Ontwikkeling van een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2:

een kwaliteitsverbeterend project in een multidisciplinaire praktijk

Caro Van Cutsem, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Laurence Outtier, huisarts

Praktijkopleider: Dr. Len Van der Donckt, huisarts

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2019 – 2020]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

INDEX

INDEX **3**

ABSTRACT **4**

1 INLEIDING 5

1.1 Diabetes mellitus type 2 5

1.2 Multidisciplinaire samenwerking 7

1.2.1 Rol van de huisarts 7

1.2.2 Rol van de diëtist 10

1.2.3 Rol van de podoloog 10

1.3 Ontstaan van een kwaliteitsverbeterend project 12

1.3.1 Praktijkschets 12

1.3.2 Doelstelling 13

2 METHODOLOGIE 14

2.1 Studiedesign 14

2.2 Studiepopulatie 14

2.3 FOCUS- en PDCA-methode 15

2.4 Ethische aspecten 19

2.5 Statistiek 20

3 RESULTATEN 21

3.1 Dossierregistratie 21

3.1.1 ICPC-codering en zorgplan 21

3.1.2 Registratie parameters: vergelijking voor en na zorgstraat 22

4 DISCUSSIE 25

4.1 Dossierregistratie 25

4.1.1 ICPC-codering en zorgplan 25

4.1.2 Registratie parameters: vergelijking voor en na zorgstraat 25

4.2 Focusgroepgesprekken 29

4.3 Sterke en zwakke kanten van het project 31

4.4 Toekomst 32

5 BESLUIT 33

6 DANKWOORD 34

7 AFKORTINGEN 34

8 REFERENTIES 35

9 APPENDICES 36

9.1 Appendix 1: Beschrijving visgraatdiagram 36

9.2 Appendix 2: Advies Commissie Medische Ethiek 38

9.3 Appendix 3: Goedgekeurd protocol 40

9.4 Appendix 4: Focusgroepgesprekken 43

ABSTRACT

Doel: Een frequente en ernstige chronische aandoening waarmee de huisarts dagelijks in contact komt en die een belangrijke morbiditeit en mortaliteit met zich meebrengt, is diabetes mellitus type 2. Door de toenemende vergrijzing is er een stijgende behoefte aan het structureren van de opvolging van chronische aandoeningen. Het doel van dit project was enerzijds de registratie optimaliseren van de ICPC-gecodeerde diagnose, het zorgplan en de verschillende parameters die noodzakelijk zijn voor een goede opvolging in het EMD en anderzijds de samenwerking tussen de artsen, de diëtiste en de podoloog verbeteren.

Methode: In dit kwaliteitsverbeterend project, een prospectief observationeel onderzoek, werd gewerkt volgens de FOCUS- en PDCA-methode. Er werd een "zorgstraat" georganiseerd met diabetesspecifieke consultaties bij de huisarts, diëtiste en podoloog, waaraan 20 patiënten met type 2 diabetes deelnamen. Er werden enkele praktische actiepunten met concrete doelstellingen van verbetering opgesteld, waarvan de registratie vergeleken werd met behulp van een voor- en nameting. De data werden verwerkt via beschrijvende statistiek. Er vonden 3 focusgroepgesprekken plaats voor de evaluatie van de samenwerking tussen de deelnemende zorgverleners.

Resultaten: Bij de aanvang van het project stond in het EMD bij 80% van de patiënten de diagnose genoteerd volgens de ICPC-codering, 60% had een zorgplan en bij 10% werd dit zorgplan geregistreerd in het EMD. Aan het einde van de zorgstraat waren dit respectievelijk 100%, 100% en 65%. Het gewicht werd in de drie maanden voor het project minimaal één keer geregistreerd bij 50% van de studiepopulatie, de bloeddruk bij 70%, het HbA1c bij 60%, de rookstatus bij 5%, het alcoholgebruik bij 0% en de fysieke activiteit bij 5%. Tijdens de zorgstraat gebeurde dit respectievelijk bij 100%, 95%, 100%, 65%, 90% en 65%. Het gestalte werd in het jaar voorafgaand aan de start van de zorgstraat minimaal één keer genoteerd in het EMD bij 15% van de patiënten, de buikomtrek bij 5% en het voetrisico (monofilamenttest) bij 0%. Aan het einde van het project was dit respectievelijk 90%, 70% en 70%. Er gebeurde een volledig bloedonderzoek bij 85% en een urineonderzoek bij 60% in het jaar voor de start van de zorgstraat en beide gebeurden bij 100% in het jaar voor het einde ervan. In 2018 kreeg 30% van de patiënten een griepvaccin, in 2019 was dit 55%.
Uit de focusgroepgesprekken werd duidelijk dat er met het ontwikkelen van een zorgstraat een belangrijke verbetering was in het samenwerken rond diabetes mellitus type 2. Er ontstonden multidisciplinaire overlegmomenten, meer patiënten consulteerden de diëtiste en podoloog, voorschriften en verwijsbrieven werden onmiddellijk in orde gebracht, er werden nieuwe complicaties en risicofactoren ontdekt en de artsen leerden het EMD efficiënter gebruiken. Problemen rond verslaggeving werden intussen opgelost. Belangrijke werkpunten zoals een duidelijke taakverdeling, communicatie tijdens de zorgstraat en de arbeidsintensieve voorbereiding kwamen naar voor. De betrokken zorgverleners wensten het project te behouden mits enkele aanpassingen.

Besluit: Het invoeren van een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2 in een multidisciplinaire praktijk leidt tot een volledigere en meer gesystematiseerde diabeteszorg. Er werd beter geregistreerd in het EMD en meer samengewerkt met de diëtiste en podoloog. Het kwaliteitsverbeterend project zal worden aangepast en geïntegreerd in de bestaande praktijk.

Trefwoorden: 'Diabetes Mellitus Type 2', 'Multidisciplinair', 'Huisarts', 'Diëtist', 'Podoloog'

1 INLEIDING

1.1 Diabetes mellitus type 2

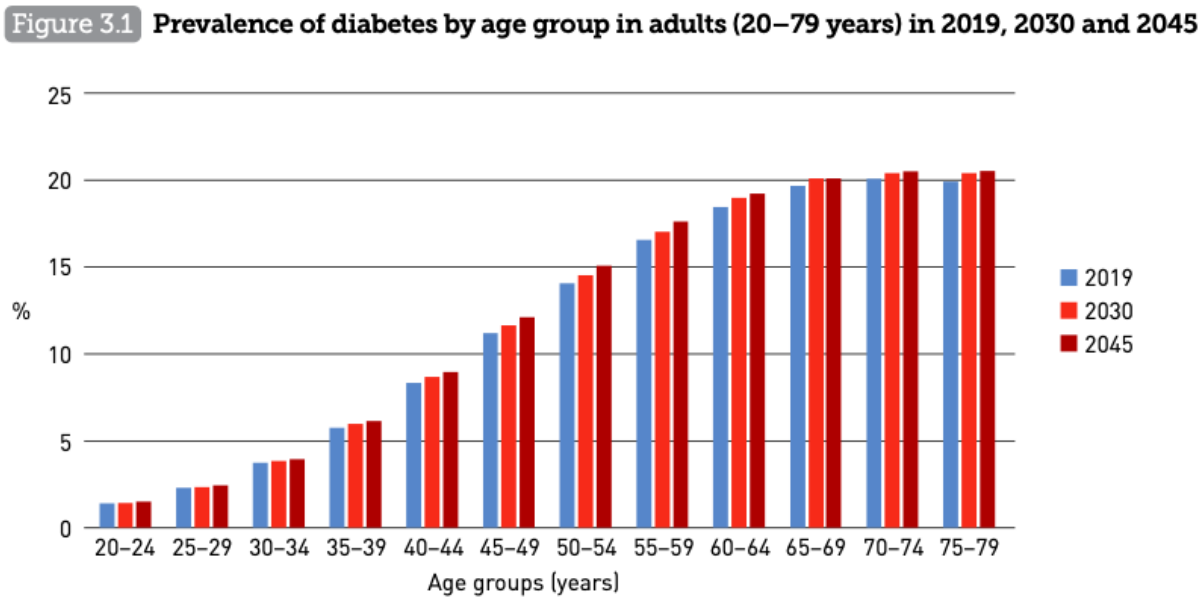
Een frequente en ernstige chronische aandoening waarmee de huisarts dagelijks in contact komt en die een belangrijke morbiditeit en mortaliteit met zich meebrengt, is diabetes mellitus. De meest voorkomende vorm is type 2, goed voor ongeveer 90% van alle diabetesgevallen wereldwijd, waarbij er zowel het probleem is van insulineresistentie als van een defect van de bètacellen in de pancreas. Hierdoor vertonen perifere weefsels, zoals lever-, spier- en vetweefsel, een verhoogde weerstand tegen insuline en slaagt de pancreas er progressief steeds minder in om voldoende insuline aan te maken om deze weerstand te overwinnen. (1) (2) (3)
Deze insulineresistentie is geassocieerd met verschillende andere cardiovasculaire risicofactoren die naast de glycemie ook moeten worden aangepakt. Zo gaat diabetes mellitus type 2 vaak gepaard met abdominale obesitas, arteriële hypertensie, dyslipidemie, hyperuricemie en een verhoogd tromboserisico. (1) (3)

Zowel erfelijke factoren als omgevingsfactoren spelen een rol in het ontstaan van diabetes type 2. (1) (2) (3) De belangrijkste uitlokkende factoren zijn (abdominale) obesitas en een gebrek aan lichaamsbeweging, maar ook leeftijd, etniciteit en familiegeschiedenis spelen een rol. (1) (2)
Het risico op het ontwikkelen van de aandoening neemt toe met de leeftijd, hoewel er een verschuiving optreedt naar een steeds jongere leeftijd en het soms zelfs kan voorkomen bij zeer obese adolescenten. (1) (2)

De prevalentie neemt wereldwijd toe door de vergrijzing van de bevolking, de economische ontwikkeling en de toenemende verstedelijking. Door de toegenomen welvaart zijn er meer mensen met overgewicht, een sedentaire levensstijl, slechtere eetgewoonten en daarnaast een langere levensverwachting. (1) (2)

De International Diabetes Federation (IDF) ontwikkelde in 2019 de negende editie van de diabetesatlas en stelde vast dat de prevalentie van diabetes (zowel type 1 als type 2) in de leeftijdscategorie 20 tot 79 jaar wereldwijd lag op 9.3%. In 2019 was de prevalentie in deze groep in Europa 8.9% en in België lag deze nog iets lager, 6.8%. (2)
In *figuur 1* is de wereldwijd stijgende prevalentie met de leeftijd te zien. In de leeftijdscategorie 20 tot 24 jaar was deze slechts 1.4%, vergeleken met 19.9% bij 75- tot 79-jarigen. Men verwacht dat deze cijfers nog zullen stijgen de komende jaren. (2)

Bij vrouwen ligt de prevalentie wereldwijd iets lager dan bij mannen (9.0% versus 9.6% in 2019). (2)
Wanneer stedelijke en landelijke gebieden vergeleken worden, ziet men dat de prevalentie in stedelijke gebieden het hoogste is (wereldwijd 10.8% versus 7.2% in landelijke gebieden in 2019; in Europa respectievelijk 9.3% versus 7.8% in 2019). Meer dan de helft van de volwassenen met diabetes in Europa (58.6%) woont in landen met een hoog inkomen. (2)



Figuur 1: Prevalentie van diabetes wereldwijd per leeftijdsgroep bij volwassenen (20-79 jaar) in 2019, 2030 en 2045 (2)

Diabetes type 2 kan symptomen veroorzaken die vergelijkbaar zijn met die van type 1, maar in het algemeen is de presentatie veel minder dramatisch en kunnen patiënten volledig vrij zijn van symptomen. Het exacte tijdstip van ontstaan is daardoor meestal niet te bepalen met als gevolg vaak een lange pre-diagnostische periode en het ontbreken van de diagnose bij maar liefst een derde tot de helft van de mensen met type 2 diabetes. In België werd vermoedelijk 36.3% van de patiënten met diabetes nog niet gediagnosticeerd. (2)

Het tijdig vaststellen is echter van het allergrootste belang, want de aandoening kan belangrijke complicaties veroorzaken, zowel macro- als microvasculair. Onder macrovasculaire complicaties vallen bijvoorbeeld coronair ischemisch hartlijden, perifeer arterieel lijden en cerebrovasculair lijden die een verhoogde mortaliteit tot gevolg hebben. Retinopathie, neuropathie en nefropathie zijn dan weer microvasculaire complicaties met een ongunstig effect op de levenskwaliteit en de morbiditeit. (1) (3) Daarnaast is het ook noodzakelijk aandacht te hebben voor acute glycemische complicaties, zoals hypoglycemie of hyperglycemische osmolaire toestand, en voetcomplicaties (diabetesvoet). (1) Bovendien komen kanker en infecties vaker voor bij diabetes en heeft de aandoening een grote weerslag op het leven van de patiënt, zowel psychologisch als sociaal. Belangrijke comorbiditeiten zijn depressie, cognitieve stoornissen, schizofrenie en seksuele dysfunctie. (1) (3)

Bovendien gaat de aandoening ook gepaard met een belangrijke mortaliteit. Naar schatting stierven in 2019 wereldwijd ongeveer 4,2 miljoen volwassenen in de leeftijdsgroep van 20 tot 79 jaar als gevolg van diabetes en de complicaties ervan. Diabetes wordt geassocieerd met 11.3% van de wereldwijde sterfgevallen door alle oorzaken bij mensen in deze leeftijdscategorie en met 8.5% van deze in Europa. Bijna de helft (46.2%) van de wereldwijde sterfgevallen geassocieerd met diabetes in de leeftijdsgroep van 20 tot 79 jaar zijn mensen jonger dan 60 jaar. Wereldwijd zijn er meer sterfgevallen geassocieerd met diabetes bij vrouwen dan bij mannen. (2)

Ten slotte hebben voortijdige sterfte en een lagere levenskwaliteit als gevolg van diabetesgerelateerde complicaties een aanzienlijke economische impact op landen, gezondheidssystemen en natuurlijk ook op personen met diabetes en hun families. Enerzijds zijn er de directe kosten, de gezondheidsuitgaven. Anderzijds zijn er ook heel wat indirecte kosten door bijvoorbeeld de uitval van arbeidskrachten, sterfte en ziekteverzuim. (2)

Alle diabetesgerelateerde complicaties en sterfte brengen dus enorme kosten met zich mee voor de patiënt en de samenleving. Door een adequate behandeling kunnen deze echter voorkomen of vertraagd worden. De patiënt speelt hierin een belangrijke rol, maar kan zich laten bijstaan door de verschillende zorgverleners die hen hierin kunnen steunen, motiveren en de nodige educatie geven. (1)

1.2 Multidisciplinaire samenwerking

De behandeling van diabetes mellitus type 2 is complex en vergt een multifactoriële aanpak met samenwerking door verschillende zorgverleners, naast een grote inbreng door de patiënt zelf. Dit kan voornamelijk in de eerste lijn plaatsvinden door een multidisciplinaire samenwerking tussen bijvoorbeeld de huisarts, een diëtist, een podoloog, een diabetesverpleegkundige, een thuisverpleegkundige,… (1)

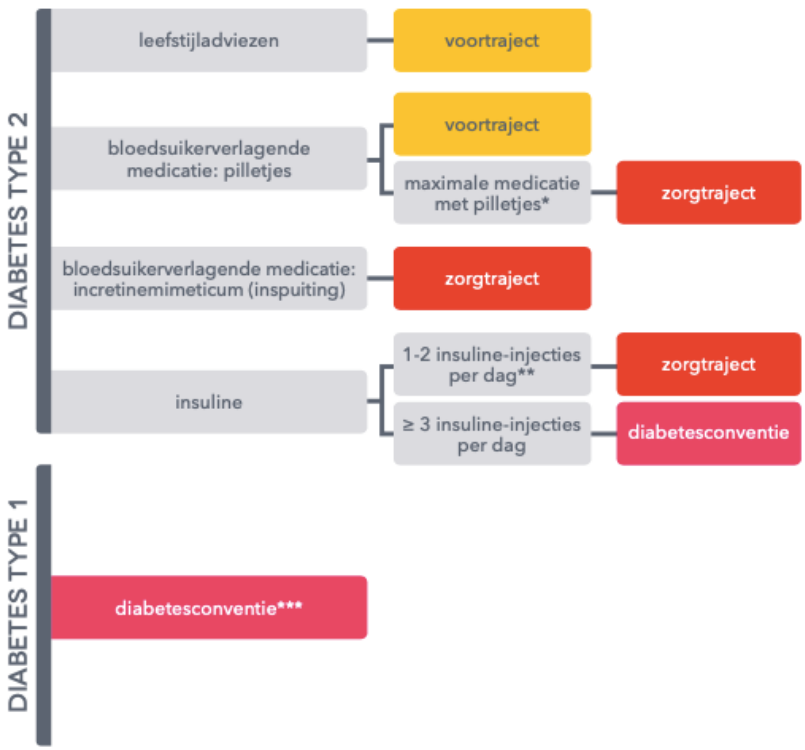
Szafran *et al.* onderzocht de interprofessionele samenwerking bij diabeteszorg in Canada en vond dat huisartsen die deel uitmaken van een eerstelijnszorgteam andere zorgverleners die in de huisartsenpraktijk werken, zoals een verpleegkundige voor chronische ziektebeheersing, diabeteseducator, apotheker en/of diëtist, meer betrekken bij de zorg voor diabetes type 2-patiënten dan solo-artsen. Interprofessionele samenwerking verbetert de voorlichting van de patiënt en de preventieve zorg, verlaagt de zorgkosten en resulteert in betere resultaten voor de patiënt. Het leidt bovendien tot een herverdeling van de taken tussen de verschillende zorgverleners, waardoor artsen meer tijd hebben voor andere activiteiten van de patiëntenzorg. (4)

Toch ondervond Szafran *et al.* dat hoewel de samenwerking relatief groter was onder huisartsen die in een team werkten dan onder diegenen die dat niet deden, de mate van samenwerking in absolute zin niet erg hoog was. Vele andere factoren dragen immers bij aan de mate waarin zorgprofessionals samenwerken, waaronder de ontwikkeling van vertrouwen, effectieve communicatie en duidelijke roldefinities. (4)

1.2.1 Rol van de huisarts

Een centrale rol in de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 wordt vervuld door de huisarts. Als zorgverlener in de eerste lijn is deze verantwoordelijk voor het screenen naar en het diagnosticeren en behandelen van diabetes met als doel eventuele complicaties te voorkomen of te vertragen en mogelijke klachten te verminderen. Eenmaal de diagnose gesteld wordt, zal de huisarts regelmatige opvolging voorzien met aandacht voor de verschillende aspecten van de aandoening en indien nodig verwijzen naar andere gespecialiseerde zorgverleners. (1) (3) (5)

Naast deze regelmatige opvolging is het ook de taak van de huisarts de patiënt in contact te brengen met de verschillende voorzieningen rond diabetes en de nodige administratieve taken die hiermee gepaard gaan te vervullen. In België heeft namelijk iedereen met deze aandoening vanaf de diagnose recht op ondersteuning via een wettelijk zorgsysteem. Afhankelijk van de behandeling wordt deze ondersteuning georganiseerd binnen een voortraject, zorgtraject of conventie (zie *figuur 2 en 3*). (5)



* De bloedsuikerwaarden zijn moeilijk onder controle te krijgen en een incretinemimeticum of insulinebehandeling wordt overwogen.

** Uitzondering: tijdelijke opname in de conventie bij ontregelde bloedglucosewaarden door bijvoorbeeld een cortisonebehandeling of chemotherapie bij kanker.

*** Binnen de conventie bestaat er naast de volwassenconventie ook een kinderconventie. Voor personen behandeld met een insulinepomp is er een pompconventie en in sommige centra is er een conventie voor continue glucosemonitoring.

Figuur 2: Inclusiecriteria voor de zorgsystemen rond diabetes mellitus (5)

Het 'voortraject' of 'opvolging van een patiënt met diabetes type 2' is er vanaf de diagnose voor iedereen met diabetes mellitus type 2 waarbij de behandeling uitsluitend bestaat uit levensstijladviezen. Daarnaast komen ook patiënten die orale bloedsuikerverlagende medicatie krijgen in aanmerking. De huisarts vraagt het voortraject elektronisch aan en is bij deze mensen het eerste aanspreekpunt en de coördinator van de behandeling. Daarnaast hebben zij ook recht op enkele financiële voordelen, zoals jaarlijks een tegemoetkoming voor twee sessies van 30 minuten bij een erkend diëtist en twee sessies van 45 minuten bij een erkend podoloog indien ze een verhoogd voetrisico hebben. Hiervoor maakt de huisarts de nodige voorschriften en verwijsbrieven. (5)
Naast deze basisbegeleiding komen een aantal patiënten binnen het voortraject ook in aanmerking voor extra begeleiding, namelijk wanneer ze in de leeftijdscategorie 15 tot 69 jaar vallen én bovendien lijden aan obesitas (BMI > 30) en/of arteriële hypertensie. In dit geval hebben ze jaarlijks bijkomend recht op vier gratis educatiesessies. Ook hiervoor dient de huisarts een voorschrift af te leveren. (5)

Het 'zorgtraject diabetes type 2' is dan weer een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de huisarts, de endocrinoloog en de patiënt zelf, die allen een contract dienen te ondertekenen. Patiënten met diabetes mellitus type 2 die worden behandeld met incretinemimetica of 1 tot 2 insuline-injecties per dag kunnen van de voordelen van een zorgtraject genieten, net als mensen waarbij de behandeling met maximale orale bloedsuikerverlagende medicatie onvoldoende is en waarbij een behandeling met een incretinemimeticum of insuline overwogen wordt. De voorwaarden voor automatische verlenging

zijn onder andere een jaarlijks bezoek aan de endocrinoloog en minstens tweemaal per jaar aan de huisarts. (5)
Binnen het zorgtraject is de huisarts de coördinator en opvolger van de behandeling. De endocrinoloog heeft hierbij een adviserende rol en zal nauw samenwerken met de huisarts en andere zorgverleners. De basisbegeleiding bestaat uit jaarlijks vijf gratis educatiesessies van 30 minuten en éénmalig vijf bijkomende sessies in het kalenderjaar van afsluiting van het zorgtraject of het jaar daaropvolgend. Daarnaast hebben de patiënten net als bij het voortraject jaarlijks recht op een tegemoetkoming voor twee sessies van 30 minuten bij een erkend diëtist en twee sessies van 45 minuten bij een erkend podoloog indien ze een verhoogd voetrisico hebben. De huisarts is verantwoordelijk voor het opstellen van de nodige voorschriften en verwijsbrieven. (5)
Wanneer de behandeling bestaat uit inspuitingen, heeft de patiënt binnen het zorgtraject bovendien recht op gratis zelfcontrolemateriaal, namelijk een glucosemeter om de drie jaar, 150 bloedglucosestrips per zes maanden en 100 lancetten per zes maanden. Ook hiervoor dient de huisarts de patiënt de juiste voorschriften te bezorgen. (5)

De 'diabetesconventie' ten slotte is bedoeld voor patiënten met diabetes type 1 of personen met diabetes type 2 die behandeld worden met drie of meer insuline-injecties per dag. Ook patiënten met type 2 diabetes en ontregelde bloedglucosewaarden door een cortisonebehandeling of door chemotherapie kunnen tijdelijk opgenomen worden in de conventie. Voor deze mensen is er nood aan specialistische begeleiding aan de hand van een multidisciplinair diabetesteam in het ziekenhuis. De aanvraag en opvolging gebeurt dan ook in het ziekenhuis, net als het verkrijgen van het zelfcontrolemateriaal waar ze recht op hebben. (5)



Figuur 3: Overzicht van de begeleiding, het zelfcontrolemateriaal en de aanvraagprocedure bij de verschillende zorgsystemen rond diabetes mellitus (5)

1.2.2 Rol van de diëtist

Een essentieel onderdeel van de behandeling van diabetes mellitus type 2 is een gezonde levensstijl, enerzijds om de hyperglycemie te corrigeren en anderzijds om de cardiovasculaire risico's te beperken. (1) Zowel voldoende lichaamsbeweging als gezonde voeding hebben een gunstig effect op het gewicht, de metabole controle en het algemeen welzijn. (6)
Bovendien is type 2 diabetes sterk geassocieerd aan overgewicht of obesitas. Beide zijn metabole aandoeningen met veelzijdige oorzaken die leiden tot een nog groter risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten wanneer ze geassocieerd voorkomen. Daarom is een intensieve multidisciplinaire benadering van gewichtscontrole van belang om deze te beheersen. (7)

Artsen in de eerstelijnszorg worstelen echter vaak met levensstijlbegeleiding, wat vaak leidt tot een snelle start van farmacotherapie. Verschillende antihyperglycemische medicijnen bevorderen echter gewichtstoename, bijvoorbeeld insulines, hypoglycemiërende sulfamiden, glinides en thiazolidinediones. Naarmate het lichaamsgewicht toeneemt, worden patiënten meer insulineresistent, waardoor hogere doses worden toegepast of andere antihyperglycemische medicijnen toegevoegd. Dit leidt tot een vicieuze cirkel. (7)

Aanbevolen wordt geïndividualiseerde voedingstherapie door een diëtist met specifieke expertise en vaardigheden in dit gebied. Desondanks krijgen de meeste patiënten met type 2 diabetes slechts algemene dieetadviezen van artsen of verpleegkundigen. In een systematische review en meta-analyse vergeleek Møller *et al.* het effect van voedingstherapie (voedingsevaluatie, voorlichting, advies, monitoring en evaluatie) verstrekt door een geregistreerde diëtist met dieetadviezen van andere zorgverleners. De geïndividualiseerde voedingstherapie gegeven door diëtisten leidde na zes tot twaalf maanden tot een grotere verbetering in glycemiecontrole (HbA1c), een groter gewichtsverlies en een grotere afname van LDL-cholesterol. (6)

1.2.3 Rol van de podoloog

Amputatie is een belangrijke complicatie van diabetes die enerzijds een grote impact heeft op de patiënt en het gezin door verlies van onafhankelijkheid en levensonderhoud, maar die anderzijds ook leidt tot een enorme consumptie van medische middelen en een hoog sterftecijfer. De meeste amputaties worden voorafgegaan door ulcera. (8)

Vanwege hun multifactoriële etiologie is de behandeling van voetzweren een grote uitdaging met een hoog recidiefrisico, zelfs na volledige genezing van het ulcus. Preventie is daarom van het allergrootste belang. Risicofactoren voor het ontwikkelen van een voetulcus zijn perifere neuropathie, voetvervorming, perifere vaatziekte, eerdere voetzweren en eerdere amputatie van (een deel van) de voet of het been (zie *figuur 4*). (1) (3) (9)
Het risico is groter bij patiënten ouder dan 70 jaar, langdurig bestaande diabetes, een slecht zicht, slechte schoenen, roken en in geval van een sociale achterstand. (1)

De sterkste initiërende factor is diabetische distale symmetrische polyneuropathie, waarbij motorische, sensorische en autonome zenuwen betrokken kunnen zijn als gevolg van chronische hyperglycemie en vasculaire risicofactoren. (8)

Raster om de risicoscore te bepalen (vereenvoudigd naar de Diabetespas).

Risicogroep	0	1	2	3 (één van deze)
Neuropathie*	neen	ja	ja	
Orthopedische misvorming**	neen	neen	ja	Charcot***
Vaatlijden	neen	neen	neen	ja
Vroegere voetwonde of amputatie	neen	neen	neen	ja
Risico	***laag***	***matig***	***hoog***	***zeer hoog***

* *met monofilamenttest: positief indien twee van de drie drukpunten niet worden gevoeld op één voet*

** *orthopedische misvormingen: bv. hamer- of klauwtenen, hallux valgus*

*** *een Charcot-voet: een fragmentatie van de voetgewrichten met verlies van de boogstructuur van de voet geeft een zeer hoog risico op voetwonden*

Figuur 4: Raster voor de bepaling van het risico op diabetische voetcomplicaties (1)

Sensibele neuropathie ter hoogte van de onderste ledematen leidt tot een sterk verhoogd risico op diabetische voetwonden. Omdat patiënten doorgaans niet merken dat ze minder goed voelen in de voeten, is opsporing noodzakelijk. (1)
Het is echter niet steeds eenvoudig hen te overtuigen van hun risico op voetzweren. Sommigen zullen neuropathische symptomen ervaren, maar anderen voelen geen ongemak en de motivatie om regelmatig zelf voetzorg uit te voeren, is dan vaak ver te zoeken. Patiënten met sensorisch verlies secundair aan diabetes ontwikkelen nochtans regelmatig ulcera en zelfs ernstigere aandoeningen, zoals Charcot neuroartropathie, omdat ze hun pijnsensatie verloren hebben. Zij dragen bijvoorbeeld vaker schoenen die verschillende maten te klein zijn, omdat door een zeer strakke pasvorm de resterende drukgevoelige zenuwuiteinden worden gestimuleerd, waardoor zij deze ervaren als een normale pasvorm. Speciaal ontworpen schoenen worden dan weer ervaren als te los. De meeste patiënten met een significant risico op voetzweren als gevolg van sensorisch verlies hebben bovendien ook perifere autonome dysfunctie die het sympathische zenuwstelsel aantast. Dit resulteert in minder zweten en, in afwezigheid van obstructieve vaatziekten ter hoogte van grote bloedvaten, verhoogde bloedtoevoer naar de voet met arterioveneuze shunting leidend tot een warme, maar ongevoelige voet. (10)

Een vermindering van neuropathische voetproblemen kan dus alleen worden bereikt indien mensen met ongevoelige voeten die dit waarschuwingssignaal van pijn verloren hebben, geïdentificeerd worden. De afwezigheid van neuropathische symptomen mag nooit worden gelijkgesteld aan een laag risico op voetulcera. Bij de beoordeling van het risico op voetzweren moet steeds een zorgvuldig voetonderzoek worden uitgevoerd na het verwijderen van schoenen en sokken, ongeacht de geschiedenis van de symptomen. (10)

Podologen kunnen hierin een belangrijke rol spelen, vooral bij patiënten met een verhoogd risico op voetproblemen (vanaf de aanwezigheid van één risicofactor in *figuur 4*). Zij staan in voor een gedetailleerde evaluatie van het voetrisico, een grondige educatie en het uitleggen van de verschillende preventieve maatregelen aan de patiënt. Bij een sterk verhoogd risico door de aanwezigheid van meerdere risicofactoren of een voorgeschiedenis van een ulcus, is hiervoor verwijzing naar een erkende multidisciplinaire voetkliniek geïndiceerd. (1)

1.3 Ontstaan van een kwaliteitsverbeterend project

Uit de literatuur blijkt dat kwaliteitsverbeterende interventies een gunstige invloed hebben op verschillende aspecten van de aandoening.
Nuckols *et al.* evalueerde in een systematische review het effect van enkele interventies op de glycemische controle bij diabetespatiënten en ondervond hierbij dalingen in HbA1c. De interventies die onderzocht werden, waren ondersteuning van het zelfmanagement van patiënten, veranderingen in het zorgteam, ziektemanagement, patiënteneducatie, gebruik van elektronische registers en ondersteuning bij klinische beslissingen. (11)
Uit de systematische review en meta-analyse van Tricco *et al.* kwamen zelfs nog meer voordelen naar voor. Kwaliteitsverbeterende interventies gericht op gezondheidssytemen (casemanagement, teamveranderingen, elektronische patiëntenregisters, vereenvoudigd doorgeven van informatie aan zorgverleners), zorgverleners (audit en feedback, educatie, herinneringen, financiële drijfveren) en patiënten (educatie, promotie van zelfmanagement, herinneringssystemen) werden onderzocht. Dankzij de implementatie daarvan werd een significante verbetering opgemerkt van HbA1c, LDL-cholesterol, diastolische en systolische bloeddruk, aspirine- en antihypertensivumgebruik en screening naar retinopathie, nefropathie en diabetesvoet. Daarnaast werden ook potentieel klinisch belangrijke maar niet-statistisch significante verbeteringen gezien van statinegebruik en rookstop. (12)

Diabetes is duidelijk een belangrijk probleem en een actueel onderwerp, waarbij de huisarts bovendien een centrale rol speelt in de opvolging van de patiënt om ernstige complicaties tot een minimum te beperken. Door de toenemende vergrijzing is er een stijgende behoefte aan het structureren van de opvolging van chronische aandoeningen. Nochtans viel op dat de opvolging niet steeds uniform verliep tussen de verschillende artsen in de praktijk en dat de registratie van belangrijke parameters in het kader van deze chronische aandoening op onvoldoende regelmatige basis gebeurde. Tijdig een dreigend probleem ontdekken, werd op deze manier moeilijk. Bovendien was er nog ruimte voor verbetering in het samenwerken rond dit gezondheidsprobleem met de andere zorgverleners in deze multidisciplinaire praktijk, namelijk de diëtiste en podoloog.

Daarom werd in deze multidisciplinaire praktijk een kwaliteitsverbeterend project opgestart, waarin een “zorgstraat” rond diabetes mellitus type 2 georganiseerd werd om de aanpak meer te centraliseren en te optimaliseren.

1.3.1 Praktijkschets

De opleidingspraktijk waarin dit project gerealiseerd werd, is een netwerkpraktijk met 2 kabinetten waarin twee artsen en een huisarts-in-opleiding samenwerken. Het is een multidisciplinaire praktijk waarbinnen wordt samengewerkt met een diëtiste, een podoloog en twee psychologen. Daarnaast is er ook deeltijds een praktijkassistente aanwezig die voornamelijk instaat voor administratieve taken.
De praktijk is gelegen op het platteland en heeft een gevarieerde patiëntenpopulatie op vlak van leeftijd en geslacht. In 2019 had de praktijk 2197 Globaal Medische Dossiers (GMD’s). De consultaties vinden uitsluitend op afspraak plaats. Er wordt gebruik gemaakt van het CareConnect-softwareprogramma.

Vóór de start van het kwaliteitsverbeterend project waren er geen concrete afspraken betreffende de opvolging van diabetespatiënten. Er was ook geen samenwerking tussen de artsen en de diëtiste of podoloog.

1.3.2 Doelstelling

De doelstelling van dit kwaliteitsverbeterend project was enerzijds de registratie optimaliseren van de ICPC (International Classification of Primary Care)-gecodeerde diagnose, het zorgplan en de verschillende parameters die noodzakelijk zijn voor een goede opvolging van diabetes mellitus type 2 in het EMD (Elektronisch Medisch Dossier), CareConnect. Op die manier zou men in de toekomst een duidelijk overzicht hebben van de medische voorgeschiedenis van de patiënt en de eventuele onderzoeken die gepland dienen te worden. Bovendien zou er eenvoudiger een lijst verkregen kunnen worden van alle patiënten met diabetes type 2 en opgevolgd kunnen worden welke parameters beter geregistreerd moeten worden.

Anderzijds was het de bedoeling met dit project de samenwerking tussen de artsen, de diëtiste en de podoloog in het kader van diabetes mellitus type 2 te verbeteren. Aan de hand van specifieke diabetesconsultaties vond er een nauwere samenwerking plaats, waarbij de patiënten bovendien hun opvolging bij de verschillende zorgverleners konden koppelen. Op deze manier werd de drempel verlaagd.

Op volgende vragen werd er een antwoord gezocht:

- Wat is de invloed van een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2 op de dossierregistratie, namelijk de ICPC-gecodeerde diagnose, het zorgplan en de verschillende parameters die noodzakelijk zijn voor een goede opvolging?
  Leidt het invoeren van diabetesconsultaties inderdaad tot een objectief volledigere en meer gesystematiseerde diabeteszorg? Hoe is de beleving door de artsen en welke voor- en nadelen ervaren zij in deze nieuwe manier van werken?
- Wat is de invloed van een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2 op de samenwerking met andere zorgverleners in een multidisciplinaire praktijk? Hoe is de beleving door de verschillende zorgverleners en welke voor- en nadelen ervaren zij bij deze nieuwe manier van werken?

2 METHODOLOGIE

2.1 Studiedesign

Dit kwaliteitsverbeterend project is een prospectief observationeel onderzoek, waarbij werd gewerkt volgens de FOCUS- en PDCA-methode.

2.2 Studiepopulatie

Alle patiënten met diabetes mellitus type 2 die 18 jaar waren of ouder, kwamen in aanmerking voor inclusie. Hierbij konden zowel mannen als vrouwen deelnemen, indien zij niet onder de exclusiecriteria vielen:

- Patiënten met diabetes mellitus type 1
- Patiënten in de diabetesconventie
- Kinderen, zwangere vrouwen en patiënten met een mentale handicap
- Patiënten die verblijven in een rust- en verzorgingstehuis of een woonzorgcentrum
- Patiënten die niet naar de praktijk kunnen komen
- Patiënten die reeds overleden zijn
- Patiënten zonder GMD-houdende arts binnen de praktijk

Aan de hand van CareConnect werd er een lijst opgemaakt van alle patiënten bij wie diabetes tussen de zorgelementen vermeld stond en die een actief GMD hadden binnen de praktijk in de periode van 2017 tot en met 2019. Zowel patiënten met een ICPC-gecodeerde diagnose van diabetes mellitus type 2 als zij zonder ICPC-codering werden op deze manier geselecteerd. Na uitsluiten van de patiënten die onder de exclusiecriteria vielen, werden 77 mensen weerhouden voor mogelijke inclusie.
Om ook de patiënten bij wie diabetes nog niet werd ingegeven bij de zorgelementen te kunnen includeren, werd aan de hand van CareConnect een tweede lijst gemaakt van alle patiënten bij wie ooit een HbA1c bepaald werd en die een actief GMD hadden binnen de praktijk in de periode van 2017 tot en met 2019. Na het elimineren van de overlap met de eerste lijst, werd bij de overige patiënten gekeken of de diagnose vermeld werd in de laatste specialistenbrief en/of zij diabetesmedicatie namen. Indien dit het geval was, werden ook zij geselecteerd. Bij de overgebleven patiënten werd handmatig nagekeken of zij voldeden aan de criteria voor het stellen van de diagnose van type 2 diabetes, namelijk een nuchtere glycemie van 126 mg/dl of meer gemeten op twee afzonderlijke dagen, tweemaal een HbA1c van 6,5% of meer of een random glycemie van 200 mg/dl of meer bij klassieke symptomen van hyperglycemie. (1) Op deze manier konden, na het nagaan van de exclusiecriteria, nog 11 bijkomende personen geselecteerd worden: 3 patiënten waarbij glucosetolerantiestoornis gecodeerd werd, maar die op basis van de bloedafnames diabetes type 2 hebben en 8 patiënten waarbij geen melding gemaakt werd van diabetes of prediabetes bij de zorgelementen, maar die op basis van de bloedafnames wel type 2 diabetes hebben of die medicatie nemen.
Uiteindelijk werd een lijst bekomen van 88 patiënten die mogelijk in aanmerking kwamen om deel te nemen aan de diabetesconsultaties.

Alle patiënten die vanaf 1 juli 2019 tot en met 1 december 2019 een bezoek brachten aan de praktijk, werden geïnformeerd over het project aan de hand van een banner en informatiefolder in de

wachtzaal. Bovendien werden de patiënten die in aanmerking kwamen voor inclusie en die in deze periode bij één van de artsen op consultatie kwamen, hier nog eens extra over aangesproken en voor uitgenodigd.
Ten slotte wensten 21 patiënten deel te nemen aan het project, waarvan één patiënt last minute heeft geannuleerd. Er konden dus 20 patiënten met diabetes mellitus type 2 worden geïncludeerd. Er werd een onderscheid gemaakt tussen 13 patiënten die dienden te consulteren voor een driemaandelijkse controle en 7 personen waarbij een volledig bloed- en urineonderzoek minstens een jaar geleden was en het dus tijd was voor een uitgebreide, jaarlijkse controle.

2.3 FOCUS- en PDCA-methode

2.3.1 **F**OCUS: Find problem

Tijdens de eerste maanden als huisarts-in-opleiding in deze opleidingspraktijk werd er tijdens een van de wekelijkse overlegmomenten gebrainstormd over knelpunten in de praktijk die mogelijk als onderwerp konden dienen voor een praktijkverbeterend project. Op die manier werd al snel gedacht aan een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2, een project dat al enige tijd op de planning stond, maar wegens tijdgebrek nog niet werd gerealiseerd.

2.3.2 F**O**CUS: Organise meeting

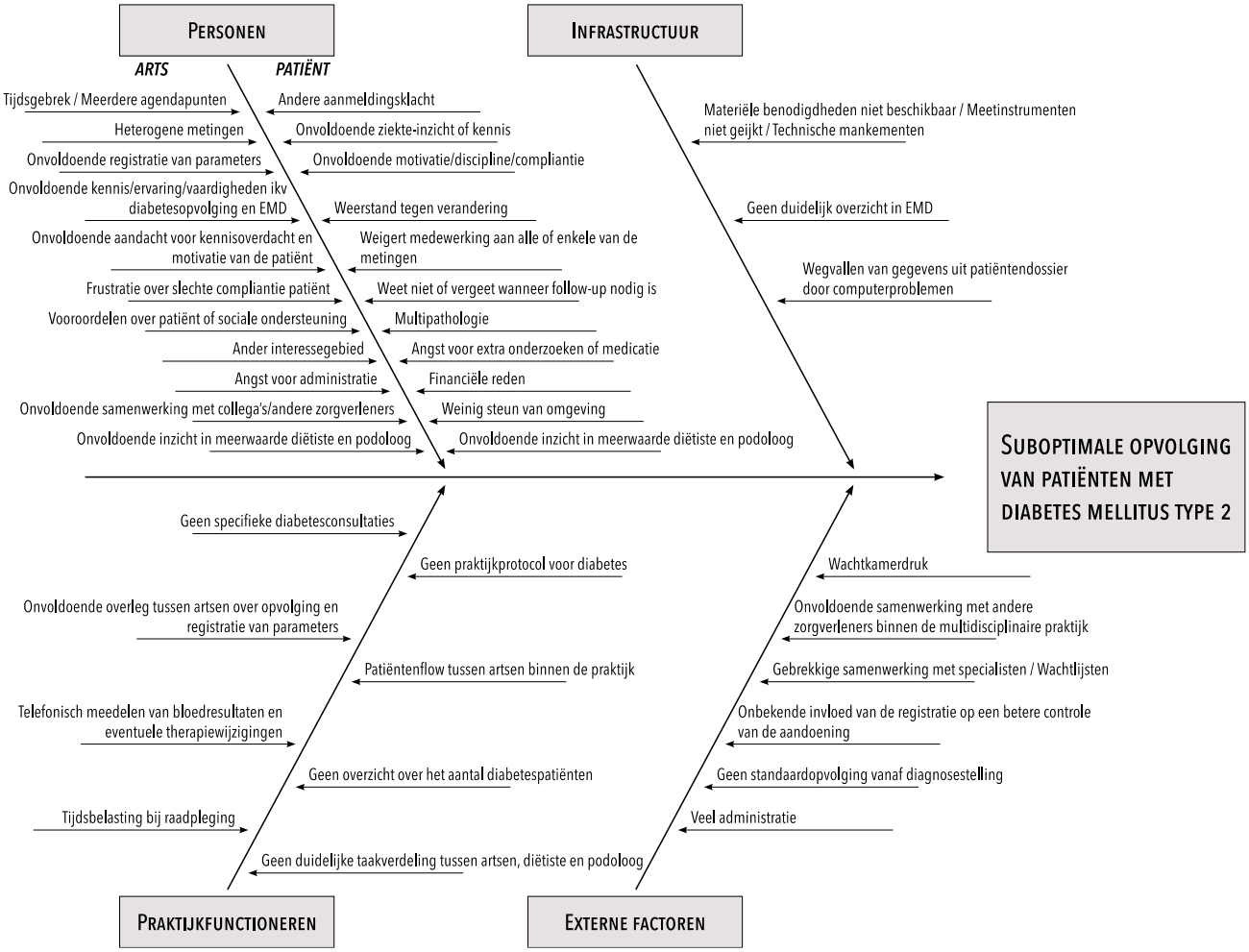
Alle actoren betrokken bij het project, namelijk de drie artsen, de diëtiste en de podoloog in de multidisciplinaire praktijk +Huisartsen, zaten samen om dit project uit te tekenen en waren bereid er hun schouders onder te zetten. De mogelijkheid tot opting out was beschikbaar, maar werd niet ingeroepen.

2.3.3 FO**C**US: Clarify problem

Onvoldoende diabetespatiënten krijgen een routinematige en gestructureerde opvolging met bepaling van voor de chronische aandoening relevante, op basis van de literatuur geselecteerde parameters en met nauwe samenwerking met de andere zorgverleners in deze multidisciplinaire praktijk, wat het opsporen en voorkomen van diabetesgerelateerde problemen hindert.

2.3.4 FOC**U**S: Understand process / Uncover problems

Voor het oplijsten van mogelijke veroorzakers van dit probleem werd gebruik gemaakt van een visgraatdiagram (zie *figuur 5)*. Hierbij werd een opdeling gemaakt in persoongebonden factoren, infrastructuurgebonden factoren, praktijkgebonden factoren en externe factoren. In *appendix 1* worden deze meer uitgebreid beschreven.



Figuur 5: Visgraatdiagram - Mogelijke oorzaken van een suboptimale opvolging van patiënten met diabetes mellitus type 2

2.3.5 FOCU**S**: Select a strategy / Start PDCA

*2.3.5.1 **P**DCA: Plan*

Tijdens een overlegmoment werd een naam voor het project gekozen, "Afrit diabetes" en Caro Van Cutsem werd als verantwoordelijke aangeduid. In overleg met alle betrokken zorgverleners werden in de periode september tot en met december 2019 enkele data vastgelegd waarop de zorgstraat zou doorgaan: 17/09, 01/10, 15/10, 05/11, 19/11, 10/12 en 17/12. Tussen de drie artsen werd afgesproken wie welke namiddag op zich zou nemen.

Er werd een concreet actieplan opgesteld met enkele praktische actiepunten:

- Registratie van de ICPC-gecodeerde diagnose van diabetes mellitus type 2
- Aanvraag en registratie van een zorgplan
- Registratie van de parameters in *tabel 1*

Parameter/Onderzoek	3-maandelijkse controle	Jaarlijkse controle
Gewicht	X	X
Gestalte		X
Body Mass Index (BMI)		X
Buikomtrek		X

Bloeddruk	X	X
Pols		X
Rookstatus	X	X
Voedingsgewoonten/dieet/alcohol	X	X
Fysieke activiteit	X	X
Overlopen/aanpassen medicatielijst en nagaan therapietrouw	X	X
Nazicht voorwaarden zorgplan *(voortraject, zorgtraject of conventie)*		X
Evaluatie rijgeschiktheid		X
Vaccinatiestatus *(griepvaccin, pneumokokkenvaccin)*		X
Bloedonderzoek: - **Glycemie** - **HbA1c** - **Totale cholesterol** - **HDL-cholesterol** - **LDL-cholesterol** - **Triglyceriden** - **Creatinine (eGFR)**	X (via vingerprik)	 X X X X X X X
Urineonderzoek: (Micro)albuminurie *(albumine-creatinineratio)*		X
Voetonderzoek		X
Bespreken verwijzing diëtiste, podoloog, diabeteseducator	X	X
Bespreken verwijzing oogarts		X

Tabel 1: Te registreren parameters tijdens de zorgstraat en frequentie van meting

Tijdens de zorgstraat werd bij elke patiënt een 'type II diabetes'-contact aangemaakt voor de registratie van alle parameters. Er werden afspraken gemaakt over de wijze van notatie in het softwareprogramma CareConnect (zie *tabel 2*).

Parameter/Onderzoek	Notatie CareConnect
ICPC-gecodeerde diagnose 'Type II diabetes (T90)'	Zorgelementen
Zorgplan	Zorgaanpakken
Anamnese: - Rookstatus - Voedingsgewoonten/dieet/alcohol - Fysieke activiteit	Objectief (Parameterpaneel): - 'Rookgeschiedenis?' - 'Hoe vaak drinkt u alcohol?' - 'Lichaamsbeweging?'
Parameters: - Gewicht - Gestalte - BMI - Buikomtrek - Bloeddruk - Pols	Objectief (Parameterpaneel): - 'Gewicht' - 'Lengte' - 'BMI' - 'Buikomtrek' - 'Systolische bloeddruk' 'Diastolische bloeddruk' - 'Hartslag'
Fysiek onderzoek: - Voetonderzoek (met monofilament)	 Objectief: 'Monofilament: afwijkend/ niet afwijkend'
Bloed- en urineonderzoek (glycemie, HbA1c, totale cholesterol, LDL, HDL, triglyceriden, eGFR, albumine-creatinineratio)	Objectief: 'glucose nuchter', 'HbA1c', ratio totaal cholesterol:HDL-cholesterol', 'LDL-cholesterol', 'eGFR', 'ratio albumine:creatinine urine'
Therapietrouw *Medicatielijst*	Handelingen: 'Advies betreffende medicatie'

Zorgplan: - Voortraject - Zorgtraject - Diabetesconventie	Zorgaanpakken: - 'Voortraject diabetes' + aanrekenen 102852 - 'Zorgtraject diabetes type II' - 'Diabetesconventie'
Vaccinatiestatus	Vaccinaties
Rijgeschiktheid	Handelingen: 'Oproep voor medische controle mbt rijbewijs'
Administratief: - Diëtiste: voorschrift + verwijsbrief - Podoloog: voorschrift + verwijsbrief - Diabeteseducator: voorschrift + verwijsbrief - Oogarts: verwijsbrief	Handelingen: 'Verwijzing diëtiste' 'Verwijzing podoloog' 'Verwijzing oogarts'

Tabel 2: Te registreren parameters tijdens de zorgstraat en notatie in CareConnect

Om antwoord te krijgen op de eerste vraagstelling, was het nodig te kiezen voor een aantal praktische actiepunten die eenduidig, meetbaar, acceptabel voor zowel de patiënten als de zorgverleners, haalbaar en tijdsgebonden werden bevonden. Daarom werd voor het opstellen van concrete doelstellingen, naast de ICPC-codering en de aanvraag en registratie van een zorgplan, een selectie gemaakt uit de parameters opgelijst in *tabel 1* die zouden vergeleken worden via een voor- en nameting: gewicht, bloeddruk, HbA1c, rookstatus, alcoholgebruik, fysieke activiteit, gestalte, buikomtrek, monofilamenttest, urineonderzoek, bloedonderzoek en griepvaccinatie. Er werd gekozen voor deze parameters, omdat deze eenvoudig te meten waren.

Bij de start en het einde van het project werden alle medische dossiers van de geïncludeerde patiënten bekeken en werd er genoteerd of er een ICPC-gecodeerde diagnose aanwezig was, of de patiënt een zorgplan had en of dit zorgplan geregistreerd werd in het EMD. Tijdens de voormeting werd ook gekeken of de driemaandelijkse parameters (gewicht, bloeddruk, HbA1c, rookstatus, alcoholgebruik en fysieke activiteit) minstens éénmaal geregistreerd werden in de periode van 16/06/2019 tot en met 16/09/2019. Deze gegevens werden nadien vergeleken met de periode van 17/09/2019 tot en met 17/12/2019, de looptijd van het project. Voor de jaarlijkse parameters (gestalte, buikomtrek, monofilamenttest, urine- en bloedonderzoek) werd een vergelijking gemaakt tussen de periode 16/09/2018 tot en met 16/09/2019 en de periode 17/12/2018 tot en met 17/12/2019. Voor de griepvaccinatie werden 2018 en 2019 met elkaar vergeleken.

Volgende concrete doelstellingen werden opgesteld:

- ICPC-codering: verbetering van totaal percentage van 20%
- Aanvraag zorgplan: verbetering van totaal percentage van 40%
- Registratie zorgplan: verbetering van totaal percentage van 40%
- Gewicht: verbetering van totaal percentage van 30%
- Bloeddruk: verbetering van totaal percentage van 10%
- HbA1c: verbetering van totaal percentage van 20%
- Rookstatus: verbetering van totaal percentage van 45%
- Alcoholgebruik: verbetering van totaal percentage van 50%
- Fysieke activiteit: verbetering van totaal percentage van 45%
- Gestalte: verbetering van totaal percentage van 35%
- Buikomtrek: verbetering van totaal percentage van 45%
- Monofilamenttest: verbetering van totaal percentage van 50%

- Urineonderzoek: verbetering van totaal percentage van 20%
- Bloedonderzoek: verbetering van totaal percentage van 10%
- Griepvaccinatie: verbetering van totaal percentage van 45%

Om een antwoord te krijgen op de tweede vraagstelling, werden drie focusgroepgesprekken georganiseerd: voor, tijdens en na afloop van het project. Hier namen zowel de drie artsen als de diëtiste en podoloog aan deel. Het eerste gesprek vond plaats voor de aanvang om te evalueren hoe de samenwerking op dat moment verliep en om de doelstellingen te bepalen. Het tweede gesprek was een tussentijdse evaluatie halverwege het verloop van het project, waarin zo nodig kon worden bijgestuurd en het derde en laatste gesprek vond plaats na afloop om het project te evalueren en de toekomst te bepalen.

*2.3.5.2 P**D**CA: Do*

Om het project vlot te laten verlopen, werd ook de praktijkassistente ingeschakeld. Zij stond in voor het inplannen van de afspraken en het voorbereiden van de administratieve taken.
Alle deelnemende patiënten kozen ervoor tijdens de zorgstraat zowel bij de huisarts als bij de diëtiste en podoloog op raadpleging te gaan.
Elke patiënt ontving vooraf een mapje met de nodige informatie, zoals datum en uur van afspraak en wat ze dienden mee te brengen (up-to-date medicatielijst, twee kleefbriefjes, glycemiedagboekje, dagdagelijks schoeisel voor de podoloog en een ingevuld voedingsdagboek voor de diëtiste). Bij de patiënten die dienden langs te komen voor een jaarlijkse controle, werden afspraken gemaakt voor een bloed- en urineonderzoek voorafgaand aan de zorgstraat, zodat ook deze resultaten tijdens de raadpleging besproken konden worden.
De diabetesconsultaties gingen door op de vooraf afgesproken data. De focusgroepgesprekken vonden plaats op 17/08/2019, 16/11/2019 en 04/04/2020.

*2.3.5.3 PD**C**A: Check*

De voor- en nameting werd vergeleken en er werd nagegaan of de vooraf bepaalde doelstellingen werden gehaald. De resultaten hiervan en de ervaringen van de verschillende zorgverleners werden besproken tijdens het laatste focusgroepgesprek en worden verder uitgebreid beschreven.

*2.3.5.4 PDC**A**: Act*

Tijdens het laatste focusgroepgesprek werd besproken wat er verder zou gebeuren: het project verlaten, aanpassen in functie van de barrières of integreren in de bestaande praktijkvoering. Dit wordt verder uitvoerig beschreven in de discussie.

2.4 <u>Ethische aspecten</u>

Er werd tijdens dit kwaliteitsverbeterend project niets extra verwacht van de patiënten en er werden geen andere onderzoeken uitgevoerd dan aanbevolen in de richtlijnen rond diabetes mellitus type 2, enkel de artsen hebben hun opvolging meer gestructureerd. De patiënten kregen wel de mogelijkheid

aangeboden op hetzelfde moment ook bij de diëtiste en podoloog op raadpleging te gaan, maar zij konden dit weigeren.
Alle gegevens die gebruikt werden, worden volledig anoniem gerapporteerd. Van elke deelnemende patiënt werd een informed consent gevraagd.
Voor de start van de studie werd het akkoord van de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel verkregen (B.U.N. 143201939724; *Appendix 2*). Het goedgekeurd protocol is terug te vinden in *appendix 3*.

2.5 Statistiek

De data werden verwerkt via beschrijvende statistiek met behulp van Excel. De noodzakelijke gegevens werden uit CareConnect gehaald en in een Excel-bestand omgezet. Dit bestand werd gecodeerd en er werden enkele beschrijvende analyses op uitgevoerd.

3 RESULTATEN

De studiepopulatie bestond uit 20 patiënten, 11 mannen en 9 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 70,75 jaar en een uiteenlopende diabetesbehandeling (zie *tabel 3*).

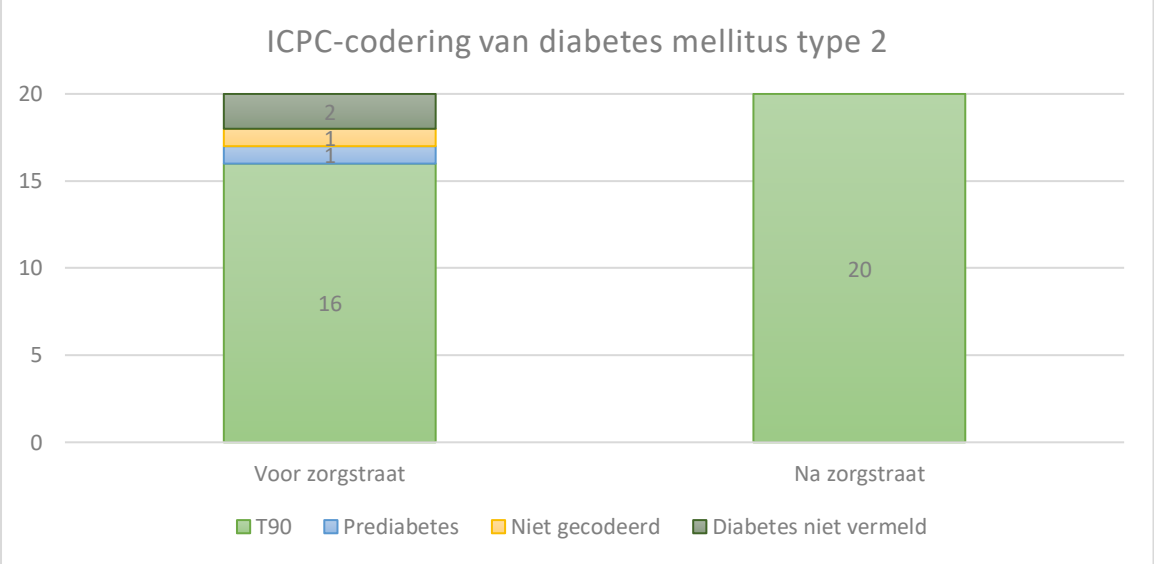
Diabetesbehandeling	Aantal patiënten
Niet-medicamenteus	2
Enkel metformine	7
Enkel hypoglycemiërend sulfamide	1
Metformine + DPP-4-inhibitor	3
SGLT2-inhibitor + glinide	1
Metformine + hypoglycemiërend sulfamide + DPP-4-inhibitor	3
Metformine + hypoglycemiërend sulfamide + GLP-1-analoog	1
Metformine + hypoglycemiërend sulfamide + langwerkend insuline	1
DPP-4-inhibitor + combinatie klassieke insulines	1

Tabel 3: Diabetesbehandeling van de studiepopulatie bij de aanvang van de zorgstraat

3.1 Dossierregistratie

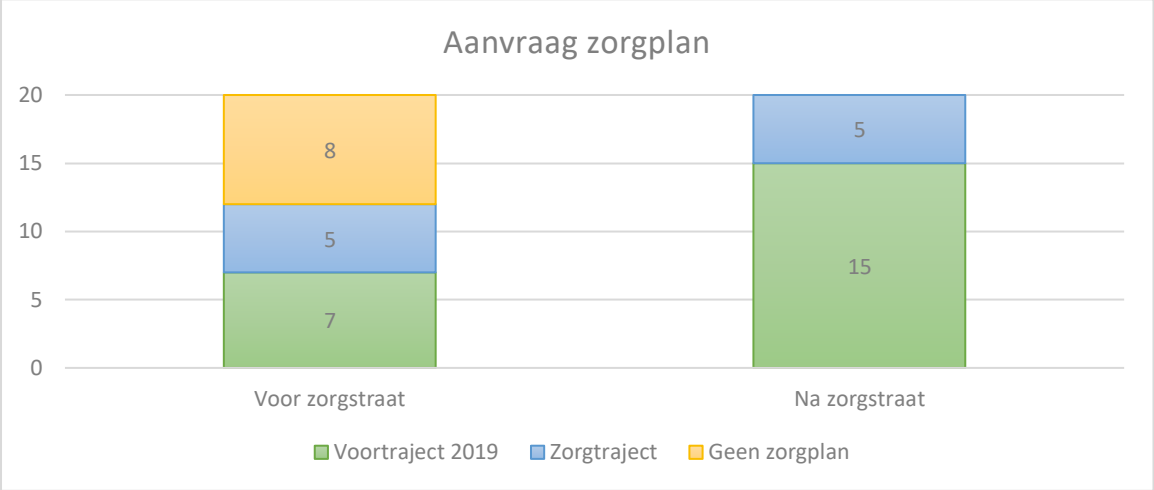
3.1.1 ICPC-codering en zorgplan

Zoals geïllustreerd aan de hand van *grafiek 1*, werd de diagnose 'diabetes mellitus type 2' voor de aanvang van de zorgstraat reeds bij 16 van de 20 patiënten (80%) geregistreerd aan de hand van de ICPC-codering. Bij één patiënt stond de diagnose wel vermeld bij de zorgelementen, maar niet volgens deze codering. In het dossier van één patiënt stond prediabetes vermeld en werd dit nog niet aangepast na het stellen van de diagnose diabetes. Bij twee patiënten stond de diagnose voor het project nog niet vermeld tussen de zorgelementen, ook niet zonder codering. Na afloop van de zorgstraat werd diabetes type 2 bij alle 20 patiënten genoteerd volgens de ICPC-codering.

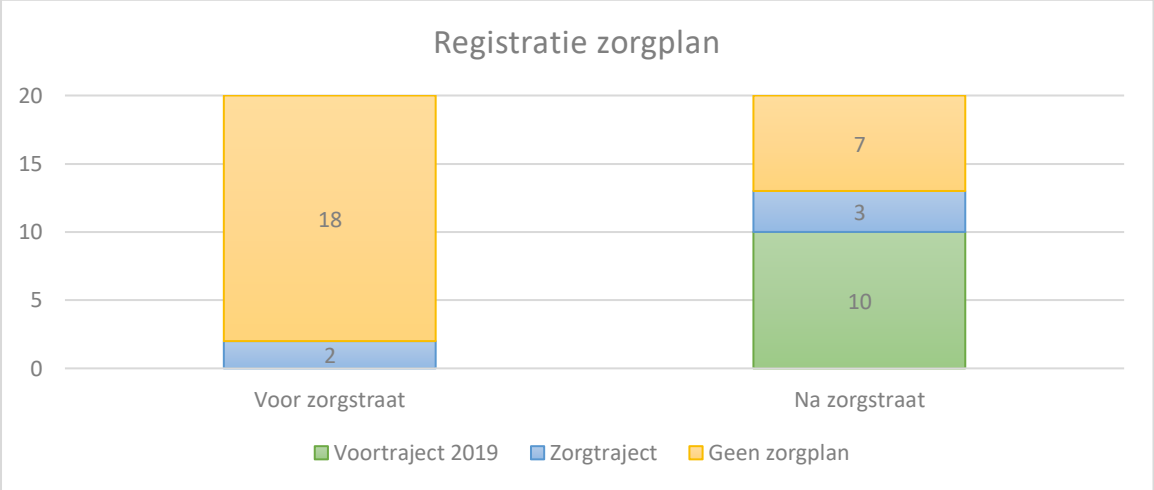


Grafiek 1: Aantal patiënten met een ICPC-gecodeerde diagnose van diabetes mellitus type 2 voor en na de zorgstraat

Grafiek 2 toont het aantal patiënten met een zorgplan in het kader van diabetes mellitus type 2 voor en na het kwaliteitsverbeterend project. Voor de zorgstraat hadden 12 van de 20 patiënten (60%) een zorgplan ten opzichte van 100% nadien. Er werden 8 nieuwe voortrajecten aangevraagd.
In *grafiek 3* wordt het aantal patiënten getoond, waarbij het zorgplan geregistreerd werd bij zorgaanpakken in het EMD. Dit gebeurde bij 2 patiënten (10%) voor en bij 13 patiënten (65%) na het project.



Grafiek 2: Aantal patiënten met een zorgplan rond diabetes mellitus type 2 voor en na de zorgstraat

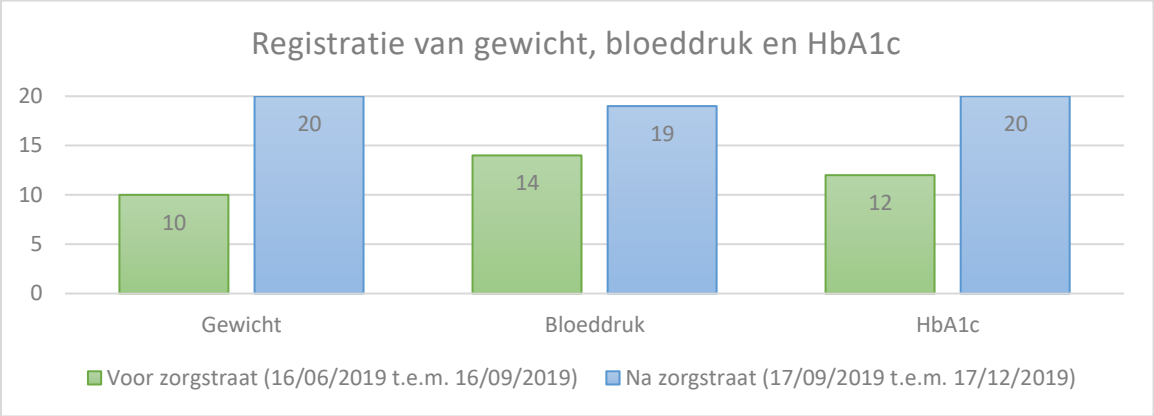


Grafiek 3: Aantal patiënten met registratie in het EMD van een zorgplan rond diabetes mellitus type 2 voor en na de zorgstraat

3.1.2 Registratie parameters: vergelijking voor en na zorgstraat

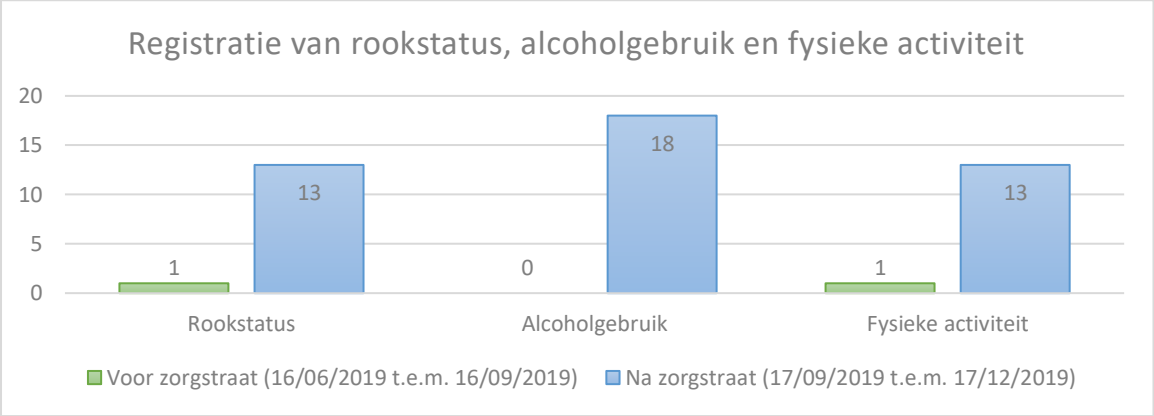
Grafiek 4 geeft een overzicht weer van het aantal patiënten waarbij minimaal één correcte registratie gebeurde van het gewicht, de bloeddruk en het HbA1c in het EMD in de loop van de drie maanden voorafgaand aan het meetmoment. Voor het gewicht gebeurde dit bij 10 van de 20 deelnemers (50%) in de drie maanden voor de zorgstraat, terwijl dit tijdens de zorgstraat bij elke patiënt werd genoteerd. De bloeddruk werd bij 14 patiënten (70%) voor en 19 patiënten (95%) na het project geregistreerd. Het HbA1c werd gemeten en genoteerd bij 12 mensen (60%) gedurende de drie maanden voorafgaand

aan de start van de zorgstraat. Tijdens de nameting werd vastgesteld dat er bij alle deelnemers een HbA1c werd geregistreerd in de drie maanden voordien.



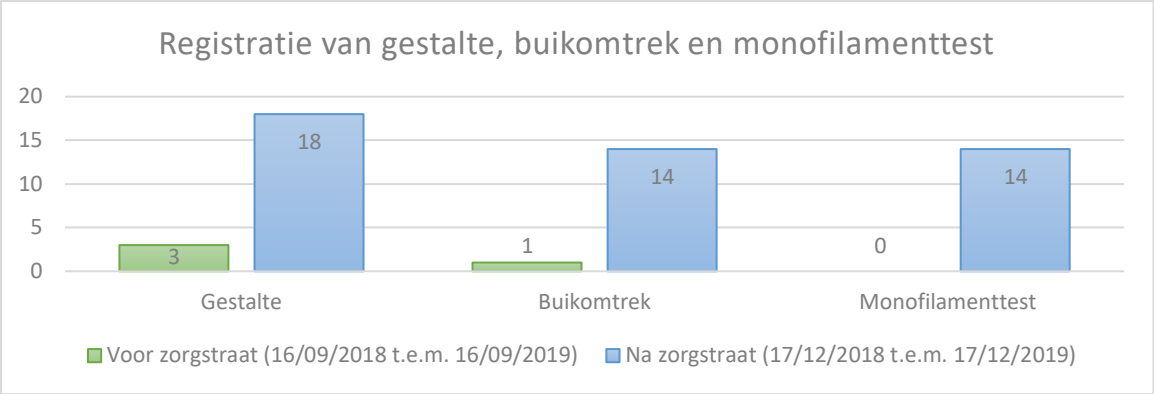
Grafiek 4: Aantal patiënten met minstens één dossierregistratie van het gewicht, de bloeddruk en het HbA1c in de drie maanden voorafgaand aan de start en het einde van de zorgstraat

In *grafiek 5* wordt het aantal patiënten geïllustreerd waarbij minstens éénmaal de rookstatus, het alcoholgebruik en de lichaamsbeweging werd geregistreerd in de drie maanden voorafgaand aan de start en het einde van de zorgstraat. Zowel de rookstatus als de fysieke activiteit werd voor het project beschreven bij 1 van de 20 patiënten (5%), tijdens de zorgstraat gebeurde dit bij 13 personen (65%). Voor het alcoholgebruik zijn deze cijfers respectievelijk 0 en 18 patiënten (90%).



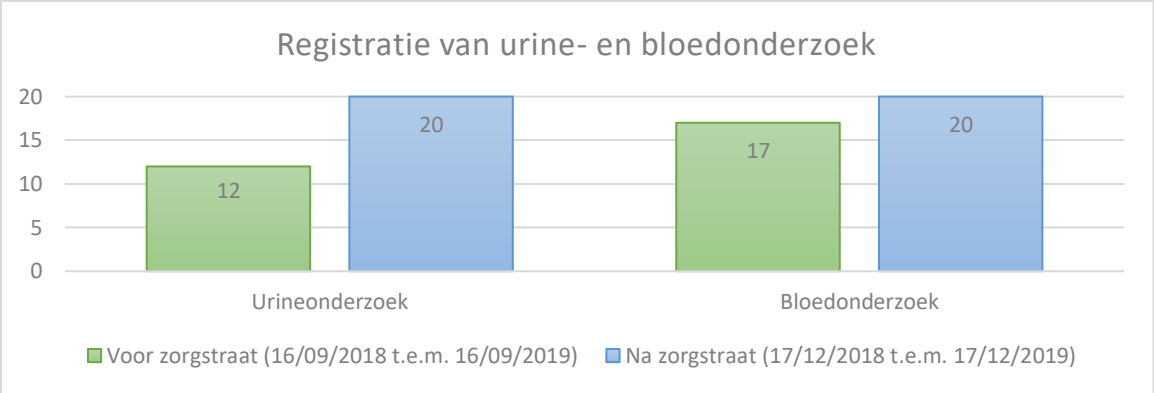
Grafiek 5: Aantal patiënten met minstens één dossierregistratie van de rookstatus, het alcoholgebruik en de fysieke activiteit in de drie maanden voorafgaand aan de start en het einde van de zorgstraat

Grafiek 6 toont de parameters die jaarlijks dienen gecontroleerd te worden, namelijk gestalte en buikomtrek, en het aantal patiënten waarbij dit werd geregistreerd in het EMD in het jaar voorafgaand aan de meetmomenten. In het jaar voorafgaand aan het project werd het gestalte en de buikomtrek respectievelijk bij 3 (15%) en 1 van de 20 patiënten (5%) genoteerd, na de zorgstraat waren dit 18 (90%) en 14 personen (70%). Daarnaast geeft deze grafiek ook het aantal patiënten weer waarbij het resultaat van de monofilamenttest werd geregistreerd in deze periode, respectievelijk 0 en 14 patiënten (70%) voor en na de zorgstraat.



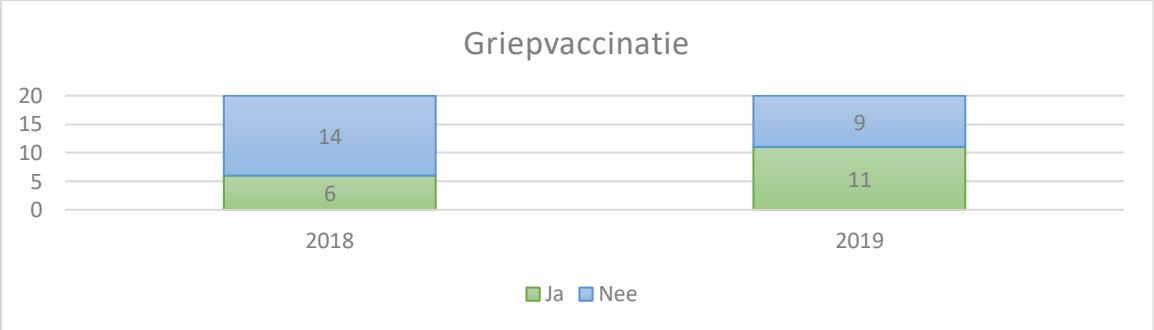
Grafiek 6: Aantal patiënten met minstens één dossierregistratie van het gestalte, de buikomtrek en het resultaat van de monofilamenttest in het jaar voorafgaand aan de start en het einde van de zorgstraat

In *grafiek 7* is een overzicht te zien van het aantal patiënten die een volledig bloed- en urineonderzoek kregen. Het urineonderzoek houdt een controle op (micro)albuminurie in, uitgevoerd bij 12 van de 20 patiënten (60%) in het jaar voor de zorgstraat. Een volledig bloedonderzoek betekent een nazicht van glycemie, HbA1c, totale cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceriden en creatinine (eGFR). Dit gebeurde bij 17 van de 20 deelnemers (85%) in het jaar voorafgaand aan het project. Op 17/12/2019 werd vastgesteld dat bij elke patiënt een bloed- en urineonderzoek werd uitgevoerd in de loop van het jaar voordien.



Grafiek 7: Aantal patiënten met minstens één dossierregistratie van het resultaat van urine- en bloedonderzoek in het jaar voorafgaand aan de start en het einde van de zorgstraat

In *grafiek 8* wordt het aantal deelnemers aan de zorgstraat weergegeven die volgens het tabblad 'Vaccinaties' in CareConnect een griepvaccin kregen. In 2018 waren dit 6 van de 20 patiënten (30%), in 2019 11 (55%).



Grafiek 8: Aantal patiënten die een griepvaccin kregen in 2018 en 2019 én waarbij dit correct geregistreerd werd

4 DISCUSSIE

4.1 Dossierregistratie

Met dit kwaliteitsverbeterend project werd onder andere een antwoord gezocht op de volgende vragen: *"Wat is de invloed van een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2 op de dossierregistratie, namelijk de ICPC-gecodeerde diagnose, het zorgplan en de verschillende parameters die noodzakelijk zijn voor een goede opvolging? Leidt het invoeren van diabetesconsultaties inderdaad tot een objectief volledigere en meer gesystematiseerde diabeteszorg?"*

4.1.1 ICPC-codering en zorgplan

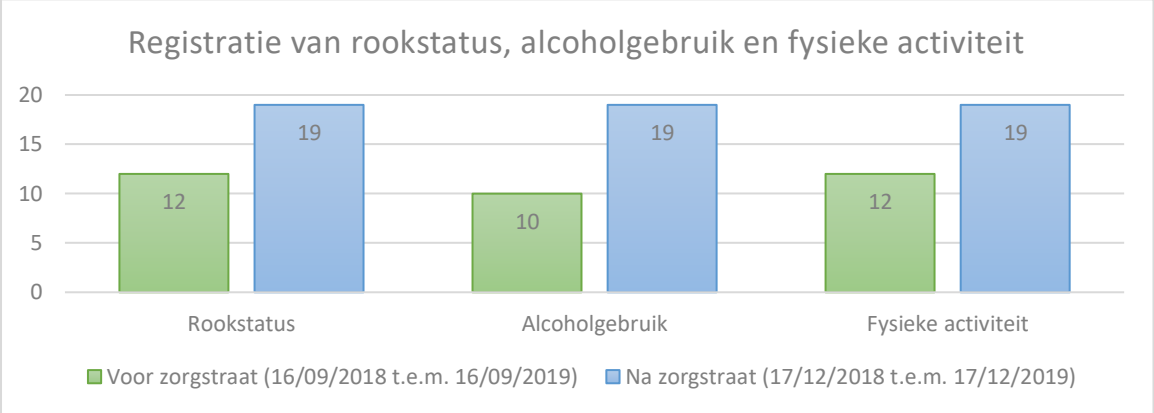
Twee belangrijke doelstellingen van dit kwaliteitsverbeterend project waren enerzijds het optimaliseren van de registratie van de ICPC-gecodeerde diagnose 'Type II diabetes (T90)' en anderzijds het aanvragen van een zorgplan bij elk van de 20 deelnemende patiënten.
Er werd een percentage van 100% bereikt voor de ICPC-codering, wat overeenkomt met een verbetering van 20%, zoals vooropgesteld werd.
Ook werd voor elke patiënt een zorgplan aangevraagd, waarmee de bedoelde verbetering van 40% werd gehaald. Bij 8 patiënten die in aanmerking kwamen voor een voortraject maar waarbij dit nog niet werd aangevraagd, gebeurde dit wel tijdens de zorgstraat. Op deze manier konden ook zij genieten van de voordelen, zoals een tegemoetkoming voor de sessie bij de diëtiste en podoloog. Om deze gegevens te bekomen, werd gekeken naar de voorbije tarificaties bij deze patiënten.
Wanneer er echter gekeken werd naar de effectieve dossierregistratie van deze zorgplannen, werd opgemerkt dat dit percentage veel lager lag, namelijk 10% voor en 65% na het project. Opnieuw werd de doelstelling, een verbetering van het totaal percentage van 40%, bereikt, maar toch is er nog veel verbetering mogelijk. Zo werden twee zorgtrajecten en vijf voortrajecten nog niet geregistreerd bij de zorgaanpakken in CareConnect. Vermoedelijk gebeurde dit nog niet bij iedereen, omdat de artsen weinig vertrouwd waren met deze functie van het EMD. Bovendien kan het gezien worden als een extra handeling, die gemakkelijk vergeten kan worden. De zorgtrajecten kunnen intussen dankzij een aanpassing aan het softwareprogramma in de loop van het project gemakkelijk geconsulteerd worden, waardoor dit minder een probleem vormt. Het raadplegen van het al dan niet hebben van een voortraject verloopt echter veel omslachtiger, waardoor een registratie bij de zorgaanpakken een enorme meerwaarde kan betekenen. Enerzijds kan op deze manier snel nagekeken worden of het reeds eerder werd aangevraagd, bijvoorbeeld door één van de collega's in de groepspraktijk. Anderzijds kan er ook een planning worden ingesteld, waardoor jaarlijks een herinnering wordt gegeven en de patiënten van de voordelen kunnen blijven genieten en hiertoe gestimuleerd worden.

4.1.2 Registratie parameters: vergelijking voor en na zorgstraat

Ook op het vlak van registratie van parameters werden heel wat doelstellingen bereikt.
Het gewicht werd tijdens het project bij elke patiënt genoteerd, een verbetering van 50%, waarmee het doel van 30% ruimschoots werd gehaald.
De bloeddruk werd in de loop van de drie maanden voor de zorgstraat reeds bij 70% geregistreerd, maar ook hier werd nog een verbetering gezien van 25%, meer dan de vooropgestelde 10%. Hier is nog

een optimalisatie mogelijk. Vermoedelijk werd de bloeddruk wel bij elke patiënt gemeten, maar is men bij één persoon vergeten deze te noteren.
Ook de doelstelling voor verbetering van de registratie van het HbA1c (20%) bleek een onderschatting van wat werkelijk gehaald werd (40%). Hiermee werd een percentage van 100% bereikt. Een mogelijke verklaring voor deze optimale verbetering is, naast het plaatsvinden van specifieke diabetesconsultaties, het gebruik van een vingerpriktoestel. Dit toestel was nieuw enkele maanden voor de opstart van het project en werd tijdens de zorgstraat voor het eerst ook gebruikt voor het bepalen van het HbA1c, voordien enkel voor het CRP. Voor de ontwikkeling van dit project gebeurde er gewoonlijk een bloedafname en namen de patiënten nadien telefonisch contact op voor het bespreken van de resultaten en eventuele medicatiewijzigingen. Slechts bij een beperkte groep patiënten werd afgesproken dat zij hiervoor op consultatie kwamen. Nochtans merken we in de praktijk dat er na telefonische besprekingen vaker onduidelijkheden optreden, vooral wanneer de therapie gewijzigd diende te worden. Ook advies in verband met levensstijl had op deze manier minder effect. Een vingerprik is een snelle en eenvoudige manier om het HbA1c te bepalen, waarbij tijdens de consultatie reeds de nodige actie kan ondernomen worden afhankelijk van de waarde. Patiënten hoeven bovendien geen twee afspraken in te plannen, voor de bloedafname en voor het bespreken van de resultaten, waardoor dit beter aanvaard wordt. De drempel wordt op deze manier verlaagd.

Ook voor de registratie van de rookstatus, het alcoholgebruik en de fysieke activiteit van de patiënten werden de vooraf bepaalde doelstellingen gehaald. Er werd een verbetering gezien van 60% voor het noteren van de rookstatus en de lichaamsbeweging, terwijl de doelstelling slechts 45% was. Voor het alcoholgebruik is deze verbetering zelfs nog opvallender, namelijk 90% in plaats van de verwachte 50%. Wanneer echter wordt gekeken naar de registratie het voorgaande jaar in plaats van de laatste drie maanden, viel op dat deze cijfers er helemaal anders uitzien. *Grafiek 9* toont in dit geval een verbetering van 60% naar 95% voor de registratie van de rookstatus en de fysieke activiteit en van 50% naar 95% voor het noteren van het alcoholgebruik. Slechts bij één patiënt werd de levensstijl niet genoteerd in het EMD in het jaar voorafgaand aan de zorgstraat of tijdens het project.



Grafiek 9: Aantal patiënten met minstens één dossierregistratie van de rookstatus, het alcoholgebruik en de fysieke activiteit in het jaar voorafgaand aan de start en het einde van de zorgstraat

Een mogelijke verklaring voor het grote verschil tussen *grafiek 5 en 9* is een andere manier van noteren. Parameters zoals het gewicht of de bloeddruk worden geregistreerd aan de hand van concrete waarden die telkens opnieuw worden ingegeven. De rookstatus, het alcoholgebruik en de lichaamsbeweging echter worden in CareConnect genoteerd met behulp van een keuzemenu. Voor de

rookgeschiedenis bijvoorbeeld kan men kiezen uit 'rookt', '< 6 maand (recent) gestopt', 'ex-roker' of 'nooit gerookt'. Bij het aanmaken van een nieuw contact ziet men in het parametervenster steeds de laatst ingevoerde gegevens. Wanneer de arts de rookstatus navraagt en deze blijkt onveranderd te zijn, wordt deze vermoedelijk niet opnieuw aangeduid, maar ongewijzigd gelaten. Het niet aanwezig zijn van recente gegevens wijst dus niet noodzakelijk op het niet hebben nagevraagd, maar kan ook te wijten zijn aan een onveranderde levensstijl. Mogelijk is *grafiek 9* dus een correctere representatie van de registratie van de rookgeschiedenis, het alcoholgebruik en de fysieke activiteit van de deelnemers.

Het gestalte en de buikomtrek zijn parameters die bij diabetes mellitus type 2 jaarlijks dienen gecontroleerd te worden. Nochtans gebeurde dit voor de zorgstraat nauwelijks, slechts bij 15% en 5% respectievelijk. Na afloop van het project zien we echter een duidelijk verbetering van 75% voor het gestalte en 65% voor de buikomtrek. Hiermee werden de doelstellingen van 35% en 45% opnieuw ruimschoots bereikt.
Ook het voetrisico moet bij diabetespatiënten jaarlijks worden ingeschat aan de hand van de monofilamenttest. Voor dit kwaliteitsverbeterend project gebeurde dit echter bij geen enkele van de 20 deelnemers, terwijl er een verbetering wordt gemerkt van 70% na afloop. Opnieuw bleek het vooropgestelde doel (50% verbetering) slechts een voorzichtige schatting. Mogelijk is deze verbetering ook deels te wijten aan de samenwerking met een podoloog. Bij een deel van de patiënten werd de monofilamenttest door de artsen zelf uitgevoerd, maar bij sommigen kon dit achteraf in het EMD worden aangevuld door uitwisseling van gegevens tussen de arts en de podoloog. Het is niet duidelijk wat de invloed precies was van de samenwerking op de registratie van het voetrisico.

De meest voor de hand liggende verklaring voor het overtreffen van de doelstellingen voor de registratie van elk van deze parameters (gewicht, bloeddruk, HbA1c, rookstatus, alcoholgebruik, fysieke activiteit, gestalte, buikomtrek en monofilamenttest) zijn de diabetesspecifieke consultaties tijdens de zorgstraat, waarbij enkel de suikerziekte aan bod kwam en de patiënten reeds op voorhand werd gevraagd voor andere vragen een aparte afspraak in te plannen. Bovendien werd er per patiënt een halfuur tijd voorzien bij de huisarts in plaats van het gewoonlijke kwartier. Op die manier was er meer tijd om deze parameters te meten én te registreren. Een andere verklaring is het naar aanleiding van de zorgstraat samenzitten met alle artsen om duidelijke afspraken te maken over hoe de waarden genoteerd konden worden. Hierdoor werd een uniforme aanpak afgesproken en is het voor iedereen achteraf ook eenvoudiger de noodzakelijke informatie terug te vinden die door een collega werd genoteerd. Voor dit project waren er hierover geen concrete afspraken.

Een urineonderzoek voor het opsporen van (micro)albuminurie gebeurde voor de zorgstraat nog niet bij alle patiënten. Met behulp van het project echter wel, waardoor er een verbetering optrad van 40%. Hiermee werd de doelstelling (20% verbetering) gehaald en zelfs overtroffen. Een volledig bloedonderzoek gebeurde reeds voor de zorgstraat bij 85%. Toch vond ook hier nog een optimalisatie plaats met een verbetering van 15%, beter dan initieel gehoopt met het vastgelegde doel van 10% verbetering.

Om de registratie van de vaccinatiestatus te beoordelen, werd ervoor gekozen enkel te kijken naar het griepvaccin. Diabetes is namelijk voor elke patiënt een indicatie voor vaccinatie tegen influenza, ongeacht de leeftijd of andere comorbiditeiten. Bovendien hebben deze personen recht op een gedeeltelijke terugbetaling. (13) Het voordeel van een vaccinatie tegen pneumokokken echter dient

voor elke patiënt individueel te worden afgewogen, waarbij naast de leeftijd en andere comorbiditeiten ook rekening moet gehouden worden met de kostprijs, aangezien deze vaccins niet worden terugbetaald. (14) Wanneer patiënten geen pneumokokkenvaccin kregen, wijst dit dus niet noodzakelijk op een nalatigheid van de arts om dit te bespreken, maar kan het ook te wijten zijn aan andere factoren.
In 2018 werd volgens de registraties bij 'Vaccinaties' in CareConnect slechts 30% van de deelnemers aan de zorgstraat gevaccineerd tegen influenza, in 2019 steeg dit percentage naar 55%. Hiermee werd de doelstelling van een verbetering van 45% niet gehaald. Aangezien deze cijfers opvallend lager waren dan verwacht, werd gezocht naar een mogelijke verklaring. Er werd opgemerkt dat bij een deel van deze patiënten zonder geregistreerd griepvaccin, in het tabblad 'Journaal' wel werd aangegeven dat er een vaccin werd toegediend, namelijk bij 6 personen in 2018 en 5 in 2019. Hiermee was het percentage gevaccineerden in 2018 60% en in 2019 80%. Daarnaast was er in 2018 nog één patiënt en in 2019 twee personen waarbij het griepvaccin wel werd voorgeschreven maar niet werd geregistreerd bij 'Vaccinaties' of vermeld bij 'Journaal'. Wanneer deze ook effectief het vaccin hebben toegediend gekregen, komt het percentage gevaccineerde deelnemers op 65% in 2018 en 90% in 2019. Er was dus een groot verschil tussen de toediening van een influenzavaccin en de registratie ervan. Nochtans is het belangrijk dit correct te doen, zodat elke collega deze informatie snel kan terugvinden en zo nodig patiënten erover aanspreken en informeren.

Wat ten slotte opviel bij het analyseren van de resultaten, zijn de hoge percentages van verbetering, veel hoger dan verwacht of gehoopt. Dit lijkt echter een overschatting te zijn. Twee van de 20 deelnemers waren namelijk nieuwe patiënten, de ene werd patiënt in de praktijk enkele weken voor de start van het project, de andere tijdens. Bij deze laatste werd de diagnose bovendien pas op dat moment gesteld. Zij werden zoals de anderen geïnformeerd over het project, onder andere aan de hand van een banner en informatiefolder in de wachtzaal, en wensten graag deel te nemen. Aangezien zij nog maar recent patiënt geworden waren, werden de parameters bij hen niet of nauwelijks geregistreerd voor de zorgstraat. Vermits dit natuurlijk wel meer gebeurde tijdens de diabetesconsultaties, gaf dit een vertekend beeld. In *tabel 4 tot en met 7* wordt een nieuw overzicht gegeven van de resultaten met exclusie van deze twee patiënten.

Parameter	Voor zorgstraat	Na zorgstraat	Percentage verbetering	Doel verbetering
	N *(%)*	N *(%)*	%	%
ICPC-codering	15 *(83,3%)*	18 *(100%)*	16,7%	20%
Aanvraag zorgplan	12 *(66,7%)*	18 *(100%)*	33,3%	40%
Registratie zorgplan	2 *(11,1%)*	11 *(61,1%)*	50%	40%

Tabel 4: Overzicht van het aantal ICPC-gecodeerde diagnoses, aanvragen en registraties van een zorgplan voor en na de zorgstraat, het percentage en het doel van verbetering bij de 18 geïncludeerde patiënten met reeds GMD in de praktijk voor 2019

Parameter	Voor zorgstraat (16/06/19 - 16/09/19)	Na zorgstraat (17/09/19 - 17/12/19)	Percentage verbetering	Doel verbetering
	N *(%)*	N *(%)*	%	%
Gewicht	10 *(55,6%)*	18 *(100%)*	44,4%	30%
Bloeddruk	14 *(77,8%)*	17 *(94,4%)*	16,6%	10%
HbA1c	12 *(66,7%)*	18 *(100%)*	33,3%	20%

Rookstatus	1 *(5,6%)*	11 *(61,1%)*	55,5%	45%
Alcoholgebruik	0 *(0%)*	16 *(88,9%)*	88,9%	50%
Fysieke activiteit	1 *(5,6%)*	11 *(61,1%)*	55,5%	45%

Tabel 5: Overzicht van het aantal registraties van de driemaandelijkse parameters voor en na de zorgstraat, het percentage en het doel van verbetering bij de 18 geïncludeerde patiënten met reeds GMD in de praktijk voor 2019

Parameter	Voor zorgstraat (16/09/18 - 16/09/19)	Na zorgstraat (17/12/18 - 17/12/19)	Percentage verbetering	Doel verbetering
	N *(%)*	N *(%)*	%	%
Gestalte	3 *(16,7%)*	16 *(88,9%)*	72,2%	35%
Buikomtrek	1 *(5,6%)*	12 *(66,7%)*	61,1%	45%
Monofilamenttest	0 *(0%)*	12 *(66,7%)*	66,7%	50%
Urineonderzoek	12 *(66,7%)*	18 *(100%)*	33,3%	20%
Bloedonderzoek	17 *(94,4%)*	18 *(100%)*	5,6%	10%

Tabel 6: Overzicht van het aantal registraties van de jaarlijkse parameters voor en na de zorgstraat, het percentage en het doel van verbetering bij de 18 geïncludeerde patiënten met reeds GMD in de praktijk voor 2019

Parameter	2018	2019	Percentage verbetering	Doel verbetering
	N *(%)*	N *(%)*	%	%
Griepvaccinatie	6 *(33,3%)*	10 *(55,6%)*	22,3%	45%

Tabel 7: Overzicht van het aantal registraties van griepvaccinatie in 2018 en 2019, het percentage en het doel van verbetering bij de 18 geïncludeerde patiënten met reeds GMD in de praktijk voor 2019

Wanneer deze nieuwe resultaten worden bekeken, wordt duidelijk dat zelfs met exclusie van de twee patiënten die nog geen GMD hadden binnen de praktijk voor 2019, de meeste doelstellingen worden gehaald, zoals bijvoorbeeld deze voor de registratie van het zorgplan in het EMD. Voor de notatie van de diagnose aan de hand van de ICPC-codering en de aanvraag van een zorgplan echter is er slechts een verbetering van respectievelijk 16,7% en 33,3% in tegenstelling tot de vooropgestelde doelen van 20% en 40%. Deze doelstellingen waren natuurlijk niet realistisch op basis van de nieuwe populatie, aangezien de ICPC-codering van de diagnose reeds gebeurde bij 83,3% en de aanvraag van een zorgplan bij 66,7% voor de zorgstraat. Vermits met behulp van het project de ICPC-codering en aanvraag gebeurden bij 100% van de patiënten, kan men stellen dat de doelstellingen ook in de geval gehaald werden.
Voor elk van de driemaandelijkse parameters werd het vooraf bepaalde percentage van verbetering bereikt. Voor de jaarlijkse parameters gebeurde dit ook met uitzondering van een volledig bloedonderzoek. Opnieuw lag het percentage voor de zorgstraat (94,4%) reeds te hoog om de doelstelling (10% verbetering) te kunnen halen. Aangezien aan de hand van het project 100% registratie werd gehaald, kan men ook hier tevreden zijn. De correcte registratie van een griepvaccinatie liet echter ook in dit geval te wensen over. Er wordt slechts een verbetering bereikt van 22,3% in plaats van de gehoopte 45%.

4.2 Focusgroepgesprekken

Aan de hand van de focusgroepgesprekken werd een antwoord gezocht op de volgende vragen: *"Wat is de invloed van een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2 op de samenwerking met andere*

zorgverleners in een multidisciplinaire praktijk? Hoe is de beleving door de verschillende zorgverleners en welke voor- en nadelen ervaren zij bij deze nieuwe manier van werken?"

Een uitgebreide beschrijving van de gesprekken kan teruggevonden worden in *appendix 4*.

Uit de focusgesprekken werd duidelijk dat er met het ontwikkelen van een zorgstraat een belangrijke verbetering was in het samenwerken rond type 2 diabetes. Iedereen stond achter het project, dat reeds lang op tafel lag, maar wegens tijdsgebrek nooit werd uitgevoerd. Reeds vooraf bleek dat alle betrokkenen op dezelfde golflengte zaten en ook tijdens de looptijd van het project viel dit meer en meer op, waardoor er ook onderling enkele leermomentjes ontstonden. Er werden doelstellingen opgesteld om de werkpunten te kunnen verbeteren, zoals meer overleg, overdracht van informatie, verslaggeving en een duidelijke taakverdeling.

De verbeteringen werden reeds na enkele diabetesnamiddagen duidelijk. Vooral met het ontstaan van multidisciplinaire overlegmomenten was iedereen zeer tevreden en dit werd dan ook verder uitgebouwd. Bovendien waren in het kader van de zorgstraat meer patiënten bereid ook de diëtiste en podoloog te consulteren. Onder andere hierdoor werden ook nieuwe complicaties en risicofactoren ontdekt, zoals voetrisico's die hoger waren dan verwacht.

Een probleem dat opdook in verband met de organisatie van de zorgstraat, werd reeds aan het begin aangepakt, namelijk het op voorhand bezorgen van voorschriften en verwijsbrieven aan de diëtiste en podoloog.

Taakverdeling en verslaggeving bleef gedurende de hele looptijd van het project een werkpunt. De oorzaak van een gebrek aan verslaggeving door de diëtiste lag extern. Intussen werd dit probleem opgelost en kan ook zij verslagen sturen.
Een duidelijke taakverdeling bleef echter moeilijk. Mogelijk vindt men het moeilijk een deel van de verantwoordelijkheid los te laten en te vertrouwen op een ander. Nochtans lijkt vertrouwen tussen de betrokken zorgverleners geen probleem. Een meer plausibele verklaring is het ontbreken van duidelijke afspraken. Er werd tijdens de focusgroepgesprekken wel nagedacht over een mogelijke oplossing, zoals het gebruik van Siilo, een app voor het beveiligd uitwisselen van medische informatie, maar er werd niets concreet afgesproken.

Ook voor de artsen specifiek was er een positieve evolutie. Dankzij de zorgstraat leerden ze hun vertrouwd medisch programma op een andere manier gebruiken, namelijk aan de hand van een diabetescontact, een evolutie die ook na het project deels behouden bleef, waardoor bepaalde parameters die anders wat verloren gingen, vaker worden opgevolgd. Er werd ontdekt dat er in het kader van diabetes standaard verwijsbrieven bestaan voor de oogarts en endocrinoloog, administratieve taken die misschien ook deels voorbereid kunnen worden voor de zorgstraat, zodat er op het moment zelf nog meer tijd en aandacht voor de patiënt ontstaat. Daarnaast werd er ook op de beperkingen van het programma gebotst, bijvoorbeeld bij de notatie van de monofilamenttest.

Bovendien moet er nagedacht worden over hoe patiënten die moeilijk te overtuigen zijn om deel te nemen en het wel echt nodig hebben, toch gestimuleerd kunnen worden. Ook over het aangepast rijbewijs moet uniform gecommuniceerd worden, aangezien dit iets is waar veel mensen weigerachtig

tegenover staan. Er is voor deze patiënten nood aan meer informatie hieromtrent, eventueel aan de hand van een folder in de wachtzaal.

De conclusie van de focusgroepgesprekken was unaniem, het invoeren van specifieke diabetesconsultaties heeft geleid tot een volledigere en meer gesystematiseerde diabeteszorg en een vlottere samenwerking. Zowel de artsen als de diëtiste en podoloog staan dan ook achter het behoud van de zorgstraat. Aangezien er heel wat administratie aan vooraf gaat en de frequentie van opvolging bij de huisarts en de diëtiste en podoloog niet dezelfde is, werd reeds nagedacht over op welke manier het project zou kunnen verdergezet worden om aan deze problemen tegemoet te komen.
De praktijkassistente kan nog meer ingeschakeld worden voor het organisatorische werk en de frequentie kan verminderd worden naar bijvoorbeeld één zorgstraat per maand. Enkel de grote, jaarlijkse controles bij de huisarts zouden dan geïntegreerd worden in de zorgstraat, zodat de patiënten op dat moment ook bij de diëtiste en podoloog kunnen langsgaan. De tussentijdse, driemaandelijkse controles zouden buiten de zorgstraat blijven doorgaan. Blijvende werkpunten zijn een duidelijkere taakverdeling en afspraken over communicatie.

4.3 Sterke en zwakke kanten van het project

De belangrijkste beperking van dit kwaliteitsverbeterend project was, naast het kleine aantal geïncludeerde patiënten, de korte tijdsduur. Hierdoor was de analyse van resultaten niet eenvoudig.
Er werd uiteindelijk voor gekozen om twee periodes van drie maanden te vergelijken. Aangezien dit zeer korte periodes zijn, moeten de resultaten toch ook met een kritische blik worden bekeken, voornamelijk dan de registratie van de parameters die driemaandelijks dienen gecontroleerd te worden. Patiënten die niet exact binnen de drie maanden op controle komen, worden met deze methode beschouwd als onvoldoende opgevolgd. Nochtans is dit niet noodzakelijk het geval, de opvolging kan ook net voor en net na deze periode gebeurd zijn. Om te oordelen of dit gebeurd zou kunnen zijn bij de deelnemende patiënten, werden de driemaandelijkse parameters (gewicht, bloeddruk, HbA1c, rookstatus, alcoholgebruik en fysieke activiteit) opnieuw bekeken binnen een ruimere tijdspanne. De drie maanden van het project werden vergeleken met de vier maanden eraan voorafgaand in plaats van drie. Slechts bij één patiënt gebeurde de registratie van het gewicht wel binnen deze ruimere periode voor de zorgstraat. Alle andere registraties bij deze persoon en de registraties bij de andere patiënten die niet binnen de eerste tijdspanne van drie maanden gebeurden, vielen ook buiten deze periode van vier maanden. Dit lijkt dus binnen dit project niet onmiddellijk een oorzaak te zijn van onvoldoende dossierregistratie. Toch werd er nagedacht over hoe dit in de toekomst zou kunnen aangepakt worden.
Een mogelijkheid is een langere duurtijd voor het project, bijvoorbeeld één jaar, die dan vergeleken kan worden met het voorafgaande jaar. Op die manier kan men gaan kijken bij hoeveel patiënten het gewenste aantal registraties van elke parameter gehaald werd in elk jaar. Wanneer het project langer loopt, kunnen er ook meer patiënten deelnemen. Dit zou mogelijk heel wat meer informatie kunnen opleveren. In dit project werd ook overwogen een vergelijking te maken tussen 2018 en 2019, maar aangezien een verbetering in 2019 in dit geval niet noodzakelijk te wijten zou zijn aan de zorgstraat door de korte duurtijd ervan, werd hiervan afgestapt.

Een ander belangrijk nadeel werd genoemd in een focusgroepgesprek. Sommige mensen zijn moeilijk te overtuigen om deel te nemen. Vaak zijn dit de patiënten die volgens de artsen het meeste voordeel

zouden kunnen halen uit een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak. Mogelijk zou dit vlotter gaan wanneer het project reeds langer loopt en deze personen hier vaker over horen, enerzijds door het herhaald erover informeren door de artsen, maar anderzijds misschien ook door andere patiënten die hebben deelgenomen en erover vertellen. Ook in de wachtzaal zullen ze telkens geconfronteerd worden met de informatiefolder en -banner.
Een deel van de patiënten die nu hebben deelgenomen aan het project, waren reeds zeer gemotiveerd en zich bewust van het belang van een correcte diabetesopvolging. Nochtans werd ook bij hen een verbetering gezien door het invoeren van de zorgstraat. Vermoedelijk heeft dit eerder te maken met de nieuwe benadering door de artsen. Deze patiënten kwamen reeds regelmatig op consultatie, maar het zijn de artsen die niet telkens de nodige parameters hebben gemeten of geregistreerd. Door de duidelijke afspraken die gemaakt werden, gebeurt dit nu veel gestructeerder. Daarnaast waren ook deze gemotiveerde patiënten nog niet allemaal geïnformeerd over de mogelijkheden van een diëtiste en podoloog in het kader van diabetes, waardoor sommigen van hen deze zorgverleners tijdens de zorgstraat voor het eerst consulteerden.

4.4 Toekomst

Op basis van de focusgroepgesprekken is het duidelijk dat een multidisciplinaire aanpak van diabetes mellitus type 2 aan de hand van een zorgstraat binnen eenzelfde praktijk als meerwaarde wordt gezien door de verschillende zorgverleners die hieraan hebben meegewerkt. Iedereen is dan ook gemotiveerd dit project verder te zetten. Naast de samenwerking is het echter ook belangrijk te evalueren wat het effect van de zorgstraat is op het aspect van de opvolging die door de huisarts dient te gebeuren. Op basis van deze korte looptijd lijkt dit effect zeer positief, maar er is een langdurigere evaluatie nodig om deze resultaten te kunnen bevestigen. Bovendien is de frequentie van opvolging bij de verschillende zorgverleners niet dezelfde.

Daarom werd tot het besluit gekomen de zorgstraat te behouden mits enkele aanpassingen. Zo wordt de frequentie verminderd naar één keer per maand, waarbij de patiënten telkens op raadpleging gaan bij de diëtiste en podoloog en een uitgebreide, jaarlijkse controle krijgen bij de huisarts. Kleine, driemaandelijkse opvolgingen bij de huisarts en eventuele extra raadplegingen bij de diëtiste en podoloog verlopen dan buiten de zorgstraat en worden door elke zorgverlener apart afgesproken met de patiënt.
De voorbereidingen zullen grotendeels door de praktijkassistente gebeuren. De artsen informeren de patiënten en wanneer deze wensen deel te nemen, zal zij deze inplannen, net als een voorafgaande afspraak voor een bloed- en urineonderzoek. Daarnaast zal zij de nodige documenten reeds voorbereiden, zoals een rijgeschiktheidsattest, een verwijsbrief voor de oftalmoloog en een voorschrift en verwijsbrief voor de diëtiste, podoloog en diabeteseducator. Ze bezorgt de patiënt de nodige informatie, namelijk de geplande afspraken en wat deze dient mee te brengen de dag zelf. Daarnaast kan zij instaan voor het bijhouden van een planning en patiënten een jaarlijkse herinnering sturen.
Op het einde van elke diabetesnamiddag zal een kort overlegmoment plaatsvinden tussen de arts van die zorgstraat, de diëtiste en de podoloog, waarin de patiënten besproken kunnen worden en zo nodig feedback kan gegeven worden over de organisatie en het verloop van de zorgstraat.

Voor het project opnieuw van start gaat, zal nog eens samengezeten worden met de verschillende zorgverleners om concrete afspraken te maken over een duidelijke taakverdeling en communicatie tijdens de zorgstraat.
Het project met deze aanpassingen zal lopen over een nieuwe proefperiode van één jaar. Gedurende dit jaar zullen tussentijdse metingen en focusgroepgesprekken gebeuren, zodat eventueel kan bijgestuurd worden. Na afloop van de proefperiode zal een laatste meting en focusgroepgesprek plaatsvinden om te evalueren of de doelstellingen nog steeds bereikt worden en om te beslissen over de toekomst van het project.

Daarnaast kunnen ook andere metingen tijdens toekomstige evaluaties interessante informatie opleveren. Zo kan na de nieuwe proefperiode het effect van het project op de effectieve diabetescontrole nagegaan worden. Leidt het project naast een verbetering in de dossierregistratie en samenwerking ook tot een verbetering van bijvoorbeeld HbA1c?

5 BESLUIT

In dit kwaliteitsverbeterend project werd een “zorgstraat” georganiseerd rond diabetes mellitus type 2 in een multidisciplinaire praktijk. Drie huisartsen, een diëtiste en een podoloog organiseerden samen diabetesspecifieke consultaties voor 20 geïncludeerde patiënten.
Deze zorgstraat bleek een belangrijk effect te hebben op de dossierregistratie. De diagnose werd bij alle patiënten ingegeven volgens de ICPC-codering, er werd voor iedereen een zorgplan aangevraagd en deze zorgplannen werden vaker geregistreerd in het EMD. Ook op het vlak van registratie van parameters werden heel wat doelstellingen bereikt en overtroffen. Enerzijds verbeterde de registratie van de driemaandelijkse parameters (gewicht, bloeddruk, HbA1c, rookstatus, alcoholgebruik en fysieke activiteit), waarbij het gewicht en het HbA1c zelfs perfect genoteerd werden bij elke patiënt. Anderzijds werden ook de jaarlijkse parameters (gestalte, buikomtrek, monofilamenttest, urine- en bloedonderzoek) in verhoogde mate geregistreerd. Een volledig bloed- en urineonderzoek vond dankzij dit project zelfs plaats bij alle deelnemende patiënten. Op de registratie van de toegediende vaccinaties, meer bepaald het griepvaccin, moet nog meer de nadruk gelegd worden. Dit was de enige doelstelling die niet gehaald werd. Er kan dus gesteld worden dat het invoeren van diabetesconsultaties inderdaad leidt tot een objectief volledigere en meer gesystematiseerde diabeteszorg.
Daarnaast had de zorgstraat ook een grote impact op de samenwerking met de andere zorgverleners in deze multidisciplinaire praktijk. Er vonden meer overlegmomenten plaats, de diëtiste en podoloog beschikten onmiddellijk over de nodige voorschriften en verwijsbrieven, verschillende patiënten consulteerden hen voor het eerst en er werden hierdoor een aantal nieuwe complicaties en risicofactoren ontdekt. De artsen leerden dan weer het EMD efficiënter gebruiken. Problemen rond verslaggeving werden intussen opgelost. Belangrijke werkpunten blijven echter een duidelijke taakverdeling, communicatie tijdens de zorgstraat en de arbeidsintensieve voorbereiding.
Er werd besloten het kwaliteitsverbeterend project aan te passen aan de blijvende barrières, opnieuw te integreren in de praktijk voor een nieuwe, langere proefperiode en nadien te herevalueren.

6 DANKWOORD

Graag had ik enkele personen bedankt om dit project tot een goed einde te brengen. Als eerste mijn praktijkopleider, Dr. Len Van der Donckt en co-promotor en collega, Dr. Laurence Outtier voor hun hulp bij het realiseren van het project, maar ook voor de ondersteuning en fijne samenwerking tijdens mijn hele huisartsenopleiding. Ook wil ik onze diëtiste, Sofie Van Kelecom en onze podoloog, Anne-Marie Vandenberk bedanken voor hun inzet en enthousiasme. Daarnaast had ik graag onze praktijkassistente, Ellen Haeyaert bedankt voor de hulp bij de organisatie en administratie.

Ik bedank ook mijn promotor, Prof. Vansintejan voor de begeleiding bij het uitwerken van mijn masterproef. Hij heeft mij steeds bijgestaan met zijn kennis en raadgevingen.

Ten slotte had ik graag mijn ouders en zus bedankt voor hun steun tijdens mijn hele opleiding tot huisarts.

7 AFKORTINGEN

- BMI: Body Mass Index
- CRP: C-reactive protein
- DPP-4-inhibitor: dipeptidylpeptidase-4-inhibitor
- eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate
- EMD: Elektronisch Medisch Dossier
- FOCUS: Find problem - Organise meeting - Clarify problem - Understand process / Uncover problems - Select a strategy / Start PDCA
- GDPR: General Data Protection Regulation
- GLP-1-analoog: glucagon-like peptide-1-analoog
- GMD: Globaal Medisch Dossier
- HbA1c: Hemoglobine A1c
- HDL: high density lipoprotein
- ICPC: International Classification of Primary Care
- IDF: International Diabetes Federation
- LDL: low-density-lipoprotein
- PDCA: Plan - Do - Check - Act
- SGLT2-inhibitor: sodium/glucose cotransporter 2-inhibitor
- T90: ICPC-codering voor ‘niet insuline afhankelijke diabetes’

8 REFERENTIES

1. Koeck PH, Bastiaens H, Benhalima K, Cloetens H, Feyen L, Sunaert P, et al. Diabetes mellitus type 2: richtlijn voor goede medische praktijkvoering. Domus Medica; 2015.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9th ed. Brussels; 2019.
3. Barents E, Bilo H, Bouma M, Van den Brink-Muinen A, Dankers M, Van den Donk M, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 [Internet]. NHG. 2018 [cited 2020 Mar 14]. Available from: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-diabetes-mellitus-type-2
4. Szafran O, Kennett SL, Bell NR, Torti JMI. Interprofessional collaboration in diabetes care: perceptions of family physicians practicing in or not in a primary health care team. BMC Fam Pract. 2019 Mar 13;20(1).
5. Diabetes Liga vzw. Zorgsystemen en voorzieningen bij diabetes. 2018.
6. Møller G, Andersen HK, Snorgaard O. A systematic review and meta-analysis of nutrition therapy compared with dietary advice in patients with type 2 diabetes. Am J Clin Nutr. 2017;106(6):1394–400.
7. Hamdy O, Ashrafzadeh S, Mottalib A. Weight management in patients with type 2 diabetes: a multidisciplinary real-world approach. Curr Diab Rep. 2018;18(9):1–8.
8. Binns-Hall O, Selvarajah D, Sanger D, Walker J, Scott A, Tesfaye S. One-stop microvascular screening service: an effective model for the early detection of diabetic peripheral neuropathy and the high-risk foot. Diabet Med. 2018;35(7):887–94.
9. van Netten JJ, Price PE, Lavery LA, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Jubiz Y, et al. Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. Diabetes Metab Res Rev. 2016;32:84–98.
10. Boulton AJM. What you can't feel can hurt you. J Vasc Surg. 2010;52:28S-30S.
11. Nuckols TK, Keeler E, Anderson LJ, Green J, Morton SC, Doyle BJ, et al. Economic evaluation of quality improvement interventions designed to improve glycemic control in diabetes: a systematic review and weighted regression analysis. Diabetes Care. 2018 May;41(5):985–93.
12. Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, Moher D, Turner L, Galipeau J, et al. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet [Internet]. 2012;379:2252–61. Available from: www.thelancet.com
13. Zorg en Gezondheid. Vaccinatie tegen griep [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: https://www.laatjevaccineren.be/vaccinatie-tegen-griep
14. Zorg en Gezondheid. Pneumokokken [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: https://www.laatjevaccineren.be/ziektes/pneumokokken

9 APPENDICES

9.1 Appendix 1: Beschrijving visgraatdiagram

Mogelijke oorzaken van een suboptimale opvolging van patiënten met diabetes mellitus type 2 zoals weergegeven in het visgraatdiagram (zie *figuur 5*):

I. Persoonsgebonden factoren
   - Arts
     - Tijdsgebrek (achterstand op agenda)
     - Patiënt komt met een andere aanmeldingsklacht dan een diabetesopvolging of met meerdere agendapunten (agenda arts en agenda patiënt komen niet overeen)
     - Heterogene metingen (buikomtrek niet steeds op dezelfde plaats gemeten, wegen gebeurt soms met en soms zonder schoenen, lengte met/zonder schoenen,…)
     - Onvoldoende aandacht voor de registratie van de parameters (niet nakijken of er recente parameters in het dossier staan, metingen vergeten uitvoeren, een meting onvolledig uitvoeren (slechts enkele van de parameters), bij het meten de waarden niet onmiddellijk noteren, zich niet correct herinneren van een meting bij het inbrengen van de gegevens, het inbrengen van de waarden vergeten)
     - Onvoldoende kennis over of ervaring met een correcte opvolging van diabetes (arts weet niet of vergeet wanneer follow-up noodzakelijk is)
     - Onvoldoende kennis over de mogelijkheden van het EMD of onvoldoende vaardigheden om hiermee aan de slag te gaan, geen kennis over de mogelijkheden van het CareConnect-softwareprogramma in de opvolging van chronische aandoeningen
     - Onvoldoende aandacht voor kennisoverdacht en motivatie van de patiënt (arts kiest de gemakkelijkste weg bij het voelen van weerstand bij de patiënt)
     - Frustratie over slechte compliantie van de patiënt
     - Vooroordelen over patiënt of sociale ondersteuning *(“patiënt zal wel niet willen/kunnen/het te duur vinden/geen steun krijgen”*)
     - Een ander interessegebied
     - Angst voor de bijkomende administratieve taken
     - Onvoldoende samenwerking met collega’s/andere zorgverleners (*“collega die patiënt vaker ziet, zal wel voor de opvolging van zijn/haar diabetes zorgen”*, *“podoloog zal voeten wel nakijken”*, *“diëtiste zal wel advies geven over een gezonde levensstijl”*)
     - Onvoldoende inzicht in meerwaarde en werk van diëtiste en podoloog
   - Patiënt
     - Andere aanmeldingsklacht
     - Onvoldoende ziekte-inzicht of kennis over de aandoening
     - Onvoldoende motivatie/discipline/compliantie aan therapie
     - Weerstand tegen verandering: niet willen of denken dit niet te kunnen
     - Weigert medewerking aan alle of enkele van de metingen (door schaamte/ weinig ziekte-inzicht/angst voor naalden/…)
     - Weet niet of vergeet wanneer follow-up noodzakelijk is

- Multipathologie of belangrijke co-morbiditeiten
  (Patiënten die slecht te been zijn, oudere mensen die zich traag omkleden,… → Bij hen neemt het meten van bijvoorbeeld gewicht,… veel tijd in beslag en bestaat het gevaar dat dit om deze reden wordt overgeslagen. Soms is het ook gewoon niet mogelijk (bv.: bij patiënten met paraplegie).)
- Angst voor extra onderzoeken of medicatie
- Financiële reden
- Weinig steun van omgeving (bij bijvoorbeeld aanpassen levensstijl: toch suikerrijke snacks aangeboden krijgen,…)
- Onvoldoende inzicht in meerwaarde en werk van diëtiste en podoloog

II. Infrastructuurgebonden factoren
   - Materiële benodigdheden niet beschikbaar of niet vindbaar
   - Niet geijkte meetinstrumenten
   - Technisch mankement aan een meetinstrument
   - Geen duidelijk overzicht in EMD
   - Wegvallen van de gegevens uit het patiëntendossier door computerproblemen

III. Praktijkgebonden factoren
   - Geen specifieke diabetesconsultaties
   - Geen praktijkprotocol rond diabetes voor de arts (algemeen onvoldoende gestructureerde opvolging, geen uniform beleid tussen de artsen)
   - Onvoldoende overleg tussen de artsen om de opvolging en registratie van parameters op een uniforme manier uit te voeren en te noteren (geen afspraken over het noteren/coderen van de gegevens/gedane onderzoeken, geen afspraken rond codering van het zorgelement ‘diabetes mellitus type 2’)
   - Patiëntenflow tussen de artsen binnen de praktijk (geen duidelijke afspraken over wie zich bezighoudt met de opvolging van de chronische problematiek)
   - Telefonisch meedelen van bloedresultaten en eventuele therapiewijzigingen
   - Geen overzicht over het aantal diabetespatiënten
   - Tijdsbelasting bij raadpleging
   - Geen uitgewerkt samenwerkingsplan tussen de artsen en de diëtiste en podoloog, onvoldoende overleg met hen over de taakverdeling bij de opvolging

IV. Externe factoren
   - Wachtkamerdruk
   - Onvoldoende samenwerking met andere zorgverleners binnen de multidisciplinaire praktijk
   - Gebrekkige samenwerking met specialisten
   - Wachtlijsten specialisten
   - Onbekende invloed van de registratie op een betere controle van de aandoening
   - Geen standaardopvolging vanaf de diagnosestelling
   - Veel administratie (GMD; zorgplan; voorschrift/verwijsbrief diëtiste, podoloog, diabeteseducator, oftalmoloog;…)

9.2 *Appendix 2: Advies Commissie Medische Ethiek*

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. J. VANSINTEJAN
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 03-04-2019

Ons Kenmerk: 2019/107

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Ontwikkeling van een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2 : een kwaliteitsverbeterend project in een multidisciplinaire praktijk
B.U.N. 143201939724

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovensvermelde project, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens de vergadering van 3 april 2019

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

prof. dr. M. Deneyer, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060

464_01

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 03-04-2019
Ons kenmerk: 2019/107

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB (since 20-02-2019)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. M. Deneyer, MD, PhD	CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Van Scharen, LLM	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Mrs. B. Blommaert	Nurse UZ BRUSSEL	F
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology /Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. C. de Asmundis, MD, PhD	Cardiology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. P. Forget, MD, PhD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Lintermans	Patient representative External Member	F
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Prof. Apr. I. Smolders, PhD	Pharmacology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F
Dr. K. Vergaelen, MD	Intensive Care UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote

154_01

9.3 *Appendix 3: Goedgekeurd protocol*

PROTOCOL - VERSIE 1

'Ontwikkeling van een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2: een kwaliteitsverbeterend project in een multidisciplinaire praktijk.'

Kwaliteitsverbeterend project uitgevoerd door Caro Van Cutsem, HAIO
Promotor: Prof. Dr. Johan Vansintejan
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg, Vrije Universiteit Brussel
Co-promotor: Dr. Laurence Outtier

Inleiding

1. *Achtergrond*

Diabetes is een belangrijk probleem en een actueel onderwerp.
Door de toenemende vergrijzing is er een stijgende behoefte aan het structureren van de opvolging van chronische aandoeningen. Eén van deze aandoeningen waarbij de huisarts bovendien een centrale rol speelt in de opvolging van de patiënt om ernstige complicaties tot een minimum te beperken, is diabetes mellitus type 2. Nochtans viel op dat de opvolging niet steeds uniform verloopt tussen de verschillende artsen in deze praktijk en dat de registratie van belangrijke parameters in het kader van deze chronische aandoening op onvoldoende regelmatige basis gebeurt. Tijdig een dreigend probleem ontdekken, wordt op deze manier moeilijk.
Bovendien is er nog ruimte voor verbetering in het multidisciplinair samenwerken rond dit gezondheidsprobleem met de andere zorgverleners in deze multidisciplinaire praktijk, namelijk de diëtiste en podologe. Daarom wil ik in dit project een "zorgstraat" rond diabetes mellitus type 2 organiseren om de aanpak meer te centraliseren en te optimaliseren.

De doelstelling van dit kwaliteitsverbeterend project is enerzijds de registratie optimaliseren van de ICPC-gecodeerde diagnose en de verschillende parameters die noodzakelijk zijn voor een goede opvolging, in het elektronisch medisch dossier, CareConnect. Op die manier zal men in de toekomst sneller een duidelijk overzicht hebben van de medische voorgeschiedenis van de patiënt en de eventuele onderzoeken die ingepland dienen te worden. Bovendien zal er eenvoudiger een overzicht verkregen worden van het aantal patiënten met diabetes mellitus type 2 en opgevolgd kunnen worden welke parameters beter geregistreerd moeten worden.
Anderzijds wil ik met dit project de samenwerking met de diëtiste en podologe in het kader van diabetes mellitus type 2 verbeteren. Aan de hand van specifieke diabetesconsultaties zal er een nauwere multidisciplinaire samenwerking plaatsvinden, waarbij de patiënten bovendien hun opvolging bij de verschillende zorgverleners kunnen koppelen. Op deze manier willen we de drempel verkleinen.

2. *Vraagstelling*

Wat is de invloed van een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2 op de dossierregistratie, namelijk de ICPC-gecodeerde diagnose en de verschillende parameters die noodzakelijk zijn voor een goede opvolging?
Leidt het invoeren van diabetesconsultaties inderdaad tot een objectief volledigere en meer gesystematiseerde diabeteszorg? Hoe is de beleving door de artsen en welke voor- en nadelen ervaren zij in deze nieuwe manier van werken?

Wat is de invloed van een zorgstraat rond diabetes mellitus type 2 op de samenwerking met andere zorgverleners in een multidisciplinaire praktijk? Hoe is de beleving door de verschillende zorgverleners en welke voor- en nadelen ervaren zij in deze nieuwe manier van werken?

Methode

In dit kwaliteitsverbeterend project wordt gewerkt volgens de FOCUS- en PDCA-methode, waarbij er verschillende praktijkvergaderingen zullen plaatsvinden.
Er zullen specifieke diabetesconsultaties worden georganiseerd, waarin enkel de aanpak van deze chronische aandoening aan bod zal komen. Voor andere klachten of vragen dienen de patiënten op een ander moment te consulteren. Op deze manier willen we meer aandacht besteden aan de opvolging en een grotere bewustwording creëren bij de patiënten.

1. *Studiedesign*

Prospectief observationeel onderzoek
Kwaliteitsverbeterend project

2. *Studiepopulatie*

Patiënten met diabetes mellitus type 2 die 18 jaar zijn of ouder, komen in aanmerking voor inclusie. Zowel mannen als vrouwen kunnen deelnemen.

Exclusiecriteria:

- Patiënten met diabetes mellitus type 1
- Patiënten in de diabetesconventie
- Kinderen, zwangere vrouwen en patiënten met een mentale handicap
- Patiënten die verblijven in een rust- en verzorgingstehuis of een woonzorgcentrum
- Patiënten die niet naar de praktijk kunnen komen
- Patiënten die reeds overleden zijn
- Patiënten zonder GMD-houdende arts binnen de praktijk

Aan de hand van CareConnect wordt er een lijst opgemaakt van alle patiënten bij wie ooit een HbA1c bepaald werd en die een actief GMD hebben binnen de praktijk. Patiënten met een ICPC-gecodeerde diagnose van diabetes mellitus type 2 worden geselecteerd, alsook de patiënten zonder ICPC-codering waarbij diabetes mellitus type 2 voorkomt in de lijst met zorgelementen. Bij de overige patiënten wordt gekeken of de diagnose vermeld wordt in de laatste specialistenbrief en/of zij diabetesmedicatie nemen. Indien dit het geval is, worden zij ook geïncludeerd. Bij de overgebleven patiënten wordt handmatig nagekeken of zij voldoen aan de criteria voor het stellen van de diagnose van diabetes mellitus type 2, namelijk een nuchtere glycemie van 126 mg/dl of meer gemeten op twee afzonderlijke dagen, tweemaal een HbA1c van 6,5% of meer of een random glycemie van 200 mg/dl of meer bij klassieke symptomen van hyperglycemie.
Op deze manier wordt een lijst bekomen van alle patiënten die mogelijk in aanmerking komen om deel te nemen aan de diabetesconsultaties. Bij iedere patiënt wordt tenslotte nog nagegaan of er exclusiecriteria aanwezig zijn.
Zo zullen maximum 150 personen geïncludeerd kunnen worden.

3. *Recrutering*

Alle patiënten die in de loop van de maanden voorafgaand aan de diabetesconsultaties een bezoek brengen aan de praktijk, zullen geïnformeerd worden over het project aan de hand van een affiche en informatiefolder in de wachtzaal. Ook patiënten die de website bezoeken in die periode zullen via deze weg op de hoogte gebracht worden.
Bovendien zullen de patiënten die in aanmerking komen om deel te nemen aan de diabetesconsultaties en voordien op raadpleging komen, hier nog eens extra over worden aangesproken en voor worden uitgenodigd.

4. *Registratie en analyse van gegevens*

Om een gestructureerde opvolging te garanderen die bovendien uniform verloopt tussen de verschillende artsen, zullen er in het CareConnect-computersysteem twee specifieke diabetesmodules worden aangemaakt, enerzijds voor de driemaandelijkse opvolging en anderzijds voor de jaarlijkse controle. Beide modules worden aan de hand van de huidige richtlijnen zodanig opgesteld dat ze elk een overzicht geven van de op dat moment te registreren parameters en uit te voeren onderzoeken. Op die manier kunnen zij gebruikt worden als een soort checklist en kan een overzicht bewaard worden tijdens de consultatie, maar ook tijdens patiëntencontacten met andere artsen nadien, zodat iedereen op de hoogte is van de opvolging.

Bij de geïncludeerde patiënten zal nagegaan worden of de op basis van literatuur geselecteerde parameters geregistreerd zijn in het patiëntendossier. In een Excel-bestand zal een overzicht van deze startmeting worden bijgehouden. Aan de hand hiervan kunnen dan concrete doelstellingen worden opgesteld, namelijk een verbetering van de registratie in percentages. Aan het einde van het praktijkproject zal hetzelfde gebeuren, zodat deze gegevens vergeleken kunnen worden. Op die manier kan nagegaan worden of de doelstellingen gehaald werden. Er zal ook een tussentijdse meting plaatsvinden om op te volgen in welke mate de registratie geëvolueerd is en welke veranderingen er moeten doorgevoerd worden om de vooropgestelde doelstellingen te bereiken.

De invloed van het project op de multidisciplinaire samenwerking zal geëvalueerd worden aan de hand van focusgroepgesprekken met de diëtiste en podologe.

5. *Looptijd project*

Vanaf de toestemming van de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel en de VUB.
Dit zal ten vroegste zijn vanaf 1 maart 2019 tot en met 1 mei 2020.

6. *Ethische aspecten*

Er wordt bij dit kwaliteitsverbeterend project niets extra verwacht van de patiënten en er zullen geen andere onderzoeken worden uitgevoerd dan aanbevolen door de richtlijnen rond diabetes mellitus type 2, enkel de artsen zullen hun opvolging meer structureren. De patiënten zullen wel de mogelijkheid aangeboden krijgen op hetzelfde moment ook bij de diëtiste en podologe op raadpleging te gaan, maar zij kunnen dit weigeren.
Alle gegevens die gebruikt zullen worden, worden volledig anoniem gerapporteerd. Van elke deelnemende patiënt zal een informed consent gevraagd worden.
Het project zal pas starten na akkoord van de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel.

7. *Statistiek*

De data zullen verwerkt worden via beschrijvende statistiek.

Promotor	Co-promotor	
Prof. Dr. Johan Vansintejan	Dr. Laurence Outtier	Huisarts-in-opleiding
Handtekening en datum	Handtekening en datum	
27/2/19	28/2/19	09/03/19

23/02/2019
PROF. DR. VANSINTEJAN JOHAN, MD, PhD
HUISARTSGENEESKUNDE - DIS - SEKSUOLOGIE
F.ROOSEVELTLAAN 16
1800 VILVOORDE
TEL 0497878736
RIZIV 10867953004

9.4 Appendix 4: Focusgroepgesprekken

9.4.1 Voor aanvang van het project

I. Op welke manier wordt er momenteel samengewerkt in het kader van diabetes mellitus type 2? Is er een duidelijke taakverdeling?

"Er is op dit moment geen duidelijke taakverdeling. Bovendien wordt er niet echt samengewerkt. We verwijzen wel naar elkaar door, omdat we in één praktijk zitten. Door de podoloog wordt wel een verslag gestuurd, door de diëtiste niet. Er is weinig contact met elkaar, we zien elkaar niet wekelijks. De plannen voor een zorgstraat rond diabetes zijn er reeds lange tijd, maar er werd tot nu toe nog nooit rond samengezeten, laat staan een plan voor uitgewerkt."

II. Hoe wordt deze samenwerking ervaren? Wat zijn positieve punten en waaraan moet nog gewerkt worden?

"We zitten op dezelfde golflengte en willen graag meer samenwerken. De zorgstraat is er door tijdsgebrek nooit gekomen.
Het voordeel is dat we op één locatie zitten, waardoor er wel reeds naar elkaar wordt doorverwezen binnen de praktijk. De werkpunten zijn meer overleg, overdracht van informatie en verslaggeving."

III. Hoe verloopt de communicatie momenteel? Worden er verslagen doorgestuurd? Gebeurt de communicatie mondeling? Wat zijn positieve punten en waaraan moet nog gewerkt worden?

"De huisartsen en diëtiste sturen geen verslagen door, de podoloog doet dit wel. Daarnaast is er weinig contact en communicatie."

IV. Op welke manier kunnen de werkpunten verbeterd worden?

"De werkpunten zouden verbeterd kunnen worden door op één plaats en één moment alles te organiseren. Iedereen zit samen, waardoor er eenvoudig meer overleg kan plaatsvinden."

V. Welke doelstellingen willen we bereiken met het project?

"De doelstellingen zijn:
- Meer overleg en overdracht van informatie
- Duidelijke taakverdeling
- Opstellen van verslagen voor elkaar
- Communicatie in één richting naar patiënten toe, iedereen zegt hetzelfde
- Onmiddellijk in orde brengen van voorschriften en verwijsbrieven"

9.4.2 Tijdens het project

I. Op welke manier wordt er momenteel samengewerkt in het kader van diabetes mellitus type 2? Wat is er reeds veranderd en wat willen we nog veranderen? Zijn er nieuwe problemen opgedoken die aangepakt dienen te worden? Zijn er positieve evoluties die we reeds willen bewaren?

“Er gingen tot nu toe reeds vier namiddagen met diabetesconsultaties door, waarbij steeds een huisarts, de diëtiste en de podoloog aanwezig waren.

Een positieve evolutie die we zeker willen bewaren, is het ontstaan van multidisciplinaire overlegmomenten. Na de diabetesnamiddag wordt door één van de artsen reeds kort samengezeten met de diëtiste en podoloog om te evalueren hoe het verliep. Dit gebeurt echter nog niet elke keer, de andere artsen doen dit bijvoorbeeld nog niet.
Bovendien hebben we gemerkt dat alle patiënten die reeds hebben deelgenomen, bereid waren ook op raadpleging te gaan bij de diëtiste en podoloog, waarvan toch een belangrijk deel dit nog nooit eerder gedaan had.
Ook werden er reeds complicaties ontdekt in kader van de zorgstraat: nieuwe microalbuminurie gevonden, voetrisico’s die hoger zijn dan verwacht,…
We gebruiken daarnaast functies van CareConnect die we nog niet kenden, zoals het diabetesvenster. Diabetes wordt meer gecodeerd ingegeven, voortrajecten worden meer aangerekend, zorgplannen worden meer ingegeven in het dossier. Tijdens het verloop van het project werd bovendien het softwareprogramma aangepast, waardoor zorgtrajecten automatisch in het dossier komen (onder GMD).

Een probleem dat nog niet werd opgelost is dat de diëtiste nog geen verslagen kan sturen, ze wacht op het programma hiervoor.
Bovendien is er nog steeds onvoldoende taakverdeling. Zo worden patiënten zowel bij de huisarts als bij de diëtiste gewogen en het voetrisico wordt nagegaan door zowel de podoloog als de huisarts. Voor patiënten lijkt het daardoor alsof er toch niet wordt samengewerkt.

Daarnaast werden er ook nieuwe problemen opgemerkt die verband hielden met de organisatie van de zorgstraat. Reeds na één namiddag werd duidelijk dat de diëtiste en podoloog niet steeds op voorhand beschikten over de nodige voorschriften en verwijsbrieven, omdat dit afhing van de volgorde waarin de patiënten de zorgstraat doorliepen. Op die manier waren zij onvoldoende op de hoogte van een aantal relevante zaken, zoals het zorgplan en de risicofactoren. Daarom werd dit reeds aangepakt voor dit focusgroepgesprek. Er werd afgesproken de voorschriften en verwijsbrieven op voorhand op te maken en hen deze voor de aanvang van de zorgstraat te bezorgen. Op dit moment verloopt dit vlot.
Bovendien is de frequentie van de opvolging bij de huisarts en de diëtiste en podoloog niet dezelfde. De huisarts dient hen driemaandelijks te zien, terwijl er voor de meeste patiënten slechts twee keer per jaar terugbetaling is voor raadplegingen bij de diëtiste en podoloog.
Ook zijn er een aantal opmerkingen van de artsen. Patiënten die het echt nodig hebben, bijvoorbeeld mensen met een zeer hoog BMI, zijn moeilijk te overtuigen om deel te nemen. Deel van de patiënten die nu deelnemen, zijn al redelijk goed opgevolgd.

Het aangepast rijbewijs bijvoorbeeld is moeilijk aan te brengen, patiënten staan hier meestal weigerachtig tegenover.
Daarnaast vroegen we ons af of er misschien standaard verwijsbrieven bestaan voor de oogarts. Dit kunnen we blijkbaar zelf aanmaken in CareConnect.
In verband met het voetrisico merkten we dat in CareConnect enkel de mogelijkheid bestaat om afwijkend of niet afwijkend te noteren bij de monofilamenttest, maar het is natuurlijk relevant of het over de linker- of rechtervoet gaat en hoe afwijkend de test is. We vragen ons af of dit kan aangepast worden. In afwachting werd afgesproken dit vrij te specifiëren bij het onderdeel 'objectief', maar een gestandaardiseerde ingave lijkt ons praktischer.

De voorbereiding, zoals het opstellen van de voorschriften en verwijsbrieven en het inplannen van de afspraken, is zeer veel werk. Dit zou deels geautomatiseerd moeten worden.

De huidige conclusie is dat de zorgstraat behouden moet worden, maar vlotter moet verlopen. Op dit moment denken we aan één zorgstraat per maand."

II. Hoe wordt deze veranderde samenwerking ervaren? Wat zijn positieve punten en waaraan moet nog gewerkt worden?

"De nieuwe samenwerking wordt als zeer aangenaam ervaren. Iedereen staat op dezelfde golflengte. Er zijn ook leermomentjes: inschatten voetrisico, kreeftvoet,… We leren van elkaar."

III. Hoe verloopt de communicatie momenteel? Wat is er reeds veranderd en wat willen we nog veranderen? Wat zijn de voor- en nadelen van de nieuwe manier van werken?

"De diëtiste kan nog steeds geen verslagen sturen. De podoloog stuurt verslagen door.
Er zou nog meer overleg moeten komen met iedereen en zeker onmiddellijk na elke zorgstraat, over elke patiënt afzonderlijk."

IV. Hoe kunnen de werkpunten nog verder verbeterd worden? Komen er nieuwe werkpunten naar boven?

"Eén van de werkpunten is onvoldoende taakverdeling, waardoor sommige zaken zoals wegen en inschatten van het voetrisico dubbel gebeuren. Een mogelijkheid om dit aan te pakken is tijdens de zorgstraat onderling communiceren, bijvoorbeeld via Siilo. De eerste persoon die de patiënt ziet, kan deze bijvoorbeeld wegen en dit naar de andere zorgverleners doorsturen.
Siilo lijkt ook een mogelijke oplossing voor de diëtiste die nog geen verslagen kan sturen."

V. Zijn er reeds doelstellingen bereikt? Of zijn er nieuwe doelstellingen ontstaan?

"De doelstellingen zijn reeds deels bereikt, maar er zijn nog verbeteringen mogelijk. Zo kan er nog meer overleg georganiseerd worden na elke zorgstraat en moet er een duidelijkere taakverdeling zijn. De verslaggeving kan nog steeds niet verlopen zoals we willen.

Nieuwe doelstellingen zijn:

- Overlegmomenten na elke zorgstraat
- Op voorhand in orde brengen van voorschriften en verwijsbrieven
- Opstellen van een standaard verwijsbrief voor de oogarts
- Aanpassen van de notatie van de monofilamenttest in CareConnect"

9.4.3 Na afloop van het project

I. Op welke manier wordt er momenteel samengewerkt in het kader van diabetes mellitus type 2? Wat is er veranderd?

"Zoals gepland ging de zorgstraat door op zeven verschillende namiddagen van telkens drie uur, waarbij drie patiënten zowel de huisarts, de diëtiste als de podoloog consulteerden. Voor de aanvang van dit project gebeurde dit nog niet.
Daarnaast vonden er ook multidisciplinaire overlegmomenten plaats na elke diabetesnamiddag."

II. Hoe wordt deze nieuwe samenwerking ervaren? Wat zijn de voor- en nadelen van de nieuwe manier van werken?

"De nieuwe manier van samenwerken wordt als heel aangenaam ervaren. Het is een leuk project, eens iets anders, iets om je voor te engageren en om trots op te zijn. Zo vertelt één van de artsen dat ze een patiënt had die voor het eerst naar de endocrinoloog ging en voordien reeds naar onze zorgstraat was geweest en dus al bij de podoloog en diëtiste was geweest.

De huisartsen gebruiken het diabetescontact in CareConnect ook vaker buiten de zorgstraat, waardoor bijvoorbeeld regelmatiger eens de buikomtrek wordt gemeten wanneer dit niet recent gebeurd was. De parameters kunnen hiermee gemakkelijk strikter opgevolgd worden.
Ook hebben we ontdekt dat er in CareConnect reeds een standaard verwijsbrief voor de oftalmoloog bestaat in het kader van het zorgtraject diabetes type II. Ook voor de endocrinoloog bestaat er reeds een verwijsbrief. Eventueel kunnen we deze zelf nog wat aanpassen en een nieuwe versie maken voor patiënten met een voortraject.

De diëtiste heeft dankzij de zorgstraat twee nieuwe patiënten die bij haar blijven komen voor opvolging. Een aantal patiënten zouden opnieuw willen deelnemen wanneer er een nieuwe zorgstraat komt. Enkele zeiden wel dat het veel was op een namiddag, veel uitleg bij de diëtiste, zeker wanneer ze voor de eerste keer kwamen.

Bij de podoloog zijn er geen nieuwe patiënten die blijven komen, maar de mensen die hebben deelgenomen, vonden de zorgstraat wel goed. Zij zag mensen die geen verhoogd voetrisico hebben tot mensen met het hoogste risico, er was een grote spreiding.

Over het algemeen waren ook de patiënten tevreden, behalve over het rijbewijs. Dit was voor velen een heel gevoelig en emotioneel onderwerp, waardoor de artsen dit ervaarden als een struikelblok. Voordien werd dit nauwelijks aangehaald bij de diabetespatiënten, zelfs mensen die reeds meermaals op raadpleging geweest waren bij de endocrinoloog, hadden nog nooit van een aangepast rijbewijs

gehoord.

Bovendien blijven we bijleren van elkaar. Zo vertelde de podoloog dat zij een andere test gebruikt dan de monofilamenttest die even betrouwbaar zou zijn, de Ipswich Touch Test. Hierbij moet je gewoon de voet aanraken met je vinger, de patiënt moet dit voelen van zodra jij de voet voelt.

Het grootste voordeel van het project is een betere en meer gestructureerde diabeteszorg, een nadeel is de arbeidsintensieve voorbereiding."

III. Hoe verloopt de communicatie momenteel? Wat zijn de voor- en nadelen van de nieuwe manier van werken?

"De podoloog stuurde reeds verslagen, de diëtiste heeft gedurende de hele looptijd van het project problemen blijven ondervinden om dit te doen, maar het is intussen in orde. Dringende zaken werden mondeling doorgezegd en ook Siilo werd meer en meer gebruikt. Op het einde van elke namiddag werd een korte debriefing gehouden, wat door iedereen als noodzakelijk werd ervaren, want voor de patiënt is het intensief, maar ook voor ons, zeker wanneer het een nieuwe patiënt is. Ook is een overlegmoment achteraf handig wanneer er bijvoorbeeld nog attesten/verwijsbrieven nodig zijn."

IV. Zijn er nog werkpunten? Hoe kunnen deze in de toekomst nog verbeterd worden?

"Op vlak van organisatie was er veel werk. Om dit te verbeteren zouden we de praktijkassistente nog meer kunnen inschakelen. De bedoeling is dat zij dit autonoom kan.

Er werd nog niet onderzocht of de notatie van de monofilamenttest kan worden aangepast in CareConnect. Dit dient nog te worden nagekeken.

Daarnaast is er nog steeds onvoldoende taakverdeling tijdens de zorgstraat. Tijdens het vorige evaluatiemoment hadden we afgesproken dit anders te zullen aanpakken, door bijvoorbeeld gewicht of voetrisico naar elkaar door te sturen via Siilo. Dit is echter niet echt gebeurd in de praktijk. Wel heeft de diëtiste op een andere manier gecommuniceerd naar de patiënten toe. Zo heeft ze hen uitgelegd dat ze hun vet- en spiermassa zou meten wanneer ze op de weegschaal gingen staan en niet zozeer het woord 'gewicht' laten vallen. Wanneer we dit project verderzetten, willen we dit toch echt wel anders doen, dus hebben we samen nog eens gebrainstormd over mogelijke manieren om dit werkpunt aan te pakken. Naast Siilo dachten we ook aan een invulfiche in het mapje van de patiënt of een google document dat we kunnen delen en waar iedereen zowel tijdens als na de zorgstraat aan kan. Wel stellen we ons vragen of dit laatste kan op vlak van GDPR. Een mogelijke oplossing is werken met een codesysteem dat voor iedereen duidelijk is."

V. Leidt het invoeren van specifieke diabetesconsultaties inderdaad tot een objectief volledigere en meer gesystematiseerde diabeteszorg en een vlottere samenwerking? Zijn de doelstellingen bereikt?

"Ja, iedereen is akkoord dat de zorgstraat heeft gezorgd voor een meer gesystematiseerde diabeteszorg en een betere multidisciplinaire samenwerking."

VI. Willen we het project verderzetten? Wat moet er veranderen om door te gaan met het project?

“Ja, we willen dit project verderzetten mits enkele aanpassingen.
Zo denken we aan één zorgstraat per maand in plaats van om de twee weken. Aangezien we met drie artsen zijn in de praktijk, betekent dit voor elke huisarts één keer om de drie maanden. Dit lijkt ons meer haalbaar, aangezien er toch ook heel wat administratieve taken aan te pas komen en het in de praktijk soms heel druk kan zijn. Enkel de grote, jaarlijkse controles bij de huisarts zouden dan geïntegreerd worden in de zorgstraat, zodat de patiënten op dat moment ook bij de diëtiste en podoloog kunnen langsgaan. De tussentijdse, driemaandelijkse controles zouden we buiten de zorgstraat blijven organiseren.

De praktijkassistente willen we meer inschakelen om het organisatorische werk te verlichten.

Bovendien zouden we de namiddag iets anders indelen, zodat er een kleine pauze wordt voorzien voor de patiënten met koffie, water,… Op dit moment is het voor hen heel intensief met veel informatie.

Ten slotte moet er gewerkt worden aan een duidelijke taakverdeling en een veilig communicatiemiddel tijdens het verloop van de zorgstraat.”