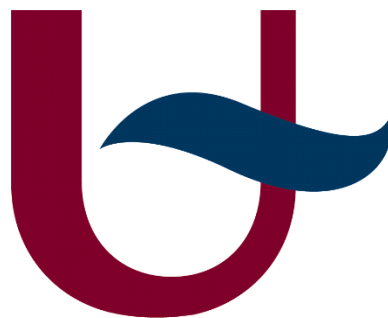


# Universiteit Antwerpen

**Masterproef**  
**Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde**  
**Academiejaar 2015 – 2016**



**Integratie van een verpleegkundige in de  
huisartsenpraktijk: een kwalitatief,  
verkennend onderzoek naar de visie van  
patiënten met een chronische aandoening**

**Student: Naomi Aerts**  
**Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans**  
**Coördinator: Prof. Dr. Peter Van Bogaert**

## **SAMENVATTING**

---

### **Inleiding**

Onder invloed van het dreigende tekort aan huisartsen, de vergrijzing van de bevolking en stijgende prevalentiecijfers van chronische aandoeningen, wordt de druk op de eerstelijnsgezondheidszorg onhoudbaar. Om kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te bewaken is er nood aan uitbreiding en differentiatie van het takenpakket in de eerstelijnszorg waarbij huisartsen en verpleegkundigen worden samengebracht in interdisciplinaire huisartsenpraktijken. De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te verwerven in de visie van patiënten met een chronische aandoening op de ontwikkeling van een interdisciplinaire samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige met een benadering vanuit de noden van patiënten in hun omgeving.

### **Methode**

Dit is een kwalitatief, verkennend onderzoek. Individuele diepte-interviews middels semi-gestructureerde topiclijst vonden plaats met 13 patiënten met diabetes mellitus type 2. De respondenten werden gerekruteerd via vier huisartsenpraktijken en één wijkgezondheidscentrum, met verschillend integratieniveau van praktijkverpleegkundige, in de provincie Antwerpen. Een descriptieve, thematische analysetechniek werd toegepast om op inductieve manier kennis te vergaren.

### **Resultaten**

Patiënten hadden prangende informatie- en educatienoden en wensten meer betrokkenheid opdat ziektemanagement beter wordt afgestemd op hun behoeften. Dit vereist deskundigheid van zorgverleners. Het ontstaan van een professionele relatie met verpleegkundige zou de centrale vertrouwensband met de huisarts kunnen versterken en resulteren in efficiënte zorg waardoor meer tijd vrijkomt voor affectieve aspecten. Binnen een interdisciplinair zorgteam moeten taken en verantwoordelijkheden complementair zijn en transparant voor de patiënt. Bij deze innovatie is begeleiding van patiënten op verschillende niveaus noodzakelijk, zoals een gemeenschappelijke visie die wordt uitgedragen door alle teamleden.

### **Besluit**

Differentiëren van complexe taken binnen interprofessionele samenwerkingsverbanden lijkt opportuun om doelgerichte zorg op maat, ruimer dan een louter medisch-interventioneel model maar ook met maatschappelijke inbedding, te kunnen aanbieden. Dit onderzoek suggereert belangrijke kansen voor verpleegkundige integratie in de huisartsenpraktijk als antwoord op de noden van de patiënt; een veranderingsproces waarin zorgverlener en zorgvrager in synergie elkaar vinden.

## INLEIDING

Wereldwijd wordt de druk op de eerstelijnsgezondheidszorg onhoudbaar onder invloed van een aantal trends, ontstaan in de laatste decennia (Vries et al., 2005, WB, 2013), zoals de evolutie van technologische en therapeutische mogelijkheden en het veranderende verwachtingspatroon van patiënten (Dirickx et al., 2011). Het ouder worden van de bevolking en de stijgende prevalentiecijfers van chronische ziekten wegen echter het zwaarst door. Men spreekt van dubbele vergrijzing: zowel de gemiddelde leeftijd van de bevolking als het percentage ouderen stijgt. In België stijgt het aantal 65 plussers met 3 tot 6% per jaar. Daardoor neemt ook het aandeel patiënten met chronische ziekten hallucinante proporties aan. Tegen 2020 zal 35 tot 55% van de bevolking minstens één chronische aandoening hebben. De prevalentie van multimorbiditeit, waarbij minstens twee aandoeningen gelijktijdig voorkomen, stijgt eveneens met de toenemende vergrijzing van de bevolking (Dominique et al., 2012). Maar liefst 80% van de zorgvragen betreft chronische en complexe zorg. De zorgvraag voor ouderen en chronisch zieken komt steeds vaker vanuit de thuissituatie (Van den Eynden, 2015). Dit heeft een weerslag op kosten en consumptie van de gezondheidszorg (Zekerheid, 2014).

In de context van deze evoluties wint de rol van de huisarts steeds meer aan belang in de regie van eerstelijnszorgprogramma's (Audenaert, 2013, Flamaing and Braes, 2013, van den Berg et al., 2004). Hij behandelt ongeveer 90% van alle medische hulpvragen (Remmen et al., 2013). Het belang van preventieve taken, kwalitatieve zorg en protocollaire aanpak rond bepaalde patiëntenpopulaties neemt toe (Remmen, 2016). De hiermee gepaard gaande verhoogde werklust van de huisartsen is een belangrijke extrinsieke risicofactor voor burnout (Jonckheer et al., 2011). Het dreigende huisartsentekort is een wereldwijde bekommernis (Donelan et al., 2013). In België is dit een relatief tekort met regionale verschillen in densiteit. Cijfers van actieve huisartsen worden in een wankel evenwicht gehouden door een stilaan toenemende instroom en verminderde drop-out van jonge huisartsen. De vergrijzing treft echter ook de huisartsenpopulatie: 75% van de Vlaamse huisartsen is ouder dan 45 en 60% ouder dan 50 (DeMorgen, 2013, Remmen et al., 2013). De vervrouwelijking van het beroep verklaart bovendien de toename van deeltijds werk bij de nieuwe generatie huisartsen die streeft naar betere work-life balance (Dirickx et al., 2011). Verwacht wordt dat Vlaanderen het globale tekort niet zal kunnen inhalen en dat er tegen 2018 ruim 400 huisartsen te weinig zullen zijn (De Geest, 2013), waardoor de duurzaamheid van het eerstelijnsgezondheidssysteem wordt bedreigd (Vrijens et al., 2015).

Beleidsmakers zijn op een kritiek punt gekomen om de kwalitatieve standaarden van zorg, opgelegd door veranderende populatie en maatschappelijk klimaat, veerkrachtig te kunnen beantwoorden (Dominique et al., 2012) en om inclusiviteit en toegankelijkheid van het gezondheidszorgsysteem te kunnen bieden. Huisartsen zijn vragende partij voor een doorgedreven praktijkondersteuning middels sterke samenwerkingsverbanden (Vrijens et al., 2015), teneinde efficiënte eerstelijnspraktijken te creëren zonder aan kwaliteit en continuïteit van zorg in te boeten (Remmen et al., 2013). Een mogelijke oplossing voor dit spanningsveld is heroriëntering van het takenpakket en personeelsplanning in de eerstelijnszorg. Huisartsen en verpleegkundigen worden als hoofdrolspelers samengebracht in een interdisciplinaire huisartsenpraktijk, door middel van horizontale integratie met taakdelegatie naar de praktijkverpleegkundige. Dit zou een aantal outcome variabelen positief beïnvloeden: daling van workload van de huisarts (Laurant et al., 2005), grotere tevredenheid van zowel patiënten (Audenaert, 2013, Dierick-van Daele et al., 2009, Gorter K., 2011, Halcomb et al., 2013, Laurant et al., 2005, Laurant et al., 2008) als zorgverleners (Pullon et al., 2011), evenwaardige of hogere kwaliteit van zorg (Afzali et al., 2013, den Engelsens et al., 2009, Dierick-van Daele et al., 2009, Frei et al., 2014, Houweling et al., 2011, Juul et al., 2012, Laurant et al., 2005, Wilson et al., 2002).

In het buitenland zijn verpleegkundigen niet meer weg te denken uit huisartsenpraktijken, dit in tegenstelling tot België waar slechts enkele pioniers veelal op instrumentele wijze reeds samenwerken met praktijkverpleegkundigen. Stakeholders trokken alvast een spoor voor deze innovatie in Vlaanderen en vanaf volgend academiejaar zal de postacademische vorming "Verpleegkundige in de huisartsenpraktijk" gelanceerd worden aan Universiteit Antwerpen. Deze transitie in onze eerstelijnsgezondheidszorg heeft ingrijpende gevolgen, niet in het minst voor zorgvragers en het is dan ook opportuun om ook de opvattingen van de patiënt te incorporeren in de organisatie hiervan (Lepelre, 2016, Pullon et al., 2011, Redsell et al., 2007). De transformatie van de traditionele huisarts-patiënt relatie maakt de vraag naar de mening van de patiënt als belangrijkste stakeholder essentieel.

Met het uitvoeren van dit kwalitatief onderzoek werd getracht een antwoord te formuleren op volgende onderzoeksvraag: *"Wat is de visie van patiënten met een chronische aandoening in de eerstelijnszorg op het integreren van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk?"*. De concrete doelstelling van dit onderzoek was om inzicht te verwerven in de perceptie van patiënten met diabetes mellitus type 2 op de ontwikkeling van een interdisciplinaire samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige met een bredere benadering vanuit de noden van patiënten in hun omgeving.

## **METHODE**

### **Onderzoeksparadigma en -design**

Er werd geopteerd voor een kwalitatieve onderzoeksmethodologie, gebaseerd op de principes van critical theory waarbij het biopsychosociaal gezondheidszorgmodel met verschuiving van disease- naar goalgerichtheid en modellen voor gedragsverandering op de achtergrond speelden (Vries et al., 2005). Daar de integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk zich in België nog in een beginstadium bevindt, leende exploratief onderzoek zich het meest om dit onbetreden terrein te verkennen vanuit patiëntenperspectief. Binnen dit onderzoeksparadigma werden respondenten via dialoog met de studentonderzoeker geprikkeld om hun persoonlijke ideeën over het onderzoeksthema te uiten. Respondent en studentonderzoeker stonden echter niet geheel los van de virtuele realiteit die is uitgekristalliseerd gedurende de laatste decennia onder invloed van verschillende factoren. Daar de visie op huisartsengeneeskunde sterk beïnvloed is door de context van onze gezondheidszorg, resulteerde deze interactie in waardegekleurde resultaten.

### **Steekproefstrategie en respondenten**

Een doelgericht staal werd samengesteld met overheersend typische, verrijkt met intense, casuïstiek. Praktijkverpleegkundigen bieden potentieel de grootste meerwaarde wanneer zij worden ingezet ter ondersteuning van chronische patiënten (Remmen, 2016), daarom werd voor deze doelgroep gekozen. Alle geïncludeerde respondenten moesten gediagnosticeerd zijn met de chronische aandoening diabetes mellitus type 2. Door dit criterium kon de studentonderzoeker de visie van patiënten met eenzelfde chronische aandoening verkennen binnen een vergelijkbare zorgcontext, in de veronderstelling dat hierdoor de bevindingen een sterke coherentie zouden vertonen. Patiënten met andere culturele achtergronden, recent verblijvend in België, werden geëxcludeerd, evenals patiënten minder dan een jaar gediagnosticeerd met diabetes, jonger dan 18 jaar en zwangere vrouwen. Daar taal het belangrijkste instrument was voor de datacollectie werden patiënten die Nederlands onkundig waren eveneens geëxcludeerd. Om de kwaliteit van dit onderzoek te verhogen, werd gestreefd naar een heterogeen staal met een maximale variatie aan persoonskenmerken (geslacht, leeftijd, sociale klasse, woonsituatie) en medische kenmerken (diabetesduur en -behandeling, comorbiditeit, opvolgingsduur door huisarts en praktijkverpleegkundige).

Haalbaarheid en een aantal actuele, provinciale initiatieven inzake het onderzoekstopic bepaalden de keuze om binnen de provincie Antwerpen patiënten te rekruteren via het patiëntenbestand van huisartsen. De huisartsen werden geselecteerd op basis van hun

inschrijving voor het Colloquium "De nieuwe huisartspraktijk" (Universiteit Antwerpen) waarmee ze hun interesse in het onderzoeksonderwerp lieten blijken. Potentiële huisartsenpraktijken en gezondheidscentra werden door de studentonderzoeker gefilterd op basis van een variatie in ligging, grootte en type praktijk. Door de inclusie van minimum één wijkgezondheidscentrum konden ook kwetsbare patiëntengroepen betrokken worden. Door doelbewust te kiezen voor verscheidenheid in integratieniveau van de verpleegkundige in de geïncorporeerde praktijken, konden ervaringen gecapteerd worden van respondenten vanuit verschillende eerstelijnszorgcontexten met als referentiekader de gradatie in betrokkenheid van de verpleegkundige bij hun diabetesmanagement. Typische casussen moesten geleverd worden door praktijken met een instrumentele inzet van verpleegkundigen. Voor intense casussen werd tevens gezocht naar één praktijk met geïntegreerde benadering en één praktijk waar nog geen verpleegkundige werkzaam was.

In december 2015 werden 12 huisartsenpraktijken en wijkgezondheidscentra gecontacteerd (telefonisch/email). Zij werden geïnformeerd over dit onderzoek en uitgenodigd om mee te werken aan de rekrutering van respondenten. Uiteindelijk stemden vier huisartsenpraktijken en één wijkgezondheidscentrum in tot deelname aan dit onderzoek. In elke deelnemende praktijk werd een overleg met praktijkverpleegkundige of huisarts gepland, wat essentieel was om het verhaal van de patiënten te kunnen kaderen in de achterliggende zorgcontext. Aan iedere praktijk/centrum werd gevraagd met behulp van een uitnodigingsbrief vijf kandidaten te rekruteren aan de hand van een casusbeschrijving met in- en exclusiecriteria. Met een respondentenpoel van 25 patiënten als initieel uitgangspunt werd een marge ingecalculereerd voor heterogeniteit van sample, drop-outs en datasufficiency (bereikt na 13 respondenten). De huisarts bezorgde de contactgegevens van de patiënten met hun toestemming aan de studentonderzoeker. De interviews vonden plaats in een gesprekslokaal van de huisartsenpraktijk of bij de deelnemer thuis.

## **Datacollectie**

Van januari tot en met maart 2016 werden de data verzameld. Per deelnemende huisartsenpraktijk/centrum werd vóór aanvang van de interviews overleg gepleegd met verpleegkundige of huisarts inzake profiel van de praktijk, implementatiegraad en takenpakket van de verpleegkundige en de manier van samenwerking in het interdisciplinaire team (Bijlage 1). De studentonderzoeker interviewde 13 diabetespatiënten volgens gestandaardiseerd interviewscript (individuele diepte-interviews) met als leidraad een semi-gestructureerde topiclijst, ontwikkeld op basis van ziektegerelateerde literatuur (DiabetesLiga, 2014, Sixma et al., 2000), onderzoek naar patiëntenbeleving van praktijkverpleegkundigen (Gorter et al., 2011, Halcomb et al.,

2013, Heiligers et al., 2012, Laurant et al., 2008) en het integrated model for change voor gedragsverandering (Vries et al., 2005) (Bijlage 3). De vier topics en hun doelstelling (Tabel 1) werden geherdefinieerd na een pilootinterview, waarna ze de studentonderzoeker door de verdere interviews gidsten (Bijlage 4 topiclijst in extenso). Om de onderzoekspopulatie te kunnen schetsen, werden vóór elk interview door middel van een demografische fiche de persoonlijke en medische basiskenmerken verzameld (Bijlage 2). Tijdens de interviews werden verbale data op audio opgenomen en maakte de studentonderzoeker aantekeningen van non-verbale data.

**Tabel 1: Semi-gestructureerde topiclijst: topics en omschrijving**

<b>Topic</b>	<b>Omschrijving</b>
<i>Ziektebeleving &amp; -verloop</i>	Patiënt laten vertellen hoe de ziekte tot nu toe verliep en hoe dit werd ervaren. Hoe is de ziekte ingebed in het dagelijks leven en in de omgeving? Wat zijn de individuele zorgnoden en -doelen afhankelijk van de ernst (ook comorbiditeit) en ziekteduur?
<i>Ziektemanagement</i>	Welke visie hebben patiënten zelf rond hun behandeling, wat is de eigen inbreng? Tijdsinvestering huisarts, patiënt? Patiënt laten vertellen over eventuele moeilijkheden voor het opvolgen van de behandeling, wat met motivatie en therapietrouw.
<i>Eerstelijnsopvolging in huisartsenpraktijk</i>	Patiënt laten beschrijven hoe de huidige opvolging en begeleiding in de huisartsenpraktijk in zijn werk gaat. Met welke zorgnoden richt de patiënt zich naar de huisarts en voor welke zaken komt hij in contact met de verpleegkundige? Nagaan in hoeverre de huidige opvolging strookt met het verwachtingspatroon van de patiënt. Hoe wordt het spanningsveld in de eerstelijnsgezondheidszorg ervaren door de patiënt?
<i>Integratie van de praktijkverpleegkundige</i>	Aftasten of de patiënt bekend is met het takenpakket van de verpleegkundige. In welke mate staat de patiënt open voor de roluitbreiding van de eerstelijnsverpleegkundige en onder welke voorwaarden? Patiënt laten vertellen over zijn visie tegenover deze nieuwe rol van de verpleegkundig waarbij de professionele arts-patiënt relatie verandert. Hoe zou de verpleegkundige ingeschakeld moeten worden, zijn er verbetermogelijkheden wat betreft samenwerking?

## **Data-analyse**

Data-analyse en datacollectie verliepen grotendeels simultaan. De analyse werd in april 2016 afgerond. Gezien de kleinschaligheid van dit onderzoek werd manueel geanalyseerd met ondersteuning van Microsoft Office Excel 2007.

Een descriptieve, thematische analysemethode werd toegepast waarbij vanuit de data nieuwe kennis werd vergaard. De eerste stap bestond uit familiarisatie met de data waarbij elk interview werd herbeluisterd en om kwaliteitsredenen binnen de 48 uur in transcript ad verbatim omgezet. In een tweede fase werd de tekst opgesplitst in belangrijke fragmenten waaraan een descriptieve code, dicht aanleunend bij de tekst, werd toegekend. Vervolgens werden interpretatieve codes gegeven in functie van de onderzoeksvraag. Terugkerende, zich onderscheidende aspecten van het verhaal die de perceptie van de deelnemers kenmerkten, werden in de loop van het analyseproces geïdentificeerd als relevante thema's voor de onderzoeksvraag. In het codeboek (Bijlage

5) werden deze beschreven door groeperingen van codes en onderling in verband gebracht door subthema's, analoog aan verhaal en context van de patiënt.

Gezien de inductieve (data-driven) analysetechniek moesten de vooronderstellingen van de studentonderzoeker losgelaten worden, alsook de modellen en theorieën die hebben bijgedragen tot het ontwikkelen van de topiclijst. Dit was cruciaal om de rijkheid van het verhaal van de respondent te bewaren. De studentonderzoeker was zich op elk moment van dit proces bewust van de eigen ideeën die het onderzoek mogelijk zouden kunnen beïnvloeden. Om de neutraliteit te verhogen werden mogelijke interacties en beschouwingen in talrijke memo's vastgelegd. De analyse was een spiraalvormig, iteratief proces met stelselmatige herhaling van de besproken analysestadia en toepassing van reflexiviteit. Zo gebeurde na de initiële codering van een interview tevens een recodering op een later tijdstip en werd bij codering steeds teruggekeken naar vorige interviews opdat de schakel naar de oorspronkelijke betekenis nauwgezet werd bewaakt.

### **Kwaliteitsbewaking**

De diepgang, gecreëerd door de interviewstijl, heeft bijgedragen aan de *geloofwaardigheid* van dit onderzoek. Er werd ruim de tijd genomen om een rijkdom aan gegevens te vergaren waarbij werd doorgevraagd naar betekenis en context. Ook member checking werd toegepast waarbij belangrijke stakeholders (opleidingsverantwoordelijke, onderzoeker, huisarts, verpleegkundige) feedback gaven. Een tweede, onafhankelijke onderzoeker, vertrouwd met het onderzoeksveld, heeft het eerste interview gecodeerd zodat het codeboek in consensus werd opgemaakt. Door het gebruik van letterlijke citaten kwam de stem van de deelnemers tot zijn recht en werden de bevindingen van de studentonderzoeker onderbouwd. De *toepasbaarheid* werd versterkt dankzij thick descriptions waarbij de feiten niet louter werden beschreven maar tegelijk ook ingebed in een ruimere context zodat de bevindingen overdraagbaar zijn naar andere cases. Zelfreflectie, vastgelegd in memo's, was bevorderend voor de *consistentie* van het onderzoek. Tot slot is elke fase van het onderzoeksproces, van protocol tot rapportering, op objectieve wijze gedocumenteerd waardoor de *neutraliteit* van dit onderzoek werd verhoogd. Om aan de overall kwaliteitsstandaarden te voldoen, werden bij dit onderzoek de "Standards for Reporting Qualitative Research"-aanbevelingen opgevolgd (O'Brien et al., 2014).

### **Ethisch-juridische aspecten en academische context**

Dit onderzoek is een masterproef kaderend in de Masteropleiding Verpleegkunde en Vroedkunde aan de Universiteit Antwerpen, die tevens voorzag in verzekering van deze studie. Het comité voor medische ethiek van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen gaf



voor deze studie definitief gunstig advies in november 2015. Bescherming van de privacy voor derden werd gegarandeerd door de codering van gegevens. Vóór aanvang van het interview dienden de deelnemers op vrijwillige en geïnformeerde manier hun uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming te geven voor deelname aan dit onderzoek. Elke deelnemer had het recht om zich op elk ogenblik terug te trekken uit het onderzoek.

## **RESULTATEN**

### **Profiel van de onderzoekspopulatie en eerstelijnszorgcontext**

In deze studie werden vier huisartsenpraktijken en één wijkgezondheidscentrum, verspreid over stedelijke en landelijke regio's in de provincie Antwerpen, geïnccludeerd (Tabel 2). Op één duopraktijk na waren dit allemaal groepspraktijken en op dezelfde locatie werden vaak meer dan drie aanvullende, meestal paramedische, disciplines aangeboden zoals een psycholoog, diëtist, kinesist, ergotherapeut, medisch secretaresse, maatschappelijk werker. De praktijkverpleegkundigen werkten allemaal in loonverband en hadden naast hun basisopleiding en relevante bijscholingen voornamelijk competenties verworven door ervaring in de huidige werksetting of in een professioneel voortraject. De verpleegkundigen, reeds geruime tijd werkzaam in de praktijk, gaven te kennen dat hun takenpakket een evolutie had doorgemaakt van louter administratief en medisch-technisch naar meer medisch-inhoudelijk. In de praktijken (1 en 2) en het centrum (5) was de verpleegkundige eerder instrumenteel ingebed waarbij het huisartsgestuurd patiëntmanagement gescheiden werd van verpleegkundige activiteiten. Uit deze praktijken werden telkens drie typische casussen opgenomen in dit onderzoek. De praktijk met een geïntegreerde verpleegkundige met nurse-led opvolging van patiënten met chronische aandoeningen (praktijk 3) en de praktijk met op het moment van het onderzoek nog geen verpleegkundige (praktijk 4 met geplande herstructurering en reorganisatie) leverden elk twee intense casussen voor interview aan.

In totaal werden 13 patiënten met diabetes mellitus type 2 geïnterviewd voor deze studie. Hun demografische en medische kenmerken werden samengevat in Tabel 3. De respondenten waren gemiddeld 14 jaar met diabetes gediagnosticeerd en gaven allen aan dat ze hoofdzakelijk in de eerstelijns werden behandeld. Allen hadden de Belgische nationaliteit en een westerse etniciteit. Door het inclusiecriteria van diabetes type 2 als chronische aandoening lag de gemiddelde leeftijd eerder hoog, weliswaar met representatie van verschillende leeftijdscategorieën, waardoor patiënten met complexe multipathologie geïnccludeerd waren. De meesten verklaarden dat ze reeds langdurig opgevolgd werden door de huidige huisarts, dit in tegenstelling tot de veel kortere gemiddelde opvolgingsduur door de praktijkverpleegkundige.

Tabel 2: Eigenschappen van de geïncludeerde huisartsenpraktijken en wijkgezondheidscentrum

<b>Profiel geïncludeerde eerstelijnsgezondheidszorgpraktijken n = 5</b>							
<i>Geïncludeerde HA-praktijken/-centra</i>	<i>Type praktijk</i>	<i>Ligging provincie Antwerpen</i>	<i>Samenstelling zorgteam</i>	<i>Profiel VPK</i>	<i>Wijze van integratie van VPK in de praktijk</i>	<i># Resp.</i>	
<b>Praktijk 1</b>	Duo-praktijk	Landelijk	2 HA, 1 HAIO 1 VPK >3 disciplines	-1 <sup>ste</sup> VPK binnen praktijk, sedert 6 jaar, regime <75% -Bachelor/A1, relevante bijscholing -Werkervaring 8 jaar TVP, 10 jaar hoofdVPK in RVT	- <b>Infrastructuur:</b> Praktijkruimte gedeeld met andere disciplines, basismateriaal beperkt voorhanden - <b>Implementatieniveau:</b> Voorbereiding/ondersteuning/assistentie van HA consultatie - <b>Afsprakensysteem:</b> Beperkte agenda (helpen waar nodig), steeds via HA - <b>Takenpakket:</b> Vooral administratief, stilaan aan't evolueren naar VP-technisch - <b>MD-samenwerking:</b> Zichtbare agenda's, PAT-overleg, gemeenschappelijk PAT-dossier	3	
<b>Praktijk 2</b>	Groepspraktijk	Landelijk	4 HA, 2 HAIO 1 VPK >3 disciplines	-1 <sup>ste</sup> VPK binnen praktijk, sedert 25 jaar, regime <75% -Bachelor/A1, relevante bijscholing -Werkervaring 5 jaar AZVP	- <b>Infrastructuur:</b> Eigen praktijkruimte (uitzonderlijk ook gebruikt voor urgenties), basismateriaal voorhanden - <b>Implementatieniveau:</b> Voorbereiding/ondersteuning/assistentie van HA consultatie - <b>Afsprakensysteem:</b> Eigen agenda, steeds via secretariaat - <b>Takenpakket:</b> Geëvolueerd van aanvankelijk louter administratief naar VP technisch, beheer PAT-dossier, logistiek - <b>MD-samenwerking:</b> Software virtuele werkomgeving, PAT-overleg, gemeenschappelijk PAT-dossier, functioneringsgesprek	3	
<b>Praktijk 3</b>	Groepspraktijk	Landelijk	5 HA, 1 HAIO 1 VPK >3 disciplines	-1 <sup>ste</sup> VPK binnen praktijk, sedert 16 jaar, regime 100% -Bachelor/A1, diabeteseducator, praktijkondersteuner (NL**), relevante bijscholing -Werkervaring 10 jaar TVP	- <b>Infrastructuur:</b> Eigen praktijkruimte (exclusief gebruik door VPK), nodige materiaal zeer uitgebreid voorhanden - <b>Implementatieniveau:</b> Protocollaire nurse-led consultaties voor ouderenzorg, diabetes, cardiovasculaire ziektes, astma en COPD - <b>Afsprakensysteem:</b> Eigen agenda, rechtstreeks via elektronische agenda op PAT-portaal, herinnering volgens systematisch oproepsysteem - <b>Takenpakket:</b> Zelfstandig ziektemanagement (globale opvolging van alle deelaspecten), doorverwijzing naar HA op basis van strikte criteria - <b>MD-samenwerking:</b> 2 computersystemen (B & NL), PAT-overleg, gemeenschappelijk PAT-dossier	2	
<b>Praktijk 4</b>	Groepspraktijk	Stedelijk	3 HA, 1 HAIO geen VPK <3 disciplines	nvt	nvt	2	
<b>Centrum 5</b>	WGC	Stedelijk	5 HA 2 VPK >3 disciplines	-Opvolging van vorige VPK ('13-'15), beide sedert ½ jaar, regime <75% -Beide bachelor/A1, relevante bijscholing -Werkervaring 9 jaar TVP,	- <b>Infrastructuur:</b> Eigen praktijkruimte gedeeld door beide VPK - <b>Implementatieniveau:</b> Heroriëntatie gezien recente aanwerving van de 2 VPK Doel is voorbereiding/ondersteuning/assistentie van HA-consultatie + TVP - <b>Afsprakensysteem:</b> Eigen agenda, via secretariaat of HA - <b>Takenpakket:</b> Taakuitbreiding/heroriëntatie. Doel is combinatie praktijk & TVP. Nadruk op educatie & preventie, VP-technisch, beheer PAT-dossier,	3	

WGC = wijkgezondheidscentrum MD-samenwerking = multidisciplinaire samenwerking nvt = niet van toepassing wegens op dit moment nog geen vpk in dienst  
 NL = Nederland(s) B = Belgisch HAIO = huisarts in opleiding  
 TVP= thuisverpleging HA = huisarts PAT- = patiënten  
 AZVP = algemene ziekenhuisverpleegkunde VPK = verpleegkundige VP- = verpleeg-  
 RVT = rust- en verzorgingstehuis HoofdVPK = hoofdverpleegkundige # Resp. = aantal respondenten gerekruteerd voor individuele interviews

**Tabel 3: Eigenschappen van de geïnterviewde respondenten**

**Basiskarakteristieken respondenten n = 13**

<i>Persoonskenmerken</i>		<i>Medische kenmerken</i>			
Gem. leeftijd: jaren (SD)		66,2 (9,8)	Gem. diabetesduur: jaren (SD)	13,5 (7,4)	
Leeftijdscategorie	Jonger dan 50 jaar	1	Diabetesduur in categorieën	5 jaar of korter	2
	50-65 jaar	5		6-10 jaar	3
	66-80 jaar	6		11-15 jaar	3
	Ouder dan 80 jaar	1		16-20 jaar	4
Geslacht	Man	7	Diabetes type	Langer dan 20 jaar	1
	Vrouw	6	Behandeling Diabetes	Type 2	13
Hoogst behaalde diploma	Lagere school	6		Uitsluitend levensstijl maatregelen	1
	Secundair onderwijs	3		Oraal	5
	Hoger onderwijs	3		Oraal + liraglutide inspuiting	3
	Universitair onderwijs	1		Uitsluitend insuline	4
Beroep	Bediende	1	Comorbiditeit	2 aandoeningen of minder	5
	Ambtenaar	3		3-4 aandoeningen	5
	Werkloos	2		5 aandoeningen of meer	3
	Gepensioneerd	7	Gem. duur opvolging huidige HA: jaren (SD)		14,5 (6,3)
Woonplaats	Landelijk	6	Gem. duur opvolging huidige praktijk VPK: jaren (SD)		4,8 (3,7)
			<i>n = 11**</i>		
	Stedelijk	7			
Gezinssituatie	Samenwonend met partner	10			
	Alleenwonend	3			

VPK = verpleegkundige

HA = huisarts

\*\**n* = 11, want 2 patiënten hadden nog geen VPK opvolging in de praktijk

Gem. = gemiddeld

(SD) = standaard deviatie

## Identificatie en beschrijving van thema's

Vanuit een descriptieve, thematische analyse van de interviewtranscripts van 13 respondenten konden vijf thema's en hun subthema's geïdentificeerd worden (Tabel 4). De narratieve benadering, aangewend om betekenis te geven aan het verhaal van de patiënten, werd geleid door deze thema's en bekrachtigd door citaten.

Tabel 4: Thema's en subthema's

<b>Thema</b>	<b>Subthema's</b>
<i>Gezondheidspromotie, preventie en patiënteneducatie</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Inhoudelijk niveau van info- en educatienoden</li><li>✓ Drijfveren van informatievoorziening en educatie</li><li>✓ Dichten van de theory-practice gap</li><li>✓ Wijze van kennistransfer</li><li>✓ Tailor made diabetesmanagement</li></ul>
<i>Professionele relatie tussen patiënt en eerstelijnszorgverlener</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Vertrouwensrelatie</li><li>✓ Professionele attitude, waarden en normen</li></ul>
<i>Professionalisering en kerncompetenties</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Voortraject: opleiding en loopbaan</li><li>✓ Sociale vaardigheden</li><li>✓ Deskundigheid</li></ul>
<i>Interdisciplinair samenwerken door de ogen van de patiënt</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Continuïteit van zorg</li><li>✓ Rolduidelijkheid en complementariteit</li><li>✓ Interactie tussen de disciplines</li><li>✓ Structuur en organisatie voor integratie van een VIHP</li></ul>
<i>Integratie van een VIHP als innovatie binnen de gezondheidszorg</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Tastbare symptomen van overbelasting van de eerstelijnsgezondheidszorg</li><li>✓ Facilitatoren en barrières</li></ul>

VIHP = verpleegkundige in de huisartsenpraktijk

### *Gezondheidspromotie, preventie en patiënteneducatie*

Bij elk van de geïnterviewde patiënten traden prangende informatie- en educatienoden op de voorgrond. Ongeacht de diabetesduur blijft deze chronische aandoening een zeer complex gegeven voor de patiënt waardoor inhoudelijke vragen te vaak onbeantwoord zijn. Kennisuitbreiding en begrip van het "waarom" zijn zeer belangrijk. Patiënten gaven aan dat meer ziekte-inzicht hen zou kunnen ondersteunen in therapietrouw en zou kunnen helpen om angsten die met het leven met diabetes gepaard gaan, weg te nemen. Niet alleen wensten patiënten vraaggestuurde informatievoorziening, ook vonden zij het belangrijk dat de zorgverlener anticipeert op mogelijke hiaten in kennis en dat deze vanuit eigen initiatief bijdraagt aan ziekte-inzicht. De respondenten uitten ook hun nood aan begeleiding in het zelfstandig genereren van kennis, onder meer door het structureren van de overload aan informatie uit verschillende bronnen zoals internet en het sociaal netwerk, om onvolledige of foutieve informatie te vermijden.

### Citatenbox 1: Citaten over inhoudelijk niveau, bronnen en drijfveren van informatie- en educatienoden

*"Je gaat daar dan voor de eerste keer bij en hij (huisarts) zei gewoon "je mag die pillen niet nemen". Maar meer heeft hij ook niet uitgelegd. Als de artsen weten dat dat echt heel gevaarlijk is, dan moet je dat toch ook wijsmaken aan de mensen. Allez, ik mis zo soms wel wat meer uitleg."*(man, 77 jaar)

*"Ze kunnen vanalles zeggen en ik slik dat allemaal wel, die pillen, maar ik wil wél weten of het geen flauwekul is. Dat ik ook begrijp welke effecten het heeft op mijn lichaam. Als ik er meer van weet ben ik ook meer geneigd om ze correct te nemen zoals het moet."* (vrouw, 58 jaar)

*"T is heel veel om te begrijpen, heel moeilijk ook en zeker op onze ouderdom. Want sommige mensen die zitten dan op de computer enzo, maar wij hebben altijd gewerkt en voor de kinderen gezorgd en wij kennen daar niks van."* (vrouw, 75 jaar)

*"...en terug stilte, en dan is die uitleg ook gedaan. En ik ben niet iemand die vragen kan stellen. Ik kan wel babbelen, maar echt specifieke vragen stellen kan ik niet. Ja en dan ga je dus met te weinig uitleg terug weg hé daar, zonder antwoord. En dat is het verschil tussen mensen hé, ze moeten dat toch ook wat aanvoelen en uit zichzelf is iets meer zeggen."*(vrouw, 75 jaar)

*"In't begin jagen ze u schrik aan hé, dan voorspellen ze onheilstoestanden, die dokters. Want je kan thromboses en beroertes krijgen met die suiker enzo... (laconiek). Je zou schrik hebben om nog te ademen! Maar dan ben ik zelf gaan zoeken op internet en dan blijkt het toch allemaal niet zo erg als dat ze voorspellen zenne. De dokter zegt wat dat ik moet doen en ik doe het niet, zo simpel is het. Ik denk op den duur dat als je die pillen allemaal moet combineren, dat dat ongezonder is dan de ziekte waarmee je te kampen hebt."* (man, 49 jaar)

Tijdens de interviews haalden de respondenten de kloof aan tussen de theoretische uiteenzetting die vaak gegeven wordt en de vertaling hiervan in de praktijk. Zij missen voornamelijk een gedegen voorbereiding waarna zij op een zelfstandige manier de voorschriften voor diabetesmanagement in hun dagelijkse routine kunnen inbedden. Een aantal patiënten gaf aan dat zij voor de praktische zaken beter bij de praktijkverpleegkundige terecht kunnen die na een korte herhaling van de theorie, samen met hen aan de slag gaat en aan de hand van praktijkvoorbeelden en demonstraties, de behandeling aanleert en inoefent. Volgens de patiënten zou ondersteuning van mondelinge informatieoverdracht met visueel/tekstueel educatiemateriaal zoals een patiëntenfolder of schematische weergave, een essentiële strategie zijn voor duurzame borging van de kennisoverdracht.

Patiënten waren unaniem over de noodzaak van intensieve gezondheids promotie en educatie via verschillende kanalen vooral in de beginfase van een chronische aandoening. Maar ook patiënten met langere ziekteduur achtten een stelselmatige kennisopbouw en regelmatige herhaling in elke fase van de ziekte onontbeerlijk om gemotiveerd te blijven. De zorgtijd die eerstelijnszorgverleners investeren in de noden van de patiënt, is bijgevolg zeer kostbaar. Patiënten hebben behoefte aan iemand die uitgebreid de tijd neemt om naar hun probleem te luisteren en eventuele vragen geduldig en zo nodig herhaaldelijk te beantwoorden.

Uit alle interviews bleek dat er geen gouden standaard bestaat die past bij elke patiënt. Alle aspecten van het diabetesmanagement zoals verpleegkundige zorg, medische

behandeling, inhoud en manier van kennisoverdracht bij patiënteneducatie, niveau van taalgebruik, timing en tijdsinvestering moeten op maat zijn van de behoeften en wensen van de zorgvrager. Veel van de respondenten gaven aan dat zij een fundamenteel tekort aan tailor made begeleiding ondervinden en dat onvoldoende rekening wordt gehouden met de somatische (capaciteiten en belemmeringen door fysieke conditie), contextuele (omgevingsfactoren, thuissituatie), psychische (persoonlijkheid, mindset, belasting van leven met chronische aandoening), sociale (maatschappelijke en financiële kwetsbaarheid, sociaal netwerk, woon- en werksituatie), existentiële (overtuiging, culturele verschillen) aspecten van de patiënt. De waarde die aan bepaalde levensdoelstellingen wordt toegekend is immers voor iedereen verschillend. De respondenten beklemtoonden hun verwachting naar eerstelijnszorgverleners toe van grotere betrokkenheid bij het opstellen van een geïndividualiseerd plan, rekeninghoudend met hun noden en voorkeuren.

#### **Citatenbox 2: Citaten over de wijze van kennistransfer, zorgtijd en tailor made management**

*"Dan haalt ze (verpleegkundige) er een schema bij uit één of andere map en dan begint ze dat met hand en tand uit te leggen aan mij en dan laat ze dat ook zien. Of dan haalt ze dat van internet ofzo en drukt ze dat af voor mij. Dan gaat ze me precies vertellen waarom dat die pilletjes werken. En dat vind ik belangrijk want ik slik al die pillen maar weet helemaal niet waarvoor." (vrouw, 58 jaar)*

*"Ze (verpleegkundige) legt het héél goed uit en als er iets niet goed is zegt ze het ook. Ze draait haar computerscherm om en dan laat ze alle bloedwaardes zien, en al dat rode is niet goed en dan valt dat op." (man, 72 jaar)*

*"In't begin stond ik er wel sceptisch tegenover, vooral ook omdat ik mij super gezond voelde. Dan denk je wel WHY, in godsnaam hé, t komt er tenslotte allemaal maar bij. Mijn eerste idee was wel van allez, waarom moet ik dat nu allemaal doen, want ik voel mij goed." (man, 53 jaar)*

*"Ik heb de indruk dat de verpleegkundige soms ook wat meer tijd voor mij kan vrijmaken dan de huisarts. Want die heeft het altijd wel heel erg druk hé. En dat vind ik wil plezierig dat de mensen tijd maken voor mij als ik met vragen zit." (vrouw, 70 jaar)*

*"Je krijgt daar vanalles op uw boterham, en je krijgt de tijd niet om daar is even over na te denken. En dan kom je thuis en dan denk je oei ik had dat nog moeten vragen. Voor hun is dat allemaal routine, maar voor mij niet hé. En dat vergeten ze wel eens. Ze rammelen alles maar af." (vrouw, 57 jaar)*

*"Je moet zelf ook wat zoeken vind ik, want elke mens is toch anders hé. De dokter en de specialisten die pakken voor iedereen 't zelfde, maar iedereen is niet hetzelfde hé, elk lijf is anders. Ik heb toch de indruk dat die behandeling niet is aangepast aan mij als persoon. Dat wordt aangepast aan hoe zij het willen, niet hoe ik het wil. Eigenlijk heb je als patiënt niet veel te vertellen." (vrouw, 57 jaar)*

*"... en dan krijg ik altijd dat standaard plaatje dat ze afspelen zo van: bewegen, niet stilzitten en zeker geen suiker meer consumeren..." (man, 71 jaar)*

*"De dokters weten het altijd beter, maar ze leggen nooit uit waarom. Ze doen maar, stellen zich daar geen vragen bij hoe ik dat in mijn leven moet inpassen. Niemand, hoe is dat mogelijk (verontwaardigd)?" (vrouw, 62 jaar)*

*"Als jij een patiënt iets moet meedelen, ga naar zijn niveau, pas u aan. Af en toe moet je is van je trede komen en zeggen in gewone mensentaal: zo zit het ineen. Je moet je uitleg afstemmen op de minst ontwikkelden. Allez, gebruik woorden die gewone mensen die niet jarenlang gestudeerd hebben ook begrijpen." (man, 71 jaar)*

### ***Professionele relatie tussen patiënt en eerstelijnszorgverlener***

In alle interviews kwam de professionele relatie tussen de patiënt en zorgverlener zeer uitgebreid aan bod. Vertrouwen vormt voor de patiënt het fundament van deze relatie en draagt evenzeer bij tot het algemeen welzijn doordat deze vertrouwensband open communicatie faciliteert en daarnaast een draagvlak creëert voor maatregelen aangaande ziektemanagement. Hoewel de traditionele arts-patiënt relatie vaak op de voorgrond trad tijdens de gesprekken, stelden de respondenten zich ontvankelijk op voor een nieuwe relatie met de praktijkverpleegkundige. Een aantal geïnterviewden verklaarden dat de verpleegkundige als vertrouwenspersoon een drempelverlagend effect heeft. Patiënten gaven aan dat het ontstaan van een vertrouwensband met de eerstelijnszorgverlener afhankelijk is van hun eerdere ervaringen met zorgverleners, tijdsaspect (vertrouwdheid met iemand dat uitgegroeid is tot gewoonte), waargenomen competentie en deskundigheid (kennis, kunde, gedrag) en ten slotte de persoonlijkheid van de zorgverlener ofwel de "klik" met zowel de leden van het zorgteam als de patiënt.

Om deze relatie te versterken, is het primordiaal dat de zorgverlener handelt conform een professionele attitude met een persoonlijke, menselijke benadering. De patiënt heeft nood aan waardering en erkenning van zijn centrale rol in het gehele zorgtraject. De respondenten beschreven dat het belangrijk is dat de zorgverlener hen een gevoel geeft van oprechte betrokkenheid en interesse voor hun welzijn en dat bij routinematig handelen niet altijd wordt stilgestaan bij de impact van diabetes op het leven. Patiënten beklemtoonden hun behoefte aan empathie, geruststelling en begeleiding bij het omgaan met verlies en verandering die een chronische aandoening teweegbrengt. Ook integriteit, respect voor privacy en diversiteit zijn te betrachten waarden.

### Citatenbox 3: Citaten over vertrouwen en professionele attitude als basis voor een professionele relatie

*"Dat is een vertrouwenskwestie. Als je daar vertrouwen in hebt, als je goed met die mens kan praten en goed overeenkomt, dat is't voornaamste." (vrouw, 75 jaar)*

*"Het is wel plezierig als je de mensen kent, dat moet ik wel zeggen. Dat schept een vertrouwensband, in feite. Want die kent heel uw voorgeschiedenis, uw medische toestand, dikwijls ook persoonlijke problemen." (man, 64 jaar)*

*"Als je bij een zorgverlener komt waar je je comfortabel bij voelt, dan ga je al sneller dingen vertellen dan aan iemand die overkomt alsof die niet met mij begaan is. Zeker als het over een moeilijk probleem gaat, moet ik iemand hebben die ik goed ken en die ik vertrouw. Met een vreemde praten over problemen is moeilijk." (man, 49 jaar)*

*"Ik kan bij haar (verpleegkundige) met mijn verhaal terecht, meer dan bij de arts. Voor mij is dat soms makkelijker om tegen haar iets te zeggen dan tegen de arts, want die afstand is kleiner. 'T is ook door de vriendelijkheid dat ze de vriendschap van de patiënten terugrijgt. Dat is omdat zij ook meer onder de mensen komt in het dorp, ze kent de mensen beter dan de artsen en dat klikt gewoon." (vrouw, 58 jaar)*

*"Ze (zorgverleners) geloven mij niet als ik iets zeg, maar na zoveel jaren met deze ziekte ben ik geen leek meer. Ik ken mezelf het best. Ik word niet gehoord, ze luisteren niet. Ik word niet serieus genomen (boos)!" (vrouw, 57 jaar)*

*"...arts die echt de tijd pakte voor mij, face to face, die was met niks anders bezig. Ik had echt het gevoel van die luistert naar mij en we gaan mijn probleem samen oplossen. Terwijl als je iemand voor u hebt die op zijn computer is aan't tokkelen, dan denk je wat zit ik hier eigenlijk te vertellen... hoort hij wel wat ik zeg?" (man, 53 jaar)*

*"Normaal gezien zou je zo om de 5 jaar is een nieuwe huisarts moeten pakken, want dan begint die terug opnieuw na te denken en gaat die alle aandacht aan u schenken. Want na een tijd denken die van: hem ken ik, 't zal dat wel zijn. Als je altijd patiënt bent bij dezelfde dokter, dat wordt een routine voor hun. Ik heb schrik dat ze dan niet luisteren en dat ze al is rapper iets over het hoofd zien." (man, 77 jaar)*

*"...dan mis je toch wel wat de menselijke kant, het contact met de mensen. En dat heeft de verpleegster wél heel hard. Dat ik een mens ben, geen etiquette, geen nummer. Je komt er niet buiten met grote vraagtekens. Ik word gerustgesteld door de dokter, door de verpleegkundige." (man, 71 jaar)*

### **Professionalisering en kerncompetenties**

Een relevant voortraject, specifieke sociale vaardigheden en deskundigheid werden door de patiënten als versterkende factoren beschreven voor de opbouw van een vertrouwensrelatie en tevens als noodzakelijke voorwaarden om een rol binnen het interdisciplinaire team te kunnen vervullen. Een relevant voortraject betekende voor de respondenten een kwaliteitsvolle basisopleiding bij voorkeur met doorgedreven specialisatie in diabetes of huisartsverpleegkunde en tevens het verwerven van professionele ervaring vanuit een eerder jobtraject. Patiëntenonthaal en professionele communicatie, alsook motivationele gespreksvormen om zelfzorg en therapietrouw te stimuleren, waren terugkerende topics bij de sociale vaardigheden. Deskundigheid werd door de patiënten omschreven als enerzijds autonoom kunnen werken maar anderzijds het correct kunnen inschatten van de eigen grenzen van deskundigheid of verantwoordelijkheidsgebied met gegronde inschakeling van andere disciplines. De geïnterviewden vertelden ten slotte hoe belangrijk het is voor een verpleegkundige om te excelleren in praktische zaken en medisch-technische interventies. Zeker in de beginfase van de integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk wordt daardoor een



solide vertrouwensbasis in de verpleegkundige competentie gecreëerd en kan het takenpakket daarna meer medisch-inhoudelijk geheroriënteerd worden.

#### **Citatenbox 4: Citaten over voortraject, sociale vaardigheid en deskundigheid van de verpleegkundige**

*"Je voelt direct dat die mensen daarvoor opgeleid zijn en die geven u een vertrouwd gevoel. En die zeggen van kijk, als ik denk dat het nodig is om er een dokter bij te halen ga ik dat zeker doen. Mensen schrikken ervoor terug om die vertrouwelijke dingen tegen iemand anders te vertellen. Dan moeten ze er echt van overtuigd zijn dat die mensen echt het juiste niveau hebben en ervoor bekwaam zijn." (man, 53 jaar)*

*"Dat kan misschien ook voor een stuk mee in de opleiding gegoten worden als je wilt bij een huisarts werken ofzo. Ook voor de verpleegkundige is dat interessanter hé, dat ze in de opleiding leren om te assisteren bij de huisarts." (man, 64 jaar)*

*"Ik kan beter aan haar (verpleegkundige) iets vragen over diabetes dan aan de dokter, zij weet het echt beter dan de huisarts. Dat gevoel heb ik toch dat zij gewoon heel erg veel weet. Zij is echt gespecialiseerd in diabetes, heeft daar extra opleidingen voor gevolgd." (vrouw, 58 jaar)*

*"...maar de verpleegster in de praktijk daar heb ik wel vertrouwen in voor mijn suiker, daar kan ik al is iets aan vragen. Die staat ook hoger dan de thuisverpleging die hier komt, denk ik. Ze heeft ook nog als hoofdverpleegster in 't rusthuis gewerkt, waar ook heel veel gebeurt hé. Die heeft toch meer ervaring. Je merkt dat niveauverschil." (vrouw, 75 jaar)*

*"Ik verwacht van u als zorgverlener dat u zich even in een kort gesprek voorstelt: wie u bent, wat u gedaan heeft, en dat u zegt van 'voila, ik ben hier om u te helpen'. Iemand op z'n gemak stellen dus." (man, 53 jaar)*

*"Ik vertrouw haar (verpleegkundige). Want ze heeft dan ook al is bloed bij mij getrokken en ik ben een moeilijke. En bij haar ging dat van de eerste keer. Ik had direct de indruk dat ze haar job kon en dat ze er wel iets van kende." (man, 77 jaar)*

*"En de manier waarop ze (verpleegkundigen) te werk gaan, dat is iets van, professionaliteit. Kennis en kunde. En ik merk dat vooral aan hun zelfzekerheid. Dat ze niet moet zitten twijfelen, maar laten zien: 'Ik ben goed bezig.' In plaats van: 'Oei oei... moet ik nu een dokter bellen...?' Zo'n situaties zullen wel is voorkomen dat ze niet weet wat ze moet doen. 'T zou maar erg zijn dat dat niet zou voorkomen dat je soms zekerheid van de dokter wilt hebben. Maar kunnen zelfstandig werken als verpleegkundige is wel belangrijk." (man, 71 jaar)*

#### ***Interdisciplinair samenwerken door de ogen van de patiënt***

Vanuit hun eerstelijnszorgcontext hadden alle respondenten ervaring met verschillende aspecten van interdisciplinaire samenwerking binnen de praktijk. Patiënten vonden het belangrijk dat elk lid binnen het eerstelijnszorgteam vanuit eenzelfde visie met elkaar samenwerkt met als gemeenschappelijke doelstelling het welzijn van de patiënt. De hierdoor ontstane synergie vertaalt zich naar de patiënt toe voornamelijk in continuïteit van zorg en complementariteit van rollen binnen dat team. De geïnterviewden gaven aan dat het voor hen belangrijk is het gevoel te hebben dat ieder teamlid op elk moment op de hoogte is van de medische situatie (dossierkennis) en context en zij samen met de patiënt naar een gedeeld einddoel toe werken. Een sterke samenwerking binnen dat eerstelijnszorgteam zou resulteren in een minder gefragmenteerde zorg. Een duidelijke afbakening van taken en verantwoordelijkheden van de teamleden op basis van de vakspecifieke expertise van elke discipline is opportuun en hierover moet meer

transparantie komen naar de patiënten toe om de rolduidelijkheid te vergroten. Als er sprake is van wederzijds vertrouwen tussen de teamleden, zouden aanvullende rollen volgens de respondenten resulteren in een verhoogde efficiëntie en effectiviteit. De interactie tussen verschillende disciplines bleek voor de patiënten de belangrijkste voorwaarde om de interdisciplinaire praktijk als één geheel te kunnen laten functioneren. Bij het nastreven van patiëntgerichtheid dient het zorgteam aangestuurd te worden vanuit communicatie en teamoverleg, waarbij zorgprocessen worden afgestemd en gerapporteerd waardoor elke discipline een meerwaarde kan bieden voor de patiënt. Ook een vlotte informatiedoorstroming van en naar externe relevante zorggroepen werd aangehaald in de interviews.

De geïnterviewden gaven tevens hun visie over de organisatie van interdisciplinaire samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige. Zo waren ze het erover eens dat beide disciplines beslissingsbevoegdheid en autonomie moeten genieten binnen het eigen verantwoordelijkheidsdomein. Zelfs de patiënten die totnogtoe vertrouwd waren met slechts een instrumentele toepassing van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk, gaven te kennen dat zij geen bezwaar zouden hebben tegen een protocollaire verpleegkundiggestuurde zorg van hun chronische aandoening. In de interviews kwam ter sprake dat de rol van de verpleegkundige zich zou oriënteren naar de coördinatie en organisatie van alle aspecten van het zorgtraject bij normaal verloop en routinematige opvolging. De rol van de arts werd beschreven als overkoepelend en superviserend, waarbij hij als eindverantwoordelijke wordt beschouwd waarnaar wordt doorverwezen bij significante afwijkingen of problemen. Uit alle gesprekken is tot slot gebleken dat patiënten een zeer uitgesproken nood hebben aan een spilfiguur van de (eerstelijns)gezondheidszorg: iemand die hun belangen behartigt en die hen wegwijs maakt doorheen het complexe zorgtraject in zijn totaliteit (triagefunctie, doorverwijzing, begeleiding en coaching). De meerderheid van de respondenten gaf aan dat dit vertrouwd gezicht als eerste aanspreekpunt nog ontbreekt.

## Citatenbox 5: Citaten over interdisciplinaire samenwerking

*"Ze zijn eigenlijk allemaal een beetje mijn huisdokter hé. Ze hebben elke week hun vergadering en dan bespreken die de patiënten van mekaar. En zo is iedereen op de hoogte, van: dat is de diagnose en dit is de therapie, wat denken jullie daarvan? Dus als mijn dokter met vakantie gaat of als ze ziek valt, dan weten de anderen ook alles van mij. Ook over dingen die niks met de gezondheid te maken hebben hé, bijvoorbeeld een verhaal dat ik begonnen ben. En dan vragen ze ook: hoe is het nu afgelopen daarmee? Dat vind ik belangrijk. Ze wisselen hun mening uit van dat kunnen we doen en dat kunnen we beter niet doen, daar kunnen we nu al mee beginnen. Die werken echt samen voor mij, voor de patiënt." (man, 71 jaar)*

*"Elk beroep heb je nodig, ook verpleegsters. Iedereen heeft z'n eigen specialisme en ze vullen mekaar aan. Dat is de beste manier. De taken verdelen naar specialisatie. Het is niet de bedoeling om mensen die hulp verlenen uit hun job te halen en zelf als patiënt alles zelf te willen regelen hoe het moet verlopen." (man, 49 jaar)*

*"Ik veronderstel dat de huisarts en de verpleegkundige wel communiceren met elkaar, 't is niet de bedoeling dat ze alles apart doen hé. Dat je geen 10 keer hetzelfde verhaal moet doen." (man, 72 jaar)*

*"Zolang de suiker constant is mag een verpleegkundige dat opvolgen en als er iets is dan moet ze mij wel doorsturen natuurlijk. 'T valt te zien wat je mankeert hé. Als dat geen speciaal probleem is en de resultaten zijn goed, dan mag de verpleegster mij ook de uitslag van't bloed geven. Zeker zo die routine controles voor de suiker, dat moet toch perfect kunnen." (man, 64 jaar)*

*"Ze (verpleegkundige) werkt zelfstandig en denkt zelf mee en neemt veel initiatief. Alles in overleg, want de verantwoordelijkheid ligt wel bij de arts." (man, 72 jaar)*

*"Ze (verpleegkundigen) wijzen u de weg in de medische wereld. Ze zijn eigenlijk de wegwijzertjes hé. Ik vind dat een verpleegkundige zelf alles kan regelen waar je moet zijn en dat je zelf niet moet liggen zoeken. Want je zit in een kluwen hé, hoeveel namen zijn er wel niet van die artsen in het ziekenhuis, en al die specialismen?! Het zou meer gestructureerd moeten gaan allemaal. Je moet eigenlijk al heel sterk in uw schoenen staan om zelf alles geregeld te krijgen." (vrouw, 57 jaar)*

*"Het eerste echelon van de hulpverlening, dat kan een verpleegster zijn hé. Vertel uw probleem tegen die eerste persoon, en zij zal dan wel samen met u beslissen of het nodig is om door te verwijzen naar de huisarts of niet. Dan heb je samen een oordeel gevormd." (man, 53 jaar)*

*"Wat voor mij belangrijk is, is het eerste aanspreekpunt, dat dat altijd dezelfde persoon is, dat je een bekend gezicht voor u hebt. Dat mag een verpleegster zijn. En dat die persoon u dan kan helpen van we gaan die of die richting uitgaan." (vrouw, 81 jaar)*

### ***Integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk als innovatie binnen de gezondheidszorg***

De overbelasting van de eerstelijnsgezondheidszorg is voelbaar tot op het niveau van de patiënt. In de gesprekken werd de reorganisatie van huisartsenpraktijken onder invloed van de toenemende drukte beschreven. Zo merkten mensen een verschuiving op in het patiëntenbestand, uitbreiding van de (infra)structuur van hun praktijk en aanpassingen in werkprocessen en –organisatie zoals bijvoorbeeld de introductie van een afsprakensysteem, hervorming naar groepspraktijken en uitbreiding met aanvullende disciplines. Patiënten ervaren voornamelijk langere wachttijden en afgenomen zorgtijd als tastbare symptomen van de toegenomen werklast. Het duurt langer vooraleer men geholpen wordt en bovendien moet men inboeten op zowel kwaliteit als kwantiteit van het patiënt-huisarts-contact. Patiënten die al een langere tijd de integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk ervaren, rapporteerden voor hen merkbare verbeteringen zoals tijdsbesparing voor de patiënt en tevens meer tijdsefficiëntie voor de arts die een groter aantal patiënten kan behandelen met een sterkere focus op medisch-

inhoudelijke aspecten. De verpleegkundige zou de zorgvrager meer zorgtijd kunnen aanbieden en door afstemming van werkprocessen zou de patiëntenflow voelbaar verbeteren.

De respondenten suggereerden faciliterende en belemmerende factoren bij het introduceren van een verpleegkundige in de praktijk. Op microniveau kan de vertrouwensband met de huisarts afstralen op de verpleegkundige doordat de huisarts patiënten op voorhand informeert over deze nieuwe functie binnen het interdisciplinair team. Rolonduidelijkheid en -conflicten werden als barrières aangehaald. Patiënten opperden een geleidelijke integratie van de praktijkverpleegkundige met gaandeweg toename van autonomie, evenredig aan deskundigheid. Op mesoniveau ondervinden patiënten dat zorgverleners vaak een verschillende interpretatie hanteren van deze innovatie. Deze verdeeldheid binnen het zorgteam creëert wantrouwen. De organisatie en (infra)structuur van de praktijk moeten de inbedding van een verpleegkundige ondersteunen. Tot slot haalden respondenten de belangrijke rol van overheidsinstanties op macroniveau aan die door sensibilisering een draagvlak zouden kunnen creëren voor deze transitie. Patiënten uitten tevens bezorgdheden omtrent financiering en de huidige wettelijke begrenzing van verpleegkundigen om deze nieuwe rol te vervullen.

## Citatenbox 6: Citaten over heroriëntering van de eerstelijnsgezondheidszorg

"Hij (huisarts) heeft dan ook zijn computer bij dus ik mag niet teveel zeggen hé, dat constant 'rikketikketiketik' (typend & naar beeldscherm kijkend). Vroeger kon je al is een rustig uw verhaal vertellen, die was hier kind aan huis. Maar nu moet het vooruit gaan hé, allemaal. Ze maken zo geen tijd meer voor ons." (vrouw, 81 jaar)

"De wachtzaal zit dan propvol. Het is heel druk, maar ik heb de indruk dat ze (huisartsen) rapper gaan werken om die drukte de baas te kunnen. Ze nemen voldoende tijd, maar niks teveel. En dan word je nog constant gestoord door telefoons, dat is lastig hé." (vrouw, 62 jaar)

"Er zijn ook verschilpunten met hoe het vroeger alleen door de arts gebeurde. De verpleegkundige heeft meer tijd voor ons. Bij de artsen was dat amper een kwartiertje en de verpleegster neemt haar tijd. Ondertussen wordt de dokter minder lastig gevallen met pietluttigheden en kan hij meer mensen zien die het echt nodig hebben." (vrouw, 70 jaar)

"In't begin waren we daar niet zo voor te vinden. Ik was daar wat terughoudend voor want dat was nieuw allemaal. Maar je merkte wel dat de dokters er allemaal achter stonden. Onze huisarts gaf dan wat informatie en heeft uitgelegd wat de verpleegkundige hier ging doen. De eerste keer kwam hij erbij zitten en heeft hij haar voorgesteld. En zo is zij een beetje mee aangeleerd, denk ik. In't begin was dat met de dokter in de buurt, zo is ze er wat ingerold. Stilaan raakte ze meer ingewerkt in de praktijk." (man, 72 jaar)

"Ik had haar (verpleegkundige) al wel gezien en wist wat ze allemaal deed in de praktijk. Daarom had ik er direct vertrouwen in. Ervoor had ik al heel veel van haar gehoord, want die doet hier gewoon echt heel veel in de praktijk." (vrouw, 58 jaar)

"...dan moet ze (verpleegkundige) ook wel de kans krijgen om zelfstandig te werken en om de voorschriften te schrijven hé. Zij kan alleen maar in opdracht van de dokter bellen. Ze is begrensd, dat is het grootste probleem. Dan moeten ze eerst de basis veranderen hé." (man, 49 jaar)

"Informatie naar de bevolking toe is heel belangrijk. Dat ze weten van kijk de persoon die ik hier nu voor mij heb, die kan het wel want die heeft dit en dat gedaan. Dat ze zich een beeld kunnen vormen van de verandering. Communicatie is heel belangrijk hé, dat de mensen weten: 't gaat veranderen en ik sta ook voor die verandering." (man, 53 jaar)

## DISCUSSIE

De respondenten gaven aan dat management van hun chronische aandoening onvoldoende patiëntgericht is ondanks het aangetoonde belang hiervan (Dominique et al., 2012). Dit partnerschap impliceert nieuwe rollen voor de patiënt als expert van het eigen leven en voor de zorgverlener als inhoudelijke expert, met een gedeelde verantwoordelijkheid. De zorgverlener heeft een belangrijke opdracht in empowerment van de patiënt en zijn omgeving maar moet daarbij rekening houden met individuele verschillen in health literacy, levensdoelen en de nood aan informatie en betrokkenheid (DeMaeseneer et al., 2014). Op maat afstemmen van doelgroepspecifieke protocolzorg, waarop praktijkverpleegkundigen kunnen worden ingezet, vergt echter veel expertise (Heiligers et al., 2012). Een patiëntgerichte communicatiestijl die vertrekt van de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van patiënten en werkt richting een gedeelde besluitvorming, is essentieel voor potentiële gezondheidswinst (Matthys et al., 2009, Tate, 2009).

Arts-patiënt contact was een rode draad doorheen de gesprekken. Dat die vertrouwensband het louter medische overstijgt, wordt ook bevestigd in de literatuur (Dulmen, 2001, Gorter et al., 2011). Vanwege de huidige overbelasting van de eerstelijns zijn huisartsentaken te weinig medisch, te veel psychosociaal en te complex (Dirickx et al., 2011). Door de ontplooiing van een nieuwe professionele relatie tussen patiënt en verpleegkundige, vanuit een gedeelde teamvisie, zal de fundamentele arts-patiënt relatie versterken. Efficiënte zorg waarbij meer zorgtijd vrijkomt, maakt ook dat de humane kant meer aandacht krijgt (Remmen et al., 2013) en net die affectieve aspecten van zorg zijn elementair voor de patiënt (Heiligers et al., 2012).

Opvallend in dit onderzoek was dat het verhaal van de respondenten in de zorgcontext van een doorgedreven integratie van een praktijkverpleegkundige de kansen weerspiegelde om het hoofd te bieden aan net die tekortkomingen in de eerstelijnszorg waargenomen door patiënten zónder dergelijke ervaring. In de praktijken met instrumentele verpleegkundige inzet beschikken deze verpleegkundigen momenteel onvoldoende over de klinische/organisatorische competenties die in een huisartsenpraktijk thuishoren of worden de aanwezige competenties niet maximaal benut. Bovendien was er bij de geïnterviewde patiënten nog veel onduidelijkheid over de plaats van de verpleegkundige binnen dat eerstelijnszorgteam, wellicht door het veranderlijke integratieniveau en takenpakket van praktijkverpleegkundigen (Halcomb et al., 2013). De verpleegkundige opvolgingstermijn die de respondenten aangaven als hun eigen perceptie van 'regelmatig contact voor diabetesopvolging', contrasteert met het vaak hoge aantal werkjaren dat verpleegkundigen reeds betrokken waren in die praktijk.

Dit illustreert het actuele groeiproces dat huisarts, verpleegkundige en patiënt samen doormaken.

De eerstelijnszorg kan in de toekomst naar een hoger niveau getild worden door het uitbreiden en differentiëren van complexe taken en het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden rond allerlei patiëntenpopulaties in een maatschappij in volle evolutie, gesteund door de accurate inzet van verpleegkundige competenties. Het huidige juridisch kader, gekenmerkt door hiërarchische relaties tussen zorgberoepen, heeft interprofessionele herdefiniëring met respect voor verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid. Beleidsmatige randvoorwaarden zoals financiering en opleiding moeten afgetoetst worden aan de noden van huisartsenpraktijken waardoor de verpleegkundige werkzaamheden verankerd kunnen worden in het eerstelijnszorgteam (Romero-Collado et al., 2014).

Bij de interpretatie van de resultaten dient rekening gehouden te worden met een aantal limitaties. Dit onderzoek doelde op het inzetten van verpleegkundigen in de protocollaire opvolging van patiëntengroepen met chronische aandoening. Hierdoor kwamen andere mogelijke rolinvullingen voor verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk zoals opvang van acute, mineure aandoeningen (Fabrellas et al., 2013) of motivationele gesprekstechnieken bij preventieve indicaties (Blackberry et al., 2013, Juul et al., 2014, Mons et al., 2013), niet aan bod. Voor de steekproefselectie was de studentonderzoeker afhankelijk van huisarts of verpleegkundige van de geïncludeerde praktijken waardoor eventueel selectiebias kon optreden door een functionele professionele relatie met "wenselijke" kandidaten. Bovendien werd geopteerd de studie te beperken tot patiënten met diabetes mellitus type 2, waardoor er geen kennis verworven is inzake de perceptie van mensen met andere chronische aandoeningen. De steekproef bevatte overwegend patiënten die reeds in meer of mindere mate persoonlijke ervaring hadden met een praktijkverpleegkundige. Hierdoor was representatie van mensen zonder deze ervaring mogelijk ontoereikend. Tot slot kan de verpleegkundige achtergrond van de studentonderzoeker beïnvloedend zijn geweest. Hoewel aan de typische settings een degelijke contextuele beschrijving werd gegeven en de gevonden resultaten concorderen met ander wetenschappelijk onderzoek, is de overdraagbaarheid van dit kleinschalig onderzoek beperkt. Verder onderzoek wordt daarom aanbevolen om een breder scala van eerstelijnssettings ook buiten de provincie Antwerpen en grotere samples met inclusie van andere patiëntenpopulaties te exploreren.

## **BESLUIT**

Dit kwalitatief onderzoek liet toe om de visie van patiënten met een chronische aandoening op de integratie van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk te verkennen. Patiënten blijken specifieke zorgnoden en verwachtingen te hebben die, in het licht van de hedendaagse spanningen binnen onze eerstelijnsgezondheidszorg, onvoldoende worden ingelost. Differentiëren van complexe taken binnen interprofessionele samenwerkingsverbanden lijkt opportuun om doelgerichte en op maat gemaakte zorg, breder dan een louter medisch-interventioneel model en met maatschappelijke inbedding, te kunnen aanbieden. Dit onderzoek suggereert een positief toekomstperspectief voor verpleegkundige integratie in de huisartsenpraktijk; een veranderingsproces waarin zorgverlener en zorgvrager in synergie elkaar vinden.



## REFERENTIES

- Afzali, H.H.A., Gray, J., Beilby, J., Holton, C., Banham, D., Karnon, J., 2013. A risk-adjusted economic evaluation of alternative models of involvement of practice nurses in management of type 2 diabetes. *Diabetic Medicine* 30 (7), 855-863.
- Audenaert, T., 2013. Technologische en verpleegkundige ondersteuning in het preventieconsult: baat het of schaadt het? In: *Huisartsgeneeskunde*. Universiteit Gent, Gent, pp. 1-45.
- Blackberry, I.D., Furler, J.S., Best, J.D., Chondros, P., Vale, M., Walker, C., Dunning, T., Segal, L., Dunbar, J., Audehm, R., Liew, D., Young, D., 2013. Effectiveness of general practice based, practice nurse led telephone coaching on glycaemic control of type 2 diabetes: the Patient Engagement And Coaching for Health (PEACH) pragmatic cluster randomised controlled trial. *Bmj-British Medical Journal* 347.
- De Geest, A., Dumont, G., Miermans, P., Somer, A., Steinberg, P., Vivet, V., Wagemans, F., 2013. De planning van het medisch aanbod in België. Jaarverslag van de planningscommissie medisch aanbod 2012. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- DeMaeseneer, J., Aertgeerts, B., Remmen, R., Devroey, D., 2014. Together we change. *Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!*, Brussel.
- DeMorgen, 2013. Dreigend tekort aan Vlaamse huisartsen. In: *De Morgen*. Belga.
- den Engelsens, C., Soedamah-Muthu, S.S., Oosterheert, N.J., Ballieux, M.J., Rutten, G.E., 2009. Improved care of type 2 diabetes patients as a result of the introduction of a practice nurse: 2003-2007. *Prim Care Diabetes* 3 (3), 165-171.
- DiabetesLiga, 2014. *Diabetes type 2: Stappenplan voor uw zorgtraject*.
- Dierick-van Daele, A.T., Metsemakers, J.F., Derckx, E.W., Spreeuwenberg, C., Vrijhoef, H.J., 2009. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 65 (2), 391-401.
- Dirickx, B., M, V., J, D.L., 2011. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk: een exploratieve studie. *Huisarts Nu* 40 (10), 417-424.
- Dominique, P., Koen, V.d.H., Raf, M., 2012. Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Brussel.
- Donelan, K., DesRoches, C.M., Dittus, R.S., Buerhaus, P., 2013. Perspectives of physicians and nurse practitioners on primary care practice. *N Engl J Med* 368 (20), 1898-1906.
- Dulmen, S.V., 2001. De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts en Wetenschap* (11), 490-494.
- Fabrellas, N., Sanchez, C., Juve, E., Aurin, E., Monserrat, D., Casanovas, E., Urrea, M., 2013. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract* 14, 61.

- Flamaing, J., Braes, T., 2013. Complexiteit van de oudere zorgvrager. UZ Leuven.
- Frei, A., Senn, O., Chmiel, C., Reissner, J., Held, U., Rosemann, T., 2014. Implementation of the chronic care model in small medical practices improves cardiovascular risk but not glycemic control. *Diabetes Care* 37 (4), 1039-1047.
- Gorter, K., Tuytel, G., Leeuw, R.d., Rutten, G., 2011. Huisarts of ketenzorg: wat wilde de diabetespatiënt? *Huisarts en Wetenschap* 54 (5), 238-243.
- Gorter K., T.G.H., de Leeuw R.R.J.; Rutten, G., 2011. Huisarts of ketenzorg: wat wilde de diabetespatiënt? *Huisarts en Wetenschap* 5 (54), 238-243.
- Halcomb, E.J., Peters, K., Davies, D., 2013. A qualitative evaluation of New Zealand consumers perceptions of general practice nurses. *BMC Fam Pract* 14, 26.
- Heiligers, P.M.J., J., N., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M.v., Bakker, D.H.d., 2012. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Nederlands instituut onderzoek van de gezondheidszorg.
- Houweling, S.T., Kleefstra, N., van Hateren, K.J., Groenier, K.H., Meyboom-de Jong, B., Bilo, H.J., 2011. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 20 (9-10), 1264-1272.
- Jonckheer, P., Sabine, S., Guy, L., Michel, R., Jan, D.S., Marianne, D.T., Nadine, K., Anne-Marie, O., Julien, P., Laurence, K., 2011. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Brussel.
- Juul, L., Maindal, H.T., Frydenberg, M., Kristensen, J.K., Sandbaek, A., 2012. Quality of type 2 diabetes management in general practice is associated with involvement of general practice nurses. *Primary Care Diabetes* 6 (3), 221-228.
- Juul, L., Maindal, H.T., Zoffmann, V., Frydenberg, M., Sandbaek, A., 2014. Effectiveness of a training course for general practice nurses in motivation support in type 2 diabetes care: a cluster-randomised trial. *PLoS One* 9 (5), e96683.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., Sibbald, B., 2005. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* (2), Cd001271.
- Laurant, M.G., Hermens, R.P., Braspenning, J.C., Akkermans, R.P., Sibbald, B., Grol, R.P., 2008. An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *J Clin Nurs* 17 (20), 2690-2698.
- Lepeleire, J.D., 2016. Naar een nieuwe identiteit voor de huisarts? *Huisarts Nu* (1), 10-12.
- Matthys, J., Elwyn, G., Van Nuland, M., Van Maele, G., De Sutter, A., De Meyere, M., Deveugele, M., 2009. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract* 59 (558), 29-36.
- Mons, U., Raum, E., Kramer, H.U., Ruter, G., Rothenbacher, D., Rosemann, T., Szecsenyi, J., Brenner, H., 2013. Effectiveness of a supportive telephone counseling intervention in type 2 diabetes patients: randomized controlled study. *PLoS One* 8 (10), e77954.

- O'Brien, B.C., Harris, I.B., Beckman, T.J., Reed, D.A., Cook, D.A., 2014. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* 89 (9), 1245-1251.
- Pullon, S., McKinlay, E., Stubbe, M., Todd, L., Badenhorst, C., 2011. Patients' and health professionals' perceptions of teamwork in primary care. *J Prim Health Care* 3 (2), 128-135.
- Redsell, S., Stokes, T., Jackson, C., Hastings, A., Baker, R., 2007. Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. *J Adv Nurs* 57 (2), 172-180.
- Remmen, R., 2016. Een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu* (1), 13-16.
- Remmen, R., Sam, C., Dirk, D., Jan, D.M., Thierry, C., Bert, A., Jan, D.L., Guy, G., 2013. Er is geen tekort aan huisartsen in Vlaanderen en zij zijn niet "burnt out". *Domus Medica*.
- Romero-Collado, A., Homs-Romero, E., Zabaleta-del-Olmo, E., Juvinya-Canal, D., 2014. Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *J Nurs Manag* 22 (3), 394-404.
- Sixma, H., Schouten, G., Friele, R., Jaquet, S., 2000. QUOTE - Diabetes Vragenlijst ' Kwaliteit van Zorg vanuit het perspectief van mensen met diabetes '. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
- Tate, P., 2009. Ideas, concerns and expectations. *Medicine* 2 (33), 26-27.
- van den Berg, M.J., Kolthof, E.D., de Bakker, D.H., van der Zee, J., 2004. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. De werkbelasting van huisartsen. NIVEL, Utrecht.
- Van den Eynden, B., 2015. Chronische en complexe zorg. Universiteit Antwerpen.
- Vries, H.d., Mesters, I., Steeg, H.v.d., Honing, C., 2005. The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. *Patient Education and Counseling* 56 (2), 154-165.
- Vrijens, F., Françoise, R., Cécile, C., Anja, D., Cécile, D., Pascale, J., Koen, V.d.H., Carine, V.d.V., Christian, L., Denise, W., Pascal, M., 2015. Performance of the Belgian Health System - Report 2015. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Brussels.
- WB, 2013. Belg nooit vaker naar huisarts. In: *Het Belang van Limburg*.
- Wilson, A., Pearson, D., Hassey, A., 2002. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care - the GP perspective. *Family Practice* 19 (641-646).
- Zekerheid, F.O.S., 2014. Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. Sociale Zekerheid.

# BIJLAGEN

## Bijlage 1: Topics voor overleg met praktijkverpleegkundige

### Overleg praktijkverpleegkundige

---

#### Samenstelling HApraktijk

- Aantal artsen
- Grootte van de praktijk
- Andere medewerkers
- Hoe lang werkzaam in deze praktijk
- Welk dienstverband (loon/zelfstandige)
- Eigen werkruimte/praktijkruimte

#### Tewerkstelling HApraktijk

- Hoe bent u in deze praktijk terecht gekomen?
- Waren er profielvereisten?
- Opleidingsvereisten? Interne opleiding?

#### Takenpakket verpleegkundige

- Hoe wordt u ingeschakeld in het werk?  
afsprakensysteem d.m.v. vooropgestelde procedures, helpen waar nodig, zelfstandig consultaties doen?
- Welk traject volgt de patiënt om bij u terecht te komen?  
(rechtstreeks afspraak met u of altijd via arts)
- Welke taken heeft u?  
Korte beschrijving van de taken: organisatorisch, patiëntgebonden (curatief, preventief,) en wetenschappelijke ondersteuning (kwaliteitsverbetering)

#### Communicatie met patiënten en artsen

- Hoe ziet u uw rol tegenover de patiënt?
- Wat denken de patiënten over de nieuwe rol van de verpleegkundige?  
(Voorschriften, expertise, laagdrempeligheid, tijd nemen, duidelijkheid van rollen, continuïteit)  
Zou de patiënt een uitbreiding van u werkzaamheden (medisch technische taken) waarderen?
- Hoe verloopt de communicatie en samenwerking met de huisartsen in de praktijk?
- Betrokkenheid bij patiëntenbespreking, intercollegiaal consult, intra- en interdisciplinaire samenwerking?

#### Toekomstperspectief

- Hebt u uw takenpakket door de jaren heen zien evolueren? Was deze evolutie gunstig voor u of eerder ongunstig m.b.t. u verwachtingen?
- Zijn er taken die u in de toekomst nog graag zou willen opnemen?
- Is dit realiseerbaar? Waarom/waarom niet

## DEMOGRAFISCHE FICHE

### Persoonskenmerken

Wat is uw leeftijd? \_\_\_\_\_ jaar

Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

Wat is uw etniciteit?

- Westers
- Andere: \_\_\_\_\_

Welk is uw hoogst behaalde diploma?

- Lagere school - basisschool
- Secundair/middelbaar onderwijs
- Hoger onderwijs
- Universitair onderwijs

Wat is uw beroep? \_\_\_\_\_

Wat is uw woonsituatie?

- Landelijk gebied
- Stedelijk gebied

Wat is uw gezinssituatie?

- Samenwonend met partner en/of kinderen
- Alleenwonend

### Medische kenmerken

Type van diabetes mellitus?

- Type 1
- Type 2

Diabetesduur (hoe lang leeft u met deze diagnose): \_\_\_\_\_ jaren

Comorbiditeit (lijdt u, buiten diabetes, nog aan andere aandoeningen?) Zo ja:

(hoeveel) \_\_\_\_\_

(welke) \_\_\_\_\_

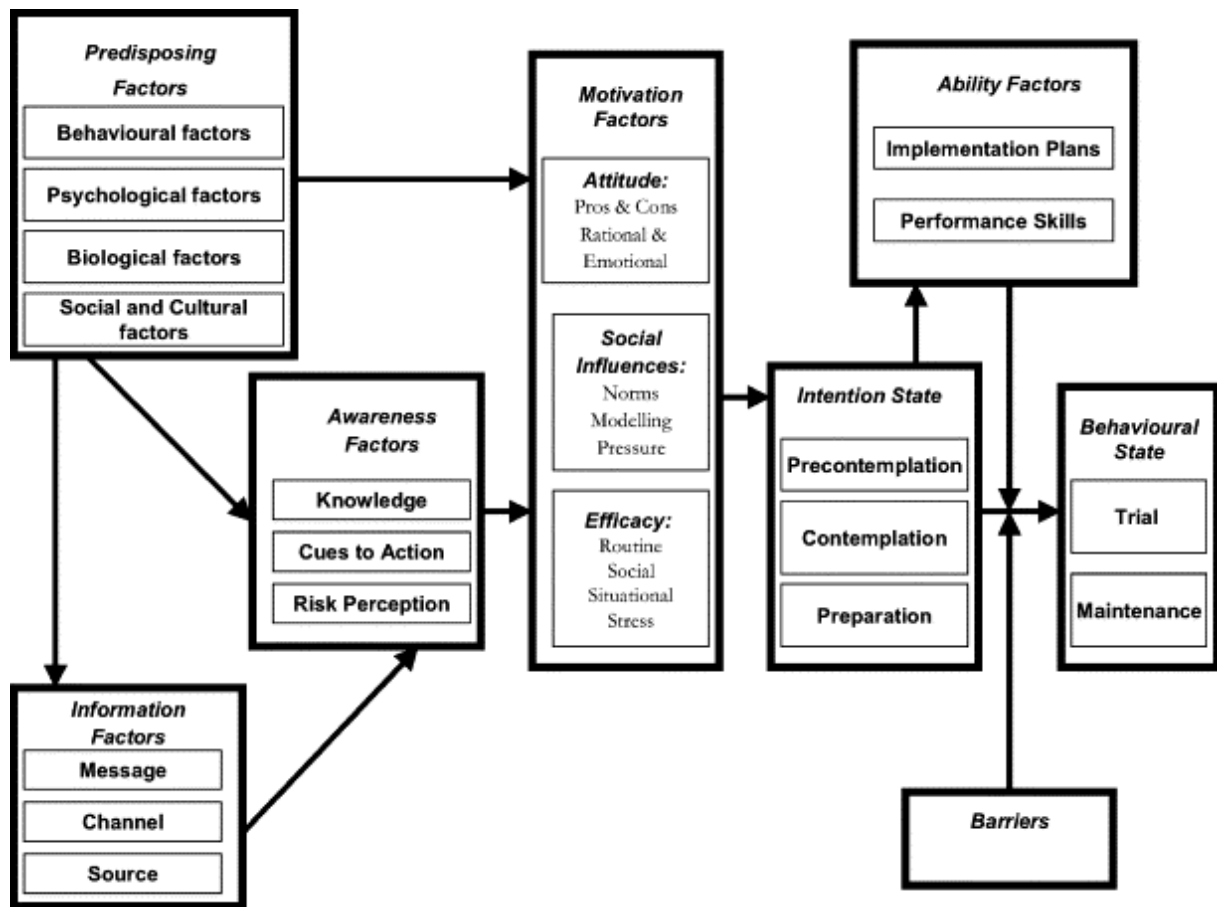
Overheersende behandelsetting?

- Eerste lijn (vb. huisarts, thuisverpleegkundige)
- Tweede lijn (vb. internist, endocrinoloog)

Opvolgingstermijn door huidige huisarts: \_\_\_\_\_ jaren

Opvolgingstermijn door huidige eerstelijnsverpleegkundige: \_\_\_\_\_ jaren

Bijlage 3: Integrated model for change (Vries et al., 2005)





## TOPICLIJST

*Mezelf voorstellen.*

*Onderzoeksthema schetsen ter herhaling.*

Diverse redenen zorgen in Vlaanderen enerzijds voor een dreigend tekort aan huisartsen en anderzijds een toename van de werkbelasting, waardoor de eerstelijnszorg onhoudbaar wordt. In o.a. Nederland en het Verenigd Koninkrijk is er reeds een nieuwe rol weggelegd voor een eerstelijnsverpleegkundige in de huisartsenpraktijk; een tendens die zich in de toekomst ook in België zal voortzetten. Dit heeft echter ingrijpende gevolgen niet alleen voor de zorgverlener maar ook u als patiënt. Concreet zou dit betekenen dat de eerstelijnsverpleegkundige een aantal zorgaspecten overneemt van de huisarts zowel administratief (dossierbeheer) als medisch-technisch (onderzoeken, aparte consultaties voor personen met chronische aandoening zoals suikerziekte). Taken die de huisarts nu op zich neemt, zullen dus worden gedelegeerd naar een verpleegkundige. Hierdoor zal de traditionele arts-patiënt-relatie een andere invulling krijgen en ontstaat er tevens een nieuwe relatie tussen u als patiënt en de eerstelijnsverpleegkundige.

*Doelstelling duiden, welke informatie wil ik verzamelen.*

Ondertussen is ook in België reeds onderzoek gedaan naar het perspectief van de huisartsen en de verpleegkundigen rond dit thema, over het perspectief van de patiënt als belangrijkste belanghebbenden is echter nog te weinig geweten. In mijn onderzoek staat u als patiënt met diabetes die wordt opgevolgd in de eerste lijn centraal. Ik wil uw visie verkennen over het introduceren van een eerstelijnsverpleegkundige in de huisartsenpraktijk.

*Methode van dataverzameling en praktische afspraken overlopen.*

Dit is een individueel diepte-interview. Ik zal u open vragen stellen aan de hand van een vooraf opgesteld onderwerpenlijst, zodat alle thema's die verband houden met de onderzoeksvraag zeker aan bod komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd zullen worden, hangen af van het verloop van het gesprek en er zal tevens voldoende vrijheid gelaten worden voor uw eigen inbreng.

Ik zou nog graag enkele praktische afspraken met u maken alvorens het interview te starten. Is het mogelijk om uw GSM stil zetten. Het gesprek wordt vastgelegd via opnameapparatuur (dictafoon), ik zal ondertussen notities nemen. Dit gesprek duurt maximaal een uur. Het gesprek kan te allen tijde stopgezet worden. Er zijn geen juiste of foute antwoorden: uw mening staat centraal. Met respect voor uw privacy worden gegevens gecodeerd bij verwerking. Heeft u zelf nog vragen?

*Informed consent laten lezen en ondertekenen.*

Mag ik u dan vragen om dit toestemmingsformulier te tekenen.

# Topiclijst

---

## 1. Ziektebeleving - ziekteverloop

*Patiënt laten vertellen hoe de ziekte tot hiertoe verliep. Elke patiënt zal andere zorgdoelen en zorgnoden hebben afhankelijk van de ernst (ook comorbiditeit) en de ziekteduur. Welke zorgdoelen hebben ze? Welke zorgnoden?*

- **U heeft sinds ... jaar diabetes. Hoe verliep de ziekte tot hiertoe?**
  - Heeft u nog andere aandoeningen? Zo ja, welke?
- **De diagnose krijgen van een chronische ziekte als diabetes brengt wel wat teweeg. Wat was uw eerste reactie, hoe heb je dit beleefd?**
  - Beschrijf eens wat er door u heenging.
- **In welke zin heeft diabetes jouw leven veranderd?**
  - Wat zijn voor u de belangrijkste veranderingen in uw leven sinds de diagnose?
  - Wat betekent dit voor u?
  - Waaruit bestaan uw dagelijkse activiteiten?
  - Wanneer merk je dat je diabetes hebt?
  - Zijn er hierdoor moeilijkheden of beperkingen in het dagelijks functioneren? (feestjes, vakantie, eten)
- **Hoe reageerde uw omgeving en hoe belangrijk is dit voor u?**
  - (familie, vrienden, collega's,...)

## 2. Ziektemanagement

*Inzicht verwerven in wie er belangrijk is in de begeleiding, hulpverlening. Welke visie hebben patiënten rond hun behandeling? Eigen inbreng? Moeilijkheden voor het opvolgen van de behandeling? Therapietrouw? Tijdsinvestering arts, patiënt?*

- **Waaruit bestaat uw behandeling op dit moment?**
  - En wat heeft de dokter nog gezegd? (Medicatie, leefstijl, voeding)
- **Hoe is deze behandeling tot stand gekomen?**
  - Hoe verloopt uw diabetes begeleiding en opvolging op dit ogenblik?
  - Wie zijn hierbij voor u de belangrijkste personen buiten het ziekenhuis? (Professioneel én niet professioneel)
- **Beschrijf je persoonlijke bijdrage in het behandelplan.**
  - Wat doe je allemaal, waar informeer je je? (aanvullende/alternatieve maatregelen)
  - Welk zijn uw persoonlijke visie/doelstellingen? Wat zou je nog willen kunnen en doen?
- **Hoe makkelijk of moeilijk is het voor u om richtlijnen op te volgen?**
  - Wat zou hiervan de oorzaak kunnen zijn?
  - Wijzig jij je behandeling soms en wie breng je hiervan dan op de hoogte?
  - Welke gevolgen heeft dit volgens u?



### 3. Begeleiding en opvolging in de huisartsenpraktijk met eerstelijnsverpleegkundige

*Patiënt laten beschrijven hoe de huidige opvolging en begeleiding in de huisartsenpraktijk in z'n werk gaat. Met welke zorgnoden richt de patiënt zich naar de huisarts?*

*Voor welke zaken komt hij in contact met de verpleegkundige? Zou deze verpleegkundige nog meer kunnen betekenen voor de patiënt?*

- **Vertel eens hoe de opvolging van uw diabetes hier in de huisartsenpraktijk precies verloopt?**
  - Met welke problemen of vragen gaat u naar de huisarts? Hoe vaak/jaar?
  - In deze praktijk werkt ook een verpleegkundige. Hoe vaak komt u hiermee rechtstreeks in contact en voor welke zaken?
- **Wat vind je goed van de huidige die u krijgt in uw huisartsenpraktijk? Wat zou je liever anders zien?**
- **Hoe ervaart u zelf de evolutie in de gezondheidszorg?** (hoge werkbelasting artsen, veranderingen in takenpakket huisarts, promoten van eerste lijn...)

### 4. Rolduidelijkheid en roluitbreiding eerstelijnsverpleegkundige

*In welke mate staat de patiënt open voor de roluitbreiding van de eerstelijnsverpleegkundige en onder welke voorwaarden? Hoe staat hij tegenover deze nieuwe rol van de verpleegkundige?*

- **Wat is een verpleegkundige? Welke taken mag zij uitvoeren?**
- **Wat denkt u ervan dat de huisarts een deel van zijn taken zou delegeren aan een verpleegkundige?**
  - Welke voordelen of nadelen zou dit volgens u kunnen hebben?
- **Wat betekent de traditionele relatie met de huisarts voor u?**
  - Beschrijf wat het verschil zou zijn een professionele relatie met de verpleegkundige op te bouwen.
  - Wat zou u helpen om deze veranderingen in de praktijk beter te kunnen begrijpen, aanvaarden, gewoon worden? vb info
- **Wat zijn uw eigen verwachtingen in het kader van de opvolging en behandeling van diabetes, waar de een verpleegkundige een meerwaarde zou kunnen betekenen?**
  - informatie diagnose/prognose, bespreken van medische/emotionele problemen, coping in dagelijks leven, follow-up, routineus onderzoek, preventie, educatie, therapie, medische zorg/behandeling), organisatie, administratie, communicatie, samenwerking, medisch-technisch/inhoudelijk. Tijdsbesteding huisarts, voldoende opvolging gezondheidstoestand, begeleiding, coaching, informatie, laagdrempeligheid, wachttijden...?
- **Op welke manier vindt u dat deze nieuwe functie in de praktijk zou kunnen worden ingeschakeld? Hoe zouden de rollen zich tegenover elkaar verhouden?**
  - Wie coördineert, wie is eerste aanspreekpunt, wat is hierin de plaats van de eerstelijnsverpleegkundige? Procedures/ helpen waar nodig
- **Wat zijn volgens u de noodzakelijke voorwaarden voor een goede samenwerking tussen huisarts en eerstelijnsverpleegkundige?**
- **Hoe belangrijk is het voor u om zelf de kunnen kiezen of u bij de arts of bij de verpleegkundige op consultatie gaat voor een bepaald probleem?**
  - Welke factoren zijn voor u bepalend bij deze keuze? Wanneer arts, wnr vpk?

## ❖ **Gezondheidspromotie, preventie en patiënteneducatie**

### ➤ **Drijfveren van informatievoorziening en educatie**

- Begeleiding in zelfstandig genereren van kennis om onvolledige/foutieve info te vermijden
  - Enkel gelezen over ernstige verwikkelingen van diabetes (horrorverhalen boezemen angst in vb voor insuline spuiten)
  - Opzoeken op internet: goede vs slechte bronnen? Overload aan info structureren
  - Informatie en tips vanuit sociaal netwerk; vanuit ervaring van anderen, gezien bij familie (erfelijke factor); iedereen kent wel iemand met diabetes (fam, kennissen)
  - Horrorverhalen uit omgeving wekken angstgevoelens op (amputaties, ...)
- Anticiperen op vraaggestuurde informatievoorziening
  - Hulp gebeurt spontaan, zonder dat je het moet vragen; spontaan uitgebreide uitleg krijgen
  - Kans krijgen tot vraagstelling
  - Op sommige vragen nooit een duidelijk antwoord gekregen
  - Antwoord krijgen op vragen is het belangrijkste

### ➤ **Inhoudelijk niveau van informatie- en educatienoden**

- Kennisuitbreiding: T is veel & moeilijk te begrijpen vr de pat; Onvoldoende begrip en kennis
- Groter begrip bij de pat vergroot therapietrouw (meer geneigd om GM te nemen bij kennis v farmacokinetiek) + neemt angst weg (vb voor hypo's)
- WAAROM is belangrijk voor de pat (hier inzicht in krijgen)
  - Wegwijs maken in zorgtraject en alle aspecten hiervan **~vpk als spil**
  - Bezorgdheden & vragen rond erfelijkheid van diabetes bij kindervwens/kleinkinderen
  - Wisselwerking tssn comorbiditeit (andere aandoeningen) en diabetes
  - Angst voor insuline spuiten; rekenwerk is moeilijk te begrijpen en onthouden
  - Interpretatie & opvolging prikmomenten en metingen (dagboekje)
  - Effecten van lichaamsbeweging/gewichtsverlies op glycemie
  - Farmacokinetiek: waarom moet ik dat GM nemen, wat doet dat met mijn lichaam
  - Vragen ivm soorten en ontstaan van diabetes
  - Onzichtbare suikers in voedingsstoffen; welke best vermijden?
  - Onvoldoende inzicht in wisselwerking van ziekte en behandeling
  - Signalen van lichaam kunnen interpreteren (vb hypo voelen aankomen)
  - Effect van bepaalde voedingsproducten op de glycemie kunnen inschatten & behandeling aanpassen: wat met af en toe "zondigen"?
  - Verband tussen bloedwaarden en aanpassingen in medicatie/behandeling

### ➤ **Wijze van kennistransfer**

- Mondelinge informatieoverdracht ondersteunen met visueel/tekstueel materiaal
  - Mondelinge info wordt snel vergeten
  - Visueel meedelen van bloedresultaat schept snel en duidelijk beeld voor patiënt (kleurcode benadrukt slechte bloedwaarden) vb computerscherm draaien en pat laten meekijken naar bloedresults
  - Folderinfo/schema uit map/samen opzoeken op internet & afdrukken → educatiemateriaal voorhanden in praktijkruimte & wordt overlopen en extra uitgelegd door vpk **~Theory-practice gap**

- Timing en zorgtijd (manier & tijdstip van aanpak aanpassen aan patiënt noden, tijdsinvestering kan ook verschillen van pat tot pat)
  - Tijd nemen!! voor herhaaldelijke infoverstreking in verschillende stadia vd aandoening & om naar probleem/verhaal te luisteren – vpk heeft meer zorgtijd dan arts om uit te wijden, dieper op dingen in te gaan
  - Geduldig, herhaaldelijk uitleggen
  - Regelmatige opvolging / herhaling versterkt therapietrouw en motivatie, zelfs al weet de pat reeds wat hij zou moeten doen (vb door jarenlange ervaring met ziekte)
  - In beginstadium van de ziekte zeer intensieve begeleiding en info langs verschillende kanalen (kennisuitbreiding vnl in 1<sup>ste</sup> fase cruciaal). Verder regelmatig herhaling, ook later. Doel is dat het routine wordt!
  - Vooral in beginfase veel vragen voor het onbekende
  - Teveel regeltjes in één keer en teveel regelmaat; wordt vergeten → stelselmatig opbouwen en regelmatig herhalen
- Taalgebruik aangepast aan patiëtniveau
  - Taalgebruik afstemmen op niveau van de pat
  - Gewone mensentaal, woorden gebruiken die leken begrijpen
  - Verpleegkundige meer verstaanbaar dan dokter **~theory-practice gap**
- **Tailor made diabetesgmt (gouden standaard bestaat niet)**
  - Afstemmen op context
    - *Fysieke conditie* (comorbiditeit), *capaciteiten* (vb kunnen zwemmen), *polyfarmacie* en *omgevingsfactoren* (woonruimte, infrastructuur)
    - *Mentale problemen* door diabetes of door contextfactoren (vb financiële/ relationele problemen)
    - Achtergrond van (nieuwe) pat nagaan: wat werd in het verleden aangeleerd, hoe pakt men dingen aan? (Beeld creëren van voorgesch) Zeker bij andere culturen kan dit erg verschillen! Verschilpunten/overeenkomsten? Voorkeuren pat mbt *cultuur/overtuiging*. Pat begeleiden bij deze overgang
    - Leeftijd vb geen computergebruik = zwakke doelgroep; *generatiekloof* (vroeger werd minder op voeding/beweging gelet) = nieuwe mindset nodig
    - ADL: dagelijkse activiteiten, mate van lichaamsbeweging, vrijetijdsbesteding
    - Alleen wonen/ gebrek aan *sociaal netwerk* belemmert mogelijkheden tot beweging / hulp bij prikken, therapie, of geen sociale controle bij eten /hypo vraagt meer kennis over alarmtekens. Sociaal contact bij activiteiten voor beweging. Sociale ondersteuning van familiehelp bij koken is van belang bij dieet
    - *Financiële kwetsbaarheid* speelt rol in oa keuze van voedingsproducten (voedingsschema aanpassen)
    - *Beroepssituatie*; niet altijd evident vb politie, onregelmatige uren, onbegrip bij collega's, weinig tijd, druk, stress
  - Aangepast aan persoonlijke voorkeur & persoonlijkheid
    - Wat zijn *belemmerende/faciliterende factoren* voor de pat? vb verre verplaatsingen, sociale omgang
    - Verschillende *keuzemogelijkheden* aanreiken: versch mogelijkheden waaruit pat kan kiezen wat bij hem het beste past (vb meettoestel)
    - Meer *autonomie* geven aan pat, naarmate zijn kennis en daarmee zelfregie in ziekte toeneemt. Vb bloedresultaten telefonisch/via mail/post doorgeven indien geen belangrijke verandering = *empowerment* (eigen inbreng van pat: in samenspraak samen een geïndividualiseerd plan opstellen)
    - *Assertiviteit*: assertieve vs minder assertieve pat: durft/kan hij uit zichzelf de nodige vragen stellen?
    - Graag *controle/leiding* over het eigen leven/lichaam
  - Aangepast aan persoonlijke doelstellingen, deze zijn vr iedereen anders!

- rijbewijs, reizen, vr familie zorgen (vb zieke partner/op kleinkinderen passen), sociale aangelegenheden (vb uiteten gaan), huishouden beredderen, zo lang mogelijk thuisblijven, zelfstandigheid/zelfredzaamheid, fit zijn vr droomjob, goede gezondheid, niet invalide worden = motivatie vr therapietrouw, hoe hiermee omgaan??
- Niks willen opgeven, dingen die je graag doet vs leven totaal veranderd dr diabetes
- Doelstelling: quality of life (er het beste van maken)
- Doel om zo normaal mogelijk alle activiteiten te blijven doen (ADL)
- Behandeling moet worden ingepast in de routine van het dagelijks leven

### ➤ **Dichten van theory-practice gap**

- Theoretische uiteenzetting ook staven met praktijkvoorbeelden, oefenen, voordoen
  - Hoe *behandeling verenigen met het leven*? Pat wil zo min mogelijk belemmerd w
  - *Voorbeeldfunctie*: niet alleen uitleggen hoe het moet maar het ook tonen
  - *Theorie* kan door HA uitgelegd worden (kort, algemeen), maar hier kan vpk nog is dieper op ingaan (theorie herhaling) met praktisch voordoen, inoefenen  
~complementariteit
  - Na bezoek aan HA of specialist extra uitleg hierover door vpk
  - Per afspraak nog is uitleggen waarom welk onderzoek nu zal gebeuren
  - Pat wil eerst goed voorbereid worden vooraleer hij er zelfstandig mee aan de slag moet ~Timing info

## ❖ **Professionalisering en kerncompetenties**

### ➤ **Sociale vaardigheden** → ~Vertrouwen

- Gepaste manier van communicatie naar patn toe
  - Sociaal omgaan met volwassen mensen, *professionele communicatie*
  - *Actief luisteren* naar probleem, begripvol zijn
  - Pat aanmanen/stimuleren/motiveren om nieuwe dingen aan te leren, therapie te volgen: *zelfzorg stimuleren*
  - *Motivationale gesprekstechnieken*, zeker bij therapieontrouwe patn + achterhalen waarom de pat niet gemotiveerd is vb door onvoldoende kennis/begrip / afkeer of angst vr artsen / achtergrond
- Onthaalfunctie
  - Onthaal van de patiënt, *kennismaking/introductie* (zelf goed uitleggen welke taken zijn binnen diabmgmt)
  - Zich voorstellen: Wie ben ik, wat doe ik, ik ben hier om u te helpen (°dialog)

### ➤ **Voortraject** → ~Vertrouwen

- Relevant voortraject van vpk om competenties te verwerven
  - Verschillende niveaus/gradaties in vpkn
  - Gebrek aan relevante ervaring uit zich in competenties
  - Onvoldoende theoretische kennis en vaardigheden voor diabetes onderzoek (bekwaamheid, technische handelingen)
    - ◆ *Opleiding*
      - Opleiding is belangrijk, liefst specialisatie in diabetes; méér verdieping in diabetes dan HA (schenkt vertrouwen, drempelverlagend)
      - Kwaliteitsvolle opleiding, hoog niveau
      - Specifieke opleiding voor VIHP is beter voor pat én voor vpk zelf
    - ◆ *Jobtraject*
      - Vpk moet reeds professionele ervaring hebben vb in ziekenhuis, rusthuis,...

### ➤ **Deskundigheid**

- Professionele houding (zelfstandigheid, zelfzekerheid)
  - Professionaliteit (kennis en kunde) vertaalt zich in *zelfzekerheid en zelfstandig* werken als vpk
  - Inzicht in en begrip voor culturele achtergrond van pat - multiculturele samenleving openstaan vr diversiteit

- *Autonoom* beslissingen nemen, evt. in overleg met arts bij overschrijden v verantw.
- Inschatting kunnen maken: wat kan ik zelf als vpk oplossen VS wanneer moet ik de arts inschakelen
- Verpleegtechnisch sterk zijn
  - Nadruk ligt toch vnl hierop!! Dit is wat opvalt voor de pat; of vpk goed bloed kan nemen etc. Als ze hierdoor het vertrouwen wint, kan ze bv ook bloeduitslagen bespreken
  - Vb voetonderzoek: alarmF bij wondje (verzorgen, behandeling), bloedname bij mensen met moeilijk aders (zeer belangrijk want angstig!!) → praktische zaken, voorbereidend werk (onderzoeken, anamnese)
  - Raad vragen, vragen omtrent medicatie
- Coördinatie en spreiding van jaarlijkse/maandelijkse controles/routineonderzoeken: gelijklopend met medicatievoorraad (extra stimulans om op controle te komen)
- Administratie rond chronische aandoening voorbereiden/behandelen vb medicatievoorschrift, zorgtraject documenten (veel papierwerk = moeilijk vr pat)
- Autonoom behandeling aanpassen/beslissingen nemen, evt, in overleg met de arts bij overschrijden v verantwoordelijkheidsgebied

## ❖ **Professionele relatie patiënt-eerstelijnszorgverlener**

### ➤ **Professionele attitude, waarden en normen**

- Aandacht hebben voor emoties en ziektebeleving en de impact hiervan op ziektemanagement (empathie)
  - Pat psychologisch bijstaan/begeleiden bij impact op het leven: omgaan met *verandering/verlies/angsten* vr het onbekende in verschillende stadia v aandoening (nt alleen bij diagnosestelling) vb moeilijkheden in sociaal leven, werk verliezen
  - Openstaan voor *diversiteit en gelijke behandeling*
  - *Begrip tonen*: wat voor ons routine is, is voor de pat belangrijk & zijn hele leven!
  - *Interesse tonen*: Aandacht hebben voor het verhaal, luisteren VS routinewerk en zo dingen over het hoofd zien. Ook al ken je de pat al lang! Onverdeelde aandacht geven
  - *Oprechte bekommernis* om welzijn vd pat, betrokkenheid
  - Pat wil *geruststelling, duidelijkheid, zekerheid* ~samenwerking
- Patiënt als mens staat centraal
  - Iedereen is op de hoogte van voorgeschiedenis en actuele problematiek: medisch én *context* vb cultureel/maatschappelijk (situatie thuis/financieel)
  - *Menselijke, persoonlijke benadering* in plaats van een onpersoonlijke benadering/nummer/klant Persoonlijke (het gevoel hebben dat men mij kent als mens)
  - Pat is *ervaringsexpert* in het eigen leven: nt uit de hoogte doen als zorgverlener, mensen maken veel mee en weten veel. Problemen en patn serieus nemen. Mensen willen *gehoord worden, aandacht krijgen* (belangrijk dat ze hun verhaal is ergens kwijt kunnen)
  - Respect voor *privacy*, integriteit, beleefdheid
  - *Patiëntgerichtheid* want pat is belangrijkste stakeholder
  - *Belangrijkste stakeholder*: patiënt is het slachtoffer van slechte **samenwerking**

### ➤ **Vertrouwensrelatie**: nt alleen met arts maar ook mogelijk met andere zorgverleners!

- Is de basis van professionele relatie pat-zorgverlener
  - Bepaalt *openheid* om te communiceren over GH en persoonlijke zaken
  - Bepaalt *geloofwaardigheid/impact* v zorgverlener op behandeling, therapietrouw
  - Zorgverlener is soms *enige vertrouwenspersoon* waar iemand persoonlijke problemen bij kan bespreken, zeker wanneer sociale omgeving hier niet voor openstaat
  - In de eerstelijns is het belangrijk dat je de zorgverlener goed kent, hiermee een goede band hebt (om zn hele verhaal te doen)
  - Relatie arts-pat *overstijgt het medische*
  - Vertrouwen in HA straalt af op de vpk; vertrouwen in keuze van vpk door de arts

- vpk is *laagdrempeliger* dan HA om bepaalde zaken mee te bespreken  
~Professionaliteit
- Versterkende factoren v vertrouwen (hoe ontstaat dit)
  - Ook afhankelijk v *eerdere ervaringen van pat* met vb vpk in ZH
  - Doorheen de tijd, is een *groeiproces*, wordt *gewoonte* (het zo gewoon zijn, iemand al lange tijd kennen)
  - *Deskundigheid*: kennis, kunde en gedrag (competentie, deskundigheid): weten wat je eraan hebt/door opleiding
  - *Persoonlijkheid* moet binnen het team passen; de klik moet er zijn tussen artsen, vpk en pat (vb rustig, vriendelijk, sociaal) & gedrag: comfortabel doen voelen, op uw gemak stellen → pat moet ervan overtuigd zijn dat de persoon voor zich hem kan en wil helpen
  - *Vertrouwenskring* van kennissen en familie die pos ervaringen met vpk delen. Iemand van ons, vanuit de regio, veel mensen kennen

### ❖ **VIHP als innovatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg**

#### ➤ **Symptomen van overbelasting eerstelijnsgezondheidszorg zijn voelbaar voor de patiënt**

- Reorganisatie HApraktijk oiv drukte
  - Verschuiving *patiëntenbestand*
    - ◆ Verstedelijking in dorpen (meer patn)
  - Aangepaste *ruimtelijke indeling*
  - *Werkorganisatie en processen*
    - ◆ Evolutie van vrije raadpleging naar enkel op afspraak (wachttijden verminderen hierdoor)
    - ◆ Ontstaan van groepspraktijken CAVE continuïteit: langer op voorhand afspraak maken, kans dat je bij andere HA terechtkomt; uitstellen v doktersbezoek om nt bij andere HA te moeten gaan
    - ◆ Uitbreiding van personeel: Werken met arts-stagiaire & medisch secretaresse vangt de drukte voor een deel op, dit kan ook door een vpk
- Nadelig voor patiënt
  - *Lange wachttijden*
    - ◆ Volle wachtzaal, lang wachten VS Begrip van pat voor langere wachttijd/drukke; werkt ook omgekeerd want is belangrijk dat er tijd genomen wordt voor de mensen
    - ◆ Langer wachten vooraleer je bij iem. terecht kunt (langer op voorhand bellen)
    - ◆ Digitalisering afsprakensysteem (minder lange wachttijden)
    - ◆ Digitalisering gezondheidszorg; "computerdokters" = onpersoonlijke benadering
  - *Minder zorgtijd (inboeten op contact pat-arts)*
    - ◆ Veel papierwerk, dus minder zorgtijd
    - ◆ Stoorzenders tijdens consultatie vb telefoons
    - ◆ Artsen moeten sneller patn afhandelen om het werk gedaan te krijgen. Ze willen wel meer doen maar hebben de tijd er niet voor. Weinig ruimte voor extra.
- Verbeteringen zorgproces dankzij VIHP voor patiënt
  - *Wachttijden*
    - ◆ Je kan sneller bij vpk terecht dan bij arts, dus je bent sneller geholpen
    - ◆ Tijdsbesparing voor patiënten: minder lange wachttijden
    - ◆ Binnen redelijke termijn geholpen worden is gegarandeerd
  - *Zorgtijd*
    - ◆ Tijdsbesparing/-efficiëntie voor HA: kan meer patiënten zien die het ook echt nodig hebben
    - ◆ Vpk neemt meer tijd vr de pat dan de HA
  - Het idee van VIHP is een vooruitgang en de toepassing is goed

- Ontstaan van nieuwe units: groepspraktijken mét vpk zal in de toekomst nodig zijn om continuïteit van zorg te kunnen blijven garanderen → vpk wordt noodzaak
- Nood aan herstructurering gezondheidszorg naar getrapte zorg of echelonnering: altijd via dezelfde stappen van eerstelijnsgezondheidszorg naar tweede lijn
- Vlotte organisatie, dingen vloeien over in mekaar (systeem): 1 bloed, 2 results bespreken, 3 probleem aanpakken ~continuïteit (gaat sneller vooruit)
  - ◆ Snellere en vlottere doorverwijzing naar HA/specialisten "VIP behandeling" = vlotte patflow (geoliede machine, radarwerk, vloeiend in mekaar passen)
- **Faciliteren van VIHP**
- Rol onduidelijkheid wbt "verpleegkundige", zeker bij weinig voorgaande ervaring met vpk (afhankelijk van voortraject pat): takenpakket veelal onbekend, enkel persoonlijke ervaring (wat ze bij de pat zelf doet, enkel zicht hierop)
  - ◆ *Visie van pat over vpk* afhankelijk van voortraject van pat (eerdere ervaringen in ZH, thuisvpk/buitenland vb Engeland, NI) én van voortraject van vpk (opleiding, vorige job) ~ Voortraject
- Informereren, communiceren
  - ◆ *Microniveau*
    - Introductie van nieuwe (taken) vpk door de arts: uitleg wie ze is, wat een vpk in't algemeen doet, wat ze specifiek in de diabetesopvolging zal betekenen + vpk moet dit natuurlijk zelf ook doen!! Pat informeren over vernieuwing in diabetesmanagement ~vertrouwen in arts die men al lang kent, straalt af op vpk die hij kiest!
  - ◆ *Mesoniveau*
    - Missie en visie van de praktijk moeten w uitgedragen door de HA
    - De innovatie moet gesteund worden door het hele MD team binnen de praktijk CAVE generatiekloof bij 'oudere' arts → artsen moeten erachter staan, promoten om de aanpassing vr patn te faciliteren. Patn voelen verdeeldheid aan! Early adapters moeten achterblijvers meenemen
    - Transparantie van takenpakket van vpk binnen het interdisciplinair team
  - ◆ *Macroniveau*
    - vanuit overheid naar het volk via campagne etc vergroot kennis over vpk binnen gezondheidszorg → draagvlak vr verandering, geleidelijk aan, wantrouwen wegnemen)
- Integratie in praktijk
  - ◆ Stelselmatig uitbreiding/integratie van takenpakket en aanwezigheid van VIHP
  - ◆ Inwerktijd/gewenning, eerst samen met arts (kwam erbij zitten: supervisie, begeleiding) en daarna stelselmatig meer autonomie naarmate deskundigheid toeneemt
- Financiering van de vpk is ook voor pat een belangrijke kwestie: "wie gaat die betalen?"
- Wettelijk kader, uitbreiding van verantwoordelijkheden/randvoorwaarden vr VIHP vb financiering en ziekenkas, dat ze meer taken zouden mogen uitvoeren vb GM voorschrijven

## ❖ Interdisciplinaire samenwerking door de ogen van de patiënt

### ➤ Hoe organiseren van VIHP

- Traject pat tot vpk
  - Afzonderlijk afsprakensysteem
  - Via oproepsysteem systematische herinnering/uitnodiging voor vaste controles 4x/jaar
  - Keuze van zorgverlener door pat, op basis van aard/ernst van het probleem of de vraag
- Vpk als spil van eerstelijnsgezondheidszorg (wegwijs maken, doorverwijzen, begeleiden, coachen, sturen) → 1<sup>ste</sup> aanspreekpunt is van groot belang vr pat!!!!

- Triagefunctie: vpk als vertrouwd eerste aanspreekpunt (hiërarchisch: 1ste echelon), na anamnese/onderzoek in samenspraak met pat oordeel vellen over noodzaak voor doorverwijzing naar arts al dan niet. 1<sup>ste</sup> aanspreekpunt moet **vertrouwd** gezicht zijn
- Advies vr bep specialisten (mensen kennen de medische wereld niet)
- Wegwijs maken in zorgtraject
- Correcte doorverwijzing naar arts/endocrinoloog zo nodig (bij bep indicaties) / of arts raadplegen vr overleg als er iets is
- Protocollaire opvolging bepaalde patngroepen (chronische aandoening)
  - Bij normaal verloop/routine opvolging gebeurt opvolging grotendeels door verpleegkundige
  - Bij (dreigende) problemen/nieuwe, belangrijke zaken: afspraak met arts (criteria?)
  - Vpk vast aan de huisarts, gaat mee op huisbezoek
  - In praktijk: vpk best in aparte praktijkruimte

### ➤ **Wisselwerking/interactie tussen verschillende disciplines**

- Verhouding rol arts vs vpk tov elkaar
  - Arts: Eindverantwoordelijkheid, overkoepelend, supervisie (beslissingen nemen)
  - Vpk: Coördinatie over routine opvolging (hulp vd arts; onderzoek en testen)
- ID team als systeem, synergie
  - Perceptie van patiënt is een vlotte, efficiënte werking binnen de huisartsenpraktijk
  - ID samenwerking als systeem, één geheel
- Communicatie en overleg
  - Samenwerking en regelmatig overleg/vergaderingen tssn huisartsen
  - Goede communicatie om te verhinderen dat pat zijn zelfde verhaal meermaals moet doen
  - Directe dialoog tussen huisarts en multidisciplinair team met patiënt centraal
  - Wisselwerking van advies, opinie vragen binnen ID team
  - Communicatie met andere relevante zorggroepen zoals thuisverpleging, endocrinoloog

### ➤ **Continuïteit van zorg garanderen**

- Groepspraktijk: Opvang voorzien door collega's bij afwezigheid van huisarts VS meer wisselende uren, je komt daardoor ook vaker terecht bij iem die je nog nt kent (vr de 1<sup>ste</sup> keer)
- Dossierkennis: Iedereen is op elk moment op de hoogte van mijn dossier (met laatste nieuws en GM) Vpk is bv enkel voor diabetes verantwoordelijk, maar volgt de rest ook op (dit kan ook invloed hebben op suiker)
- Leden van het ID team moeten rond een gemeenschappelijk doel werken, dus geen tegenstrijdigheden vertellen
- Vlotte informatiedoorstroming tssn ID huisartsenteam in specialist in ZH
- Probleem moet opgelost geraken, ongeacht de zorgverlener = gedeeld einddoel!
- Continuïteit van zorgverlener (zowel arts als vpk) is belangrijk. Bekende gezichten vs iedere keer iemand anders. Neemt remming weg, werkt drempelverlagend  
**~Vertrouwen**
- Dezelfde vpkn, evt cluster van 2/3 → altijd een bekend gezicht, vertrouwensband gelijkaardig aan die met HA

### ➤ **Complementariteit en rolduidelijkheid**

- Afbakening van taken en verantwoordelijkheden + transparantie naar pat toe!! “wie doet wat”
  - Verpleegkundigen werken goed samen volgens taakverdeling (op mekaar ingespeeld)
  - Taakverdeling op basis van specialisatie: arts vs vpk vs medisch secretaresse: efficiëntie en effectiviteit
  - Expertise binnen eigen vakgebied van elk beroep; geen overlapping maar aanvulling van mekaar vb vpk ook géén baliewerk, want dan stropt het geheel ook op, is niet haar taak



- Minder fouten dan wanneer alles op 1 persoon terecht komt
- Wederzijds vertrouwen (in mekaar kunnen; durven uit handen geven; durven verantwoordelijkheid te nemen)
  - Samenwerken is bijleren van elkaar, durven vragen stellen
  - Multidisciplinaire samenwerking vraagt wederzijds **vertrouwen**