Implementeren zorgtraject diabetes in de huisartsenpraktijk.

Sarah De Decker - Universiteit Antwerpen

Promotor: Dr. Hilde Bastiaens - Universiteit Antwerpen

Co-promotor, praktijkopleider: Dr. Michel Beutels

Master Huisartgeneeskunde

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2012-2013

Dankwoord

Graag wil ik iedereen bedanken bij het tot stand komen van dit onderzoek.

Mijn promotor, Dr. Hilde Bastiaens, voor de goede begeleiding van deze masterproef, en voor haar geloof in het succes van dit project.

Mijn praktijkopleider, Dr. Michel Beutels, die het onderwerp aanreikte en me de mogelijkheid gaf dit project uit te voeren in zijn praktijk. Bedankt tevens voor een vlotte samenwerking gedurende 2 jaar.

De collega's, Dr. Peter Vandenbossche en Dr. Sophie Deckers, voor de waardevolle samenwerking.

Lisa en Diane, voor de medewerking, tijdens de diabetes raadpleging.

Mijn ouders, voor alle steun.

Bedankt!

Implementeren zorgtraject diabetes in de huisartsenpraktijk

Context:

Sinds de invoering van het zorgtraject voor diabetes type II in 2009 zijn er in onze praktijk al meerdere contracten opgesteld. We merken echter dat deze patiënten niet enkel en alleen bij de huisarts komen voor de opvolging van hun diabetes. Tijdens een consultatie voor andere klachten wordt wel vaak de glykemie nagekeken, maar het systematisch uitvoeren van het opvolgingsplan verdwijnt vaak naar de achtergrond.

Onderzoeksvraag:

Hoofdvraag: Hoe kom je van diabetes in een raadpleging naar een raadpleging voor diabetes?
Subvragen:

- Wat zijn de doelstellingen van een zorgtraject?
- Waar zitten de knelpunten in de opvolging van patiënten in een zorgtraject in onze praktijk?
- Kunnen we praktisch een diabetes raadpleging invoeren?
- In welke mate kan deze raadpleging het systematisch opvolgen van patiënten verbeteren?
- In welke mate kan het EMD een bijdrage leveren in een diabetes raadpleging?
- Is het mogelijk om patiënten te sensibiliseren om specifiek voor hun diabetes op raadpleging te komen?

Methode (literatuur & registratiewijze):

Dit praktijk-en-kwaliteitsondersteunend project werd opgestart met een literatuurstudie.
In een tweede fase wensten we de situatie in onze praktijk in kaart brengen. Enerzijds werd getoetst bij de verschillende artsen in de praktijk waar volgens hun de knelpunten zitten in de opvolging van patiënten in het zorgtraject. Hiervoor maakten we gebruik van de nominale groepstechniek. Anderzijds werden enkele gegevens, zoals de uitvoering van jaaronderzoeken en HbA1c controle verzameld vanuit het medisch dossier om te kijken of deze veranderen na het verloop van de studie. Tot slot peilden we bij patiënten die in het zorgtraject zitten naar hun kennis over het zorgtraject, hun ervaringen en bereidheid om naar een raadpleging specifiek voor hun diabetes te komen. Hiervoor maakten we gebruik van focusgroepen. Met het invoeren van een diabetes raadpleging in samenwerking met een diëtiste en educator gingen we na of er een betere opvolging was van patiënten in het zorgtraject.

Resultaten:

Na analyse van de knelpunten in de praktijk, zijn we erin geslaagd tweemaal een diabetes raadpleging in te voeren voor 9 patiënten. Twee van de acht patiënten (1 patiënt werd tijdens studie uit het zorgtraject geschrapt) hadden een drastische HbA1c verlaging met meer dan 1% (2,1 en 1,2). De andere patiënten bleven status-quo. Drie patiënten bekwamen een reductie van minstens 1 kilo, twee patiënten een reductie van 4 kilo of meer. Verder was er een duidelijke verbetering in de uitgevoerde jaaronderzoeken. Alle patiënten zijn nu wel specifiek voor opvolging naar hun huisarts geweest. Ze zijn tevreden over de raadpleging, weten nu welke onderzoeken er ingepland moeten worden en hopen dat het project blijft bestaan in de toekomst. Evaluatie door de huisartsen leerde dat ze tevreden zijn dat hun patiënten nu beter worden opgevolgd.

Conclusies:

Het opzet van dit kwaliteitsbevorderend praktijkproject was het zorgtraject te implementeren in onze praktijk. Dit is geslaagd met de opstart van een gestructureerde diabetes raadpleging. Als besluit van dit proefproject kunnen we stellen dat de opvolging van de patiënt beter verloopt. Het opvolgplan van het zorgtraject wordt beter toegepast en patiënten zijn bereid om enkel en alleen voor opvolging van hun diabetes op raadpleging te komen. Het medisch dossier wordt beter geïntegreerd tijdens de raadpleging. Zowel arts als patiënt zijn tevreden. Het project zal verder gezet worden in de toekomst door een opgeleide praktijkmedewerker.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 4

1. Inleiding 7

2. Literatuuroverzicht 9

2.1. Onderzoeksvraag 9

2.2 Zoekstrategie en opbrengst van de literatuurzoektocht 9

2.3. Resultaten 12

2.3.1. Criteria zorgtraject 12

2.3.2. Impact van monitoring parameters 13

2.3.3. Totstandkoming zorgtraject 14

2.3.4. Hoe verloopt de implementie van diabeteszorg elders en bij ons? 15

3. Project in de praktijk 18

3.1 Setting 18

3.2. Methode 18

3.3. Voorbereidingsproces en implementatie 19

3.3.1. In kaart brengen van de knelpunten bij de huisartsen 19

3.3.1.1. Werkwijze 19

3.3.1.2. Bevindingen 20

Moeilijkheden bij implementeren zorgtraject 20

Positieve ervaringen 20

Suggesties 21

Diabetes raadpleging 21

3.3.2. In kaart brengen van de kennis en ervaringen bij de patiënten 22

3.3.2.1. Werkwijze 22

3.3.2.2. Bevindingen 22

Kennis zorgtraject 23

Knelpunten 23
Verschil met conventie 24
Diabetes raadpleging 24
3.3.3. Rol van het elektronisch medisch dossier 25
3.1.3.1. Werkwijze 25
3.3.4. Implementeren van een diabetes raadpleging 25
3.3.4.1. Voorbereidende gesprekken 25
3.3.4.2. Draaiboek 26
3.3.4.3. Implementatie diabetes raadpleging 28
Eerste consultatie 29
Tussentijdse evaluatie 30
Tweede consultatie 32
3.4. Resultaten 32
3.4.1. Besluit 34
3.4.2. Evaluatie van de diabetes raadpleging 34
3.4.2.1. Bij de artsen 34
Algemene ervaringen en bevindingen 34
Feedback van de patiënten 35
Toekomst 35
Uitbreiding 36
3.4.2.2. Bij de patiënten 36
4. Discussie 37
5. Besluit 39
6. Referenties 40
7. Bijlagen 42
7.1. Steekkaart diabetes Domus Medica 42
7.2. Overzichtstabel abstracts 43

7.3. Informatieformulier 46

7.4. Toestemmingsformulier 47

7.5. Draaiboek focusgroepen zorgtraject diabetes 23/07/2012 48

7.6. Coderen: gesprek artsen 50

7.7. Coderen gesprek patiënten 52

1. Inleiding

Diabetes mellitus is over de hele wereld een zeer frequente aandoening, waarvan de incidentie alleen maar toeneemt. Zo verwacht de Wereldgezondheidsorganisatie dat tegen het jaar 2030 er wereldwijd 366 miljoen mensen aan deze aandoening zullen lijden. Dit betekent een verdubbeling in een periode van dertig jaar.[1]

In het jaar 2001 schatte men dat er 177 miljoen mensen aan diabetes leden. Dit komt neer op 6 % van de wereldbevolking.[2] Specifiek voor België verwacht de WHO een vergelijkbare stijgende incidentie tot 461.000 mensen.[1]

Het grootste percentage patiënten met diabetes mellitus zijn type 2 diabetici. Deze subgroep van patiënten zien we dagelijks in de huisartsenpraktijk. Wanneer ze gediagnosticeerd worden met diabetes moeten ze begrijpen wat hun ziekte inhoudt en wat de complicaties op lange termijn zijn. Diabetes is een chronische ziekte. Zij vergt een totaal verschillende aanpak dan de acute pathologie. Om patiënten optimaal te kunnen begeleiden in hun ziekteproces wordt de zorg gestructureerd. Zo bestaan er voor diabetici al de diabetesconventie en de diabetespas. Sinds 2009 is er voor de diabetes mellitus type 2 patiënten, die maximaal 2 inspuitingen per dag krijgen, het zorgtraject diabetes opgestart door het RIZIV met als viervoudig doel[3]:

1. De aanpak, behandeling en opvolging van de patiënt te coördineren en op maat te plannen.
2. De dialoog te stimuleren met de patiënt zodat hij zo goed mogelijk inzicht krijgt en actief participeert in zijn ziekte en in de opvolging ervan; en dit door middel van een persoonlijk zorgplan.
3. Een verbeterde samenwerking tussen de verschillende gezondheidsmedewerkers te bekomen om de behandeling van deze chronische diabetespatiënten te optimaliseren.
4. De kwaliteit van de zorg te optimaliseren.

In onze praktijk merkte mijn praktijkopleider op dat, na de opstart van het vier jaar durend contract tussen patiënt, specialist en huisarts, de zorg niet gestructureerd verloopt zoals beschreven in het opvolgingsplan van het zorgtraject. Anders dan in de conventie krijgt de huisarts in het zorgtraject de centrale rol. De huisarts heeft vaak geen tijd om de opvolging van de patiënt goed te coördineren. Daarnaast komen patiënten niet enkel voor glycemie-opvolging naar de consultatie. Het zorgtraject zorgt er ook voor dat de patiënt een actievere rol krijgt. Maar is de patiënt hiertoe wel in staat? Onder andere deze twee problemen zorgen ervoor dat patiënt niet maximaal verzorgd worden en een groter risico lopen op cardiovasculaire complicaties.

Onze groepspraktijk situeert zich in een woonwijk op de grens van de stad Antwerpen en de grens van de groene rand Schoten, Brasschaat, Ekeren en Kapellen. Wat populatie betreft, is ze zeer divers samengesteld, met patiënten uit alle lagen van de bevolking; van jong tot oud, van hoogste tot laagste sociale klasse. Verder gaat het om een overwegend autochtone bevolking en een groep van allochtone patiënten: veel ex-Joegoslaven, naast Aziaten en Noord-Afrikanen. Er wordt in de praktijk enkel na afspraak gewerkt. In de praktijk werken drie secretaresses, een diëtiste en psycholoog mee.

Met deze masterproef zou ik graag te weten komen waar de knelpunten liggen na de opstart van het zorgtraject bij de huisartsen in onze praktijk en de patiënten waarbij een zorgtraject lopende is. Al snel ontstond het idee om een diabetes raadpleging op te starten in de hoop aan de noden van zowel artsen als patiënten te voldoen. Het uiteindelijke doel is de zorg van patiënten met diabetes te vereenvoudigen om de kwaliteit van zorg en ook de kwaliteit van leven te verbeteren.

De specifieke onderzoeksvraag luidt: Hoe kom je van diabetes in een raadpleging naar een raadpleging voor diabetes?

Subvragen zijn:

- Wat zijn de doelstellingen van een zorgtraject?
- Waar zitten de knelpunten in de opvolging van patiënten in een zorgtraject in onze praktijk?
- Kunnen we praktisch een diabetes raadpleging invoeren?
- In welke mate kan deze raadpleging het systematisch opvolgen van patiënten verbeteren?
- In welke mate kan het EMD een bijdrage leveren in een diabetes raadpleging?
- Is het mogelijk om patiënten te sensibiliseren om specifiek voor hun diabetes op raadpleging te komen?

2. Literatuuroverzicht

2.1. Onderzoeksvraag

Om te kijken wat er misloopt in onze praktijk met de opvolging van diabetici, dien ik te weten wat de richtlijnen van het zorgtraject zijn. Mijn eerste vraag luidt: **wat zijn de doelstellingen van een zorgtraject?** Met andere woorden, wat zijn de inclusiecriteria en wat dient er nagekeken te worden bij elke patiënt zowel op maand- als jaarbasis.

Een volgende onderzoeksvraag betreft een opzoeking naar het belang van een strikte opvolging van diabetici. **Wat is de impact van een goede monitoring van de verschillende gezondheidsparameters op het ziekteverloop van diabetes?**

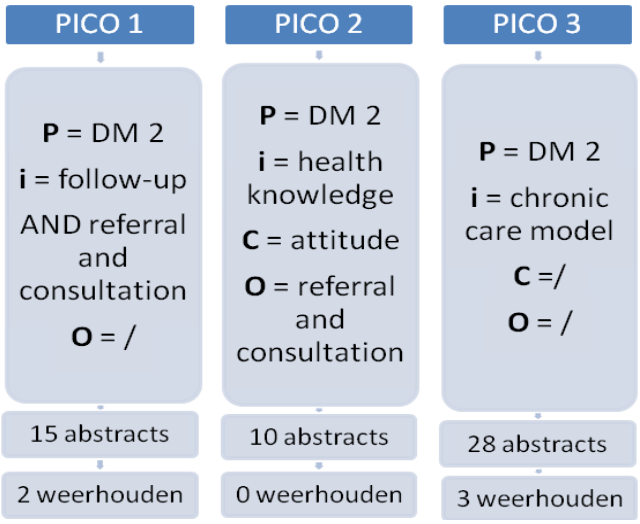
Op basis van de Diabetes Projecten Aalst en Leuven is het zorgtraject diabetes ingevoerd voor Vlaanderen.[4-5] Het chronisch zorgmodel van Wagner stond als basis voor dit project. Misschien zou het invoeren van een diabetes raadpleging in onze praktijk voor een betere zorg van de patiënten instaan. Ik ga in de literatuur zoeken naar **voorbeelden van een diabetesraadpleging in de eerste lijn** en naar hoe patiënten hier tegenover staan. Zo kan ik hun ideeën en valkuilen meenemen in mijn onderzoek.

2.2 Zoekstrategie en opbrengst van de literatuurzoektocht

De criteria voor het starten van het zorgtraject diabetes en het opvolgingsplan voor de patiënt staan beschreven op de website van het RIZIV www.zorgtraject.be.[3] Het opvolgingsplan opgesteld door het RIZIV heb ik vergeleken met de richtlijn diabetes mellitus type 2 van Domus Medica op www.domusmedica.be (zie bijlage 7.1).[6] In deze richtlijn ben ik me verder gaan verdiepen in de artikels uit de bronvermelding. Zo kreeg ik een antwoord op de tweede onderzoeksvraag; waarom een strikte opvolging van diabetespatiënten noodzakelijk is.

Om de laatste onderzoeksvraag te beantwoorden ben ik via OVID en Pubmed in Medline gaan zoeken en heb ik via de zoekmachine Trip Database gezocht naar andere projecten die een raadpleging voor diabetes invoerden, zowel in België als in andere Westerse landen.

Om de onderzoeksvraag te vereenvoudigen, heb ik gebruik gemaakt van het PICO principe (P = patient, I = intervention, C = comparison, O = outcome). Aan de hand van de opgestelde pico's probeerde ik meer kennis te vergaren over het opstarten van een diabetes raadpleging (fig. 1)



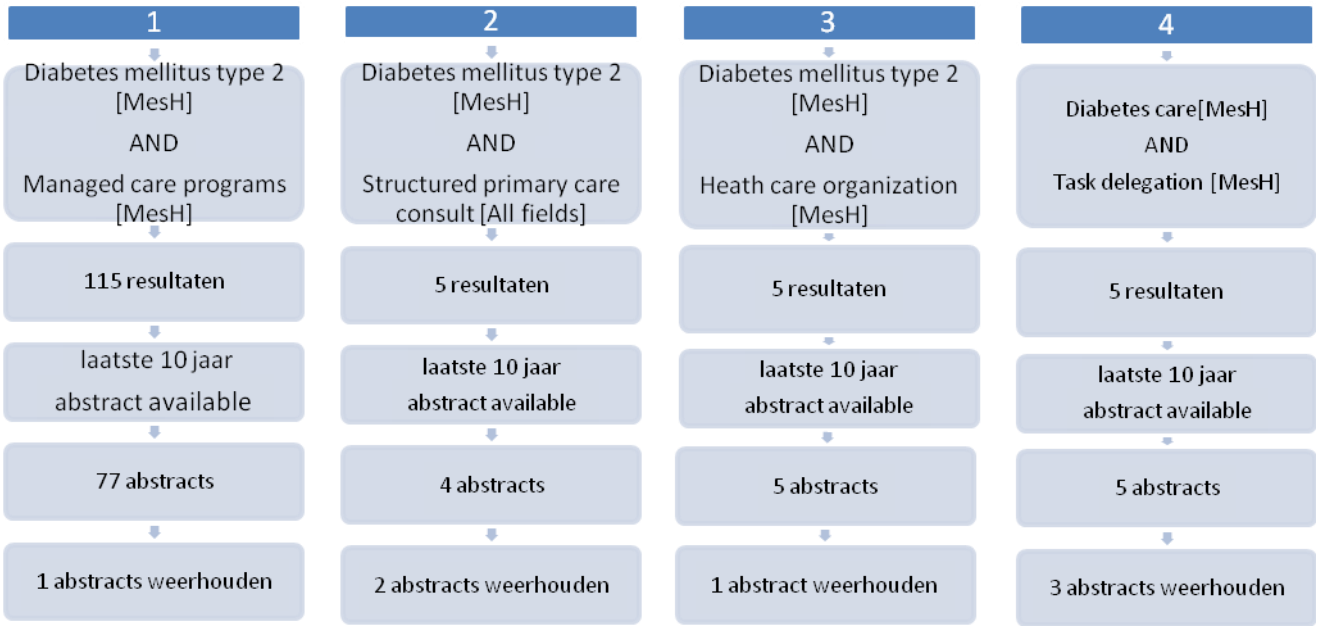
Figuur 1: PICO's literatuuronderzoek

Het was niet eenvoudig om een correcte Engelse vertaling te vinden voor "gestructureerde raadpleging". Ik maakte gebruik van de woorden "care groups", "patient centered consulting" en "call systems". "Referral and consultation" kwam het beste in de buurt en leverde het meeste resultaten op. Ik maakte de zoektocht efficiënter door gebruik te maken van MeSH termen. Verder stelde ik nog een aantal criteria in om de zoekresultaten verder te verkleinen. Voor het eerste criteria besloten mijn promotor en ik om enkel de abstracts uit het jaar 2002 tot nu te lezen. Een tweede vereiste was dat het artikel enkel over eerstelijnszorg mocht gaan. Ik koos ervoor enkel Nederlandse, Engelse of Franstalige abstracts te lezen.

Door met bovenstaande zoektermen in Medline te zoeken en de aangegeven limieten toe te passen bleven er in totaal 53 artikels over (cfr fig 1). Ik selecteerde enkel de abstracts die nuttig kunnen zijn voor implementatie in onze praktijk om daarvan het volledige artikel te lezen. Om het overzichtelijker te maken, stelde ik een tabel op met deze overgebleven abstracts (zie bijlage 7.2). Slechts twee abstracts uit de databank van Medline kwamen in aanmerking; "The chronic CARe for diAbeTes study (CARAT): a cluster randomized controlled trial" [7] en het "Diabetes Project Aalst: Chronic Disease Management" [4]. Aangezien de meeste research uit Amerika komt en het Amerikaanse gezondheidsnet in grote mate verschilt van ons Belgisch zorgsysteem, leunt de Zwitserse toepassing van het "Chronic Care Model" het beste aan bij mijn onderzoeksvraag.

Door de termen "diabetes mellitus type 2" en "Chronic Care Model" in te geven in de Trip Database kwam ik op 1708 artikels uit. Door enkel de artikels te selecteren van 2002 tot en

met 2012 werd de selectie verminderd tot 38 artikels. Aangezien het chronisch zorgmodel vaak ook wordt toegepast in ziekenhuizen heb ik de zoektocht verder verkleind door de artikels te selecteren die enkel over eerstelijnszorg gaan ("primary care"). Als slot kom ik dus op een selectie van 33 artikels. Deze artikels komen grotendeels overeen met de artikels gevonden na de zoektocht in de database van Medline. Ik was teleurgesteld dat de literatuurzoektocht zo weinig resultaten opleverde. Ik ben vervolgens een tweede zoektocht gestart in Pubmed. Door het gebruik van specifieke MesH termen verkreeg ik 108 bruikbare abstracts (fig. 2). Ik weerhield 7 abstracts na het gebruik van dezelfde criteria als de PICO's. [8-9-10-11-12-13-14]



Figuur 2: Zoekstrategie Pubmed

Als volgende stap zocht ik in Vlaamse en Nederlandse tijdschriften. Het tijdschrift Huisarts Nu, uitgegeven door Domus Medica, vermelde in november 2012 een artikel over een gelijkaardige studieopzet: "Naar een betere diabeteszorg; Periodiek uitnodigen van patiënten in combinatie met taakdelegatie." [15] Verder gebruikte ik de artikels van het diabetes project Aalst en Leuven uit dit tijdschrift voor mijn resultaten.[4-5] Het Tijdschrift voor Geneeskunde heeft eenmalig geschreven over het zorgtraject: Het transmurale zorgtraject diabetes mellitus type 2.[16] Dit artikel werd de basis van de uiteenzetting over het ontstaan van het zorgtraject. In het tijdschrift voor evidence-based medicine (Minerva) gaf ik eerst als zoekterm "zorgtraject" in. Dit leverde slechts 1 zoekresultaat op. Dit artikel handelt echter over het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie. Daarna verfijnde ik de zoekactie met als trefwoorden zorgcontinuïteit, zorgmodellen en diabetes mellitus. Dit leverde geen enkel artikel op. Door enkel de term "diabetes mellitus type 2" in te geven, kreeg ik 55 artikels ter beschikking. Geen enkel van de bekomen artikels was bruikbaar voor mijn onderzoek. Zowel

In het Nederlandse tijdschrift “Huisarts en wetenschap” als het Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde trof ik geen informatie met de zoekterm “zorgtraject” aan. In Nederland gebruiken ze de term zorggroep om chronische zorg voor diabetici te coördineren. Onder die zoekterm kwam ik uit op 12 artikels.

Vervolgens ben ik ook op de ICHO- website gaan kijken of er masterproeven terug te vinden zijn over het opstarten van een diabetes raadpleging. Ik vond een tiental masterproeven terug over het verbeteren van de opvolging van diabetespatiënten. Enkel het project van dr Aghdoui, verschenen in Huisarts Nu 2012, gebruikte ik.[15]

Verder gebruikte ik de praktijkwijzer van het Nederlands huisartsen genootschap (NHG). Zij heeft deze praktijkwijzer uitgebracht om een diabetesraadpleging te starten. Een collega huisarts in opleiding vertelde me dat in het wijkgezondheidscentrum waar hij werkt ze deze NHG praktijkwijzer diabetes toepassen.

Tot slot heb ik ook nog een rapport van het KCE uit 2006 en de position paper die in december 2012 beschikbaar werd, meegenomen in mijn onderzoek.[17-18]

2.3. Resultaten

2.3.1. Criteria zorgtraject

Inclusiecriteria [3]

- 1 of 2 insuline-injecties per dag
- Onvoldoende controle bij maximale orale behandeling, waarbij insulinebehandeling overwogen wordt

Exclusiecriteria (vóór de start van een zorgtraject)

- Type 1 diabetes
- Zwangerschap of zwangerschapswens
- Meer dan 2 insuline-injecties per dag

Zorgtraject diabetes type 2 – opvolgingsplan

De huisarts stelt, in overleg met zijn patiënt, een opvolgingsplan op. Dit is gebaseerd op de volgende doelstellingen die worden aangepast en geïndividualiseerd op maat van de patiënt.

1. Doen begrijpen van de ziekte en van de geplande zorgbegeleiding

2. Motiveren van de patiënt en verwerving van de steun van zijn omgeving

3. Gezonde levensstijl
   - Sedentariteit: fysieke activiteit aanmoedigen
   - Tabakgebruik: rookstop
   - Ongezonde voeding: gezonde aanpassingen doorvoeren
   - Obesitas: gewichtsreductie stimuleren

4. Opvolgen en behandelen van, eventueel farmacologisch
   - Glycemie (Hb A1c <7%)
   - Lipiden (LDL-cholesterol < 100 mg/dl of zelfs <70 mg/dl indien majeure cardio-vasculair risico): statines tenzij tegenindicatie
   - Bloeddruk (<130/80mmHg, <125/75 mmHg indien proteïnurie >1g/dag)
   - Geneesmiddelen om het risico op trombose tegen te gaan
   - Overgewicht: -5 tot 10 % tijdens het eerste jaar
   - Tabakgebruik: rookstop
   - Infecties

5. Biologische controles HbA1c, lipiden

6. Jaarlijks onderzoek op complicaties
   - Anamnese: klachten van ischemisch hartlijden, neuropathische of ischemische pijnen in onderste ledematen, sexuele stoornissen, …
   - Bloed en urineonderzoek: microalbuminurie, creatinine, creatinineklaring
   - Oogfundusonderzoek door oogarts
   - Onderzoek van voeten

7. Inenten tegen griep en pneumokokken.

2.3.2. Impact van monitoring parameters

Een strikte glycemieregeling is niet enkel nodig om de acute risico's (hyperglycemie en keto-acidose) te vermijden maar ook om de lange termijn risico's te doen dalen. Deze risico's omvatten zowel microvasculaire (nefropathie, oftalmopathie, enz.) als macrovasculaire (coronaire en cerebrovasculaire) complicaties. We spreken dan van een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. De "United Kingdom prospective Diabetes Study" (UKPDS) was de eerste studie die een verband aantoonde tussen een goede glycemiecontrole en een daling van de cardiovasculaire complicaties.[19] Door over een periode van 10 jaar een conservatieve groep, met als behandeling dieet, te vergelijken met een intensievere groep, met als behandeling orale antidiabetica, zag men een glycemiecontrole met respectievelijk een HbA1c van 7,9 % en 7,0 %.[20] De krachtigere daling van het HbA1c deed het microvasculaire risico bij de intensievere begeleidende groep met 25 % dalen. Deze significante stijging legt het verband tussen een goede metabole controle en het risico op hart- en vaatziekten. Enkel bij de patiënten met metformine zag men een significante daling van de macrovasculaire complicaties. Ook kon men aantonen dat diabetici na 10 jaar in de studie een tweemaal

hogere mortaliteit hebben dan de gezonde populatie. Diabetes is een onafhankelijke risicofactor op macrovasculair lijden.

Het "Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes" (ACCORD)-onderzoek werd opgezet om na te gaan of, toegevoegd aan scherpe instelling van de glycemie concentratie, een extra sterke reductie van de bloeddruk of van de lipiden additioneel voordeel zou opleveren.[21] De onderzoekers bewezen dat een streefwaarde van de systolische bloeddruk <120 mm Hg in plaats van <140 mm Hg geen voordeel heeft voor de cardiovasculaire ziekte en sterfte en geeft significant meer ernstige bijwerkingen.[6] Een vervolgonderzoek naar de invloed van lipiden bewees dat het onderzoek geen onderbouwing geeft voor de combinatie van simvastatine en fenofibraat om het cardiovasculaire risico te verminderen bij patiënten met een hoog cardiovasculair risico en diabetes mellitus type 2.[22] De auteurs besluiten dan ook dat er minder strenge doelen mogen gehanteerd worden en men vooral dient rekening te houden met individuele factoren, zoals comorbiditeit, levensverwachting en kwetsbaarheid op hoge leeftijd.

2.3.3. Totstandkoming zorgtraject

Nu het belang van een vroegtijdige diagnose en behandeling van cardiovasculaire risicofactoren aangetoond is, moeten we zorgen dat we dit naar de praktijk kunnen vertalen. Om dit te realiseren dient elke diabetespatiënt nauwkeurig opgevolgd te worden. Aangezien dit in een drukke huisartsenpraktijk onbegonnen werk is, is men zorg gaan coördineren. In 1998 heeft Wagner de bestaande evidentie verzameld en in een model gegoten: het "Chronic Care Model (CCM)".[23] Dit model zou kunnen toegepast worden voor alle chronische ziekten (astma, COPD, enz.) In 2006 bracht het Kenniscentrum een rapport uit waarin dringend geadviseerd werd om ook in België een "Chronische Zorg Model" in te voeren.[17]
Het RIZIV heeft in 2003 twee projecten goedgekeurd in Aalst en Leuven om dit model in de Belgische context te onderzoeken.[4-5] Het is berust op de zes pijlers van Wagners chronisch zorgmodel:

1) Algemeen gezondheidsbeleid

2) Zelfzorgondersteuning

3) Organisatie van de zorgverlening

4) Beslissingsondersteuning

5) Klinische informatiesystemen

6) Gebruik maken van lokale ondersteuning

De onderzoekers van het project in Aalst stelden als besluit dat de huidige kwaliteit van de diabeteszorg in de eerste lijn niet goed genoeg is. Er is nood aan "Chronic Disease

Management" om de huidige zorg te verbeteren.[10] In het tweede deel van het project, na het invoeren van een zorgprogramma bij een reeks huisartsen, gaan ze kijken welke factoren de implementatie van dit zorgprogramma bevorderd dan wel belemmerd hebben.[24]

Veel factoren die de implementatie hebben bemoeilijkt, hangen samen met de beperkte organisatie van de eerste lijn, zowel op regio- als op praktijkniveau. De positieve factoren waren onder andere positieve attitude ten aanzien van regionale taak- en werkafspraken, steun van de tweede lijn, waardering van het aanbod en erkenning van de huisarts als eerste aanspreekpunt door patiënten. De balans na twee jaar implementatie is positief. Het project heeft in de regio kunnen samenwerken met sterk gemotiveerde zorgverleners uit de eerste lijn die bereid waren om te investeren in een betere kwaliteit van de zorg. Mits het toevoegen van een zorgcoördinator en twee educatoren is het gelukt om de verschillende componenten van het zorgprogramma in de regio in te voeren. De participatiegraad van de huisartsen en de patiënten aan het ondersteuningsaanbod is geleidelijk toegenomen. Na twee jaar intensief 'samenwerken' met de regio kunnen naar het beleid adviezen worden geformuleerd die de kans op succes bij verdere initiatieven verhogen.

Het 'Diabetes Project Leuven' heeft aangetoond dat ook in de Belgische eerste lijn de zorg voor diabetes mellitus type 2 patiënten verbeterd kan worden.[5] Verder heeft het aangetoond dat het invoeren van een basispakket van ondersteunde maatregelen voor de huisartsen, gebaseerd op het CCM van Wagner, de kwaliteit van zorg gevoelig verbetert.

Het RIZIV besloot in 2009 om de zorgtrajecten voor diabetes en chronische nierinsufficiëntie in het leven te roepen. Echter, mijn inziens biedt dit onvoldoende structuur voor de huisarts om de patiënt goed te kunnen begeleiden. Ter ondersteuning kan de huisarts nu beroep doen op een diabeteseducator. Maar is dit voldoende?

2.3.4. Hoe verloopt de implementie van diabeteszorg elders en bij ons?

In Zwitserland liep een grote trial; "The chronic CARe for diAbeTes study (CARAT): a cluster randomized controlled trial.[7] In dit grootschalig project gaan een aantal huisartsen een project aan om, met de samenwerking van een praktijkverpleegkundige, hun diabetespatiënten proactief te begeleiden en zo de chronische zorg te verbeteren. Het abstract beschrijft hoe de opstart gebeurde. Ik mailde naar de auteur maar het resultaat van deze trial is spijtig genoeg nog niet gekend.

In Duitsland heeft men een grootschalig onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van diabeteszorg tussen 1999 en 2008 verspreid over drie populatiestudies.[8] Men vergeleek de proces- en outcome parameters van gezondheidszorg bij type 2 diabeten. Men kon besluiten dat zowel de preventie verbeterd was door een verhoogde uitvoering van het aantal jaaronderzoeken als een verbeterende behandeling van hun diabetes. Echter er was geen verbetering in zelfmanagement van de patiënt.

Bij 113 huisartsen in Nederland ging de auteur Cleveringa gedurende 1 jaar na of de cardiovasculaire risicofactoren verbeterd kunnen worden bij type 2 diabetici door de hulp van een praktijkverpleegkundige in combinatie met een elektronisch besliskundig support systeem.[25] Het aantal patiënten dat zijn doelen bereikte steeg enorm; van 60.6% tot 66.5% voor HbA1c, van 48.7% tot 61.9% voor bloeddruk, en van 47.4 % to 60.6% voor totaal cholesterol. Het percentage patiënten dat voor alle drie de parameters het doel behaalde steeg 15.3% tot 26.9% (all $P < 0.01$).

In een artikel uit de European Journal of General Practice van 2009, aangereikt door mijn promotor en nadien ook zelf verkregen met de opzoeking in Pubmed, gaan ze na of verschillen in kwaliteit van zorg tussen huisartsen, verklaard kan worden door verschillen in hoe zij zorg voor diabetes organiseren.[11] Het studieopzet gebeurde in Nederland, wat ons doet vermoeden dat het gemakkelijk geëxtrapoleerd kan worden naar België. Echter, de Nederlandse eerstelijnszorg is anders gestructureerd. Praktijkondersteuners zijn veel beter ingeburgerd in de huisartspraktijk door een tegemoetkoming van de zorgverzekeraars. Hoe de chronische zorg wordt ingevuld bepalen de praktijken zelf. Verscheidene onderzoeken hebben al aangetoond dat taakdelegatie tot een betere zorg leidt.[26] In het artikel van Spigt et al. beschrijven ze een duidelijk verschil van aanpak tussen de verschillende huisartsencentra. De kansen voor optimale zorg verhogen wanneer er een diabetes educatie programma aanwezig is, de patiënt wordt besproken tussen arts en verpleegkundige, een jaarlijkse check-up door de arts én de verpleegkundige wordt uitgevoerd en als er maatregelen worden genomen wanneer patiënten niet komen opdagen.[11]

Een internationale studie gepubliceerd in 2011 peilde bij huisartsen, patiënten en specialisten of de dokters kennis hadden over de percepties van ernst, bezorgdheden rond complicaties en nood naar verbetering van zorg van type 2 diabetici.[12] Patiënten beschouwden diabetes als een ernstige aandoening en rapporteerden matige angst. Huisartsen vonden het moeilijk om in te schatten welke complicaties de patiënt het belangrijkste vond. De patiënten wensten niet meer consultatietijd maar meer actieve betrokkenheid, informatie en gemakkelijke bereikbaarheid van hun huisarts.

Een voorbeeld in België is uiteengezet in een masterproef van dr. Aghdoui toen werkend in een wijkgezondheidscentrum, “Naar een betere diabeteszorg: Periodiek uitnodigen van patiënten in combinatie met taakdelegatie”.[15] Er werd een systeem opgebouwd waarbij de patiënt zowel door de huisarts als de verpleegkundige werd gezien. Hij concludeerde dat dit systeem voor een betere, evidence-based opvolging van diabetespatiënten leidde. Hun zwakke punt was dat patiënten niet nuchter op afspraak kwamen. Deze bemerking neem ik mee naar mijn project.

Tot slot vroeg de minister van Volksgezondheid het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) om samen met de FOD Volksgezondheid en het RIZIV een toekomstvisie voor de chronische zorg te ontwikkelen.[18] Het KCE bestudeerde de internationale, wetenschappelijke literatuur, en keek naar het werk dat in binnen-en

buitenland reeds rond chronische zorg gebeurde. Het betrok ook uitgebreid de mensen van het terrein, het beleid en de koepels van patiëntenverenigingen bij het onderzoek. Het resultaat: een 'Position paper' die meer dan 50 concrete acties voorstelt om de organisatie van de chronische zorg fundamenteel te hervormen**.** Enkele voorbeelden:

1) Chronische zorg moet gestuurd worden door een zorgplan, opgesteld in samenspraak met de patiënt en de mantelzorger(s). Hierbij moeten niet alleen de medische, maar ook de psychologische en sociale behoeften en levensdoelen van de patiënt centraal staan.

2) Een gemeenschappelijk zorgplan en een gedeelde opvolging houdt in dat elke betrokken zorgverlener toegang krijgt tot alle nodige informatie uit het medisch dossier, uiteraard met een goede bescherming van de privacy van de patiënt.

3) Voor complexe aandoeningen werkt de huisarts ook vandaag al vaak samen met een informeel netwerk van lokale zorgverleners. Dit vraagt heel wat planning en coördinatie, eerder een management taak dan een medische. Die taak zou perfect kunnen ingevuld worden door een verpleegkundige of een maatschappelijk assistent (een "case manager") en zo bijdraagt tot een vermindering van de werklast van de huisarts.

3. Project in de praktijk

3.1 Setting

Onze groepspraktijk situeert zich in een woonwijk op de grens van de stad Antwerpen en de grens van de groene rand Schoten, Brasschaat, Ekeren en Kapellen. Wat populatie betreft, is zeer divers samengesteld, met patiënten uit alle lagen van de bevolking; van jong tot oud, van hoogste tot laagste sociale klasse. Verder gaat het om een overwegend autochtone bevolking en een groep van allochtone patiënten: veel ex-Joegoslaven, naast Aziaten en Noord-Afrikanen. Er wordt in de praktijk enkel na afspraak gewerkt. In de praktijk werken drie secretaresses, een diëtiste en psycholoog mee.

3.2. Methode

In onze opleiding tot arts kwam het zorgtraject niet aan bod. Pas in de opleiding tot huisarts werd tijdens de praktijkstages duidelijk dat er een structuur voor chronische zorg bestaat. Mijn praktijkopleider is een voorstander van dit project. Hij ondervindt echter nog te veel knelpunten in zijn praktijk.

Na de literatuurstudie wil ik de situatie in onze praktijk in kaart brengen. Enerzijds wordt bij de verschillende artsen in de praktijk getoetst waar volgens hen de knelpunten zitten in de opvolging van patiënten in het zorgtraject. Ik wil ook weten welke knelpunten in een afzonderlijke diabetesraadpleging zouden kunnen opgevangen worden.

Om de knelpunten bij **artsen** in kaart te brengen organiseerde ik een groepsgesprek waarbij er gebruik wordt gemaakt van de nominale groepstechniek. Dit is een techniek om een gesprek te voeren met een kleine groep mensen op een gestructureerde wijze om eenvoudig tot een consensus te komen. Aangezien ik nog nooit moderator ben geweest bij een gesprek, leek dit me een goede manier om het gesprek op een gestructureerde manier te laten verlopen.

Om de kennis en ervaringen van **patiënten** te kennen, maken we gebruik van focusgroepen. Elke patiënt neemt deel aan één groepsgesprek dat ongeveer 1 ½ tot 2uur duurt. Daarbij krijgen deelnemers de kans om hun persoonlijke mening en ervaring te delen. De gesprekken verlopen aan de hand van een vooraf opgesteld draaiboek en worden opgenomen en uitgetikt. Gegevensverzameling en verwerking zullen zodanig gebeuren dat de privacy van alle deelnemende patiënten wordt beschermd. Deelnemers hebben ook het recht om informatie op te vragen over de procedures en het onderzoeksproject. De resultaten worden gebundeld in een rapport. De deelnemers kunnen steeds beslissen uit het focusgroepsgesprek te stappen.

Voor de evaluatie van de **diabetesraadpleging** maken we enerzijds gebruik van proces-en outcome parameters in verband met de opvolging van patiënten. Dit gebeurde op basis van het medisch dossier van de patiënt. Om een overzicht te krijgen van zijn opvolging gebruikte ik de gegevens van een jaar voor de opstart van de diabetes raadpleging tot een half jaar na de opstart ervan. Het zorgtraject beschrijft een aantal parameters die driemaandelijks en jaarlijks opgevolgd moeten worden. Ik koos voor drie outcomeparameters: HbA1c, bloeddruk en gewicht. Deze zijn allen eenvoudig te na te kijken en zouden binnen het korte tijdsverloop van deze studie kunnen veranderen. Als procesparameters HbA1c, bloeddruk en gewicht namen we mee. De gegevens van de patiënten werden opgenomen in een Excel databank. Deze gegevens worden gecodeerd bewaard in de onderzoeksfile. Codering gebeurt door de huisartsonderzoeker die ook beroepsmatig de patiënten opvolgt en dus gebonden is aan het beroepsgeheim. Aangezien het een erg kleine groep patiënten betreft, hebben mijn promotor en ik besloten enkel beschrijvende resultaten te gebruiken. Ik ben gaan kijken of er per patiënt veranderingen teweeg zijn gebracht. Anderzijds voeren we korte evaluatiegesprekken met de artsen en patiënten.

Na het implementeren van een diabetes raadpleging ging ik opnieuw een gesprek aan met de artsen in onze groepspraktijk. De bedoeling was na te gaan welke hun ervaringen zijn na de georganiseerde zorgtraject bijeenkomsten. Werden de verwachtingen ingelost? Welke feedback geven zij? Zal het traject worden verder gezet?

Als evaluatie van de raadpleging bij de patiënten stelde ik enkele vragen na het laatste contact. Het oorspronkelijke doel was om opnieuw focusgroepsgesprekken te voeren maar dit hebben we niet kunnen realiseren.

3.3. Voorbereidingsproces en implementatie

3.3.1. In kaart brengen van de knelpunten bij de huisartsen

3.3.1.1. Werkwijze

Allereerst ging ik een groepsgesprek aan met de artsen uit de praktijk. Dit groepsgesprek met de artsen vond plaats op 12 april 2012. Alle drie de artsen van de praktijk woonden het gesprek bij. Er werd voldoende tijd voorzien. Het gesprek werd opgenomen. De uitwerking gebeurde door het audiofragment volledig uit te typen. Om dit interview te analyseren werd de tekst gecodeerd. Hierbij krijgt elk betekenisvol geheel een code toegewezen. Enkel de fragmenten, relevant voor het onderzoek krijgen een code. Ik nummerde de codes. Om de belangrijkste onderwerpen tijdens het gesprek in het licht te stellen werden de codes nadien gegroepeerd per categorie.

3.3.1.2. Bevindingen

Als eerste stap ging ik een gesprek aan met de artsen in onze groepspraktijk. De drie artsen hebben allen ervaring met het zorgtraject. Het doel van dit project is naar een betere opvolging van het zorgtraject te komen zowel voor de patiënten als de artsen. Het is dus belangrijk dat ik een verbetering breng in onze praktijk.

Moeilijkheden bij implementeren zorgtraject

Eén arts gaf toe dat hij een deel van het probleem bij zichzelf kan zoeken. Hij **weet een aantal punten uit het opvolgingsplan van het zorgtraject niet meer** en zal dit moeten opzoeken. Een van de artsen oppert dat de opstart van het zorgtraject vlot verloopt, maar de opvolging niet. De opstart is voor één arts wel een knelpunt. Hij wist niet dat je als huisarts dit zelf in handen kan nemen en verwijst nu naar de specialist voor de opstart.

Dat de opvolging moeilijk verloopt, wijdt een arts aan **tijdsgebrek** en de patiënt zelf: "Mensen komen wel voor hun suiker, maar meestal tijdens een consult waarbij er nog andere dingen zijn. Je moet het er van kunnen loskoppelen maar dat is soms wat moeilijk." Vervolgens zijn ze ook **teleurgesteld dat de meeste patiënten niet zelf op raadpleging komen voor glycemie en HbA1c bepaling**. Ze zijn vaak niet nuchter op de afspraak. Het reeds aangehaalde tijdstekort zorgt er volgens de artsen voor dat er geen tijd is voor levensstijl bespreking. Omdat er maar een kwartier per raadpleging is, valt dit luik vaak weg. Een ander besluit dat het ook voor een deel aan de patiënt te wijten is: "Ik leg ze uit dat ze bepaalde dingen goed doen en andere dingen minder en dat ze hieraan moeten werken voor hun gezondheid, maar je ziet de patiënt pas om de 3 maanden terug, dus wat hij intussen tijd doet weet je niet." Er zit ook **te weinig structuur in de opvolging**, bv het onderzoek van de voet gebeurt niet routinematig. Een laatste opmerkelijk punt in de opvolging is de planning van de jaaronderzoeken. Deze verloopt niet goed. De vraag is wie dit zal moeten regelen: de patiënt of de huisarts? Verder wordt er aangehaald dat er weinig contact is met de specialist. Er wordt enkel met briefwisseling gecommuniceerd. Andere stellen zich de vraag of dit niet voldoende is.

Het gebruik van het **elektronisch medisch dossier** is het laatst besproken knelpunt. Ze vinden het jammer dat er nog geen specifieke lijst met parameters in het dossier aanwezig is die telkens nagekeken dienen te worden, naar analogie met GMD+. Het elektronisch ondersteunt de huisarts te weinig.

Positieve ervaringen

Naast de knelpunten zijn er ook positieve ervaringen voor de artsen. Er werd al verteld dat voor twee artsen de opstart in samenspraak met de specialist vlot verloopt. Na de opstart

wordt meteen de **diabeteseducator** uit de buurt gecontacteerd. “Wanneer je de papieren terugkrijgt bij goedkeuring, bel ik de educator op, die gaat dan naar de patiënten thuis. Dat doe ik allemaal zelf en dat gaat goed. De samenwerking met de educatoren verloopt ook vlot.” Positief nieuws zijn **de consultaties die voor de patiënt zo goed als gratis zijn**. Dit verlaagd toch de drempel voor de patiënt om zijn huisarts te consulteren. Zo ervaart men toch dat patiënten zelf op raadpleging komen voor HbA1c controle.

Suggesties

Een van de collega’s geeft een voorbeeld voor een mogelijke aanpak: “Ik heb een aantal patiënten die ik **na de consultatie een voorschrift voor het labo meegeef voor HbA1c bepaling**. Die patiënten zie ik dan om de drie maanden terug ineens met het bloedresultaat. Dat is veel nuttiger, dan kan je op dat moment ineens aanpassingen doen. Over de telefoon verloopt dit vaak wat moeilijker. Zo is het makkelijker om de patiënten op die manier vast te houden. Voornamelijk bij oudere patiënten.” Een collega beaamt dat dit een goede manier van werken is: “Wat dat betreft zou het goed zijn dat we een vaste structuur hebben, dat we zeggen we gaan het zo doen. En dat je ze ineens een afspraak meegeeft. Dat je zegt **binnen drie maanden zie ik u terug op bijvoorbeeld de zorgtraject raadpleging**.”

Over de jaaronderzoeken zijn ze het unaniem eens. De **patiënt dient zelf zijn afspraken voor jaaronderzoeken te maken**. Een voorstel is ze ineens een nieuwe afspraak te laten maken als ze terugkomen van bij de specialist voor het jaar nadien. Als deze op tijd gemaakt worden is er geen probleem. Een arts merkt op: “Misschien worden patiënten zo bewust van hun eigen verantwoordelijkheid.”

Verder werd er gesuggereerd dat het elektronisch **medisch dossier in orde gemaakt moet worden** en **efficiënter gebruikt moet worden**. “als je met een patiënt bezig bent met een chronisch probleem, kan je al die consultaties in één module steken en ze heel gemakkelijk terug oproepen. Zodat je niet moet scrollen tussen alle consultaties, maar met één klik die specifieke consultaties kan bekijken. We moeten er echt eens tijd insteken. Het is zeker ideaal voor de zorgtrajecten.”

Diabetes raadpleging

Al snel kwam iedereen tot het besluit dat een diabetes raadpleging in onze praktijk soelaas kan bieden. “Ik denk dat de patiënten tot een punt moet geraken dat ze ineens 4 afspraken krijgen per jaar, vast voor hun diabetes, buiten hun andere raadplegingen. Bijvoorbeeld in een **diabetes raadpleging**. Als onze **diëtiste daarbij kan aanwezig zijn** is dat ideaal. Eventueel ook een **diabeteseducator**. Dan kan er alles aangeboden worden. Als er dan nog lacunes zijn, kunnen we die opvangen. Als die raadpleging een aparte identiteit wordt, kunnen we ze beter opvolgen.” Al snel bracht dat ook enkele beslommeringen met zich mee. Doen we dit eenmaal per maand, moeten we een avondraadpleging voorzien, diëtiste en

educator mee betrekken in de raadpleging, enz. De diabetes raadpleging moet een aparte identiteit worden voor betere opvolging.

3.3.2. In kaart brengen van de kennis en ervaringen bij de patiënten

3.3.2.1. Werkwijze

Tot slot peilen we bij patiënten die in het zorgtraject zitten naar hun kennis over het zorgtraject, hun ervaringen en hun bereidheid om naar een raadpleging speciaal voor hun diabetes te komen. Eerst werd een inventaris opgesteld met patiënten die in het zorgtraject zitten in onze praktijk. Ik vroeg aan onze artsen om te noteren wie van hun patiënten in aanmerking kwam voor mijn studie. Na twee weken had ik een lijst van een tiental patiënten. De lijst werd aangevuld door een praktijkmedewerker op basis van de reeks patiënten per arts verkregen van het RIZIV. Er liep net een project waarvoor men voor het RIZIV alle patiënten in het zorgtraject diabetes diende in te geven op hun website. Onze praktijk telt nu in totaal 20 patiënten in het zorgtraject. Alle patiënten van deze lijst werden per brief uitgenodigd om deel te nemen. Ze ontvingen een informatiebrief en een informed consent document (zie bijlage 7.3). Tien patiënten hebben per telefoon of per antwoordstrook positief gereageerd. Deze tien werden uitgenodigd voor een groepsgesprek. Zeven patiënten konden aanwezig zijn op afgesproken voorkeursdatum. Drie patiënten interviewde ik elk apart op een avond. Voor de start van het interview tekenden alle deelnemers het toestemmingsformulier (zie bijlage 7.4).

Om het gesprek vlot en gestructureerd te laten verlopen stelde ik een draaiboek op. Ik baseerde me gedeeltelijk op een ander eindewerk, aangebracht door mijn promotor (zie bijlage 7.5). Alle gesprekken werden opgenomen. Het gesprek met de focusgroep typte ik volledig uit. Het gesprek werd op dezelfde manier gecodeerd en geanalyseerd als het gesprek met de artsen. De drie interviews codeerde ik op audio. In eerste instantie was het mijn bedoeling om na te kijken of de kennis van het zorgtraject goed is en waar er voor hun moeilijkheden liggen bij de opvolging. Om mijn onderzoek te verfijnen, heb ik zorgvuldig genoteerd wat de patiënten nog aan extra informatie buiten deze categorieën nog wisten te vermelden.

3.3.2.2. Bevindingen

Op de uitnodiging om deel te nemen aan mijn studie heeft de helft van de patiënten in het zorgtraject uit onze praktijk positief gereageerd. Ondertussen was van de twintig geselecteerde patiënten er een overleden. Bij een andere persoon was het zorgtraject niet aanvaard. Een derde persoon verblijft grotendeels in Spanje en kan niet bij de raadplegingen aanwezig zijn. In totaal geeft dit een responsgraad van 10 op 17 patiënten. Overige patiënten wilden niet deelnemen wegens tijdsgebrek of omdat voor hun alles goed verloopt.

Op de afgesproken datum konden zeven mensen aanwezig zijn voor het groepsgesprek. De antwoorden van de afzonderlijke interviews met drie andere patiënten komen volledig overeen met het groepsgesprek en worden dus niet apart vermeld. Het groepsgesprek verliep vlot vanaf de start en duurde anderhalf uur. Ik bemerkte dat het voor de patiënten moeilijk was om correct op de vraag te antwoorden. Het gesprek verliep soms chaotisch aangezien twee van de drie mannen hardhorig zijn en de discussies niet konden volgen. Alle patiënten hadden ook een grote nood om hun eigen verhaal kwijt te kunnen. Ervaringen over glycemiewaarden en dieet waren het populairst. Door de patiënten tijdig te stoppen verkreeg ik toch voldoende informatie voor mijn onderzoek.

Kennis zorgtraject

Eerst ging ik peilen naar de kennis over het zorgtraject. De patiënten weten dat het zorgtraject dient voor regelmatige controle van hun diabetes. Eenmaal per jaar gaan ze naar de specialist, zodat die ontlast wordt. De huisarts krijgt nu een centrale rol. Wat voor hun belangrijk is zijn de verhoogde terugbetaling van de consultaties en de medicatie. Een patiënt vertelt hierover “Naast de medicatie zijn ook de dokters visites terugbetaald. Ik kom vier keer per jaar, maar in het contract staat twee keer. Ook als ik een keer niet voor mijn suiker kom, zoals voor mijn migraine, is de visite ook terugbetaald.” Over de onderzoeken vertelden ze me dat niet alle onderzoeken ieder jaar dienen te gebeuren. De meerderheid wist wel dat ze viermaal per jaar de suiker moeten laten controleren, echter wordt dit niet strikt door hen opgevolgd. Naar complicaties toe weten ze dat mensen met suikerziekte meer kans hebben op verschillende ziekten zoals blindheid, maar kunnen verder niet specificeren. Het belang van wondcontrole hielden ze ook aan. Sommige patiënten vinden dat ze reeds alles weten over hun suiker en willen geen extra informatie. Ik kan dus stellen dat de patiënten uit onze praktijk goed op de hoogte zijn van de inhoud van het zorgtraject. Over het risico op complicaties weten ze mijn inziens te weinig. Patiënten staan wel weigerachtig tegenover meer infosessies.

Knelpunten

Het grootste luik van het gesprek ging over het oplijsten van de knelpunten. De voornaamste frustraties werden geuit over de **organisatie van de jaaronderzoeken**, inclusief specialist bezoek, en het gebrek aan levensstijlbegeleiding met name dieet, educator en podoloog. We hebben al vernomen dat ze weten dat ze jaarlijks naar de specialist dienen te gaan om in orde te blijven met de voorwaarden van het zorgtraject. Ze vertellen nu dat ze niet weten wanneer ze moeten gaan. Ze twijfelen of ze dit van de huisarts of van de specialist zelf dienen te vernemen. Algemeen stellen ze dat de coördinatie niet goed geregeld is. Ze vinden het jammer dat ze **zelf geen informatie krijgen**. Een iemand is zelf op onderzoek gegaan naar meer informatie. Welke jaaronderzoeken er dienen te gebeuren en wanneer blijft ook een groot vraagteken voor hen. Vervolgens weten ze dat ze recht hebben op een consult

met een diëtist en podoloog. Hoe die aanvragen te verkrijgen is niet duidelijk. Verder vestigt de huisarts te weinig belang aan levensstijladviezen. Een patiënte wijst hierop: “Ik denk als het strakker geregeld wordt, dat je beter je best doet. Anders denk ik foert, er wordt toch niet naar gezien of je ziet er zelf niet naar. Als je ook echt gewogen wordt, ga ik beter mijn best doen.” Anderzijds melden ze dat ze **niet enkel voor hun suiker op controle komen**: “Ik merk dat ik snel afgeleid ben tijdens de consultatie en toch andere vragen stel dan over suiker tijdens een consultatie.” Iemand anders ziet het probleem eerder bij de huisarts: “Telkens als ik aan mijn huisarts vraag, dienen we niet nog een keer bloed te nemen om de suiker te controleren? Zegt hij, nu niet, je bent hier nu voor je nekprobleem.” Er is ook iemand die geen problemen in zijn opvolging ziet: “Ik weet dat je elke drie maanden bloed moet laten trekken. De huisarts krijgt een brief met welke onderzoeken er dienen te gebeuren en of er medicatie dient aangepast te worden. Hij overloopt dat met mij. Dus dat loopt voor mij goed.” Doch de meerderheid stelt dat er **teveel werk is en dat de huisarts zelf niet alles meer kan regelen.**

Verschil met conventie

Drie van de zeven patiënten zaten vroeger in de diabetesconventie. Zij wezen erop dat het toen eenvoudiger was. Een dame getuigt over het verschil met de conventie: “Ik ben al 2 jaar overgestapt van de conventie naar het zorgtraject. Ze hadden me gezegd dat dit beter was. Doch ben ik ervan geschrokken dat het **zorgtraject niet goed geregeld** is. Als huisarts moet je ook maar zien dat alles in orde is. Zelf heb ik **geen bericht gekregen met meer informatie**. Ik ben er zelf naar opzoek moeten gaan. In de conventie werden de jaaronderzoeken door het ziekenhuis ingepland en nu had ik nog niets gehoord van hen. Ik heb zelf mijn specialist geraadpleegd met de vraag naar de jaaronderzoeken. Die vertelde mij dat nu alles via het zorgtraject verloopt. Mijn huisarts wist hier ook niets over en heb ik nog veel moeite moeten doen om mijn onderzoeken op tijd ingepland te krijgen. Nu moet ik dus zelf elk jaar bij de huisarts gaan horen om een voorschrift voor elk onderzoek. Dat was dus in de conventie wel eenvoudiger.” Een andere dame stelt het strenger: “Als ik het geweten had, was ik in de conventie gebleven.”

Diabetes raadpleging

Als laatste stap peilde ik naar de bereidheid om naar een diabetes raadpleging te komen. Volmondig antwoordde iedereen dat ze dit een goed idee vinden. Ze zouden het **eenvoudiger** vinden om vier keer per jaar **enkel over hun suiker op raadpleging te komen**, zodat het niet samenvalt met andere klachten in één consultatie. Ze denken dat alles dan beter gecoördineerd gaat verlopen. Daarnaast willen ze graag **zorg op maat van de patiënt.** Ze suggereren het voorstel om een boekje te maken waarin alles staat dat er dient te gebeuren. Ook waar en wanneer. Ze willen **zelf mee de controle behouden** over hun ziektebegeleiding. Sommige patiënten willen meer **informatie** aangezien de wetenschap

blijft evolueren. Iemand stelt: “De informatie die er is, is goed, maar er dient ook iets mee te gebeuren. Ik zou graag hebben dat mijn huisarts zegt: hier is een papier en dan dien je die en die onderzoeken te doen.”

3.3.3. Rol van het elektronisch medisch dossier

3.1.3.1. Werkwijze

Naast de bevraging van de artsen, speelt het efficiënt gebruik van het medisch dossier een belangrijke rol in de opvolging van het zorgtraject. Ik volgde een cursus over het elektronisch dossier dat gebruikt wordt in onze praktijk. Hierbij leerde ik om het zorgtraject beter te leren integreren in het dossier. Deze manier van werken zal ik dan introduceren tijdens de diabetes raadpleging. Op de bijscholing werd mij verteld dat er nog ontwikkelingen zullen gebeuren specifiek voor het zorgtraject. Zo zou het dan voor elke praktijk eenvoudiger worden om de opvolging vlot te laten verlopen.

3.3.4. Implementeren van een diabetes raadpleging

3.3.4.1. Voorbereidende gesprekken

Anders dan in de diabetesconventie, dient in het zorgtraject de opvolging van diabetes door de huisarts te gebeuren. Hij is de spilfiguur in de opvolging van het chronisch ziekteproces van de patiënt. Door het grote risico op belangrijke complicaties bij diabetes zijn er verschillende gezondheidsparameters waarop de huisarts dient te letten. Vaak heeft de patiënt geen idee wat zijn huisarts allemaal dient te controleren bij het driemaandelijks contact voor glycemie opvolging. We zullen nu proberen met een raadpleging, specifiek voor diabetes, deze hiaten op te vangen: **Hoe kom je van diabetes in een raadpleging naar een raadpleging voor diabetes?**

Samen met mijn praktijkopleider zijn we gaan kijken naar de praktische kant bij de start van een diabetesraadpleging. In studies wordt er gewerkt met een praktijkassistente of –verpleegkundige. Zo iemand is jammer genoeg niet aanwezig in onze praktijk. Wel is één van de secretaresses diëtiste in bijberoep. Vroeger was zij medisch vertegenwoordigster. Zij heeft dus een basis van medische begrippen en is zodoende geschikt om het project mee te begeleiden. Daarnaast hebben we de diabeteseducator uit de buurt uitgenodigd om mee in dit project te stappen. Zij kan de patiënten helpen bij moeilijken met inspuitingen, kennis over diabetes en haar complicaties en hulp bieden indien de patiënt hypo- of hyperglycemie ervaart. Haar voornaamste taak tijdens de raadpleging is het aanbieden van hulp bij educatie. Beiden kunnen er mogelijks voordeel uit halen om hun patiëntenbestand aan te

vullen. Ze besluiten beiden vrijwillig mee te stappen in het project. Dinsdag is een geschikte dag voor alle partijen om de consultaties uit te voeren. We beginnen met drie patiënten per dag. We voorzien een half uur per patiënt. Er wordt afgesproken dat de diëtiste en de educator samen als eerste de patiënt zien. Na een kwartier wordt de patiënt naar mijn kabinet verwezen. In het eerste deel wordt hun levensstijl en de coördinatie van de zorg overlopen. Ik kijk na wat er op medisch vlak nog dient te gebeuren. Ook voer ik handelingen uit zoals bloeddrukmeting en een voetcontrole. Alles wordt genoteerd in het medisch dossier, met een duidelijke planning wat de behandelende huisarts dient na te kijken. Om de consultaties nadien eenvoudig terug te vinden, werden ze geregistreerd in een zorgelement. Wij werken in de praktijk met WINDOC. In het dossier van de patiënt kan een zorgelement gemaakt worden. Ik gaf het de naam “zorgtraject diabetes”. Elke consultatie van de studie kan hieraan gekoppeld worden.

3.3.4.2. Draaiboek

Ik maakte een draaiboek om de consultaties vlot te laten verlopen. Het draaiboek is gebaseerd op de criteria van het zorgtraject en de richtlijnen van Domus Medica (Bijlage 7.1). Deze richtlijnen brachten enkele praktische moeilijkheden met zich mee. Bijvoorbeeld het zelf uitvoeren van een bloedafname of de patiënt met recent labo laten komen; glycemiewaarden nakijken en voorschriften meegeven aan de patiënt. Ik besprak deze opmerkingen met mijn praktijkopleider. Hij suggereerde dat het moeilijk zou zijn voor de patiënt om nuchter te moeten komen naar de diabetesraadpleging. Dan zouden we ook verplicht worden om de consultaties ’s morgens te laten verlopen. Vanaf de start deelden we iedereen mee dat er geen voorschriften konden geschreven worden. Een uitzondering werd gemaakt voor de griep- of pneumokokkenvaccins. Zo zijn we zeker dat ze ook effectief worden gezet.

Ik belde met de endocrinoloog van het nabij gelegen ziekenhuis. Ik vertelde over mijn project en kon nog enkele vragen stellen over de richtlijnen. Zo was ik niet zeker of het nuttig is om elke diabetespatiënt een aspirinederivaat te geven. Haar advies was het individueel te bekijken. Vervolgens vroeg ik of een EMG en een cardiologisch consult standaard bij de jaaronderzoeken zitten in het zorgtraject. In de conventie is het wel de gewoonte deze uit te voeren ieder jaar. Zij stelde voor bij de patiënten in het zorgtraject ze enkel uit te voeren indien er klachten aanwezig zijn.

Draaiboek:

Consultatie deel 1: Rol diëtiste + diabeteseducator

Anamnese

Gezonde levensstijl:

- Sedentariteit: fysieke activiteit aanmoedigen
- Tabakgebruik: rookstop
    - Niet gemotiveerd; informatie geven voor en nadelen
    - Wel gemotiveerd; aan arts melden
- Ongezonde voeding: Recht op 2 dieetafspraken per jaar
    - Nog niet gebeurd, indien nodig afspraak vastleggen
    - Wel gebeurd, extra dieetconsult aanbieden

Voetverzorging: recht op 2 sessies podologie per jaar

Deelneming aan griepvaccinatie, pneumokokkenvaccinatie

Planning van jaaronderzoeken

- Algemeen bloedonderzoek
- Urineonderzoek: microalbuminurie, creatinine, creatinineklaring
- Oogfundusonderzoek door oogarts

Vragen over insulinegebruik, naaldjes, …

- Indien nodig doorverwijzing educator

Onderzoek

- Lengte en gewicht
- Berekening BMI

Consultatie deel 2: Arts

Anamnese

Doen begrijpen van de ziekte en van de geplande zorgbegeleiding

Labo * 3 maandelijks Glycemie (Hb A1c <7%)

* Controle lipiden (LDL-cholesterol < 100 mg/dl of zelfs <70 mg/dl indien majeure cardio-vasculair risico)

Geneesmiddelen om het risico op trombose tegen te gaan

Complicaties

* Klachten van ischemisch hartlijden, neuropathische of ischemische pijnen in onderste ledematen (claudicatio), uitgesproken kortademigheid/misselijkheid (~ silentieuze ischemie), seksuele stoornissen, …

* Glycogene complicaties: hypo- en hyperglycemie

Voetverzorging, wondjes

<u>Onderzoek</u>

- Bloeddruk (<130/80mmHg, <125/75 mmHg indien proteïnurie >1g/dag)
- Tekenen van vaatlijden: pulsaties, souffles
- Voetcontrole, monofilament

Vervolgens wordt de diabetesraadpleging ingevoerd en gaan we na of:

- Dit diabetesspreekuur het systematisch (volgens het schema van het zorgtraject DM) opvolgen van patiënten in het zorgtraject diabetes verbetert. Enerzijds door een objectieve meting, met name een opvolging van de parameters, anderzijds door een subjectieve meting door een opvolggesprek met de artsen uit de praktijk.
- Patiënten bereid zijn om specifiek voor hun diabetes op raadpleging te komen.
- Of en hoe het EMD bijdraagt in het structureel opvolgen van patiënten in het zorgtraject diabetes.

3.3.4.3. Implementatie diabetes raadpleging

Zowel uit het gesprek met de artsen in de praktijk als met de patiënten in het zorgtraject blijkt er een hoge nood aan gestructureerde zorg. Een goede oplossing om chronische zorg te structureren bestaat uit het starten van een raadpleging specifiek voor patiënten met diabetes. De raadpleging zou zowel preventie als behandeling van diabetes als doel stellen. Diabetes is complex door zijn mogelijke complicaties. Om aandacht te schenken aan alle

preventieve maatregelen voor deze complicaties dient de huisarts een lange lijst criteria af te werken voor elke patiënt. Een groot knelpunt voor de artsen is dan ook tijdsgebrek om alles perfect op te volgen. Zo wordt het aspect preventie bij diabetespatiënten vaak overgeslagen. Taakdelegatie zou dit probleem kunnen opvangen. De arts moet coördinator blijven van het geheel. Zorg moet dus niet enkel gestructureerd worden, ze moet ook gedelegeerd worden.

Eerste consultatie

In het eerste deel van de consultatie worden de patiënten ontvangen door de diëtiste (Lisa) en de diabeteseducator (Diane). Om de artsen te ontlasten worden zoveel mogelijk taken doorgeschoven naar hen. Aan de hand van het draaiboek dat ik heb opgesteld uit de richtlijnen van het zorgtraject en Domus Medica kunnen ze de raadpleging vlot doen verlopen. Eerst wordt de levensstijl van de patiënt kort in kaart gebracht. Afspraken voor dieet, educatie en podoloog worden aangeboden. De patiënt heeft recht op deze consultaties, maar is niet verplicht. Doordat ze nu contact gemaakt hebben met de diëtiste en de educator, is de drempel sterk verlaagd en maken alle patiënten een afspraak met hen. Ze sloten hun deel van de diabetes raadpleging af met het meten en wegen van de patiënt. Hieruit volgde een BMI berekening. Al vanaf de eerste consultatie merkte ik op dat een kwartier te kort is. Vijfentwintig minuten na de start kon de eerste patiënt worden doorgeschoven naar mijn kabinet. Aangezien ik het project leid, vind ik het noodzakelijk dat ik deel uit maak van de raadpleging en koos ervoor om als arts het tweede luik te leiden. Enkele medische vragen dienen aan bod te komen. Zo wordt er actief bevraagd naar klachten en een doelgericht lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd: bloeddrukmeting en voetcontrole. Na een half uur wordt het consult afgerond.

Ik ontvang de eerste patiënt in mijn kabinet. Ik vraag eerst hoe het met de patiënt gaat. Vervolgens hoor ik hoe het eerste gedeelte verliep. Ik ben tevreden dat de patiënten al een lijstje met afspraken meegekregen hebben. Niet alleen zijn er afspraken gemaakt voor dieet en educatie, maar ook voor de jaaronderzoeken bij oogarts en specialist. De diëtiste die het gebruik van ons elektronisch medisch dossier kent, heeft voor elke patiënt nagekeken wanneer de jaaronderzoeken het laatst hebben plaats gevonden. Ze vermeldde op het lijstje bij wie de patiënt een consult diende te plannen. We hebben bij de start van de studie er voor gekozen om de patiënt de afspraken zelf te laten plannen in het ziekenhuis. Ten eerste om de patiënt meer actief betrokken te maken bij zijn ziekte en meer verantwoordelijkheid te geven. Ten tweede om de praktijk te ontlasten indien we het project zouden uitbreiden naar alle diabetici. Dan zou het te omslachtig zijn om dit voor iedereen te regelen.

Vervolgens ga ik over naar de anamnese van de patiënt aan de hand van het evidence based opgestelde draaiboek. Ik peil naar de kennis over hun ziekte en laat ruimte tot vragen hierover. Al snel werd het duidelijk dat de meeste patiënten sterk geconcentreerd zijn op de

glycemiewaarden. Ze begrijpen niet waarom de ene keer de waarden zeer laag staan en de andere keer zeer hoog, ook al is er niet gesnoept. Ik leg kort uit dat er ook andere factoren dan voeding meespelen zoals stress. Ik wijs erop dat de educator hiermee kan helpen. Daarna ga ik kijken in het medisch dossier wanneer de laatste HbA1c bepaling plaats vond. Ik leg uit wat deze test inhoudt en deel mee dat ze viermaal per jaar gecontroleerd moeten worden. Wanneer deze controle langer dan drie maanden geleden is, verwijs ik hen naar hun eigen huisarts in de praktijk voor bloedafname. Zo ook voor controle van de andere bloedwaarden zoals cholesterol en nierfunctie. Echter, de patiënten vertelden me dat ze vaak toch ook nog andere klachten zouden bespreken op consultatie bij de arts.

Daarna ging ik over tot het bespreken van de mogelijke complicaties. Ik vroeg na of er klachten zijn van ischemie in hart en benen, of neuropathische pijnen. Indien aanwezig, verwees ik ze door naar de huisarts die diende te beslissen of er verder onderzoek nodig is. Als laatste kwamen seksuele problemen ter sprake. De patiënten waren niet geneigd hierover veel te vertellen. Wel lieten ze weten dat ze het apprecieerden dat de mogelijkheid er was om erover te praten. Door telkens naar de huisarts te verwijzen bij problemen, behoudt de eigen arts het overzicht van de problemen bij de patiënt. Om het overzichtelijk te houden voor de arts, stelde ik in het consultatieverslag een to do-lijst op.
Alle patiënten waren geïnformeerd dat er geen medicatie voorgeschreven werd tijdens de diabetes raadpleging. Een uitzondering maakte ik met het voorschrijven van het griep- en pneumokokkenvaccin. Door het voorschrift meteen aan de patiënt mee te geven, is er alweer een drempel verlaagd, met name naar de toediening.

Ik sloot het consult af met een beperkt klinisch onderzoek. Eerst werd de bloeddruk gemeten, nadien werden de voeten gecontroleerd op wondjes en voerde ik de monofilament test uit op beide voeten. De resultaten werden eveneens genoteerd in het dossier. Ik maakte nog ruimte voor eventuele vragen. Bij de eerste helft van de patiënten gebeurde mijn deel van het consult op een twintigtal minuten. Bij de tweede helft van de patiënten, wanneer ik routine ontwikkelde, lukte het me op een kwartier.
Een vervolg afspraak wordt niet meegegeven. We spreken met de patiënt af dat wij hun zullen contacteren. Omdat dit een proefproject is, en er met verschillende personen moet rekening gehouden worden, kan ik de patiënt nog geen concrete datum geven. Eerst moet er geëvalueerd worden. Dit is een punt dat ik meeneem naar de bespreking.

Tussentijdse evaluatie

Alle patiënten uit de studie zijn een eerste maal op consultatie gekomen tussen november en december. De eerste indruk van patiënten en medewerkers is positief. Het grootste probleem dat we dienen te evalueren is de duur van de consultatie. Voornamelijk het eerste deel neemt meer tijd in beslag dan vooraf gedacht.

In januari komen mijn praktijkopleider, Lisa de diëtiste en ik samen om te vergaderen over de diabetes raadpleging. Eerst sommen we op welke punten we willen bespreken. De tijdsduur, werking met educator, planning jaaronderzoeken en gebruik medisch dossier worden op de agenda gezet. Ik start het overleg met het benoemen van de positieve punten uit de raadpleging. In het algemeen loopt het vlot. Ik bemerk bij enkele patiënten al een groot scala van onderzoeken die niet in orde zijn. Of ze effectief worden uitgevoerd, zal nog geëvalueerd moeten worden.

Lisa schets voor ons hoe het eerste deel verliep. De taken die zij en Diane moeten uitvoeren zijn duidelijk. Zij start de raadpleging met bespreking van de levensstijl. Dit verliep zonder problemen. Echter merkte ze dat Diane, de diabeteseducator, het consult grotendeels overnam. Bij bespreking van de voedingsgewoonten gaat zij hier veel te diep op in. Ze geeft voedingsadviezen en tips mee aan de patiënt. Dit komt natuurlijk in het vaarwater van de diëtiste. Verder neemt dit ook teveel tijd in beslag en is niet het doel van de raadpleging. Om advies op maat van de patiënt te geven wordt er een afspraak dieet gemaakt. Natuurlijk is het ook een taak van de educator voeding te bespreken. Beperkt advies geven tijdens de diabetes raadpleging kan, maar dit mag niet de overhand nemen. Door dit voorval wil Lisa liever niet meer tegelijk samenwerken met de educator. We aanvaarden dit besluit en plannen een gesprek in met Diane. We spraken af dat we wel de patiënten blijven doorverwijzen naar haar indien nodig is en als de patiënt dit wenst.

Een volgend punt dat ik aankaart zijn de jaaronderzoeken. Om de artsen te ontlasten, wordt er zoveel mogelijk doorgeschoven naar de medewerkers. Op lange termijn zou de diabetes raadpleging alleen door een medewerker moeten kunnen uitgewerkt worden. Echter nu ik als arts nog meedraai tijdens de consultatie, heb ik graag een overzicht van de jaaronderzoeken. Wanneer dit tijdens het eerste deel van de raadpleging wordt nagekeken, heb ik geen idee of alles effectief bevraagd is. Ik vroeg dus zelf aan de patiënt wat er diende te gebeuren volgens Lisa. Al snel merkte ik dat het urineonderzoek niet correct was nagekeken. Dit diende ik nog eens zelf te regelen. Ik gaf een verzamelpot voor 24-uurs urine mee. Als arts vind ik moeilijk het bespreken van de jaaronderzoeken uit handen te geven. Doordat het eerste gedeelte op papier werd genoteerd en pas later uitgetypt werd in het medisch dossier, diende ik dubbel werk te verrichten. Er werd dus afgesproken dat Lisa tijdens de consultatie de gegevens in het dossier vermeldt.

Een aantal kenmerken van de patiënten, zoals hardhorigheid, eenzaamheid en nood om veel te vertellen, maakt dat de consultatie langer duurt. Opmerkelijk is dat de mannen veel meer tijd vragen. Voor het klinisch onderzoek moeten de schoenen en kousen worden uitgetrokken. Dit vertraagt ook het consult. Aan deze factoren kan er natuurlijk niets veranderd worden.

Tweede consultatie

In februari gaat de tweede reeks van consultaties van start. Bij de eerste drie patiënten werkt Lisa alleen het eerste gedeelte af. De diabeteseducator gaat ermee akkoord om niet meer aanwezig te zijn tijdens de raadpleging. Wel blijft ze bereikbaar om de patiënten verder te begeleiden. Ik bemerk dat het consult nu vlotter verloopt. Alle gegevens worden ook rechtstreeks in het dossier genoteerd. Na de eerste drie patiënten besluiten Lisa en ik om de raadpleging samen uit te voeren. Terwijl Lisa de eerste vragen stelt over evolutie van de levensstijlfactoren, kan ik even nakijken in het dossier of de to do-lijst door de huisarts is overlopen en de taken zijn uitgevoerd. Het lichamelijk onderzoek blijft beperkt tot wegen en bloeddruk controle. Om te evalueren wat de patiënten van deze raadpleging vonden stelde ik hun enkele vragen. Niemand wou nog eens een groepsgesprek aangaan.

Ondertussen zijn er enkele ontwikkelingen gebeurd bij de patiënt. Een man is een tijdje opgenomen wegens ontregeling van zijn suiker en INR. Hij kan nog wel voor het beëindigen van de studie een laatste keer op controle komen. Een andere zesentachtig jarige man heeft jammer genoeg ongewild de studie moeten verlaten. Hij is door zijn mutualiteit uit het zorgtraject verwijderd bij het niet behalen van zijn jaardoelen. Hij was reeds twee jaar niet meer naar de specialist geweest. Dit hadden we tijdens de eerste raadpleging van de studie al opgemerkt. We hadden voor hem genoteerd dat hij zelf een afspraak diende te maken. Dit heeft hij niet gedaan. Dit doet natuurlijk de vraag rijzen of sommige patiënten niet meer zorg nodig hebben dan anderen.

3.4. Resultaten

Uit de het medisch dossier van de patiënt werden enkele gegevens gehaald. Omwille van het klein aantal deelnemers hebben mijn promotor en ik besloten hierop geen statistiek uit te voeren. Wel kunnen we een aantal conclusies trekken.

	HbA1C				
Naam	12 m	12-6 m	6-3 m	3m na de start vd studie	6m na de start vd studie
Patiënt 1	6,9	8,5	/	8,6	6,5
Patiënt 2	7,3	7,4	7,6	7,5	7,5
Patiënt 3	6,9	6,9	6,5	6,8	7
Patiënt 4	7,3	7,1	7,1	6,7	7,2
Patiënt 5	9,3	6,6	6,5	6,4	6,2
Patiënt 6	10,1	7,9	/	7,1	7,1
Patiënt 7	8,2	7,3	7,1	7,1	7,4
Patiënt 8	8,9	/	/	8,1	NVT
Patiënt 9	7,2	8,2	7,9	10,1	8,9

Tabel 1 : HbA1C

	Gewicht				
Naam	12 m	12-6 m	6-3 m	3 m na	6 m na de start vd studie
Patiënt 1	/	/	/	84,2	79
Patiënt 2	/	/	/	89,6	85,6
Patiënt 3	/	/	/	83,7	84,7
Patiënt 4	/	/	63	63,8	63,4
Patiënt 5	/	/	/	78	75,6
Patiënt 6	/	/	/	77,5	75,8
Patiënt 7	/	/	/	109,3	108,4
Patiënt 8	/	/	/	77,5	NVT
Patiënt 9	/	/	/	61	66,4

Tabel 2 : Gewicht

		Voor (%)	Na (%)	Verschil (%)
Voetonderzoek		0	100	100
Micro-albuminurie		44	78	34
Oftalmologie		78	89	11
Dieet		0	100	100
Educator		0	100	100
		100	100	

Tabel 3 : Jaaronderzoeken

Op basis van deze gegevens kunnen we zeggen dat er een trend aanwezig is voor het HbA1c. Volgends de zorgtraject richtlijnen is er een goede HbA1c controle als dit onder de 7% ligt. Twee van de acht patiënten hadden een drastische HbA1c verlaging met meer dan 1% (2,1 en 1,2). De andere bleven status-quo tijdens het verloop van de studie. Met andere woorden 25% van de patiënten hadden een daling van hun HbA1c. Natuurlijk was de duur van deze studie te kort om voor iedereen al een goede daling te kunnen bekomen. Door de medewerking van de diëtiste bemerkten we een gewichtsreductie bij vijf van de acht patiënten. Drie patiënten bekwamen een reductie van minstens 1 kilo, twee patiënten een reductie van 4 kilo of meer. Het is mogelijk dat als de studie langer zou lopen, er een verdere daling zou zijn bij alle patiënten en hopelijk hieruit volgend een daling in het HbA1c. Om dit aan te tonen is grootschaliger en langduriger onderzoek nodig. Dit toont aan dat patiënten meer bereid zijn aan hun levensstijl te werken als er een betere opvolging is. Eenzelfde evaluatie werd opgesteld voor de bloeddruk. Het was te moeilijk om hieruit iets te concluderen.

Een grote frustratie van de patiënten was dat het niet duidelijk is wanneer en welke jaaronderzoeken er gepland dienen te worden en door wie. We overliepen alle onderzoeken met de patiënt en gaven een lijstje mee waarvoor ze nog een afspraak diende te maken. We kunnen besluiten dat er een stijging is van het aantal uitgevoerde onderzoeken voor oftalmologie en micro-albuminurie. Iedereen ging tijdig naar de specialist, met uitzondering van één persoon. Hij is ondertussen uit het zorgtraject geschrapt om die reden. Tijdens onze

raadpleging hadden we dit probleem reeds onderschept, jammer genoeg te laat. In het dossier vond ik geen gegevens terug of er een voetonderzoek of een gewicht uitgevoerd waren voor de studie. Iedereen kreeg tijdens de diabetes raadpleging een voetonderzoek met de monofilament test en dit werd genoteerd in het dossier. Alle patiënten volgende dieet (2 consulten per jaar terugbetaald) en educatie zo nodig (afhankelijk van reeds gevolgde sessies). We kunnen concluderen dat de jaaronderzoeken beter geregeld worden.

3.4.1. Besluit

Het invoeren van de diabetes raadpleging Is mogelijk gebleken. Het toetsen van de knelpunten gaf ons een beter inhoudelijk beeld van de huidige situatie. Als positieve punten weerhoud ik allereerst een betere opvolging van de patiënt. Hij is nu bereid om specifiek voor glycemie opvolging naar de huisarts te komen. Daarnaast is er ook een administratieve vooruitgang. Het grootste zwakke punt uit deze studie is de korte duur van de periode waarin ik de diabetes raadpleging kon uitvoeren. We zouden een beter zicht op het effect van zulk een raadpleging pas op de lange termijn krijgen. Ondanks het gebrek aan tijd is er een grote repercussie op de gezond van de patiënten. Natuurlijk moeten we dit relativeren. Op korte termijn kan er veel veranderen. Nu is er de uitdaging om deze patiënten goed onder controle te houden.

3.4.2. Evaluatie van de diabetes raadpleging

3.4.2.1. Bij de artsen

Algemene ervaringen en bevindingen

Het gesprek startte met het aangeven van wat in het algemeen door de artsen werd ervaren. Ze kijken zeker positief terug op het traject en vergelijken hun ervaringen met de vroegere manier van werken. Eén van de artsen zegt dat er nu toch een aantal dingen worden bekeken die vroeger soms werden vergeten. Een andere voegt hier aan toe dat het bijzonder handig is dat je meteen in het dossier kan zien wat er nog moet worden gedaan. En dat hieruit blijkt dat de hiaten soms zeer groot zijn. Een collega verwoordt het als volgt: “Er was zeker een nood om zoiets te creëren. Het is bovendien een handige tool om niets te vergeten. We weten wel hoe het moet maar we doen het niet altijd”.

Als reden waarom het niet altijd zo vlot verliep, wordt aangehaald dat het schrijnend gebrek aan tijd er verantwoordelijk voor is dat de zorgtrajecten tijdens gewone consultaties niet worden toegepast. De patiënten komen dan met gemengde zorgvragen. Wanneer op hun klachten werd ingehaald blijft er geen tijd over voor de diabeteszorg. Enkel medicatie wordt dan voorgeschreven. Het feit dat er nu een structuur werd gecreëerd wordt dus als een meerwaarde ervaren.

Artsen die na de diabetes raadpleging patiënten op consultatie kregen vonden het bijzonder handig dat in het dossier stond wat in orde was en wat nog moest gebeuren. De structuur werkt in twee richtingen. “De doorverwijzing van de patiënt (naar voetspecialist bijvoorbeeld) werd soms wel gedaan maar soms ook vergeten. En soms werd ook niet nagekeken of het gebeurd was.” “De zorgtrajecten waren in het verleden soms een holle doos.”

Tenslotte vermeld één arts ook nog dat het nodig is om ervoor te zorgen dat de patiënt binnen het traject blijft, (dat de patiënt niet geschrapt wordt) en dat de terugbetaling niet stopt. “Al blijft de verantwoordelijkheid wel bij de patiënt. Als die niet wil gaan…”

Feedback van de patiënten

Ik vroeg hen of ze van hun patiënten ondertussen feedback hebben gekregen. De feedback die de artsen hierop kregen, bleek verschillend te zijn: “Mensen die erg met hun ziekte bezig zijn, zijn vragende partij. Zij vinden dit goed. Het mag zelfs meer zijn. Mensen die er niet mee bezig zijn moet je blijven motiveren. Daarom is het ook nodig om het goed te structureren.”

Toekomst

Vrij snel beginnen de drie artsen over de toekomst van dit project. Ze bespreken de voorwaarden waaronder het traject zou kunnen voortbestaan. Gezamenlijk komen ze tot een structuur waarbij de secretaresse en diëtiste een bepalende rol in kunnen spelen. Zij zouden de geschikte patiënten om de drie maand kunnen oproepen om naar de praktijk te komen. Zij kunnen dan overlopen met hen wat er nog moet gebeuren binnen hun zorgtraject. Dat kan dan gaan over het prikken van HbA1c of een afspraak met een specialist voor bijvoorbeeld oog en / of voetcontrole. Het zou de mensen dan in principe ook niets kosten. Vermits de secretaresse een groot stuk van de uitvoering voor zich neemt, en de arts slechts heel kort aanwezig moet zijn, zou kunnen gewerkt worden met het derdebetalers systeem.

Zij willen ook nadenken om een aantal standaardisaties in te voeren zoals het systematisch meegeven van verwijsbrieven, labo-aanvragen en medicatievoorschriften. De artsen denken trouwens wel dat de patiënt er beter van wordt. Eén arts plaatst een kritische nood: “Het is alleen niet duidelijk op lange termijn als de patiënt vier maal per jaar opgeroepen wordt of de motivatie zal blijven!” een andere repliceert hierop dat er toch ook een voordeel is aan het repetitieve: “De boodschap wordt duidelijker als ze vaak wordt herhaald. Bijvoorbeeld wat suikerinname betreft.”

Uitbreiding

Op mijn vraag of de artsen eventueel dit zorgsysteem zouden willen uitbreiden naar andere diabeten wordt positief gereageerd. “Eventueel naar mensen die noch in het zorgtraject noch in de conventie zitten. Dit is een grote groep die we kunnen aanspreken naar preventie toe. Nu komen deze mensen vaak alleen om (orale) medicatie te laten voorschrijven. Belangrijk is dat het dan ook niet betalend is, dus via de derdebetalersregeling. Dan is het economisch ook haalbaar.”

Wanneer we dit systeem willen voortzetten, of zelfs nog uitbreiden, is het nodig om de secretaresse op te leiden, of een volgende huisarts in opleiding dit te laten verder zetten. Een arts concludeert: “Eigenlijk hebben wij alles in huis om dit verder te zetten: een goed secretariaat, een diëtiste en diabeteseducator.

3.4.2.2. Bij de patiënten

Als evaluatie van de raadpleging bij de patiënten stelde ik enkele vragen na het laatste contact. Dit moest individueel gebeuren omdat de patiënten niet meer bereid waren om samen te zitten voor een evaluatiegesprek in groep. Omwille van het moeilijke verloop van het focusgroep gesprek door de hardhorigheid van enkele deelnemers.

Ik merkte dat de patiënten het moeilijk hadden met hun mening te vormen. Woorden als “goed”, “nuttig” en “betere opvolging“ kwamen het vaakst aan bod. Acht op de negen overgebleven patiënten zou het fijn vinden als de raadpleging blijft verder bestaan in de toekomst. Eén patiënt is tevreden van de manier van werken met zijn huisarts. Hij vindt het niet nodig om naar de raadpleging te komen. Iedereen geeft nu aan bereid te zijn om specifiek voor zijn diabetes op raadpleging te komen.

4. Discussie

Het opzet van deze studie was het zorgtraject te implementeren in onze praktijk. Dit is geslaagd met de opstart van een gestructureerde diabetes raadpleging. Als besluit van dit proefproject kunnen we stellen dat de opvolging van de patiënt beter verloopt.

Voor de start van de studie was een groot knelpunt voor de artsen dat de patiënt niet enkel en alleen voor glycemie opvolging op raadpleging kwam, maar ook met andere klachten. Of in de toekomst patiënten ook daadwerkelijk enkel voor diabetes hun arts zullen raadplegen, hangt niet enkel af van de goede structuur die de artsen aanbieden met een afzonderlijke consultatie, maar ook van de patiënt zelf. De motivatie van de patiënt is individueel zeer verschillend en kan mogelijk in de tijd wijzigen door verschillende factoren zoals tijdsgebrek, financiële problemen, verplaatsingsmoeilijkheden, enz. Op sommige van deze variabelen kan de arts inspelen, desalniettemin kunnen niet alle omstandigheden door de arts gecontroleerd worden. Doordat zowel de diëtiste als de educator aanwezig waren tijdens de eerste reeks consultaties hebben we getracht om zo een deel van de patiënteneducatie te integreren in de raadpleging. Doordat we voor de start peilden naar de motivatie, attitude en bereidheid van de patiënt om op raadpleging te komen in kader van het zorgtraject, wisten we dat hier nog aan gewerkt kon worden. Patiënten dienden zelf naar hun eigen arts te gaan voor bloedafname na de diabetes raadpleging. Dit gebeurde door iedereen. We kunnen dus stellen dat alle patiënten nu wel bereid zijn om enkel voor glycemie opvolging naar hun arts te gaan. Ondanks de korte termijn van het project zien we toch een duidelijke trend waarbij een op vier patiënten een daling van het HbA1c verkregen. Dit is een zeer bemoedigend resultaat waar patiënten alleen maar beter mee worden.

Er waren in de literatuur onvoldoende studies terug te vinden om mijn resultaten mee te vergelijken. Uit onderzoek blijkt dat patiënten best systematisch worden opgeroepen. Dit punt hebben we niet kunnen uitvoeren omwille van de korte duur van de studie en het onzeker zijn over de structuur van de raadpleging. De artsen hebben in de evaluatie al vermeld dat ze deze raadpleging graag willen verder zetten in de toekomst. Hiervoor willen ze een praktijkmedewerker opleiden en verantwoordelijk stellen voor de organisatie van de diabetes raadpleging. Zodoende kan men de beoogde doelstellingen van het zorgtraject behalen en zal de workload van de vaste artsen verminderd worden. Hieraan kunnen eventueel de nieuwe huisarts in opleiding en de diëtiste meewerken. Idealiter zou de raadpleging voor alle diabetici toegankelijk moeten zijn en niet alleen voor patiënten in het zorgtraject. Zo kan er efficiënt preventief gewerkt worden voor al deze patiënten en kunnen mogelijke complicaties vermeden worden. Het aantal diabeten in de praktijk is groot, zodoende zal men de raadpleging rustig moeten uitbouwen om een groter aantal patiënten te kunnen uitnodigen.

We kunnen ons nu ook afvragen of deze vorm van raadpleging kan geëxtrapoleerd worden naar andere praktijken. Ik vermoed dat dit project onmogelijk door solo-artsen kan uitgevoerd worden. Doordat artsen in België per prestatie betaald worden, moet de consultatie door praktijkmedewerkers kunnen uitgevoerd worden. Daarbij moet die praktijkmedewerker hiervoor andere taken laten staan, die in het standpunt van de arts vaak noodzakelijk zijn, zodat hij meer patiënten kan zien. Zo is de diabetes raadpleging voor de patiënt enkel positief maar voor de prestatiebetaalde arts niet. Waar is een diabetes raadpleging dan wel een succes? In de wijkgezondheidscentra. Door een andere financiële regeling en steun van de overheid met verpleegkundigen voor de praktijk, staat de diabetes raadpleging niet meer in zijn kinderschoenen bij hen. Het opzetten van een diabetes raadpleging past dus beter in een concept van geneeskunde waar ruimte wordt gecreëerd voor preventie.

5. Besluit

In dit kwaliteitsbevorderend praktijkproject ben ik gaan kijken of de zorg voor patiënten in een zorgtraject in onze praktijk kan verbeteren. Ik ondervond dat er een groot aantal knelpunten aanwezig waren bij artsen en patiënten. Een goede opvolging na de opstart was het grootste probleem. Dit door tijdsgebrek van de arts en het niet specifiek voor suikeropvolging naar de raadpleging komen van de patiënt. Door het invoeren van een diabetes raadpleging voor negen patiënten in het zorgtraject, zorgden we voor een gestructureerde opvolging. Door de aanwezigheid van een diëtiste en diabeteseducator tijdens de consultaties werd er meer aandacht geschonken aan de bespreking van levensstijlfactoren. Uit de resultaten bleek dat patiënten meer bereid zijn geworden om specifiek voor hun suiker op raadpleging te komen. Bij een aantal onder hen zijn er duidelijke verbeteringen in een aantal parameters (gewicht en HbA1c). Twee patiënten realiseerden tijdens de studie een daling van het HbA1c. Voor vijf patiënten was er ook een flinke gewichtsreductie op te merken. Voor elke patiënt was er een betere opvolging van de jaaronderzoeken. Bijvoorbeeld micro-albuminurie- en voetcontrole werd bij iedereen uitgevoerd. Tenslotte werd het elektronisch medisch dossier beter gebruikt. Door al deze goede resultaten heeft de praktijk besloten om de diabetes raadpleging verder te zetten in de toekomst. Hopelijk zal het ook uitgebreid worden naar alle diabetici. We hopen dat een opgeleide praktijkmedewerker dit project nu zal leiden, mogelijks in samenwerking met de nieuwe huisarts in opleiding of diëtiste. Dit zal de toekomst moeten uitwijzen.

6. Referenties

1) Wild S, Gorki R, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes care 2004; 27 : 1047-1051.

2) IDF Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation, 2005.

3) Zorgtrajecten diabetes. RIZIV 2009. Beschikbaar via: http://www.zorgtraject.be/NL/Professioneel/pdf/tool-opvolgingsplan-dia.pdf. Geraadpleegd 2012 maart 3.

4) Nobels F, Amant M, Samyn E, Wijns M, Haeck C, Vandenberk A, et al. Diabetes Project Aalst: Chronic Disease Management. Vlaams tijdschrift voor diabetologie. 2008; 2: p. 7-13.

5) Goderis G, Borgermans L, C VDB, Buelens K, Reynders C, Heyrman J. Eindresultaten deelproject Leuven kwaliteitsverbeteringen in de zorg voor type 2 diabetes mellitus patiënten. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Academisch Centrum Voor Huisartsgeneeskunde; Juli 2007.

6) Wens J. Intensieve behandeling van diabetes type 2. Huisarts Nu (Minerva) 1999;28:125-6.

7) Frei A, Chmiel C, Schläpfer H, Birnbaum B, Held U, Steurer J and Rosemann T. The Chronic CARe for diAbeTes study (CARAT): a cluster randomized controlled trial. Cardiovascular Diabetology 2010, 9:23

8) Schunk M, Stark R, Reitmeir P, Rathmann W, Meisinger C, Holle R. Improvements in type 2 diabetes care? Pooled analysis of survey data in southern Germany (KORA) from 1999-2008. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2011 Nov;54(11):1187-96.

9) Sunaert P, Vandekerckhove M, Bastiaens H, Feyen L, Bussche PV, De Maeseneer J, De Sutter A, Willems S. Why do GPs hesitate to refer diabetes patients to a self-management education program: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2011 Sep 8;12:94.

10) Brez S, Rowan M, Malcolm J, Izzi S, Maranger J, Liddy C, Keely E, Ooi TC. Transition from specialist to primary diabetes care: a qualitative study of perspectives of primary care physicians. BMC Fam Pract. 2009 Jun 6;10:39.

11) Spigt M, Stefens C, Passage D, Van Amelsvoort L, Zwietering P. The relationship between primary health care organization and quality of diabetes care. European Journal of General Practice 2009; 15:212-218.

12) Hajos TR, Polonsky WH, Twisk JW, Dain MP, Snoek FJ. Do physicians understand Type 2 diabetes patients' perceptions of seriousness; the emotional impact and needs for care improvement? A cross-national survey. Patient Educ Couns. 2011 Nov;85(2):258-63.

13) Cleveringa FG, Gorter KJ, van den Donk M, Pijman PL, Rutten GE. Task delegation and computerized decision support reduce coronary heart disease risk factors in type 2 diabetes patients in primary care. Diabetes Technol Ther. 2007 Oct;9(5):473-81.

14) Solberg LI, Klevan DH, Asche SE. Crossing the quality chasm for diabetes care: the power of one physician, his team, and systems thinking. J Am Board Fam Med. 2007 May-Jun;20(3):299-306.

15) Aghdoui N, Bartholomeeusen E, Genevrois L. Naar een betere diabeteszorg: Periodiek uitnodigen van patienten in combinatie met taakdelegatie. Huisarts Nu 2012; 41(6): 273-274.

16) Goderis G, Mathieu C. Het transmurale zorgtraject diabetes mellitus type 2. Tijdschrift voor Geneeskunde 2010;22:1094-1101.

17) Mathieu C, Nobels F, Peeters G, et al. Quality and organisation of type 2 diabetes care. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centrum (KCE); KCE reports 27A; 2006.

18) Paulus D, Van Den Heede K, Mertens R. Organisatie van zorg voor chronische zieken in belgie: ontwikkeling van een position paper. KCE reports 190A;2012.

19) Turner RC, Stratton IM, Matthews DR, et al; for the UKPDS Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. Lancet 1998;352:837-53.

20) The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008; 358: 2545-2559.

21) The ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med 2010; 362: 1575-1585.

22) The ACCORD Study Group. Effects of combination lipids therapy in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med 2010; 362: 1563-1574.

23) Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice 1998;1:2-4.

24) Nobels F, Amant M, Samyn E, Wijns M, Haeck C, Vandenberk AM, et al. Effectiveness of the introduction of a Chronic Care Model-based program for type 2 diabetes in Belgium. BMC Health Serv Res. 2010 Jul 14;10:207.

25) Cleveringa FG, Gorter KJ, van den Donk M, Pijman PL, Rutten GE. Task delegation and computerized decision support reduce coronary heart disease risk factors in type 2 diabetes patients in primary care. Diabetes Technol Ther. 2007 Oct;9(5):473-81.

26) L.J. Ubink-Veltmaat, H.J.G. Bilo, K.H. Groenier, R.O. Rischen, B. Meyboom-de Jong. Shared care with task delegation to nurses for type 2 diabetes: prospective observational study. The Netherlands journal of medicine. 2005; 63(3):103-10.

7. Bijlagen

7.1. Steekkaart diabetes Domus Medica

Diabetesmanagement

Driemaandelijks:

- leefstijladvies;
- peiling glycogene diabetescomplicaties (hypo-/hyperglycemie);
- evaluatie gewicht, bloeddruk en therapietrouw;
- bloedafname voor glycemie (nuchter) en HbA1c;
- voetcontrole (bij verhoogd risico).

Jaarlijks:

- Idem als driemaandelijkse onderzoek.
- Bijkomend onderzoek:
  - bloedafname (nuchter) voor lipidemie en serumcreatinine;
  - urineonderzoek (ochtendstaal) voor micro-albumine;
  - vaccinaties (influenza, pneumokokken);
  - verwijzing voor oogfundusonderzoek.

Cardiovasculair bilan

Vroegtijdig opsporen van cardiovasculair lijden

- Anamnese: symptomen ~ vaatlijden: claudicatio, koude extremiteiten … uitgesproken kortademigheid/misselijkheid (~ silentieuze ischemie)
- Klinisch onderzoek → tekenen van vaatlijden: pulsaties, souffles
- ECG= als referentie bij diagnose, geen jaarlijkse bepaling

Leefstijladviezen (rookstop, gezonde voeding, voldoende lichaamsbeweging, …)

Optimale glycemie nastreven: streefdoel HbA1c<7%. De behandeling dient bijgesteld als HbA1c ≥8% = onvoldoende controle.

Lipidemie

- *Jaarlijks nuchtere lipidemiebepaling*

→ totaal cholesterol (HDL + berekend LDL) en triglyceriden

- *Streefdoel:* LDL <100 mg/dL

LDL <70 mg/dL indien eerder cardiovasculair insult (CVA, AMI, …)

- *Statines*

- Bij elke diabetespatiënt, tenzij andere cardiovasculaire risicofactoren = 0
  - Na opstart: bepaling van transaminasen

  → stop indien transaminasen >3x normaalwaarde
  - Bij klachten of symptomen ~ spieraantasting: bepaal CK

  → stop indien CK> 5x normaalwaarde

Bloeddruk

- *Driemaandelijkse bloeddrukcontrole* (huisarts), eventueel thuis door patiënt
- *Streefdoel:* systole <130 mmHg & diastole <80 mmHg

Nierfalen: systole <125 mmHg & diastole <75 mmHg

- *Medicatie:*
  - Evenwaardig effect van verschillende klassen

- Bij microalbuminurie: voorkeur ACE-inhibitoren
- Combinatie therapieën: vaak noodzakelijk

Acetylsalicylzuur

- 75 tot 100 mg/dag (vermijd combinatie met clopidrogel)

Cave: recente GI-bloeding, anticoagulantia, actief leverlijden, allergie

Chronische diabetesspecifieke verwikkelingen

Retinopathie: jaarlijks onderzoek → oogarts

Nefropathie:

- Jaarlijks microalbuminurie in ochtendurine (best relateren aan creatininegehalte)
  - Indien >30 mg albumine/gr creatinine → bevestiging noodzakelijk
  Cave: vals-positief resultaat (t.g.v. cystitis, koorts, hartfalen, fysieke inspanning, …)

Neuropathie

- *Klinisch onderzoek* → aspecten zenuwlijden: motorisch, autonoom, sensorisch
- *Aanpak:* - goede glykemiecontrole, analgetica, amitryptiline of gabapentine
  - geen verbetering of ernstige neuropathie → verwijzing

Diabetische voet

- *Advies:* brede schoenen (koop in namiddag), goed absorberende kousen
- *Voetonderzoek:*
  - door patiënt of partner: minstens 1x/week
  - door huisarts: minstens 1x/jaar → grondig beide voeten (en schoenen) (mechanisch - vasculair - sensibel neurogeen - trofisch - infecties)
- *Voetrisicoscore* (op basis van voetonderzoek):
  - Zodra monofilament-test positief (=neuropathie):
  - hoge frequentie voetonderzoek
  - regelmatige voetverzorging door medische pedicure of podoloog
  - Zodra neuropathie met ernstige orthopedische misvormingen:
  - terugbetaling podologisch advies

Seksuele problemen

- Vaak multidisciplinaire aanpak noodzakelijk.
- Peilen naar:
  - *bij mannen:* erectiele disfunctie
  → eventueel fosfodiësterase-inhibitoren - ***Cave:*** gebruik van nitraten!
  - *bij vrouwen:* gestoorde lubrificatie, dyspareunie, verminderd libido

7.2. Overzichtstabel abstracts

PICO 1

P: diabetes type 2
I: follow-up AND referral and consultation
C: /
0: / → 15 artikels, 2 bruikbaar

Auteur	Land	Onderzoeksvraag	Soort onderzoek	Interventie	Outcome
Artikel 13 Quinn DC graber: Overcoming turf battles: developing a pragmatic, collaborative model to improve glycemic control in patients with diabetes.	USA	Collaboration between primary care physicians (PCPs) and endocrinologists results in better glycemie control?	Evaluation Studies	diabetes self-management coupled with adjustment of insulin and oral hypoglycemic medications	a reduction of mean glycated hemoglobin levels from 9.2% at entry to 7.5% after 3 months ($p < 0.05$)
Artikel 14 Hidaka, H. Evaluation of a new care system provided to diabetic patients in the outpatient clinic.	Interessant maar artikel van 2000				

<u>PICO 2</u>

p: diabetes type 2
i: health knowledge OR attitiude
c: /
o: referral and consultation → 10 artikels, geen bruikbare artikels.

<u>PICO 3</u>

p: diabetes type 2
i: chronic care meodl AND referral and consultation
c: /
o: / → 28 artikels, 3 bruikbaar

Auteur	Land	Onderzoeksvraag	Soort onderzoek	Interventie	Outcome	Opmerking
Artikel 1 Musacchio, N Impact of a chronic care model based on patient empowerment on the management of Type 2 diabetes: effects of the SINERGIA programme.	Italië	Measuring clinical outcomes the year before and after the initiation of SINERGIA	Evaluation Studies.	SINERGIA programme: diabetologists, nurses and dietitians empower patients and telemedicine resources	The SINERGIA model is effective in improving metabolic control and major cardiovascular risk factors, while allowing diabetologists to dedicate more time to patients with more acute disease.	Toch niet bruikbaar want niet in eerste lijn?
Artikel 2 Frei, Anja. The Chronic CARe for diAbeTes study (CARAT): a cluster randomized controlled trial.	Zwitserland	implementing several elements of the Chronic Care Model via a specially trained practice nurse improves the HbA1c level of diabetes type II patients significantly after one year (primary outcome).	*cluster randomized controlled trial.*	Chronic Care Model	This study challenges the hypothesis that the Chronic Care Model can be easily implemented by a practice nurse focused approach.	
Artikel 9 Sunaert,Patricia. Effectiveness of the introduction of a Chronic Care Model-based program for type 2 diabetes in Belgium.	Belgium	assess the effect of the implementation of Chronic Care Model (CCM) elements on the quality of diabetes care in a country where the efforts to adapt primary care to a more chronic care oriented system are still at a starting point.	Clinical trial	implementation of Chronic Care Model	the improvement in the quality of diabetes care was moderate Further improvements are needed in the CCM components delivery system design and clinical information systems.	

7.3. Informatieformulier

Informatieformulier

Implementeren van het zorgtraject diabetes in de huisartsenpraktijk.

Geachte mevrouw
Geachte heer

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek in het kader van mijn opleiding huisartsgeneeskunde. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. U kan uw deelname aan de studie op elk moment stopzetten zonder dat dit invloed heeft op uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts. Als u besluit om aan dit onderzoeksproject deel te nemen, is het van belang dat u de onderstaande informatie goed begrijpt. Indien u na het lezen van de informatie nog vragen heeft, zijn wij uiteraard graag bereid om deze te beantwoorden.

Inleiding

Sinds de invoering van het zorgtraject voor diabetes type 2 zijn er in onze praktijk al meerdere contracten opgesteld. In de praktijk merken we echter dat het niet zo eenvoudig is voor artsen en patiënten om dit goed op te volgen. Daarom willen we graag onze patiënten die in een zorgtraject gestapt zijn (contract ondertekenden samen met hun huisarts en specialist), bevragen over hun ervaringen. In een tweede stap willen we een raadpleging specifiek voor diabetes aanbieden in de praktijk. We zullen al onze patiënten die in het zorgtrajecten zitten uitnodigen. In de toekomst zal deze diabetesraadpleging uitgebreid kunnen worden naar alle diabetespatiënten.

Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met de Universiteit Antwerpen. Deze studie werd voorgelegd en beoordeeld door het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen en we verkregen hiervoor de goedkeuring op datum….

Omschrijving van de procedure van het onderzoek

Als u beslist aan deze studie deel te nemen, wordt u vervolgens uitgenodigd om aan een groepsgesprek deel te nemen . De bedoeling is om van u en andere patiënten in het zorgtraject te weten hoe u dit ervaart. Het gesprek wordt opgenomen. Bij de verwerking van de informatie zorgen we ervoor dat alle gegevens anoniem blijven.

Vervolgens nodigen we u uit om langs te komen naar onze diabetesraadpleging. Hier worden er enkele vragen gesteld omtrent uw diabetes en parameters zoals bloeddruk nagekeken. U bent vrij om op deze uitnodiging al dan niet in te gaan.

Mogelijke voor- en nadelen van het onderzoek

U heeft zelf geen voordeel van het invullen van de vragenlijsten. Deelname aan de diabetesraadpleging kan wel een ondersteuning zijn voor u in het aanpakken van uw diabetes.
U zal in principe geen nadeel ondervinden van deel te nemen aan deze studie.

Vertrouwelijkheid

Alle verzamelde gegevens zijn strikt vertrouwelijk en zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek zelf. In geen enkel document zullen uw persoonlijke gegevens herkenbaar zijn.

Indien u wenst deel te nemen, dient u het bijbehorende toestemmingsformulier te ondertekenen.

Met vriendelijke groeten en alvast bedankt voor de medewerking.

Dr. Sarah De Decker
Laarsebaan 322
2170 Merksem
03/645.28.70

Mede namens Huisartsenpraktijk Het Laar en het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen.

7.4. Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Implementeren van het zorgtraject diabetes in de huisartsenpraktijk.

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik toestemming geef voor deelname aan het hierboven vermelde onderzoek. In verband hiermee verklaar ik het volgende:

- Ik heb het bijhorende informatieformulier ontvangen en gelezen
- Ik ben gedetailleerd geïnformeerd over het doel, de aard en de procedures van het onderzoek
- Ik heb aanvullende vragen kunnen stellen, deze zijn voldoende beantwoord
- Ik weet dat mijn gegevens gebruikt worden, voor de doelen die in het informatieformulier staan
- Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen
- Ik ben op de hoogte dat ik op elk ogenblik de deelname aan deze studie kan stopzetten zonder dat dit een invloed heeft op mijn verdere behandeling

Naam en voornaam deelnemer:

Datum en handtekening

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het hierboven vermelde onderzoek. Ik bevestig tevens dat dit onderzoek zal uitgevoerd worden volgens de voorwaarden die beschreven zijn in het informatieformulier.

Dr. Sarah De Decker
Laarsebaan 322
2170 Merksem
03/645.28.70

Mede namens Huisartsenpraktijk Het Laar en het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen.

Datum en handtekening

7.5. Draaiboek focusgroepen zorgtraject diabetes 23/07/2012

Allereerst zou ik u willen bedanken voor uw **tijd** en uw **bereidwilligheid om aan dit interview deel te nemen.**

Ik ben dokter Sarah De Decker, huisarts in opleiding in deze praktijk.

Dit onderzoek gaat over het zorgtraject diabetes in kader van mijn onderzoeksthesis . Graag wil ik met dit groepsgesprek te weten komen hoe het zorgtraject voor u loopt en waar er eventuele knelpunten zitten.

U zou mij **enorm helpen** door gewoon **uw eigen mening** te geven op de vragen, uw eigen **ervaringen** te delen, er bestaan geen goede of slechte antwoorden.

We hadden op voorhand afgesproken dat dit interview ongeveer **1u** zou duren, is dit nog steeds **mogelijk** voor u?

Nu volgen **enkele puntjes** die ik graag op voorhand nog even had overlopen.
Als ik af en toe eens op mijn blad kijk, is dit dan ook omdat ik niets wil vergeten.

- Zoals reeds vermeld wordt dit interview ook **opgenomen**. Alleen ik zal het interview beluisteren.
- Het is ook volledig **anoniem**, indien er later in een rapport 'quotes' gebruikt worden van dit interview, dan zal dat altijd zo verwoord worden dat uw identiteit op geen enkele manier traceerbaar is. Ook als u bijvoorbeeld concrete namen of plaatsen vermeldt, zullen die anoniem gemaakt worden.
- **Uw privacy** zal beschermd blijven en indien de resultaten van het onderzoek gepubliceerd worden, kan u deze altijd opvragen.
- U kan ook ten allen tijde het **gesprek beëindigen**.
- Graag wil ik u vragen niet door elkaar te praten.

Zoals voor elk onderzoek hebben we ook voor deze interviews goedkeuring gevraagd en gekregen van de Ethische Commissie. Hetgeen ik zojuist verteld heb staat hier in **het informed consent**. Ik zou u willen vragen dit document te ondertekenen omdat we dit nodig hebben voor de ethische commissie.

Dan zijn we nu klaar met de praktische kant.

Bent u akkoord om onder deze voorwaarden aan het gesprek te beginnen?

Script

Ice Breaker

Algemene kennis

1. Wat houdt volgens jullie het zorgtraject in?

Opvolging in de praktijk

1. Hoe gebeurt de opvolging van uw diabetes nu?

    - Specifiek wat wel, wat niet

2. Is er sinds de opstart van uw zorgtraject iets veranderd in de opvolging?

    - Hoe u wordt opgevolgd door uw huisarts

    - Hoe u uzelf opvolgt/laat opvolgen

    - Wat gaat goed, moeilijk, veranderd,...

Diabetes raadpleging

1. Bent u door het zorgtraject nu meer bereid om voor uw suikerziekte op raadpleging te komen?

2. Wat denkt u over een specifieke raadpleging voor diabetici?

    - Zouden jullie bereid zijn om te komen?

    - Wat verwacht u van zo'n raadpleging?

3. Zou uw motivatie verhogen om zelf aan uw gezondheid te werken door een betere begeleiding?

Afsluiten

We hebben een aantal topics rond de werking van het zorgtraject aangehaald, zijn er nog andere topics die voor uw suikerziekte of voor u belangrijk zijn.

7.6. Coderen: gesprek artsen

1) Probleem bij mezelf
2) Ik weet veel niet meer
3) Ik moet terug opzoeken
4) Heb mezelf te weinig geïnformeerd
5) Opstarten zorgtraject gaat vlot
6) Moeilijk met opvolgen criteria
7) Moeilijk met opvolgen patiënten
8) Moeilijk structuur in te brengen
9) Direct een opvolgconsult meegeven
10) Opvolgconsult is een mogelijkheid
11) Zorgtraject komt tussen normale raadplegingen
12) De consultatie gaat nooit enkel over zorgtraject
13) Patiënten komen wel hun suiker laten opvolgen
14) Consult loskoppelen van andere klachten moeilijk
15) Ik start niet zelf op, ik stuur naar specialist
16) Opstarten zorgtraject kan je zelf in samenspraak met specialist
17) Je moet patiënten een aantal keer per jaar zien
18) Ik wist niet dat er papieren voor de opstart bestaan
19) Je kan zelf de patiënt selecteren
20) Contract maken en dan naar de specialist sturen
21) Voordeel dat consultaties goedkoper zijn voor de patiënt
22) Na de opstart laat ik een educator bij de patiënt thuiskomen
23) Samenwerking met educatoren verloopt vlot
24) Patiënt heeft recht op 1 consult dieet per jaar
25) Veel argumenten om me te verdiepen in de goede werking van het zorgtraject
26) Opvolging patiënt zelf is een groot struikelblok
27) Patiënt zelf is een struikelblok
28) Er komt geen enkele patiënt zelf om zijn HbA1c te laten bepalen
29) Patiënt is niet nuchter op consultatie
30) De huisarts moet de patiënt sturen
31) Geef na de consultatie voorschrift voor labo mee, zie patiënten dan terug ineens met resultaat
32) Zou heel nuttig zijn om een vaste structuur te hebben
33) Wij moeten zeggen tegen de patiënt hoe we het willen
34) Telkens afspraak voor de volgende keer meegeven
35) Elke drie maanden zie ik u op zorgtraject raadpleging
36) Onvoldoende tijd om levensstijlaanpassingen te bespreken
37) Je ziet patiënt pas om 3 maanden dus je weet niet wat intussen tijd gebeurt
38) Kwartier per patiënt is te kort
39) HbA1c, gewicht en bloeddruk elke 3 maanden
40) Cholesterol en urine
41) Voetonderzoek vergeet ik
42) Jaarlijks oog- en hartonderzoek

43) Patient moet zelf jaaronderzoeken regelen
44) Planning jaaronderzoeken loopt mis
45) Best na opstart alle jaaronderzoeken laten vastleggen voor volgend jaar
46) Weinig contact met specialist
47) Je krijgt enkel een brief van de specialist
48) Is er meer contact nodig dan brieven?
49) Ik vind brief van specialist voldoende
50) Emd kan beter gebruikt worden
51) Consultaties zorgtraject in 1 map zetten
52) Consultaties moeten makkelijk opvraagbaar zijn
53) Onderzoeken moeten makkelijk terug te vinden zijn
54) Het is makkelijk in ons dossier, maar we moeten het doen
55) Chronisch probleem in 1 module steken
56) Met 1 klik alle consultaties bekijken
57) Kunnen we een diabetes consultatie aanmaken
58) Schematisch overzicht per patiënt
59) Specifieke lijst met parameters die moeten worden nagekeken is er nog niet
60) Je bent met teveel bezig tijdens consultatie zodat structuur verdwijnt
61) Starten met emd in orde te maken
62) Ineens 4 diabetes afspraken voor 1 jaar voor hun diabetes
63) Diabetes raadpleging
64) Diëtiste moet aanwezig zijn
65) Eventueel educator aanwezig
66) Zo kan er veel aangeboden worden
67) Zo lacunes opvangen
68) Diabetes raadpleging moet aparte identiteit worden voor betere opvolging
69) Een maal per maand diabetes raadpleging open zetten
70) Best ook avond raadpleging
71) Een maal per jaar langskomen voor diabetes overdag
72) Standaard brieven aanmaken ikv jaaronderzoeken zorgtraject
73) Patiënt moet zelf specialisten afspraken maken
74) Als ze op tijd gemaakt worden is er geen probleem
75) Alles zal vlot verlopen als ze het een jaar hebben doorlopen
76) Misschien worden patiënten zo bewust van hun eigen verantwoordelijkheid
77) Verantwoordelijk om hun ziekte zelf te managen
78) Zo voelen ze zich beter begeleid
79) Elke maand diabetes raadpleging is niet haalbaar
80) Aantal diabetes patiënten gaat toenemen
81) Patiënten zijn het beu altijd dezelfde uitleg te horen
82) Uitleg moet wel aangeboden worden
83) Dieet kan niet genoeg nagevraagd worden
84) Ook gewicht en roken

7.7. Coderen gesprek patiënten

1) Zorgtraject is regelmatige controle en onderzoeken
2) 1 keer per jaar naar specialist
3) Om specialisten te ontlasten
4) In conventie 4 maal per jaar naar specialist
5) Ik weet niet wanneer ik naar de specialist moet
6) Ik weet niet of de huisarts beslist wanneer ik naar de specialist moet
7) Ik weet niet welke onderzoeken er dienen te gebeuren
8) Van mijn specialist hoor ik niets
9) Wie gaat het allemaal regelen en opvolgen?
10) Ze hadden gezegd dat het beter was van de conventie over te stappen naar het zorgtraject
11) Het is niet goed geregeld
12) De huisarts moet je nu zien dat alles in orde is
13) Zelf krijg ik geen bericht met meer informatie
14) Ik ben zelf opzoek gegaan naar meer informatie
15) In de conventie werd alles door het ziekenhuis gepland
16) Heb zelf mijn specialist geraadpleegd met de vraag naar jaaronderzoeken
17) Mijn huisarts wist niet dat hij dit diende te regelen
18) Ik moet elk jaar bij mijn huisarts een voorschrift gaan halen voor elk onderzoek
19) De conventie was eenvoudiger
20) Zo ook voor voorschriften dieet en podoloog
21) Het zou beter gecoördineerd kunnen worden
22) Heb via tv vernomen dat het weggooien van gebruikte insulinenaaldjes in een speciale box dient te gebeuren
23) In de conventie krijg ik het insuline materiaal automatisch, nu moet ik het zelf in het oog houden
24) Als ik het geweten had, was ik in de conventie gebleven
25) Ik weet niet waarom ik in het zorgtraject zit
26) Elke maand laat ik mijn suikerwaarden zien, meer gebeurt er niet
27) Probleem ook bij apothekers omdat voor hun het voorschrift niet in orde is
28) Mijn medicatie is zo goed als gratis
29) De huisarts moet ZD op het voorschrift schrijven
30) Ook de dokter visites zijn terugbetaald
31) Ik kom vier keer per jaar naar de huisarts, in het contract staat tweemaal
32) Er is niets veranderd in men opvolging sinds het zorgtraject
33) Als ik vraag om bloed te trekken gaat dat vaak niet omdat ik voor een ander probleem gekomen was
34) Ik wil graag dat hij mij 4 dagen per jaar laat komen voor suikercontrole
35) Mij naar een diëtiste sturen gebeurt ook niet
36) Je moet elke drie maanden je suiker laten controleren
37) Mijn arts krijgt een brief met welke onderzoeken dienen te gebeuren en welke medicatie er aangepast moet worden
38) Voor mij verloopt het goed
39) Een specifieke raadpleging voor diabetes zou een verbetering zijn

40) Enkel over suiker praten, zodat het niet samen met andere klachten op één raadpleging is
41) Aangepaste zorg per patiënt
42) Ik merk dat ik snel afgeleid ben tijdens de consultatie en toch andere vragen stel dan over suiker tijdens een consultatie
43) Een educator zie ik niet meer thuis na de opstart
44) Niet elk onderzoek dient elk jaar te gebeuren
45) Ik wil graag een boekje waarin alles staat dat er dient te gebeuren. Ook waar en wanneer
46) Ik wil graag zelf mee kunnen opvolgen
47) Ik weet dat je veel complicaties van suiker kan krijgen
48) Je moet wonden goed verzorgen
49) Ik weet alles al over suiker
50) Het zou goed zijn nog eens alles goed op te frissen
51) Alles verandert snel
52) De informatie die er is, is goed, maar er dient ook iets mee te gebeuren
53) De specialist zou toch zelf de onderzoeken terug organiseren
54) Ik denk als het strakker geregeld wordt dat je beter je best doet voor dieet
55) Ik doe minder mijn best omdat er toch niet naar gekeken wordt
56) Als je echt gewogen wordt doe ik beter mijn best
57) Ik krijg weinig steun van familie en vrienden
58) Ze begrijpen niet dat ik een streng dieet moet volgen
59) De opvolging moet veranderen
60) Er is teveel werk, de dokter kan het niet meer allemaal regelen.