon de opleiding het bekwaamheidsgevoel nog verbeteren. (figuur 2)

Figuur 2: voor- en nameting bij verpleegkundigen: cardiovasculair risico, rookstop, alcohol en diabetesscreening

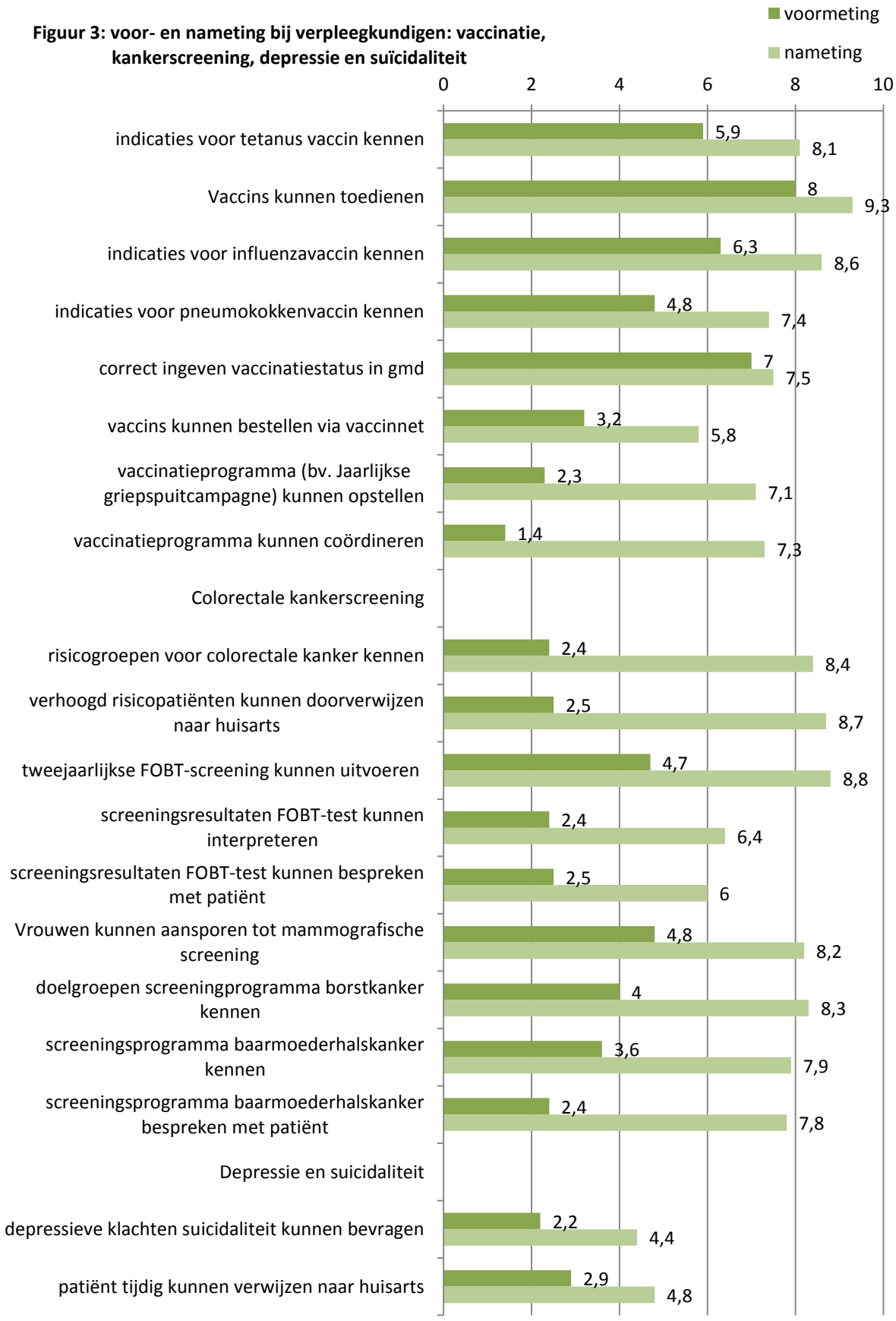


4. Vaccinatie, kankerpreventie en depressie

Bij de vragen over vaccinaties voor de opleiding merkten we op dat de technische kennis (het toedienen van vaccins) erg hoog gescoord werd met 8/10. Daarnaast gaven verpleegkundigen aan zich reeds bekwaam te voelen in het coderen van de vaccinatiestatus. De kennis over vaccinnet scoorde dan weer laag met 3.2/10. Na het geven van de opleiding namen alle scores toe

Ook voor de andere items namen alle scores toe maar het interpreteren en bespreken van de FOBT-resultaten bleek toch nog moeilijk, ook na de opleiding en verpleegkundigen voelden zich ondanks de opleiding weinig bekwaam om met patiënten te praten over depressie en suïcidaliteit (figuur 3).

Figuur 3: voor- en nameting bij verpleegkundigen: vaccinatie, kankerscreening, depressie en suïcidaliteit



Discussie

In het algemeen kunnen we stellen dat door het geven van een korte opleiding het gevoel van bekwaamheid over het zelfstandig afnemen van een preventieconsult bij de verpleegkundige sterk toenam. Alle verpleegkundigen gaven dan ook aan het zinvol te vinden om een dergelijke cursus te volgen in avondonderwijs. Verpleegkundigen die werkzaam zijn bij de huisarts voelden zich al behoorlijk bekwaam in onderwerpen als diabetesscreening en vaccinatieprogramma's. Een korte opleiding over deze onderwerpen kon hun gevoel van bekwaamheid nog verhogen. Voor andere onderwerpen van het preventieconsult zoals kankerscreening, werd een zeer beperkte voorkennis aangegeven en was bijkomende opleiding zeker noodzakelijk.

Bij de meeste internationale opleidingen tot preventieverpleegkundige in de eerste lijn is een basisniveau van verpleegkundige vereist en wordt praktijkervaring opdoen aanbevolen. (14-34) Beide aanbevelingen werden bevestigd tijdens onze korte opleiding. Verpleegkundigen gaven aan dat het een meerwaarde was om tijdens de lessen te kunnen terug koppelen met hun huisarts. Daarnaast werd de aanbeveling gevolgd om de opleiding te baseren op nationale richtlijnen m.b.t. preventie. (35)

Een sterkte van dit onderzoek is dat een verscheidenheid van verpleegkundigen deelnam (uit verschillende regio's en verschillende soorten praktijken). Een beperking is echter dat de lessenreeks maar aan een beperkt aantal verpleegkundigen gedoceerd kon worden.

Deze resultaten geven dan ook maar een tendens weer en tonen vooral aan dat een korte opleiding op kleine schaal heeft gewerkt om praktijkverpleegkundigen zich bekwamer te doen voelen in het uitvoeren van een preventieconsult. Als we de praktijkondersteuning door praktijkverpleegkundigen willen uitbreiden in België, zal er ook voorzien moeten worden in een opleiding voor

verpleegkundigen, al dan niet ingebed in de bestaande bachelor verpleegkunde. Verder onderzoek over een opleiding en ontwikkeling van een dergelijke opleiding zijn hiervoor onontbeerlijk.

Besluit:

Op basis van een voorafgaande literatuurstudie en de gezondheidsgids van Domus Medica werd een opleiding ontwikkeld om praktijkverpleegkundigen op te leiden tot preventieverpleegkundigen. Het bekwaamheidsgevoel van de betrokken verpleegkundigen werd getoetst aan de hand van een vragenlijst en nam sterk toe op alle verschillende onderdelen. Alle verpleegkundigen geven aan een dergelijke cursus ook te willen volgen in avondonderwijs. Verder onderzoek en ontwikkeling is nodig teneinde een soortgelijke opleiding te kunnen implementeren in België op grotere schaal.

Dankwoord

Deze manama-thesis had ik niet kunnen maken zonder de hulp van vele enthousiaste mensen. Daarom zou ik graag enkele mensen hartelijk danken. Allereerst mijn promotor Dr. Bert Aertgeerts voor de goede ideeën en fijne begeleiding. Ook zou ik mijn co-promotor Dr. Miek Smeets willen bedanken voor de fantastische ondersteuning en hulp bij het maken van deze studie. Haar snelle en enthousiaste hulp was van goudwaarde!

Ook wil ik mijn dank uitdrukken aan de deelnemende verpleegkundigen voor hun gemotiveerde medewerking en aan mijn praktijkopleiders Dr. Ans Mentens en Dr. Johan Beirinckx voor de fantastische tweejarige opleiding die ik bij hen mocht volgen.

Tot slot wil ik graag mijn man, ouders, familie en vrienden bedanken voor de steun in mijn opleiding tot huisarts. Dankzij hen heb ik mijn droom kunnen waarmaken!

Literatuurlijst

1. Orde van geneesheren. Geneeskundige plichtenleer: preventieve geneeskunde. Artikel 104. Beschikbaar op: http://www.ordomedic.be/nl/code/hoofdstuk/preventieve-geneeskunde (art 104). Geraadpleegd op: 06/2014
2. Prof. Em. Nuyens Y. Meer lijn in de eerstelijn. Syntheserapport Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg Antwerpen, 11 december 2010
3. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patient priorities with respect to general practice care. An international comparison. Fam Practice 1999; 16:4-11
4. Desmet T. Preventie in de huisartsgeneeskunde (masterproef). Leuven: KULeuven;2008
5. Vanhulsel S. Het GMD+ in onze praktijk (masterproef). Leuven: KULeuven; 2013
6. Vernooij T. Implementatie van het GMD+: een rol voor de verpleegkundige?(masterproef). Leuven: KULeuven; 2013
7. Fullard E, Fowler G, Gray M. Promoting prevention in primary care: controlled trial of low technology, low cost approach. Br Med J (Clin Res Ed). 1987;294(6579):1080-2.
8. Imperial Cancer research fund Oxcheck study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study.. BMJ. 1995;310(6987):1099-104
9. Smeets M. Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan(masterproef). Leuven: KULeuven; 2013
10. Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg. Organisatie van zorg voor chronische zieken in België: ontwikkeling van een position paper; 2012
11. Dirickx, B., Viaene, M., & De Lepeleire, J. (2011). Taakdelegatie in de Vlaamse huisartspraktijk. Een exploratieve studie. *Huisarts Nu, 40,* 417-424.
12. Altschuller et all. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. Center for Excellence in Primary Care, Department of Family and Community Medicine, University of California, San Francisco, San Francisco, California, USA.
13. International Council of Nurses. Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles [official position paper], 2002 Beschikbaar op: http://www.icn.ch/networks_ap.htm.PH/2002
14. Landelijke huisartsenvereniging. Praktijkondersteuner: competentieprofiel en eindtermen. Utrecht; 2010
15. J. Noordman, R. Verheij, P. Verhaak. De inzet van doktersassistenten en praktijkondersteuners in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL; 2008
16. Donders B. Taakdelegatie naar de praktijkondersteuner. Brussel: VUB;
17. Heiligers P, Noordman J, Korevaar J, Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (poh's), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL; 2012
    Gereformeerde hogeschool Zwolle. Praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk: nascholingsbrochure. Zwolle; 2013
18. V&VN beroepsvereniging van zorgprofessionals, beschikbaar op: http://www.praktijkverpleegkundigen-praktijkondersteuners.nl/, geraadpleegd op: 10/2014
19. InHolland Hogeschool, master of advanced nursing practice, beschikbaar op: http://www.inholland.nl/opleidingen/masteropleidingen/master+of+advanced+nursing+practice/toelatingseisen/, geraadpleegd op: 10/2014
20. Tijdschrift voor praktijkondersteuning, Herregistratie voor praktijkondersteuners?, nummer 2; 26-26, beschikbaar op: http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/archief/volledig/id302-herregistratie-voor-praktijkondersteuners-.html

21. De Munck P, Paligot F et all, De beroepen van morgen van de eerstelijnsgezondheidszorg, Federale overheidsdienst volksgezondheid; 2011
22. Delamaire M, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées: une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Editions ocde. Paris; 2010
23. Sibbald B, Laurant M, Reeves D, Advanced nurse roles in UK Primary Care, MJA 2006; 185: 10–12
24. Van Dillen S, Hiddink G, To what extent do primary care practice nurses act as case managers lifestyle counselling regarding weight management? A systematic Review, BMC Family Practice 2014, 15:197 te raadplegen op: www.biomedcentral.com/1471-2296/15/197
25. Hoare K, Mills J, Francis K, The role of Government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review, journal of advanced nursing; 2011
26. Royal college of nursing, advanced nursing practitioners: rcn competences, londen, 2012
27. Royal college of nursing, beschikbaar op: http://www.rcn.org.uk/, geraadpleegd op: 10/2014
28. University of Southhampton, Msc advanced clinical practice (advanced nurse practitioner), beschikbaar op: http://www.southampton.ac.uk/healthsciences/postgraduate/taught_courses/msc_adv_clin_practice_practitioner.page#learning, geraadpleegd op: 10/2014
29. Canadian nurse association, canadian nurse practitioner: core competency framework, Ottowa, 2010
30. Canadian journal of nursing leadingship, advanced nursing in Canada: overview of a decision support synthesis, 2010 volume 23
31. Canadian nurse association, education, beschikbaar op: http://www.cna-aiic.ca/en/becoming-an-rn/education, geraadpleegd op: 09/2014
32. Canadian association of schools of nursing, nurse practitioner education in Canada national framework of guiding principles, 2012
33. Ontaria university, nurse practitioner program, beschikbaar op: http://np-education.ca/?page_id=13349, geraadpleegd op: 09/2014
34. CNA Nurseone.ca, certifications, beschikbaar op: http://nurseone.ca/en/certification/resources/exam-study-groups, geraadpleegd op 09/2014
35. Domus medica, gezondheidsgids 2014, beschikbaar op: www.domusmedica.be/gezondheidsgids.

Appendix

Appendix 1: zoektermen literatuurstudie

Pubmed:

("nurse practitioners"[MeSH Terms] OR ("nurse"[All Fields] AND "practitioners"[All Fields]) OR "nurse practitioners"[All Fields] OR ("nurse"[All Fields] AND "practitioner"[All Fields]) OR "nurse practitioner"[All Fields]) AND ("role"[MeSH Terms] OR "role"[All Fields])) AND ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "healthcare"[All Fields]) OR "primary healthcare"[All Fields])

Appendix 2: Vragenlijst verpleegkundigen voor-en nameting

Beste,
In welke mate voelt u zich bekwaam in volgende onderwerpen?
Geef telkens een cijfer van 0 tot 10 waarbij
0 = ik voel me hier helemaal niet bekwaam in
10 = ik voel me heel bekwaam over dit onderwerp

Algemeen

	Score van 0-10
Zelfstandig een preventieconsult voeren	
afnemen van de gmd+ vragenlijst	
Zelfstandig verwerken van de gmd+ vragenlijst	
patiënten kunnen motiveren tot deelname (bv. door oproepbrief)	

Cardiovasculair risico

	Score van 0-10
cardiovasculair risico bepalen adhv SCORE-tabel	
cardiovasculair risico bespreken met de patiënt	
opvolgplanning opmaken	
coderen van cardiovasculair risico in het GMD	
voedingsadvies kunnen opstellen	
voedingsadvies kunnen bespreken met patiënt	
bewegingsadvies opstellen	
bewegingsadvies bespreken met patiënt	

Rookstop

	Score van 0-10
Bepalen in welke fase van gedragsverandering een roker zich bevindt	
gedragsverandering kunnen stimuleren	
doorverwijzen bij rookstopklare patiënt	
zelf ASSIST toepassen bij rookstopklare patiënt	
kennis van nuttige links/hulp bij rookstop	
coderen van rookstatus in het gmd	

Alcohol

	Score van 0-10
audit score afnemen	
problematisch alcoholgebruik bespreekbaar maken	
coderen alcoholgebruik in het gmd	
naar huisarts verwijzen bij problematisch alcoholgebruik	

Diabetesscreening

	Score van 0-10
weten wanneer screening naar diabetes zinvol is	
weten hoe screening naar diabetes gebeurd	
diabetesscreening uitvoeren	

resultaat screening kunnen interpreteren	
coderen diabetes in het gmd	

Vaccinatie

	Score van 0-10
indicaties voor tetanus vaccin kennen	
Vaccins kunnen toedienen	
indicaties voor influenzavaccin kennen	
indicaties voor pneumokokkenvaccin kennen	
correct ingeven vaccinatiestatus in gmd	
vaccins kunnen bestellen via vaccinnet	
vaccinatieprogramma (bv. Jaarlijkse griepspuitcampagne) kunnen opstellen	
vaccinatieprogramma kunnen coördineren	

Colorectale kankerscreening

	Score van 0-10
risicogroepen voor colorectale kanker kennen	
verhoogd risicopatiënten kunnen doorverwijzen naar huisarts	
tweejaarlijkse FOBT-screening kunnen uitvoeren	
screeningsresultaten FOBT-test kunnen interpreteren	
screeningsresultaten FOBT-test kunnen bespreken met patiënt	

Borstkankerscreening

	Score van 0-10
Vrouwen kunnen aansporen tot mammografische screening	
doelgroepen screeningprogramma borstkanker kennen	

Baarmoederhalskankerscreening

	Score van 0-10
screeningsprogramma baarmoederhalskanker kennen	
screeningsprogramma baarmoederhalskanker bespreken met patiënt	

Depressie en suicidaliteit

	Score van 0-10
depressieve klachten suicidaliteit kunnen bevragen	
patiënt tijdig kunnen verwijzen naar huisarts	

Bij de nameting:

Ik nam al preventieve consulten af voor deze opleiding Nee

Ik zou een dergelijke cursus in avondonderwijs volgen? Ja

Bedankt voor uw deelname!

Appendix 3: vergelijkende tabel opleiding praktijkverpleegkundige

	Rol van praktijkverpleegkundige	Inhoud van de opleiding	Voorkennis	Duur van de opleiding	Juridisch kader
Nederland (10; 14-22)	Praktijkondersteuner: Voert medisch inhoudelijke taken uit zoals cardiovasculair risico preventie onder verantwoordelijkheid van de huisarts Baseert zich op protocollen	Kennis om geprotocolleerde zorg te kunnen bieden Professionalisering en zelfreflectie Evidencebasedpractice Communicatievaardigheiden (motiveringsgesprekken, consultgesprekken) Management en beleid (kennis over huisartsenpraktijk)	HBO of MBO niveau De student met zelf een stageplaats kunnen voorzien Zowel praktijkassistenten als verpleegkundigen	Eenjarig: post-HBO opleiding Tweejarig: voorbereidend traject + post-HBO opleiding	Accreditering voor post-HBO traject Geen BIG registratie als praktijkondersteuner
Verenigd Koninkrijk (10; 21-28)	Nurse practitioner: Algemene geneeskunde Preventie zoals levensstijladviezen en vaccinatieprogramma's Patiënten met chronische ziekten begeleiden	Anamnese, klinisch onderzoek Communicatievaardigheden Correct voorschrijfgedrag Recht en ethiek Evidence based medicine	Opleiding verpleegkunde is verplicht	Gemiddelde duur: 2 jaar (voltijds)	Accreditatie is voorzien voor opleidingen die voldoen aan eisen van royal college of nursing
Canada (10; 21-22; 29-34)	Nurse practitioner: Diagnostiek, medicatie voorschrijven, gezondheidspromotie, ziektepreventie	rol als professional, verantwoordelijkheden en betrouwbaarheid consultatievoering en diagnostiek therapeutisch beleid gezondheidspromotie en preventie	Diploma verpleegkunde is verplicht	1 jaar voltijds, 2 jaar halftijds	Erkenning wordt door de provincies voorzien

Tabel 1: vergelijking opleidingen

Appendix 4: Advies ethisch comité

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Professor Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML10472
LEUVEN, 22 april 2014

MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE Van praktijkverpleegkundige tot preventieverpleegkundige: Ontwikkeling en educatie van een veralgemeend GMD+ protocol. S56591

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 18 april 2014.

De Commissie is van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies heeft de Commissie dan ook geen bezwaar tegen dit onderzoeksproject.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend werd door de gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven.

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

ONS KENMERK ML10472
UW KENMERK
LEUVEN, 22 april 2014

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.
Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.
Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009).
Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient U er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een jaarlijks vorderingsrapport aan de commissie wordt bezorgd.

Tenslotte verzoeken wij U ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van eventuele reden). Gelieve het (al dan niet vroegtijdig) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een Clinical Study Report aan de Commissie te bezorgen.

Met collegiale groeten,

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Prof. B. Aertgeerts

Student
Dr. Eveline Boonen

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw