VERBETERING VAN DE DIABETESZORG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: EEN REVIEW VAN PRAKTIJKVERBETERPROJECTEN GESCHREVEN TUSSEN 2007-2013

FOCUS OP PRAKTIJKONDERSTEUNING

Marckx Joke: UGent

Promotor: Patricia Sunaert: UGent

Co-promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts

Masterproef huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

Abstract 1

Inleiding 2

Onderzoeksmethodiek 4

1. Doelstelling 4

2. Vraagstellingen 4

Gemeenschappelijk luik 4

Individueel luik 4

3. CCM als kader voor de analyse van de PVP-en. 5

4.Methodiek van gegevensverzameling 6

Gemeenschappelijk luik 6

Individueel luik 9

5. Ethiek 9

Resultaten 10

1: Welke PVP-en werden reeds uitgevoerd in het kader van een scriptie over DM II? 10

2: Welke interventies zijn er in deze PVP-en toegepast en bij welke componenten van het CCM sluiten ze aan? 11

..... 12

3: Hebben deze PVP geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de opleidingspraktijken waarin de HAIO's werkten of waarin de HAIO nu werkt? 14

1. Duurzaamheid in de praktijksetting van de praktijkopleider 14

2. Duurzaamheid in de praktijksetting van de HAIO 15

4: Welke masterproeven werden geschreven rond praktijkmanagement (DSD) ? Hebben de masterproeven waarin er gewerkt werd rond DSD geleid tot een wijziging van het beleid? Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren? 16

4.1 Welke masterproeven werden geschreven rond DSD? 16

4.2 Hebben de masterproeven waarin gewerkt werd rond praktijkmanagement geleid tot een wijziging in het beleid? 17

4.3 Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren? 19

5. Wat zegt de literatuur over praktijkverpleegkundigen in de huisartsgeneeskunde? 25

Discussie 27

Sterktes en zwaktes van het onderzoek 28

Eigen praktijk 29

Besluit 29

Bronnen 31

Lijst met afkortingen

DM II: diabetes mellitus II

IDF: International Diabetes Federation

WIV: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

RCT: randomised controlled trial

CCM: Chronic Care Model

PVP: praktijkverbeterproject

HS: Health System

DSD: Delivery System Design

DS: Decision Support

CIS: Clinical Information Systems

SMS: Self-Management Support

CFIR: Consolidating Framework for Research Implementation

CGT: cognitieve gedragstherapie

Abstract

Context

Diabetes Mellitus type 2 (DM II) is een frequent voorkomende chronische aandoening. De huisarts is de coördinator van deze complexe chronische zorg. In de praktijk is er ruimte voor verbetering in de opvolging van de diabetespatiënten. Een geoptimaliseerde opvolging kan ervoor zorgen dat de bestaande richtlijnen en protocols beter kunnen gevolgd worden met als doel een hogere kwaliteit van zorg. Wagner heeft een model ontwikkeld om de zorg voor chronische aandoeningen te verbeteren. Centraal in dit model is een kwalitatieve interactie tussen patiënt en zorgverlener. Verschillende componenten worden voorgesteld in het model om deze interactie te verbeteren.

Onderzoeksvragen

Welke praktijkverbeterprojecten (PVP-en) werden reeds uitgevoerd in het kader van een scriptie over DM II? Welke interventies zijn er in deze PVP-en toegepast en bij welke componenten van het CCM sluiten ze aan? Hebben deze PVP-en geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de opleidingspraktijken waarin de HAIO's werkten of in de praktijk waarin de HAIO nu werkt? Hebben de interventies met als deelaspect CIS geleid tot een wijziging van het beleid? Welk soort interventie wordt toegepast? Wat is de duurzaamheid van de interventies? Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van de interventies?

Methode

Het betreft een review van PVP-en omtrent DM II . Allereerst werd op de ICHO-website een selectie van alle masterproeven over diabetes gemaakt aan de hand van de titel. Nadien werden enkel de PVP-en weerhouden op basis van het doornemen van het abstract. Vervolgens werd de volledige tekst doorgenomen om interventies en de belemmerende en bevorderende factoren te weerhouden. De interventies in de PVP-en werden onderverdeeld op basis van de elementen van het CCM. Ten slotte werden de desbetreffende HAIO en PO telefonisch gecontacteerd om gegevens over duurzaamheid te bekomen.

Resultaten

Er zijn 64 scripties geschreven over DM II tussen 2007 en 2013. 42 hiervan waren PVP-en.
Alle PVP-en bevatten de component beslissingsondersteuning. Veel interventies zijn complex en bevatten meerdere componenten. 21 PVP-en bevatten de component zelfzorgondersteuning, 23 PVP-en de component organisatie van de zorgverlening en 31 PVP-en de component klinische informatiesystemen.
11 van de 37 geïnterviewde PO's hebben het PVP integraal opgenomen in het beleid, in 13 praktijken werd het PVP deels overgenomen. 5 van de 33 geïnterviewde HAIO's hebben het PVP integraal opgenomen in het beleid en 16 HAIO's hebben het PVP deels overgenomen.

Met het oog op DSD als aparte component is de aanwerving van een praktijkverpleegkundige voor de opstart van een diabetesconsultatie een mooi voorbeeld. In vele praktijken waar men een praktijkverpleegkundige inzet, wordt er gemerkt dat er door deze interventie veel meer gescreend wordt naar micro-albuminurie, meer patiënten jaarlijks langs gaan bij de oftalmoloog en endocrinoloog en meer voetcontroles gebeuren. Vooral de financiële impact is een belemmerende factor voor de aanwerving van een praktijkverpleegkundige. Andere interventies waren niet of deels duurzaam. Niet duurzaam is de aanwerving van een diëtiste en het organiseren van groepssessies. Interventies die deels werden overgenomen, waren het oprichten van een diabetesconsultatie en de aanwerving van een praktijkassistente.

Conclusie

Chronische problemen vereisen een andere aanpak dan acute problemen, niet alleen op medisch, maar ook op praktijk organisatorisch vlak. Een model dat vaak gebruikt wordt om aan kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronische patiënten te werken is CCM van Wagner.

Met het oog op DSD als aparte component bleek de aanwerving van een praktijkverpleegkundige duurzaam te zijn. De aanwerving van een diëtiste of het het organiseren van groepssessies bleek niet duurzaam. Deels duurzaam is het oprichten van een diabetesconsultatie en de aanwerving van een praktijkassistente.

Inleiding

Diabetes type 2 (DM II) is een frequent voorkomende pathologie waar mijn bijzondere interesse naar uit gaat. Volgens cijfers uit 2014 van het IDF (International Diabetes Federation) zijn er wereldwijd 387 miljoen diabetespatiënten. Hiervan zijn er 46 % niet gediagnosticeerd. [i]

Volgens de laatste gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) verklaart 5.3 % van de Belgische bevolking te lijden aan DM II. Het gaat dan zowel om type 1 diabetes als DM II. 96 % van de patiënten worden medisch opgevolgd; 93 % neemt medicatie. De prevalentie van DM II stijgt met de leeftijd. In de leeftijdsgroep tussen 15-25 jaar heeft 0.4% diabetes, terwijl dit in de leeftijdsgroep 64-74 jaar al 13 % is. Daarnaast ziet men dat er de laatste jaren veel nieuwe diabetespatiënten bijgekomen zijn. Tussen 1997 en 2013 ziet men een stijging van de prevalentie van 2,7 % naar 5,3 % en bij 65 plussers zelfs van 7,6% naar 13,4%. [ii]

Jaarlijks komen er in België 23500 nieuwe diabetespatiënten bij. Dit komt neer op 2 tot 3 nieuwe diagnoses per jaar in de huisartsenpraktijk. [iii]

De toenemende prevalentie kan verklaard worden door het stijgend probleem van overgewicht en weinig lichaamsbeweging. Daarnaast speelt de vergrijzing een belangrijke rol, alsook het feit dat er steeds betere therapieën op de markt komen, waardoor de levensverwachting verhoogt. Ook het aantal jonge mensen met DM II stijgt. Dit heeft dan weer te maken met de ongezonde voedingsgewoonten bij kinderen en weinig lichaamsbeweging.

Wanneer de diagnose DM II gesteld wordt, heeft dit een grote impact op het leven van de patiënt. Het doel van de behandeling van DM II is het voorkomen van complicaties en het behouden van een goede levenskwaliteit voor de patiënten. Microvasculaire complicaties (retinopathie, neuropathie en nefropathie) en macrovasculaire complicaties (CVA, atherosclerose, AMI) zijn ernstig enhangen samen met een belangrijke morbiditeit en mortaliteit. Om complicaties te voorkomen, is het noodzakelijk om de levensstijl aan te passen. Dit houdt in dat men moet vermageren, gezonder eten, meer moet bewegen en moet stoppen met roken. Om dit te kunnen bewerkstelligen is motivatie zeer belangrijk. De huisarts is de ideale persoon om deze taak op zich te nemen. Niettegenstaande het feit dat de therapietrouw van diabetespatiënten wordt geschat op 40-50 %. [ii] Een goede multidisciplinaire samenwerking is de belangrijkste pijler in de chronische zorg van de diabetespatiënt. Er wordt meestal van de huisarts verwacht dat hij de coördinatie van deze samenwerking op zich neemt.

Chronische problemen vereisen immers een andere aanpak dan acute problemen, niet alleen op medisch, maar ook op praktijk organisatorisch vlak. Huisartsen spelen een belangrijke rol in de zorg voor de diabetespatiënt. Er bestaan reeds verschillende richtlijnen en protocols omtrent chronische zorg op basis van RCT's met als doel een betere kwaliteit van zorg. Het toepassen daarvan is in de dagelijkse praktijk niet vanzelfsprekend zoals wij ook in de huisartspraktijken waar wij werken, ervaren hebben.

Een model dat vaak gebruikt wordt om aan kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronische patiënten te werken is het Chronic Care Model (CCM) van Wagner. Dit model is het uitgangspunt van onze masterproef. Het CCM is niet altijd eenvoudig om toe te passen. Er worden veel moeilijkheden ondervonden bij de implementatie van dit model. Dit heeft vooral te maken met het feit dat er geen richtlijnen zijn over de toepassing van het model. Het identificeren van deze verschillende moeilijkheden bij het implementeren van het model kan bijdragen tot een betere kwaliteit van zorg. [ivvvi]

Wij stootten in de praktijken op een opvolging van de diabetespatiënten waarbij ruimte is voor verbetering. Een geoptimaliseerde opvolging kan ervoor zorgen dat de bestaande richtlijnen en protocols beter kunnen gevolgd worden met als doel hogere kwaliteit van zorg.

Sinds het invoeren van master-na-master (MaNaMa) opleiding huisartsgeneeskunde in het academiejaar 2007-2008 werden er reeds verschillende masterproeven geschreven omtrent DM II en in het bijzonder over de opvolging van diabetespatiënten en de problemen hieromtrent. Deze masterproef is een review van alle voorgaande masterproeven omtrent DM II en werd uitgewerkt door drie huisartsen in opleiding (HAIO): Evelien Cremers (EC), Marieke D'hoop (MD) en Joke Marckx (JM).

Deze masterproef bevat twee delen: een gemeenschappelijk luik en een individueel luik. De doelstelling van het gezamenlijke luik is om een overzicht te maken van de interventies die reeds werden uitgevoerd rond DM II in de PVP's. In het individuele luik is de doelstelling om een overzicht te krijgen van welke interventies duurzaam zijn en welke niet. Wat zijn daarbij de belemmerende en bevorderende factoren?

In het eerste deel, het gemeenschappelijk luik hebben we alle drie gekeken naar de masterproeven over de opvolging van diabetespatiënten met het CCM als leidraad. We kunnen de masterproeven opdelen volgens de verschillende componenten van het CCM. Het optimaliseren van het gebruik van

het EMD in de praktijk, het verbeteren van het praktijkmanagement of het zelfmanagement van de patiënt ondersteunen.

In het 2e deel, het individuele luik focus ik mij op de component van de organisatie van de zorgverlening. Voor de component van de klinische informatiesystemen verwijs ik naar de masterproef van EC. [vii] Voor de component van zelfzorgondersteuning verwijs ik naar de masterproef van MD. [viii]

Onderzoeksmethodiek

1. Doelstelling

De doelstelling van het gemeenschappelijk luik is om een overzicht te maken van de interventies die reeds werden uitgevoerd in de PVP-en rond DM II in het kader van een scriptie, geschreven voor de master-na-master (MaNaMa) opleiding huisartsgeneeskunde. De doelstelling van het individueel luik is een overzicht te krijgen over de verschillende interventies met als component DSD en wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren? Zijn er conclusies die kunnen worden doorgetrokken naar de eigen praktijk of nog ruimer, naar praktijken die geen zo een dergelijk project hebben?

De analyse van de verschillende interventies en duurzaamheid van de interventies zal tot inzichten leiden om de opvolging in de eigen praktijk aan te passen.

2. Vraagstellingen

Gemeenschappelijk luik

1. Welke PVP-en werden reeds uitgevoerd in het kader van een scriptie over DM II?
2. Welke interventies zijn er in deze PVP-en toegepast en bij welke componenten van het CCM sluiten ze aan?
3. Hebben deze PVP-en geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de opleidingspraktijken waarin de HAIO's werkten of in de praktijk waarin de HAIO nu werkt?

Individueel luik

4. Hebben de masterproeven/interventiesmet als deelaspect Delivery system design (DSD) geleid tot een wijziging van het beleid? Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie ervan?

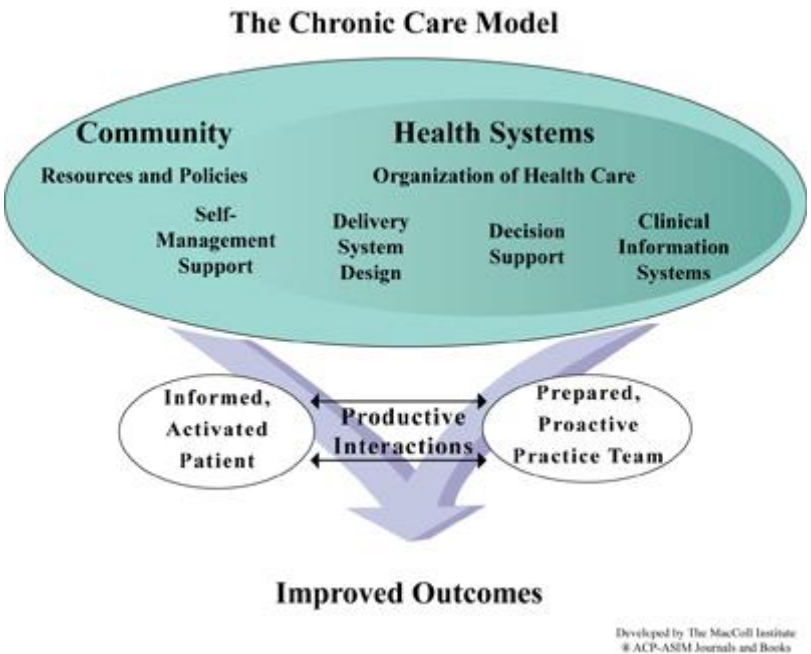
5. Vraagstelling literatuuronderzoek : Wat zegt de literatuur over een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk?

3. CCM als kader voor de analyse van de PVP-en.

In 1998 ontwierp Wagner een model voor een betere aanpak van de zorg voor chronische patiënten. [vii] Verschillende studies wezen op een bestaande zorg die ontoereikend was voor chronische patiënten waarbij bewezen therapieën onvoldoende werden uitgevoerd en de chronische patiënten zelf hun ontevredenheid lieten blijken. [ix]

Andere studies onderzochten het effect van gespecialiseerde zorgprogramma's voor chronische aandoeningen en vonden hierbij een beter resultaat dan bij de bestaande zorg.
Er was (en is) duidelijk een hoge nood aan verandering van de chronische zorg. Wagner stelt dat kostenreductie hierbij niet het belangrijkste doel is.
Wanneer de focus ligt op het behandelen van exacerbaties en verminderen van hospitalisaties (en zo reductie van de kosten), is dit slechts van toepassing op een klein percentage van de patiënten met een chronische aandoening. Beter zou zijn om alle patiënten met een bepaalde aandoening, met eender welke "graad" van aandoening, te includeren in zorgprogramma's. Hierdoor bereik je ook veel patiënten die nu niet verantwoordelijk zijn voor grote kosten (door bvb hospitalisatie) maar wel risico hebben dit later te zijn. [x] Verder is er gezien dat iedereen met een chronische aandoening (zowel laag-risico als hoog-risico) baat heeft bij een periodieke controle.

Rekening houdend met deze factoren heeft Wagner een model ontwikkeld om de zorg voor chronische aandoeningen te verbeteren. Centraal in dit model is een kwalitatieve interactie tussen patiënt en zorgverlener. Verschillende elementen worden voorgesteld om deze interactie te verbeteren: [xi]



Gezondheidszorgsysteem (Health system, HS) :

Een gezondheidszorgsysteem met een gestructureerde organisatie dat duidelijke doelen en strategieën vooropstelt om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

Organisatie van de zorgverlening (Delivery System Design, DSD):

Een verdeling van de taken tussen de zorgverleners en vooraf bepaalde interacties en follow-up tussen de zorgverleners en de chronische patiënten. Er wordt rekening gehouden met de (culturele) achtergrond van de patiënt zodanig dat de patiënt de zorg die geleverd wordt, op deze achtergrond wordt afgestemd en de patiënt het begrijpt.

Beslissingsondersteuning (Decision Support, DS):

Implementeren van evidence- based richtlijnen in combinatie met de expertise van specialisten. Zorgverleners moeten hierover adequaat worden opgeleid en deze richtlijnen en informatie wordt dan gedeeld met de patiënt om hun participatie te verbeteren.

Klinische informatiesystemen (Clinical Information Systems, CIS):

Organisatie van de relevante data met een gestructureerde registratie van de gegevens. Een informaticasysteem dat het mogelijk maakt om deze informatie eenvoudig op te vragen, delen, tijdig herinneringen rond te sturen.

Zelfzorgondersteuning (Self-Management support, SMS):

De patiënten bewust maken van hun eigen centrale rol in de zorg voor hun gezondheid. Informatie en uitgebreide ondersteuning geven om ze op deze manier aan te moedigen om zelf hun verantwoordelijkheid op te nemen en dit ook op praktische wijze mogelijk te maken.

De gemeenschap (Community):

Vorm organisaties die interventies organiseren om de chronische zorg te optimaliseren, ontwikkelen en promoten en stimuleer patiënten om deel te nemen aan dit soort van initiatieven.

4.Methodiek van gegevensverzameling

Gemeenschappelijk luik

De methodiek wordt hieronder beschreven per vraagstelling.

Vraagstelling 1: Welke PVP-en werden reeds uitgevoerd in het kader van een scriptie over DM II?

Via de ICHO-website [www.icho-info.be/masterproeven] werden de titels van alle scripties, afgewerkt vanaf het academiejaar 2007-2008 (eerste jaar waarin scripties werden afgewerkt in het kader van de MaNaMa opleiding huisartsgeneeskunde) tot 2012-2013 bekeken. Het ICHO bevestigde via e-mail dat alle scripties op hun website vermeld staan. Op basis van de titels werden alle scripties omtrent DM II geselecteerd. Dit gebeurde door de drie auteurs afzonderlijk om geen enkele scriptie over het hoofd te zien (bijlage 1).

Op basis van het abstract van de geselecteerde scripties werden de scripties die handelen over een PVP geselecteerd. Hiervoor werd een registratieformulier (bijlage 2) opgesteld. Het eerste derde van de titels werd door JM bekeken (nrs 1 t.e.m. 21), het tweede derde door EC (nrs 22 t.e.m. 42) en het laatste derde door MD (nrs 43 t.e.m. 64). Bij twijfel over het type project werd overlegd tussen de drie auteurs.

Vraagstelling 2: Welke interventies zijn er in deze PVP toegepast en bij welke componenten van het CCM sluiten ze aan?

Om een antwoord te formuleren op vraagstelling 2 werd vervolgens de volledige tekst van descripties die handelen over een PVP opgevraagd. Een aantal scripties zijn digitaal beschikbaar via de ICHO website en werden dan ook op deze manier bekomen (n=26). Bij Marieke waren dit er 11 van de 15, bij Joke 10 van de 14 en bij Evelien 5 van de 15.

Voor de andere scripties werd contact opgenomen met de auteurs van descripties. Slechts 1 scriptie werd niet verkregen omdat de auteur nu in het buitenland werkt en er geen contactgegevens gevonden werden.

Op basis van het doornemen van de volledige tekst van de scripties werden nog drie scripties uit de selectie uitgesloten omdat het beschrijvende onderzoeken zijn i.p.v. PVP's (4, 28 en 29). Op deze manier bleven er uiteindelijk 42 PVP over.

Op basis van de informatie in de volledige tekst werden de interventies beschreven volgens de componenten van het CCM waarbij ze aansluiten. Dit gebeurde aan de hand van een gedetailleerd registratieformulier (zie bijlage 3).

Dit registratieformulier bevat volgende elementen:

a. Wat is de inhoud van de interventie?

b. Bij welke componenten van het CCM sluiten de interventies aan?

c. Wat zijn de factoren die de implementatie van de interventie bevorderen?

d. Welke zijn de factoren die de implementatie van de interventie belemmeren?

De resultaten van c en d werden geregistreerd in het gezamenlijke registratieformulier maar worden per component van het CCM besproken bij de resultaten van vraagstelling 4.

De registratieformulieren van de verschillende PVP-en worden door de drie auteurs bijgehouden en kunnen opgevraagd worden.

MD las de scripties 1 tot en met 20 na, waarvan 14 PVP; JM de scripties 21 tot en met 42 waarvan 14 PVP; EC de scripties 43 tot en met 64, waarvan 14 PVP.

Vraagstelling 3: Hebben deze PVP geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de opleidingspraktijken waarin de HAIO's werkten of waarin de HAIO nu werkt?

In de periode begint oktober 2014 tot eind november 2014 werden de praktijken waarin de PVP-en plaatsvonden gecontacteerd. We namen telefonisch contact op met de praktijkopleiders die de interventie mee begeleid hebben. Als de praktijkopleider niet meer werkte op die praktijk werd indien mogelijk een andere arts uit de opleidingspraktijk gecontacteerd.

Daarnaast werden ook de HAIO's telefonisch gecontacteerd om te bevragen wat ze uit hun PVP meegenomen hebben naar hun huidige praktijk.

De bevraging gebeurde semigestructureerd aan de hand van volgende vragen:

a) Hoe worden de DM II patiënten nu opgevolgd in de praktijk?
b) Onder welke vorm wordt de interventie in het PVP nog toegepast?
    a. Op het vlak van de klinische informatiesystemen?
    b. Op het vlak van het praktijkfunctioneren?
    c. Wat was de invloed van de interventie op het zelfmanagement van de patiënten?
c) Is de interventie eventueel aangepast en wat is de reden voor de aanpassing?
d) Indien de interventie niet meer wordt toegepast, wat is de reden hiervoor?
e) Hoe werd het PVP ervaren?

De resultaten over de duurzaamheid van de interventies in de PVP-en worden in detail besproken in de individuele luiken van de drie masterproeven per gekozen component (zie vraagstelling 4).

Individueel luik

Vraagstelling 4: Hebben de masterproeven/interventies met als deelaspect DSD geleid tot een wijziging van het beleid? Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie ervan?

EC heeft de interviews van alle PVP over CIS gelezen, MD van de PVP over SMS en JM van de PVP over DSD.

Eerst werden de PVP nog verder ingedeeld per soort interventie en de verschillende soorten interventies beschreven.

Dan werd in de interviews gezocht naar een antwoord op de vraag of het project volledig/deels of niet is overgenomen, met andere woorden wat de duurzaamheid is van het PVP en wat de bevorderende en belemmerende factoren waren bij de implementatie ervan.

Vraagstelling 5: vraag voor literatuuronderzoek

Er werd gezocht naar de meest relevante richtlijnen waaronder Domus Medica, NHG, ADA, NICE, SIGN, KCE reports en Minerva. Ook werd de online database Pubmed geraadpleegd om een overzicht te krijgen van de meest recente reviews. Hierbij werden de deze voornaamste zoektermen gecombineerd:

Nurse practicioner, practice assistent, primary care, general practitioner, diabetes.

De gebruikte limieten waren enkel artikels na 2010, enkel abstract aanwezig, artikels in het Engels. Er werd bij de keuze van de artikels zoveel mogelijk getracht een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de diabeteszorg en de rol van een praktijkverpleegkundige.

5. Ethiek

We dienden een verzoek in tot advies van het Ethisch Comité betreffende een onderzoeksproject bij de mens in het kader van de master-na-master huisartsgeneeskunde voor april 2014. Op 8 mei 2014 ontvingen we een gunstig advies. (zie bijlage)

Resultaten

1: Welke PVP-en werden reeds uitgevoerd in het kader van een scriptie over DM II?

Op basis van de titel werden over de periode 2007-2008 en 2012-2013 64 scripties over DM II geselecteerd (bijlage 1). Het aantal scripties over DMII gaat in de beginjaren in stijgende lijn. In 2010-2011 zagen we een dip in het aantal scripties rond DMII, om nadien weer te stijgen. In 2012-2013 daalt de verhouding weer. (zie tabel 1)

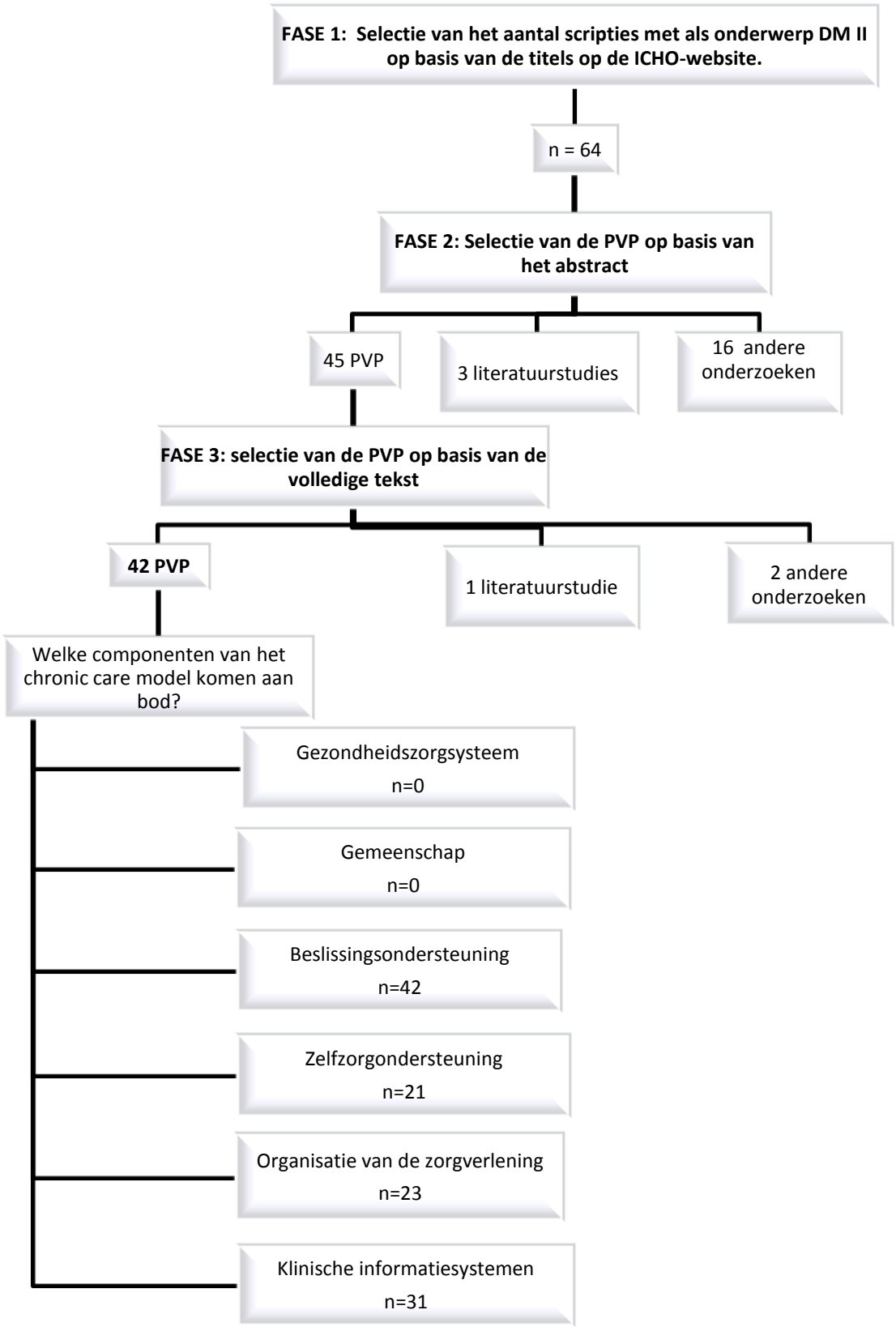
Tabel 1: Scripties met als onderwerp DMII

Academiejaar	**Aantal masterproeven rond DM II**	**Totaal aantal masterproeven**	**Procentueel (in %)**
2007-2008	9	81	11
2008-2009	10	133	7.5
2009-2010	12	113	10.6
2010-2011	5	138	3.6
2011-2012	16	177	9.0
2012-2013	12	211	5.7

Op basis van de abstracts werden 45 scripties geselecteerd die handelen over een PVP en werden 19 scripties geëxcludeerd. Van deze 19 scripties waren er 3 literatuurstudies en 16 andere onderzoeken.

Op basis van het doornemen van de volledige tekst van de scripties werden nog drie scripties uit de selectie uitgesloten. Eén van deze scripties was bij nader inzien een literatuurstudie (28), de andere twee waren andere onderzoeken (4 en 29) Op deze manier bleven er uiteindelijk 42 PVP-en over voor verdere analyse. (zie bijlage 4)

2: Welke interventies zijn er in deze PVP-en toegepast en bij welke componenten van het CCM sluiten ze aan?


FASE 1: Selectie van het aantal scripties met als onderwerp DM II op basis van de titels op de ICHO-website.
n = 64
FASE 2: Selectie van de PVP op basis van het abstract
45 PVP
3 literatuurstudies
16 andere onderzoeken
FASE 3: selectie van de PVP op basis van de volledige tekst
42 PVP
1 literatuurstudie
2 andere onderzoeken
Welke componenten van het chronic care model komen aan bod?
Gezondheidszorgsysteem
n=0
Gemeenschap
n=0
Beslissingsondersteuning
n=42
Zelfzorgondersteuning
n=21
Organisatie van de zorgverlening
n=23
Klinische informatiesystemen
n=31

De scripties die in deze masterproef in aanmerking genomen worden handelen allen over PVP-en in huisartspraktijken in de Belgische zorgcontext. Zoals de naam reeds zegt gaat het om praktijk-verbeterprojecten. Als gevolg hiervan zijn er geen scripties die interventies opstarten die het gezondheidszorgsysteem of de gemeenschap omvatten.

Een productieve interactie tussen een geïnformeerde, geactiveerde patiënt en een voorbereid en proactief praktijkteam is noodzakelijk om tot een verbeterde uitkomst te komen. Deze interactie kan slechts tot stand komen als de verschillende elementen van het chronic care model op elkaar worden afgestemd. Hieruit volgt dat de meeste interventies complex zijn en meer dan één component van het CCM omvatten. Dit is het geval bij 41 van de 42 PVP-en.

In geen enkel PVP komen de componenten het gezondheidszorgsysteem (Health System) en de gemeenschap (the community) aan bod. De interventies bevatten wel de componenten beslissingsondersteuning (DS), organisatie van de zorgverlening (DSD), zelfzorgondersteuning (SMS) en klinische informatiesystemen (CIS).

De component DS komt in alle 42 PVP-en aan bod. Alle masterproeven baseerden zich op de richtlijn van Domus Medica, en daarnaast werden ook vaak internationale richtlijnen zoals de NHG standaarden, de NICE richtlijn en de richtlijn van de American Diabetes Association geraadpleegd.

De componenten die in de 41 complexe interventies aan bod komen zijn dus DS samen met CIS en/of DSD en/of SMS. Bij 31 van deze 42 interventies komen de componenten DS en CIS samen voor, al dan niet gecombineerd met SMS en/of DSD. Negen van de 42 interventies bevatten zowel DS,CIS, DSD als SMS.

De component DS komt in alle 42 PVP-en aan bod. Alle PVP-en baseren hun interventies namelijk op bestaande richtlijnen. Er is slechts één PVP waar enkel DS aan bod komt (2).

21 interventies sluiten aan bij SMS (8, 11, 15, 16, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 34, 42, 44, 48, 55, 56, 57, 59, 61, 64). Daarnaast zijn er 23 interventies die aansluiten bij DSD (5, 7, 8, 11, 14, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 26, 34, 42, 44, 48, 53, 56, 57, 58, 61, 63, 64). Ten slotte kunnen we stellen dat 31 interventies tot de component CIS behoren (1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 33, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 50, 51, 55, 58, 64). (Zie tabel 2)

16 PVP-en handelen over twee componenten van het CCM, waaronder dus telkens DS. Bij twee van deze 16 komt ook DSD aan bod, bij twee PVP naast DS ook SMS en 12 PVP sluiten zowel bij DS als CIS aan.

Bij 16 PVP-en komen drie componenten van het CCM aan bod. Tien van deze 16 PVP-en handelen zowel over DS en CIS. Bij vier van deze tien komt SMS aan bod en bij de andere zes DSD. Zes PVP-en sluiten bij DS, SMS en DSD aan .

Negen PVP-en hebben de meest complexe interventies die zowel bij DS, DSD, CIS en SMS aansluiten.

Tabel 2: PVP-en ifv de componenten van het CCM

Aantal componenten van het CCM	**Aantal PVP**	**Welke componenten komen aan bod?**	
		Aantal PVP	**CCM componenten**
1	1		DS
2	16	2	DS + DSD
		2	DS + SMS
		12	DS + CIS
3	16	10	DS + CIS + 1 ander
		4	DS + CIS + SMS
		6	DS + CIS + DSD
		6	DS + SMS + DSD
4	9		DS + DSD + CIS + SMS

3: Hebben deze PVP geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de opleidingspraktijken waarin de HAIO's werkten of waarin de HAIO nu werkt?

1. Duurzaamheid in de praktijksetting van de praktijkopleider

Van de 42 praktijkopleiders (PO's) werden er 37 geïnterviewd. De 5 anderen werden niet geïnterviewd omwille van volgende redenen: met pensioen (42), geen contactgegevens kunnen bemachtigen (26,48), niet kunnen bereiken (15).

11 van de 37 geïnterviewde praktijkopleiders hebben het PVP geïmplementeerd in hun beleid. In de meerderheid werden de projecten dus slechts deels of niet overgenomen.
Dit kan verklaard worden doordat er in meerdere projecten een combinatie van interventies werd toegepast en in de interviews werd aangegeven dat er soms te veel moest veranderd worden waardoor het moeilijk was om na afloop van het PVP de veranderingen vol te houden.
Een tweede belangrijke reden was omdat de HAIO niet meer in de praktijk werkte/er geen nieuwe HAIO was aangenomen waardoor de motivatie om aanpassingen door te voeren verminderde. Dit was een factor die in vele interviews met PO's naar voor kwam, de aanwezigheid van een HAIO vergroot de motivatie tot verandering/vernieuwing.
Een derde verklaring is dat het EMD gewijzigd was en vb. de diabetesmodule niet meer kon toegepast worden of de manier van registratie opnieuw gewijzigd was. De PO's gaven soms te kennen dat zij het project wel zouden verdergezet hebben indien het EMD niet gewijzigd was.

Dit zijn cijfers over de duurzaamheid van de volledige PVP-en. Zeer dikwijls hebben de PVP-en wel een duurzaam effect gehad doordat er een deel van het PVP werd verdergezet of overgenomen. Deze zijn niet meegeteld in de cijfers over de duurzaamheid van het volledige project. In 13 praktijken is een deel van de interventie opgenomen in het beleid. Dit wordt uitgebreider besproken per component bij vraagstelling 4.

2. Duurzaamheid in de praktijksetting van de HAIO

33 van de 42 HAIO's werden geïnterviewd. Van de negen overigen werd geen interview afgenomen om volgende redenen: geen contactgegevens teruggevonden (nrs 26 en 48), niet te bereiken (nr 9), niet meer als huisarts werkzaam (27, 42) en verblijf in het buitenland (10, 11, 51, 61).

Van de 33 interviews waren er vijf HAIO'S waar het project nog in zijn volledige versie werd toegepast en duurzaam is gebleken. Twee HAIO's zijn in dezelfde praktijk blijven werken en hebben het PVP in zijn geheel verdergezet, drie anderen zijn veranderd van praktijk en hebben hun project integraal overgenomen in hun huidige praktijk. 16 HAIO's hebben is een deel van de interventie opgenomen in het beleid (waarvan er 3 in dezelfde praktijk zijn blijven werken). Dit wordt uitgebreider besproken per component bij vraagstelling 4.

De verklaringen voor deze lage score loopt gelijk met die van de PO's: combinatie van teveel interventies, veranderd van praktijk en de nieuwe collega's zijn er zich minder van bewust/minder

gemotiveerd doordat zij niet aan PVP hebben deelgenomen, nieuw EMD. Sommige HAIO's zijn in een praktijk terechtgekomen waar een volledig ander beleid wordt toegepast waardoor het PVP niet implementeerbaar was.

4: Welke masterproeven werden geschreven rond praktijkmanagement (DSD) ? Hebben de masterproeven waarin er gewerkt werd rond DSD geleid tot een wijziging van het beleid? Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren?

4.1 Welke masterproeven werden geschreven rond DSD?

Er werden 22 PVP's geschreven waarin DSD een grote rol speelt. (5, 7,8,11, 14,15,17,21,22,23,24,26,34,42,44,48,53,56,58,61,63,64). (zie tabel 3) In al deze PVP's komt ook de component DS voor.

Tabel 3: PVP's met de component DSD

Nummer	Titel
5	Implementatie van de aanbeveling over rookstopbegeleiding bij diabetes mellitus type 2 patiënten
7	Evaluatie van de diabeteszorg bij diabetes mellitus type 2 patiënten in de huisartspraktijk: een praktijkverbeterend project.
8	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
11	Praktijkproject: gestandaardiseerde diabeteszorg
14	Implementeren zorgtraject diabetes in de huisartsenpraktijk.
15	Optimaliseren van de samenwerking tussen de huisarts en de diëtiste voor type 2 diabetespatiënten
17	Kwaliteit en organisatie van de follow-up van Diabetes Mellitus type 2 in het Elektronisch Medisch Dossier
21	Implementatie van de "Aanbeveling DM type 2" en het "Zorgtraject DM" in een WGC
22	Op zoek naar de kandidaten voor een zorgtraject diabetes mellitus type 2 onder de patiënten van huisartsenpraktijk Lourdes aan de hand van het elektronisch medisch

	dossier.
23	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
24	Kwaliteit van diabeteszorg bij patiënten met diabetes mellitus type 2: verbeterproject rond micro-albuminurie
26	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
34	Groepseducatie bij slecht geregelde diabetes type 2 patiënten uit de lagere sociale klasse: implementeerbaar in de huisartsenpraktijk?
42	De diabetespas als hulpmiddel om "patient empowerment" te verhogen.
44	Nemen medicamenteus behandelde Diabetes Mellitus type II patiënten een statine? Een praktijkverbeterend project
48	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
53	Substitution of doctors by nurses in diabetes care. A pilot study in a primary care clinic.
56	Is het mogelijk om bij diabetes type-II patiënten een substantieel gewichtsverlies te verkrijgen in de dagelijkse huisartspraktijk?
58	Onderzoeksproject: het implementeren van verpleegkundige hulp in de praktijk: een meerwaarde voor de diabetesopvolging?
61	Diabetes Mellitus Type II bij allochtonen: "informatie op maat"
63	Invoering van een specifieke diabetes consultatie in een rurale praktijk
64	Ontwikkeling van een model voor het organiseren van eens pecifieke raadpleging voor een chronische aandoening in de eerste lijn, in casu diabetes type 2

In 16 van de 22 PVP's vinden we de combinatie terug tussen DSD en CIS. Deze combinatie komt het meest voor. We zien ook de combinatie met SMS, maar deze is minder frequent, 13 keer.

9 PVP's bevatten de 3 componenten samen.

4.2 Hebben de masterproeven waarin gewerkt werd rond praktijkmanagement geleid tot een wijziging in het beleid?

Er zijn 5 praktijken waar de interventie rond DSD nog volledig wordt toegepast. (7,11,15,53,58) Er is hier een duurzame verandering gebeurd. In 4 praktijken wordt de interventie nog deels toegepast,

maar niet volledig. (14,17,21,34) De overige 13 praktijken passen de interventie rond DSD niet meer toe. (5,8,22,23,24,26,42,44,48,56,61,63,64)

Bij de duurzame interventies zien we 3 maal de aanwerving van een praktijkverpleegkundige (11,53,58), 2 maal de aanwerving van een praktijkassistente (7, 11) en 3 maal de opzet van een diabetesconsultatie, waarvan er 2 met praktijkverpleegkundige (6,11,58). Eenmalig gaat het om de aanwerving van een diëtiste. (15)

Studie 58: Onderzoeksproject: het implementeren van verpleegkundige hulp in de praktijk: een meerwaarde voor de diabetesopvolging? (Van De Walle Sofie)

> Een voorbeeld van een duurzame interventie is studie 58 met de aanwerving van een praktijkverpleegkundige. De bedoeling was om de zorg voor diabetespatiënten binnen de praktijk te optimaliseren via de implementatie van een praktijkverpleegkundige en dit aan de hand van een structureel diabetesconsult. Voor dit diabetesconsult werd ook een specifieke module in Health One ontwikkeld. De consultatie verliep aan de hand van de diabetespas en het elektronisch dossier. Bij elk consult werd er nagegaan of de patiënt een diabetespas had en zo niet werd de diabetespas aangevraagd. Het opvolgformulier van de diabetespas werd bij elke consultatie systematisch aangevuld, waarbij verschillende aspecten aan bod kwamen o.a. gewichtscontrole, opsporen van sedentair gedrag, bloeddrukcontrole, voetonderzoek, laboratorium controle en doorverwijzing naar de oogarts. De patiënten werden steeds bevraagd naar hun laatste raadpleging bij de oogarts of naar wanneer deze gepland stond. De verpleegkundige gaf bij elk consult een verwijsbrief voor de oogarts mee, om zo het contact met de tweede lijn te verbeteren. Na de consultatie bij de verpleegkundige zou er steeds één week nadien een vervolgconsult gemaakt worden bij de arts voor het bespreken van de resultaten, voor verdere controle indien nodig en voor het verlengen van medicatievoorschriften.

Tot de niet duurzame interventies behoren groepsessies (8,14,34), oprichten van diabetesconsultaties zonder praktijkverpleegkundige (63,64), aanwerven van een diëtiste (21,22,56), rookstopbegeleiding (5), aanbieden van medisch materiaal zoals urinepotjes, stappentellers en anderstalige brochures (23,24,61), opstellen van praktijkrichtlijnen (17) en telefonische oproepen naar patiënten (44).

Studie 24: Kwaliteit van diabeteszorg bij patiënten met diabetes mellitus type 2: verbeterproject rond micro-albuminurie (Degrave stijn)

In masterproef 24 werd een verbeterproject met betrekking tot micro-albuminurie georganiseerd. Het was de bedoeling om zowel bij de arts als de patiënt een verhoogde waakzaamheid te bekomen voor micro-albuminurie. Dit werd bekomen met het ter beschikking stellen van urinepotjes, het rondsturen van een verwittigingsbrief naar de patiënt en een verwittiging in het EMD.

Deze laatste interventies zijn niet duurzaam geweest, maar dit wil niet zeggen dat er vandaag in deze praktijken geen andere wijzigingen in het beleid zijn toegepast. Tot de wijzigingen die men deels toepast zien we dat het oprichten van een diabetesconsultatie behouden blijft. In tegenstelling tot de aanwerving van een diëtiste en het organiseren van de groepssessies. (14,21) Ook de aanwerving van een secretaresse bleef behouden. (34) Bij masterproef 17 werden er praktijkrichtlijnen opgericht over diabetes. Deze werden behouden, want er is een vervolgthesis op gebaseerd over het preventiedossier.

Studie 14: Implementeren zorgtraject diabetes in de huisartsenpraktijk. (De Decker Sarah)

In masterproef 14 organiseerde de auteur zowel groepsgesprekken met artsen als met patiënten om knelpunten en kennis omtrent DM in kaart te brengen. Dit gebeurde aan de hand van focusgroepen. Deze groepsgesprekken duurden 1.5 tot 2 uur. Hierbij kregen de deelnemers de kans om hun persoonlijke mening en ervaringen te delen. De bedoeling was om deze focusgroepen te blijven herhalen om de kennis van de patiënt zoveel mogelijk te behouden. Daarnaast werd er een diabetesraadpleging op poten gezet in samenwerking met de praktijkverpleegkundige. Zij deed het eerste deel van de consultatie waarbij zij de registratie deed van risicofactoren, bloedafnames, ecg en uitleg gaf over het dieet. Nadien kwam de patiënt bij de arts voor de bespreking van de bloedresultaten en verdere medische uitleg.

4.3 Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren?

4.3.1 Praktijkverpleegkundige en diabetesconsultatie

Sommige praktijken nemen een praktijkverpleegkundige aan. Deze wordt dan vaak gebruikt om een diabetesconsultatie op te starten. Vaak doet zij de bloedafnames en registreert ze alle risicofactoren in het EMD. Ze geeft uitleg over DM II en over de complicaties, alsook over diabetespas en eventueel over het zorgtraject. In vele praktijken wordt er gemerkt dat er door deze interventie veel meer gescreend wordt naar micro-albuminurie, meer patiënten jaarlijks langs gaan bij de oftalmoloog en endocrinoloog en meer voetcontroles gebeuren. Op bloeddruk en HbA1c ziet men minder effect. Artsen hebben vaak niet de tijd om al deze risicofactoren na te vragen. Hiervoor is een praktijkverpleegkundige zeer geschikt. Bovendien kan zij meer tijd maken voor de patiënten. Men ziet dat hierdoor de patiënten meer tevreden zijn, wat hen dus ook motiveert in hun behandeling. Daarnaast worden de patiënten meer bewust gemaakt van hun ziekte, want er zijn meerdere zorgverleners bekommerd om hun gezondheid. Ze beseffen zo ook dat er veel tijd kruipt in de diabetesopvolging en dat de arts dit niet allemaal in 1 consultatie kan doen. Dit leidt ook weer tot beter gemotiveerde patiënten. (11, 15)

Wel moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden over wat wel en wat niet tot het takenpakket van de praktijkverpleegkundige behoort. Zij is er immers om de arts te ontlasten, niet om zijn taak over te nemen. De arts blijft de eindverantwoordelijke. Arts en verpleegkundige moeten dus enkele keren per jaar samenzitten om te overleggen en dit kost ook tijd. Als de praktijkverpleegkundige eveneens wil fungeren voor diabeteseducator, heeft ze een bijkomende opleiding nodig. (58)

Voor de patiënt betekent het soms dat hij meerdere malen op consultatie moet komen. Eerst bij de verpleegkundige voor de bloedafname en enkele dagen nadien bij de arts. Voor sommige patiënten is dit moeilijk haalbaar. Dit zou geen nadeel mogen zijn, want meestal zijn deze consultaties gratis. Natuurlijk is het nog steeds de verantwoordelijkheid van de patiënt om op consultatie te komen. Wanneer de patiënt niet gemotiveerd is, kan een verpleegkundige ook weinig doen. Daarnaast hangt er een prijskaartje aan een praktijkverpleegkundige, waardoor vele artsen een goede hulp moeten afwijzen. Er bestaat nochtans een tegemoetkoming van de overheid om deze financiële drempel te verlagen, Impulseo II.

Wanneer een diabetesconsultatie wordt georganiseerd zonder praktijkverpleegkundige zien we dat het niet gaat om een duurzame verandering. De meest belemmerende factor is tijdsgebrek bij de arts. Deze heeft meer dan enkel diabetespatiënten waardoor hij weinig tijd kan vrijmaken om alle risicofactoren te bevragen en dan nog de medische handelingen moet stellen. Vaak zoekt de arts dan contact met de diabeteseducator om de patiënten toch jaarlijks naar door te verwijzen. Soms wordt de consultatie ook samen gedaan in het kader van een diabetesconsultatie.

Daarnaast zijn er vele praktijken waar de accommodatie geen diabetesconsultatie toelaat omwille van het feit dat er geen plaats is voor een praktijkverpleegkundige. Dit zien we vaak bij solo- en duopraktijken.

Artsen vermelden vaak het gebrek aan motivatie en aan kennis van de ziekte bij de patiënten.

4.3.2 Praktijkassistente

Een praktijkassistente of een secretaresse kan een grote hulp betekenen bij de opvolging van diabetespatiënten. Zij kan systematisch consultaties inplannen. Op die manier worden patiënten systematisch om de 3 maanden gezien door de arts. Wanneer patiënten niet op consultatie komen, wordt zij vaak ingeschakeld om hen op te bellen of om hen een oproepingsbrief te sturen of te mailen voor een opvolgconsultatie. Het blijft natuurlijk de verantwoordelijkheid van de patiënt om op consultatie te komen. Niet alle praktijkassistentes worden ingezet in de administratie van diabetespatiënten. (7)

4.3.3 Diëtiste

In de PVP's waar een diëtiste wordt aangeworven, zien we dat deze aanvankelijk goed wordt gebruikt en dat er routinematige doorverwijzing gebeurt. Wanneer het project afgelopen is, is deze doorverwijzing vaak afgelopen. We zien geen duurzaamheid in deze projecten. We kunnen de belemmerende factoren opsplitsen in de artsgebonden en de patiëntgebonden factoren.

Artsen zijn vaak niet voldoende opgeleid om motiverende gesprekken te voeren. Wanneer ze weerstand voelen van de patiënt kiezen ze meestal de gemakkelijkste weg. Ze zijn vaak ook te weinig opgeleid over dieetleer, waardoor ze weinig weten over de voedingswetten bij diabetes. Vaak is er ook tijdsgebrek om alles in 1 consult te doen. In 1 consultatie wordt de medische kant van de zaak geprefereerd door de arts. Het beheer van de diabetespas en het zorgtraject is tijdrovend. Het kost ook tijd om een doorverwijsbrief naar de diëtist te sturen. Daarnaast ondervinden artsen vaak een culturele invloed. Allochtonen of mensen met een andere culturele achtergrond hebben andere voedingsgewoonten. Het is moeilijk om hierin andere structuur aan te brengen. Daarnaast spelen vooroordelen ook vaak een rol. Vooral obesen moeten het vaak ontgelden. Vanuit de overheid gaat

er te weinig aandacht naar levensstijladvies. Er is ook te weinig terugbetaling voor een consultatie bij een diëtiste. 2x 30 minuten bij een diabetespas is veel te weinig, zeker in het eerste jaar. Ten slotte is er vaak een gebrek aan multidisciplinaire samenwerking. Het aanbod is vaak groot en dan is er gevaar voor goede samenwerking. 1 arts haalt een ander probleem aan. Het project werkt steeds goed als de HAIO aanwezig is, maar zodra deze wegvalt, is er tijdsgebrek en ontbreekt het aan verderzetting van het project. (15, 21, 22, 56)

Vaak wordt de diëtiste 1 dag of zelfs een halve dag aangeworven. Velen zien dit niet zitten, wegens niet rendabel.

Patiënten hebben vaak geen interesse om hun dieet aan te passen. Ze zijn vaak weinig gemotiveerd. Een laag opleidingsniveau kan hier soms de oorzaak van zijn. Er is eveneens her probleem van behoud van gedragsverandering. Vele patiënten hervallen gemakkelijk in hun oude 3-levensgewoonten. Daarnaast zijn raadplegingen bij een diëtiste vaak duur voor de patiënt . Er is gewoon te weinig terugbetaling.

4.3.4 Ter beschikking stellen van medisch materiaal

We zien dat deze interventie niet duurzaam is. Enkele artsen suggereren wel dat het meegeven van materiaal in de toekomst meer doet nadenken over het onderwerp. Er wordt wel aangeraden om de levensstijl aan te passen, maar dan zonder het meegeven van bv een stappenteller. Positief aan de methode van de stappenteller is dat je rechtstreeks feedback krijgt over het aantal stappen en dus over het beweeggedrag van de patiënt. (23)

Vele artsen geven medicatie mee voor 3 maanden aan de diabetespatiënt. Op die manier wordt bekomen dat de patiënten wel moeten terugkeren op consultatie.

Vaak ontbreekt het aan goede organisatie in de praktijk. Daarnaast is men vaak vergeetachtig. Artsen leggen de verantwoordelijkheid bij de patiënt om eens een potje ochtendurine mee te brengen in plaats van zelf urinepotjes ter beschikking te stellen. (24)

Bij 1 PVP werden brochures in het Arabisch en Turks meegegeven. Wanneer de HAIO vertrok, werd deze interventie niet meer toegepast. De HAIO is dus een noodzakelijke schakel. (61)

4.3.5 Groepssessies

De belangrijkste belemmerende factor bij een groepssessie is tijdsgebrek. Daarnaast is er bij de artsen die deze groepssessie moeten begeleiden te weinig kennis en ervaring met cognitieve gedragstherapie (CGT). Er is eveneens geen adequate vergoeding voor huisartsen die CGT toepassen. Daarnaast zijn motivatiegesprekken moeilijk en vermoeiend. Ze duren ook lang. Wanneer de HAIO vertrekt, of zelfs wanneer deze zich associeert, wordt dit project vaak verlaten, met als belangrijkste factor tijdsgebrek. Er wordt vaker doorgestuurd naar een psycholoog, diëtiste of tabacoloog. (5,8, 34)

Positief is dat een geïndividualiseerde methode is. Daarnaast motiveert de groep elkaar tot gedragsverandering.

4.3.6 Bevorderende en belemmerende factoren volgens the Consolidating Framework for Research Implementation (CFIR) [xii]

Het CFIR (zie tabel 4) is een model dat gebruikt wordt om inzicht te verwerven in factoren die een invloed hebben op het succes van implementatie van het CCM in de praktijk. Het model bevat 5 domeinen:

- Karakteristieken van de interventie: is er evidentie voor in de literatuur? Hoe complex is de interventie? Aanpassingsvermogen naar de praktijk toe?
- Externe setting: aanpassingsvermogen van de patiënt om de interventie te kunnen toepassen, netwerk met andere organisaties
- Interne setting: cultuur, normen en waarden in de praktijk, structurele karakteristieken van de praktijk
- Karakteristieken van het individu: kennis van het personeel, mogelijkheden van het personeel om de interventie uit te voeren
- Proces van implementatie: planning, engagement van de investeerders, procesevaluatie

Tabel 4: CFIR toegepast op DSD

Domein	Bevorderend	Belemmerend
Karakteristieken van de interventie	- Diabetesverpleegkundige - Aanwezigheid van klinische richtlijnen - Verpleegkundigen inzetten bij de interventie - Meer registratie en meer screening	- Beperkte begeleiding van het personeel - Interventie te complex
Externe setting	- Hulp van experten	- Taalbarrière
Interne setting	- aanwezigheid van verpleegkundige waarvan takenpakket uitbreidt - collegialiteit - multidisciplinair werken - patiënt staat centraal visie (individuele zorg)	- grote patiëntenpopulatie - gebrek aan toewijding van de clinicus - geen interesse aan goede samenwerking met de 2e lijn - financiële problemen
Karakteristieken van het individu	- opdoen van kennis door bij te scholen	- te grote workload voor interventie - bijkomende opleiding nodig als diabeteseducator
Proces van implementatie	- Periodieke evaluatie project - Continue bijscholing en feedback	- Ongecoördineerde interventie - Gebrek aan leiderschap - Tijdsgebrek om de verandering te meten

5. Wat zegt de literatuur over praktijkverpleegkundigen in de huisartsgeneeskunde?

Door de veroudering van de populatie en de verschuiving van gehospitaliseerde naar ambulante zorg neemt de druk op de eerste lijn toe. Daarnaast dreigt er in de toekomst een huisartsentekort te zijn. Van de huisarts wordt verwacht dat hij de zorg voor de chronische patiënt op zich neemt. Dit brengt problemen met zich mee. De takenbelasting van de huisarts neemt toe. Er dreigt tijdsgebrek bij patiëntencontacten. Daarnaast is er nood aan kwalitatieve zorg. Een mogelijke oplossing voor deze problemen zijn het delegeren van de zorg naar praktijkverpleegkundigen.[xiii]

Het doel van een praktijkverpleegkundige is het ondersteunen van de huisarts door het delegeren van administratieve en logistieke taken of het toekennen van coördinerende en medisch-technische taken. Dit alles met het oog op het verbeteren van de werkomstandigheden en het verlichten van het takenpakket van de huisarts.

Een review over taakdelegatie toonde aan dat maar liefst 25% tot 75% van de taken die een huisarts uitvoert, eigenlijk door een praktijkverpleegkundige kan worden uitgevoerd. Deze taakdelegatie blijkt ook nog eens effectief te zijn. [xiv]

Diabetespatiënten hebben nood aan chronische zorg. Er zijn vele aspecten verbonden aan deze zorg. Patiënten educatie is 1 van de vele aspecten. Educatie over diabetes is niet alleen nodig in de eerste maanden na diagnose. Het is een aspect dat zich gedurende de hele ziekteperiode stelt. Om een levensstijlverandering te bekomen bij de patiënt is er nood aan continue informatie, educatie en zorg. Dit kan één van de belangrijkste taken van een praktijkverpleegkundige worden. [xv]

In sommige landen zoals Groot-Brittanië en Amerika mogen verpleegkundigen ook aanpassingen doen in medicatieschema's met betrekking tot diabetes. Zij krijgen dus de belangrijke taak om de ziekte te behandelen. Het is dan wel noodzakelijk dat alle informatie die de verpleegkundige geeft aan de patiënt up to date is. Daarom moeten de verpleegkundigen zicht continu bijscholen.

Patiënten die behandeld worden door gespecialiseerde diabetesverpleegkundigen zijn in het algemeen meer tevreden met de zorg die ze krijgen dan patiënten die enkel door een arts worden opgevolgd. Er wordt gesuggereerd dat dit te maken heeft met het feit dat deze verpleegkundigen meer tijd voor hen vrijmaken, alsook met het feit dat ze betere informatie geven dan de artsen.

In 2002 en in 2005 werden er 2 reviews uitgebracht door de Cochrane over de substitutie van praktijkverpleegkundigen en artsen in de eerste lijn voor de opvolging van diabetespatiënten. De conclusie van deze 2 reviews was dat er geen verschillen waren tussen de zorg door de verpleegkundigen en de zorg door de arts naar gezondheidsuitkomsten (patiënten tevredenheid, levenskwaliteit en morbiditeit) en gezondheidskosten toe. Patiënten tevredenheid bleek in sommige studies toch hoger te liggen voor consultaties bij praktijkverpleegkundigen. Consultaties bij verpleegkundigen duren vaak langer dan consultaties bij artsen. De duur van de consultaties is ook een onafhankelijke parameter die de voldoening van de patiënt beïnvloedt. [xvi]

In de review van de Cochrane uit 2015 suggereren Martinez ea. dat er geen verschil werd bekomen op HbA1c wanneer men diabetespatiënten liet opvolgen door enkel een praktijkverpleegkundige en door een arts alleen. Wanneer men ging kijken naar de bloeddruk en het lipidenprofiel, zag men dat de patiënten in de groep van de praktijkverpleegkundige een beter resultaat behaalden dan de patiënten in de groep van de arts. Deze resultaten bleken niet significant te zijn. [xvii]

Inschakeling van multidisciplinaire zorg (diabeteseducator, diëtiste, psycholoog,…) draagt volgens de huidige richtlijnen bij tot betere zorg. Bij het inschakelen van een praktijkverpleegkundige zal het takenpakket van de arts dalen en dus leiden tot een meer kwaliteitsvolle zorg. De arts wint namelijk tijd. Deze tijd kan hij gebruiken om andere facetten van chronische zorg te behandelen die hij in het verleden niet kon doen, wegens tijdsgebrek. Dit zorgt voor een meer kwaliteitsvolle zorg die door de arts wordt geleverd.[xviii]

In het draaiboek voor praktijkassistentes in de huisartsenpraktijk van R. Cuypers ea wordt gesteld dat huisartsen een grote wens hebben tot het delegeren van taken. Er wordt geschat dat meer dan de helft van de huisartsen interesse heeft in het delegeren van een deel van administratieve en preventieve zorgtaken. De meerderheid van de artsen verwacht geen medische taken van een praktijkassistente. Wanneer er wel medische taken verwacht worden blijkt het vooral om duo- en solo-praktijken te gaan. Groepspraktijken gaan hiervoor een verpleegkundige aanstellen, die geen administratieve taken op zich moet nemen.[xix]

De conclusie uit al deze studies is dat speciaal opgeleide verpleegkundigen ingezet kunnen worden om zorg te leveren aan chronische patiënten, dus niet alleen aan diabetespatiënten, maar ook aan patiënten met hypertensie, cardiovasculaire problemen en astma. Deze zorg is zeker equivalent aan de zorg die artsen leveren. Het nadeel van al deze studies is dat het om kleine, beschrijvende studies gaat. Grote RCT's zijn er over dit onderwerp nog niet uitgebracht. Er is nood aan grote RCT's in de toekomst om hierover uitspraken te doen. Daarnaast is het ook moeilijk om conclusies te trekken

omtrent de optimale plaats van een praktijkassistente of praktijkverpleekundige gezien hun opleiding en hun variërende functie volgens de verschillende Europese gezondheidssystemen.

In de eerste lijn kan een praktijkverpleegkundige een prominente rol spelen bij gezondheidspromotie en routine-opvolging van chronische patiënten.

Discussie

Er zijn 64 scripties geschreven over DM II tussen 2007 en 2013. 42 hiervan waren PVP-en.
Alle PVP-en bevatten de component beslissingsondersteuning. Veel interventies zijn complex en bevatten meerdere componenten. 21 PVP-en bevatten de component zelfzorgondersteuning, 23 PVP-en de component organisatie van de zorgverlening en 31 PVP-en de component klinische informatiesystemen.
11 van de 37 geïnterviewde PO's hebben het PVP integraal opgenomen in het beleid, in 13 praktijken werd het PVP deels overgenomen. 5 van de 33 geïnterviewde HAIO's hebben het PVP integraal opgenomen in het beleid en 16 HAIO's hebben het PVP deels overgenomen.

In vele praktijken waar men een praktijkverpleegkundige inzet, wordt er gemerkt dat er door deze interventie veel meer gescreend wordt naar micro-albuminurie, meer patiënten jaarlijks langs gaan bij de oftalmoloog en endocrinoloog en meer voetcontroles gebeuren. Op de bloeddruk en HbA1c ziet men minder effect. Patiënten zijn meer tevreden omdat er meer tijd voor hen wordt vrijgemaakt, wat hen dus ook motiveert in hun behandeling. Als belemmerende factor zien we dat er een grote kost is voor de aanwerving van een praktijkverpleegkundige. De overheid geeft nochtans een tegemoetkoming om deze kost te compenseren, Impulseo II, maar deze is onvoldoende voor kleinere praktijken. Uit de literatuur blijkt dat meer dan de helft van de artsen bereid zijn tot het delegeren van taken aan verpleegkundigen.

Wanneer een diabetesconsultatie wordt georganiseerd zonder praktijkverpleegkundige zien we dat het niet gaat om een duurzame verandering. De meest belemmerende factor is tijdsgebrek bij de arts. Deze heeft meer dan enkel diabetespatiënten waardoor hij weinig tijd kan vrijmaken om alle risicofactoren te bevragen en dan nog de medische handelingen moet stellen. Vaak zoekt de arts dan contact met de diabeteseducator om de patiënten toch jaarlijks naar door te verwijzen. Soms wordt de consultatie ook samen gedaan in het kader van een diabetesconsultatie. Daarnaast zijn er

vele praktijken waar de accommodatie geen diabetesconsultatie toelaat omwille van het feit dat er geen plaats is voor een praktijkverpleegkundige. Dit zien we vaak bij solo- en duopraktijken.

Een praktijkassistente of een secretaresse kan een grote hulp betekenen bij de opvolging van diabetespatiënten. Zij kan systematisch consultaties inplannen. Wanneer patiënten niet op consultatie komen, wordt zij vaak ingeschakeld om hen op te bellen of om hen een oproepingsbrief te sturen of te mailen voor een opvolgconsultatie. Het aanwerven van een praktijkassistente bleek in de meeste gevallen een positieve verandering in de praktijken. Echter niet alle praktijkassistentes werden ingezet bij de zorg van de diabetespatiënt. We zien dat zij andere taken krijgt dan deze waarvoor zij in het PVP werd ingezet. We kunnen stellen dat het aannemen van een praktijkassistente in het kader van DM deels duurzaam is.

In de PVP-en waar een diëtiste wordt aangeworven, zien we dat deze aanvankelijk goed wordt gebruikt en dat er routinematige doorverwijzing gebeurt. Wanneer het project afgelopen is, is deze doorverwijzing vaak afgelopen. De aanwerving van een diëtiste is niet duurzaam. Daarnaast is er ook ook te weinig terugbetaling voor een consultatie bij een diëtiste. 2x 30 minuten bij een diabetespas is veel te weinig, zeker in het eerste jaar. Patiënten hebben vaak geen interesse om hun dieet aan te passen. Ze zijn vaak weinig gemotiveerd. Een laag opleidingsniveau kan hier soms de oorzaak van zijn. Er is eveneens her probleem van behoud van gedragsverandering. Vele patiënten hervallen gemakkelijk in hun oude 3-levensgewoonten.

De belangrijkste belemmerende factor bij een groepssessie is tijdsgebrek. Daarnaast is er bij de artsen die deze groepssessie moeten begeleiden te weinig kennis en ervaring met CGT. Er is eveneens geen adequate vergoeding voor huisartsen die CGT toepassen. Daarnaast zijn motivatiegesprekken moeilijk en vermoeiend. Ze duren ook lang.

Als belangrijke conclusie kunnen we ook zeggen dat de HAIO vaak een noodzakelijke schakel is voor het succes van een PVP en ook voor de implementatie in de praktijk. Wanneer de HAIO vertrok, werd deze interventie niet meer volledig toegepast.

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

In deze masterproef hebben we een overzicht van de interventies in 42 praktijken. Een groot aantal artsen werd bevraagd, 78% van de HAIO's die het PVP zelf zijn opgestart en 88% van de PO's die het

hebben begeleid. De sterkte van het onderzoek is dat we de modellen van het CCM en het CFIR gebruikt hebben.

De zwakte van dit onderzoek is dat de informatie bekomen uit de interviews subjectief is en zich baseert op het aanvoelen van de HAIO of PO ipv op objectieve parameters. De duurzaamheid werd bevraagd maar er is niet onderzocht of er in die praktijken waar de interventie duurzaam is gebleken, enkele jaren later ook resultaten zijn op de doelstellingen (vb. HbA1c nu lager dan na afloop van het PVP?).
We grijpen terug naar de langetermijnstudies in de literatuur voor dergelijke resultaten.
Verder is het een beschrijvend onderzoek, voor conclusies over de beste interventie zou een vergelijkend onderzoek tussen de verschillende interventies moeten gebeuren (vb. RCT).

Eigen praktijk

In de eigen praktijk hebben we geen praktijkverpleegkundige. Er is enkel een télé-secretariaat om ons te ontlasten van telefoons. Met betrekking tot diabetesopvolging is er dus nood aan verbetering. Er is interesse tot het organiseren van een diabetesconsultatie omdat er geen structuur zit in de opvolging van deze patiënten. Er is al geprobeerd om een diabetesconsultatie te organiseren, maar dit loopt niet goed. Het aanwerven van een praktijkverpleegkundige zou een mogelijke oplossing kunnen zijn. Aangezien we met 3 artsen werken in de praktijk zou het financieel haalbaar moeten zijn om een praktijkverpleegkundige aan te werven, zeker met de hulp van Impulseo II. De praktijkverpleegkundige zou dan de bloedafnames doen en het medisch dossier up to date kunnen houden door navragen van alle complicaties. Er is ook nood aan een update in het EMD (zie MaNaMa EC).

Besluit

Chronische problemen vereisen een andere aanpak dan acute problemen, niet alleen op medisch, maar ook op praktijk organisatorisch vlak. Een model dat vaak gebruikt wordt om aan kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronische patiënten te werken is het CCM van Wagner.

De doelstelling van het gemeenschappelijk luik is om een overzicht te maken van de interventies die reeds werden uitgevoerd in de PVP-en rond DM II in het kader van een scriptie, geschreven voor de master-na-master (MaNaMa) opleiding huisartsgeneeskunde. De doelstelling van het individueel luik is een overzicht krijgen over de verschillende interventies met als component DSD en wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren?

Met het oog op DSD als aparte component is de aanwerving van een praktijkverpleegkundige een mooi voorbeeld. In vele praktijken waar men een praktijkverpleegkundige inzet, wordt er gemerkt dat er door deze interventie veel meer gescreend wordt naar micro-albuminurie, meer patiënten jaarlijks langs gaan bij de oftalmoloog en endocrinoloog en meer voetcontroles gebeuren. Op de bloeddruk en HbA1c ziet men minder effect. Patiënten zijn meer tevreden omdat er meer tijd voor hen wordt vrijgemaakt, wat hen dus ook motiveert in hun behandeling. Als belemmerende factor zien we dat er een grote kost is voor de aanwerving van een praktijkverpleegkundige. Wanneer een diabetesconsultatie wordt georganiseerd zonder praktijkverpleegkundige zien we dat het niet gaat om een duurzame verandering. De meest belemmerende factor is tijdsgebrek bij de arts. De aanwerving van een diëtiste alsook het organiseren van groepssessies is niet duurzaam.

Niet alle interventies waren duurzaam, maar dit wil niet zeggen dat er vandaag in deze praktijken geen andere wijzigingen in het beleid zijn toegepast. Tot de wijzigingen die men deels toepast zien we dat het oprichten van een diabetesconsultatie behouden blijft. In tegenstelling tot de aanwerving van een diëtiste en het organiseren van de groepssessies. Ook de aanwerving van een secretaresse bleef behouden.

Als belangrijke conclusie kunnen we ook zeggen dat de HAIO vaak een noodzakelijke schakel is voor het succes van een PVP en ook voor de implementatie in de praktijk. Wanneer de HAIO vertrok, werd deze interventie niet meer volledig toegepast.

Uit de literatuur blijkt dat praktijkverpleegkundigen een prominente rol kunnen spelen bij de behandeling van DM patiënten. Er is echter nood aan grote RCT’s in de toekomst om hierover verdere uitspraken te doen.

Bronnen

[i] International diabetes foundation IDF. Beschikbaar via: http://www.idf.org/worlddiabetesday/toolkit/gp/facts-figures Geraadpleegd 2014 december 9.

[ii] De gezondheidsenquête 2013. Beschikbaar via:

https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2013.aspx

[iii] Vlaamse Diabetes Vereniging vzw. Diabetes wereldwijd. Beschikbaar via: http://www.diabetes-vdv.be/3/83/overdiabetes/diabeteswereldwijd.aspx Geraadpleegd 2014 december 9.

[iv] Kadu M, and Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. BMC Family Practice. 2015; 16:12.

[v] Vermeire E, Van Royen P, Coenen S, Denekens J. Compliance of type 2 diabetes patients with their therapeutic regimen: Focus group research. Uit: Editoriaal: Diabeteszorg: concordance versus compliance. Minerva 1999; 28(3): 120-121.

[vi] Wagner E. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective clinical practice. 1998;1: 2-4.

[vii] Evelien Cremers: Verbetering van de diabeteszorg in de huisartsnpraktijk: een review van praktijkverbeterprojecten tussen 2007-2013. Focus op klinische informatiesystemen. Mei 2015

[viii] Marieke D'hoop: Verbetering van de diabeteszorg in de huisartsnpraktijk: een review van praktijkverbeterprojecten tussen 2007-2013. Focus op zelfzorgmanagement. Mei 2015

[ix] Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. Health Serv Res. 1997;32:702-14.

[x] Coleman EA, Wagner EH, Grothaus LC, Hecht J, Savarino J, Buchner DM. Predicting hospitalization and functional decline in older health plan enrollees: are administrative data as accurate as self-report? J Am Geriatr Soc. 1998;46:419-25

[xi] www.improvingchroniccare.org

[xii] Kadu M, and Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. BMC Family Practice. 2015; 16:12.

[xiii] Engels Y MHeHP. Het aantal taken van de praktijkassistente in de huisartsenpraktijk is toegenomen. Huisarts&Wetenschap. 2004;47:325-30.

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

[xv] Loveman E, Royle P, ea. Specialist nurses in diabetes mellitus. Cochrane database of Systematic reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD003286. DOI:10.1002/14651858.CD003286.

[xvi] Van De Walle Sofie. Onderzoeksproject: het implementeren van een verpleegkundige in de praktijk: een meerwaarde voor de diabetesopvolging? ICHO 2012-2013.

[xvii] Martinez-Gonzalez NA ea. The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. Swiss Med Wkly. 2015 Feb 4;145:w14031.

[xviii] Rutten GEHM De Grauw WJC Nijpels G Houweling ST Van de Laar FA Bilo HJ Holleman F Burgers JS Wiersma Tj Janssen PGH. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56(10):512-525.

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

Dankwoord

Graag had ik nog enkele mensen bedankt, zonder wiens bijstand deze masterproef niet tot stand was gekomen.

In de eerste plaats wil ik mijn praktijkopleider Dr Annelies De Kimpe bij wie ik steeds terecht kon voor advies rond mijn scriptie, bedanken. Zij was een onvoorwaardelijke steun voor mij in mijn HAIO-opleiding.

Daarnaast wil ik ook Dr P. Sunaert bedanken. Zij stond ons in elke ontmoeting bij met goede raad en suggesties voor onze masterproef.

Verder wil ik ook mijn medestudenten Marieke D'hoop en Evelien Cremers bedanken. Wij hebben vele uren samen gezwoegd, maar zijn er toch in geslaagd om de opdracht tot een goed einde te brengen. Zij waren een onmisbare hulp bij het tot stand komen van deze scriptie.

Daarnaast wil ik ook mijn vriend en familie bedanken voor de oneindige mentale steun en geduld.

Bijlagen

1. Lijst masterproeven omtrent DM II.

1	Abramova Irina	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies op basis van audits in de afzonderlijke huisartsenpraktijk op de follow-up van diabetes type 2 patiënten?
2	Altemirov Oumar	Acetylsalicylzuur en statines voor een primaire en secundaire cardiovasculaire risico preventie bij de diabetespatiënten van de praktijk
3	Anné Nathalie	Registratie van essentiële gegevens voor de opvolging van patiënten met diabetes mellitus en arteriële hypertensie; redenen voor het ontbreken ervan in het elektronisch medisch dossier
4	Broeckaert Lina	Perceptie van diabetes bij allochtonen
5	Cautaerts Karen	Implementatie van de aanbeveling over rookstopbegeleiding bij diabetes mellitus type 2 patiënten
6	Caydasi Ufuk	Evaluatie van de zorg voor allochtone diabetespatiënten in een huisartsenpraktijk in Brussel.
7	Comyn Daphné	Evaluatie van de diabeteszorg bij diabetes mellitus type 2 patiënten in de huisartspraktijk: een praktijkverbeterend project
8	Courteyn Evelien	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
9	Creemers Veerle	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies op basis van audits in de afzonderlijke huisartsenpraktijk op de follow-up van diabetes type 2 patiënten?
10	Croonenborghs An	Opvolging diabetes type 2 patiënten door middel van EMD
11	D'Aes Lara	Praktijkproject: gestandaardiseerde diabeteszorg
12	De Bolle Sara	Hereditary hemochromatosis and iron-induced diabetes: a missed diagnosis?
13	Cleyn Silke	Diabetes Zorgtraject in de (huisartsen)praktijk: kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een Zorgtraject Diabetes.

14	De Decker Sarah	Implementeren zorgtraject diabetes in de huisartsenpraktijk.
15	De Fauw Loes	Optimaliseren van de samenwerking tussen de huisarts en de diëtiste voor type 2 diabetespatiënten
16	De Gooijer Floor	Verbetering van de registratie en follow-up van diabetes mellitus type 2 in een groepspraktijk in samenwerking met de patiënt
17	De Laet Veronique	Kwaliteit en organisatie van de follow-up van Diabetes Mellitus type 2 in het Elektronisch Medisch Dossier
18	De Langhe Sara	De plaats van DPP4-inhibitoren in de behandeling van type 2 diabetes
19	De Moor Annelies	Evaluatie van het zorgtraject diabetes mellitus type 2 op mesoniveau: regio Waasland-West.
20	De Pourcq Barbara	De begeleiding van recent gediagnosticeerde type 2-diabetespatiënten in de huisartspraktijk
21	Deboeck Dagmar	Implementatie van de "Aanbeveling DM type 2" en het "Zorgtraject DM" in een WGC
22	Deconinck Gudrun	Op zoek naar de kandidaten voor een zorgtraject diabetes mellitus type 2 onder de patiënten van huisartsenpraktijk Lourdes aan de hand van het elektronisch medisch dossier
23	De Gomme Stephanie	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
24	Degraeve Stijn	Kwaliteit van diabeteszorg bij patiënten met diabetes mellitus type 2: verbeterproject rond micro-albuminurie
25	Demirkapu Hakkin	De invloed van individuele cultureel aangepaste diabetesvoorlichting in het Turks op de diabetesregulatie bij Turkse type 2 diabetici
26	Depoortere Ilya	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
27	Deschepper Griet	Opvolging van de diabetes type 2 patiënt in de huisartspraktijk: een kwaliteitsverbeterend project
28	Engels Hans	Niet-medicamenteuze begeleiding bij diabetes patiënten: voedings- en bewegingsadvies
29	Everaet Lieve	Voedingsadvies bij patiënten met diabetes mellitus type II in de eerste lijn

30	Gevaert Linde	Management van de screening naar diabetische retinopathie bij diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk, een kwaliteitsverbeterproject
31	Gijbels Bernard	Zorgt fruit voor een seizoensgebonden ontregeling van Diabetes Mellitus in de fruitstreek?
32	Henrotay Timothy	De gepercipieerde veranderingen in het klinisch handelen van de huisarts door de implementatie van het diabetes zorgtraject: Een cross-sectionele studie
33	Hulshagen An	Het voetonderzoek bij de diabetespatiënt in de huisartspraktijk
34	Huybrechts Nicky	Groepseducatie bij slecht geregelde diabetes type 2 patiënten uit de lagere sociale klasse: implementeerbaar in de huisartsenpraktijk?
35	Janssens Vincent	Aspecten van een eerstelijns diabetes educatie project.
36	Kerkhofs Thomas	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies in de follow-up van diabetes type 2 patiënten in de huisartsenpraktijk?
37	Lefebure Annelies	Optimalisering van de zorg voor Diabetes Mellitus Type 2-patiënten binnen de praktijk door optimaal gebruik te maken van het Elektronisch Medisch Dossier
38	Mertens Joris	Zelfzorg bij diabetes type 2. Visies van artsen en patiënten op een concept in evolutie
39	Meuwissen Ronald	De transmurale communicatie bij het opstarten van het zorgpad Diabetes Mellitus type 2 en het Huis voor Chronische Zorg (in de regio Sint-Truiden)
40	Meynendonckx Koen	Het gebruik van een invulscherm in het EMD voor een betere registratie van diabetesparameters
41	Mouton Charlotte	De haalbaarheid van een diabetes e-audit in de huisartsenpraktijk
42	Peeters Inge	De diabetespas als hulpmiddel om "patient empowerment" te verhogen
43	Poelmans Leen	Het voetonderzoek bij de diabetespatiënt in de huisartspraktijk
44	Poels Nathalie	Nemen medicamenteus behandelde Diabetes Mellitus type II patiënten een statine? Een praktijkverbeterend project.

45	Rigaux Ward	Diabetes zorgtraject in de (huisartsen)praktijk: kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een Zorgtraject Diabetes.
46	Saerens Ruud	Onderzoek naar de haalbaarheid van het invoeren van motivationele gespreksvoering bij diabetespatiënten in de huisartspraktijk
47	Sassen Gwendolyn	Actuele probleemlijst als hulp bij preventie en vroegdiagnose van DM, COPD en cardiovasculaire aandoeningen
48	Schuermans Wim	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
49	Simoens Steven	Verwachtingen van Bulgaarse diabetespatiënten naar zorg in Eerste Lijn.
50	Sunaert Anne	Gerichte opvolging van DM II patiënten in een gelabeld EMD. Opportuniteiten en beperkingen.
51	Tack Ilse	Kwaliteitsverbeterend project: zorgverbetering voor DM II patiënten binnen de praktijk met behulp van het EMD.
52	Van de Konijnenburg Cecile	Arteriële hypertensie en DM II bij asielzoekers in België. Een prevalentie studie.
53	Van Kersschaever Greet	Substitution of doctors by nurses in diabetes care. A pilot study in a primary care clinic.
54	Van Peer Tine	Microvasculaire verwikkelingen van diabetes verdienen een macroaandacht.
55	Van Poucke Lieselot	Management van de screening naar diabetische retinopathie bij diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk, een kwaliteitsverbeterend project
56	Van Proeyen Katrien	Is het mogelijk om bij DM II patiënten een substantieel gewichtsverlies te verkrijgen in de dagelijkse huisartspraktijk?
57	Van Puyvelde Ellen	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van fysieke activiteit bij patiënten met DM II
58	Vande Walle Sofie	Onderzoeksproject: het implementeren van verpleegkundige hulp in de praktijk: een meerwaarde voor diabetesopvolging?
59	Vandecasteele Olivia	Het jaarlijks voetonderzoek bij de patiënt met diabetes mellitus type 2: het bewustmaken van de patiënt van het belang van het voetonderzoek.

60	Vandenbroucke Bieke	Beleving van de diabetespatiënt rond zijn motivatie tot gedragsverandering. Hoe kunnen we de communicatie en opvolging optimaliseren.
61	Vantomme Anne-Lynn	Diabetes Mellitus Type II bij allochtonen: Informatie op maat
62	Vanwijmelbeke Karolien	Het elektronisch diabetesdossier: waarom maken we er zo weinig gebruik van?
63	Verrue Christophe	Invoering van een specifieke diabetes consultatie in een rurale praktijk
64	Vertongen Tim	Ontwikkelen van een diabetesraadpleging voor de eerste lijn met gebruik van vragenlijsten rond kennis en de psychosociale status van de patiënt

48 en 26 werkten samen
1, 9 en 36 werkten samen

Bijlage 2: Registratieformulier op basis van abstract

Titel	
Auteur en promotor	
Context	
Interventie	
Hoe? Praktische aanpak	
Aantal deelnemers onderzoek	
Welke elementen van het CCM?	
Welke eindpunten	
Significant resultaat?	

Bijlage 3: Registratieformulier obv volledige tekst

Masterproef nr:

Auteur:

Titel:

Wat is precieze interventie?

Welke elementen uit het Chronic care model komen aan bod?

Bevorderende	Belemmerende factoren

Welke vragen blijven over naar PO/HAIO?

Bijlage 4: Lijst van alle PVP-en

Nummer	Auteur	Titel
1	Abramova Irina	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies op basis van audits in de afzonderlijke huisartsenpraktijk op de follow-up van diabetes type 2 patiënten
2	Altemirov Oumar M	Acetylsalicylzuur en statines voor een primaire en secundaire cardiovasculaire risico preventie bij de diabetespatiënten van de praktijk
3	Anné Nathalie	Registratie van essentiële gegevens voor de opvolging van patiënten met diabetes mellitus en arteriële hypertensie & redenen voor het ontbreken ervan in het elektronisch medisch dossier
5	Cautaerts Karen	Implementatie van de aanbeveling over rookstopbegeleiding bij diabetes mellitus type 2 patiënten
7	Comyn Daphné	Evaluatie van de diabeteszorg bij diabetes mellitus type 2 patiënten in de huisartspraktijk: een praktijkverbeterend project.
8	Courteyn Evelyne	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
9	Creemers Veerle	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies op basis van audits in de afzonderlijke huisartsenpraktijk op de follow-up van diabetes type 2 patiënten?
10	Croonenborghs An	Opvolging diabetes type 2 patiënten dmv EMD
11	D'aes Lara	Praktijkproject: gestandaardiseerde diabeteszorg
14	De Decker Sarah	Implementeren zorgtraject diabetes in de huisartsenpraktijk.
15	De Fauw Loes	Optimaliseren van de samenwerking tussen de huisarts en de diëtiste voor type 2 diabetespatiënten
16	De Gooijer Floor	Verbetering van de registratie en follow-up van diabetes mellitus type 2 in een groepspraktijk in samenwerking met de patiënt
17	De Laet Veronique	Kwaliteit en organisatie van de follow-up van Diabetes Mellitus type 2 in het Elektronisch Medisch Dossier
20	De Pourcq Barbara	De begeleiding van recent gediagnosticeerde type 2-diabetespatiënten in de huisartspraktijk
21	Deboeck Dagmar	Implementatie van de "Aanbeveling DM type 2" en het "Zorgtraject DM" in een WGC
22	Deconinck Gudrun	Op zoek naar de kandidaten voor een zorgtraject diabetes mellitus type 2 onder de patiënten van huisartsenpraktijk Lourdes aan de hand van het elektronisch medisch dossier.
23	Degomme Stephanie	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
24	Degrave Stijn	Kwaliteit van diabeteszorg bij patiënten met diabetes mellitus type 2: verbeterproject rond micro-albuminurie

25	Demirkapu Hakki	De invloed van individuele cultureel aangepaste diabetesvoorlichting in het Turks op de diabetesregulatie bij Turkse type 2 diabetici
26	Depoortere Ilja	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
27	Deschepper Griet	Opvolging van de diabetes type 2 patiënt in de huisartspraktijk: een kwaliteitsverbeterend project
33	Hulshagen An	Het voetonderzoek bij de diabetespatiënt in de huisartspraktijk
34	Huybrechts Nicky	Groepseducatie bij slecht geregelde diabetes type 2 patiënten uit de lagere sociale klasse: implementeerbaar in de huisartsenpraktijk?
36	Kerkhofs Thomas	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies in de follow-up van diabetes type 2 patiënten in de huisartsenpraktijk?
37	Lefebure Annelies	Optimalisering van de zorg voor Diabetes Mellitus Type 2-patiënten binnen de praktijk door optimaal gebruik te maken van het Elektronisch Medisch Dossier
40	Meynendonckx Koen	Het gebruik van een invulscherm in het EMD voor een betere registratie van diabetesparameters
41	Mouton Charlotte	De haalbaarheid van een diabetes e-audit in de huisartsenpraktijk
42	Peeters Inge	De diabetespas als hulpmiddel om "patient empowerment" te verhogen.
43	Poelmans Leen	Het voetonderzoek bij de diabetespatiënt in de huisartspraktijk
44	Poels Nathalie	Nemen medicamenteus behandelde Diabetes Mellitus type II patiënten een statine? Een praktijkverbeterend project
48	Schuermans Wim	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
50	Sunaert Anne	Gerichte opvolging van diabetes type 2 patiënten in een gelabeld EMD. Opportuniteiten en beperkingen.
51	Tack Ilse	Kwaliteitsverbeterend project: zorgverbetering voor diabetes type II patiënten binnen de praktijk met behulp van het elektronisch medisch dossier
53	Van Kersschaever Greet	Substitution of doctors by nurses in diabetes care. A pilot study in a primary care clinic.
55	Van Poucke Lieselot	Management van de screening naar diabetische retinopathie bij diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk, een kwaliteitsverbeterproject
56	Van Proeyen Katrien	Is het mogelijk om bij diabetes type-II patiënten een substantieel gewichtsverlies te verkrijgen in de dagelijkse huisartspraktijk?
57	Van Puyvelde Ellen	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
58	Vande Walle Sofie	Onderzoeksproject: het implementeren van verpleegkundige hulp in de praktijk: een meerwaarde voor de diabetesopvolging?
59	Vandecasteele Olivia	Het jaarlijks voetonderzoek bij de patiënt met diabetes mellitus type 2: het bewustmaken van de patiënt van het belang van het voetonderzoek
61	Vantomme Anne-Lynn	Diabetes Mellitus Type II bij allochtonen: "informatie op maat"

63	Verrue Christophe	Invoering van een specifieke diabetes consultatie in een rurale praktijk
64	Vertongen Tim	Ontwikkeling van een model voor het organiseren van een specifieke raadpleging voor een chronische aandoening in de eerste lijn, in casu diabetes type 2

Bijlage 5: goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent
Afz: Commissie voor Medische Ethiek

UNIVERSITEIT GENT
COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK
Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Patricia SUNAERT
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0411	08-mei-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Verbetering van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk: Een review - MAnaMA Joke Marckx

Belgisch Registratienummer: B670201420854

* Adviesaanvraagformulier dd. 1/04/2014 (volledig ontvangen dd. 04/04/2014)
* Protocol
* Antwoord onderzoeker via mail dr. Joke Marckx dd. 06/05/2014 op opmerkingen EC dd. 16/04/2014
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier artsen en PO's (aangepaste versie cfr. Mail onderzoeker dd. 06/05/2014)

Advies werd gevraagd door:
Dr. P. SUNAERT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 6/05/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOI 6/05/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 6/05/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 6/05/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/05/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/05/2014

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. 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.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0411	08-mei-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0411

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be