Aanpak van het klinisch microsysteem om de diabeteszorg te verbeteren

Jolize Tielens, KU Leuven

jolize.tielens@gmail.com

Promotor: Prof. G. Goderis, KU Leuven

Stagecoördinator: Dr. M. Seuntjens

Praktijkopleiders: Dr. P. Jutten en Dr. V. Van der Stighelen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

1 ABSTRACT

Context: Diabetes is een belangrijk topic binnen de huisartsgeneeskunde en de zorg voor diabetici is complex. Er zijn goede richtlijnen voorhanden, toch blijft het implementeren van een optimale zorg in de praktijk moeilijk.

Onderzoeksvraag: "Hoe verbeteren we de kwaliteit van diabeteszorg in het huisartsennetwerk 'de Naaf'?"

Methoden: De FOCUS-Plan-Do-Study-Act kwaliteitscyclus werd doorlopen. Na het vergroten van het inzicht in het huidige microsysteem, een huisartsennetwerk, werden interventies gekozen. De impact hiervan werd in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) gemeten met behulp van kwaliteitsindicatoren. Het gebruik, het nut en de gebruiksvriendelijkheid van de interventies werd nagegaan door een bevraging van de artsen in het netwerk.

Interventies: Het secretariaat bracht in het EMD de diagnose gecodeerd in onder 'problemen' en maakte een actieplan 'diabetes jaarlijks onderzoek' aan rond de verjaardag van de patiënt. Een transactie 'diabetespas' werd geconfigureerd. De patiënt werd uitgenodigd aan de hand van een informatiebrief. Als ondersteuning werden leersessies georganiseerd, een overzichtsdocument en een sociale kaart voor de artsen opgesteld.

Resultaten: De interventies verbeterden het uitvoeren van het diabetes jaarlijks onderzoek, het percentage van patiënten met een gecodeerde diagnose onder 'Problemen', met een bloeddruk ≤140/90 mmHg, met een geregistreerde rookstatus, dat een griepvaccin kreeg en met een bepaling van de albuminurie. Er werd geen verbetering gezien in het percentage van patiënten met een HbA1c <7% of een LDL <100 mg/dl. Volgende interventies werden nuttig en gebruiksvriendelijk bevonden: het inschakelen van het secretariaat, de informatiebrief voor patiënten, de transactie 'diabetespas', het overzichtsdocument en de sociale kaart. De jaarlijkse controle plannen rond de verjaardag van de patiënt was matig nuttig en gebruiksvriendelijk. Opvallend was dat de artsen de interventies eerder zelden gebruikten.

Conclusies: De aanpak van het klinisch microsysteem bleek effectief te zijn. Het merendeel van de kwaliteitsindicatoren verbeterde ondanks de korte interventieduur van negen maanden. Er waren duidelijke verschillen tussen de individuele praktijken. Dit toonde aan dat iedere afzonderlijke praktijk een eigen microsysteem heeft. De artsen vonden de meeste interventies wel nuttig en gebruiksvriendelijk, toch werden ze niet frequent gebruikt. De kwaliteitsindicator die de grootste verbetering kende, werd behaald door het inschakelen van het secretariaat. Dit benadrukte het belang van zorg in teamverband en praktische hulp op de werkvloer. Deze aanpak is nuttig voor alle praktijken die aan kwaliteitsverbetering willen werken. Ieder klinisch microsysteem moet zijn eigen patiënten, medewerkers, patronen, processen en doelen bestuderen, beoordelen en daaruit gepaste interventies kiezen om de beste resultaten te behalen.

Trefwoorden: kwaliteitsverbetering, diabetes mellitus, elektronisch medisch dossier, klinisch microsysteem, Health One

ICPC2-code: T90

2 INHOUDSTAFEL

1 Abstract 2
2 Inhoudstafel 3
3 Inleiding 4
4 Methoden 5
4.1 Voorbereidende fase 5
4.2 Interventies 11
4.3 Metingen 16
4.4 Ethische beschouwingen 17
5 Resultaten 18
5.1 De cijfers: voor- en nameting 18
5.2 Beoordeling interventies door de artsen 21
5.3 Belemmerende en bevorderende factoren 22
6 Discussie 24
6.1 Effectiviteit (≈ doel raken) 24
6.2 Efficiëntie (≈ route naar het doel) 27
6.3 Toegankelijkheid 27
6.4 Patiëntgerichtheid en veiligheid 27
6.5 Rechtmatigheid 28
6.6 Tevredenheid 28
7 Conclusies 29
8 Aanvullingen 30
8.1 Dankbetuiging 30
8.2 Financiële ondersteuning 30
8.3 English title and abstract 31
9 Referenties 32
10 Bijlagen 33
10.1 Bijlage: Zorgprotocol voor patiënten met diabetes type 2 33
10.2 Bijlage: Overzicht opvolgingen richtlijn Domus Medica 34
10.3 Bijlage: Microsysteem eigenschappen (4) 36
10.4 Bijlage: Aanpak klinisch microsysteem ‘De Naaf’ 36
10.5 Bijlage: Chronologisch ontstaan van het huisartsennetwerk ‘de Naaf’ 41
10.6 Aanpak klinisch microsysteem 42
10.7 Bijlage: Informatiebrief voor patiënten 42
10.8 Bijlage: Overzichtsdocument zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2' 44
10.9 Bijlage: Beoordeling interventies door artsen (‘Likert’ schaal) 46
10.10 Bijlage: Advies Opleiding specifieke Begeleidingscommissie 50

3 INLEIDING

De behandeling en zorg voor patiënten is complex geworden. Meer en meer ziektes zijn niet langer acuut, maar zijn door de vergrijzing van de bevolking chronisch geworden. De kosten voor het gezondheidszorgsysteem zijn bijgevolg toegenomen. Maar er is hoop, uit cijfers blijkt dat de duurste zorg niet noodzakelijk de beste zorg is. De beste resultaten worden behaald door systemen die reflecteren over hun successen en mislukkingen, zoeken naar oplossingen en deze weten toe te passen. Om een hoogstaande kwaliteit van zorg te bereiken is er een mentaliteitswijziging nodig. Zo zijn respect, discipline, communicatie en werken in teamverband steeds belangrijker geworden.

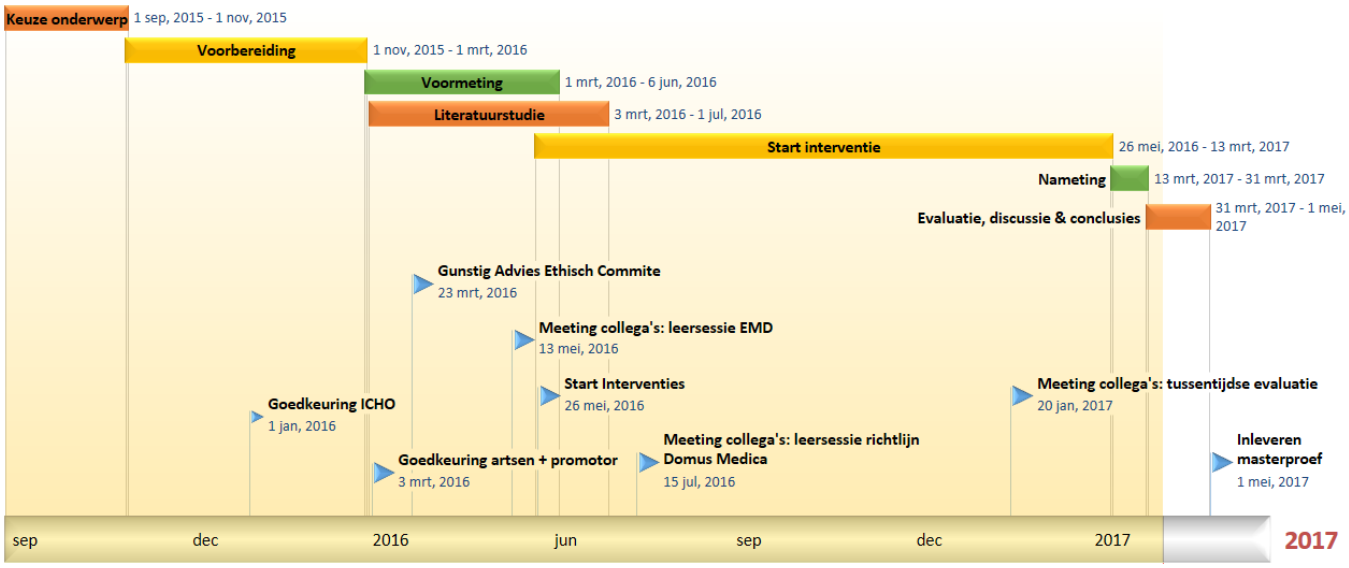
Diabetes in het bijzonder is uitermate geschikt voor het toepassen van nieuwe modellen van zorg. Alle factoren die chronische zorg complex maken, zijn aanwezig. Het is een zeer frequente aandoening en vormt zowel wereldwijd als in België een toenemend gezondheidsprobleem. De kosten stijgen en worden voor Europa door de Wereldgezondheidsorganisatie momenteel geschat op € 131 miljard. De patiënten hebben vaak weinig of geen symptomen en toch gaat de aandoening gepaard met een belangrijke morbiditeit en mortaliteit. De behandeling bestaat niet alleen uit een correcte glycemieregeling, maar is multifactorieel. Zowel eerste- als tweedelijnsgeneeskunde moeten op elkaar afgestemd worden (1).

In het huisartsennetwerk ‘de Naaf’ heeft men het gevoel dat de diabeteszorg momenteel niet optimaal verloopt en dat er ruimte is voor verbetering. Het huidige systeem voldoet niet en het is belangrijk dat er gezocht wordt naar een efficiëntere manier van werken.

De doelstelling van dit project is om, in een klinisch microsysteem van een huisartsennetwerk, de kwaliteit van diabeteszorg te optimaliseren.

4 METHODEN

4.1 VOORBEREIDENDE FASE



Figuur 1: tijdslijn van het project

De FOCUS-Plan-Do-Study-Act kwaliteitscyclus werd doorlopen.

4.1.1 Find problem

Op 1 februari 2016 wijzigde de omschrijving van de vroegere diabetespas en ontstond er een nieuw zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2' (zie bijlage 10.1). Het onderwerp van deze masterpaper werd aangereikt door een collega die de indruk had dat de diabeteszorg niet optimaal verliep en dat het huisartsennetwerk ‘de Naaf’ niet voorbereid was op de komst van dit nieuw zorgmodel.

Het project bracht volgende onderzoeksvraag met zich mee:

“Hoe verbeteren we de kwaliteit van diabeteszorg in het huisartsennetwerk ‘de Naaf’?”.

4.1.2 Organize

Aanvankelijk vond een overleg plaats met de praktijkopleiders in verband met de keuze van het onderwerp en de probleemstelling. Daarna werden alle medewerkers in het netwerk geïnformeerd over de mogelijkheid van een praktijkverbeterend project en bevraagd naar interesse tot deelname, op deze manier werd een team samengesteld. Na het uitklaren van de onderzoeksvraag werden gelijkaardige masterpapers gelezen. Deze exploratie leidde tot een gesprek met de promotor waar besloten werd om in de literatuur drie domeinen te bestuderen: de richtlijnen, het concept van het klinisch microsysteem en het Chronic Care Model van Wagner (CCM). Als bron van informatie werd Pubmed gebruikt, de onlinedatabase van Medline. Afhankelijk van het aantal verkregen artikels werden een aantal beperkingen doorgevoerd zoals full text, publication dates 5 years, humans, systematic reviews, meta-analysis en guideline. Volgende zoektermen en MeSH Terms werden ingevoerd: 'diabetes mellitus', 'computerized medical record', 'clinical microsystem', 'primary care', 'general practice', 'Chronic Care Model', 'standard care' en 'quality improvement'. Vervolgens werd een selectie gemaakt op basis van titel en abstract. Bijkomende informatie werd vergaard via het Agentschap Zorg en Gezondheid, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

De 'richtlijn voor goede medische praktijkvoering: diabetes mellitus type 2' van Domus Medica werd gekozen als basis voor het project (2). Dit gezien de recentelijke herziening in mei 2015 en de toepasbaarheid op de Belgische situatie. Deze richtlijn omvat eveneens informatie uit andere quaternaire bronnen waaronder de NICE- en ADA-richtlijnen. De richtlijn geeft onder andere antwoord op de vraag hoe diabetici op te volgen en het zorgproces te organiseren (zie bijlage 10.2) (2).

Het schrijven van deze masterpaper gebeurde aan de hand van de SQUIRE 2.0 standaarden voor kwaliteitsrapportering (3).

4.1.3 Clarify

In de literatuur wordt een klinisch microsysteem gedefinieerd als een **"kleine groep van mensen die op regelmatige basis samenwerken in de zorg voor afgebakende populaties van patiënten"**. De eigenschappen van een klinisch microsysteem zijn terug te vinden in bijlage 10.3 (4). Goed presterende klinische microsystemen vormen de basis van hoogkwalitatieve zorg. Deze microsystemen vormen de bouwstenen van grotere organisaties én het gehele gezondheidszorgsysteem.

4.1.4 Understand

Na het bestuderen van het klinisch microsysteem werden verbeterpunten duidelijk (zie bijlage 10.4).

4.1.5 Select

In de literatuur werden tien eigenschappen van klinische microsystemen gevonden die leiden tot succesvolle, hoogkwalitatieve en kosteneffectieve zorg (4). In 2008 werd specifiek voor diabetes, op basis van deze tien eigenschappen, een 'Improved Diabetes Management Project' uitgevoerd. Dit project focuste zich op drie aspecten. Namelijk de opleiding van professionele medewerkers, het organiseren van teamgerichte zorg en het identificeren van factoren die leiden tot een succesvolle opname van een diabetesproject (zie tabel 1) (5).

Om de slaagkansen en de duurzaamheid van het project te verhogen, werden deze tien eigenschappen en de bevindingen van het 'Improved Diabetes Management Project' zo goed als mogelijk toegepast. Meerdere PDSA-cycli (plan-do-study-act) werden doorlopen om een betrouwbaar en efficiënt microsysteem te ontwikkelen. Een voor- en nameting van kwaliteitsindicatoren ging na of de interventies al dan niet succesvol waren. Vervolgens werd het proces geëvalueerd.

Tabel 1: tien eigenschappen en factoren die leiden tot een succesvolle opname van een diabetesproject

Eigenschappen	Factoren die leiden tot een succesvolle opname van een diabetesproject
Personen 1. Focus op de patiënt 2. Focus op de medewerkers 3. Nauwe samenwerking tussen de teamleden 4. Aandacht voor educatie en training 5. Focus op de maatschappij en op de markt	Het project: - Verbetert de gezondheidsuitkomsten. - Verbetert het timemanagement. - Biedt interprofessionele leersessies aan (klinisch relevant en niet tijdrovend). - Verbetert de interprofessionele zorg in teamverband bv. tussen de artsen en de diabeteseducatoren. - Biedt potentiële financiële voordelen.
Organisatie 6. Leiderschap binnen het klinisch microsysteem 7. Organisatorische ondersteuning door het macroniveau	Het project: - Heeft interne en externe kampioenen. Dit zijn individuen die goede resultaten behalen en waar naar opgekeken wordt in respectievelijk de eigen praktijk en andere deelnemende praktijken. - Wordt ondersteund door praktische hulp op de werkvloer.
Informatie 8. Belang van informatie en informatietechnologie	Het project: - Wordt ondersteund door een sterk informatiesysteem. - Gebruikt reële cijfers. - Zorgt voor een update van gegevens in het EMD.
Prestaties en procesverbetering 9. Aandacht voor prestaties 10. Aandacht voor procesverbetering	Het project: - Verbetert het werkproces en biedt de mogelijkheid om de toepassing ervan te veranderen gedurende het project. - Geeft feedback aan de deelnemende praktijken.

4.1.6 De context in het micro-meso-macrokader

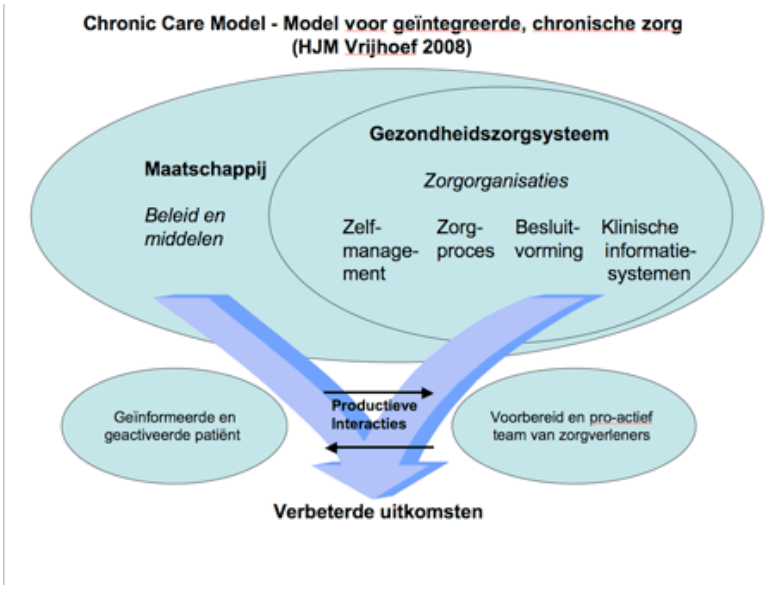
De context wordt geschetst om kwaliteitsverbeterende initiatieven die reeds genomen zijn, aan te tonen. In de literatuur worden drie niveaus onderscheiden: het microniveau, het mesoniveau en het macroniveau.

De interventies van dit project werden toegepast op het *microniveau*. Het huisartsennetwerk ‘de Naaf’, met praktijken op drie locaties, is in de loop der tijd geleidelijk tot stand gekomen onder invloed van toenemende professionalisering, schaalvergroting en geïntegreerde zorg (zie bijlage 10.5). De samenwerking bestaat uit acht huisartsen en één huisarts in opleiding (HAIO). Momenteel is enkel de HAIO werkzaam op twee locaties. De andere artsen werken steeds in dezelfde praktijk. In totaal zijn er vijf vrouwelijke en vier mannelijke huisartsen. In 2006 heeft de praktijk in de St. Jozefslaan meegedaan aan een kwaliteitsverbeterprogramma van Domus Medica, ‘Evaluatie van Kwaliteit’, rond diverse topics waaronder diabetes. De drie praktijken namen samen gedurende een aantal jaren deel aan het Praktijk Ondersteunend Project (POP) van Domus Medica.

Het *mesoniveau* is een structuur die niet rechtstreeks zorg verleent aan patiënten. Dit niveau werkt ondersteunend en zorgt ervoor dat microsystemen hun doelstellingen kunnen bereiken. Het probeert de interacties tussen klinische microsystemen, andere lijnen en sectoren onderling af te stemmen (6). In 2009 werd op initiatief van de federale overheid het zorgtraject diabetes ingevoerd.

Dit traject maakte deel uit van een proefproject bedoeld om de noodzakelijke veranderingen in de chronische zorg voor te bereiden. In dit kader werd door het RIZIV en de Vereniging van de Huisartsenkringen van de Zuiderkempen (VHKZ) een netwerk opgericht met name het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Zuiderkempen (LMNZ). Het LMNZ heeft reeds meerdere pogingen ondernomen om de huisartsen te ondersteunen zoals het ontwikkelen van een diabetesboek, organisatie van navormingssessies, … Ook probeert het LMNZ de multidisciplinaire samenwerking tussen de huisartsen, diabeteseducatoren, diëtisten, endocrinologen en thuisverpleging te verbeteren. Eén van de collega's zit in de stuurgroep en een andere collega in de werkgroep diabetes van het LMNZ. Nog een andere collega heeft in de huisartsenkring gedurende één jaar diverse Landelijk Overleg Kwaliteitskringen georganiseerd rond diabetes.

Het *macroniveau* of de organiserende overheid dient maximaal middelen ter beschikking te stellen om de zorgverlening op het microniveau te ondersteunen (6). Het CCM van Wagner beschrijft de stappen die op macroniveau ondernomen dienen te worden om hoogkwalitatieve chronische zorg proactief en gepland aan te pakken (7)(zie figuur 2).



Figuur 2: CCM voor geïntegreerde, chronische zorg

Uit een evaluatie van het CCM in de diabeteszorg blijkt dat het toepassen ervan het risico op cardiovasculaire ziekte doet dalen. Bovendien is er een grotere kans op het krijgen van een correcte behandeling (8).

4.1.7 De aanpak van het klinisch microsysteem

Praktijken kunnen de kwaliteit van hun klinisch microsysteem vergroten na het doorlopen van een aantal stappen. Deze stappen komen grotendeels overeen met de FOCUS-Plan-Do-Study-Act kwaliteitscyclus. De eerste stap is het samenstellen van een team (Organize). Vervolgens wordt het microsysteem beoordeeld door een doel en doelgroep te bepalen (Find Problem). Informatie over de patiënten, medewerkers, processen, patronen en cijfers worden vergaard (Clarify). Met het team wordt deze beoordeling bekeken en wordt een diagnose gesteld (Understand). Vervolgens zal men proberen met behulp van interventies het klinisch microsysteem te verbeteren (Select). En ten slotte zorgt men voor een opvolging van het nieuwe proces.

Een algemeen stappenplan van deze aanpak is terug te vinden in bijlage 10.6. 'The Dartmouth Institute Microsystem Academy' stelt allerlei draaiboeken en handleidingen ter beschikking aan praktijken die de kwaliteit van hun klinisch microsysteem wensen te verbeteren (8).

De aanpak van het klinisch microsysteem 'de Naaf' valt buiten de context van deze tekst, maar is voor de geïnteresseerde lezer terug te vinden in bijlage 10.4.

4.2 INTERVENTIES

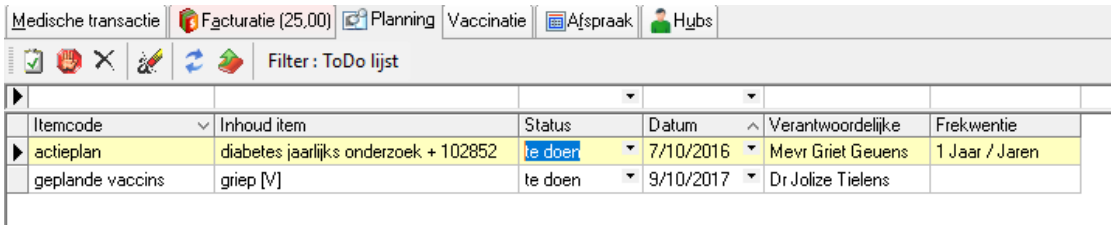
4.2.1 Aanpassingen in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD)

4.2.1.1 Diagnose gecodeerd onder het item 'problemen'



Na het in kaart brengen van de diabetici (zie punt 4.3) werd door het secretariaat de diagnose 'type II diabetes' op uniforme wijze gecodeerd ingebracht onder 'problemen'.

4.2.1.2 Actieplan diabetes jaarlijks onderzoek



Het actieplan 'diabetes jaarlijks onderzoek' werd ingesteld met een jaarlijkse herhaling rond de verjaardag van de patiënt. Op deze manier wordt de arts gewaarschuwd wanneer het jaarlijks onderzoek nodig is.

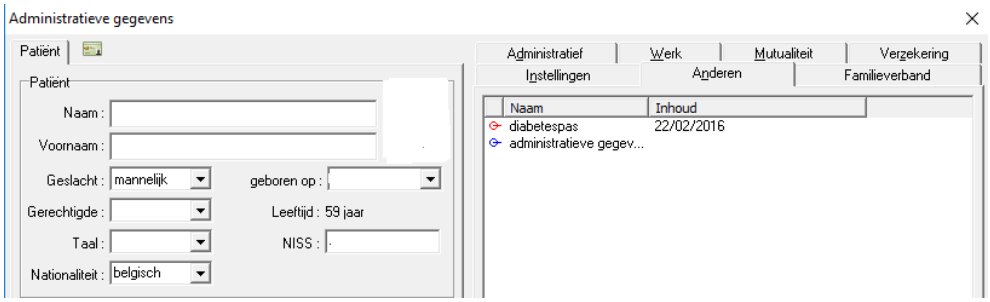
4.2.1.3 Transactie 'diabetespas' (uiteindelijke vorm)



In Health One werd een nieuwe transactie 'diabetespas' geconfigureerd. Het item 'diabetespas' werd gekozen als naam voor de transactie omdat het huidige EMD nog geen item 'zorgmodel diabetes' heeft. Er werd ruimte voorzien om samen met de patiënt huidige problemen te omschrijven, doelen te bepalen en een behandelplan op te stellen. Er werd gekozen om alleen de verplichte items van het RIZIV op te nemen (zie bijlage 10.1). De items van deze transactie dienden overzichtelijk en haalbaar te blijven.

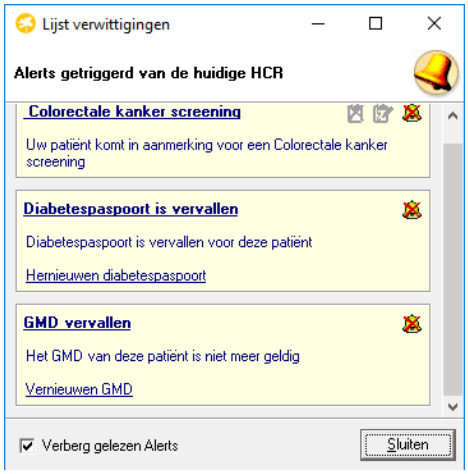
De secretaressen kregen op 26/05/2016 de instructies over het invoeren van de transactie 'diabetespas' en dit voor iedere patiënt rond zijn verjaardag. Zij bereiden deze diabetesraadpleging voor door in het dossier na te gaan welke items in het afgelopen jaar reeds uitgevoerd zijn en vullen dit aan. Door elke jaarlijkse controle met behulp van deze transactie in te voeren, worden elektronische audits in de toekomst gemakkelijker.

4.2.1.4 Invoeren datum diabetespas



Het item 'diabetespas' werd toegevoegd aan 'Administratieve gegevens', 'Anderen' om gemakkelijker terug te vinden wanneer de jaarlijkse controle het laatst uitgevoerd werd. Wanneer in de transactie 'diabetespas' een datum ingevuld wordt achter het item 'diabetespas' verschijnt deze datum eveneens onder 'Administratieve gegevens', 'Anderen'. Door te registreren wanneer het zorgmodel (de diabetespas) uitgevoerd werd, zal dit in de toekomst eenvoudiger terug te vinden zijn, ook bij het uitvoeren ven een elektronische audit.

4.2.1.5 Verwittigingen



Wanneer aan het item 'diabetespas' een datum wordt toegevoegd, verschijnt er, één jaar nadat die datum verstreken is, een verwittiging wanneer het dossier van de patiënt geopend wordt. Deze verwittiging waarschuwt de arts dat een jaarlijks controle nodig is.

4.2.1.6 Sjablonen

Nuttige documenten (bv. de informatiebrief voor patiënten, verwijsbrieven, rijgeschiktheidsattesten, …) werden geïntegreerd in het EMD door er sjablonen van te maken. Dit gebeurde nadat bleek dat de artsen deze documenten niet op hun computer wisten terug te vinden en dus ook niet meegaven aan de patiënt. Wanneer een sjabloon in het dossier van de patiënt wordt geopend, verschijnt dit eveneens als item in de transactie. Zo kan de arts naderhand zien dat er een brief meegegeven is.

4.2.2 Informatiebrief

Een informatiebrief voor de patiënten werd opgesteld (zie bijlage 10.7). De brief geeft aan wat er allemaal dient te gebeuren tijdens een jaarlijkse controle en vraagt aan de patiënten om hiervoor een dubbele afspraak te voorzien. De patiënt kan diabetes gerelateerde onderwerpen, die hij/zij tijdens het consult wenst te bespreken, aankruisen. De centrale rol van de patiënt werd zo erkend en de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid vergroot.

4.2.3 Procesondersteuning

4.2.3.1 Leersessies

Er werden een aantal leersessies voor de artsen georganiseerd om het nieuwe proces onder de knie te krijgen. Eén sessie ging over de richtlijn van Domus Medica met extra aandacht voor het voetonderzoek. Een tweetal sessies over het gebruik van het EMD (transactie en actieplan aanmaken, informatiebrief meegeven, …).

Het nieuwe proces werd gedemonstreerd aan één van de secretaresses, die vervolgens de andere secretaresses inlichtte. Aan de hand van printscreens werd voor hen, als visuele ondersteuning, een word document gemaakt met een overzicht van al de stappen die zij dienden te ondernemen in het EMD.

4.2.3.2 Overzichtsdocument

Een overzichtsdocument voor de artsen werd gemaakt van zowel de tussentijdse als de jaarlijkse controle aan de hand van de richtlijn van Domus Medica (zie bijlage 10.8). Hierin werden beknopt de anamnese, het klinisch onderzoek, de behandelrichtlijnen en doelstellingen beschreven om zowel een tussentijdse als jaarlijkse controle tot een goed einde te brengen. Dit overzicht werd in een latere fase van het project toegevoegd onderaan de transactie 'diabetespas'. Zodanig diende de arts dit document niet te gaan zoeken op de computer.

4.2.3.3 Sociale kaart

Een online sociale kaart (Excel spreadsheet) werd opgesteld die bewerkt kan worden en toegankelijk is voor elke medewerker van de praktijk. Specifiek voor de diabetesraadpleging werd een apart tabblad voorzien zodat de informatie snel en eenvoudig terug te vinden was.

4.3 METINGEN

De metingen bestonden enerzijds uit een voor-en nameting van geregistreerde items in het EMD en uit een bevraging van de artsen die plaatsvond aan het einde van het project.

De diabetici werden in kaart gebracht door aan de twee laboratoria een lijst op te vragen van alle patiënten waarbij een Hemoglobine A1c (HbA1c) geprikt werd tussen 01/01/2014 en 29/02/2016. De begindatum werd gekozen in de veronderstelling dat er bij de meeste diabetici in die periode minstens één HbA1c meting gebeurde. De einddatum stemt overeen met de datum waarop de resultaten opgevraagd werden.

Kwaliteitsindicatoren werden gebruikt om na te gaan of er in de praktijk volgens de richtlijnen gewerkt wordt. Deze indicatoren worden aanbevolen door de IDF-richtlijnen, zijn gevalideerd en realistisch (2).

Tabel 2: verzamelde informatie, methode en reden

Informatie	Methode	Reden
Naam, voornaam, geslacht, geboortedatum patiënt	Uit de lijst verkregen van het labo.	Controle van de voor- en nameting.
Naam GMD-houder	Zichtbaar in het EMD.	Controle van de voor- en nameting.
Laatste waarde HbA1c	Uit de lijst verkregen van het labo.	Cf. percentage HbA1c <7%.
Diagnose diabetes	In de medische basisinformatie nagaan of de diagnose diabetes mellitus type 2 terug te vinden is, indien niet gevonden, via de zoekterm 'diabet'. Vervolgens nagaan of er ooit tweemaal een nuchtere glucose ≥ 126 mg/dl of HbA1c ≥ 6,5% was.	Controleren van de inclusie- en exclusiecriteria.
Diagnose gecodeerd	In het EMD nagaan door erop te klikken, gecodeerde items kleuren blauw aan.	Afspraak in het netwerk om zoveel mogelijk te coderen en belangrijke diagnosen in te voeren onder 'problemen'.
Waar gecodeerd		
Percentage HbA1c <7%	Uit de lijst verkregen van het labo, berekend aan de hand van het laatst gekende HbA1c van de patiënt.	Kwaliteitsindicator van de IDF-richtlijnen.
Aantal keer HbA1c geprikt in één jaar	Uit de lijst verkregen van het labo (voormeting). Zoekactie in het EMD (nameting).	Controleren van onder- of overdiagnostiek.
Diabetespas (+ datum), zorgtraject diabetes of diabetesconventie	Zoektermen in het EMD: 'diabetespas', 'conventie', 'zorgtraject'.	Controleren van de inclusie- en exclusiecriteria. Om na te gaan of er een toename is in het gebruik van het zorgmodel (de diabetespas).
Bloeddruk ≤140/90 mmHg	Zoekterm in het EMD 'bloeddruk', één waarde onder of gelijk aan 140/90 mmHg in het afgelopen jaar.	Kwaliteitsindicator van de IDF-richtlijnen.
LDL <100 mg/dl	Zoekterm in het EMD: 'LDL', in het afgelopen jaar.	Kwaliteitsindicator van de IDF-richtlijnen.
Griepvaccin	Zoektermen in het EMD: 'griep', 'influ' 'vaccin', in het afgelopen jaar.	Kwaliteitsindicator van de IDF-richtlijnen.
Rookstatus	In de medische basisinformatie, indien niet gevonden, via de volgende zoektermen in het EMD: 'siga', 'rok', 'rook', 'gewoon', 'taba', 'risicofact'.	Percentage rokers is een kwaliteitsindicator van de IDF-richtlijnen. Hiervoor moet wel de rookstatus terug te vinden zijn in het EMD.
Albuminurie bepaald of niet	Zoektermen in het EMD: 'urine', 'micro', 'prot', 'albu', 'eiw', in het afgelopen jaar.	Kwaliteitsindicator van de IDF-richtlijnen.
WZC (Woonzorgcentrum)/ thuisdossier	In het EMD nagaan en de collega's laten controleren.	Controleren van de registratie bij patiënten in een WZC of met een thuisdossier.

Er werd een selectie gemaakt op basis van volgende inclusiecriteria: volwassenen met diabetes mellitus type 2 en een Globaal Medisch Dossier (GMD) in het huisartsennetwerk 'de Naaf'.

Volgende exclusiecriteria werden weerhouden: overleden, het afgelopen jaar niet door een arts gezien op raadpleging of huisbezoek, andere medische problemen primeren, diabetes mellitus type 1, zwangerschapsdiabetes of actieve zwangerschapswens, in het diabetes zorgtraject of in de diabetesconventie opgenomen zijn.

Zowel de lijsten met geïncludeerde en geëxcludeerde patiënten als de voor- en nametingen werden getoond aan de GMD-houder ter controle.

De doelgroep, de diabetici die in aanmerking komen voor het nieuw zorgmodel, werd bewust beperkt gehouden. Ten eerste is de huisartsenpraktijk de hoofdverantwoordelijke in de opvolging en behandeling van deze groep patiënten. Ten tweede moesten de verzameling en de beoordeling van gegevens haalbaar blijven. Bovendien was het belangrijk om de interventies te testen op kleine schaal alvorens ze toe te passen op grote schaal.

De artsen van de praktijk evalueerden aan het einde van het project of ze de interventies gebruikten, nuttig en gebruiksvriendelijk vonden. Dit aan de hand van een vragenlijst met Likert schalen (zie bijlage 10.9).

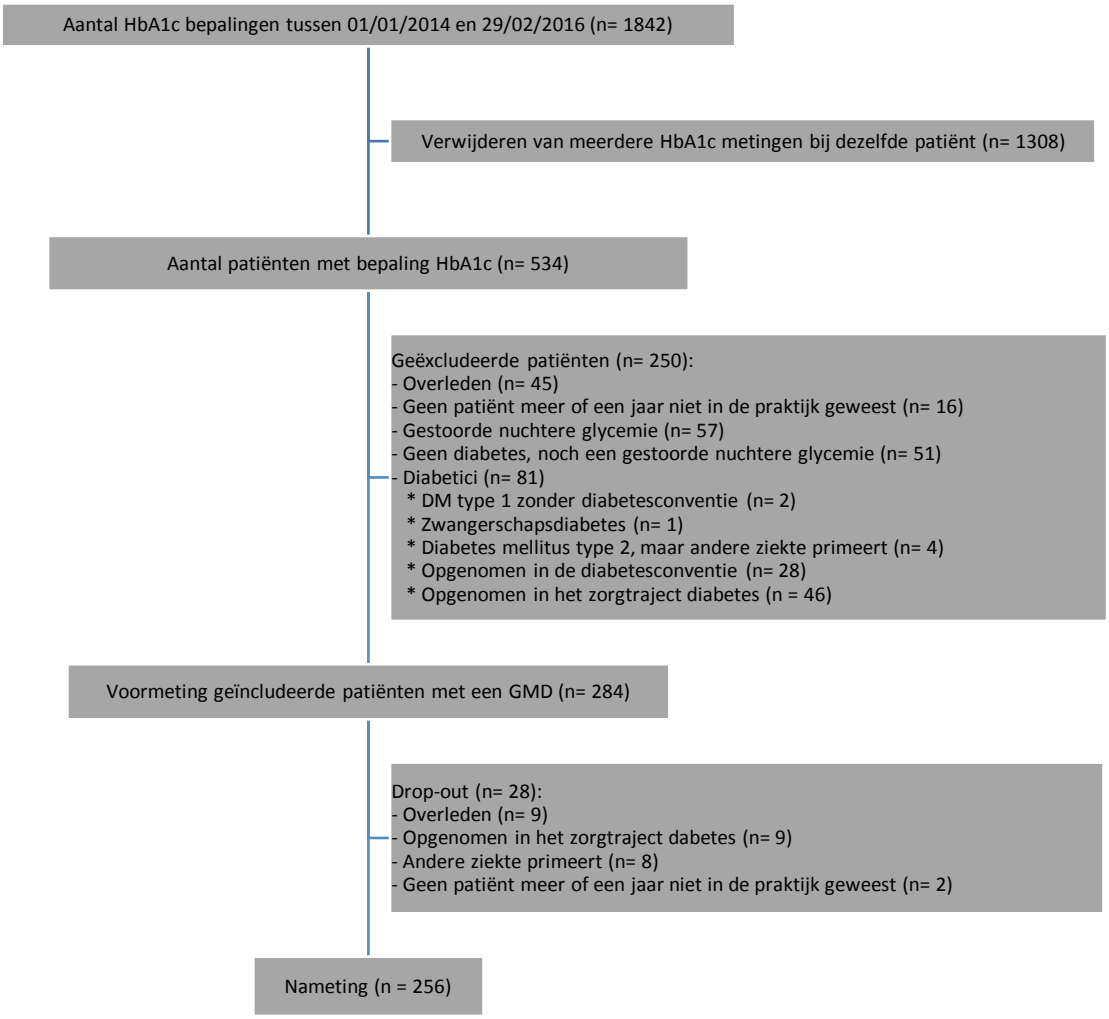
4.4 ETHISCHE BESCHOUWINGEN

Voor dit praktijkverbeterend onderzoek werd er een gunstig advies verkregen van de Opleiding Specifieke Begeleidingscommissie (zie bijlage 10.10). De potentiële last, schade, kost en risico's die gepaard gaan met dit project zijn nihil. De patiëntengegevens werden anoniem verwerkt en worden in geen geval vrijgegeven. De artsen en de verschillende praktijken in het huisartsennetwerk werden geanonimiseerd.

5 RESULTATEN

5.1 DE CIJFERS: VOOR- EN NAMETING

Er werd vertrokken vanuit twee lijsten van de laboratoria waarin 1842 HbA1c metingen tussen 01/01/2014 en 29/02/2016 voorkwamen. Per patiënt werd enkel de laatste HbA1c meting bewaard, zo werd een lijst verkregen van 534 patiënten. Vervolgens werd er in het EMD, in ieder afzonderlijk patiëntendossier, nagegaan of de patiënt in aanmerking kwam voor inclusie (zie punt 4.3). Vervolgens werden 250 patiënten geëxcludeerd en 284 patiënten geïncludeerd.



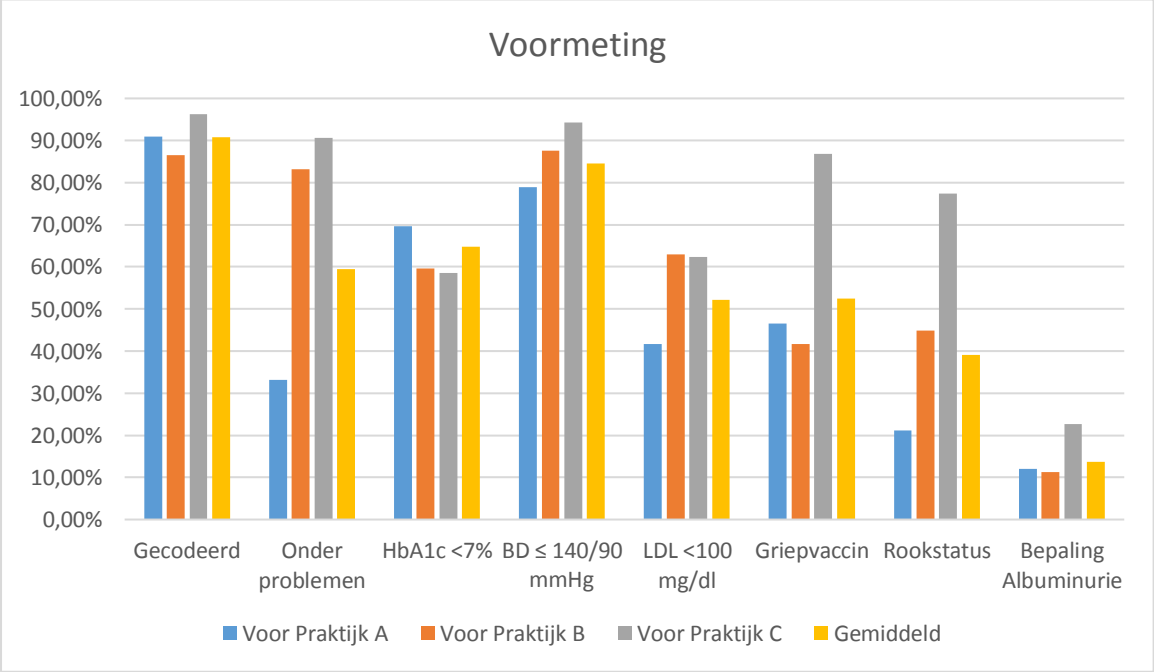
Figuur 3: stroomschema voor- en nameting

De voormeting liep van 01/03/2016 tot 06/06/2016. De gefusioneerde groepspraktijk telt 7521 actieve patiënten waarvan 6186 patiënten een Globaal Medisch Dossier (GMD) hebben in 2015 of in 2016.

Van de 284 geïncludeerde patiënten zijn 139 mannen (48,9%) en 145 vrouwen (51,1%). Het gemiddelde HbA1c is 6,8%. Om een schatting te maken van het aantal controles gedurende één jaar in het kader van de diabetesopvolging, werd bepaald hoeveel keer het HbA1c bij iedere patiënt geprikt werd. Er werd gemiddeld 2,53 keer een HbA1c geprikt, de mediaan is 3. Bij 37 van de 284 geïncludeerde patiënten (13,0%) werd in het afgelopen jaar een jaarlijkse controle (diabetespas) geregistreerd in het EMD. In Praktijk C gebeurde 32 van deze 37 registraties (86,5%).

Locatie	Gecodeerd	Onder problemen	HbA1c < 7%	BD ≤140/90 mmHg
Totaal van de 3 praktijken	90,8%	59,5%	64,8%	84,5%
Praktijk A	90,9%	33,1%	**69,7%**	78,9%
Praktijk B	86,5%	83,2%	59,6%	87,6%
Praktijk C	**96,2%**	**90,6%**	58,5%	**94,3%**
Locatie	LDL <100 mg/dl	Griepvaccin	Rookstatus	Bepaling albuminurie
Totaal van de 3 praktijken	52,1%	52,5%	39,1%	13,7%
Praktijk A	41,6%	46,5%	21,1%	12,0%
Praktijk B	**62,9%**	41,6%	44,9%	11,2%
Praktijk C	62,3%	**86,8%**	**77,4%**	**22,6%**

* vet = beste cijfer

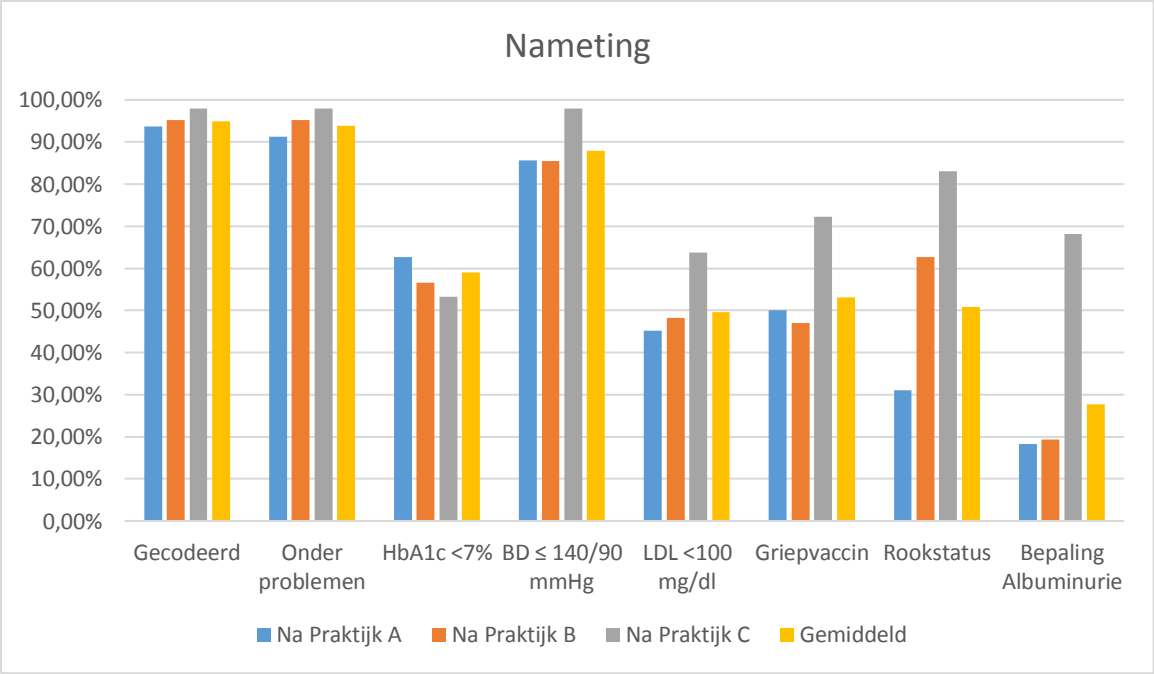


Figuur 4: de voormeting

De nameting liep van 13/03/2017 tot 31/03/2017. Enkel de 284 geïncludeerde patiënten werden gecontroleerd. Er was een drop-out van 28 patiënten (zie figuur 3). Van de 256 resterende patiënten zijn 125 mannen (48,8%) en 131 vrouwen (51,2%). Het gemiddelde HbA1c is 6,8%. Drieëndertig van de 256 patiënten (12,9%) verblijven in een WZC of hebben uitsluitend een thuisdossier. Bij 58 van de 256 patiënten (22,7%) werd in het afgelopen jaar een datum bij het item diabetespas geregistreerd en een jaarlijkse controle uitgevoerd. Drieëndertig van de 58 gebeurde in Praktijk C (56,9%), 17 in Praktijk A (29,3%) en ten slotte 8 in Praktijk B (13,8%). Er werd gemiddeld 2,55 keer een HbA1c geprikt gedurende één jaar, de mediaan is 3. Er zijn 185 patiënten (72,3%) verjaard tijdens de periode van de interventie (juni tot en met februari) en 71 patiënten (27,7%) niet verjaard tijdens de periode van de interventie (maart tot en met mei).

Locatie	Gecodeerd	Onder problemen	HbA1c < 7%	BD ≤140/90 mmHg
Totaal van de 3 praktijken	94,9%	93,8%	59,0 %	87,9%
Praktijk A	93,7%	91,3%	**62,7%**	85,7%
Praktijk B	95,2%	95,2%	56,6%	85,5%
Praktijk C	**97,9 %**	**97,9 %**	53,2 %	**97,9 %**
Locatie	LDL <100 mg/dl	Griepvaccin	Rookstatus	Bepaling albuminurie
Totaal van de 3 praktijken	49,6%	53,1%	50,8%	27,7%
Praktijk A	45,2%	50,0%	31,0 %	18,3%
Praktijk B	48,2 %	47,0%	62,7%	19,3%
Praktijk C	**63,8 %**	**72,3 %**	**83,0 %**	**68,1 %**

* vet = beste cijfer



Figuur 5: de nameting

5.2 BEOORDELING INTERVENTIES DOOR DE ARTSEN

De artsen van de praktijk evalueerden aan het einde van het project of ze de interventies gebruikten, nuttig en gebruiksvriendelijk vonden. Dit aan de hand van een vragenlijst met Likert schalen (zie bijlage 10.9). Gezien het beperkt aantal deelnemers (negen artsen) werd gekozen om de mediaan te berekenen.

Tabel 3: beoordeling interventies door de artsen

	Gebruik (Nooit – zelden – soms – regelmatig – altijd)	Nut (Helemaal niet – niet – matig – erg – heel erg)	Gebruiksvriendelijkheid (Helemaal niet – niet – matig – erg – heel erg)
Inschakelen secretariaat	9/9 artsen, altijd	Erg	Erg
Informatiebrief	6/9 artsen, zelden	Erg	Erg
Controle rond de verjaardag van de patiënt	7/9 artsen, zelden	Matig	Matig
Transactie 'diabetespas'	8/9 artsen, soms	Erg	Erg
Overzichtsdocument	5/9 artsen, zelden	Erg	Matig - Erg
Sociale kaart	9/9 artsen, regelmatig	Erg	Erg

In de vragenlijst werd ruimte voorzien om eventuele opmerkingen te geven. Eén arts gaf aan dat de patiënten niet zo enthousiast waren over de informatiebrief, een andere arts vond deze moeilijk terug te vinden. Een opmerking van Praktijk C was dat het plannen rond de verjaardag van de patiënt, het vorige schema in de war bracht. In deze praktijk gebeurde de jaarlijkse controle reeds voor de interventie. Een andere opmerking was dat veel items van de transactie 'diabetespas' na het aanvullen door het secretariaat blanco bleven, maar dat dit niet de schuld was van het secretariaat. Zij kunnen immers enkel die items aanvullen die effectief uitgevoerd zijn het afgelopen jaar.

5.3 BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN

De belemmerende en bevorderende factoren in het microsysteem worden besproken volgens Busetto (9).

In de organisatorische context werd het samenwerkingsverband op drie locaties beschouwd als bevorderende en als belemmerende factor. Het project bracht in de drie praktijken ideeën op gang, zorgde voor *innovatie* en zette aan tot een progressieve verandering in het systeem. Daarentegen belemmerde de historische autonomie van de drie praktijken een nauwe samenwerking. Het project doen slagen had niet alleen een leider nodig in het huisartsennetwerk, maar ook in het klinisch microsysteem van iedere praktijk op zich. Het feit dat de HAIO, de drijfveer van het project, maar een goed contact had met twee van de drie praktijken heeft zeker in het nadeel gespeeld.

De inzet van de *individuele medewerkers* was van groot belang. Het inschakelen van het secretariaat bleek een groot succes. Zij zijn vlot in het gebruik van het EMD en kunnen voor toekomstige projecten eveneens ingeschakeld worden. De artsen zelf slaagden er niet in de interventies frequent te gebruiken, ondanks het feit dat ze de meeste interventies wel nuttig en gebruiksvriendelijk vonden. Opmerkingen gegeven door de artsen waren: er te weinig mee bezig geweest zijn, vastgeroest zitten aan oude gewoontes, verschillende stappen niet kunnen onthouden, gebrek aan snelheid en het gebrek aan tijd.

De *patiënt* zelf werd gezien als mogelijke bevorderende factor van het proces. Daarom werd in de loop van het project de informatiebrief opgesteld. Na een evaluatiemoment merkten de artsen op dat ze het moeilijk vonden om eraan te denken deze brief mee te geven. Er werd besloten om voorlopig de brief toe te voegen onderaan de transactie ‘diabetespas’ in de hoop dat hierdoor de artsen de brief gemakkelijker zullen meegeven. Mogelijks zal de brief in de toekomst per post naar de patiënt verzonden worden.

De klinische informatiesystemen worden teruggevonden onder het *gezondheidszorgsysteem*. Een krachtig informatiesysteem kan de diabeteszorg verbeteren. In dit project werd het EMD gezien als bevorderende en als belemmerende factor. Enerzijds was het een belangrijk hulpmiddel tijdens het uitvoeren van het project, anderzijds zijn bij het gebruik ervan vele problemen aan het licht gekomen.

Zo werd bij aanvang van het project geprobeerd door middel van een elektronische audit de patiënten in kaart te brengen. Er werd op verscheidene problemen gestoten, waardoor dit geen succes kende.

Het kopiëren van de documenten naar alle computers van de drie praktijken verliep zeer moeizaam. In praktijk A werd de configuratie van de server niet gedeeld, waardoor de documenten op iedere afzonderlijke computer gekopieerd moesten worden. Om de transactie 'diabetespas' op alle computers te krijgen, diende men een hele map te kopiëren, waardoor allerlei andere instellingen wijzigde (o.a. de labomodule en de meest gebruikte verwijsbrieven verdwenen). Een oplossing hiervoor zou zijn om de transactie 'diabetespas' op iedere computer afzonderlijk te gaan configureren, maar hier kruipt zeer veel tijd in.

De transactie 'diabetespas' geeft geen mogelijkheid tot 'gespreide zorg', het automatisch aanvullen of de integratie van gegevens over meerdere consulten. Een Mediform (een toepassing van Health One) biedt deze mogelijkheid wel. Er werd geprobeerd om zelf een Mediform op te stellen, maar dit bleek te omslachtig.

Bij het aanmaken van zowel een actieplan voor de tussentijdse controle met een herhalingsfrequentie als een actieplan voor de jaarlijkse controle met een jaarlijkse herhaling, zal er éénmaal in het jaar een overlapping zijn. Er moeten dan twee actieplannen van status veranderd worden naar 'Gedaan', wat tijdrovend is.

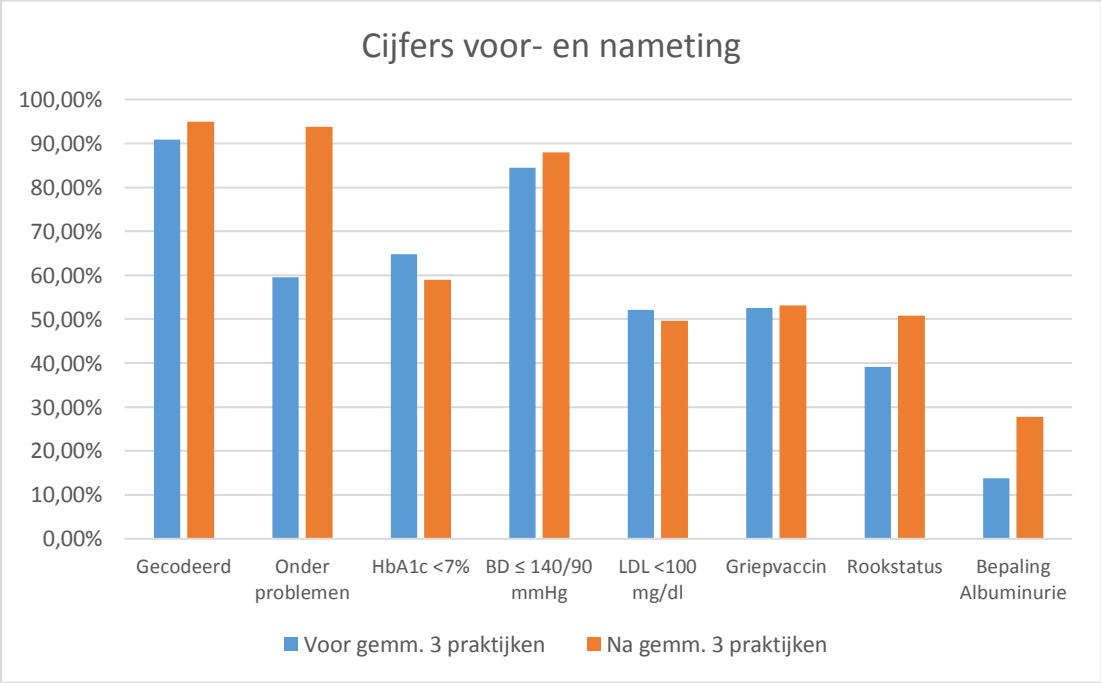
6 DISCUSSIE

De discussie is gecategoriseerd op basis van dimensies voor kwaliteit van zorg zijnde effectiviteit, efficiëntie, toegankelijkheid, patiëntgerichtheid, veiligheid, rechtmatigheid en tevredenheid (9).

6.1 EFFECTIVITEIT (≈ DOEL RAKEN)

De interventies van een project zijn effectief wanneer het doel bereikt wordt. In dit project was het doel de kwaliteit van diabeteszorg te verbeteren.

De diabetespatiënten zijn goed in kaart gebracht. Er zijn 364 diabetici (type 1 en type 2) en 6186 patiënten met een Globaal Medisch Dossier (GMD) in 2015 of in 2016. De prevalentie van diabetes mellitus bedraagt 5,9% in onze praktijk. Dit is zelfs iets hoger dan de prevalentie van 5,2% in de Vlaamse huisartsenpraktijk (1). Er is een normale leeftijdsdistributie en verdeling tussen mannen en vrouwen.



Figuur 6: cijfers voor- en nameting

Er is een verbetering zichtbaar in de volgende kwaliteitsindicatoren. Het registeren en uitvoeren van de jaarlijkse diabetes controle is met 9,7% gestegen van 13,0% naar 22,7%. De diagnose is gecodeerd onder 'problemen' bij 93,8% van de patiënten, voorheen bij 59,5%, een absolute verbetering met 34,3%. Het bepalen van de albuminurie is met 14% gestegen van 13,7% naar 27,7%, relatief gezien wordt het dubbel zo vaak bepaald. Het coderen van de rookstatus is absoluut verbeterd met 11,7% van 39,1% naar 50,8%.

Drie kwaliteitsindicatoren vertonen een zeer kleine verbetering: het coderen van de diagnose is toegenomen met 4,1%, het percentage met een bloeddruk ≤ 140/90 mmHg is toegenomen met 3,4% en het percentage met een griepvaccin is toegenomen met 0,6%. Hieruit blijkt dat voorheen de meeste diagnoses van diabetes reeds gecodeerd terug te vinden waren in het EMD.

Twee kwaliteitsindicatoren scoren minder goed. Het aantal patiënten met een HbA1c <7% daalt met 5,8% van 64,8% naar 59,0%. Het percentage patiënten met een LDL <100 mg/dl daalt 2,5% van 52,1% naar 49,6%. Het gemiddelde HbA1c bleef hetzelfde namelijk 6,8%. Een verklaring voor de gemiddeld minder goede resultaten na de interventies voor het HbA1c <7% en het LDL <100 mg/dl werd niet gevonden. Een denkpiste is dat de arts door het coderen van de diagnose onder 'problemen' er vaker aan denkt een bloedname uit te voeren en er zo meer patiënten met 'slechte' cijfers in de data terechtkomen. Hetgeen wat dit tegenspreekt is dat er geen stijging is in het aantal LDL-bepalingen. Het nut van deze kwaliteitsindicator kan in twijfel getrokken worden, aangezien steeds meer aanbevelingen een 'Fire and Forget' strategie toepassen. Dit wilt zeggen dat er bij diabetici een statine wordt opgestart ongeacht de LDL-waarde. De voornaamste redenen voor deze strategie zijn een positief cardiovasculair effect van het statine, ongeacht de LDL-respons of initiële LDL-waarde. Bovendien is er geen studie die de streefwaarde <100 mg/dl evalueert (10).

Er zijn een aantal bemerkingen in verband met de gemeten cijfers. De artsen waren in het algemeen positief verrast met de resultaten van de voormeting. De vraag stelt zich of dit het enthousiasme in het project heeft doen afnemen. Er gebeurde geen vergelijking van de cijfers met bevindingen van andere praktijken of publicaties (externe kampioenen), wat de motivatie wel had kunnen opdrijven.

De cijfers zijn duidelijk verschillend per praktijk. Praktijk C behaalt, op één kwaliteitsindicator na, de beste cijfers van de drie praktijken (interne kampioen). Enkel het percentage met een HbA1c <7%, is niet het beste resultaat, vermoedelijk komt dit doordat deze praktijk de oudste populatie van patiënten heeft. Enerzijds zijn deze betere cijfers vermoedelijk te wijten aan het feit dat in deze praktijk de diabetesopvolging reeds systematisch gebeurde voor de aanvang van dit project. De doorgevoerde interventies zijn in deze praktijk, met een reeds gestandaardiseerd proces, een kleinere aanpassing. Anderzijds is geweten uit een voorgaand project dat Praktijk B en C in de gehele populatie van patiënten ongeveer evenveel vaccineren. Toch wordt in de meting van de cijfers een groot verschil opgemerkt (respectievelijk 47,0% en 72,3%). De metingen van dit project hielden geen rekening met het voorschrijven van het griepvaccin, enkel griepvaccins die in het EMD geregistreerd werden als toegediend, werden aanvaard. Mogelijks registreert Praktijk C beter dan de andere praktijken.

Vermoedelijk onderschatten de cijfers het volgen van de richtlijn in de praktijk. Een aantal kwaliteitsindicatoren gaan de registratie van parameters in het EMD na. Het registeren in het EMD gebeurt zelden of nooit bij 12,9% van de patiënten, want zij hebben een thuisdossier of een dossier in het woonzorgcentrum. Deze patiënten werden niet geëxcludeerd. De nameting gebeurde zeer vroeg, namelijk negen maanden na het starten van de interventies. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen diegene die verjaren en diegene die niet verjaren in het tijdsbestek van de interventie, met als gevolg dat 27,7% van de patiënten uit de nameting de jaarlijkse controle mogelijks nog niet heeft gehad.

6.2 EFFICIËNTIE (≈ ROUTE NAAR HET DOEL)

De gekozen interventies dienen om het proces te vergemakkelijken, te ondersteunen en te zorgen voor een beter timemanagement. De vraag stelt zich of de gekozen interventies wel degelijk gebruikt worden in de praktijk. Een bevraging toont aan dat het merendeel van de artsen de interventies weleens gebruikt hebben. Maar hiervan wordt enkel de sociale kaart regelmatig gebruikt en de transactie 'diabetespas' soms. De informatiebrief, de jaarlijkse controle rond de verjaardag van de patiënt en het overzichtsdocument worden zelden gebruikt. Hoeveel items van de transactie 'diabetespas' daadwerkelijk ingevuld werden, is niet gecontroleerd.

De toename in efficiëntie van het samenwerken rond verbetering werd niet gemeten. Er is meer inzicht in het huidige klinische microsysteem op vlak van de patiënten, processen, patronen en de medewerkers. Hierdoor werkt het microsysteem efficiënter.

6.3 TOEGANKELIJKHEID

De jaarlijkse controle in het kader van het zorgmodel gebeurt door 4 artsen regelmatig, door 1 arts soms en door 4 artsen zelden. Toch opvallend is dat 9 van de 9 artsen het nomenclatuurnummer 102852 willen aanrekenen. Hoeveel patiënten de informatiebrief daadwerkelijk meekregen, werd niet gecontroleerd. Er is nog geen duidelijke afspraak over wanneer de brief mee te geven aan de patiënt. Bijgevolg kan er geen conclusie getrokken worden over de responsgraad op de informatiebrief.

6.4 PATIËNTGERICHTHEID EN VEILIGHEID

De patiënt en diens veiligheid staan centraal in het concept van het klinisch microsysteem. Door de kwaliteit van zorg te verbeteren, zal uiteindelijk de morbiditeit en mortaliteit dalen. Het project kan leiden tot overdiagnostiek, maar dit kon niet aangetoond worden. Het aantal keer dat er per jaar een HbA1c geprikt werd, bleef nagenoeg constant.

6.5 RECHTMATIGHEID

Er werd veel aandacht geschonken aan rechtmatigheid. Alle gekozen interventies en metingen werden zo correct mogelijk uitgevoerd en onderbouwd door wetenschappelijke studies en richtlijnen. Het zorgmodel met de opgelegde vereisten van het RIZIV werden gerespecteerd. Het correct uitvoeren van het nieuwe proces is gesteund op evidentie en geeft het recht op het aanrekenen van het nomenclatuurnummer 102852.

6.6 TEVREDENHEID

Door middel van een vragenlijst werd nagegaan in welke mate de artsen de gekozen interventies nuttig en gebruiksvriendelijk vinden. De artsen vinden het inschakelen van het secretariaat, de informatiebrief, de transactie 'diabetespas', het overzichtsdocument en de sociale kaart erg nuttig en gebruiksvriendelijk. Ze vinden het plannen rond de verjaardag van de patiënt eerder matig nuttig en gebruiksvriendelijk.

De tevredenheid bij de patiënten en andere medewerkers werd niet bevraagd.

7 CONCLUSIES

De aanpak van het klinisch microsysteem heeft de kwaliteit van diabeteszorg in het huisartsennetwerk doen toenemen. Het merendeel van de kwaliteitsindicatoren verbetert ondanks de korte interventieduur van negen maanden. De cijfers in het huisartsennetwerk zijn wel duidelijk verschillend per praktijk. Dezelfde interventies brengen dus in elke praktijk verschillende responsen teweeg. Dit toont aan dat iedere individuele praktijk ook een eigen microsysteem heeft.

Het project benadrukt het belang van interprofessionele zorg in teamverband en praktische hulp op de werkvloer. Enerzijds doordat de artsen zelf de meeste interventies zelden gebruiken, ondanks het feit dat ze de interventies wel nuttig en gebruiksvriendelijk vinden. Anderzijds doordat de grootste vooruitgang geboekt is door het inschakelen van het secretariaat, namelijk het verbeteren van het coderen van de diagnose onder 'Problemen'. Alle artsen zijn het erover eens dat de secretaresses het proces verbeteren. Het lijkt dan ook zinvol dat men in de toekomst wenst men te starten met gespecialiseerde diabetesraadplegingen met hulp van een (diabetes)verpleegkundige en diëtiste.

Het advies naar toekomstige projecten toe is om zowel interne kampioenen (uit de eigen praktijk) als externe kampioenen (uit andere praktijken) te gebruiken, zij kunnen beiden stimulerend werken. Het zou nuttig zijn om ook andere metingen uit te voeren (bv. hoeveel procent krijgt bij een te hoge waarde een statine of antihypertensiva). Ten slotte zou het interessant zijn om te weten wat de artsen belemmerd om nieuwe interventies toe te passen in de praktijk.

De aanpak van het klinisch microsysteem is dus een nuttige methode voor alle praktijken die aan kwaliteitsverbetering willen doen. Het spreekt voor zich dat ieder klinisch microsysteem zijn eigen verbeterpunten moet bepalen. De mogelijke interventies zijn eindeloos en elke individuele praktijk moet uitmaken welke voor hen het meest zinvol zijn.

8 AANVULLINGEN

8.1 DANKBETUIGING

Ik wens mijn promotor Prof. Goderis te bedanken voor het bijsturen, nalezen en corrigeren van deze masterpaper. Het is door zijn ondersteuning en wetenschappelijke advies dat dit project vorm kreeg. Verder wil ik graag de secretaresses en mijn collega's van het huisartsennetwerk 'de Naaf' bedanken voor hun motivatie, inzet en vlotte samenwerking. In het bijzonder mijn PO's Dr. Jutten en Dr. Van der Stighelen die me gedurende twee jaar met raad en daad bijstonden.

Om tenslotte mijn naaste omgeving, mijn ouders en mijn vriend, in de bloemetjes te zetten en hun te bedanken voor de vele kansen die ik gekregen heb, hun onvoorwaardelijke steun en liefde. Bedankt om me te helpen groeien als mens en als arts.

8.2 FINANCIËLE ONDERSTEUNING

Ter compensatie voor de investeringen in het praktijkverbeterend project werd er geen bijkomende financiële ondersteuning voorzien. Een mogelijk financieel voordeel kon bereikt worden door het aanrekenen van het nomenclatuurnummer 102852. Voor de opvolging van een patiënt met diabetes mellitus type 2 mag jaarlijks een honoraria gevraagd worden van 20 euro. Dit wordt integraal terugbetaald aan de patiënt. De 284 geïncludeerde patiënten kwamen hiervoor in aanmerking.

8.3 ENGLISH TITLE AND ABSTRACT

Background: Diabetes is an important topic for all general practitioners and the care for persons with diabetes is complex. There are many guidelines on good practices available nevertheless the implementation of optimal care remains difficult.

Research question: 'How do we improve the quality of diabetes care in our network practice 'de Naaf'?'

Methods: The FOCUS-Plan-Do-Study-Act Cycle for quality improvement was used. After improving the knowledge in the current clinical microsystem, interventions were chosen. The impact of the interventions was measured in the computerized medical record system using quality indicators. The use, utility and ease of use has been verified by an inquiry of the doctors in our practice.

Interventions: The secretary inserted the diagnosis in the computerized medical record system under 'problems' and made an action plan 'diabetic yearly care' around the patient's birthday. A transaction 'diabetic passport' was configured. The patient was invited by an information letter. A summary and a guide to the social services was made available to support the doctors.

Results: The interventions were successful. The diabetic yearly check-up, the percentage of patients with an encoded diagnosis under 'problems, with a blood pressure ≤140/90 mmHg, with a registered smoking status, with an influenza vaccine and a determination of albuminuria improved. There was no improvement in the percentage of patients with a HbA1c <7% or a LDL <100 mg/dl. The next interventions were useful and user friendly: the help of the secretaries, the information letter for patients, the transaction 'diabetes passport', the summary and a guide to the social services. The planning of the consultation around the patient's birthday was moderately useful and user-friendly. Striking was that the doctors rarely used the interventions.

Conclusions: The clinical microsystem approach seems to be effective in practice. Most of the quality indicators improved despite the short duration of nine months of interventions. There were clear differences between the individual practices. This showed that each practice has its own clinical microsystem. The doctors find most interventions useful and user friendly but do not frequently use them. The quality indicator with the biggest improvement, was made by involving the secretary. This highlights the importance of team based care and practical help on the job. This approach is useful for all practices that want to improve their quality. Every clinical microsystem must know its own patients, people, patterns, processes and purposes. Then they can study it, make a diagnosis and choose the right interventions to get the best results.

Search terms: quality improvement, diabetes mellitus, computerized medical record, clinical microsystem,

Health One

ICPC2-code: T90

9 REFERENTIES

1. Agentschap Zorg en Gezondheid. [Online]; 2014 [cited 2015 december 8. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/.

2. Domus Medica. Diabetes Mellitus Type 2: richtlijn voor goede medische praktijkvoering. 2015 mei: p. 110.

3. Ogrinc G, Davies L, Goodman D. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. BMJ. 2015 september 14: p. 7.

4. Foster T, Johnson J, Nelson E. Using a Malcolm Baldrige framework to understand high-performing clinical microsystems. Qual Saf Health Care. 2007 April; 16: p. 334-341.

5. Janamian T, Crossland L, Jackson C. Triggering change in diabetes care delivery in general practice: a qualitative evaluation approach using the clincical microsystem framework. BMC Family Practice. 2014 February 13; 15(32).

6. Werkgroep 'samenwerking'. Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, tussentijds rapport. 2010; Antwerpen: SEL Kempen. p. 55.

7. The MacColl Center. The Improving Chronic Illness Care program [Internet]; 1996 - 2016 [cited 2016 juli 11 [Support from The Robert Wood Johnson Foundation]. Available from: http://www.improvingchroniccare.org/.

8. The Microsystem Academy. [Internet]. The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice; 2015 [cited 2016 juli 11. Available from: https://clinicalmicrosystem.org/workbooks/.

9. Busetto L, Luyckx K, Vrijhoef H. Development of the COMIC Model for the comprehensive evaluation of integrated care interventions. International Journal of Care Coordination. 2016.

10. Farmaka. Farmaka. [Online].; 2016. Available from: www.farmaka.be.

11. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Organisatie van zorg voor chronische zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Belgische Federale Overheid; 2012.

10 BIJLAGEN

10.1 BIJLAGE: ZORGPROTOCOL VOOR PATIËNTEN MET DIABETES TYPE 2

Dit zorgprotocol vervangt de goede praktijkaanbevelingen voor de follow-up van de diabetespatiënt niet.

De rechthebbenden van de verstrekking (102852) voor de follow-up van een patiënt met diabetes type 2 (102852) nemen geen deel aan een zorgtraject of een conventie voor diabetespatiënten.

Dit zorgprotocol beperkt zich tot het inventariseren van de basisgegevens die in het globaal medisch dossier van de patiënten met diabetes type 2 die de verstrekking voor de follow-up van een patiënt met diabetes type 2 (102852) genieten, moeten worden ingeschreven:

A. DIAGNOSE (gecodeerd en ingeschreven in de rubriek van de actieve ziekten)		
B. FOLLOW-UP		Maximale verstreken tijd sinds de laatste inschrijving
A)	**Levensstijl**	
	Rookstop	
	Voeding	
	Lichaamsbeweging	
B)	**Klinisch**	
	BMI	
	BD	6 maanden
	Evaluatie van het risico op wonden aan de voeten	15 maanden
c)	**Analyses**	

HbA1c	6 maanden	
Lipidenbalans	15maanden	
Cholesterol – HDL		
Cholesterol – LDL		
Triglyceriden		
Serumcreatinine	15 maanden	
Microalbuminurie	15 maanden	
d) Gespecialiseerde raadplegingen		
Vraag naar oogheelkundig onderzoek	15 maanden	
C. Vastleggen van doelstellingen samen met de patiënt		

HOOFDSTUK XIII decies. - VAN HET ZORGPROTOCOL VOOR PATIENTEN MET DIABETES TYPE 2

Art. 30decies

Het zorgprotocol dat is vermeld in de omschrijving van de verstrekking 102852 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt in bijlage 85 uitvoerig beschreven. Dat protocol definieert:

- De rechthebbenden van de verstrekking 102852
- De referenties inzake de follow-up van patiënten met diabetes type 2
- De gegevens die in het GMD van de rechthebbende van de verstrekking 102852 moeten worden ingeschreven

10.2 BIJLAGE: OVERZICHT OPVOLGINGEN RICHTLIJN DOMUS MEDICA

Tussentijdse controle
- Leefstijl: voedingsadvies, lichaamsbeweging, rookstop, alcoholreductie - Diabeteseducatie - Medicatie - Psychosociale problemen: depressie, angst, eetstoornissen, cognitief functioneren - Hypoglycemie - Gewicht (lengte) - Bloeddruk - Glycemie (op indicatie nuchter, dagcurves) - HbA1c
Jaarlijkse controle
- Bevraag klachten wijzend op complicaties: angor, claudicatio, tekenen van hartfalen, visusproblemen, sensibiliteitsstoornissen, seksuele problemen en problemen met spijsvetering, blaasfunctie, orthostatisme - Evaluatie voetrisico - Cholesterol, LDL, HDL, triglyceriden - Creatinine (eGFR) - (Micro) albuminurie (albumine-creatinineratio) - Nazicht injectieplaatsen - Nazicht glucosemeter - Nazicht voorwaarden diabetespas, zorgtraject, conventie - Evaluatie rijgeschiktheid: evalueer rijgeschiktheid rekening houdend met het risico op hypoglycemie en relevante diabetescomplicaties. Alle diabetici dienen te beschikken over dit rijgeschiktheidsattest, het vervangt het onbeperkt geldige rijbewijs. Aspecten om te evalueren: stabiliteit glycemie, ziekte-inzicht, kennis over hypoglycemie, therapietrouw, diabeteseducatie, geregeld medisch toezicht.
Vaccinaties
- Plan jaarlijkse griepvaccinatie: vaccineer alle diabetici, zij hebben een verhoogd risico op complicaties bij griep, alsook een ernstiger verloop bij pneumonie. - Geef op indicatie een pneumokokkenvaccinatie: vaccineer alleen patiënten met een verhoogd risico op pneumokokkeninfecties (chronisch hartlijden, chronisch longlijden of roken, chronisch leverlijden, ethylabusus, chronisch nierlijden, leeftijd >65jaar).

- Bespreek het risico op hepatitis B: benadruk vooral het correct en uniek gebruik van zelfcontrole- en injectiemateriaal om overdracht van infecties als hepatitis B te vermijden, overweeg eventueel vaccinatie tegen hepatitis B.
Bespreken verwijzing
- Oogarts - Diëtist - Podoloog - Tandarts

10.3 BIJLAGE: MICROSYSTEEM EIGENSCHAPPEN (4)

Eigenschap	Definitie
Leiderschap	Leiders zorgen voor coördinatie en balans in de praktijk. Zij trachten gezamenlijke doelen te bereiken, moedigen individuele autonomie en verantwoordelijkheid aan. Zij bouwen hiervoor de nodige kennis op, handelen respectvol en reflecteren hierover.
Organisatorische ondersteuning	Het microsysteem zoekt manieren om het werk te ondersteunen en zorgt voor een vlotte communicatie met andere microsystemen.
Aandacht voor de medewerkers	De aanwerving van medewerkers gebeurt op selectieve wijze. Nieuwe medewerkers worden volledig geïntegreerd in e huidige cultuur en taakafspraken worden gemaakt. De verwachtingen van de medewerkers zijn hoog omtrent geleverde prestaties, voortgezet onderwijs, professionele groei en netwerken.
Onderwijs en opleiding	Klinische microsystemen zijn verantwoordelijk voor voortdurende bijscholing en opleiding van de medewerkers. Zij stemmen de rolverdeling af op het beheersen van concrete vaardigheden. Academische klinische microsystemen hebben een extra verantwoordelijkheid voor de opleiding van studenten.
Onderlinge afhankelijkheid	De interactie van de medewerkers wordt gekenmerkt door vertrouwen, bereidheid om elkaar te helpen, waardering van complementaire rollen, respect en erkenning dat allen individueel bijdragen aan een gemeenschappelijk doel.
Aandacht voor de patiënt	De primaire bezorgdheid is om aan alle behoeften van de patiëntenzorg te voldoen; het luisteren, het opleiden, het innoveren om te voldoen aan de behoeften van de patiënt en een vlotte dienstverlening te voorzien.
Aandacht voor de maatschappij en de markt	Het microsysteem is een bron voor de maatschappij, de maatschappij is een bron voor het microsysteem, het microsysteem brengt innovatieve banden aan met de maatschappij.
Resultaten en prestaties	Deze resultaten en prestaties richten zich op verbeterde uitkomsten voor de patiënt, het vermijden van onnodige kosten, het stroomlijnen van de zorg, het gebruik van cijfers bij het geven van feedback, het bevorderen van positieve concurrentie en het openlijk discussiëren over de behaalde resultaten.
Procesverbetering	De werksfeer nodigt uit tot het vergaren van kennis en deze kennis om te zetten in de praktijk. Ter ondersteuning hiervan wordt de zorg continu gemonitord, worden haalbare doelen opgesteld en de aanpassing aan het proces wordt regelmatig gecontroleerd.
Informatie en informatietechnologie	Informatie is de verbinding tussen medewerkers en patiënten alsook de medewerkers onderling. Technologie maakt doeltreffende communicatie mogelijk. Meerdere formele en informele kanalen worden gebruikt om iedereen op de hoogte te houden. Er wordt geluisterd naar ieders ideeën en getracht dat iedereen mee is met de belangrijke onderwerpen.

10.4 BIJLAGE: AANPAK KLINISCH MICROSYSTEEM 'DE NAAF'

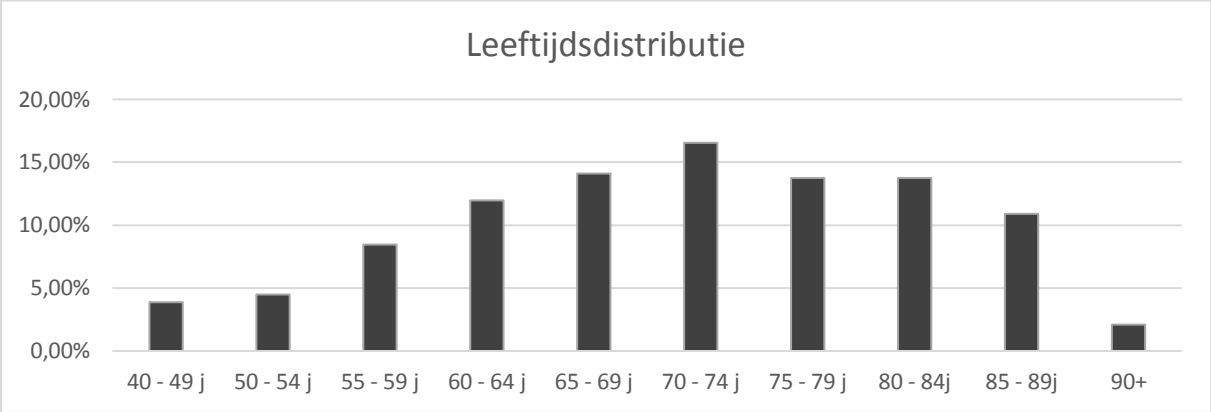
Samenstellen team		
Samenstellen team	**Observaties**	**Gekozen interventies**
Leidend team	Er is geen "leidend diabetes team" in het netwerk.	Samenstellen van een "leidend team" waarin alle rollen en disciplines zijn opgenomen met name een HAIO, vaste arts, secretaresse en endocrinoloog.
Deelname aan project	Het is niet geweten welke artsen gemotiveerd zijn om deel te nemen aan het project.	Organiseren van een vergadering om: - Alle medewerkers te informeren en actief te betrekken - Te peilen naar hun motivatie - Verbeterpunten te formuleren
Beoordeling klinisch microsysteem		
Doel en doelgroep		
Doel	De kwaliteit van de praktijkvoering rond diabeteszorg verbeteren.	
Doelgroep	De focus ligt op de patiënten met diabetes type 2 die voornamelijk door de huisarts opgevolgd worden.	
De patiënten	**Observaties**	**Gekozen interventies**
Populatie diabetici	Er is geen overzicht van de patiënten met diabetes type 2.	Via twee laboratoria opvragen bij welke patiënten in de afgelopen twee jaar het HbA1c geprikt werd. Vervolgens alle patiëntendossiers één voor één overlopen en nagaan of de patiënt inderdaad diabetes heeft.
Leeftijdsdistributie	Niet geweten.	Opstellen figuur leeftijdsdistributie van de patiënten met diabetes type 2 in het netwerk (zie figuur 7).

Educatie en zelfmanagement	De diabetesopvolgingen worden voornamelijk gedreven door de arts en niet door de patiënt. Er is weinig sprake van zelfmanagement.	Opstellen van een informatiebrief voor de patiënten (zie bijlage 11.7). De centrale rol van de patiënt wordt erkend en de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid vergroot.
	Patiënten zijn onvoldoende geïnformeerd over het belang van tussentijdse en jaarlijkse controles.	Aanmaken van een transactie 'diabetespas' in het EMD, waar ruimte is voorzien om samen met de patiënt huidige problemen te omschrijven, doelen te bepalen en een behandelplan op te stellen.
De medewerkers	**Observaties**	**Gekozen interventies**
Educatie	De artsen hebben de indruk voldoende kennis te hebben over de inhoud van de diabetesraadpleging. Ze zijn wat onzeker over het voetonderzoek.	Organisatie van een leersessie met bespreking van de nieuwste richtlijn van Domus Medica en extra aandacht voor het voetonderzoek.
	Ene arts is al vlotter in het gebruik van het EMD dan de andere.	Organisatie van leersessies rond het werken met het EMD (transactie, actieplan en roosteranalyse aanmaken, informatiebrief meegeven, …).
	Artsen kunnen moeilijk om met veel nieuwe informatie in één keer.	Het project voorlopig beperken tot de jaarlijkse controle.
Taakverdeling	Artsen weten niet van elkaar wie welke rol op zich neemt. Dit heeft een aantal gevolgen zoals het afschuiven van verantwoordelijkheden.	Taken verdelen onder de artsen naargelang interesse of hetgeen ze voordien reeds vaker deden dan iemand anders zodat duidelijk is wie welke verantwoordelijkheid heeft (zie bijlage 11.5).
	Artsen weten niet van de secretaresses welke taken waar uitgevoerd worden en door wie. Niet geweten wie aan te spreken bij een bepaald probleem. Taken uitgevoerd op één locatie kunnen misschien uitgevoerd worden op een andere locatie.	Taakverdeling van het secretariaat bespreken onder de artsen.
	Artsen voeren werk uit dat door het secretariaat kan gebeuren. De secretaresses hebben tijd en zijn gemotiveerd om mits educatie de diabetesraadpleging voor te bereiden.	Opstellen draaiboek voor de secretaresses. Zij bereiden de diabetesraadpleging voor door in het dossier na te gaan welke items in het afgelopen jaar reeds uitgevoerd zijn en vullen dit aan in de transactie 'diabetespas'.
Het proces	**Observaties**	**Gekozen interventies**
Ondersteuning van het proces	De diabetespas wordt op slechts één van de drie locaties systematisch gebruikt en aangerekend met geplande tussentijdse en jaarlijkse controles. In de andere twee praktijken wordt de diabetespas zelden gebruikt.	Consensus bereikt tussen alle medewerkers over het proces zodat dit gestroomlijnd en op een consistente manier gebeurd.
	De diabetesraadpleging is complex, het is niet duidelijk welke zorg wanneer dient te gebeuren.	Opstellen van een overzichtsdocument ter ondersteuning van de arts voor zowel de tussentijdse als de jaarlijkse controle (zie bijlage 11.8).
Tijdsmanagement	Het vraagt veel tijd om alle onderdelen van de diabetesraadpleging uit te voeren, bovendien komen patiënten vaak met meerdere agendapunten.	Selectie van overzichtelijke en haalbare items die dienen ingevoerd te worden in de transactie 'diabetespas'. Er wordt gekozen om alleen de verplichte items van het RIZIV op te nemen (zie bijlage 11.1).
		Informatiebrief voor de patiënten geeft aan wat er allemaal dient te gebeuren tijdens een jaarlijkse controle en vraagt aan de patiënten om hiervoor een dubbele afspraak te voorzien.
Gebruik van het EMD (Health One)	Het huidige EMD is niet up-to-date en de registratie van de diabetesraadpleging verloopt moeizaam. Diagnoses zijn niet gecodeerd geconverteerd vanuit het vorige programma of zijn niet op eenzelfde plaats terug te vinden. De gegevens staan onder diverse items genoteerd. Dit bemoeilijkt het verzamelen van gegevens.	Diagnose gecodeerd inbrengen onder het item "problemen" en aanmaken van een transactie 'diabetespas' in het EMD, zodat alle items vanaf heden op een uniforme wijze worden ingebracht, op deze manier wordt het in de toekomst gemakkelijker om gegevens te verzamelen.
	Er is geen goede methode voorzien in het EMD om de diabetesraadpleging in te voeren.	
	Systematiek ontbreekt in de organisatie van de diabetesraadpleging, ze wordt niet door iedere arts proactief gepland. Het EMD identificeert niet automatisch de diabetespatiënten die zorg nodig hebben.	Aanmaken van een actieplan 'diabetes jaarlijks onderzoek' rond de verjaardag van de patiënt en met een jaarlijkse herhaling. De arts wordt gewaarschuwd wanneer de jaarlijkse controle nodig is.
	Er lopen heel wat zaken mis wanneer de transactie 'diabetespas' gekopieerd wordt naar andere pc's (bv. verdwijnen labo-module, printinstellingen).	De aanpassingen worden steeds vooraf op één locatie uitgetest om fouten te ontdekken vooraleer ze toe te passen op grotere schaal.

Communicatie	De arts heeft geen eenvoudige toegang tot de informatie of weet niet waar deze info terug te vinden op de pc.	Nuttige documenten (bv. verwijsbrieven, formulieren diabetes, …) integreren in het EMD. Wanneer deze via het EMD wordt geopend, verschijnt dit als item in het dossier van de patiënt.
	De papieren diabetespas gaat geleidelijk aan verdwijnen. Artsen gebruiken dit werkdocument ter communicatie met de patiënt en de tweede lijn.	Aanmaken van een roosteranalyse in het EMD, dit overzicht toont chronologisch belangrijke diabetesparameters en de behandeldoelstellingen en kan na de diabetesraadpleging meegegeven worden aan de patiënt. Een papieren invulschema wordt ter beschikking gesteld.
De patronen	**Observaties**	**Gekozen interventies**
Samenwerking met externe hulpverleners	Er is geen sociale kaart die up-to-date is.	Opstellen van een online sociale kaart (Excel spreadsheet) die bewerkt kan worden en toegankelijk is voor iedere medewerker van de praktijk. Specifiek voor de diabetesraadpleging wordt een apart tabblad voorzien zodat de informatie snel en eenvoudig terug te vinden is.
	Er is een goede verstandhouding met de tweede lijn, de huidige samenwerking verloopt vlot.	Samenkomst met één van de endocrinologen van het ziekenhuis om het project en het zorgpad diabetes te bespreken en nieuwe afspraken te maken.
Huisbezoeken	De registratie in het EMD gebeurt niet altijd bij huisbezoeken en niet alle handelingen zijn op huisbezoek even gemakkelijk uit te voeren.	De artsen feliciteren die er in slagen om bij de huisbezoeken een goede registratie in het EMD te voorzien. Door het aanhalen van deze 'interne kampioenen' worden hopelijk andere artsen gemotiveerd.
Vergaderingen	Er is weinig tijd om gedurende de maandelijkse vergaderingen uitgebreid het project te bespreken met alle artsen van de praktijk.	Het "leidend team" bespreekt minimaal wekelijks het project, de focus en de toegepaste interventies. Communicatie verloopt op diverse manieren (formeel en informeel) zodat de vergaderingen niet de enige manier zijn om te communiceren over het project.
Raadplegingsuren	Niet geweten hoeveel tijd per consult er voorzien is per arts.	Agenda's van alle artsen en de drie locaties naast elkaar leggen. Overzicht maken van de raadplegingsuren en nagaan of de bezetting voldoende is (zie bijlage 11.5).
	Niet geweten hoeveel artsen op welk moment beschikbaar zijn.	
	Niet geweten of er in de huidige werkverdeling ruimte is om een dubbele afspraak te plannen.	
	Er zijn drukkere en rustigere periodes afhankelijk van het uur van de dag, de dag van de week, het seizoen van het jaar.	Werkbelasting spreiden door de jaarlijkse controle te plannen rond de verjaardag van de patiënt.
Communicatie	Het doorvoeren van interventies wordt bemoeilijkt door het werken op drie locaties.	Herhaaldelijk controleren of interventies uitgevoerd zijn en aankaarten wanneer er zaken vergeten zijn.
Financiën	Niet geweten hoeveel honoraria iedere arts int via de diabetesraadpleging aangezien dit niet goed gedocumenteerd wordt.	Registreren in het EMD wanneer het zorgmodel diabetes aangerekend wordt en trachten een financieel voordeel te bereiken.
Meten	**Observaties**	**Gekozen interventies**
Kwaliteitsindicatoren	Niet geweten niet of de kwaliteit van zorg goed is.	Selectie van een aantal kwaliteitsindicatoren en de reële cijfers bespreken met alle medewerkers.
	Niet geweten welke artsen het goed doen (interne kampioenen) en welke artsen het minder goed doen.	Cijfers tonen aan alle artsen zodat ze zichzelf kunnen scoren t.o.v. de andere artsen. Eveneens de interne kampioenen in het netwerk feliciteren.

Ken de patiënten

Leeftijdsdistributie van de geïncludeerde patiënten		
40 – <50 jaar	11/284	3,87%
50 – <55 jaar	13/284	4,48%
55- <60 jaar	24/284	8,45%
60 - <65 jaar	34/284	11,97%
65- <70 jaar	40/284	14,09%
70- <75 jaar	47/284	16,55%
75 – <80 jaar	39/284	13,73%
80 – <85 jaar	39/284	13,73%
85 – <90 jaar	31/284	10,92%
90+	6/284	2,11%



Figuur 7: Leeftijdsdistributie van de geïncludeerde patiënten

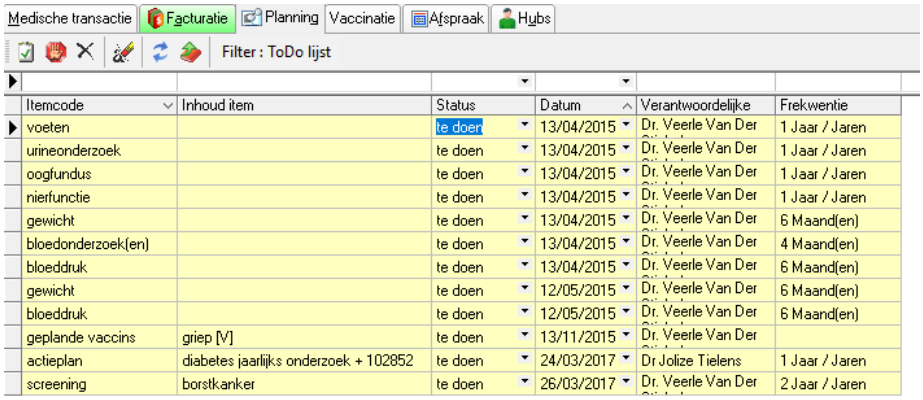
Ken de medewerkers

Naam arts	Rol binnen huisartsennetwerk 'de Naaf'
Dr. A	EMD, kwaliteit
Dr. B	EMD, kwaliteit
Dr. C	IT, hardware, telefonie, Introlution
Dr. E	Kwaliteit
Dr. F	Financiën, beheer website
Dr. G	Personeel
Dr. H	Contactpersoon met buitenwereld
Dr. I	Materiaalbeheer, preventiecentrum

Ken het proces

Actieplannen door het EMD gegenereerd

Deze planning is niet overzichtelijk, bovendien herkent het EMD uitgevoerde acties niet, waardoor de status van ieder afzonderlijk actieplan moet veranderd worden naar 'gedaan'.

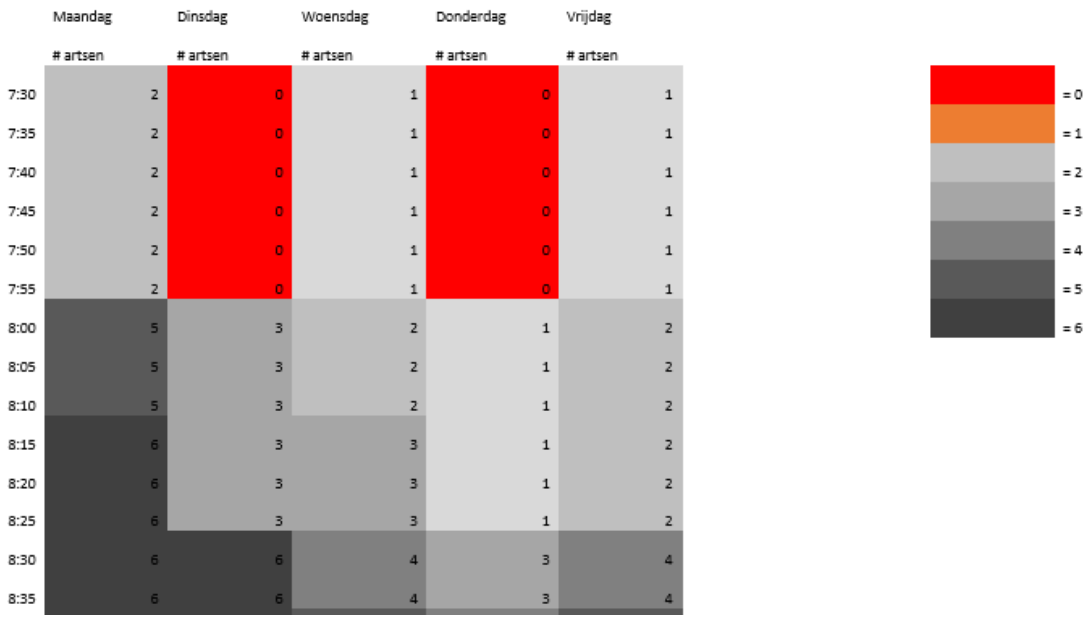


Itemcode	Inhoud item	Status	Datum	Verantwoordelijke	Frekwentie
voeten		te doen	13/04/2015	Dr. Veerle Van Der	1 Jaar / Jaren
urineonderzoek		te doen	13/04/2015	Dr. Veerle Van Der	1 Jaar / Jaren
oogfundus		te doen	13/04/2015	Dr. Veerle Van Der	1 Jaar / Jaren
nierfunctie		te doen	13/04/2015	Dr. Veerle Van Der	1 Jaar / Jaren
gewicht		te doen	13/04/2015	Dr. Veerle Van Der	6 Maand(en)
bloedonderzoek(en)		te doen	13/04/2015	Dr. Veerle Van Der	4 Maand(en)
bloeddruk		te doen	13/04/2015	Dr. Veerle Van Der	6 Maand(en)
gewicht		te doen	12/05/2015	Dr. Veerle Van Der	6 Maand(en)
bloeddruk		te doen	12/05/2015	Dr. Veerle Van Der	6 Maand(en)
geplande vaccins	griep [V]	te doen	13/11/2015	Dr. Veerle Van Der	
actieplan	diabetes jaarlijks onderzoek + 102852	te doen	24/03/2017	Dr Jolize Tielens	1 Jaar / Jaren
screening	borstkanker	te doen	26/03/2017	Dr. Veerle Van Der	2 Jaar / Jaren

Ken de patronen

Patronen	Observatie		
Afspraak maken	De raadplegingen vinden plaats enkel op afspraak en er wordt 10 à 20 minuten per patiënt gereserveerd. Een afspraak maken kan op werkdagen telefonisch gebeuren tussen 7u30 en 19u00 bij een van de secretaresses. Een andere mogelijkheid is via het internet of via een Mobile App voor smartphone met behulp van Introlution en dit 24/24, 7d/7. Een afspraak maken via internet kan enkel voor raadplegingen in de praktijk. Huisbezoeken worden steeds telefonisch aangevraagd. Het aanvragen van een huisbezoek gebeurt bij voorkeur in de voormiddag. Patiënten kunnen een automatische afspraakherinnering verkrijgen per email en/of per sms. De arts kan zijn agenda mobiel raadplegen, op pc, smartphone en tablet. Momenteel is er geen synchronisatie van de agenda met het medisch dossier.		
Bel-uur	In elke praktijk is er dagelijks van 17u00 tot 18u00 een arts (via een beurtrol) aanwezig voor kort telefonisch overleg. Telefonisch wordt er geen diagnose gesteld, daarvoor dient de patiënt op raadpleging te komen.		
Website & email	Is beschikbaar en up-to-date. Iedere arts heeft een 'de Naaf' emailadres, maar het is niet gebruikelijk om hiermee te communiceren met de patiënt.		
Aantal onderzoekskamers	Totaal: 6 Praktijk A: 3 Praktijk B: 2 Praktijk C: 1		
Aantal vaste pc's in gebruik	Totaal: 5 Praktijk A: 1 Praktijk B: 3 Praktijk C: 1	Aantal laptops in gebruik	Totaal: 6 Praktijk A: 4 Praktijk B: 0 Praktijk C: 2
Laboratoria	Totaal: 2 Praktijk A en Praktijk B: Centrum voor Medische analyse (CMA) Praktijk C: Medisch Centrum Tessenderlo (MCT)		
Het verwijzen	Patiënt dient hiervoor op raadpleging te komen, voor anamneses, KOZ en krijgt nadien een verwijsbrief.		
Rapportage van diagnoses	Diagnoses worden enkel tijdens een raadpleging besproken en niet telefonisch.		
Het hernieuwen van voorschriften	Patiënten worden gevraagd tijdens het consult voldoende voorschriften te vragen. Zij krijgen medicatie mee voor 3 maanden. Per uitzondering kunnen zij dit afhalen in de praktijk na telefonisch overleg.		
Coderen	Iedere diagnose die actueel is, wordt gecodeerd onder 'problemen', indien niet meer actueel onder 'medische voorgeschiedenis'.		
Vergaderingen	De dokters vergaderen gemiddeld 1 à 2 keer per maand gedurende anderhalf uur. Het secretariaat vergadert eens om de twee maanden.		

Huidige bezettingsgraad (voorbeeld)



Huidige takenverdeling secretariaat (voorbeeld)

Taken	Praktijk A	Praktijk B	Praktijk C
TYPISCH SECRETARIAAT			
Telefoonpermanentie			
Cd-rom meegeven en noteren in H1			
24h BD meter afdoen en inscannen in H1			
24h BD meter afspraak maken, aandoen en uitdoen			
Nieuwe dossiers inscannen			
Faxen			
Outlook checken			
Verslagen klasseren in dossiers			
Oude laboverslagen 1x per week uit kast halen + versnipperen			
AGENDA			
Problemen oplossen i.v.m. paswoord en gebruikersnaam patiënt (afspraak online)			

10.5 BIJLAGE: CHRONOLOGISCH ONTSTAAN VAN HET HUISARTSENNETWERK 'DE NAAF'

Datum	Gebeurtenis	Aantal artsen
Heden	Huisartsennetwerk 'de Naaf'. Aantal locaties: 3 Aantal artsen: 9 waarvan ♀: 4 + 1 HAIO, ♂: 4 Aantal praktijkmedewerkers: drie Softwarepakket: Health One	Praktijk A: ♀: 2, ♂: 2 Praktijk B: ♀: 1 + 1/2 HAIO, ♂: 1 Praktijk C: ♀: 1 + 1/2 HAIO, ♂: 1
1992	Praktijk A op locatie A kiest het softwarepakket Health One.	Praktijk A: ♀: 0, ♂: 2
Juni 2002	Twee praktijken van locatie B en C gaan nauwer samenwerken onder de naam Huisartsensamenwerkingsverband Wezel (HASAV Wezel), de praktijken behouden hun afzonderlijke locatie op 600 meter van elkaar. Op locatie B werken ze met Prodoc en in de St. Jozefslaan met Windoc.	Praktijk B: ♀: 0, ♂:1 Praktijk C: ♀: 1, ♂:1
Maart 2009	HASAV Wezel gaat een administratieve samenwerking aan met de praktijk op locatie A. Dit onder de naam Huisartsen Netwerk Wezel Rauw (HNWR). Er worden 3 secretaresses in dienst genomen om de dienstverlening te verbeteren. De patiëntendossiers blijven gescheiden.	
2010	Vrouwelijke arts associeert in de praktijk op locatie A.	Praktijk A: ♀: 1, ♂: 2
2012	Er start een vrouwelijke arts op locatie B.	Praktijk B: ♀: 1, ♂: 1
2014	De praktijken B en C schakelen over naar Health One.	
Oktober 2015	HNWR besluit een naamsverandering door te voeren en heet vanaf nu 'de Naaf'. Zo willen zij hun samenwerkingsverband kracht bijzetten en een signaal geven aan de patiënten één geheel te zijn.	
December 2015	De EMD's van de drie praktijken worden samengevoegd tot één geheel. Vanaf nu zijn alle patiëntengegevens op iedere locatie beschikbaar.	
Augustus 2016	Vrouwelijke arts associeert in Praktijk A.	Praktijk A: ♀: 2, ♂: 2

10.6 AANPAK KLINISCH MICROSYSTEEM

STAP 1: Stel een team samen:
Alle medewerkers van het klinisch microsysteem moeten actief betrokken zijn en zich engageren om een succesvolle en duurzame verandering te creëren. Om het project in goede banen te leiden en de focus te bewaren dient er een "leidend team" te zijn waarin alle representatieve rollen vertegenwoordigd zijn.

STAP 2: Beoordeel het microsysteem:
Tracht de kennis en het inzicht in het microsysteem te vergroten bij alle medewerkers. Erken de waarde en de gelijkwaardigheid van ieder teamlid. Dit zal het besef doen toenemen dat ieder lid kan bijdragen aan de kwaliteitsverbetering.

- ***Bepaal het doel en de doelgroep:***
  Stel alle medewerkers van de praktijk de volgende vraag: "Waarom bestaat volgens jou de praktijk?". Probeer allereerst een globale visie te ontwikkelen waar iedereen zich in kan vinden. Stel vervolgens een specifiek doel op. Bijvoorbeeld het doel van dit project is de kwaliteit van de praktijkvoering rond diabeteszorg te verbeteren bij de patiënten met diabetes type 2.
- ***Ken de patiënten:***
  Neem de eigen patiëntenpopulatie eens onder de loep. Wie zijn de patiënten? Welke middelen gebruiken zij? Wat vinden de patiënten van de zorg die zij ontvangen?
- ***Ken de medewerkers:***
  Probeer in kaart te brengen welke medewerker wat doet en wanneer. Zijn alle rollen in kaart gebracht? Gaat de juiste activiteit naar de juiste persoon? Zijn alle rollen geoptimaliseerd? Wat zijn de openingsuren? Hoelang duurt een consult? Hoeveel onderzoekskamers zijn er?
- ***Ken het proces:***
  Hoe worden dingen gedaan in het microsysteem? Wie doet er wat? Hoe verloopt het stap voor stap? Hoelang duurt het zorgproces? Wat zijn de vertragingen? Hoe wordt informatie gedeeld?
- ***Ken de patronen:***
  Welke patronen zijn er aanwezig? Welke aanwezige patronen worden niet erkend in het microsysteem? Hoe vaak komt het microsysteem samen om de patiëntenzorg te bespreken? Worden de patiënten en hun familie betrokken?
- ***Meten is weten:***
  Cijfers zijn essentieel voor microsystemen om veilig, kwalitatief en efficiënt te presteren. Ze tonen aan wanneer er verbetering nodig is en of doorgevoerde interventies succesvol zijn. Cijfers kunnen aantonen of een eventuele verbetering blijft bestaan of net varieert in de loop der tijd. Alle microsystemen worden overspoeld met metingen en cijfers maar relatief weinig microsystemen weten hiermee om te gaan. Idealiter worden op regelmatige tijdstippen kwalitatieve metingen gedaan en is er voor iedere dataset een verantwoordelijke aangesteld.

STAP 3: Stel een diagnose:
Bekijk samen met het leidend team de beoordeling van het huidige microsysteem. De bedoeling is een onderbouwde en correcte diagnose te maken van het microsysteem. Identificeer allereerst de sterktes van het microsysteem. Kies vervolgens één belangrijk verbeterthema (bv. toegang tot zorg, veiligheid, tevredenheid bij patiënten, preventie, …). Tracht alle medewerkers te betrekken om een zo groot mogelijk effect te bekomen. Het thema kan gekozen worden na een suggestie van een medewerker, patiënt, familie of na een eventuele klacht. Het kan eveneens in gang gezet worden door een project of externe kwaliteitsmeting.

STAP 4: Behandel het microsysteem:
Stel een duidelijk doel op en bepaal hoe dit doel zal gemeten worden. Gebruik steeds wetenschappelijke verbetermethodes zoals de PDSA-cyclus (Plan-Do-Study-Act). Eens de interventies doorgevoerd zijn en het doel bereikt is moet de verbetering kunnen behouden worden door gebruik te maken van de SDSA-cyclus (Standardize-Do-Study-Act). Een goede manier om het proces te standaardiseren is de creatie van een draaiboek waarin gespecifieerd is welke medewerker welke rol heeft en voor welke activiteiten verantwoordelijk is. Probeer het wiel niet opnieuw uit te vinden, volg de richtlijnen en hou rekening met de interventies die bij anderen succesvol waren. Tracht het werk te integreren in de dagelijkse routine. Blijf cijfers verzamelen en bestuderen op regelmatige intervallen. Ga na of het proces gevolgd wordt en welke aanpassingen gemaakt moeten worden. Herzie het proces wanneer andere rollen worden toegekend of wanneer er zich nieuwigheden voordoen. Blijf dit doen totdat een nieuwe PDSA-cyclus start.

STAP 5: Follow-up:
Ontwikkel een controlesysteem om het proces, de uitkomsten en resultaten te bewaken. Kies een nieuw verbeterthema.

10.7 BIJLAGE: INFORMATIEBRIEF VOOR PATIËNTEN

Geachte mevrouw,

Geachte heer,

Zoals u weet is er bij suikerziekte of diabetes te veel suiker in uw bloed. Hierdoor kunnen problemen ontstaan met de ogen, de nieren, het zenuwweefsel, het hart en de bloedvaten. Niet roken, goed eten, veel bewegen en een gezond gewicht zijn belangrijk. Soms is medicatie nodig.

De Naaf wil een extra inspanning leveren om de kwaliteit van zorg rond suikerziekte te verbeteren, daarom zijn we gestart met een nieuw project.

Wij willen u uitnodigen om minstens één keer per jaar (bij voorkeur rond uw verjaardag) een jaarlijkse controle te plannen. De tussentijdse controles (ongeveer iedere 3 maanden) blijven bestaan. U vraagt voor een jaarlijkse controle een dubbele raadpleging aan (bv. via uw arts of via het secretariaat). Zo kunnen al uw vragen rond suikerziekte aan bod komen en kan er een uitgebreider klinisch onderzoek gebeuren.

In de bijlage kan u lezen wat u kan verwachten van deze controle. Bovendien vindt u er een vragenlijst over problemen die vaak met suikerziekte voorkomen. U kan deze lijst al eens overlopen en eventueel aankruisen waar u zeker over wil spreken.

U bent natuurlijk vrij om op deze uitnodiging al dan niet in te gaan.

Met vriendelijke groeten en alvast bedankt voor de medewerking.

Bijlage jaarlijkse controle bij diabetes type 2

Om schade aan uw hart en bloedvaten te voorkomen of te verminderen is het belangrijk dat u:

- Niet rookt, gezond eet, regelmatig beweegt en uw lichaamsgewicht goed houdt
- Een normale bloeddruk heeft
- Een normaal cholesterol heeft
- Uw voeten dagelijks controleert en een arts contacteert bij blaar of wonde

U komt nuchter en neemt een ochtendurinestaal mee. Kruist u aan waar u zeker over wil spreken:

Vragenlijst	X
Heeft u vragen over u voeding of dieet?	
Hoe gaat het met regelmatig bewegen?	
Hoe gaat het met uw gewicht?	
Lukt het om niet te roken?	
Lukt het om alcohol te beperken?	
Heeft u problemen met het zien, zoals wazig zien of dubbelzien?	
Wanneer heeft u uw ogen laten controleren? Was het resultaat goed?	
Heeft u vragen over uw medicijnen? Lukt het om ze in te nemen?	
Heeft u verschijnselen gehad van een te lage bloedsuiker (honger, zweten, beven?) of een te hoge bloedsuiker (veel dorst, veel plassen)?	
Heeft u problemen zoals pijn op de borst, benauwdheid of minder uithoudingsvermogen?	
Heeft u last van opgezette benen of pijn in uw benen bij het lopen?	
Heeft u pijn, tintelingen of minder gevoel in handen of voeten?	
Heeft u last van erectieproblemen of pijn bij het vrijen? Jeuk aan de geslachtsorganen?	
Heeft uzelf of heeft iemand in uw familie (voor de leeftijd van 65 jaar) hart of vaatproblemen gehad het afgelopen jaar?	
Wenst u meer te weten over suikerziekte? Wenst u voedingsadvies via een diëtist?	
Heeft u een aangepast rijbewijs? Geen aangepast rijbewijs is geen geldig rijbewijs. U kan hierover een informatiebrochure krijgen.	
Heeft u een griepvaccin laten plaatsen?	

Bij de jaarlijkse controle voor diabetes type 2 horen enkele metingen:

Nuchtere bloedname: Uw bloedsuiker (glucose) wordt gecontroleerd. Een goede nuchtere bloedsuiker zit tussen de 80 en 130 mg/dl. De huisarts kan met u afspreken dat uw bloedsuiker iets hoger mag zijn. Uw gemiddelde bloedsuiker (HbA1c) van de laatste 2 à 3 maanden wordt gecontroleerd. Het cholesterolgehalte in uw bloed wordt gemeten. In uw bloed wordt gemeten of de nieren goed werken.

Urineonderzoek: Uw urine wordt gecontroleerd op eiwit.

Klinisch onderzoek: Uw gewicht (evt. buikomtrek) en uw bloeddruk gemeten. Een goede bloeddruk bedraagt maximaal 140/90 mmHg. Uw voeten worden onderzocht. Indien u spuit kan er nazicht gebeuren van uw glucosemeter/ de inspuitplaatsen.

10.8 BIJLAGE: OVERZICHTSDOCUMENT ZORGMODEL 'OPVOLGING VAN EEN PATIËNT MET DIABETES TYPE 2'

Basisgegevens opgelegd door RIZIV-zorgprotocol	**Richtlijn Domus Medica**	**Tussentijdse controle**	**Jaarlijkse controle**
DIAGNOSE	Diagnose	Gecodeerd en in de rubriek van actieve ziekten	Gecodeerd en in de rubriek van actieve ziekten
FOLLOW UP	Anamnese	Rookstop	Seksueel functioneren
Levensstijl		Voedingsadvies	Visusproblemen
Rookstop		Lichaamsbeweging	Voetrisico
Voeding		Alcoholreductie	Vaatlijden: angor, claudicatio én/ of rustpijn
Lichaamsbeweging		Diabeteseducatie	Persoonlijke en familiale (<65 j) cv-antecedenten
		Psychosociaal welbevinden	Tekenen van hartfalen
		Hypoglycemie: beven, zweten, palpitaties, angst, bleek, concentratie -en gedragsstoornissen, verwardheid, BWZ-verandering, coma, CVA-achtig beeld, honger, paresthesieën of paresen	Neuropathie: pijn of paresthesieën in voeten en/of onderbenen (uitgesproken in rust), gevoelloosheid, krachtsvermindering, erectiestoornissen, vol gevoel maagstreek, misselijkheid, braken, constipatie, orthostatische hypotensie, plasproblemen, tachycardie
		Controle huidige medicatie	
Klinisch	KOZ	Gewicht	Nazicht injectieplaatsen
BMI		Buikomtrek	Nazicht glucosemeter
Bloeddruk (6 maanden)		Bloeddruk	Evaluatie voetrisico: inspectie huid, nagels en vormafwijkingen, inspectie schoeisel, palpatie voetpulsaties, monofilament (hallux, metatarsaal 1 en 5)
Evaluatie van het voetrisico (15 maanden)			
Analyses	Labo	HbA1C	Lipidenprofiel (Cholesterol, HDL, LDL, TG)
HbA1c (6 maanden)		Glycemiebepaling	Creatinine (eGFR)
Lipidenbalans (15 maanden)			Albumine-creatinineratio (ochtend)urinestaal (pos ≥20 mg/g bij ♀ of ≥ 30 mg/g bij ♂)
Serumcreatinine (15 maanden)			
Microalbuminurie (15 maanden)			
Gespecialiseerde raadplegingen	Verwijzingen		- Educatie: vanaf diagnose aanbieden, daarna jaarlijks aanraden - Oogarts: oogfundusonderzoek en gezichtsscherptebepaling minstens jaarlijks - Diëtist: iedere patiënt met DM2 verwijzen, blijven motiveren en ondersteunen - Podoloog zo risicogroep ≥1 - Tandarts
Vraag naar oogheelkundig onderzoek (15 maanden)	Voorwaarden zorgmodel, ZT, DC Rijbewijs Vaccins		- Controle voorwaarden diabetespas, ZT, DC - Aangepast rijbewijs voor iedere patiënt met DM - Griepvaccin - Pneumokokken op indicatie (hartlijden, longlijden, roken, leverlijden, ethylabusus, nierlijden, >65j)

VASTSTELLEN VAN DOELSTELLINGEN MET DE PATIËNT	Doelstellingen	Bespreken doelstellingen met patiënt	Bespreken doelstellingen met patiënt
Streefgewicht: BMI > 25: 5 à 10% van het LG, d.m.v. voedingsdriehoek, energiearme zoetmiddelen, zoutbeperking BMI >35: overweeg bariatrische HK			
Rookadvies: Niet roken, geen tabak			
Beweging: Meeste dagen v.d. week gedurende 30 à 45 min (polsversnelling en of lichte kortademigheid) of 75 min/week (intensief)			
SBD: 140 mmHg (<130 mmHg bij verhoogd risico op CVA) – DBD: 90 mmHg			
- HbA1c algemeen: <7% - <6,5%: korte diabetesduur, goede levensverwachting, geen significant cv-lijden - <8%: VG ernstige hypo, beperkte levensverwachting, lang bestaande diabetes, uitgebreide microvasculaire of cv-verwikkelingen - Preprandiale glycemie: 80 à 130 mg/dl			
LDL <110 mg/dl, overweeg <70 mg/dl indien cv-ziekten			
Alcohol: ♂ 2E/d, ♀ 1E/d			
Voetzorg: dagelijkse inspectie voeten en schoenen, regelmatig voetverzorging bij voorkeur door podoloog, goede kousen en schoenen, controleer de schoenen voor het dragen, dagelijks wassen, goed afdrogen, voorkom kloven (hydraterende zalf), arts waarschuwen bij blaar of wonde			
Therapie - ACE-I overwegen bij hypertensie, bij goede BD-regeling met een ander antihypertensivum en geen albuminurie moet niet veranderd worden - ACEI of angiotensine-receptorantagonist starten bij albuminurie ongeacht eGFR of hypertensie - Statine overweeg bij LDL >100 indien <40j, start bij bestaand cv lijden of <40j met 1 extra CVRF - Acetylsalicylzuur overweeg bij hoog CVR (>50j en 1 CVRF of < 50j en meerdere CVRF), start bij CV VG - Glucagonkit: overweeg bij hypoglycemie			

Risicogroep	**0**	**1**	**2**	**3 (één van deze)**
Neuropathie	Neen	Ja	Ja	
Orthopedische misvorming	Neen	Nee	Ja	Charcot
Vaatlijden	Neen	Neen	Neen	Ja
Vroegere voetwonde of amputatie	Neen	Neen	Neen	Ja
Risico	Laag	Matig	Hoog	Zeer hoog

→ Neuropathie stel je anamnestisch vast (neurologisch OZ, monofilament en EMG zijn vaak nog normaal in de (vroege) pijnlijke fase van neuropathie)

→ Monofilament niet voelen op 2 of meer lokalisaties wijst op significante sensibele neuropathie met ongeveer 10x verhoogd risico op voetwonden

→ Vanaf ≥1 → verwijzing podoloog

→ Bij een sterk verhoogd risico verwijs naar erkende multidisciplinaire diabetesvoetkliniek

Tegemoetkomingen in de kosten voor diëtiek en podologie in het zorgmodel:

- Individuele diëtistische evaluatie en/of interventie (nomenclatuurnummer 771131): max. 2 per jaar
- Individueel podologisch onderzoek of podologische behandeling (nomenclatuurnummer 771153), max. 2 per jaar voor patiënten die behoren tot een risicogroep

http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/endocriene-metabole/Paginas/diabetes-tegemoetkoming-kosten-verstrekkingen-dietetiek-podologie.aspx#.V7ccafmLTIU

10.9 BIJLAGE: BEOORDELING INTERVENTIES DOOR ARTSEN ('LIKERT' SCHAAL)

10.9.1 Vragenlijst

Naam arts: ……

- Hoe nuttig vond je de interventies van het secretariaat?

  Helemaal niet nuttig-----niet -----matig----erg-----heel nuttig

- Hoe tevreden was je over de interventies van het secretariaat?

  Helemaal niet tevreden-----niet -----matig----erg-----heel tevreden

Verklaar u nader/ opmerkingen: ……

- Hoe vaak gaf je de informatiebrief mee?

  Nooit---------Zelden---------Soms----------Regelmatig---------Altijd

- Hoe nuttig vond je de informatiebrief?

  Helemaal niet nuttig-----niet -----matig----erg-----heel nuttig

- Hoe gebruiksvriendelijk vond je de informatiebrief?

  Helemaal niet gebruiksvriendelijk-----niet -----matig----erg-----heel gebruiksvriendelijk

Verklaar u nader/ opmerkingen: ……

- Hoe vaak plande je het jaarlijks onderzoek rond de verjaardag van de patiënt?

  Nooit---------Zelden---------Soms----------Regelmatig---------Altijd

- Hoe nuttig vond je dit plannen rond de verjaardag?

  Helemaal niet nuttig-----niet -----matig----erg-----heel nuttig

- Hoe gebruiksvriendelijk vond je dit plannen rond de verjaardag?

  Helemaal niet gebruiksvriendelijk-----niet -----matig----erg-----heel gebruiksvriendelijk

Verklaar u nader/ opmerkingen: ……

- Hoe vaak gebruikte je de transactie 'diabetespas'?

  Nooit---------Zelden---------Soms----------Regelmatig---------Altijd

- Hoe nuttig vond je de transactie 'diabetespas'?

  Helemaal niet nuttig-----niet -----matig----erg-----heel nuttig

- Hoe gebruiksvriendelijk vond je de transactie 'diabetespas'?

  Helemaal niet gebruiksvriendelijk-----niet -----matig----erg-----heel gebruiksvriendelijk

Verklaar u nader/ opmerkingen: ……

- Hoe vaak gebruikte je de het overzichtsdocument voor artsen?

Nooit---------Zelden---------Soms----------Regelmatig---------Altijd

- Hoe nuttig vond je het overzichtsdocument voor artsen?

Helemaal niet nuttig-----niet -----matig----erg-----heel nuttig

- Hoe gebruiksvriendelijk vond je overzichtsdocument voor artsen?

Helemaal niet gebruiksvriendelijk-----niet -----matig----erg-----heel gebruiksvriendelijk

Verklaar u nader/ opmerkingen: ……

- Hoe vaak gebruikte je de sociale kaart?

Nooit---------Zelden---------Soms----------Regelmatig---------Altijd

- Hoe nuttig vond je de sociale kaart?

Helemaal niet nuttig-----niet -----matig----erg-----heel nuttig

- Hoe gebruiksvriendelijk vond je de sociale kaart?

Helemaal niet gebruiksvriendelijk-----niet -----matig----erg-----heel gebruiksvriendelijk

Verklaar u nader/ opmerkingen: ……

- Hoe vaak voerde je het jaarlijks onderzoek ik kader van het zorgmodel ‘diabetes’ uit?

Nooit---------Zelden---------Soms----------Regelmatig---------Altijd

- Hoe vaak rekende je 102852 aan zonder de transactie ‘diabetespas’ te doorlopen in het EMD?

Nooit---------Zelden---------Soms----------Regelmatig---------Altijd

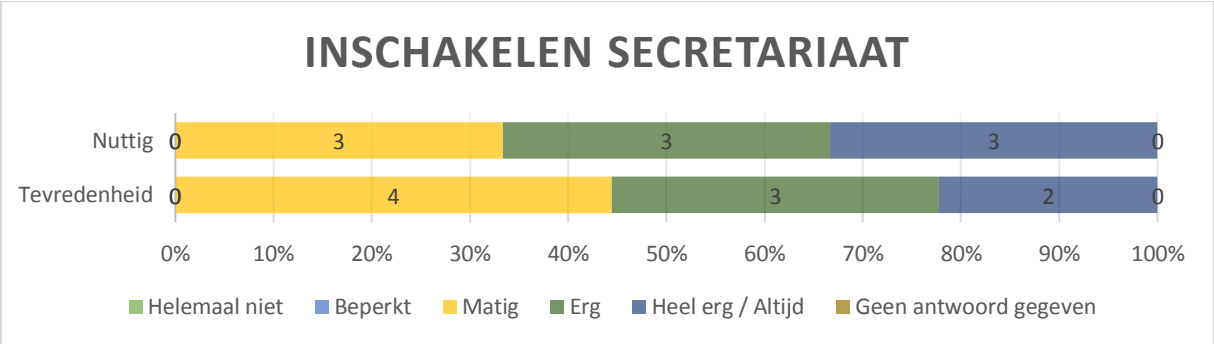
- Hoe vaak rekende je 102852 aan mét het doorlopen van de transactie ‘diabetespas’ in het EMD?

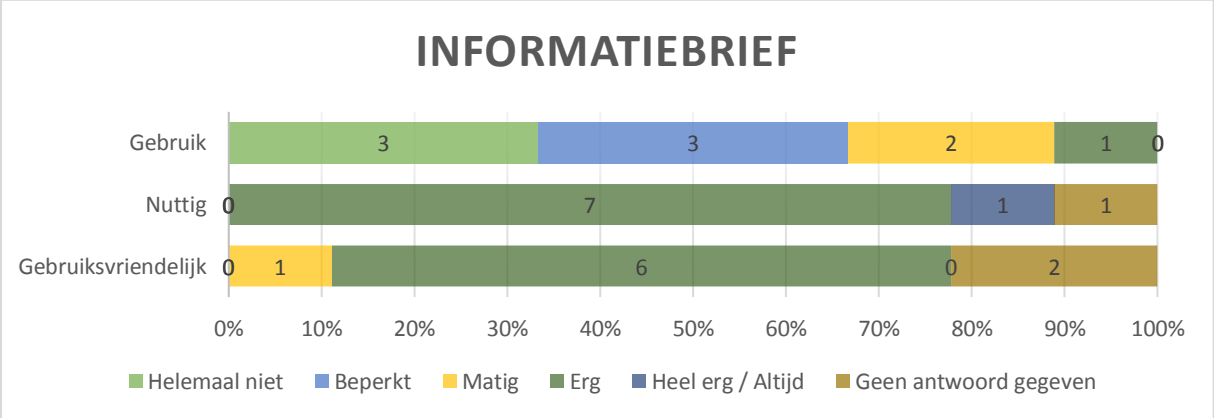
Nooit---------Zelden---------Soms----------Regelmatig---------Altijd

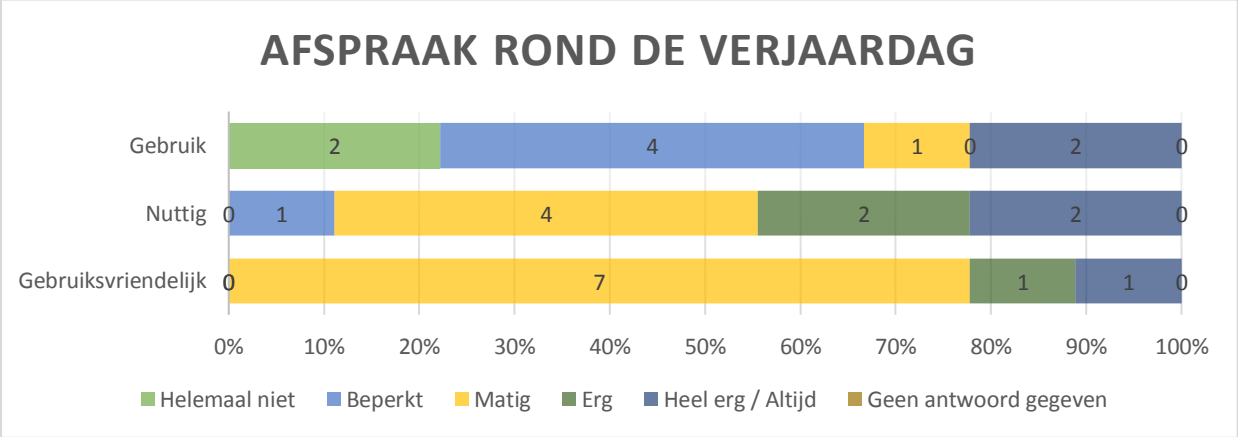
- Zou je dit willen aanrekenen?

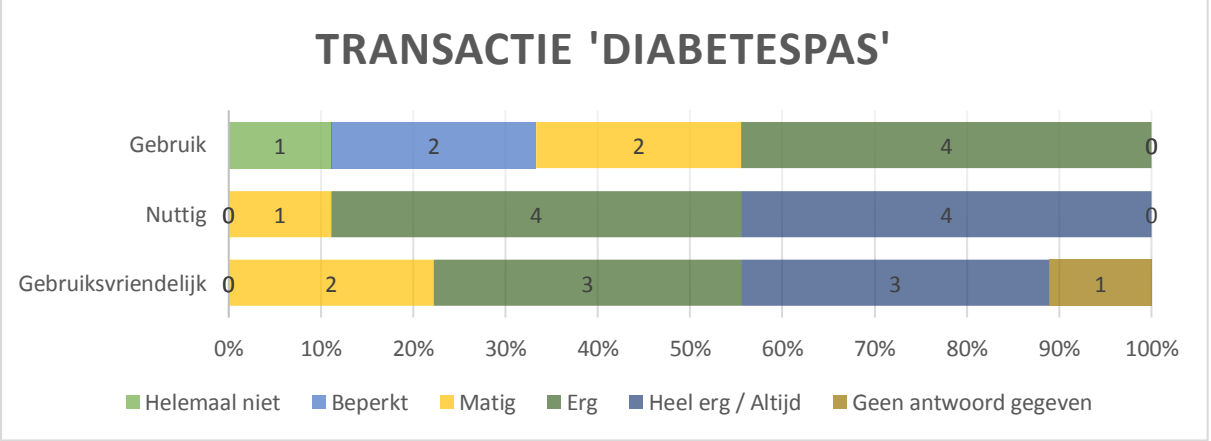
Ja ----------Nee

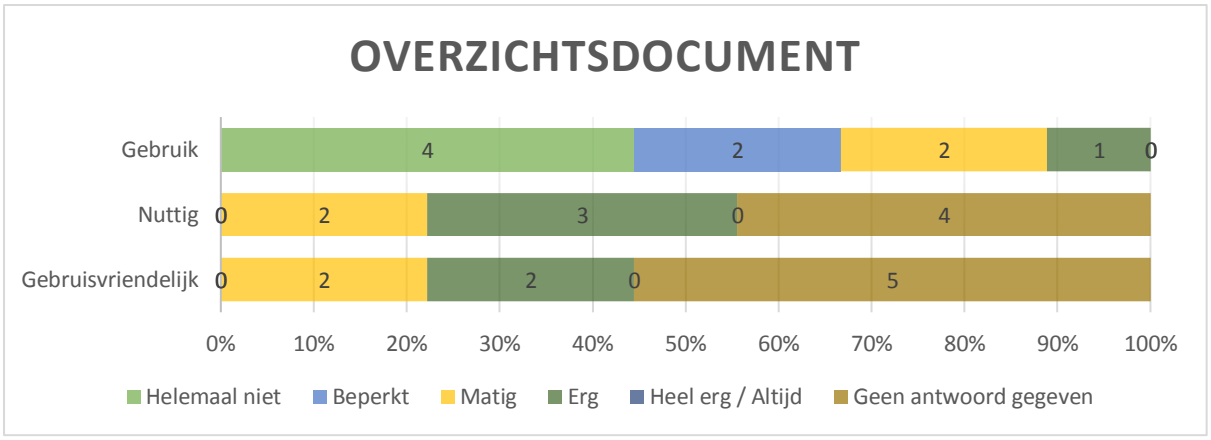
10.9.2 Resultaten

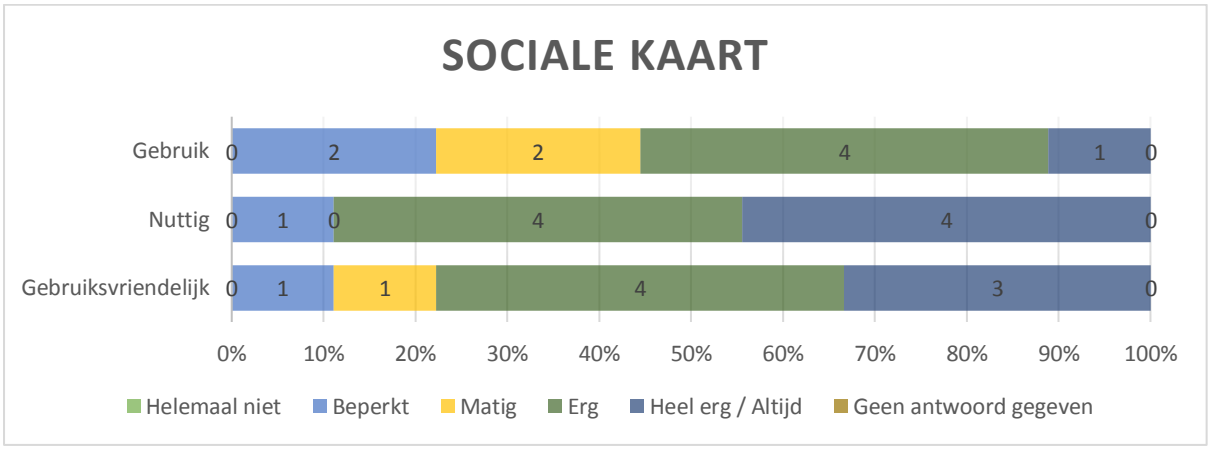









OVERZICHTSDOCUMENT
Gebruik
Nuttig
Gebruisvriendelijk
4
2
2
1
0
0
2
3
0
4
0
2
2
0
5
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
Helemaal niet
Beperkt
Matig
Erg
Heel erg / Altijd
Geen antwoord gegeven


SOCIALE KAART
Gebruik
Nuttig
Gebruiksvriendelijk
0
2
2
4
1
0
0
1
0
4
4
0
0
1
1
4
3
0
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
Helemaal niet
Beperkt
Matig
Erg
Heel erg / Altijd
Geen antwoord gegeven

10.10 BIJLAGE: ADVIES OPLEIDING SPECIFIEKE BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Gunstig advies van OBC

2016-03-23 17:28:15

Bekijk status geschiedenis

Student(en):	Jollize Tielens
Promotor:	Geert Goderis (geert.goderis@med.kuleuven.be - u0047213 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:	Jollize Tielens (jollize.tielens@student.kuleuven.be - r0309499 -)
Faculteit:	Geneeskunde
Opleiding:	Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:	monocentrisch
De opdrachtgever is:	academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:	Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:	Samenwerkingsverbanden in de huisartsengeneeskunde duiken steeds meer op. Met het oog op toenemende vergrijzing lijkt het noodzakelijk in de toekomst meer gestructureerd te werk te gaan bij opvolging van chronische aandoeningen. DM type 2 is één van deze gezondheidsproblemen waarbij de huisarts een centrale rol speelt in de begeleiding van de patiënt. In een groepspraktijk merken we dat de opvolging van deze populatie door de verschillende artsen niet uniform verloopt en het overzicht vaak verloren gaat. Met dit onderzoek willen we nagaan hoe we de diabeteszorg kunnen op punt stellen in een nieuwe groepspraktijk ontstaan vanuit verschillende solopraktijken en gelegen op verschillende locaties.
Vraagstelling:	Kunnen we een uniforme aanpak rond diabeteszorg verkrijgen? Bijkomende vragen: Hoe is het momenteel gesteld met de diabeteszorg in de verschillende praktijken? Op welke manieren wordt dit momenteel georganiseerd? Aan welke voorwaarden voldoet een kwalitatief goede opvolging? Wat zijn in een nieuw samenwerkingsverband (groepspraktijk) de remmende en stimulerende factoren om de diabeteszorg te reorganiseren?
Methodologie:	De onderzochte populatie zal bestaan uit de patiënten met diabetes type 2 in de drie verschillende praktijken. Om deze patiënten op te sporen zullen we een elektronische audit doorvoeren en de laboratoriumresultaten opvragen. Met een prevalentie van 8% (zowel gekende als ongekende diabetes) en een totaal aantal actieve patiënten van 8500 zullen dit naar schatting een 680-tal patiënten zijn. Bij deze groep diabetespatiënten gaan we gegevens verzamelen a.d.h.v. opzoekingen in de dossiers een aantal kwaliteitsindicatoren nagaan (bv. % dat diabeteseducatie/ dieet-en bewegingsadvies ontving afgelopen jaar, % met HbA1C onder de 7% en boven 9%, ... Cfr. Bijlage - Richtlijn voor goede medische praktijkvoering - Elementen voor evaluatie). Aan de hand van een literatuuronderzoek zal nagegaan worden hoe we het EMD kunnen gebruiken om de zorg bij deze groep patiënten te verbeteren. Er zal in het EMD een hulpmiddel aangemaakt worden voor de tussentijdse (3-maandelijkse) en jaarlijkse opvolgingen, zodat de registratie op een uniforme wijze verloopt. De patiënten zullen aangespoord worden om deze opvolgingen in acht te nemen, doch zullen zij hiertoe niet verplicht worden, zodanig zijn geen 'extra' bezoeken nodig. Voor de patiënt zullen er geen nadelen, noch risico's verbonden zijn aan deze studie. De gegevens zullen anoniem verwerkt worden. Er worden geen verwikkelingen verwacht. In het tweede jaar zullen opnieuw de dossiers ingekeken worden en zal een meting plaatsvinden.
Referenties:	
Informed consent / vragenlij...	59646_1456306166_2272_richtlijn_voor_goede_medische_praktijkvoering_pdf.pdf