Diabetes zorgtraject in de (huisartsen)praktijk: kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een Zorgtraject Diabetes.

Haio: RIGAUX Ward , U.A.
Promotor: WENS Johan
Praktijkopleider: VANDEBEEK Raymond

Context: Het Zorgtraject Diabetes trad op 1 september 2009 in werking, als antwoord op de groeiende nood om de huisartsgeneeskunde af te stellen op chronische hulpverlening. Het heeft de intentie om de kloof tussen de werkelijke diabeteszorg en de optimale, theoretische opvolging te verkleinen. Enkele pilootprojecten waren veelbelovend. Vanuit de media, lokale netwerken en huisartsen-praktijken ontvangen we evenwel dubbelzinnige signalen. We merken dat er in de praktijk grote individuele en regionale verschillen bestaan in het succes van dit zorgtraject. Naast de voordelen die een zorgtraject theoretisch kan bieden, bestaan er ook drempels die een belangrijke factor zijn in het al dan niet opstarten van een Zorgtraject Diabetes.

Onderzoeksvraag: Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren bij artsen en patiënten bij de opstart van een Zorgtraject Diabetes? Wat kan er gedaan worden om een concrete belemmerende factor zo te kneden dat de drempel voor het opstarten van een Zorgtraject Diabetes verlaagd wordt?

Methode: Er werd een literatuurzoektocht verricht naar het Chronische Zorgmodel, dat aan de basis ligt van de ontwikkeling van het Zorgtraject Diabetes. Deze analyse stelde ons in staat om vervolgens een kwalitatief explorerend onderzoek in te stellen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van focusgroepen met huisartsen en patiënten. De data werden verwerkt door inhoudelijke codering van de quotes en gegroepeerd tot thema?s, waardoor een taxonomie ontstond. Op basis hiervan werden barri?res en bevorderende factoren geformuleerd. Parallel hiermee werden tevens enqu?tes opgesteld, gebaseerd op het Chronische Zorgmodel. Hiermee werd de perceptie van huisartsen en patiënten van het huidige zorgtraject geëvalueerd. Zo biedt deze studie een evaluatie-instrument aan voor vervolgonderzoek.

Resultaten: In totaal namen 25 huisartsen en 15 patiënten deel aan de verschillende focusgroepen. Vanuit de focusgroepen wordt het Zorgtraject Diabetes als een positieve evolutie ervaren door het aanbieden van een structuur waarbinnen de opvolging van de patiënten kan plaatsvinden. Maatschappelijk wordt een verhoogde aandacht voor chronische zorg en empowerment van de patiënt waargenomen. Maar verandering vraagt tijd en geld. Informaticasystemen en communicatie-kanalen blijken ontoereikend om een vlotte doorstroming van gegevens te garanderen. Bovendien worden administratieve belasting, het gebrek aan praktijkondersteuning bij vele huisartsen en tijdsgebrek aangehaald als belangrijke hinderpalen bij de opstart van het zorgtraject. Ook de grijze zone betreffende de inclusiecriteria vergt duiding. Het centraliseren van de zorg in ruimte en tijd zou volgens de deelnemers van het onderzoek de eerstelijnszorg bevorderen. De multidisciplinaire samenwerking wordt positief onthaald door de meeste artsen en patiënten. Initiatieven zoals de ondersteuning voor huisartsen vanuit de lokale kring en het educatieboek voor patiënten worden geprezen. De financi?le voordelen die het zorgtraject biedt, worden ervaren als een stimulans. Vooral de materialen voor zelfzorg, zoals de meetstrips, motiveren de patiënt om bij te dragen aan zijn/haar eigen zorg. De balans tussen hiaten in aangereikte informatie en een overmaat aan voorlichting van de patiënt is een evenwichtsoefening. Er dient voldoende aandacht te zijn voor het bio-psycho-sociale totaalpakket. Patiënten pleiten ervoor om partners mee te betrekken in de educatie. Het grootste obstakel in de multidisciplinaire samenwerking is het gebrek aan bekendheid

met andere eerstelijns-spelers zoals educatoren. Dit doet artsen neigen naar de vertrouwde samenwerking met de tweede lijn. Voortdurende bijscholing en streven naar kwalitatieve zorg is nodig om het zorgtraject te doen slagen. Goede afspraken omtrent ieders takenpakket met voldoende communicatie en overleg zijn nodig om de samenwerking te doen slagen. De meeste huisartsen hebben voorlopig slechts een beperkte ervaring met het zorgtraject kunnen opbouwen. De vaardigheid waarmee met het zorgtraject wordt gewerkt, kan nog verder verbeterd worden.

Conclusie: Het Zorgtraject Diabetes betreft een relatief nieuw initiatief, dat de evolutie van de huisartsgeneeskunde naar meer chronische dienstverlening aankondigt. De ervaring van huisartsen en patiënten met de multidisciplinaire aanpak is vaak nog beperkt. Bij de opstart dienen enkele barri?res overwonnen te worden. Toch kunnen we concluderen dat de globale perceptie van het Zorgtraject Diabetes door zowel huisartsen als patiënten positief uitdraait.