De implementatie van het zorgmodel ‘opvolging van een patiënt met diabetes type 2’ in de praktijk.

Louise Achten, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Patricia Sunaert, Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Luc Feyen, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudstafel

Inhoudstafel 2

Lijst gebruikte afkortingen 4

Abstract 5

Voorwoord 6

Inleiding 7

1. Situering 7

2. Zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2' 8

3. Zelfzorgondersteuning 9

Deel 1: Literatuuronderzoek 12

1. Methode 12

2. Resultaten 13

2.1. Onderzoeksvraag 1: Welke factoren bepalen dat een persoon met diabetes al dan niet zelfzorg opneemt? 13

2.2. Onderzoeksvraag 2: Wat leren vorige praktijkverbeterprojecten, handelend over diabetesopvolging, ons over zelfzorgondersteuning en de implementatie ervan in de praktijk? 15

3. Besluit literatuuronderzoek 21

Deel 2: Praktijkverbeterproject 22

1. Methode 22

1.1. Doelstelling 22

1.2. Setting 22

1.3. Methode 22

1.4. Selectie en rekrutering doelgroep 23

1.5. Resultaten 23

1.5.1. Structuurindicatoren 23

1.5.2. Procesindicatoren 24

1.5.3. Resultaatindicatoren 24

1.6. Ethische commissie 24

2. Praktijkverbeterproject 25

2.1. Find problem 25

2.2. Organise meeting 25

2.3. Clarify problem 25

2.4. Uncover Problems 25

2.5. Select strategy - Start PDCA – Start van de complexe interventie 28

2.5.1. Praktijkorganisatie 28

2.5.2. Ondersteuning van de zelfzorg van de patiënt 29

2.6. Tijdlijn 31
3. Resultaten 32
3.1. Kenmerken van de doelgroep 32
3.2. Evaluatie van het project 33
3.2.1. Structuurindicatoren: veranderingen in de praktijkorganisatie 33
3.2.2. Evolutie van procesindicatoren geregistreerd in het dossier 34
3.2.2.1. Procesindicatoren in kader van diabetesopvolging 34
3.2.2.2. Procesindicatoren in kader van de zelfzorgondersteuning van de patiënt 35
3.2.3. Resultaatindicatoren 36
3.3. Succesfactoren en barrières van het project 37
Discussie 40
1. Belangrijkste resultaten 40
2. Vergelijking met eerder onderzoek 40
3. Implicaties voor toekomstige praktijkvoering 40
4. Implicaties voor eigen praktijkvoering 41
5. Sterktes en beperkingen van het onderzoek 41
Besluit 42
Referenties 43
Bijlagen 45
Bijlage 1: Aanvraagformulier ethische commissie .....
Bijlage 2: Informatieformulier en toestemmingsbrief .....
Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie .....
Bijlage 4: Vragenlijst verandering zelfzorg .....
Bijlage 5: voorstellen aanpassing werkplan – mail naar 'Windoc' .....

Lijst gebruikte afkortingen

- RIZIV = Het Belgische Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
- NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap
- ADA = American Diabetes Association
- PVP = Praktijkverbeterproject
- GMD = Globaal Medisch dossier
- DM II = Diabetes mellitus type 2
- EMD = Elektronisch Medisch Dossier

Abstract

Context: Diabetes Mellitus is een belangrijk gezondheidsprobleem met een hoog risico op micro- en macrovasculaire complicaties. Een aanpassing van de levensstijl van diabetespatiënten, een correctie van de cardiovasculaire risicofactoren en een gestructureerde opvolging, met een systematische screening naar risicofactoren, kan de kans op complicaties en zo de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van diabetes evenwel sterk verminderen. De patiënt heeft door middel van beweging, voeding en medicatie-intake zelf een zeer belangrijke invloed op het verloop van zijn ziekte. Het is van groot belang dat de patiënt zich bewust is van deze centrale rol en hierin begeleid wordt door het ondersteunen van de zelfzorgvaardigheden van de patiënt. Verder is een goede, op evidentie gebaseerde, omkadering van alle patiënten met diabetes vanaf de diagnosestelling van cruciaal belang. Om die reden werd in 2016 het zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2' door het RIZIV ingevoerd voor patiënten met diabetes type 2, die niet in aanmerking komen voor een zorgtraject of de diabetesconventie.

Doelstelling: Het doel van deze masterproef is enerzijds de opvolging in de praktijk van patiënten met diabetes op een meer systematische manier laten verlopen zoals vooropgesteld door het zorgmodel. Een tweede doelstelling van dit project is om de zelfzorg van de patiënten te verbeteren, door de kennis en inzichten in de ziekte te verhogen en door de centrale rol van de patiënt in de ziekte te duiden.

Methode: Voorafgaand aan het praktijkverbeterproject (PVP) werd via de pubmed-databank een antwoord gezocht op volgende vragen: 1. Welke factoren bepalen dat een persoon met diabetes al dan niet zelfzorg opneemt? 2. Wat leren vorige praktijkverbeterprojecten, handelend over diabetesopvolging, ons over zelfzorgondersteuning en de implementatie ervan in de praktijk? Voor het PVP werden 40 patiënten met diabetes geselecteerd die niet opgenomen waren in het zorgtraject diabetes, de diabetesconventie, of in een rusthuis verbleven. Aan de hand van de FOCUS-PCDA-methode werd het probleem geanalyseerd en werden verbeterpunten en actiepunten opgesteld. De complexe interventie om de opvolging van patiënten met diabetes te verbeteren bestond uit het aanmaken van een werkplan en afspraken omtrent praktijkorganisatie. De complexe interventie om de zelfzorg van de patiënten te verbeteren bestond uit het informeren van de patiënten via een informatiebrochure, het meer systematisch bespreken van eet- en leefgewoontes en de verwijzing naar andere zorgverleners. Deze twee doelstellingen werden geëvalueerd met behulp van structuur-, proces- en resultaatindicatoren. Op het einde van het project gebeurde een bevraging bij 12 patiënten om de invloed van het project op de zelfzorg van de patiënt in te schatten.

Resultaten: Er trad een verbetering van alle geregistreerde procesparameters in 2017 in vergelijking met 2016. De grootste verbetering vond plaats in frequente van bespreken van de levensstijl (22,5% in 2016 naar 95,2% in 2017), gewichtsmeting (27,5% naar 76,2%), screening naar micro-albuminurie (15% naar 64,3%) en evaluatie van het voetrisico (2,5% naar 57,1%). Verwijzing naar oftalmoloog (+30,1%), diëtist (+11,7%) en podoloog (+11,5%) kenden een lichte verbetering. Bloeddrukonderzoek en labo-onderzoek van HbA1c, cholesterol en serumcreatinine gebeurden voor het PVP reeds op regelmatige basis en kenden een lichte verbetering. Bij 26 patiënten werd een informatiefolder meegegeven. Uit de bevraging blijkt dat er een sterke verbetering heeft plaatsgevonden van therapietrouw, kennis over diabetes en de nodige opvolging. Respectievelijk ongeveer de helft en een derde van de patiënten gaf aan het laatste jaar meer op beweging en voeding gelet te hebben om hun diabetes beter onder controle te houden.

Besluit: Dit PVP heeft voor een meer gestructureerde invulling van het diabetesconsult gezorgd. Als gevolg is er een betere registratie van alle procesparameters, zoals vooropgesteld in het zorgprotocol 'opvolging van een patiënt met diabetes type 2'. Daarenboven heeft dit project gezorgd voor een verhoogde aandacht voor de zelfzorgvaardigheden van de patiënten.

Voorwoord

Deze masterproef is het eindresultaat van een tweejaar durend project. Dit project was niet mogelijk geweest zonder de hulp en begeleiding van enkele personen, die ik hier heel dankbaar voor ben.

In eerste instantie wens ik mijn promotor dokter Patricia Sunaert en mijn co-promotor dokter Luc Feyen te bedanken voor hun opbouwende adviezen en permanente begeleiding tijdens dit project.

Verder een oprechte dank aan mijn praktijkopleiders dokter Delphine Magniette en dokter Hans Van den Abbeele, en onze medisch secretaresse Rita Van de Sompel voor de steun en begeleiding tijdens de tweejarige HAIO-opleiding en de bereidwillige medewerking aan dit project.

Last but not least een grote dankjewel aan Jonas voor zijn steun, de motivatie en de bereidwilligheid om deze masterproef verschillende keren na te lezen.

Inleiding

1. Situering

De wereldwijde prevalentie van diabetes bij volwassenen bedraagt vandaag 8,5 procent, wat bijna een verdubbeling is van het prevalentiecijfer in 1980, dat toen nog 4,7 procent bedroeg. In 90 procent van al de gevallen gaat het over type 2 diabetes. [1] In België wordt er eveneens een stijgende prevalentie gezien. Volgens Farmanet werd in 2014 bij 5,7% van de Belgische bevolking een antidiabeticum voorgeschreven. [2] Er wordt verwacht dat het aantal patiënten met diabetes de komende jaren zowel wereldwijd als in België nog zal toenemen. [3] Deze stijgende prevalentie is voornamelijk te wijten aan de toegenomen welvaart en een toegenomen urbanisatie, fenomenen die meer overgewicht, minder lichaamsbeweging en een langere levensverwachting met zich meebrengen. [3] [4]

Diabetes is geassocieerd met een hoog risico op macro- en microvasculaire complicaties. Door aantasting van de grote bloedvaten is het risico op het ontstaan van cardiovasculaire, cerebrovasculaire of perifere vasculaire aandoening bij patiënten met diabetes twee tot vier keer zo hoog. [5] Daarnaast kan door aantasting van de kleine bloedvaten orgaanbeschadiging van de ogen (retinopathie), nieren (nefropathie) en zenuwen (neuropathie) veroorzaken. [4] [5] Zo is diabetes de voornaamste oorzaak van blindheid en terminaal nierfalen bij volwassenen, en is de kans op een amputatie van een van de onderste ledematen 10 tot 20 keer hoger in vergelijking met een patiënt zonder diabetes. [6] [7]

Diabetes mellitus vormt aldus een groot gezondheidsprobleem, waar ook een stevig prijskaartje aan vasthangt. Zo was diabetes in 2015 verantwoordelijk voor 9 procent van de totale gezondheidszorguitgaven in Europa. [3] Een patiënt met diabetes kost in België naar schatting twee tot drie keer zoveel voor het gezondheidszorgsysteem in vergelijking met zijn medeburger zonder diabetes. [8]

Een aanpassing van de levensstijl van diabetespatiënten, een correctie van de cardiovasculaire risicofactoren en een gestructureerde opvolging, met een systematische screening naar risicofactoren, kan de kans op complicaties en zo de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van diabetes evenwel sterk verminderen. [4] Daarnaast heeft de patiënt zelf een belangrijke invloed op het verloop van diabetes. [5] Dankzij verschillende initiatieven, waaronder duidelijke richtlijnen en verschillende opvolgingsmogelijkheden (het zorgmodel, het zorgtraject, de diabetesconventie), is de opvolging van patiënten met diabetes de laatste jaren verbeterd. [9] Desalniettemin blijkt uit onderzoek dat er een belangrijke kloof blijft tussen de ideale behandeling gesteund op evidentie en de realiteit. [4]

Het doel van deze masterproef is enerzijds de opvolging in de praktijk van patiënten met diabetes op een meer systematische manier laten verlopen zoals vooropgesteld door het zorgmodel. Een tweede

doelstelling van dit project is om de zelfzorg van de patiënten te verbeteren, door de kennis en inzichten in de ziekte te verhogen en door de centrale rol van de patiënt in de ziekte te duiden.

2. Zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2'

In 2016 werd het zorgmodel 'opvolging van een patiënt met diabetes type 2' door het RIZIV ingevoerd ter vervanging van de diabetespas. Dit zorgmodel werd opgestart om een betere, op evidentie gebaseerde, omkadering te bieden voor patiënten met diabetes type 2, die niet in aanmerking komen voor een zorgtraject of de diabetesconventie. Voor deze groep patiënten biedt het zorgmodel een gedeeltelijke terugbetaling van twee consultaties per jaar bij een erkend diëtist en twee consultaties per jaar bij een erkend podoloog voor diabetespatiënten met een voetrisico vanaf groep één. De huisarts(praktijk) en GMD-houder van de patiënt, kan eenmaal per jaar dit zorgmodel aanvragen door gebruik te maken van het nomenclatuurnummer 102852, waar een vergoeding van € 20,16 euro tegenover staat.

De huisarts, die dankzij dit zorgmodel ondersteund wordt in de begeleiding van patiënten met diabetes, dient enkele klinische en biologische gegevens, zoals vooropgesteld door het zorgprotocol (Tabel 1) te noteren in het elektronisch medisch dossier van de patiënt. In een eerste fase zullen deze gegevens via het *eHealthplatform* doorgestuurd moeten worden, als bewijs van de opvolging van het zorgprotocol. De latere fase vereist dat de huisarts of huisartsenpraktijk zich bijkomend moeten verbinden tot multidisciplinaire samenwerking met gegevensuitwisseling en de patiënten toegang verlenen tot educatie en bewegingsadvies. [10]

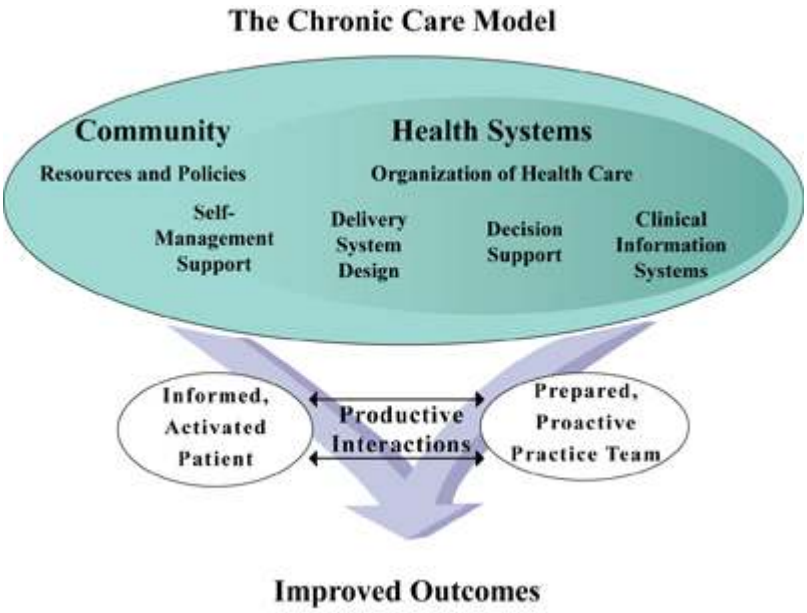
A. DIAGNOSE (gecodeerd en ingeschreven in de rubriek van de actieve ziekten)	
B. FOLLOW-UP	Maximale verstreken tijd sinds de laatste inschrijving
a) Levensstijl	
Rookstop	
Voeding	
Lichaamsbeweging	
b) Klinisch	
BMI	
BD	6 maanden
Evaluatie van het risico op wonden aan de voeten	15 maanden
c) Analyses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

Tabel 1: Zorgprotocol 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2'

3. Zelfzorgondersteuning

Wagner ontwikkelde in 1990 het 'Chronic Care Model' om een ondersteuning te bieden voor de opvolging van patiënten met chronische ziekten. In dit model staat een kwalitatieve interactie tussen enerzijds de geïnformeerde en geactiveerde patiënt en anderzijds de voorbereide, proactieve hulpverlener centraal.

In Figuur 1 hieronder worden de verschillende elementen en relaties binnen dit model voorgesteld die aldus de patiënt-hulpverlener interactie dienen te verbeteren. 'Ondersteuning van de zelfzorg' is één van de elementen, waarbij beoogd wordt om de patiënten bewust te maken van hun eigen centrale rol in de zorg voor hun gezondheid en hen aan te moedigen om de verantwoordelijkheid hiervoor op te nemen. [11]



Figuur 1: Wagner's Chronic Care Model

In de hedendaagse literatuur vervangt men het begrip 'zelfzorgondersteuning' vaak door 'empowerment', een term die overgewaaid is uit de pedagogie en in verschillende vakgebieden gebruikt wordt. Met de term 'empowerment' wil men nog meer benadrukken dat het belangrijk is dat de patiënt geïnformeerd en kritisch nadenkt over zijn ziekte en autonoom kan beslissen om tot gedragswijzigingen over te gaan. Hierbij wordt de verantwoordelijkheid over de ziekte en het verloop ervan gedeeld met de patiënt, afhankelijk van diens mogelijkheden, en neemt de huisarts een coachende rol op zich. Deze coaching gebeurt niet door de patiënt te overtuigen van een bepaalde werkwijze, maar door hem te ondersteunen in een bewustwordingsproces. De essentiële beginselen van empowerment bij patiënten met diabetes worden weergeven in Figuur 2 hieronder. [12]

Fundamental Principles of Empowerment

1	Patients provide 98% of their own diabetes care.
2	The greatest impact on the patient's health and well-being is a result of their self-management decisions/actions during the routine conduct of their daily life.
3	Diabetes is so woven into the fabric of the patient's life that many, if not most, of the routines of daily living affect and are affected by diabetes and its self-management.
4	Because patients are in control of their daily self-management decisions, they are responsible for those decisions and the resulting consequences.
5	Patients cannot surrender the control or responsibility they have for their diabetes self-management no matter how much they wish to do so. Even if patients turn their self-management completely over to a HCP, they can change their mind about that decision at any time. Thus, they remain in control at all times.
6	Health care professionals cannot control and therefore cannot be responsible for the self-care decisions of their patients.
7	HCPs are responsible for doing all they can to ensure their patients are making informed self-management decisions, i.e., informed by an adequate understanding of diabetes self-management and an awareness of the aspects of their personal lives that influence their self-management decisions.

Figuur 2: Essentiële beginselen van empowerment bij patiënten met diabetes. [12]

Zowel de diabetes-richtlijnen van Domus Medica, NHG en ADA moedigen de ondersteuning van de zelfzorg aan door het aanbieden van een herhaalde en gestructureerde educatie vanaf het moment van de diagnosestelling. Deze educatie bestaat uit het bijbrengen van kennis, inzichten en vaardigheden aan de patiënt en moet aansluiten op diens individuele behoeften, mogelijkheden en gewoonten. [4] [13] [9] Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt aangemoedigd wordt om regelmatig op consultatie te komen om zo de blijvende gedragswijzigingen op te volgen. Zo worden onder meer fysieke activiteit, aanpassingen van de voeding en een correcte medicatie-intake gestimuleerd. Verder wordt aan de patiënt uitgelegd en geduid welke acute en chronische complicaties mogelijk kunnen optreden en hoe deze voorkomen, gedetecteerd en behandeld kunnen worden. Verder wordt er stil gestaan bij het psychisch welbevinden en de emoties van de patiënt. [14] Het ultieme doel van deze aanbevelingen is een betere gezondheidstoestand en levenskwaliteit van de patiënten, en dit op een kosteneffectieve manier. [9]

Deel 1: Literatuuronderzoek

Voor de opstart van het praktijkverbeterproject, gebeurde een literatuuronderzoek om na te gaan hoe het project best aangepakt zou worden. Twee onderzoeksvragen werden weerhouden:

- Welke factoren bepalen dat een persoon met diabetes al dan niet zelfzorg opneemt?
- Wat leren vorige praktijkverbeterprojecten, handelend over diabetesopvolging, ons over zelfzorgondersteuning en de implementatie ervan in de praktijk?

1. Methode

Onderzoeksvraag 1: Welke factoren bepalen dat een persoon met diabetes al dan niet zelfzorg opneemt?

Voor de eerste onderzoeksvraag werden allereerst de bestaande diabetesrichtlijnen van 'Domus Medica' [4], het 'Nederlandse Huisartsen Genootschap' [13] en de 'American Diabetes Association' [9] doorgenomen. Daarnaast werd gebruik gemaakt van de Pubmed-databank. Een combinatie van de trefwoorden 'diabetes type 2' en 'self-management' 5653 zoekresultaten. Er werd bijkomend gefilterd op reviewartikelen die de laatste vijf jaar gepubliceerd waren en waar de volledige tekst beschikbaar was, waardoor de zoekresultaat gereduceerd werd tot 253 artikelen. Na een selectie op titel en abstract werden drie artikels geselecteerd die relevant werden bevonden voor de onderzoeksvraag. [15] [16] [17] Verder gaf een combinatie van de MESH-termen 'Diabetes type 2' en 'Psychology' 2256 zoekresultaten. Het aantal zoekresultaten werd gereduceerd naar 833 door bijkomend te filteren op artikelen die de laatste vijf jaar gepubliceerd waren en waarvan de volledige tekst beschikbaar was. Op basis van de titel werd beslist of de abstract al dan niet gelezen werd. Afhankelijk van de relevantie van deze laatste werd het volledige artikel gelezen. Eén artikel werd weerhouden. [18]. Eén artikel werd gevonden door het nagaan van de Cochrane databank. [19] Daarnaast werden twee artikelen gevonden door de literatuurlijst van bovenstaande artikelen en eerder verschenen masterproeven te bekijken. [12] [14] [20]

Onderzoeksvraag 2: Wat leren vorige praktijkverbeterprojecten, handelend over diabetesopvolging, ons over zelfzorgondersteuning en de implementatie ervan in de praktijk?

Voor de tweede onderzoeksvraag werd in de periode december-juli 2017 een bibliografisch onderzoek in de ICHO-databank uitgevoerd. Hier werden onder de ICPC-code T90 'niet-insuline afhankelijke diabetes' 53 masterproeven teruggevonden, gepubliceerd in de periode 2009-2017. Drie masterproeven (2014-2015) voerden een review-onderzoek uit naar masterproeven verschenen in de periode 2007-2013, handelend over de verbetering van de diabeteszorg in de huisartspraktijk. Eén masterproef focuste zich op klinische informatiesystemen (Evelien Cremers [21]), een andere op

zelfzorgondersteuning (Marieke D'Hoop [22]), en een laatste op praktijkondersteuning (Joke Marckx [23]).

Marieke D'Hoop onderzocht in haar masterproef in welke mate 'zelfzorgondersteuning' toegepast werd in PVP'en, handelend over diabetesopvolging en gepubliceerd tussen 2007 en 2013. Daarnaast werd de duurzaamheid van het project nagegaan door middel van een telefonisch interview. Marieke D'hoop onderzocht 64 scripties, waarvan 42 scripties kaderden in een PVP. In 21 PVP'en werd de component 'zelfzorgondersteuning' toegepast.

Voor de periode 2013 – 2017 voerde ik zelf een reviewonderzoek uit. In deze periode werden 25 masterproeven over niet-insuline afhankelijke diabetes geschreven, waaronder 12 masterproeven die een PVP behelsden. Zeven projecten omvatten de component 'zelfzorgondersteuning'. [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30]

2. Resultaten

2.1. Onderzoeksvraag 1: Welke factoren bepalen dat een persoon met diabetes al dan niet zelfzorg opneemt?

Tanenbaum et al. (2016, [18]) geven in systematisch reviewonderzoek aan dat voldoende kennis over de ziekte en diens oorzaken en gevolgen een vereiste is voor een succesvolle zelfzorgondersteuning. Bijgevolg worden educatie-achtergrond en/of intellect beschouwd als factoren die de mogelijkheid tot, of aanwezigheid van zelfzorg bij patiënten beïnvloeden, en op die manier onrechtstreeks een invloed heeft op hun algemene gezondheid. Daarenboven blijken patiënten die beschikken over een hoge 'self-efficacy'[1] en 'perceived control[2]' over hun ziekte beter in staat om veranderingen van hun levensstijl door te voeren. Verder speelt de persoonlijkheid van de patiënt een belangrijke rol in hoe hij of zij met zijn ziekte omgaat. Tanenbaum et al. schrijven dat patiënten die beschikken over goede 'probleemoplossende vaardigheden' en 'zelfbeheersing' gemakkelijker zelfzorgvaardigheden kunnen ontwikkelen.

De emoties die de patiënt beleeft kunnen ook een invloed hebben op het ziekteverloop. Zo beschrijven Gonzalez, et al. (2008, [20]) in een meta-analyse dat patiënten met depressieve symptomen een slechtere regeling van de glycemiewaarden en een groter risico op complicaties hebben. Deze slechtere diabetesopvolging wordt grotendeels verklaard wordt door een slechtere zelfzorg en therapietrouw. Behandeling met antidepressiva of psychologische begeleiding hadden een positieve invloed op de depressieve symptomen, maar gaven geen verbetering van de zelfzorg van de patiënten.

[1] 'Self-efficacy' is de mate van vertrouwen van een individu in de eigen bekwaamheid om met succes invloed uit te oefenen op zijn of haar omgeving, bijvoorbeeld door een bepaalde taak te volbrengen of een probleem op te lossen.

[2] 'Perceived Control' is de mate waarin een individu gelooft dat hij/zij invloed heeft op een bepaalde situatie.

Om die reden opperen Gonzalez, et al. om interventies te implementeren die zich zowel op de depressieve symptomen, als op de zelfzorg richten.

Chew, et al. (2017, [19]) beschrijven in hun recent review-artikel aangaande de psychologische kant van diabetesopvolging, dat veel volwassenen met type 2 diabetes een psychische belasting en mentale gezondheidsproblemen ervaren door de ziekte. Deze diabetes gerelateerde stress heeft een grote invloed op de zelfzorg van de patiënt en het beloop van de ziekte. Interventies die gericht zijn op het psychisch welbevinden van de patiënten hebben een kleine, positieve invloed op de HbA1c waarde en het zelfvertrouwen van de patiënt om zelfzorg uit te voeren in vergelijking met de gebruikelijke interventies. Korte, simpele, op emotie en cognitie gerichte interventies kenden de beste verbetering. Deze psychisch gerichte interventies hebben, vergeleken met de gebruikelijke zorg, evenwel geen duidelijk invloed op het diabetes gerelateerde stressniveau, de levenskwaliteit of de mortaliteit van de patiënt.

Goede, op evidentie-gebaseerde communicatietechnieken zijn essentieel bij het aanbieden van zelfzorgondersteuning. [14] Voor het motiveren van patiënten kan het transtheoretisch model voor gedragsverandering volgens *Prochaska* en *DiClemente* gebruikt worden, zoals blijkt uit het gerandomiseerd onderzoek met controlegroep van Jackson et al (2007, [17]). Anderson, et al. (2010, [12]) geven aan dat hierbij de intrinsieke motivatie moet aangewakkerd worden zodat de patiënt gedragsveranderingen voor zichzelf uitvoert, en niet omdat de arts dit van hem verwacht. Verder beschrijven Tanenbaum, et al.(2016, [18]) dat interventies die aangepast zijn aan de individuele noden en wensen en daarenboven rekening houden met psychosociale en gedragsfactoren van de patiënt, meer kans hebben op slagen.

Het ondersteunen van de zelfzorgvaardigheden kan op verschillende manieren gebeuren. Zo kan een individuele of groepseducatie plaatsvinden, die volgens de ADA-richtlijnen [9] beiden effectief blijken. De NHG-richtlijnen [13] beschrijven dat het belangrijk is dat bij het organiseren van groepseducatiesessies er een onderscheid gemaakt wordt tussen patiënten die recent of reeds langer gediagnosticeerd zijn met diabetes en moet er ook rekening gehouden worden met het opleidingsniveau van de deelnemers. Indien mogelijk wordt een aangepast programma voor specifieke doelgroepen, bv, allochtonen of kansarmen, voorgesteld. Een systematische review met meta-analyse uitgevoerd door Steinsbekk, et al. (2012, [15]) toont immers aan dat contact met lotgenoten en het uitwisselen van ervaringen een grote meerwaarde kan betekenen voor de patiënt. Daarenboven worden bij groepssessies meerdere patiënten in een keer gezien wat het proces minder arbeidsintensief en kosten-efficiënter maakt. Naast groepssessies, kunnen ook educatiesessies voor de familieleden van patiënten met diabetes georganiseerd worden.

Uit review-onderzoek van Pamungkas et al. (2017, [16]) is gebleken dat steun uit de directe omgeving van de patiënt een positieve invloed heeft op de zelfzorg van de patiënt, en op die manier niet louter de glycemiewaarden maar ook het psychologisch welzijn van de patiënt verbetert. De naaste familie kan zowel materiële ondersteuning (waarbij hij/zij bijvoorbeeld een afspraak kan vastleggen bij een hulpverlener of de patiënt kan helpen bij de medicatietoediening), als emotionele steun (door er voor de patiënt te zijn bij momenten van stress en frustratie e.d.) bieden.

Naast de huisarts kunnen, volgens de nationale richtlijn 'ondersteuning van de zelfzorg bij patiënten met diabetes' in de Verenigde Staten (2012, [14]), ook andere hulpverleners een belangrijke rol spelen bij de behandeling van diabetes en het aanbieden van zelfzorgondersteuning. Voor dit laatste is de zogenaamde *diabeteseducator* een geschikte persoon om de patiënt hierin te ondersteunen en het proces te faciliteren. Daarnaast kan de diëtist geconsulteerd worden voor adviezen over voeding en beweging. In België wordt de functie van *diabeteseducator* en diëtist vaak door dezelfde persoon uitgevoerd. Verder kan een endocrinoloog, een psycholoog, een podoloog, een patiëntenvereniging of een verpleegkundige geraadpleegd worden, afhankelijk van de individuele noden van de patiënt. Het is belangrijk dat de samenwerking en zorg tussen de verschillende actoren op elkaar afgestemd is en gecoördineerd wordt.

Ten slotte is het aanbieden en blijvend garanderen van *follow up* een cruciaal gegeven bij zelfzorgondersteuning. Door het herhaald aanbieden van educatie en ondersteuning wordt het belang van zelfzorgondersteuning en de aandachtspunten telkens opnieuw opgefrist bij de patiënten. [9] Bovendien kunnen op die momenten naar de ervaringen en eventuele barrières van de patiënt gepeild worden en de doelstellingen eventueel bijgesteld worden. Deze opvolging kan eventueel ook afwisselend telefonisch of elektronisch en op consultatie gebeuren. [16]

2.2. Onderzoeksvraag 2: Wat leren vorige praktijkverbeterprojecten, handelend over diabetesopvolging, ons over zelfzorgondersteuning en de implementatie ervan in de praktijk?

Marieke D'hoop (2015, [22]) stelt in haar reviewonderzoek vast dat 'educatie over de ziekte en de benodigde opvolging' in alle 21 PVP'en een doelstelling is, de manier waarop deze geïmplementeerd werd was echter verschillend. Bij zes interventies gebeurde dit aan de hand van een brochure of diabetespas die werd meegegeven met de patiënt. Twee PVP'en stuurden een motiverende brief naar de patiënt thuis. Acht praktijken organiseerden een groepssessie, waar uitleg en tips gegeven werden. Een individuele sessie werd georganiseerd bij vier PVP'en, en in één praktijk werd er verwezen naar de diëtist voor meer uitleg. In zes praktijken werd eerst gepeild naar de huidige kennis van de patiënten (oa. door de Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24)) en werd informatie gegeven afhankelijk van de voorafgaande kennis van de patiënten.

De duurzaamheid op lange termijn van de interventies die de component ‘zelfzorgondersteuning’ bevatten was beperkt. Slechts in vier van de 21 projecten (19%) vond een duurzame verandering in de praktijkwerking plaats. In drie PVP’en (14%) werd het project voor een deel overgenomen. In veertien praktijken (67%) bleek het initiatief niet duurzaam te zijn op lange termijn. Dit kan deels verklaard worden doordat sommige instrumenten (bv brochures, brieven, pedometers, kennislijsten, groepssessies) onmiddellijk na het PVP verlaten werden. Daarnaast waren ‘vertrek van de HAIO’, ‘complexiteit van de interventie’, ‘een gebrek aan tijd’ en ‘een gebrek aan motivatie van de patiënt’ belangrijke belemmerende factoren. Wel moet vermeld worden dat er in de interviews meermaals aangehaald werd dat er door de PVP-en meer aandacht gaat naar de opvolging van Diabetes Mellitus type II patiënten in de praktijk waar de interventie liep en/of de praktijk waar de HAIO zich gevestigd heeft.

Marieke D’Hoop concludeerde in haar review-onderzoek dat een geïnformeerde patiënt een essentieel gegeven blijft bij het stimuleren van de zelfzorg. Daarnaast zijn een individuele aanpak, multidisciplinaire samenwerking en kennis van communicatievaardigheden bevorderende factoren. Tijdsgebrek en gebrekkige motivatie van de patiënt vormen de voornaamste struikelblokken.

Tussen 2013 en 2017 werden in 7 PVP’en, handelend over diabetesopvolging, de component ‘zelfzorgondersteuning’ toegepast. Een overzicht van deze PVP’en kan teruggevonden worden in Tabel 2, een uitgebreidere beschrijving kan hieronder teruggevonden worden.

Auteur	Titel masterproef	Componenten zelfzorgondersteuning	Belangrijkste resultaten
Batyr Anastasia (2015)	Beweeg je naar een gezondere toekomst: een partnership tussen artsenpraktijk Kursaal en de gemeente Koksijde	- Motivatie voor sport door aanbieden conditiegymnastiek - Informatiebrief over invloed van bewegen op gezondheid	- 9,9% participatie aan conditiegymnastiek - Participerende patiënten zijn tevreden – voelen verbetering algemeen welzijn - Twijfelachtige duurzaamheid op lange termijn
Boelaert Hilde (2017)	Optimaliseren van de follow-up van patiënten met diabetes type 2 - Invoeren van een diabetesmodule in het EMD	- Mondelinge informatie diabetesopvolging - Informatiebrief over diabetesopvolging	- 27,8% kreeg informatiebrief over diabetesopvolging - Patiënten-educatie meestal positief onthaald, een derde van de patiënten wenste geen patiënten-educatie
De Braekeleer Delphine (2017)	Optimalisatie van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk: screening naar diabetische retinopathie. Een praktijkverbeterproject.	- Informatiebrief over diabetische retinopathie - Standaardverwijsbrief naar oogarts	- 39,5% kreeg informatiebrief – 16,6% kreeg verwijsbrief over diabetische retinopathie - Beperkte gebruik van informatie- en verwijsbrief door collega-huisartsen
Deleersnyder Julie (2017)	Optimalisering van de screening naar diabetische nefropathie bij diabetes mellitus type II patiënten in de huisartsenpraktijk: verbeterproject rond het opsporen van micro-albuminurie	- Affiche in de wachtzaal - Informatiebrief over diabetische nefropathie + materiaal screening	- 69% van de patiënten werd gescreend op diabetische nefropathie + kreeg informatiebrief
Tielens Jolize (2017)	Aanpak van het klinisch microsysteem om de diabeteszorg te verbeteren	- Informatiebrief over diabetesopvolging - Patiënt kiest welk diabetes-gerelateerd onderwerp besproken wordt	- Beperkt gebruik informatiebrief door 6 van de 9 huisartsen
Van Vaerenbergh Jolien (2017)	Voetproblemen bij Diabetes Mellitus type II patiënten in de huisartsenpraktijk: introductie van een systematisch onderzoek in de huisartsenpraktijk	- Mondeling uitleg over voetonderzoek	- 62% van de patiënten werd gescreend op voetproblemen - Positief onthaal mondelinge uitleg door patiënten
Vercruysse Olivier (2017)	Diabetes mellitus en rijgeschiktheid: een praktijkverbeterproject	- Mondelinge uitleg wetgeving + hypoglycemie - Informatiebrief - Vragenlijst over rijgeschiktheid en hypoglycemie	- 58% van de patiënten werd aangesproken en geïnformeerd over rijgeschiktheid bij diabetes. - 60% had reeds aangepast rijbewijs - 40% kreeg rijgeschiktheidsattest

Tabel 2: Overzicht praktijkverbeterprojecten 2013 – 2017 over diabetesopvolging met de component 'zelfzorgondersteuning'

In de masterproef van Anastasia Batyr (2015, [24]) werden de patiënten met type 2 diabetes gemotiveerd om te sporten, gezien fysieke activiteit een betere controle van de suikerspiegel bewerkstelligt. Hiervoor werd iedere week een uur conditiegymnastiek aan de patiënten aangeboden door een ervaren sportcoach in de plaatselijke sportzaal. Tijdens een intakeconsult kregen de patiënten uitleg over het pilootproject en werden ze uitgenodigd tot deelname aan de les conditiegymnastiek, daarnaast kregen ze een informatiebrochure over de invloed van beweging op hun gezondheid. De verandering van het sedentaire gedrag van de patiënten en bijgevolg hun motivatie tot deelname was echter moeilijk te bewerkstelligen, slechts 13 (=9,9%) van de aangesproken patiënten heeft ten minste één les bijgewoond. De grootste reden tot niet-deelname was gebrek aan motivatie (25%). Daarnaast waren 'overtuiging dat de persoon al genoeg bewoog', 'het tijdstip dat niet paste', 'participatie aan een andere sport', 'verplaatsingsproblemen' en 'de (vermeende) ongeschiktheid om te sporten' aangehaalde argumenten of redenen om de deelname te weigeren. De effectieve deelnemers aan de conditietrainingen werden bij de daaropvolgende sessies bij de huisarts verder gemotiveerd om te blijven bewegen. Op het einde van het project gaven de participerende patiënten aan dat ze tevreden waren over het project en de begeleiding en motivatie die ze hierbij van de huisarts kregen. Daarenboven gaf 41,6% van de deelnemers aan dat hun een algemeen welzijn dankzij het project verbeterd was. In de discussie wordt vermeld dat de duurzaamheid van het project op lange termijn bedreigd wordt door de afhankelijkheid van externe factoren (oa. financiële steun van de gemeente en motivatie van de patiënten en artsen).

In het PVP van Hilde Boelaert (2017, [25]) was het doel enerzijds om de opvolging van patiënten met DM 2 te verbeteren door middel van de implementatie van een diabetesmodule in het EMD. Anderzijds werd gepoogd om de kennis van patiënten over en hun betrokkenheid bij de opvolging van hun diabetes te verbeteren. Voor dit laatste werden de patiënten tijdens de eerste consultatie mondeling geïnformeerd over de vereiste follow-up. Als geheugensteun werd een patiëntenbrief meegegeven. Dit laatste gebeurde na één jaar bij 27,8% van de geselecteerde patiëntenpopulatie. In de discussie van haar masterproef beschrijft Hilde Boelaert dat de meeste patiënten positief reageerden op de educatie die hun gegeven werd en gemotiveerd waren voor gestructureerde opvolging van hun ziekte. Ongeveer één derde van de patiënten kreeg liever niet teveel informatie over hun aandoening en legden de verantwoordelijkheid van de opvolging van de ziekte liever bij de huisarts. Verder wordt aangegeven aan dat de patiënten-educatie niet altijd gemakkelijk verliep. Een mogelijke verklaring is dat sommige patiënten al jarenlang gediagnostiseerd en opgevolgd werden voor diabetes mellitus, maar nu pas voor de eerste keer een gestructureerde uitleg kregen over de follow-up. Daarenboven waren de patiënten gewoon dat de arts de verantwoordelijkheid nam voor de opvolging van de nodige onderzoeken, waardoor ze minder open staan voor educatie. Dit is zeker en vast een argument om

educatie reeds vanaf de diagnose te starten, ondersteund door een 'geheugensteuntje' op papier. Patiënten-educatie vraagt tijd, maar dit hoeft in principe slechts eenmaal uitgebreid bij eenzelfde patiënt te gebeuren, nadien volstaan geregelde, korte opfrissingen die minder tijdrovend zijn.

Delphine De Braekeleer (2017, [26]) had als doelstelling van haar masterproef om de chronische zorg bij diabetespatiënten te verbeteren, waarbij de focus op screening naar retinopathie lag. In haar literatuuronderzoek beschrijft ze dat de belangrijkste barrière om een goede screening naar diabetische retinopathie te garanderen de afwezigheid is van een doorverwijzing naar de oogarts. Daarnaast is het belangrijk dat een arts of verpleegkundige uitlegt wat diabetische retinopathie kan doen met de visus en wat het screeningsonderzoek precies inhoudt. Om die reden werd in het praktijk-verbeter-project van Delphine De Braekeleer een informatiebrief over diabetische retinopathie en verwijsbrief naar de oogarts opgesteld. Bij de nabespreking van het project werd echter opgemerkt dat respectievelijk slechts negentien (39,5%) en acht (16,6%) patiënten, van de 48 geselecteerde patiënten, een informatiebrief en verwijsbrief meekreeg tijdens de consultatie. Hiervan werd de meerderheid door de HAIO afgegeven, die de leiding over het project had. Als belemmerende factor werd voornamelijk het vergeten meegeven en/of niet erkennen van de meerwaarde van de informatie-/verwijsbrief door de collega's aangehaald.

In het PVP van Julie Deleersnyder (2017, [27]) was de doelstelling om de opsporing naar micro-albuminurie bij patiënten met diabetes te verbeteren. Tijdens de FOCUS-analyse werd opgemerkt dat zowel onvoldoende kennis van de patiënt als het ontbreken van didactisch materiaal knelpunten waren om een goede screening te bekomen. Om die reden werd een affiche opgemaakt die opgehangen werd in de wachtzaal om de patiënt te 'prikkelen' tot vraagstelling aan de artsen. Daarnaast werd een informatiebrochure opgesteld die samen met het materiaal voor micro-albuminurie screening afgegeven werd aan de patiënten. De brochure werd enerzijds als ondersteunend educatief materiaal gebruikt om de patiënten te informeren tijdens de consultatie en anderzijds kon dit nadien als geheugensteun gebruikt worden door de patiënten. Deze interventies werden zowel door de artsen als de patiënten positief onthaald. Op het einde van de interventieperiode werd vastgesteld dat 84 van de 122 patiënten met diabetes (69%) gescreend waren op micro-albuminurie, en aldus een informatiefolder meekregen. In de discussie wordt aangehaald dat een gestructureerde diabeteseducatie vanaf de diagnosestelling, eventueel door een gediplomeerde *diabeteseducator*, een grote meerwaarde zou vormen ter stimulering van de 'zelfzorg' van de patiënten.

Jolize Tielens (2017, [28]) stelde een PVP op omtrent de verbetering van de diabetesopvolging in een huisartsennetwerk, van drie verschillende huisartspraktijken en negen artsen. Om de centrale rol van

de patiënt in de opvolging te erkennen en de zin voor verantwoordelijkheid over hun eigen gezondheid te vergroten werd een informatiebrief opgesteld waarin uitgelegd werd wat diabetesopvolging inhoudt. Daarnaast kon de patiënt diabetes-gerelateerde onderwerpen aankruisen op het informatieformulier die hij/zij wenste te bespreken tijdens de consultatie. Bij de nabespreking van het project werd echter opgemerkt dat slechts zes van de negen artsen de informatiebrief gebruikten. De artsen die de brief gebruikten gaven daarenboven aan dat ze dit slechts zelden deden, hoewel de meerderheid aangaf het gebruik erg nuttig te vinden. Als oplossing werd voorgesteld om de informatiebrief in de toekomst per post naar de patiënt te verzenden.

In de praktijk van Jolien Van Vaerenbergh (2017, [29]) werd vastgesteld dat onvoldoende patiënten met diabetes type 2 een jaarlijks preventief voetonderzoek kregen. Een PVP werd opgestart om dit te verbeteren. Als onderliggende factor werd onder meer opgemerkt dat de patiënten onvoldoende geïnformeerd waren over het belang van het preventief voetonderzoek. Om die reden werd bij het begin van het consult kort uitgelegd waarom het jaarlijks voetonderzoek belangrijk is. Op het einde van het project waren 68 van de 108 patiënten (62%) onderzocht, en zo nodig behandeld. De mondelinge informatie werd positief onthaald door de patiënten.

Olivier Vercruysse (2017, [30]) merkte in de praktijk op dat veel patiënten met diabetes niet beschikken over een aangepast rijbewijs, ondanks de wettelijke verplichting hiervan. Onvoldoende kennis van de patiënt over de nood aan een rijgeschiktheidsattest en een gebrekkige kennis over het mogelijke optreden van een hypoglycemie werden onder meer aan de basis gelegd van het probleem. Om die reden werd een PVP opgesteld waar één van de doelstellingen was om de ziektekennis van de patiënten te verbeteren en de mogelijke invloed van hun ziekte bij het rijden te duiden. Als eerste actiepunt werd de patiënt tijdens de consultatie geïnformeerd door de arts over de wetgeving omtrent het rijbewijs bij diabetes en over de mogelijkheid tot optreden van een hypoglycemie, hoe deze te herkennen en wat te doen bij het optreden ervan. Daarnaast werden enkele flyers beschikbaar gesteld in de praktijk, zodat de patiënt de informatie thuis rustig kon nalezen. Ten slotte werd een schriftelijke vragenlijst voor de patiënt opgesteld met enkele vragen over hypoglycemie en rijgeschiktheid. Deze ingevulde vragenlijst werd als instrument gebruikt om de educatie te structureren. Daarnaast was het mogelijk om de informatie af te stemmen op de voorafgaande kennis van de patiënt en mogelijke ‘zwarte gaten’ en misverstanden op te sporen. Op het einde van het project hadden vijftien patiënten (58% van de doelgroep) deelgenomen aan de bevraging, waarvan ongeveer de helft (47%) aangaf nooit eerder informatie te hebben gekregen over hypoglycemie. 60% van de deelnemers beschikte reeds over een aangepast rijbewijs, bij de overige 40% werd een rijgeschiktheidsattest opgesteld. In de discussie bespreekt Olivier Vercruysse dat de educatie van de patiënt een belangrijk gegeven is om de slaagkans van het project te vergroten. In de toekomst zou de vragenlijst in de praktijk echter niet

meer gebruikt worden, maar vervangen worden door een module. In deze module wordt door vraag-antwoord eveneens gepolst naar de kennis van de patiënt, waarna op een systematische manier informatie kan gegeven worden over rijgeschiktheid, hypoglycemie en wat te doen bij het optreden ervan.

3. Besluit literatuuronderzoek

Als besluit van dit literatuuronderzoek kan gesteld worden dat educatie en motivatie essentieel zijn voor de ontwikkeling van zelfzorgvaardigheden bij de patiënt. Dit kan op verschillende manieren gebeuren en door verschillende hulpverleners aangeboden worden. Als hulpverlener is het echter belangrijk om bewust te zijn dat de persoonlijkheid, het karakter en emoties van de patiënt een invloed hebben op welke manier de patiënt met deze zelfzorgvaardigheden omgaat. Om die reden is het belangrijk dat de interventies die aangeboden worden aangepast zijn aan de individuele noden en wensen van de patiënt en daarenboven rekening houden met de psychosociale- en gedragsfactoren van de patiënt. Een follow up in de tijd moet eveneens gegarandeerd worden.

In het verleden hadden reeds verschillende praktijkprojecten als doelstelling om de zelfzorg bij de patiënten met diabetes te verbeteren, wat resulteerde in enkele positieve veranderingen. In verschillende projecten werd er echter tijdens de interventie al beperkingen opgemerkt door een beperkte motivatie van arts en/of patiënt of werd gezien dat de interventie tijdens de consultatie vergeten werd. Eveneens was de duurzaamheid op lange termijn vaak beperkt eens het project afgerond werd. Hoewel het project vaak niet in zijn geheel overgenomen werd naar de praktijk, heerste er bij de artsen wel het subjectieve gevoel dat er dankzij het project meer aandacht was voor diabetesopvolging.

Deel 2: Praktijkverbeterproject

1. Methode

1.1. Doelstelling

Het doel van deze masterproef is enerzijds de opvolging in de praktijk van patiënten met diabetes op een meer systematische manier laten verlopen zoals vooropgesteld door het zorgmodel. Een tweede doelstelling van dit project is om de zelfzorg van de patiënten te verbeteren, door de kennis en inzichten in de ziekte te verhogen en door de centrale rol van de patiënt in de ziekte te duiden.

1.2. Setting

Dit praktijkverbeterproject werd uitgevoerd in het 'doktershuis Hansbeke', een landelijk gesitueerde praktijk waar twee vaste artsen (♂, 57j en ♀, 37j) en één HAIO (♀, 26j) werkzaam zijn. Er is halftijds een praktijkassistente (♀, 58j) aanwezig, voor administratieve taken en telefoonpermanentie. Alle consultaties zijn op afspraak en kunnen online of telefonisch gemaakt worden. Voor een consultatie in de praktijk wordt 20 minuten tijd ingerekend. De verhouding consultaties/huisbezoeken is ongeveer 90/10. De praktijk heeft 1456 patiënten met een globaal medisch dossier (GMD). De populatie is gevarieerd, zowel qua leeftijd als qua pathologie. Als medisch programma wordt '*Windoc'* gebruikt.

Voorheen was er reeds aandacht voor diabetesopvolging, maar gebeurde dit niet op een systematische manier. Zo werkte de mannelijke arts reeds met de optie 'werkplan', maar werd dit niet altijd op een correcte wijze aangevuld en kwamen sommige onderdelen van de diabetesopvolging weinig tot nooit aan bod.

1.3. Methode

Een eerste luik van het project was het opstellen van een praktijkverbeterproject. Hiervoor bestaan er theoretische richtlijnen om het beloop in goede banen te leiden. [31] Hierbij wordt gebruik gemaakt van de FOCUS-PDCA-methode. Met behulp van de FOCUS-strategie (Find problem - Organise meeting - Clarify problem - Uncover problems - Select Strategy / Start PDCA (complexe interventie) wordt het probleem geanalyseerd en kan een plan opgesteld worden voor verbetering. Dit plan kan door middel van de PDCA-cyclus (Plan - Do - Check - Act) in de praktijk ingevoerd worden.

In een tweede luik werd aan de hand van een vragenlijst gekeken welke invloed het project gehad heeft op de zelfzorg van de patiënt. (Bijlage 4) De vragenlijst werd ter beschikking gesteld in de praktijk en er werd gevraagd aan de artsen om deze af te nemen tijdens de consultatie bij de doelgroep. Indien patiënten aangaven dat ze meer aan beweging gedaan hadden, werd doorgevraagd wat ze precies veranderd hadden. In de periode februari – april 2018 kwamen 31 patiënten van de geselecteerde

doelgroep langs op consultatie, bij 12 patiënten werd de vragenlijst afgenomen. Geen enkele patiënt heeft geweigerd om aan de bevraging deel te nemen. (Bijlage 4)

1.4. Selectie en rekrutering doelgroep

Door middel van de zoekfunctie in 'Windoc' werden alle patiënten met het zorgelement met de icpc-codering 'niet insuline afhankelijke diabetes' en 'insuline afhankelijke diabetes' opgelijst. Op die manier werden 61 patiënten geselecteerd. Deze lijst werd vergeleken met een lijst van het laboratorium, waar alle patiënten waarbij het afgelopen anderhalf jaar een HbA1c bepaling gebeurde opgesomd waren. Op die manier kon één extra patiënt geselecteerd worden, waarbij de diagnose nog niet gecodeerd was. Voor dit project werd er gekozen om ons te focus op patiënten die in aanmerking komen voor het zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2', gezien deze opvolging hoofdzakelijk door de huisarts gebeurt en verwacht wordt dat bij deze groep het grootste hiaat bestaat in structurele opvolging. Van de 62 patiënten waren 10 patiënten opgenomen in de diabetesconventie, waarvan 8 gediagnosticeerd zijn met diabetes mellitus type 1. Daarnaast waren 8 patiënten geïncludeerd in het zorgtraject diabetes. Verder waren er 4 personen die in een rusthuis verbleven en omwille van praktische redenen niet in het project opgenomen werden. Uiteindelijk werden 40 patiënten in het onderzoek geïncludeerd, die in aanmerking kwamen voor het zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2'. In 2017 werden in de praktijk vier nieuwe patiënten gediagnosticeerd met diabetes, waarvan één patiënt met diabetes type 1. De overige drie patiënten kwamen in aanmerking voor het zorgmodel. Eén geselecteerde patiënt heeft begin 2017 de praktijk verlaten.

Tijdens de consultatie werden de geselecteerde patiënten aan de hand van een informatieformulier geïnformeerd over het project. Er werd toestemming gevraagd om de medische gegevens te gebruiken voor het onderzoek, waarbij de patiënt een toestemmingsformulier ondertekende. (Bijlage 2) Geen enkele patiënt heeft medewerking aan het project geweigerd.

1.5. Resultaten

Zowel structuur-, proces- als resultaatindicatoren werden gebruikt om het praktijkverbeterproject te evalueren.

1.5.1. **Structuurindicatoren**

Met behulp van structuurindicatoren werd gekeken in welke structuurverandering heeft plaatsgevonden in de praktijk. Hiervoor werd gekeken in welke mate de vooropgestelde actiepunten (Tabel 3) zijn ingevoerd.

1.5.2. **Procesindicatoren**

Voor zowel het jaar 2016 als voor het jaar 2017 gebeurde een dossierstudie bij de geselecteerde patiënten. Hierbij werd gekeken hoe frequent de parameters, die volgens het zorgmodel belangrijk zijn voor diabetesopvolging, gemeten en geregistreerd werden in het EMD van de patiënt. De meting van 2016 werd enerzijds gebruikt om te bekijken waar de hiaten van de diabetesopvolging zich bevonden in de praktijk. Anderzijds werd deze als voormeting gebruikt en vergeleken met de dossierstudie van het jaar 2017. Op die manier kon vastgesteld worden welke invloed het project had op deze procesindicatoren.

Daarnaast gebeurde de evaluatie van de verandering zelfzorgondersteuning ook met behulp van procesindicatoren. Zo werd nagegaan hoeveel keer eet-en leefgewoontes en verwijzing naar andere hulpverleners met de patiënten besproken werden in respectievelijk 2016 en 2017. Daarnaast werd bekeken hoeveel informatiebrochures meegegeven werd met de patiënt in het jaar 2017

1.5.3. **Resultaatindicatoren**

Enerzijds werd de evolutie van de HbA1c waarde als resultaatindicator gebruikt om het project te evalueren. Anderzijds werd via een bevraging van de geselecteerde doelgroep nagegaan welke invloed het project had op zelfzorg van de patiënten.

1.6. Ethische commissie

Er werd een aanvraag ingediend bij de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent. Op 11 mei 2017 werd een positief advies gegeven. De geselecteerde patiënten werden over het onderzoek geïnformeerd aan de hand van een informatieformulier. Er werd toestemming gevraagd om de medische gegevens te gebruiken voor het onderzoek, waarbij de patiënt een toestemmingsformulier ondertekende. (Bijlage 1-3)

2. Praktijkverbeterproject

2.1. Find problem

In de periode september – oktober 2016 werd er tijdens het wekelijks praktijkoverleg gebrainstormd welke knelpunten er waren in mijn opleidingspraktijk en welk knelpunt als onderwerp van dit praktijkverbeterproject zou kunnen dienen. Al snel bleek dat de opvolging van diabetes type 2 patiënten ons interesseerde als onderwerp. Op dat moment gebeurde de opvolging in de praktijk immers niet op een systematische manier, hoewel het belang van een goede opvolging bij alle collega's gekend was.

2.2. Organise meeting

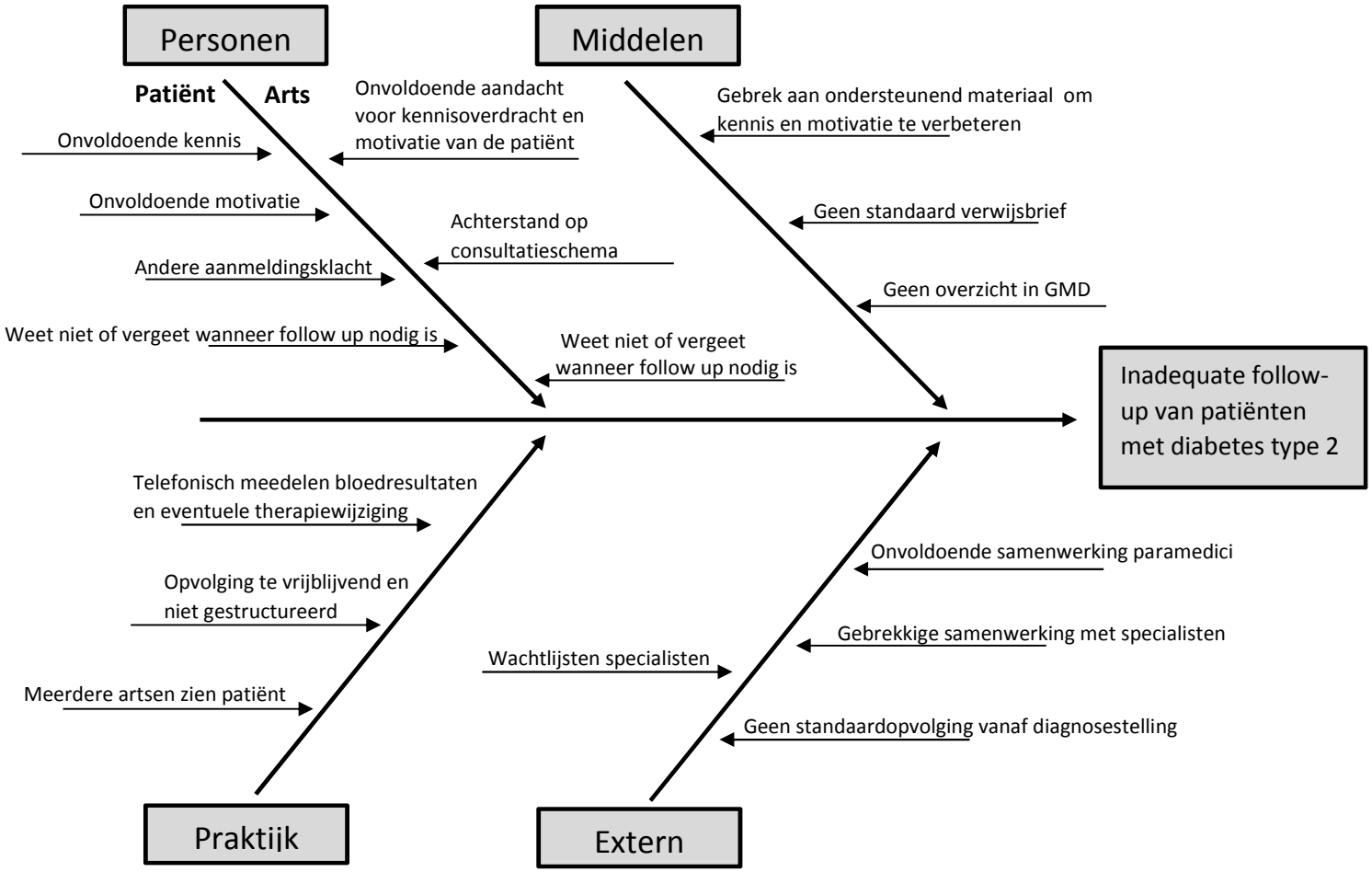
In mijn opleidingspraktijk is er op vrijdagmiddag een overlegmoment met de drie verschillende artsen en de praktijkassistente waar praktijk-gerelateerde zaken en/of casussen besproken worden. Dit was eveneens het moment waarop de *domus medica* richtlijn 'diabetes mellitus type 2' overlopen werd en de resultaten, de vooruitgang en de moeilijkheden van het praktijkverbeterproject besproken werden. In augustus 2017 zat ik, in naam van de praktijk, met twee verschillende diëtisten, die eveneens erkend zijn als *diabeteseducator*, samen om het project te duiden en hun medewerking te vragen bij verwijzing.

2.3. Clarify problem

Het project werd in de loop der tijd nog meer afgelijnd, waarbij enerzijds de focus kwam te liggen op de organisatie van de diabeteszorg in de praktijk. Hierbij is het doel om de opvolging van patiënten met diabetes op een meer systematische manier te laten verlopen zoals vooropgesteld door het zorgmodel. Een tweede doelstelling van dit project is om de zelfzorg van de patiënten te verbeteren. Door de kennis en inzichten in de ziekte te verhogen en door de centrale rol van de patiënt in de ziekte te duiden, wordt verwacht dat de opvolging in de praktijk ook beter zou gaan lopen.

2.4. Uncover Problems

Om het probleem nog beter in kaar te brengen gebeurde in de periode april – mei 2017 bij de 40 geselecteerde patiënten een dossierstudie van het jaar 2016, die als voormeting zou gelden. Hierbij werd genoteerd hoe frequent bloed- (HbA1c, cholesterol, serumcreatinine) en urineonderzoek (micro-albuminurie) gebeurden, alsook hoe frequent de bloeddruk, gewicht en voetonderzoek opgevolgd werden in het jaar 2016. Daarnaast werd nagegaan in welke mate doorverwijzing naar een diëtist, oogarts en/of podoloog besproken werd en hoe frequent dieet- en beweegadvies aan bod kwam bij de consultatie. De resultaten van deze voormeting worden hieronder besproken. Bij het bespreken van de resultaten van de voormeting in de praktijk werd er het probleem geanalyseerd aan de hand van een visgraatanalyse, die in Figuur 3 wordt weergeven.



Figuur 3: Visgraatanalyse

Uit deze visgraatanalyse blijkt dat er meerdere factoren zijn die een invloed hebben op het feit dat de opvolging van diabetes type 2 patiënten in de praktijk inadequaat gebeurt. Aan de hand van dit model werd gekeken welke knelpunten aanwezig zijn in de praktijk en welke actiepunten hieraan gekoppeld kunnen worden om de opvolging te verbeteren. Een overzicht kan teruggevonden worden in Tabel 3.

KNELPUNTEN	ACTIEPUNTEN
Persoonsgebonden factoren	
Patiënt 1. Onvoldoende kennis en motivatie – weet niet wanneer follow up nodig is 2. Andere aanmeldingsklacht **Arts** 1. Onvoldoende aandacht voor kennisoverdracht en motivatie van de patiënt 2. Achterstand op consultatieschema 3. Weet niet of vergeet wanneer follow up noodzakelijk is	**Patiënt** 1. Gestructureerde uitleg wat diabetesopvolging inhoudt aan de hand van informatiefolder – patiënt motiveren voor levensstijlaanpassing bij ieder consult – verwijzing diëtist herhaaldelijk aanbieden 2. Opvolgconsult vastleggen – duidelijke uitleg dat de patiënt om de drie maand opgevolgd moet worden **Arts** 1. Gestructureerde uitleg wat diabetesopvolging inhoudt aan de hand van informatiefolder 2. Een maal per jaar meer tijd inplannen voor diabetesopvolging 3. Herhaling richtlijnen welke opvolging noodzakelijk is bij diabetesopvolging + aanmaken van werkplan in GMD
Middelengebonden factoren	
1. Gebrek aan ondersteunend materiaal om kennis en motivatie te verbeteren 2. Geen standaardverwijsbrief voor specialist 3. Geen overzicht in GMD voor opvolging	1. Gestructureerde uitleg wat diabetesopvolging inhoudt aan de hand van informatiefolder 2. Standaardverwijsbrief opstellen 3. Patiënt opvolgen aan de hand van een werkplan
Praktijkgebonden factoren	
1. Telefonisch bespreken van bloedresultaten en eventuele therapiewijziging 2. Meerdere artsen staan in voor de opvolging van de patiënt 3. Opvolging te vrijblijvend en niet gestructureerd	1. Bij nood aan therapiewijziging patiënt op consultatie vragen, ipv telefonische bespreking 2. Patiënt opvolgen aan de hand van een werkplan – alles goed noteren in dossier 3. Patiënt opvolgen aan de hand van een werkplan – geen medicatie voorschrijven zonder dat de patiënt op consultatie gezien werd
Externe factoren	
1. Onvoldoende samenwerking met paramedici 2. Gebrekkige communicatie met specialisten	1. Standaardverwijsbrief opstellen - Overleg met diëtisten in de buurt – tot samenwerkingsafspraken komen 2. Standaardverwijsbrief opstellen met vraag voor verslag van consultatie

Tabel 3:Knelpunten en actiepunten praktijkverbeterproject

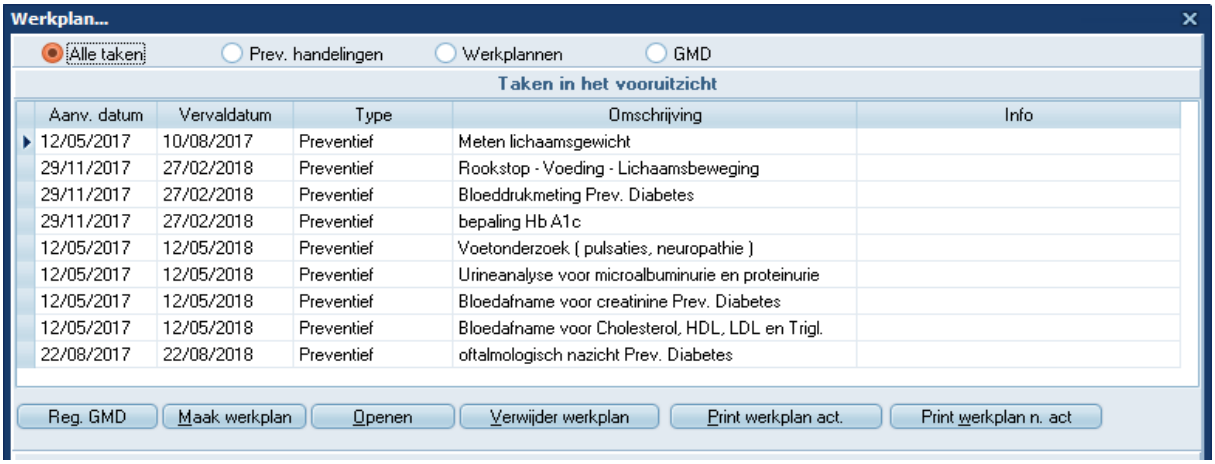
2.5. Select strategy - Start PDCA – Start van de complexe interventie

Zoals hierboven beschreven heeft dit praktijkproject twee doelstellingen. Enerzijds zal gepoogd worden om de diabetesopvolging te verbeteren, zoals vooropgesteld in het zorgmodel '*opvolging van een patiënt met diabetes type 2',* door de praktijkorganisatie aan te pakken. Anderzijds is het doel om de patiënten met diabetes beter te ondersteunen in hun zelfzorg door de kennis en inzichten in de ziekte te vergroten. Hieronder wordt besproken hoe deze doelstellingen aangepakt werden.

2.5.1. Praktijkorganisatie

Door de organisatie van de diabeteszorg in de praktijk aan te pakken, wordt beoogd om de opvolging van patiënten met diabetes te verbeteren. Aan de hand van de hierboven voorgestelde visgraatanalyse werden enkele knelpunten blootgelegd. Volgende actiepunten werden hieraan gekoppeld:

- Mogelijkheden van het EMD beter benutten:
    - Een werkplan 'zorgprotocol diabetesopvolging' zal in '*Windoc*' aangemaakt worden. Door middel van een pop-up zal de arts bij de consultatie herinnerd worden dat dit werkplan dient aangemaakt en eventueel aangepast te worden per patiënt. Aan de hand van dit werkplan, wordt duidelijk welke onderzoeken op welk moment uitgevoerd moeten worden. (Figuur 4)



Figuur 4: Werkplan in 'Windoc'

    - Een standaard verwijsbrief naar de oftalmoloog, de diëtist en de podoloog zal opgesteld worden. In deze verwijsbrief zal gevraagd worden of een verslag van de consultatie kan opgestuurd worden.
- Afspraken over de praktijkorganisatie:
    - Bij een consultatie voor diabetesopvolging zal met de patiënt een vervolgafspraak voor binnen drie maand vastgelegd worden voor verdere opvolging. Eenmaal per jaar zal meer tijd gemaakt worden voor uitgebreider onderzoek en besprekingen.

- Tijdens de consultatie zal medicatie voorgeschreven worden voor een periode van drie maand. Er zal afgesproken worden met de patiënt dat hij/zij opnieuw op consultatie moet komen voor verdere opvolging indien de medicatie bijna op is. Medicatie zal niet afgegeven worden zonder dat een consultatie gebeurde voor verdere opvolging.
- Bij eventuele aanpassing van de therapie na een afwijkend bloedonderzoek zal dit niet telefonisch besproken worden met de patiënt, maar zal gevraagd worden om op consultatie te komen om dit verder te bespreken.

2.5.2. Ondersteuning van de zelfzorg van de patiënt

Tijdens mijn literatuuronderzoek merkte ik op dat verschillende praktijkverbeterprojecten reeds als doelstelling hadden om de zelfzorg bij de patiënten met diabetes te verbeteren, wat resulteerde in enkele positieve veranderingen. In verschillende projecten werden er tijdens de interventie echter al beperkingen opgemerkt en vaak was de duurzaamheid van het project op lange termijn beperkt. Om die reden wil ik in mijn praktijkverbeterproject oplossingen aanbieden die gemakkelijk uit te voeren zijn op het moment van de consultatie en een beperkte tijd in beslag nemen. Daarnaast wil ik ervoor zorgen dat door middel van educatie en motivatie de patiënt zich meer bewust wordt van zijn eigen centrale rol in de ziekte en zo samen met de andere hulpverleners initiatief neemt tot opvolging.

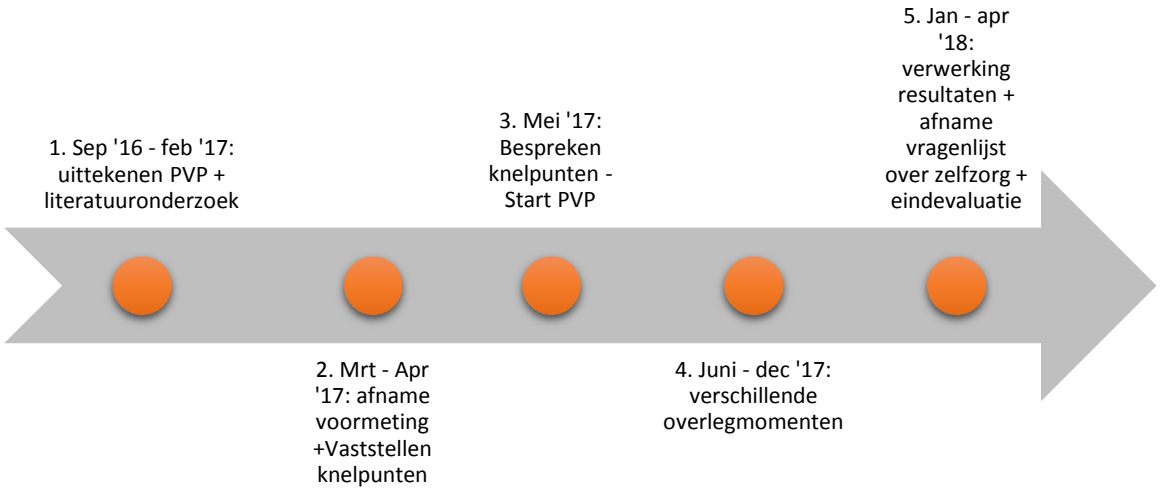
Volgende actiepunten werden vooropgesteld in dit praktijkverbeterproject:

- Informeren van de patiënten
    - De patiënten zal tijdens de consultatie mondeling geïnformeerd worden over het belang van een goede diabetesopvolging. Deze informatieoverdracht zal ondersteund worden door de folder *'Diabetes type 2, wat nu?',* die opgesteld werd door de *Diabetesliga*. Deze informatiefolder zal eveneens meegegeven met de patiënt, zodat hij/zij deze thuis kan nalezen. Daarnaast zou gepolst worden of patiënten zelf nog vragen hadden over diabetes en/of de opvolging.
- Eet- en leefgewoontes van de patiënt bespreken
    - Er werd met de collega's afgesproken om bij iedere consultatie voor diabetesopvolging bij de patiënt te peilen naar diens bewegingsactiviteiten. Er zal nagevraagd worden hoeveel de patiënt beweegt en welke soort beweging uitgevoerd wordt. Indien de patiënt reeds veel beweging had, zal de patiënt aangemoedigd worden om dit verder vol te houden. Bij onvoldoende beweging zal de patiënt gemotiveerd om 5x30 minuten per week matig-intensieve beweging uit te voeren en zal samen met de patiënt gekeken worden hoe beweging geïntegreerd kan worden in zijn dagelijks leven.

- Bij iedere consultatie voor diabetesopvolging zal gevraagd worden in welke mate er op voeding gelet wordt. Daarnaast werd afgesproken om bij iedere consultatie de patiënt te wegen en het gewicht in het dossier te noteren. Bij overgewicht zal de patiënt gemotiveerd worden om 5-10% van hun lichaamsgewicht te verliezen.
- Bij patiënten die roken zal op regelmatige basis het advies tot rookstop gegeven worden en zal er gepeild worden naar de motivatie tot rookstop. Bij een poging tot rookstop zal een begeleiding door onze huisartsenpraktijk voorgesteld worden.

- Verwijzing naar andere zorgverleners
  - Bij patiënten waar een moeilijke aanpassing van de voedingsgewoontes gebeurt, zal een consultatie bij de diëtist, die eveneens opgeleid is tot *diabeteseducator*, voorgesteld worden. Er zal uitgelegd worden dat de patiënt, dankzij het zorgmodel, jaarlijks recht heeft op twee consultaties bij een diëtist. Patiënten die recent gediagnosticeerd zijn, zullen vanaf de diagnosestelling gemotiveerd worden om jaarlijks langs te gaan bij de diëtist. De medewerking van twee diëtisten, erkend als *diabeteseducator* zal gevraagd worden.
  - Het project *'Bewegen op verwijzing'* zal voorgesteld worden aan patiënten die moeilijk tot bewegen komen, maar toch gemotiveerd zijn om dit aan te pakken. Hierbij kijkt een beweegcoach samen met de patiënt hoe meer fysieke activiteit in het dagelijkse leven van de patiënt kan geïntegreerd worden.

2.6. Tijdlijn



1. September 2016 – februari 2017: De opvolging van patiënten met diabetes type 2 werd gekozen als onderwerp voor het praktijkverbeterproject. Er gebeurde reeds een eerste literatuuronderzoek, waar de aanpak in eerder verschenen masterproeven over dit onderwerp nagekeken werd. Het praktijkproject werd verder uitgetekend, waarbij de focus enerzijds op verbetering van de praktijkorganisatie en anderzijds op ondersteuning van de zelfzorg van de patiënten kwam te liggen. In deze periode was er in de praktijk reeds een verhoogde aandacht voor diabetesopvolging, hoewel het PVP zijn officiële start nog niet kende.
2. Maart – April 2017: Er gebeurde een dossierstudie bij de 40 geselecteerde patiënten over het jaar 2016. Dankzij deze meting konden enkele knelpunten vastgesteld worden in de diabetesopvolging.
3. Mei 2017: De knelpunten werden besproken tijdens een overlegmoment in de praktijk. Er werden enkele actiepunten aan de knelpunten gekoppeld. Op 12 mei 2017 kende het praktijkverbeterproject zijn officiële start, met invoering van het werkplan in *'Windoc'*.
4. Juni – December 2017: Tijdens verschillende overlegmomenten werden de collega's herinnerd aan het praktijkproject en werden moeilijkheden besproken. In de loop van het project werd er nog meer aandacht geschonken aan het stimuleren van de zelfzorg van de patiënt met de implementatie van een informatiefolder voor de patiënt in juli 2017.
5. Januari – april 2018: Op 31 december 2017 werd het meetmoment afgesloten. Het project werd verder doorgezet, gezien de gemakkelijke realisatie in de praktijk. Tussen februari en april werd een vragenlijst afgenomen bij enkele patiënten die geïncludeerd waren in het onderzoek om te peilen naar hun verandering in zelfzorg. Op 9 maart 2018 gebeurde een eindevaluatie met de collega's uit de praktijk.

3. Resultaten

3.1. Kenmerken van de doelgroep

De kenmerken van deze patiëntengroep worden in Tabel 4**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** beschreven.

PATIËNTENKENMERKEN	**N = 40**
Geslacht	
- Vrouw	40% (N=16)
- Man	60% (N=24)
Gemiddelde leeftijd	69,2 jaar
Gemiddelde HbA1c in 2016	
- < 6 %	15% (N=6)
- 6 - 6,5%	40% (N=16)
- 6,6 – 7 %	20% (N=8)
- 7,1 – 7,5 %	12,5% (N=5)
- > 7,6 %	7,5% (N=3)
- Onbekend	5% (N=2)
Comorbiditeit	
- Hypertensie	75% (N=30)
- Hypercholesterolemie	75% (N = 30)
- Astma / COPD	17,5% (N=7)
- Chronische nierinsufficiëntie	5% (N=2)
- Multiple myeloom	2,5% (N=1)
- Polycythemia Vera	2,5% (N=1)
Diabetesbehandeling	
- Niet medicamenteus	12,5% (N=5)
- Enkel metformine	70 % (N = 28)
- Metformine + hypoglycemiërende sulfamide	15% (N=6)
- Metformine + DDP-4-Inhibitor	2,5% (N=1)
Behandeling met een antihypertensivum	77,5% (N=31)
Behandeling met een statine	65% (N=26)

Tabel 4: Kenmerken van de geselecteerde patiëntengroep

3.2. Evaluatie van het project

3.2.1. Structuurindicatoren: veranderingen in de praktijkorganisatie

Tijdens het praktijkverbeterproject werden volgende vooropgestelde actiepunten in de praktijkorganisatie uitgevoerd:

- Een werkplan werd opgemaakt in het EMD van 36 van de 42 geselecteerde patiënten, en werd doorheen het jaar meestal correct aangepast tijdens de consultaties. Het zorgmodel 'opvolging van een patiënt met diabetes type 2' werd in 2017 bij 33 patiënten aangevraagd. Dit zorgde in totaal voor €665,28 extra inkomsten voor de praktijk. Hoewel het gebruik van het werkplan als gemakkelijk ervaren werd, waren er binnen de praktijk enkele voorstellen om dit nog te optimaliseren. Deze werden opgelijst en doorgestuurd naar *Windoc*, de leverancier van het medisch programma. (Bijlage 5) Hoewel deze voorstellen zouden meegenomen worden in de volgende updates van het medisch programma, zijn er tot op de dag van vandaag nog geen aanpassingen van het werkplan uitgevoerd.
- Een standaard verwijsbrief voor de oftalmoloog, diëtist en podoloog werd opgesteld. Deze werd gedurende het jaar 2017 respectievelijk 11, 5 en 3 keer meegegeven met een patiënt.
- De afspraak werd gemaakt om bij iedere consultatie voor diabetesopvolging medicatie voor drie maanden meegegeven met de patiënt. Daarnaast werd de afspraak gemaakt dat de patiënt opnieuw op consultatie moet komen indien de medicatie op is. Zonder consultatie werd geen diabetesmedicatie meegegeven. De afspraken werden goed nagekomen, gezien het meegeven van medicatie zonder consultatie reeds heel beperkt gebeurde in de praktijk.
- De afspraak om bij aanpassing van de behandeling op consultatie langs te komen, is slechts deels nagekomen. Indien opstart van nieuwe medicatie noodzakelijk was, werd door alle artsen aan de patiënten gevraagd om langs te komen om consultatie. Hoewel anders vooropgesteld, werden de patiënten enkel door de HAIO teruggevraagd op consultatie, indien enkel een ophoging van de huidige medicatie noodzakelijk was. De andere twee artsen bespraken de ophoging van de huidige medicatie nog voornamelijk telefonisch.

Volgende vooropgestelde actiepunten werden in de praktijk niet gerealiseerd:

- Er werd niet systematisch een vervolgafspraak meegegeven met de patiënt.
- Het inplannen van een jaarlijks 'uitgebreid onderzoek', waarvoor meer tijd zou ingerekend worden, werd niet gerealiseerd.

3.2.2. Evolutie van procesindicatoren geregistreerd in het dossier

3.2.2.1. Procesindicatoren in kader van diabetesopvolging

PROCESPARAMETERS	2016, N = 40	2017, N = 42
Frequentie gewichtsmeting		
- 0 keer	72,5% (N= 29)	23,8% (n=10)
- 1 keer	20% (N=8)	35,8% (N=15)
- ≥ 2 keer	7,5% (N=3)	40,4 (n=17)
Frequentie bloeddrukmeting		
- 0 keer	5% (N=2)	2,4% (N=1)
- 1 keer	17,5% (N=7)	4,8% (N=2)
- ≥ 2 keer	77,5% (N=31)	92,8% (N=39)
Evaluatie voetrisico	2,5% (N=1)	57,1% (N=24)
Frequentie HbA1c bepaling		
- 0 keer	5% (N=2)	2,4% (N=1)
- 1 keer	20% (N=8)	14,3% (N=6)
- ≥ 2 keer	75% (N=30)	83,3% (N=35)
Frequentie Cholesterol bepaling		
- 0 keer	7,5% (N=3)	2,4% (N=1)
- 1 keer	67,5% (N=27)	69% (N=29)
- ≥ 2 keer	25% (N=10)	28,6% (N=12)
Frequentie serumcreatinine bepaling		
- 0 keer	2,5% (N=1)	0% (N=0)
- 1 keer	65% (N=26)	66,7% (N=28)
- ≥2 keer	32,5% (N=13)	33,3% (N=14)
Screening naar microalbuminurie	15% (N=6)	64,3% (N=27)
Verwijzing naar oftalmoloog	17,5% (N=7)	47,6% (N=20)
Verwijzing naar podoloog	7,5% (N=3)	19% (N=8)

Tabel 5: Procesparameters in kader van diabetesopvolging in 2016 en 2017

In bovenstaande Tabel 5 wordt de evolutie van procesparameters, die geregistreerd werden in het EMD van de patiënten in kader van diabetesopvolging, weergegeven. Ondanks dat alle geselecteerde patiënten in de loop van 2017 minstens twee keer op consultatie zijn gekomen, is bij één patiënt geen enkele vorm van diabetesopvolging gebeurd. Over het algemeen heeft zich evenwel een verbetering van alle procesparameters doorgezet in het jaar 2017 in vergelijking met het jaar 2016. Er moet echter opgemerkt worden dat op voorhand enkele aspecten van de diabetesopvolging reeds goed geïmplementeerd waren. Zo gebeurde er zowel in 2016 als in 2017 bij de meeste patiënten op regelmatige basis een bloeddrukonderzoek en een labocontrole van HbA1c, cholesterol en serumcreatinine. Het praktijkverbeterproject heeft een grote verbetering teweeggebracht van het aantal keren dat het gewicht gemeten en genoteerd werd in het EMD van de patiënt . Dit gebeurde in 2017 minimum eenmaal bij 76,2% van de patiënten, in vergelijking met 2016 waarbij dit minimum eenmaal bij 27,5% van de patiënten gebeurd was. Er moet evenwel opgemerkt worden dat, ondanks de sterke verbetering, er bij ongeveer een kwart van de patiënten nog steeds geen enkele gewichtsmeting gebeurd is. Een sterke verbetering is eveneens zichtbaar bij het aantal keer dat een screening naar micro-albuminurie (+49,3%) en een evaluatie van het voetonderzoek (+54,6%) gebeurd is. Raadplegingen van patiënten bij een oftalmoloog (+30,1%) en podoloog (+11,5%) kenden ook telkens een matige stijging in 2017 vergeleken met 2016.

3.2.2.2. Procesindicatoren in kader van de zelfzorgondersteuning van de patiënt

PROCESPARAMETERS	**2016, N = 40**	**2017, N = 42**
Frequentie bespreking van levensstijl		
- 0 keer	77,5% (N= 31)	4,8% (N= 2)
- 1 keer	22,5% (N=9)	50% (N=21)
- ≥ 2 keer	0% (N=0)	45,2% (N=19)
Verwijzing naar diëtist		
	5% (N=2)	16,7% (N=7)

Tabel 6: Procesparameters in kader van zelfzorgondersteuning in 2016 en 2017

In bovenstaande Tabel 6 kan gezien worden dat eet- en leefgewoontes in 2017 op een meer systematische manier besproken en genoteerd zijn in het EMD van de patiënt in vergelijking met 2016. Bij 95,2% van de patiënten is de levensstijl minimum eenmaal besproken in 2017, wat een stijging is van 72,7% in vergelijking met 2016. Indien nodig werden de patiënten aan de hand van motiverende gespreksvoering aangezet om gezonder te eten en meer te bewegen. Verwijzing naar een diëtist of diabeteseducator werd eveneens meer besproken in 2017. Hiervoor werd de medewerking van twee diëtisten, erkend als diabeteseducator, uit de buurt gevraagd. In totaal werden bij vijf patiënten een

verwijsbrief naar een diëtist meegegeven. Het is niet geweten hoeveel patiënten hier zijn op ingegaan. Daarnaast werd het project *'Bewegen op verwijzing'* enkele keren voorgesteld aan patiënten die beweging moeilijk konden integreren in hun dagelijkse leven. Geen enkele patiënt is hier op ingegaan. Verder werd de patiënten tijdens de consultatie door de arts mondeling geïnformeerd over het belang van een goede diabetesopvolging. De brochure *'Diabetes type 2, wat nu?*', opgesteld door de *Diabetesliga* werd meegegeven met 26 patiënten en kon gebruikt worden als geheugensteuntje.

3.2.3. Resultaatindicatoren

In Tabel 7 worden de HbA1c-waarden van de geselecteerde patiëntengroep uit respectievelijk 2016 en 2017 weergegeven. Hierbij moet opgemerkt worden dat de HbA1c waarden in 2016 bij de meeste patiënten reeds goed geregeld waren. In 2017 blijkt dat er twee patiënten, die in 2016 nog een HbA1c waarde van meer dan 7,6% hadden, beter geregeld waren.

HbA1c WAARDE	**2016 (N=40)**	**2017 (N=42)**
< 6 %	15% (N=6)	19% (N=8)
6 - 6,5%	40% (N=16)	45,3% (N=19)
6,6 – 7 %	20% (N=8)	19% (N=8)
7,1 – 7,5 %	12,5% (N=5)	11,9% (N=5)
> 7,6 %	7,5% (N=3)	2,4% (N=1)
Onbekend	5% (N=2)	2,4% (N=1)

Tabel 7: HbA1c waarden in 2016 en 2017

Tussen februari en april 2018 werden bij 12 patiënten een vragenlijst afgenomen om de invloed van het project op de zelfzorg van de patiënt te kunnen inschatten. De resultaten van deze vragenlijst worden weergegeven in Tabel 8. Indien patiënten aangaven dat ze het laatste jaar meer op beweging gelet hadden, werd doorgevraagd wat ze precies gedaan hadden. Twee patiënten gaven aan dat ze beweging meer implementeerden in het dagelijkse leven, zo gingen ze voor korte verplaatsingen niet meer de auto nemen maar eerder te voet gaan of de fiets nemen. Daarnaast vertelden twee patiënten dat ze probeerden meerdere keren per week enkele kilometers te wandelen of te fietsen. Een andere patiënt gaf aan twee keer per week te gaan fitnessen en golfde op regelmatige basis. Daarnaast had hij het voornemen om meer te fietsen indien het weer het zou toelaten. Zes patiënten gaven tijdens de afname van de vragenlijst aan dat het project weinig of geen invloed heeft gehad op de manier waarop ze met diabetes omgaan. Hiervan gaven vier patiënten aan dat ze reeds voor het project voldoende bewogen, op hun voeding letten en hun medicatie trouw innamen. Twee patiënt gaven aan dat ze in zijn dagelijkse leven weinig rekening houden met hun diabetes.

VRAAG	AKKOORD	NIET AKKOORD
Heeft u het laatste jaar meer inzicht gekregen in wat diabetes is en welke invloed u hier zelf kan op hebben?	9	3
Weet u wat diabetesopvolging inhoudt en hoe frequent u op controle moet komen bij de huisarts?	12	0
Heeft u het laatste jaar meer aan beweging gedaan, met als doel om uw suikerziekte beter onder controle te krijgen?	5	7
Heeft u het laatste jaar meer gelet op uw voeding, met als doel om uw suikerziekte beter onder controle te krijgen?	4	8
Bent u het laatste jaar meer gemotiveerd om uw medicatie correct in te nemen?	8	4
Hebt u het gevoel dat u uw suikerziekte het laatste jaar meer onder controle heb en weet te kaderen in uw dagdagelijkse leven?	7	5

Tabel 8: Antwoorden op de vragenlijst over verandering van zelfzorg

3.3. Succesfactoren en barrières van het project

Dit project is geslaagd dankzij onderstaande succesfactoren:

- Aangezien het onderwerp van dit praktijkverbeterproject in de praktijk besproken en samen gekozen werd, voelden alle artsen zich vanaf het begin betrokken bij het project en waren ze gemotiveerd om hieraan mee te werken.
- Er werd rekening gehouden met het verloop van eerdere praktijkverbeterprojecten. Zo werd er gekozen voor een interventie die op het moment van consultatie niet teveel tijd in beslag zou nemen.
- De artsen werden tijdens de overlegmomenten vaak herinnerd aan het project. Moeilijkheden werden zo ook op regelmatige basis besproken.
- De patiënten werden meer betrokken bij de diabetesopvolging dan voorheen. Aan de hand van de informatiefolder werden ze beter geïnformeerd over wat diabetesopvolging inhoudt en welke aanpassingen van levensstijl noodzakelijk zijn. Daarnaast was er dankzij dit project meer aandacht voor het ondersteunen van de zelfzorgvaardigheden van de patiënten.
- Dankzij de uitwerking van het werkplan werd het voor de arts overzichtelijk welke onderzoeken uitgevoerd moeten worden en wat besproken moet worden op het moment van de consultatie.
- Levensstijl en gewichtsmeting werden op een meer systematisch manier besproken en genoteerd in het dossier van de patiënt. Indien nodig werden de patiënten aan de hand van motiverende gespreksvoering aangezet om gezonder te eten en meer te bewegen.

- Er heerste een meer eenduidig beleid in de praktijk. Zo gaf geen enkele arts nog diabetesmedicatie mee zonder dat de patiënt op consultatie was geweest en gebeurde de diabetesopvolging ook op een meer systematische manier. Dit zorgde ook voor meer duidelijkheid bij de patiënten.

Het project kende echter ook enkele belemmeringen, die in rekening moeten gebracht worden bij het eventuele herhalen van een gelijkaardig project in de toekomst:

- De consultaties voor diabetesopvolging namen iets meer tijd in beslag dan voorheen. De meeste consultaties konden echter wel volbracht worden in de ingerekende consultatietijd van 20 minuten.
- Het werkplan kende enkele gebruiksongemakken. Zo werden bij het aanmaken van het werkplan bij een patiënt alle onderdelen geregistreerd op datum van aanmaken, en moest alles manueel aangepast worden naar datums in het verleden. Het zou gemakkelijker zijn indien er kan geopteerd worden voor een datum in het verleden of dat er nog geen datum ingevuld zou zijn. Daarnaast heerste in de praktijk de mening dat het werkplan geen snel overzicht gaf van welke onderzoeken moesten gebeuren, aangezien de onderzoeken op vervaldatum gesorteerd stonden, maar geen rekening gehouden werd met de huidige datum. Onderbreking door een lijn of het werken met een kleurcodering zou een sneller overzicht geven van de uit te voeren taken. Voorstellen tot aanpassingen van het werkplan werden doorgestuurd naar de leverancier van het medisch programma. (bijlage 5)
- Er heerste een drempel bij de artsen om de patiënten terug op consultatie te vragen bij een afwijkend bloedonderzoek. Het idee speelde dat de patiënt geen tweede keer op consultatie zou willen komen, of er geen tweede keer voor zou willen betalen. Dit is uiteraard een veronderstelling die niet veralgemeend moet worden voor de volledige patiëntenpopulatie. Daarnaast zou men de vraag kunnen stellen of vele patiënten het net niet zouden appreciëren dat er tijd gemaakt wordt voor meer duiding en uitleg.
- Sommige patiënten waren moeilijk te motiveren om zelfzorg op te nemen. Daarnaast merkten de artsen op dat er bij veel patiënten een weerstand bestond voor verwijzing naar een diëtist of een beweegcoach. Patiënten gaven vaak aan dat ze reeds wisten waar op te letten, dus dat een diëtist of beweegcoach hen geen meerwaarde zou kunnen bieden. Verder waren een gebrek aan tijd of financiële middelen en/of een gebrek aan motivatie aangehaalde drempels voor verwijzing.
- De informatiefolder werd soms vergeten mee te geven. Daarnaast was het ook niet duidelijk met wie de informatiefolder reeds meegegeven was, aangezien dit niet genoteerd werd in het EMD van de patiënt.
- Het gebruik van de standaardverwijsbrief naar de oftalmoloog, diëtist en podoloog was vrij beperkt. Eén arts gaf op het einde van het project aan deze nooit gebruikt te hebben. Er werd wel

opgemerkt dat verwijzing soms meer besproken werd, maar dat er niet altijd een verwijsbrief werd opgesteld. Dit komt eveneens terug in de cijfers van de dossierstudie waar nagekeken werd hoe frequent een consultatie bij een oftalmoloog, diëtist en podoloog reeds gebeurd of besproken werd tijdens de consultatie.

- De vooropgestelde actiepunten om vervolgafspraken mee te geven met de patiënt en een jaarlijks 'uitgebreid onderzoek' in te plannen werden niet uitgevoerd aangezien ze nog onvoldoende gedragen werden door de artsen in de praktijk. Dit zorgde ervoor dat de verdere onderzoeken die noodzakelijk zijn voor een goede diabetesopvolging meer versnipperd over het jaar verliepen, het overzicht werd dankzij het werkplan echter wel behouden.
- De vragenlijst over verandering van de zelfzorg van de patiënt werd beperkt afgenomen. Als belemmerende factor werd voornamelijk het vergeten afnemen, tijdsdruk en een piek aan consultaties in de praktijk tijdens de winterperiode aangegeven.

Discussie

1. Belangrijkste resultaten

Dit praktijkverbeterproject heeft ervoor gezorgd dat er een verandering heeft plaatsgevonden in de manier waarop diabetesopvolging gebeurt in de praktijk waar ik werkzaam ben als huisarts-in-opleiding. Enerzijds is er een aanpassing gebeurd van de inhoud van het diabetesconsult. Dankzij verschillende actiepunten is het consult beter gestructureerd en is er een grote aandacht voor alle aspecten van diabetesopvolging, zoals vooropgesteld in het zorgprotocol *'opvolging van een patiënt met diabetes type 2'*. Daarnaast heeft het project ervoor gezorgd dat er een betere registratie is van alle parameters in het elektronisch medisch dossier van de patiënt. Verder is er dankzij dit project een verhoogde aandacht voor de ondersteuning van de zelfzorgvaardigheden van de patiënt. Structurele veranderingen in de praktijkorganisatie zijn beperkt gebleven, zo werden de vooropgestelde actiepunten om vervolgafspraken mee te geven met de patiënt en een jaarlijks 'uitgebreid onderzoek' in te plannen niet uitgevoerd.

2. Vergelijking met eerder onderzoek

Net zoals in eerdere praktijkverbeterprojecten is er in dit project een verbetering opgetreden van de diabetesopvolging in de praktijk. In dit project werden gelijkaardige moeilijkheden ondervonden, die reeds eerder beschreven waren. Zo werd eveneens door de artsen ervaren dat sommige patiënten moeilijk te motiveren waren om zelfzorg op te nemen. In het literatuuronderzoek wordt verklaard waarom de ene persoon gemakkelijker zelfzorg opneemt dan de andere. Verschillende factoren, waar al dan niet een invloed kan op uitgeoefend worden, liggen hier immers aan de basis. Beïnvloedbare factoren, zoals kennis en motivatie werden dankzij het project aangepakt. Op andere factoren – karakter, persoonlijkheid, emoties – is het moeilijker om een invloed uit te oefenen. Daarnaast werd gezien dat enkele actiepunten in dit project beperkt of helemaal niet uitgevoerd werden, gezien achteraf bleek dat de interventies weinig of niet gedragen werden door alle artsen in de praktijk. Dit werd eveneens beschreven in eerdere PVP'en.

3. Implicaties voor toekomstige praktijkvoering

Op de eindevaluatie van het project werd afgesproken om het project in de toekomst verder te zetten, gezien de realisatie ervan in de praktijk en het besef dat een duurzame opvolging van patiënten met diabetes zeer belangrijk is. Aangezien ikzelf verder werkzaam zal blijven in de praktijk, biedt dit de mogelijkheid om het project verder uit te werken in de praktijk.

Op de eindevaluatie werden reeds enkele afspraken over de verderzetting van het project gemaakt. Zo werd er afgesproken om meer gebruik te maken van de standaardverwijsbrieven naar de

oftalmoloog, diëtist en podoloog. Dit helpt de patiënt immers herinneren aan het feit dat hij een afspraak moet maken. Daarenboven wordt er via de verwijsbrief relevantie informatie over de patiënt gedeeld met de andere hulpverlener, wat een meerwaarde betekent in de samenwerking tussen de verschillende actoren. Daarnaast werd er afgesproken met alle artsen om de patiënten naar de toekomst toe laagdrempeliger terug te vragen op consultatie, indien er een afwijkend bloedonderzoek vastgesteld wordt, en dit niet enkel te doen indien een nieuwe medicatie toegevoegd wordt aan de behandeling. Op consultatie kan immers meer tijd gemaakt worden om het belang van een goede glycemieregeling te duiden en kan het niet-medicamenteuze luik van de behandeling en de therapietrouw van de patiënt beter besproken worden. Naar de verdere toekomst speelt het idee om iedere patiënt terug te vragen op consultatie na een bloedonderzoek. Dit zou gemakkelijker geïmplementeerd kunnen worden indien er zou gewerkt worden een praktijkverpleegkundige die op voorhand bloed zou kunnen prikken. Tenslotte werd er afgesproken om het gebruik van het werkplan in de toekomst te verruimen voor de opvolging van andere chronische aandoeningen.

4. Implicaties voor eigen praktijkvoering

Dit project was ook op persoonlijk vlak een leerrijke ervaring. Zo heb ik kennis gemaakt met het aspect 'praktijkverbetering'. Indien er zich in de toekomst problemen voordoen in de praktijkwerking, zal ik sneller geneigd zijn om het probleem te analyseren en aan te pakken aan de hand van de FOCUS-PDCA-methode. Daarnaast heeft dit project mij meer vertrouwd gemaakt met de opvolging van patiënten met diabetes en heeft het mij meer inzicht gegeven in de invloed dat patiënten hier zelf kunnen op uitoefenen. Dit project heeft mij gemotiveerd om in de toekomst verder stil te staan bij het belang van zelfzorgondersteuning, zowel bij patiënten met diabetes als bij patiënten met andere chronische aandoeningen. Verder heeft dit project mij overtuigd van de voordelen van een werkplan. Bij correct gebruik helpt dergelijk protocolscherm je immers herinneren dat opvolging noodzakelijk is en geeft het in één oogopslag weer welke onderzoeken noodzakelijk is bij de patiënt.

5. Sterktes en beperkingen van het onderzoek

In dit onderzoek werd na de complexe interventie door middel van een bevraging gekeken welke invloed het project had op de zelfzorg van de patiënt. Voor zover we weten is dit de eerste keer dat dit gebeurde in een praktijkverbeterproject.

Er moeten enkele opmerkingen gemaakt worden bij de interpretatie van de resultaten praktijkverbeterproject. Zo werd aangegeven door de collega's in de praktijk dat het mogelijk is dat de meting van 2016 voor zowel bespreking van levensstijl, als verwijzing naar oftalmoloog, diëtist en podoloog een onderschatting is van de realiteit. Deze zaken werden immers soms wel mondeling besproken met de patiënten, maar niet altijd geregistreerd in het EMD van de patiënten. Gezien deze

resultaten gebaseerd zijn op een retrospectieve dossierstudie van dit EMD, is het mogelijk dat een aantal zaken besproken zijn op consultatie maar bijgevolg niet opgenomen zijn in de resultaten van de voormeting. Bij de start van het project werd met de artsen afgesproken om dergelijke zaken telkens te noteren in het medisch dossier en/of aan te passen in het werkplan, wat er voor zorgt dat het jaar 2017 een meer realistische weergave van de werkelijkheid is. Daarnaast moet opgemerkt worden dat er beperkingen bestaan bij het afnemen van de mondelinge vragenlijst, die gebruikt werd om de verandering van zelfzorg bij de patiënten in kaart te brengen. Zo bestaat de mogelijkheid van bias, doordat wij als behandelende artsen de vragenlijst afnemen en de patiënt hierbij een 'sociaal wenselijk antwoord' kan geven in plaats van oprecht te zijn. Indien de vragenlijst zowel voor als na het project zou afgenomen zijn, zou dit een meer betrouwbaar resultaat geven en zou dit de invloed van het PVP op de verandering van de zelfzorgvaardigheden nog meer duidelijk gemaakt hebben. Daarnaast is met 12 patiënten, de respons op de vragenlijst vrij beperkt om algemene conclusies voor de hele patiëntenpopulatie te kunnen trekken, maar geeft dit wel een eerste indicatie.

Besluit

Als besluit kan gesteld worden dat deze complexe interventie er voor heeft gezorgd dat een verandering gerealiseerd werd in de opvolging van diabetespatiënten in de praktijk waar ik werkzaam ben als huisarts-in-opleiding. Door een andere, meer gestructureerde invulling van het diabetesconsult is er nu een betere registratie van alle procesparameters, zoals vooropgesteld in het zorgprotocol 'opvolging van een patiënt met diabetes type 2'. Daarenboven heeft dit project gezorgd voor een verhoogde aandacht voor de zelfzorgvaardigheden van de patiënten. Het project zal, mits enkele aanpassingen, in de toekomst verder doorgezet worden.

Referenties

[1] Roglic G, Varghese C, Riley L, et al. Global Report on Diabetes. Geneva: World Health Organization; 2016. p88.

[2] De Cock J, redacteur. Farmaceutische kengetallen 2014. Brussel: RIZIV; 2015. p. 54.

[3] Cho NH, Whiting D, Forouhi N, et al. Diabetes Atlas, seventh edition. International Diabetes Federation; 2015. p 140.

[4] Koeck PH, Bastiaens H, Benhalima K, et al. Richtlijn voor goede medische praktijk-voering: Diabetes mellitus type 2. Antwerpen: Domus Medica; 2015. p.110.

[5] Benhalima K, Buyse L, De Block C, et al. Preventie van type 2 diabetes bij volwassenen. Vlaanderen: Diabetes Liga; 2016. p. 45.

[6] Deshpande AD, Harris-Hayes M, Schootman M. Epidemiology of Diabetes and Diabetes-Related Complications. Phys Ther 2008; 88: 1254–1264.

[7] Mathieu C, Nobels F, Peeters G, et al. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. Brussel: KCE; 2006. p. 108.

[8] European comparison on cost of diabetes and % of total health care budget. Internet site European Commission 2012. Beschikbaar via: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/diabet8.pdf.

[9] Riddle MC, Bakris G, Blonde L, et al. Standards of Medical Care in Diabetes. United States: American Diabetes Association; 2018. p. 172.

[10] Zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2'. Internet site RIZIV 2017. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/Paginas/diabetes-type-2-generiek-zorgmodel.aspx#.WnR4zefvKUk.

[11] Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs 2001; 20: 64-78.

[12] Anderson RM, Funnell MM. Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. Patient Educ Couns 2010 ; 79(3): 277–282.

[13] Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 - derde herziening. Huisarts Wet 2013; 56(10): 512-525.

[14] Haas L, Maryniuk M, Beck L, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care 2012; 35: 2393 -2401.

[15] Steinsbekk A, Rygg L, Lisulo M, et al. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. BMC Health Services Research 2012; 12:213 - 232.

[16] Pamungkasa RA, Chamroonsawasdib K, Vatanasomcoonb P. A Systematic Review: Family Support Integrated To Diabetes Self-Management among Glycemic Uncontrolled Type II DM Patients. 2017.

[17] Jackson R, Asimakopoulou K, Scammell A. Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. J Hum Nutr Diet. 2007 Feb;20(1):27-36

[18] Tanenbaum ML, Gonzalez JS, Commissariat PV. Psychosocial Factors in Medication Adherence and Diabetes Self-Management: Implications for Research and Practice. American Psychologist 2016; 71(7): 539–551.

[19] Chew B. Vos R. Metzendorf M. et al. Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetesmellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9.

[20] Gonzalez JS, Peyrot M, McCari LA. Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis. Diabetes Care 2008; 31 :2398–2403.

[21] Cremers E. Sunaert P, promotor. Verbetering van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk: een review van praktijkverbeterprojecten geschreven tussen 2007 en 2013. Focus op klinische informatiesystemen. 2015; masterproef ikv MaNaMa huisartsgeneeskunde.

[22] D'Hoop M. Sunaert P, promotor. Verbetering van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk: een review van praktijkverbeterprojecten geschreven tussen 2007 en 2013. Focus op zelfzorgondersteuning. 2015; masterproef ikv MaNaMa huisartsgeneeskunde.

[23] Marckx J. Sunaert P, promotor. Verbetering van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk: een review van praktijkverbeterprojecten geschreven tussen 2007 en 2013. Focus op praktijkondersteuning. 2015; masterproef ikv MaNaMa huisartsgeneeskunde.

[24] Batyr A. Goderis G, promotor. Praktijk verbeterend project: beweeg je naar een gezondere toekomst: een partnerschip tussen artsenpraktijk Kursaal en de gemeente Koksijde voor personen met diabetes type 2. 2015; masterproef ikv MaNaMa huisartsgeneeskunde.

[25] Boelaert H. Sunaert P, promotor. Optimaliseren van de follow-up van patiënten met diabetes type 2. Invoeren van een diabetesmodule in het EMD. 2017; masterproef ikv MaNaMa huisartsgeneeskunde.

[26] De Braekeleer D. Sunaert P, promotor. Optimalisatie van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk: screening naar diabetische retinopathie. Een praktijkverbeterproject. 2017; masterproef ikv MaNaMa huisartsgeneeskunde.

[27] Deleersnyder J. Sunaert P, promotor. Optimalisering van de screening naar diabetische nefropathie bij DM II patiënten in de huisartsenpraktijk: verbeterproject rond het opsporen van micro-albuminurie. 2017; masterproef ikv MaNaMa huisartsgeneeskunde.

[28] Tielens J. Goderis G, promotor. Aanpak van het klinisch microsysteem om de diabeteszorg te verbeteren. 2017; masterproef ikv MaNaMa huisartsgeneeskunde.

[29] Van Vaerenbergh J. Sunaert P, promotor. Voetproblemen bij Diabetes Mellitus type II patiënten in de huisartsenpraktijk: introductie van een systematisch onderzoek in de huisartsenpraktijk. 2017; masterproef ikv MaNaMA huisartsgeneeskunde.

[30] Vercruysse O. Sunaert P, promotor. Diabetes mellitus en rijgeschiktheid: een praktijkverbeterproject. 2017; masterproef ikv MaNaMa huisartsgeneeskunde.

[31] Grouwels D, Seuntjens L, Vandenbussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2006. p. 248.

Bijlagen

Bijlage 1: Aanvraagformulier ethische commissie

Bijlage 2: Informatieformulier en toestemmingsbrief

Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie

Bijlage 4: Vragenlijst verandering zelfzorg

Bijlage 5: voorstellen aanpassing werkplan – mail naar ‘Windoc’

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

DE IMPLEMENTATIE VAN HET ZORGMODEL 'OPVOLGING VAN EEN PATIËNT MET DIABETES TYPE 2' IN DE PRAKTIJK

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PATRICIA SUNAERT
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 33 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: PATRICIA.SUNAERT@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: LUC FEYEN
- FUNCTIE: ACADEMISCH CONSULENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 33 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: LUC.FEYEN@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

VAST STAFLID

- NAAM: ANN DE SUTTER
- FUNCTIE: PROFESSOR
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 33 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: ANN.DESUTTER@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: LOUISE ACHTEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0497 17 21 82
- E-MAIL: LOUISE.ACHTEN@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DELPHINE MAGNIETTE
- ADRES: REIBROEKSTRAAT 59 9850 HANSBEKE

- TELEFOONNUMMER: 09 371 82 34
- E-MAIL: DELPHINE.MAGNIETTE@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: /
- NAAM ONDERZOEKER: /
- DATUM GOEDKEURING: /

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/03/2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 31/12/2018

7. SOORT ONDERZOEK

X PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ❑ VRAGENLIJSTEN
- ❑ INTERVIEW

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  WELKE PERIODE:

X INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN

X ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
- ❑ MEDICAL DEVICE
- X KWALITEITS-VERBETEREND-PROJECT

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Inleiding

Wegens de toename van obesitas, de meer sedentaire levensstijl en de vergrijzing van de bevolking, neemt de prevalentie van type 2 diabetes wereldwijd toe. Er wordt geschat dat momenteel 1 op 12 volwassen Belgen diabetes heeft en dat dit tegen 2030 verder zal oplopen tot 1 op 10. Diabetes is een belangrijk gezondheidsprobleem en leidt tot vele acute en chronische complicaties. Het is de voornaamste oorzaak van blindheid en van terminaal nierfalen bij volwassenen, en de aandoening veroorzaakt meer dan een verdubbeling van de cardiovasculaire mortaliteit.

De opvolging van diabetes patiënten verloopt hoofdzakelijk in de huisartspraktijk. Hierbij moet, volgens de meest recente richtlijnen, de 'diabetespatiënt' driemaandelijks opgevolgd en gecontroleerd worden op eventuele complicaties. In 2016 werd bovendien door het RIZIV ter stimulatie van een betere begeleiding van deze patiëntenpopulatie het zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2' in het leven geroepen, dat de vorige diabetespas vervangt.

Na enkele maanden praktijkervaring heb ik opgemerkt dat deze opvolging in de praktijk vaak niet systematisch gebeurd en dat de patiënten vaak te weinig geïnformeerd zijn over hun ziekte en diens gevolgen, ondanks de vele initiatieven vanuit de overheid.

Doelstelling

Met dit praktijk-verbeterend-project wil ik, in de huisartspraktijk waar ik als HAIO werkzaam ben, de opvolging van patiënten lijdend aan diabetes II in het beginstadium van de ziekte verbeteren. In navolging van het RIZIV-zorgmodel zal geprobeerd worden om de levensstijl (voeding, beweging, rookstop) van de patiënten op een meer systematische manier te bespreken en de gemaakte afspraken te noteren in het medisch dossier. Verder zal meer nadruk gelegd worden op de screening naar complicaties (door middel van jaarlijks bepaling van het voetrisico; verwijzing voor jaarlijks oogonderzoek; driemaandelijks HbA1c bepaling en jaarlijkse bepaling van de lipidenbalans, het serumcreatinine-gehalte en het microalbuminurie-gehalte) en de driemaandelijkse opvolging van het gewicht en de bloeddruk. Tenslotte zal geprobeerd worden om de patiënten kennis bij te brengen over diabetes mellitus type 2. Door middel van deze bewustmaking hoop ik dat de patiënten meer gemotiveerd worden om zelf ook initiatief te nemen voor een goede opvolging, zodat de diabetesopvolging terug een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel arts als patiënt wordt.

Methode

In eerste instantie zal een literatuuronderzoek plaatsvinden. Binnen deze literatuurstudie zal nagekeken worden hoe eerdere praktijk-verbeterende-projecten gewerkt hebben en hoe het medisch programma 'Windoc' hierbij gebruikt werd. Daarnaast zal er een literatuurstudie gebeuren hoe patiënten met diabetes type 2 best geïnformeerd kunnen worden over hun ziekte en wat belangrijk is bij motivatie voor verandering van de levensstijl. Voor de aanvang van het onderzoek zal de patiënt, tijdens een consultatie, afdoende geïnformeerd worden over het project aan de hand van een informatieformulier en zal toestemming gevraagd worden om zijn/haar gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Bij deelname zal gevraagd worden om het toestemmingsformulier te ondertekenen. Er werd gekozen om te focussen op de meerderjarige patiënten met diabetes type 2 binnen de praktijk die nog niet zijn opgenomen in een zorgtraject of de diabetesconventie, gezien de opvolging van deze patiënten vaak alleen door de huisarts gebeurt en een systematische opvolging vanaf de diagnosestelling zeer belangrijk is. De uitwerking van dit praktijk-verbeterend-project zal gebeuren op basis van de FOCUS en PDCA-methode. Om te beginnen zal er een voormeting in de praktijk uitgevoerd worden om te kijken waar de opvolging van diabetes type 2 patiënten tekortschiet. Zo zal ik bekijken hoe frequent bloed- en urine onderzoeken gebeuren, alsook hoe frequent het gewicht, de bloeddruk, of voetonderzoek opgevolgd worden. Daarnaast zal ik bekijken in welke mate zaken als doorverwijzing naar de oogarts en dieet- en beweegadvies besproken worden. Deze voormeting zal vergeleken worden met het vooropgestelde RIZIV zorgmodel. Met behulp van een visgraatanalyse zullen mogelijke oorzaken geïdentificeerd worden en oplossingen aangeboden worden. Vervolgens zullen initiatieven opgestart worden om de knelpunten in de opvolging van de diabetes type 2-patiënt gericht aan te pakken en de patiënten beter te informeren over hun ziekte. Aan de hand van een werkplan zullen de artsen gemotiveerd worden om de patiënt driemaandelijks op te volgen en jaarlijks een uitgebreider onderzoek naar complicaties uit te voeren. Dit werkplan zal duidelijk gecommuniceerd worden naar de patiënten. Daarnaast zullen de patiënten geïnformeerd en gemotiveerd worden aan de hand van een informatiefolder. Er zal aan de behandelende arts gevraagd worden om alles zorgvuldig in het medisch dossier te noteren. Na 6-12 maanden zal opnieuw een meting gebeuren van de vooropgestelde indicatoren, die vergeleken zal worden met de voormeting.

Resultaten

Aan de hand van dit project en de hierboven beschreven methodologie verwacht ik dat de opvolging van diabetes type 2 patiënten in het beginstadium van hun ziekte frequenter en op een meer systematische manier zal gebeuren. De resultaten van de praktijk zullen vergeleken worden met de adviezen die gegeven worden in het RIZIV zorgmodel. Op lange termijn verwacht ik dat mogelijke complicaties op een snellere manier opgemerkt en in een vroegtijdiger stadium behandeld kunnen worden. Daarnaast hoop ik dat door middel van informeren en motiveren de patiënten zich meer bewust worden van hun ziekte en de mogelijke gevolgen ervan op lange termijn. Bijgevolg verwacht ik dat de diabetes type 2 patiënten op die manier meer gestimuleerd zullen zijn om zich in te zetten voor die zaken die ze zelf in de hand kunnen nemen (therapietrouw, voeding en beweging).

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH

- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH
- X KWALITEITS-VERBETEREND-PROJECT

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- X NEEN

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- X NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : DIABETES MELLITUS TYPE 2, NIET OPGENOMEN IN HET ZORGTRAJECT DIABETES OF IN DE DIABETESCONVENTIE

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ❑ JA
- X NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 30-50 PERSONEN

D. LEEFTIJD : OUDER DAN 18 JAAR

E. GESLACHT : M / V / X

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? DE BEHANDELENDE ARTS ZAL IEDERE PATIËNT, LIJDEND AAN DIABETES TYPE 2 (NIET OPGENOMEN IN DE DIABETESCONVENTIE / ZORGTRAJECT DIABETES) TIJDENS DE CONSULTATIE INFORMEREN OVER HET PROJECT EN DE TOESTEMMING VRAGEN TOT DEELNAME.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- X JA
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- X JA
- ❑ NEEN

MONDELING :

- X JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NIET VAN TOEPASSING

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ❑ JA
- X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- X JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- X JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

GELIJKAARDIGE PROJECTEN WERDEN REEDS IN ANDERE HUISARTSPRAKTIJKEN OPGESTART. IN ALLE PRAKTIJKEN WERD EEN VERBETERING VAN DE OPVOLGING VAN DE DIABETESPATIËNTEN OPGEMERKT. ER WERD REEDS ONDERZOEK GEDAAN OF DE INTERVENTIES DUURZAAM BLEKEN OP LANGE TERMIJN. IN DE MEESTE PRAKTIJKEN BLEEK DIT HET GEVAL TE ZIJN.

DIT PRAKTIJK-VERBETEREND-PROJECT ZAL IN MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK HERNOMEN WORDEN GEZIEN DE DIABETESOPVOLGING IN DEZE PRAKTIJK NOG NIET OPTIMAAL GEBEURT. HIERBIJ ZAL HET IN 2016 OPGESTELDE RIZIV-ZORGMODEL ALS LEIDRAAD GEBRUIKT WORDEN. HIERBIJ ZAL IK MIJ RICHTEN OP DE SPECIFIEKE KNELPUNTEN IN MIJN PRAKTIJK.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

X JA
❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

X JA
❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
X NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

X WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

NIET VAN TOEPASSING. ER WORDEN GEEN RISICO'S OF BIJWERKINGEN VERWACHT IN DEZE STUDIE.

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

X JA
❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS? DOKTER LOUISE ACHTEN, DOKTER DELPHINE MAGNIETTE, DOKTER HANS VAN DEN ABBEELE

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

X JA
❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

X JA
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? DOKTER LOUISE ACHTEN, DOKTER DELPHINE MAGNIETTE, DOKTER HANS VAN DE ABBEELE. EVENTUEEL DE WACHTDIENST, NA DE CONSULTATIE-UREN.

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NVT. HET BETREFT EEN STANDAARDBELEID.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- X NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA

  WELKE ? …

- ❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25 . Financiële overeenkomst

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

☐ niet van toepassing
X aanwezig met volgende onderverdeling:

X ereloon:
☐ vergoeding voor technische prestaties:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

Huisarts-in-opleiding

Datum : 19/2/2017
Naam : Bowse Achren
Handtekening :

Praktijkopleider

Datum : 19/4/17
Naam : Dr Magnette
Handtekening :

~~Promotor~~ VAST STAFLID

Datum : 19 4 2017
Naam : A DE SUTTER
Handtekening :

Co-Promotor

Datum : 19-04-2017
Naam : L. Feyen
Handtekening :

~~Vast Staflid~~

Datum:
Naam:
Handtekening

19/04/17

Diensthoofd vakgroep huisartsgeneeskunde universiteit waaraan promotor verbonden (voor akkoord)

Datum :
Naam :
Handtekening :

Bijlagen

INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PATIËNT

Geachte patiënt(e),

In kader van mijn opleiding tot huisarts startte ik een praktijkproject om de opvolging van patiënten met suikerziekte type 2 (=diabetes) te verbeteren.

TITEL VAN DE STUDIE

De implementatie van het zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2' in de praktijk

BESCHRIJVING EN DOEL VAN HET PROJECT

Met dit project wil ik de opvolging van patiënten met diabetes type 2 in de praktijk op een meer systematische manier laten verlopen. Een goede opvolging van een patiënt met diabetes type 2 houdt in dat er driemaandelijks een bloedonderzoek gebeurt en het gewicht en de bloeddruk opgevolgd wordt. Daarnaast is het aangeraden om jaarlijks een onderzoek van de voeten, een urineonderzoek en een nazicht door de oogarts te laten uitvoeren. Aan de hand van dit project wil ik u ook beter informeren over het bestaan van de ziekte en welke invloed uzelf op de ziekte heeft. Voor de goede uitwerking van dit praktijkproject is het noodzakelijk dat delen van uw medisch dossier, die van belang zijn voor het onderzoek, door mij ingekeken en verwerkt zullen worden.

Alle patiënten uit de praktijk met diabetes type 2 die nog niet zijn opgenomen in een zorgtraject of diabetesconventie zullen gevraagd worden om deel te nemen aan dit project. De verwachte totale duur van het project is één jaar.

VRIJWILLIGE DEELNAME

Uw deelname aan dit onderzoek is vrijwillig en u kan zich dan ook op elk moment terugtrekken uit de studie. Dit wil zeggen dat niet deelname of het zich terugtrekken uit de studie geen gevolgen zal hebben voor uw verdere functioneren. Als u zich uit dit onderzoek terugtrekt zullen uw gegevens niet verwerkt worden. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

VERTROUWELIJKHEID

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden gecodeerd. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

KOSTEN

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

RISICO'S EN VOORDELEN

Dit onderzoek brengt geen onmiddellijk risico's met zich mee. Door een meer systematische opvolging van patiënten met diabetes type 2 wordt verwacht dat mogelijke complicaties sneller opgespoord worden en vroegtijdiger behandeld kunnen worden, dit kan voor u een voordeel zijn.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze studie wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Sunaert en Dr. Feyen, beiden verbonden aan de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent.

VERZEKERING

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.
De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u me altijd contacteren.
Alvast bedankt voor uw medewerking.

Louise Achten, Huisarts-in-opleiding
Doktershuis Hansbeke, Reibroekstraat 59, 9850 Hansbeke
09/371.82.34

TOESTEMMINGSFORMULIER

Titel onderzoek: De implementatie van het zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2' in de praktijk

Naam van de hoofonderzoeker: Louise Achten

- Ik bevestig dat ik de informatie omtrent deze studie heb gelezen en begrepen en dat ik de kans heb gekregen vragen te stellen.
- Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd.
- Ik kan me op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard, zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enige wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts.
- Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.
- Ik begrijp dat delen van mijn medisch dossier die van belang zijn voor het onderzoek ingekeken zullen worden door personen die daartoe bevoegd zijn. Ik geef toelating aan deze personen om mijn dossier in te kijken.

Gelezen en goedgekeurd,

_____	_____	_____
Naam van de patiënt	Datum	Handtekening
_____	_____	_____
Naam van de persoon die toestemming bekomt (indien verschillend van onderzoeker	Datum	Handtekening
_____	_____	_____
Naam van de onderzoeker	Datum	Handtekening

Opgesteld in twee exemplaren: Eén exemplaar voor patiënt en één voor de onderzoeker.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

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

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0404	11-mei-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
De implementatie van het zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2' in de praktijk.
(MaNaMA Louise Achten)

Belgisch Registratienummer: B670201732105

* Antwoord onderzoekers via mail dd. 03/05/2017 op opmerkingen EC dd. 28/03/2017
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 14/04/2017
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) dd. 14/04/2017

Advies werd gevraagd door:

Dr. P. SUNAERT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 4/05/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 4/05/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 4/05/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 4/05/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/05/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017

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

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0404	11-mei-17	Zie "CC"

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

i.O. Prof. Th. R. Rubens

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

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

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

Bijlage 4

Draaiboek peiling naar verandering van de zelfzorg van de patiënt.

Naam van de patiënt:……

Naam van de arts: ……..

Uitleg over project: Het afgelopen jaar hebben wij in de praktijk een project opgestart om de opvolging van diabetes te verbeteren bij patiënten die niet opgenomen zijn in het zorgtraject diabetes of in de diabetesconventie. Dit project kadert in de masterproef van dokter Louise Achten, die haar opleiding tot huisarts in onze praktijk vervolledigt. Het doel van het project was tweedelig. Enerzijds hebben we de praktijkorganisatie aangepakt, waarbij we de opvolging van diabetes meer systematisch willen laten verlopen. Anderzijds willen we de patiënt meer betrekken in de zorg, waarbij we zoveel mogelijk proberen stimuleren om die zaken toe te passen waar patiënten zelf een invloed op hebben. Met behulp van deze vragenlijst willen we graag inschatten of het project iets veranderd heeft aan de manier waarop u met diabetes omgaat.

Geef bij onderstaande vragen aan of u al dan niet akkoord gaat met de stelling.

1. Heeft u het laatste jaar meer inzicht gekregen in wat diabetes is en welke invloed u hier zelf kan op hebben?

   AKKOORD– NIET AKKOORD

2. Weet u wat diabetesopvolging inhoudt en hoe frequent u op controle moet komen bij de huisarts?

   AKKOORD– NIET AKKOORD

3. Heeft u het laatste jaar meer aan beweging gedaan, met als doel om uw suikerziekte beter onder controle te krijgen?

   AKKOORD– NIET AKKOORD

   Indien akkoord: wat is er precies veranderd?

   ……

4. Heeft u het laatste jaar meer gelet op uw voeding, met als doel om uw suikerziekte beter onder controle te krijgen?

   AKKOORD– NIET AKKOORD

5. Bent u het laatste jaar meer gemotiveerd om uw medicatie correct in te nemen?

   AKKOORD– NIET AKKOORD

6. Hebt u het gevoel dat u uw suikerziekte het laatste jaar meer onder controle heb en weet te kaderen in uw dagdagelijkse leven?

   AKKOORD– NIET AKKOORD

Eventuele opmerkingen:

Bijlage 5

Ter attentie van Windoc, 26/06/2017

Beste,

Ik ben Louise Achten, werkzaam als huisarts-in-opleiding in de praktijk van dokter Hans Van den Abbeele en dokter Delphine Magniette te Hansbeke. In kader van mijn masterproef doe ik een praktijkproject omtrent verbetering van de opvolging van patiënten met diabetes type 2 in de praktijk. Hierbij maken we gebruik van de 'werkplan-module' die in windoc gebruikt wordt. Ik heb echter enkele opmerkingen/vragen omtrent het gebruik van het werkplan.

- Voor het overzicht van het werkplan zou het duidelijker/gebruiksvriendelijker zijn als er een duidelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen zaken die nog moeten gebeuren en zaken die in de toekomst zouden moeten gebeuren. Dit kan bv door middel van een dikke lijn of door middel van een kleurcode (bv groen wat nog OK is, rood wat moet gebeuren/vervallen is)
- Bij het aanmaken van het werkplan (die gekoppeld is aan het zorgelement 'niet-insuline afhankelijke diabetes, 'aanpakken via planning'), lijkt ons het gemakkelijker dat er naast de knop 'aanmaken' en 'annuleren' ook een derde knop 'aanmaken op datum van…' zou verschijnen. Indien op de knop 'aanmaken' geduwd wordt, wordt alles uitgevoerd op de dag van vandaag (en is de vervaldatum over x aantal tijd). In de praktijk gebeurt alle uitvoering van de onderzoeken echter vaak niet op de datum dat het werkplan aangemaakt wordt en lijkt het ons beter dan hiervoor voor een datum in het verleden kan geopteerd worden of dat er nog geen datum ingevuld zou worden.
- Het lijkt ons ook handig om te werken aan de hand van "gekoppeld registeren". Bij het aanmaken van een nieuwe consultatie, kunnen we die consultatie koppelen aan het zorgelement 'niet-insuline-afhankelijke diabetes'. Bij zorgaanpakken kunnen we dan de verschillende onderzoeken die in het werkplan aangeduid staan selecteren. Indien de onderzoeken die tijdens die consultatie uitgevoerd werden, geselecteerd worden, verandert de datum in het werkplan echter niet naar de datum van uitvoering. Ik weet niet of het een optie zou zijn dat de datum van het werkplan automatisch zou kunnen veranderen indien het onderzoek via 'zorgaanpak' wordt aangeklikt tijdens de consultatie? Op die manier wordt 'dubbel werk' immers vermeden.
- De diabetespas (nieuwe naam =zorgmodel 'opvolging van een patiënt met diabetes type 2') wordt in onze praktijk elektronisch aangevraagd en gefactureerd. Door het elektronisch factureren kunnen de andere collega's echter niet zien of bij die patiënt reeds een diabetespas aangevraagd werd. Het zou handig zijn als dit direct zou kunnen gekoppeld worden aan het werkplan. Dit kan nu wel via de optie 'registreer diabetespas', en dan door de optie 'vervaldag vernieuwen diabetespas in werkplan opnemen' aan te klikken, maar dit is wederom dubbel werk, en het gebruik zou gemakkelijker kunnen als dit automatisch in het werkplan komt bij aanvragen van de diabetespas.

Ik ben steeds bereid om meer duiding te geven.

Met vriendelijke groeten,

Louise Achten