Gerichte opvolging van diabetes type 2 patiënten in een gelabeld EMD

Opportuniteiten en beperkingen

Dr. Sunaert Anne

Promotor: Prof. Dr. S. Willems, Vakgroep Huisartsgeneeskunde UGent

Co-promotor: Dr. D. Schrans, Vakgroep Huisartsgeneeskunde UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaren 2011-2013

DANKWOORD

Dit werk kon slechts tot stand komen dankzij de steun en hulp van vele mensen.

Bijzondere dank gaat uit naar mijn co-promotor, Dr Diego Schrans. Zonder zijn goede raad en vele tips was het schrijven van deze thesis een nog moeilijkere taak geweest. Bedankt voor de feedback en de tijd die hij voor mij vrijmaakte. Ook dank aan mijn promotor Prof Dr Sara Willems, die deze taak op zich heeft willen nemen.

Specifieke dank gaat ook uit naar mijn collega's, mijn praktijkopleider Dr Jordi Haelterman en Dr Frederik Coppens. Zij hielpen me mee een geschikt onderwerp te vinden en leverden de nodige feedback. Hun hulp en medewerking in dit project was onontbeerlijk en werd enorm geapprecieerd.

Tot slot wil ik alle mensen bedanken die me hebben gesteund tijdens het schrijven van deze thesis en tijdens mijn hele loopbaan als student geneeskunde, specifiek mijn man Stijn, mijn ouders, mijn zus en broer.

ABSTRACT

Gerichte opvolging van diabetes type 2 patiënten in een gelabeld EMD.
Opportuniteiten en beperkingen.

Context
Verschillende zorgverstrekkers zijn nodig om de opvolging van diabetespatiënten te laten slagen gezien de complexiteit van deze aandoening. De huisarts heeft hierbij de belangrijke taak van coördinator. Aangezien in de praktijk een overzichtelijke opvolging in het elektronisch medisch dossier ontbreekt, is een opvolgblad specifiek voor diabetespatiënten een must.

Onderzoeksvragen
Ten eerste: kan een opvolgfiche in het medisch dossier bij diabetes type 2 patiënten bijdragen tot een betere organisatie van de chronische zorg voor diabetici?

Ten Tweede: Wat zijn de opportuniteiten en beperkingen van een elektronisch medisch dossier in deze opvolging?

Methode
Het betreft een prospectief observationeel onderzoek waarbij patiëntengegevens worden verzameld die klinisch standaardgegevens zijn. Onze diabetes type 2 patiënten worden uit het elektronisch medisch dossier geselecteerd (n = 73). Een specifieke opvolgfiche wordt in het dossier van 28 willekeurige diabetespatiënten toegevoegd. Op deze wijze worden de gewenste parameters op een overzichtelijke manier opgevolgd en volgens de gepaste frequentie uitgevoerd. Een betere opvolging van onze diabetes type 2 patiënten is ons doel. Een ACIC-vragenlijst (Assessment of Chronic Illness Care) wordt door 3 artsen voor en na de studie ingevuld en deze scores worden vergeleken. Deze vragenlijst is een instrument dat peilt naar de verbetering in chronische zorg voor en na de invoering van de opvolgfiche.

Resultaten:
Na invoering van de fiche is er een frequentere driemaandelijkse HbA1c controle. Nu wordt er bij 22/28 patiënten driemaandelijks bloed geprikt (tevoren slechts bij 13/28). De HbA1c waarde daalt bij deze patiënten met gemiddeld 0,34%. Levensstijladvies wordt bij alle patiënten vermeld. De bloeddruk alsook het gewicht wordt nu ook bij alle patiënten genoteerd, terwijl dit tevoren bij niemand gebeurde. Het totaal cholesterol en de LDL waarde zijn beter geregeld. Voor de fiche hadden 12/28 patiënten een totaal cholesterol van > 175 mg/dl en 9/28 patiënten een LDL > 100 mg/dl. Na invoering van het opvolgblad zijn er nog 5/28 en 6/28 patiënten met een te hoge totale cholesterol respectievelijk LDH-waarde. Het voetonderzoek gebeurt nu bij 22/28 patiënten (terwijl tevoren bij 0/28), het jaarlijks urine onderzoek gebeurt nu bij 21/28 patiënten (tevoren slechts bij 9/28), het oftalmologisch nazicht bij 16/28 patiënten (tevoren bij 8/28). Rijbewijsaanpassing gebeurt nog steeds niet. Doorverwijzing naar andere gespecialiseerde hulpverleners en multidisciplinair samenwerken vindt nog te weinig plaats.

Conclusie
De kwaliteit van zorg voor diabetespatiënten verbeterde wel gezien de beter gecontroleerde HbA1c waarde, de notitie van levensstijladvies, bloeddruk en gewicht, een uitgevoerd voetonderzoek, frequentere doorverwijzing naar de oftalmoloog en een jaarlijks urine-onderzoek. Door deze masterproef kregen de artsen opnieuw meer aandacht voor een efficiëntere diabetesopvolging. De elektronische opvolgfiche zelf lijkt echter door de tijdsinvestering geen blijvende meerwaarde te bieden voor de praktijk. Praktische aanpassingen in het softwareprogramma specifiek gericht op de zorg voor chronische patiënten kan tot een betere opvolging leiden.

INHOUDSTAFEL

1 INLEIDING 6

1.1 Keuze voor dit onderwerp 6

1.2 Doelstellingen en onderzoeksvragen 8

2 LITERATUURSTUDIE 9

2.1 De PICO opzoekvragen 9

2.2 Zoekstrategie 9

2.3 Resultaten 10

2.3.1 Chronische zorg in de eerste lijn: het chronische zorgmodel 10

2.3.2 Diabetesorganisatie in België 12

2.3.3 Het elektronisch medisch dossier 16

2.3.4 Kwaliteitsmonitoring in België 19

2.3.5 Verspreiding van zorgvernieuwing 21

3 ONDERZOEKSMETHODIEK 24

3.1 Motivatie om deel te nemen aan dit praktijkverbeterend project 24

3.2 Onderzoeksopzet 24

3.3 Methodiek selectie DM2-patiënten huisartsenpraktijk Haelterman 24

3.4 Richtlijnen voor opvolging van diabetes type 2 patiënten 25

3.5 Opstellen van een opvolgfiche om het overzicht te bewaren in het EMD 26

3.6 Specifiek podologisch nazicht 27

3.7 Driemaandelijkse bloedcontrole 28

3.8 ACIC scorelijst voor chronische zorg in de huisartsenpraktijk 28

3.9 Ethiek 28

3.10 Vraagstelling bestudeerde periode 29

4 RESULTATEN 30

4.1 Gegevensverzameling vóór de invoering van de opvolgfiche 30

4.1.1 Bestudeerde populatie 30

4.1.2 Glucose intolerantie, gestoorde nuchtere glycemie 31

4.1.3 Opvolgingsfrequentie 31

4.1.4 Levensstijladvies 31

4.1.5 Opvolging HbA1c waarde 32
4.1.6 Opvolging cardiovasculaire risicofactoren 32
4.1.7 Opsporen chronische verwikkelingen 33
4.1.8 Rijbewijs 34
4.1.9 Diabetespas, zorgtraject en programma zelfzorg en educatie 34
4.2 Resultaten na het gebruik van de elektronische opvolgfiche 34
4.2.1 Bestudeerde populatie 34
4.2.2 Opvolgingsfrequentie 35
4.2.3 Levensstijladvies 35
4.2.4 Opvolging HbA1c waarde 35
4.2.5 Opvolging cardiovasculaire risicofactoren 37
4.2.6 Opsporen chronische verwikkelingen 39
4.2.7 Rijbewijs 40
4.2.8 Diabetespas, zorgtraject en programma zelfzorg en educatie 41
4.2.9 Opvolging consultaties / huisbezoeken 41
4.3 Zelfmanagement / ACIC score 42
4.3.1 Resultaten ACIC score april 2012 42
4.3.2 Resultaten ACIC-score februari 2013 44
5 BESPREKING 47
5.1 Interpretatie resultaten opvolgfiche 47
5.2 SWOT-analyse betreffende het praktijkverbeterend project 48
5.2.1 Strenghts / Sterktes 49
5.2.2 Weaknesses / Zwaktes 49
5.2.3 Opportunities / Opportuniteiten 51
5.2.4 Threats / Beperkingen 52
5.3 Toekomstvisie 54
6 BESLUIT 55
7 REFERENTIES 56

1 INLEIDING

1.1 Keuze voor dit onderwerp

Diabetes Mellitus type 2 is een wereldwijd gezondheidsprobleem. In 2011 schatte de Internationale Diabetes Vereniging (IDF) het aantal patiënten met diabetes en een gestoorde glucose intolerantie in de wereld op 366 miljoen, dit komt overeen met een prevalentie van 8,5%. In Europa wordt de prevalentie op 6,7% geschat.[1] De Belgische prevalentie van diabetes wordt geschat op 5,2% en deze van gestoorde glucose tolerantie op 7,4% van de bevolking[2]. In totaal hebben in België ruim 1 miljoen mensen een te hoge bloedsuikerwaarde. Zij komen in aanmerking voor preventie en behandeling van diabetes en gerelateerde complicaties. Dit aantal zal in de toekomst verder stijgen. De toenemende prevalentie is te verklaren door diverse facetten: de vergrijzing van de bevolking, de betere behandeling en dus ook een verhoogde levensduur van patiënten met diabetes, maar daarnaast ook een toename van de klassieke risicofactoren voor de ontwikkeling van diabetes mellitus type 2, namelijk obesitas (ook bij jongeren), een sedentaire levenswijze en onaangepaste voedingsgewoonten.

Diabetes heeft een enorme impact op ieders leven. Diabetespatiënten worden geacht hun levenswijze drastisch aan te passen: een aangepast dieet, voldoende lichaamsbeweging, frequente medicatie-inname en/of insuline infiltratie. Daarnaast hebben zij ook een hoger risico op tal van complicaties zoals nefropathie, oogproblemen, cardiovasculair lijden, neuropathie, voetproblemen en het continue risico op hypo en/of hyperglycemie. Door deze risico's wordt ook hun rijbewijs aangepast naar een tijdelijk rijgeschiktheidsattest die zij om de 5 jaar dienen te vernieuwen. Al deze factoren dragen bij tot zowel een fysieke als psychische zware belasting voor de patiënten.

Ook de financiële belasting van dit gezondheidsprobleem voor de patiënt en de samenleving is niet te onderschatten. Deze kosten worden vooral verklaard door de mogelijke verwikkelingen en hun behandeling, veeleer dan door de behandeling van de hyperglycemie op zich.

Daarom dient men vooral aandacht te schenken aan een betere preventie van de aandoening, een snellere opsporing van de risicopatiënten en een optimalisering van de eerstelijnsbehandeling, opdat dure en ernstige verwikkelingen kunnen worden vermeden of afgeremd[3]. Gelukkig kunnen deze patiënten momenteel rekenen op een financiële tegemoetkoming en preventieve initiatieven via de diabetespas, het zorgtraject en de diabetesconventie. Hiertegenover staat wel dat zij bereid moeten zijn om zichzelf voldoende in te zetten om hun behandelingsdoel te bereiken.

Voor de huisarts is een heel belangrijke taak in de opvolging van diabetespatiënten en voornamelijk in de preventie van complicaties weggelegd. Regelmatige cardiovasculaire oppuntstelling, frequente navraag

naar levenswijze en onderzoek naar risicofactoren met een preventief voetonderzoek, funduscontrole en micro-albuminurie zijn hierbij belangrijke elementen in de opvolging en preventie.

Aangezien diabetes een complexe chronische aandoening is, vergt deze ziekte dan ook een intensieve aanpak. Verschillende parameters moeten worden opgevolgd, elk onderdeel moet nauwlettend in de gaten worden gehouden. Dit is niet altijd evident in de praktijk.

Huisartsen moeten werken met een enorme tijdsdruk en het is niet eenvoudig om bij elke patiënt het totaalbeeld te bewaren. Een opvolgfiche in het (elektronisch) medisch dossier of thuisdossier kan een overzichtelijk hulpmiddel zijn om deze preventieve controle te bereiken. Niet elk elektronisch medisch programma is hiervoor geschikt. Hoewel het eHealth platform aanraadt om alle medische programma's te voorzien van een specifiek opvolging voor diabetespatiënten (meer specifiek voor de zorgtrajecten), is dit onderdeel bij het medisch programma (Windoc) in onze praktijk nog niet ingevoerd.

In onze praktijk wordt zelden met een diabetespas, volgfiches of zorgtrajectboekjes gewerkt. De waarde van de diabetespas is gaandeweg verloren geraakt omdat deze te complex werd gevonden om volledig in te vullen. Deze pas werd ook niet altijd door de andere zorgverleners ingevuld zodat zijn nut als communicatiemiddel werd gemist. Zonder opvolgfiche of boekje heeft de patiënt minder inzicht in zijn fysieke toestand en gaat de optie voor een opvolgafspraak verloren. Daarnaast ontbreekt ook een elektronisch werkschema, zodat een overzicht met de noodzakelijke aandachtspunten (bloeddruk, gewicht, HbA1c, podologisch nazicht,…) mankeert. Om bij de opvolging van diabetespatiënten niets over het hoofd te zien en het overzicht te bewaren, is een goed medisch dossier onontbeerlijk. Indien de patiënten zelf de opvolgfiche in handen hebben, zijn ze mogelijks meer gemotiveerd om te werken aan gewicht, beweging en gezonde voeding.

Dit kwaliteitsbevorderend project kan voor de eigen praktijk een meerwaarde bieden als ze dit blijvend kunnen implementeren in de toekomst.

Meerdere huisartsen in opleiding voerden dit onderzoek reeds voor mij. Toch ging de keuze naar dit onderwerp omdat de diabeteszorg mij blijft boeien. Een kennismaking met het pilootproject in Aalst wakkerde mijn interesse hiervoor aan. Huisartsenstage in de regio rond Aalst en stage in het diabeteshuis zelf lieten duidelijk de meerwaarde blijken van dit initiatief. Hoewel ook in onze regio enkele diabeteseducatoren werkzaam zijn, is er nog geen optimale samenwerking. Vorig jaar volgde ik een korte opleiding over diabeteszorg die de multidisciplinaire aanpak sterk naar voren schoof. Ik kan deze multidisciplinaire aanpak dan ook sterk aanmoedigen en hoop in de toekomst met een divers team te kunnen samenwerken.

1.2 Doelstellingen en onderzoeksvragen

De huisarts heeft de belangrijke taak van coördinator om de opvolging van diabetespatiënten te laten slagen. Het gebruik van de diabetespas in onze praktijk liet zich te wensen over. Aangezien in de praktijk een overzichtelijke opvolging in het elektronisch medisch dossier ontbreekt, is een opvolgblad specifiek voor diabetespatiënten een must. Verschillende EMD softwarepaketten bezitten al een dergelijke specifieke opvolgmogelijkheid. Ons EMD, Windoc, is hierin echter zeer beperkt. Een opvolgmogelijkheid specifiek voor de zorgtrajecten wordt ten vroegste volgend jaar (2013-2014) beschikbaar gesteld. Tot nog toe stelden zij wel een werkplan voor, maar dit is onvolledig, praktisch weinig bruikbaar en onoverzichtelijk. In afwachting van deze nieuwe opties in het programma, voer ik een fiche in die bewaard kan worden in het dossier en meegegeven kan worden aan de patiënt.

Kan deze fiche in het EMD in de toekomst een meerwaarde bieden in een gedeeld medisch dossier, waar artsen, apothekers, verpleegkundigen, diabeteseducatoren hun informatie kunnen delen?

Deze fiche wordt ook meegegeven aan de patiënten zodat zij zelf hun evolutie kunnen opvolgen. Hun resultaten kunnen een stimulans zijn om het nog beter te doen qua lichaamsbeweging, voedingsstatus, gewicht of om hun huidige stabiele toestand te behouden.

Het voetonderzoek werd in onze praktijk beperkt uitgevoerd, waardoor het inschatten van het voetrisico en de doorverwijzing en opvolging hierdoor niet optimaal gebeurde. Met het specifieke opvolgingsblad wordt dit onderzoek niet over het hoofd gezien en kan zo nodig tijdig naar een podoloog en/of vaatchirurg worden verwezen.

Gezien we met drie artsen samenwerken en onze huisartspraktijk zich op twee verschillende locaties bevindt, zijn duidelijke afspraken omtrent de opvolging, doorbellen van de bloedresultaten, maken van een opvolgafspraak noodzakelijk. Er wordt dan ook een werkplan opgesteld zodat alle artsen volgens hetzelfde stramien werken en op de hoogte blijven.

Betekent deze opvolgfiche een meerwaarde voor de praktijk? Zijn de artsen in de praktijk zich meer bewust van de te volgen richtlijnen? Een vragenlijst (Assesment of Chronic Illnes Care-score lijst) voor en na het onderzoek wordt afgenomen bij de huisartsen in de praktijk, waarna de score voor en na wordt vergeleken. Deze vragenlijst is een objectieve manier die aftast of deze fiche blijvend kan gebruikt worden in de praktijk en of deze bijdraagt tot een kwaliteitsvollere diabeteszorg.

2 LITERATUURSTUDIE

In deze masterproef wordt een praktijkverbeterend project opgezet om de opvolging van diabetespatiënten efficiënter te laten verlopen. Ter voorbereiding worden volgende vragen in de literatuur verder onderzocht:

- Het 'chronisch zorgmodel' ligt aan de basis voor de opvolging van chronisch zieke patiënten; wat houdt dit 'chronisch zorgmodel' precies in?
- Hoe verloopt de organisatie van diabeteszorg in België (diabetespas, zorgtraject, conventie)?
- Hoe kan de opvolging van diabetespatiënten het best worden geïmplementeerd in het elektronisch medisch dossier? Wat is het nut van een elektronisch medisch dossier? Wat zijn de beperkingen en opportuniteiten van een EMD in een prestatiegericht systeem?
- Wat omvat een kwaliteitsvolle opvolging van diabetespatiënten in de huisartspraktijk; hoe kan men deze kwaliteit blijven garanderen en verbeteren met behulp van het EMD?
- Wat zijn de criteria die bijdragen tot zorgvernieuwing?

2.1 De PICO opzoekvragen

Kan een opvolgfiche in het medisch dossier bij diabetes type 2 patiënten bijdragen tot een betere organisatie van de chronische zorg en educatie van deze diabetici? Wat zijn de opportuniteiten en beperkingen van een elektronisch medisch dossier?

2.2 Zoekstrategie

Om goed onderbouwde wetenschappelijke gegevens uit de literatuur te verkrijgen, gebruikte ik vooral de gekende medische bronnen. Ik zocht informatie rond de aanpak van chronische zorg voor diabetes, het chronisch zorgmodel, het elektronisch medisch dossier en codering, en naar de organisatie van diabetes in België met specifiek de invoering van de zorgtrajecten.

Als fundamentele bron voor het opstellen van de opvolgfiche gebruikte ik de richtlijn van Domus Medica 'Diabetes Mellitus type 2'.Via Pubmed raadpleegde ik de online database Medline en voerde ik volgende zoektermen in: 'Diabetes' en ' Electronic medical records'. 140 artikels werden gevonden. Ik limiteerde deze zoektocht door te specificeren op zoekvelden 'titel' en 'abstract'. Na het lezen van het abstract werden 7 relevante artikels bekomen. Om richtlijnen inzake glucose intolerantie of gestoorde nuchtere glycemie op te zoeken, werden de keywoorden 'Diabetes' AND 'Prevention' ingegeven in Pubmed. Door de titels te overlopen en abstracts te lezen werden 4 recente artikels geselecteerd. De zoekterm 'chronic

care model' levert 34 zoekresultaten op, waar na het lezen van titel en abstract 5 artikels overblijven . De gebruikte limits zijn: Engels als taal en het zoekveld gespecificeerd tot 'titel' en 'abstract'. Het verschil in organisatie van zorg bij betaling per prestatie en het forfaitair systeem kon ik vinden door het ingeven van de zoektermen 'fee-for-service' en 'electronic' (titel en abstract). Uit de 18 gekregen resultaten werden, na het lezen van abstract en titel, 3 geschikte artikels geselecteerd.

Ook in de primaire bronnen vond ik verschillende relevante artikels terug. In het Tijdschrift voor Geneeskunde vond ik 1 geschikt artikel terug betreffende het elektronisch medisch dossier, door de zoekterm 'elektronisch medisch dossier' in te geven. Door de zoekterm 'Diabetes' in te geven bij titel werden 42 artikels gevonden, waarbij 3 artikels geselecteerd werden na het lezen van titel en abstract.

Op de ICHO Website zocht ik naar andere masterproeven over dezelfde of gerelateerde onderwerpen. Via mijn co-promotor kon ik tevens 2 masterproeven van mijn voorgangers inkijken. Uit deze referentielijsten werden 2 artikels geselecteerd rond vernieuwingen in de eerstelijnszorg. Verschillende artikels uit 'Huisarts Nu' en 'Het Tijdschrift van de Vlaamse Diabetesvereniging' verschaften mij interessante informatie.

Via de site PROREC vond ik nog enkele relevante artikels en presentaties omtrent het elektronisch medisch dossier en diabetes.

Co-Promotor, Dr Diego Schrans, bracht een artikel aan over de ICPC-2 codering en gaf me de homologatiecriteria van softwarepaketten voor het beheer van patiëntendossiers door huisartsen.

Door de referentielijsten van de interessante artikels te overlopen en de abstracten te lezen, werd nog tal van andere geschikte literatuur geselecteerd.

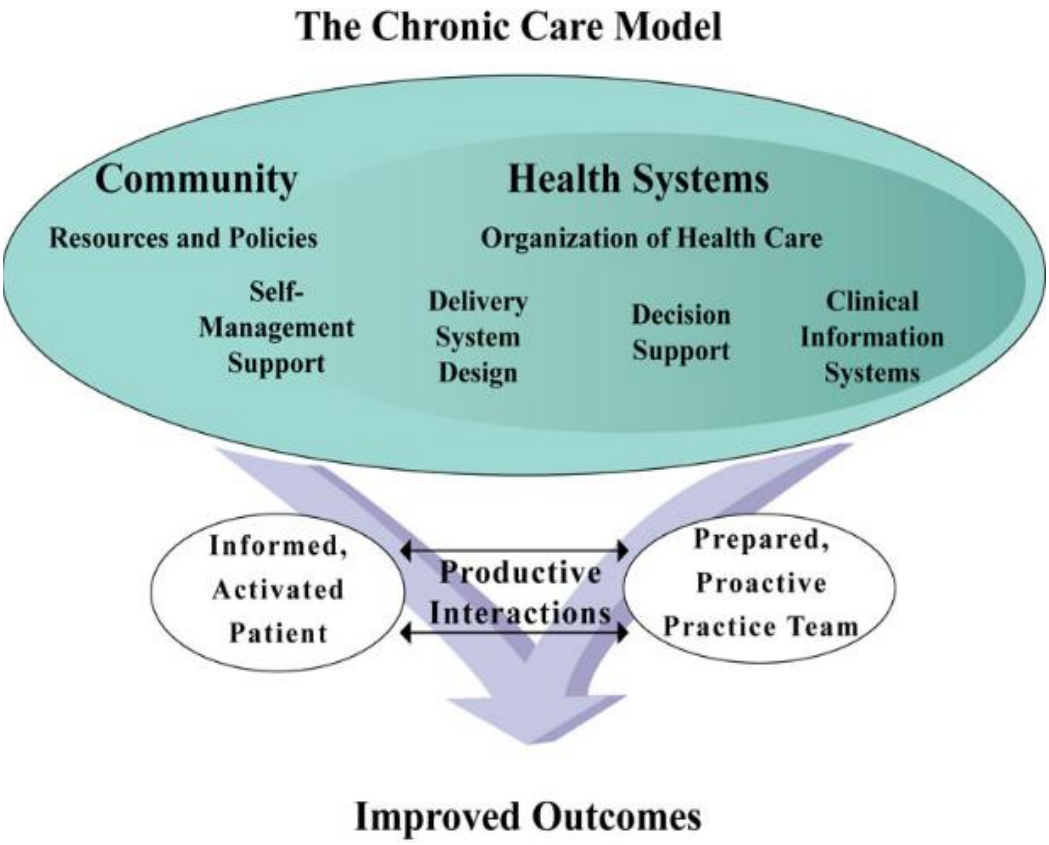
2.3 Resultaten

2.3.1 Chronische zorg in de eerste lijn: het chronische zorgmodel

Wereldwijd zit men in een overgangsfase waarin men de organisatie van de gezondheidszorg beter tracht af te stemmen op chronische zorg in plaats van acute zorg. Ook in ons zorgsysteem komt men tot de constatatie dat verandering nodig is om een goede zorg van chronische patiënten te bereiken. Hier in België hebben we echter nog een lange weg te gaan. De zorg voor chronische patiënten is nog hoofdzakelijk ziekenhuis georiënteerd en de meeste chronische patiënten in de eerste lijn worden vooral gezien in een systeem gericht op acute zorg. Dit is te wijten aan de vraaggestuurde manier van werken. De patiënt komt consulteren met bepaalde klachten en symptomen, waarvoor de huisarts dan een oplossing probeert te vinden. Gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking, de veranderde

leefgewoonten en de betere levensverwachting van patiënten na acute aandoeningen, krijgen de huisartsen meer en meer te maken met chronische ziekten, zoals diabetes mellitus type 2. De huisarts behandelt deze chronische ziekten meestal nog op dezelfde wijze van de acute ziekten, wat een goede diabeteszorg in de weg staat. De huisartsgeneeskunde zal zich in de toekomst naast de acute zorg vooral moeten richten op een chronische lange termijn aanpak.[4]

In 1998 kwam Wagner[5] tot het besluit dat ons eerstelijnszorgsysteem wordt geabsorbeerd door de zorg van ouderen en chronisch zieken. Er is verandering nodig, anders kan de eerste lijn niet optimaal blijven functioneren. Na literatuuronderzoek kwam Wagner tot een model ter verbetering van chronische zorg, 'het Chronic Care Model', met zes belangrijke pijlers die bijdragen aan kwaliteitsvolle zorgverlening voor chronische aandoeningen. Het uitgangspunt van dit model is een kwaliteitsvolle interactie tussen de patiënt en zijn zorgverlener.



Figuur 1: Chronic Care Model van Wagner[5]

Dit chronisch zorgmodel impliceert:

- *Een algemeen gezondheidsbeleid (health system organization):*
  Een gezondheidssysteem met een sterke organisatie waardoor veranderingen mogelijk zijn; organisatie van overleg in de verschillende regio's, waarbij een werkstrategie wordt afgesproken, kwaliteit wordt gemeten en het proces waar nodig wordt bijgestuurd.

- *Zelfzorgondersteuning (self-management support):*

  Een gedragsmatige en uitgebreide ondersteuning tot zelf-management, waardoor de patiënt vertrouwen en vaardigheden opbouwt zodat hij/zijzelf de optimale manager van zijn/haar ziekte is. Er wordt materiaal (website, literatuur, zelfcontrolemateriaal) ter beschikking gesteld ter ondersteuning.
- *Organisatie van de zorgverlening (delivery system design):*

  Een reorganisatie van het team en de praktijk om tegemoet te komen aan de noden van de chronische patiënten. Het organiseren van geplande consultaties met gestructureerde follow up, waarbij patiënten zo nodig opgeroepen kunnen worden (call/recall).
- *Beslissingsondersteuning (decision support):*

  Implementatie van evidence based richtlijnen en ondersteuning via opleiding en inbreng van specialistische kennis.
- *Klinische informatiesystemen (clinical information system):*

  Dossierbeheer, met ontwikkeling van een patiëntenlijst, gestructureerde registratie van gegevens, een uitgebreid informatica systeem om een goede opvolging te verzekeren en communicatie tussen de verschillende zorgpartners mogelijk te maken.
- *Lokale ondersteuning (community resources and policies):*

  Aansluiting zoeken bij bestaande gezondheidsbevorderende initiatieven in de gemeenschap; bv. patiëntenverenigingen, initiatieven om beweging te bevorderen, rookstopprogramma's,…

Om te evalueren in hoeverre praktijken de zes kernelementen van het Chronic Care Model hebben toegepast, wordt de ACIC scorelijst[6] (bijlage gebruikt. ACIC staat voor Assessment of Chronic Illnes Care. De ACIC-score is een middel om de sterktes en zwaktes van chronische zorg na te gaan volgens de zes kernelementen van het CCM, hierboven beschreven. Deze vragenlijst voorziet scores die corresponderen met elk van deze elementen. De hoogste score (11) is een indicator van optimale ondersteuning van de chronische zieke, de laagste score (0) correspondeert met beperkte ondersteuning. Praktijken die na verloop van tijd meer inzicht krijgen in wat goede chronische zorg inhoudt en vervolgens veranderingen doorvoeren in de praktijk, zullen verbeteringen zien in hun ACIC-scores.

2.3.2 Diabetesorganisatie in België

2.3.2.1 De diabetespas

Sinds 1 maart 2003 werd in België de diabetespas ingevoerd[7]. De diabetespas is een document dat door de adviserend geneesheer gratis wordt overgemaakt aan elke diabetische rechthebbende die erom vraagt aan de hand van een medisch attest. De diabetespas mag worden aangevraagd bij elke patiënt bij wie de diagnose diabetes wordt gesteld.

Deze pas heeft drie doelstellingen: de patiënt informeren omtrent zijn behandelingsdoelen en de regelmatig terugkerende opvolgafspraken, de huisarts ondersteunen en de communicatie tussen de verschillende zorgverleners en patiënt bevorderen. Het gebruik van de diabetespas biedt voordelen voor patiënt en huisarts. De patiënt zal beter op de hoogte zijn van noodzakelijke maatregelen en onderzoeken die worden voorgesteld om zijn ziekte te beheersen. Het noteren van persoonlijke en haalbare doelstellingen maakt het voor hem overigens duidelijk waar de verschillende zorgverleners hem naartoe loodsen. Een betere communicatie tussen de zorgverleners onderling en het gebruik van een gestructureerd schema verkleint het risico dat zaken over het hoofd worden gezien en verhoogt uiteindelijk de kans dat het gehele zorgproces wordt doorlopen. Ook voor de huisarts zijn er ontegensprekelijk belangrijke voordelen verbonden aan het gebruik van de diabetespas. Niet alleen wordt hiermee zijn rol als coördinator van de diabeteszorg erkend, ook wordt een betere systematiek aangeboden om deze taak goed uit te voeren.

Erkende huisartsen krijgen sinds februari 2006 per patiënt een jaarlijkse vergoeding voor het gebruik van de diabetespas. De patiënt moet geen remgeld betalen voor zijn opvolgconsult. De voorwaarde is wel dat de patiënt over een globaal medisch dossier (GMD) beschikt. Het aanrekenen van deze verstrekking houdt in dat de huisarts met de patiënt de doelstellingen van de diabetesbegeleiding heeft besproken en genoteerd, zowel in de diabetespas als in het globaal medisch dossier.

Een jaarlijkse terugbetaling van 60 minuten dieetadvies en 2 x 45 minuten voetzorgadvies bij een verhoogd risico op een diabetische voet creëren een betere toegankelijkheid van deze noodzakelijke aspecten in de zorgverlening aan mensen met diabetes. Het dieetadvies en voetadvies moet door de huisarts of internist voorgeschreven worden en moet uitgevoerd worden door een erkend diëtist / podoloog.

Hoewel het gebruik van de diabetespas steeds wordt aanbevolen, verloopt de implementatie ervan in België zeer moeizaam[8]. Door een gebrekkige promotiecampagne, een stuntelige opstartfase en het uitblijven van ondersteunende maatregelen (nog onvoldoende erkenning van diëtisten / podologen bij de start van het project,…) is er intussen veel weerstand tegen de diabetespas gegroeid bij de zorgverleners. De diabetespas is geen vrijgeleide voor een zorgeloze diabeteszorg. De pas kan verloren geraken en vraagt ook weer een plaats binnen alle andere administratieve vereisten. Toch is men het erover eens dat informatie-uitwisseling via de patiënt, zoals die met de diabetespas mogelijk is, essentieel is voor een goede structurele samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Deze informatie-uitwisseling loopt best geautomatiseerd met mogelijkheid tot inzage (door alle zorgverleners) in het diabetesdossier. Een elektronische versie van de diabetespas wordt in verschillende EMD pakketten aangeboden, maar deze zijn vaak gebruiksonvriendelijk.

2.3.2.2 Het zorgtraject diabetes type 2

De zorgtrajecten voor patiënten met diabetes type 2 traden in werking in 2009[9]. Een zorgtraject berust op de samenwerking tussen drie partijen, nl de patiënt, de huisarts en de specialist om de behandeling van chronische ziekten te optimaliseren. Alle patiënten met diabetes type 2 die een behandeling met 1 of 2 insulinespuitjes of incretinememetica krijgen, alsook patiënten onder maximale orale behandeling met onvoldoende glycemiecontrole komen in aanmerking voor deelname aan het zorgtraject.

Zorgtrajecten zijn een begin naar een nieuw zorgmodel, namelijk het hierboven beschreven "chronische zorgmodel". Het model beoogt een behandelingsprotocol waarbij verschillende hulpverleners éénzelfde doel nastreven, namelijk geïntegreerde zorg gericht op een optimale ziektecontrole via vooraf bepaalde standaarden. Dit is via transmurale zorgtrajecten zeker te realiseren.

De huisarts stelt, in overleg met zijn patiënt, een opvolgingsplan op. Dit is gebaseerd op de doelstellingen in bijlage 7 die worden aangepast en geïndividualiseerd op maat van de patiënt.

De zorgtrajecten werden wetenschappelijk voorbereid door een dubbelproject: het 'Diabetes Project Leuven' en het 'Diabetes Project Aalst' [10,11]. Voor een periode van vier jaar (2003-2007) werd een experimentele overeenkomst 'door huisartsen gecoördineerde type 2 diabeteszorg' gesloten met de universiteiten van Leuven, Antwerpen en Gent. Dit onderzoeksproject wilde voor een controleregio twee verschillende, door huisartsen gecoördineerde modellen van zorgverlening voor rechthebbenden met type 2-diabetes vergelijken. Het project was een verkenning naar maatregelen om de chronische zorg voor diabetes type 2 patiënten in ons land te verbeteren. Op basis van het 'Chronische Zorgmodel' werd een regionaal zorgprogramma uitgewerkt. Een belangrijk uitgangspunt is dat de huisartspraktijk een centrale rol heeft in de diabeteszorg en dat er maximaal wordt samengewerkt met de reguliere zorgverleners.

Het in Aalst ontwikkelde project - 'Het Diabeteshuis'- overweegt de mogelijkheid om via een samenwerking van alle betrokken zorgverleners binnen bestaande organisatiestructuren (een team verenigd in het diabeteshuis) tot een opmerkelijke verbetering van diabetesbehandeling te komen: het gaat om gemeenschappelijke verzorging, gedeeld en gecoördineerd door de huisarts die er zijn patiënten naar verwijst.

In een evaluatie van dit Aalsterse project[12] komt men tot de constatatie dat de coördinatie van de diabeteszorg wel verbetert, maar dat deze opvolging de kwaliteit van zorg t.o.v. de patiënt niet verandert. Om naar een chronisch zorgmodel te evolueren, is er meer nood aan kwaliteitsmonitoring (registratie) en betere praktijkondersteunende maatregelen zoals personeelsondersteuning, patiëntenregistratie en een uniform informatica systeem.

In een artikel van Huisarts Nu[13] onderzocht men de reacties van de huisartsen t.o.v. het diabeteshuis, meer bepaald de reacties van de huisartsen die minder doorverwezen. Huisartsen die geen of weinig patiënten hadden verwezen, gaven aan dat dit door gevoelens van frustratie en onzekerheid kwam over de eigen rol in de diabeteszorg. De artsen rapporteerden dat ze vreesden dat het programma zou leiden tot verdere fragmentatie van de diabeteszorg en dat dit de arts-patiënt relatie zou ondermijnen. Meestal verminderde deze vrees wanneer ze concrete ervaringen hadden met het programma. De administratie gekoppeld aan de verwijzing werd als belastend ervaren tijdens de consultatie. Een meer organisatorische belemmering was de afstand tot het diabeteshuis. Het was ook niet altijd duidelijk genoeg welke patiënten voordeel konden halen uit dergelijk programma. Verder is er volgens sommige artsen nog onduidelijkheid over de continuïteit van het programma en is er nood aan training in motivatietechnieken om de patiënt te stimuleren naar het diabeteshuis te komen.

Het Leuvense project[14] richtte het onderzoek op de bijkomende gecoördineerde ondersteuning van de huisarts die in een praktijkkamer of groepspraktijk werkt. Een multidisciplinair en in diabetologie gespecialiseerd team staat ter beschikking van de huisarts om hem te begeleiden en te ondersteunen op wetenschappelijk en medisch vlak en een gemeenschappelijk diabetesdossier dient als communicatie-instrument tussen de verschillende zorgverleners.

Een studie over het diabetesproject te Leuven[9] constateert dat het invoeren van een basispakket van ondersteunende maatregelen voor de huisartsen de kwaliteit van zorg gevoelig verbetert. Doorheen het project is de samenwerking tussen de verschillende zorgactoren alsook met de patiënten zelf duidelijk verbeterd.

De pilootprojecten in Leuven en Aalst hebben voldoende bewezen hoe belangrijk de inbedding van zorgtrajecten en zorgpaden in een georganiseerd en gestructureerd lokaal netwerk is. Dit netwerk zou moeten uitgaan van de huisartsenkringen, die zich engageren om vanuit hun kring het overleg met de andere hulpverleners in de eerste lijn en de lokale specialisten en ziekenhuizen op te starten.

2.3.2.3 Zelfzorg en educatie

Vóór de aanvang van een zorgtraject kan de huisarts een programma “educatie en zelfzorg”[15] starten waarin de huisarts zelf de educatie geeft en de patiënt recht heeft op volledig terugbetaald zelfzorgmateriaal. De patiënt dient hierbij behandeld te worden met een inspuitbare incretinememeticum of één enkele insuline inspuiting. Indien de HbA1c streefwaarde niet bereikt is, stelt de huisarts zijn patiënt voor een zorgtraject af te sluiten of een specialist te raadplegen. De adviserend geneesheer van het ziekenfonds kan de HbA1c resultaten en gegevens met betrekking tot de diabeteseducatie opvragen. Dit programma “Educatie en Zelfzorg” is niet verenigbaar met een zorgtraject of een diabetesconventie.

Dit programma kan een optie zijn wanneer de patiënten in de thuissituatie opvolging door een endocrinoloog te complex vinden. Op deze manier worden zij voor het zelfzorgmateriaal toch extra vergoed.

2.3.2.4 De diabetesconventie

Sinds 1988 is in België een systeem in de tweede lijn in voege dat diabetespatiënten op gestructureerde wijze begeleidt tot maximale zelfzorg[16]. Hierbij wordt een welomschreven groep diabetespatiënten (patiënten op insulinebehandeling met minstens 2 injecties per dag) een zelfregulatieprogramma en zorgpakket (testmateriaal, educatie, dieetadvies, regelmatige controles,…) aangeboden. Deze patiënten worden drie tot vier maal per jaar opgevolgd door de endocrinoloog en intens begeleid door diabeteseducatoren. Bij de conventie speelt de specialist een centrale rol. In tegenstelling tot het zorgtraject waar de eerste lijn een centrale, coördinerende rol speelt.

2.3.3 Het elektronisch medisch dossier

Een goed gestructureerd diabetesdossier is onmisbaar in de complexe zorg aan mensen met diabetes[16]. Er moet immers rekening worden gehouden met klinische, biochemische en technische parameters, maar ook met structurele follow-up parameters zoals verwijzing naar diëtist, oogarts of zo nodig andere zorgverleners. Uit het dossier moet onmiddellijk blijken waar de zorg bijsturing nodig heeft. De betrokken zorgverleners moeten dus inzage kunnen krijgen. Ook voor de patiënt moeten de streefdoelen van zijn individuele zorg, de laatste testresultaten en de gemaakte afspraken steeds duidelijk zijn. De grote uitdaging is het overzicht te houden op de toe te dienen zorgen, zowel voor de huisarts als voor andere gezondheidswerkers. Een goed elektronisch medisch dossier is hierbij een groot hulpmiddel.

Specifieke elektronische zorgdossiers zijn nodig als instrumenten om therapeutische doelwitten te volgen, overleg en afspraak tussen hulpverleners mogelijk te maken tussen en niet enkel om gemakkelijke administratie toe te laten. Het gebruik van een elektronisch medisch dossier kan de kwaliteit van de diabeteszorg bevorderen, maar hiervoor moeten er wel nog verschillende barrières overwonnen worden[17,18]. Om het EMD te verbeteren, is het noodzakelijk zich niet alleen te beperken tot het uitbreiden van software en technologieën, maar moet men zich meer nog richten tot het implementeren en integreren van deze technologie in de praktijk. De software is soms te complex en te weinig bruikbaar om een efficiënte en praktische organisatie te garanderen. Hieronder worden de barrières bij het gebruik van een EMD op een rijtje gezet.

2.3.3.1 Angst voor externe controle

Verschillende artsen vrezen voor controle door de overheid op hun praktijkvoering. Het EMD levert echter epidemiologische gegevens welke dienen tot assessment en kwaliteitsverbetering. Hiermee zal kunnen geëvalueerd worden welke doelen in de verschillende trajecten behaald worden. De schrik om te meten

en vrees voor deze kwaliteitsassessment dienen overwonnen te worden. Meten en registreren is immers nodig om steeds verdere kwaliteitsvolle verbeteringen aan te brengen in de zorg.

2.3.3.2 Onvoldoende gestandaardiseerd registreren, geen praktisch coderingssysteem

De meeste artsen die al een EMD gebruiken, zien dit dossier eigenlijk nog als een papieren dossier. De gegevens worden onvoldoende op een gestandaardiseerde manier ingebracht en gecodeerd. Een belangrijke ontwikkeling in het proces is gecodeerd registreren zodat gegevens en groepen patiënten makkelijker kunnen worden opgezocht. De huisarts aanzetten tot coderen en ijveren voor een geautomatiseerd gebruiksvriendelijk coderingssysteem is essentieel en zal in de toekomst onontbeerlijk zijn om kwaliteitsvolle zorg te leveren. In de Belgische eerstelijn wordt gebruik gemaakt van de ICPC2-codering[17], waarbij een cijfercode wordt gegeven aan drie belangrijke elementen: reden van bezoek, diagnose en planning. Om dit in de praktijk te implementeren, is een vereenvoudiging nodig waarbij de ingevulde gegevens op de achtergrond gecodeerd worden en deze gegevens omzet naar de wetenschappelijke symptomen / diagnoses. Enkel dan is dit systeem bruikbaar in de praktijk. Hiervoor heeft men een Belgische Thesaurus ontwikkeld. Deze codeert automatisch de gerapporteerde gegevens naar de correcte wetenschappelijke manier zodat de huisarts deze codes niet moet kennen. De vele voordelen van het EMD implementeren in de praktijk kan enkel via gecodeerd registreren. Vaak schiet het softwarepakket hierin echter tekort. Een diagnose gecodeerd registreren vergt voor de huisartsen te veel handelingen of is gewoon niet mogelijk. Dit ondervonden ook de studenten van de K.U. Leuven[18] die volgende praktijkopdracht moesten uitvoeren met behulp van het elektronisch medisch dossier: 'Wie zijn de patiënten met diabetes type 2 in jullie stagepraktijk?'. De obstakels waren bijzonder talrijk, het bleek monnikenwerk om de diabetespatiënten te selecteren. In plaats van het werk te vereenvoudigen, dienden ze ieder afzonderlijk patiëntendossier manueel uit te pluizen.

2.3.3.3 Tijdsintensief

Gebruik van het EMD wordt ook als zeer tijdsintensief beschouwd. Huisartsen leveren zeer veel kritiek op de gebruiksvriendelijkheid en de mogelijkheden van de EMD's. Problemen met EMD worden gezien als bronnen van belangrijk tijdverlies. Het goed up to date houden van een EMD vraagt veel tijd en is nauwelijks haalbaar zonder secretariaatsassistente.

2.3.3.4 Ingewikkelde software

Er is ook grote behoefte aan een meer planmatig beleid voor eHealth. Om te beginnen klaagt men over de veelheid aan pakketten. Die versnippering wordt als hinderlijk ervaren voor opleiding en samenwerking. Niet alle pakketten bieden dezelfde kwaliteit. Artsen zijn daarnaast bezorgd over de wildgroei aan externe toepassingen die niet goed in het EMD zijn geïntegreerd. Pakketten vertonen vaak te veel toeters en bellen. Een gebruiksvriendelijk programma is een programma met een korte leercurve dat de gebruiker bij de hand neemt en vlot de basisvaardigheden aanleert, waar gegevens niet dubbel moeten worden

ingevoerd en niet expliciet moet worden gecodeerd. Gebruiksvriendelijkheid van pakketten omvat drie factoren: een eenvoudige en evidente users interface, het zoveel mogelijk automatisch verlopen van een aantal processen en een zeer vlotte manier om data op een correcte manier te registreren.

2.3.3.5 Onvoldoende opleiding en IT kennis

Er moet een informatica opleiding op maat van de individuele huisarts komen. Want er is een groot niveauverschil in de basiskennis van zowel IT als EMD gebruik. Er is vooral grote nood aan korte vraaggestuurde opleidingsmomenten, aangepast aan de behoeften. Een goede opleiding moet de meerwaarde die het EMD biedt tastbaar maken. Ondersteuning door een IT coördinator is noodzakelijk.

2.3.3.6 Financieel aspect

De huidige telematicapremie die huisartsen ontvangen, wordt als ondoelmatig ervaren. Huisartsen doen uitgaven voor IT en mogen daarvoor zeker vergoed worden. Maar het huidige systeem moedigt artsen vooral aan om zich een goedkoop pakket aan te schaffen in plaats van een pakket dat veel kwaliteit biedt. Omdat ze goedkoper zijn, worden minder performante pakketten - die minder oog hebben voor innovatie - toch door veel artsen gebruikt. Er gaan steeds meer stemmen op om het goede gebruik van het EMD te belonen en artsen te betalen voor de kwaliteit van gegevens die ze kunnen aanleveren. Dat zou onrechtstreeks invloed hebben op de kwaliteit van de pakketten omdat artsen meer zouden gaan kiezen voor pakketten die een correct gebruik makkelijk maken.

Mogelijke oplossingen voor deze barrières zijn het oprichten van een EMD kenniscentrum met IT-coördinatoren die de huisartsen bijstaan bij het gebruik van hun EMD. De overheid moet de overstap naar een elektronische omgeving volledig maken. Elektronische communicatie moet de norm zijn op de verschillende niveaus, zodat in het gebruik de voordelen kunnen worden ervaren. Het overstappen naar een ander softwarepakket dat beter aan de vernieuwende vraag is aangepast, moet makkelijker kunnen. Het systeem van de bestaande incentives rond EMD-gebruik moet opnieuw worden bekeken. Zij moeten het goed gebruik van een innovatief softwareprogramma stimuleren. Voorbeelden zijn hierbij: premie voor het gebruik (en niet voor het bezit) van EMD, accreditering voor IT opleiding, enkel softwarepakketen toelaten die voldoende mogelijkheden bieden tot een gestandaardiseerde manier van werken.

In de toekomst streeft men ernaar dat patiënten online toegang krijgen tot hun elektronisch medisch dossier. Dit heeft voor zowel artsen als patiënten een invloed op het zorgbeleid. De patiënt kan zo medebewaker worden van zijn gegevens en zal zo zelf mee kunnen deelnemen aan het zorgbeleid. Ook geeft het de mogelijkheid aan de patiënten om hun ziektegeschiedenis na te lezen en de arts in te lichten over hun (medische) wensen of nauwkeurigheden in hun dossier. Studies suggereren dat patiënten hun EMD op die manier zullen raadplegen om consultaties met hun arts voor te bereiden, om zich voorgaande consultaties te herinneren of om informatie op te vragen en op te zoeken. Er dient vooreerst nog

uitgebreid onderzoek te worden gevoerd naar de impact op arts en patiënt. Ook het veilig stellen van de informatie voor onbevoegden blijft een hekelpunt[21].

2.3.3.7 Pay-for-performance systeem en het EMD

In ons huidig Belgisch gezondheidssysteem werken de meeste artsen in een prestatiegericht systeem, waardoor de kostprijs van elke consultatie vooraf vastgesteld is, ongeacht de duur en kwaliteit van de consultatie. In een pay-for-performance systeem worden de artsen door een volle wachtzaal ontmoedigd om tijd te investeren in het gebruik van het EMD. Ze beschouwen dit als onbetaalde tijd aangezien dergelijke systemen vaak duur zijn. Daarenboven hangt het gebruik van het EMD af van de computervaardigheden van de gebruiker en de complexiteit van het softwareprogramma[22]. In een interview met verschillende artsen uit Canada[23], waar meestal gewerkt wordt in een pay-for-performance systeem, zijn de meningen omtrent de voordelen van een EMD verdeeld. Positieve punten zijn het meer efficiënt werken zonder papier en een werking gericht op teamwerk met mogelijkheid tot goede informatie-overdracht. De negatieve punten houden volgende argumenten in: de artsen worden niet betaald voor dit duur systeem, het softwarepakket betekent een grote tijds- en geldinvestering en de artsen vrezen voor een verkort patiëntencontact omdat ze bezig zijn met het invullen van het dossier.

Een EMD betekent efficiënter werken, maar artsen in een pay-for-performance systeem verwachten wel enige vergoeding voor de financiële kost die dit systeem vergt. Kortom dit systeem werkt meestal volgens het principe: 'tijd kost geld'. Het gebruik van het EMD in de praktijk hangt buiten dit betalingssysteem vooral af van de technische training van de artsen, de mogelijkheid van technische ondersteuning bij problemen, alsook het bestaan van een uitgebreid artsennetwerk. Om in het Belgische prestatiegerichte systeem vooruitgang te boeken naar een gegeneraliseerd gecodeerd uitgebreid EMD zal er een financiële compensatie nodig zijn om de artsen te overtuigen.

2.3.4 Kwaliteitsmonitoring in België

Om de kwaliteit van zorg te verhogen, is een lokale diabetesdatabank nodig waaruit huisartsen uit de regio feedback krijgen over hun zorgverlening. Vergelijking van eigen gegevens met die van collega's kan erg stimulerend zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

In België werd tot dit jaar enkel de kwaliteit van de zorg voor diabetespatiënten in de tweede lijn geëvalueerd (conventiecentra), nl via het Initiatief Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie voor Diabetes (IKED)[24]. Een gestructureerde registratie van gegevens over de kwaliteit van zorg in de eerste lijn ontbreekt. Een belangrijk punt om de kwaliteit van de zorgen te kunnen evalueren is de beschikbaarheid van kwaliteitsindicatoren en de mogelijkheid om de gegevens vlot uit het (elektronisch) medisch dossier van de diabetespatiënt te kunnen extraheren. Pas wanneer men erin slaagt om op regionaal of nationaal

niveau de resultaten van deze kwaliteitsindicatoren te verzamelen en te vergelijken, zal er een echte kwaliteitsondersteuning kunnen starten. Op basis hiervan kan een proces van continue verbetering van de zorgverlening worden georganiseerd en kunnen verbeteringsvoorstellen geformuleerd en uitgevoerd worden.

Wat mogelijk is in de tweede lijn met het IKED-programma, zou ook moeten kunnen ter ondersteuning en verbetering van de zorgen die huisartsen dagelijks leveren aan mensen met diabetes.

In 2003 werd in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid een project opgestart 'Kwaliteitsondersteuning in de Huisartsgeneeskunde op basis van Registratie van Praktijkgegevens'[25]. Het Wetenschappelijk Instituut van Volksgezondheid concludeerde uit hun project dat het verzamelen van gegevens zowel schriftelijk als elektronisch op basis van zelfregistratie door de huisarts haalbaar is. De beslissing omtrent de kwaliteitsindicatoren, die kwaliteit meetbaar maken, gebeurde in samenspraak met de Vlaamse en Waalse wetenschappelijke verenigingen van huisartsen. Op basis van de bekomen resultaten en de ervaringen opgedaan tijdens dit project kan verder bevestigd worden dat een registratie, met hierop aansluitend een feedback van de resultaten, een belangrijke bijdrage kan leveren in de ondersteuning van de huisartsgeneeskunde in het streven naar een continue kwaliteitsbevordering. Verdere verbetering van de procedure om gegevens over de verleende zorg uit het elektronisch dossier van huisartsen te bekomen, is wel noodzakelijk. Daarbij is een correcte registratie nodig, de codering die daarvoor gebruikt wordt en de verdere oppuntstelling van software voor het beheer van patiëntendossiers.

Ook in Nederland voeren ze kwaliteitsonderzoek volgend uit huisartsenregistratie met behulp van een indicatorenset[26] om de diabeteszorg in beeld te brengen. Het opstellen van deze indicatoren gebeurde in samenwerking met de gebruikersverenigingen van de huisartsinformatiesystemen. Hieropvolgend ontwikkelden de softwareleveranciers een optie om deze vastgestelde indicatoren op een eenvoudige manier uit het dossier te kunnen extraheren. Om geanonimiseerde patiëntgegevens te kunnen bewerken tot rapportages op hoger zorgniveau dient men gegevens van meerdere huisartsen met afzonderlijke informatiesystemen te kunnen exporteren. Hiertoe is een format opgesteld dewelke door de meeste softwareleveranciers reeds is ingebouwd in hun informatiesysteem[27].

In België staat men hierbij nog niet zo ver als in Nederland. Dit jaar is er wel een registratie gepland om patiënten uit de zorgtrajecten met volgende parameters te documenteren (geboortejaar, gewicht, lengte, systolische bloeddruk, diastolische bloeddruk, HbA1c, LDL). Op 1 mei 2012 startte de registratie van gegevens uit de zorgtrajecten. Voorlopig kan deze registratie enkel manueel, aangezien de softwarefirma nog aan de mogelijkheid werkt om vanuit het EMD de gegevens rechtstreeks over te brengen. De gegevens worden volledig anoniem overgemaakt aan het Wetenschappelijk Instituut van

Volksgezondheid die voor de verdere verwerking zorgt. Individueel krijgt de arts dan een feedbackrapport. De huisartsenkring zal ook een regiorapport ontvangen om hiermee, vanuit het Lokale Multidisciplinaire Netwerk, regionale navormingen te organiseren[28].

Om kwaliteitsmonitoring en –verbetering te bewerkstelligen in de eerste lijn is een goed (elektronisch) medisch dossier onontbeerlijk. Daarom wordt nu met man en macht gewerkt aan programma's om deze gegevensregistratie zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Spijtig genoeg zijn deze nieuwe programma's niet in elk elektronisch medisch dossier programma -zoals in onze praktijk waar wordt gewerkt met Windoc - te implementeren en kan er op deze wijze geen uniformiteit bekomen worden.

2.3.5 Verspreiding van zorgvernieuwing

Kwaliteitsmonitoring is pas nuttig als er met de verzamelde gegevens ook daadwerkelijk stappen worden ondernomen om de zorg te verbeteren. Richtlijnen, verbeteringen en vernieuwing in de zorg worden voorgesteld, maar deze vernieuwde richtlijnen en aanpassingen worden slechts zeer traag in de gezondheidszorg verspreid en toegepast. Ook al kan een evidence based richtlijn in een deel van de gezondheidszorgsystemen succesvol worden geïmplementeerd, deze kan zich in een ander deel zeer traag of zelfs niet ontwikkelen. Een vernieuwing in de zorg ontwikkelen is moeilijk, de verspreiding ervan is zelfs nog moeilijker. Wanneer men er als gezondheidswerker niet in slaagt om deze richtlijnen daadwerkelijk in de praktijk te implementeren, kan dit leiden tot onvoldoende gebruik van efficiënte zorg en zelfs tot fouten in de zorgverlening.

Berwick en Greenhalgh[29,30] beschreven hoe nieuwe richtlijnen en aanpassingen zich verspreiden en hoe de verspreiding en het behoud ervan kunnen gestimuleerd worden. Er zijn drie basisclusters die invloed kunnen hebben op de verspreiding van vernieuwing binnen een organisatie: de perceptie van de vernieuwing, karakteristieken van de persoon die deze vernieuwing dient over te nemen en organisatorische factoren.

- ***Perceptie van vernieuwing***

  De visie van de arts ten opzichte van die vernieuwing bepaalt in grote mate de kans op overdracht van die vernieuwing. Volgende eigenschappen kunnen de perceptie beïnvloeden:

  - *Het voordeel van verandering*

    Men gaat een vernieuwing overnemen als men denkt dat deze kan helpen in de dagelijkse praktijkvoering. Hoe meer kennis men heeft over de gevolgen van de zorgaanpassing, hoe gemakkelijker men deze vernieuwing zal toepassen, aangezien deze kennis de onzekerheid en het gevaar reduceert. De meesten zijn op zoek naar manieren om uit de problemen te blijven en beperken daardoor vernieuwingen.

- *De overeenstemming met de overtuigingen, waarden, en huidige noden*

  Een minderheid van de artsen gebruikt routinematig formele en wetenschappelijke richtlijnen in hun praktijk, omdat deze vaak te weinig compatibel zijn met de reeds gebruikte protocols of programma's. Een vernieuwing moet ook overeenstemmen met de huidige noden en overtuigingen. Zo zijn huisartsen niet bereid tot het sluiten van zorgtrajectcontracten omdat ze overtuigd zijn al een optimale diabeteszorg te verlenen.

- *Complexiteit van de voorgestelde vernieuwing*

  Eenvoudige vernieuwingen zullen zich sneller verspreiden. Daarenboven ondervindt men dat vernieuwingen altijd veranderen tijdens de verspreiding, nog meer bij complexere vernieuwingen.

- *Testbaarheid*

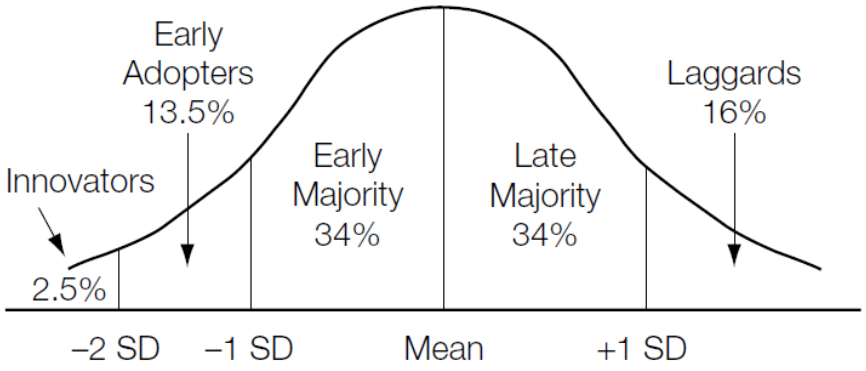
  Wanneer men op beperkte basis kan experimenteren met de vernieuwing, zal ze sneller worden overgenomen.

- *Observeerbaarheid*

  Wanneer het voordeel van de vernieuwing zichtbaar is via het gebruik door anderen, zal ze sneller worden overgenomen.

- ***Karakteristieken van de persoon***

  Een bekend socioloog uit de marketingwereld, Everett Rogers[31], classificeert de 'overnemers' van de vernieuwing in vijf categorieën. Deze categorieën worden statistisch gedefinieerd en zijn gebaseerd op het aantal standaarddeviaties van de gemiddelde overnametijd van een richtlijn.



Figuur 2: aantal standaarddeviaties van de gemiddelde overnametijd[29]

Deze classificatie is wat artificieel maar is zinvol gebleken als model voor variatie in overnamegedrag. De vijf categorieën zijn:

- *De innovatoren (innovators) (2,5%)* - Deze groep mensen zijn de eersten die de aanpassing zullen doorvoeren. Ze zijn op zoek naar het nieuwste van het nieuwste en aanvaarden het nemen van risico's.
- *De pioniers (early adopters) (13,5%)* – Deze groep is ook uit op nieuwe dingen. Het zijn opinieleiders en ze hebben goede connecties met de innovators alsook met elkaar. Zo selecteren ze de ideeën die ze willen uitproberen.
- *De voorlopers (early majority) (34%)* – Zij leren hoofdzakelijk van de personen die ze goed kennen en ze vertrouwen meer op persoonlijke ervaring, dan op wetenschap of theorie. Ze gaan niet zozeer louter interessante ideeën overnemen, maar wel ideeën die tegemoet komen aan hun huidige noden.
- *De achterlopers (late majority) (34%)* – Zij gaan pas een vernieuwing zelf uitproberen wanneer deze de nieuwe algemeen aanvaarde standaard lijkt te zijn.
- *De achterblijvers (laggards) (16%)* – Zij maken vaak keuzes die verstandig zijn en nuttig voor de gemeenschap en zullen pas in allerlaatste instantie de vorige groepen volgen in vernieuwing.

- ***Organisatorische en contextuele factoren***

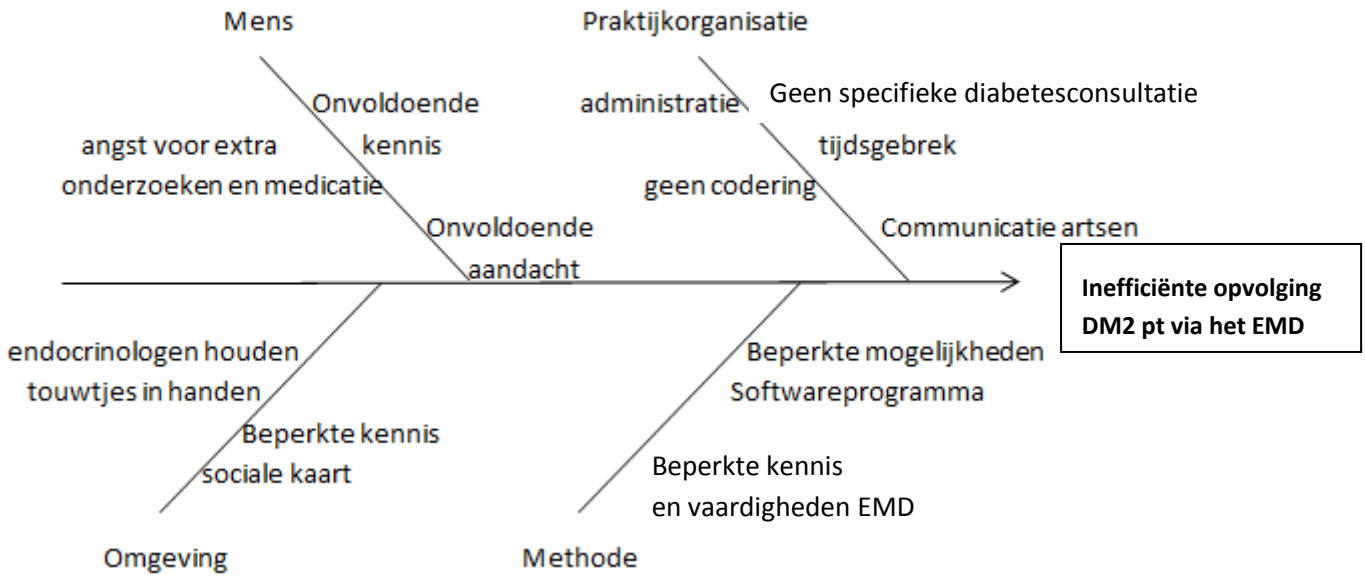
  De organisatie kan de zorgverlener aanmoedigen of ontmoedigen tot het toepassen van de vernieuwing. Een praktijkorganisatie die sociale uitwisseling ondersteunt, zal een snellere verspreiding van vernieuwing ondergaan dan organisaties die niet met elkaar overleggen.

De verspreiding van vernieuwing en het implementeren van nieuwe richtlijnen is dus sterk afhankelijk van de perceptie, de persoonlijke karakteristieken van de arts alsook van de organisatievorm. Afhankelijk van deze eigenschappen zal het dus eenvoudiger of moeilijker zijn om een nieuwe richtlijn toe te passen in de praktijk.

3 ONDERZOEKSMETHODIEK

3.1 Motivatie om deel te nemen aan dit praktijkverbeterend project

Bij mijn collega's peilde ik naar de motivatie tot deelname aan het praktijkverbeterend project. Ik stelde een visgraatmodel op dat de redenen tot inefficiënte opvolging van diabetes type 2 patiënten via het EMD in kaart brengt.



3.2 Onderzoeksopzet

Het betreft een prospectief observationeel onderzoek waarbij patiëntengegevens worden verzameld die klinisch standaardgegevens zijn. Een vragenlijst (ACIC – Assessment of chronic illness care) wordt door 3 artsen voor en na de studie ingevuld en de scores voor en na worden vergeleken.

3.3 Methodiek selectie DM2-patiënten huisartsenpraktijk Haelterman

Alle diabetes type 2 patiënten dienen te worden geselecteerd. Aangezien er in de praktijk geen gebruik wordt gemaakt van een coderingssysteem, dienen alle actieve patiënten (1324) in het elektronisch medisch dossier één voor één te worden overlopen. Daarvoor worden de medicatielijst en vervolgens ook de bloedresultaten bij elke patiënt nagekeken. Patiënten met twee keer een nuchtere glycemie boven de 126 mg/dl op twee verschillende dagen (criteria van de American Diabetes Association ADA) in hun voorgeschiedenis worden gecodeerd als niet-insuline afhankelijke diabetes volgens de ICPC2 codering T90. Patiënten met antidiabetica in de medicatielijst, worden verder geëvolueerd via de specialistische verslagen. Patiënten die niet meer naar onze praktijk komen, die overleden zijn en die bij nader onderzoek door de verslagen van de specialisten te bekijken type 1 diabetespatiënten zijn, worden

geëxcludeerd. Er wordt nagegaan welke patiënten opgenomen zijn in het diabeteszorgtraject of de diabetesconventie en welke patiënten hiervoor in aanmerking komen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen opvolging via huis- of praktijkbezoek.

De zoekmethoden in het programma Windoc zijn zo beperkt, dat er op geen enkele andere wijze (bv via medicatie, labowaarden) een lijst van de groep diabetes type 2 patiënten kan bekomen worden. In de toekomst moeten de patiënten zeker verder gecodeerd worden of anders zal de hele lijst heroverlopen moeten worden.

Bij de selectie van de patiënten stuitte ik op volgende problemen:

- Onzekerheid over een al dan niet nuchtere bloedafname.
- De diagnose van diabetes is gesteld voor de invoering van het elektronisch medisch dossier in de praktijk.

3.4 Richtlijnen voor opvolging van diabetes type 2 patiënten

Voor een correcte opvolging van diabetespatiënten worden de richtlijnen (domus medica aanbevelingen gevalideerd door CEBAM,2005)[32] nog eens op een rijtje gezet (bijlage 3). De opvolgfiche is gebaseerd op de diabetespas, maar deze wordt in onze praktijk niet gebruikt gezien zijn onpraktisch gebruik. De patiënt moet zoveel mogelijk betrokken worden bij de opvolging van zijn ziekte en moet hiervoor wel de nodige voorlichting krijgen. De praktische uitvoerbaarheid moet hierbij individueel worden getoetst.

Een driemaandelijkse controle wordt aanbevolen en naargelang noodzakelijk volgens zijn HbA1c-waarde kan de patiënt frequenter of minder frequent worden gezien. Zo behoeft een stabiele HbA1c waarde ≤ 6,5% slechts een jaarlijkse of 2-jaarlijkse bloedcontrole.

Elk kwartaal gebeurt een gerichte anamnese naar lichaamsbeweging, voeding, rookstatus, tolerantie en compliance, algemeen welbevinden; het gewicht en de bloeddruk worden gemeten, het HbA1c en de nuchtere glycemie worden bepaald. Er wordt verder voedingsadvies gegeven en gemotiveerd tot voldoende lichaamsbeweging en rookstop.

Eén keer per jaar wordt een uitgebreider bloedonderzoek uitgevoerd met lipidenprofiel en serumcreatinine en een urine-onderzoek naar micro-albuminurie. Daarbij bepaalt men ook het voetrisico door het uitvoeren van de monofilamenttest, pulsatie van de bloedvaten en inspectie van de voeten naar eeltvorming, standafwijking en eventueel wondjes.

De streefwaarden worden ook in de fiche vermeld zodat de patiënten weten naar welke waarden ze zich moeten richten om een optimale diabetescontrole te bereiken. Als doelstelling wordt een HbA1c waarde van minder dan 7% of 53 mmol/mol beoogd. De laatste jaren komt er wel een tendens om deze waarde

aan te passen volgens individuele kenmerken, meer specifiek bij oudere patiënten[33]. Oudere patiënten hebben meestal een belangrijke atherosclerose, verminderde nierfunctie en meer begeleidende ziektebeelden. Polymedicatie kan heel wat interacties veroorzaken. De levensverwachting is korter, vooral in de aanwezigheid van complicaties. Daardoor dienen de glucosedoelstellingen voor mensen op hoge leeftijd met een lang bestaande ziektegeschiedenis wellicht iets minder strikt te worden ingesteld dan bij jongere mensen met minder complexe presentatie. Een HbA1c van < 7,5% tot < 8% kan dan best verantwoord zijn. Medicatie dient vooral te worden bepaald in functie van veiligheid. Dit houdt in: beschermen tegen hypoglycemie, rekening houden met hart- en nierfalen, voorkomen van botbreuken en streven naar zo weinig mogelijk medicatie-interacties. We moeten streven naar een optimaal persoonlijk evenwicht tussen het beperken van de risico's op langetermijncomplicaties en kwaliteit van leven door begeleidende ziekte of te strenge behandeldoelstellingen. Daarom zal de HbA1c-behandelingsdoelstelling niet voor iedereen bepaald worden op < 7%, maar zijn meer of minder strikte doelstellingen mogelijk afhankelijk van de individuele kenmerken van de patiënt.

Afhankelijk van de resultaten van anamnese en klinisch onderzoek dienen verdere acties te worden ondernomen: doorverwijzing naar een podoloog bij verhoogd voetrisico en/of doorverwijzing naar een diëtist voor voedingsadvies bij ongezonde voedingsstatus of te hoog gewicht, een strikte controle van de lipiden met opstart van een statine en eventueel opstart van acetylsalicylzuur afhankelijk van het cardiovasculair risicoprofiel. Eén keer per jaar is controle van een oftalmoloog noodzakelijk om diabetische retinopathie op te sporen.

Bij elke patiënt die gediagnosticeerd wordt met diabetes wordt éénmalig een ECG afgenomen. Vanaf de diagnose heeft een diabetespatiënt een aangepast rijbewijs nodig. Hij/zij dient dit om de vijf jaar te laten vernieuwen.

3.5 Opstellen van een opvolgfiche om het overzicht te bewaren in het EMD

Een correcte opvolging kan met een overzichtelijk werkplan worden bereikt. Een onderzoek naar specifieke opvolgprogramma's voor diabetes wordt gevoerd. Gezien Windoc hiervoor nog over geen verdere opties beschikt, wordt nagegaan welke mogelijke elektronische programma's wel implementeerbaar zijn. Medibridge ontwikkelde een programma 'Medipath' om zorgtrajecten vlot te kunnen beheren. Ik zag een mogelijkheid om deel te nemen aan een pilootproject dat de praktische uitvoering van MediPath onderzocht. De beheerders van Medipath lieten weten dat implementeerbaarheid in Windoc onmogelijk is. Uit verscheidene contacten met Windoc kon ik concluderen dat dit EMD zeer beperkte mogelijkheden heeft in de opvolging van chronische aandoeningen en complementariteit met andere programma's. Gezien hun relatief lage kostprijs moeten zij inboeten aan verschillende opties die in andere elektronisch medische dossiers wel mogelijk zijn. Zo

kan Windoc ook niet werken met een geaggregeerd dossier waardoor de gegevens manueel in de fiche ingegeven moeten worden en niet uit het dossier zelf te extraheren zijn.

Gezien het medisch programma Windoc voorlopig nog geen aparte opvolgingsmogelijkheden heeft, wordt een eigen opvolgfiche gemaakt volgens de domus medica diabetesrichtlijnen[32]. Deze lijst is in bijlage 1 toegevoegd. Deze fiche biedt de mogelijkheid tot het vier maal ingeven van data; driemaandelijks kunnen gegevens worden genoteerd en zo kan er een overzichtelijke jaarlijkse controle bekomen worden.

Opvolging van patiënten waarbij we enkel op huisbezoek komen, gebeurt met een opvolgfiche die in het papieren thuiszorgdossier toegevoegd wordt.

Tijdens de praktijkconsultaties wordt de opvolgfiche elektronisch in het dossier opgenomen. De opvolgfiche wordt in een Word document in de database van Windoc opgeslagen (data – letter models) en kan als brief aangemaakt worden. Deze is terug te vinden en aanpasbaar in het EMD bij de uitgaande documenten in een excell-tabel in een Word-document. Bij de opvolgconsulten wordt deze brief weer geopend en aangepast.

Het informatie en toestemmings-formulier wordt overlopen en getekend. Vanaf deze datum start de driemaandelijkse controle.

De lijst (bijlage 1) wordt samen overlopen en de patiënten worden onderzocht. De gegevens worden nauwkeurig ingevuld. Het jaarlijkse voetonderzoek wordt hierbij niet vergeten en indien nodig wordt doorverwezen naar een podoloog. Als hulpmiddel wordt een folder (bijlage 6) omtrent diabetes meegegeven met informatie omtrent de aandoening, opvolging, behandeling, voetpreventie en rijbewijs. Ook de verandering van rijbewijs wordt uitvoerig ter sprake gebracht. De fiche wordt afgedrukt en meegegeven aan de patiënt. De datum voor de volgende afspraak wordt ingevuld wat een extra geheugensteuntje is om op dat moment zeker een nieuwe afspraak te maken.

3.6 Specifiek podologisch nazicht

Er wordt een specifiek jaarlijks podologisch nazicht uitgevoerd, gevolgd door korte voeteducatie met folder en doorverwijzing naar podoloog/voetkliniek indien nodig bij een afwijkende monofilamenttest, afwezigheid van perifere pulsaties en een afwijkende inspectie. Hierbij dienen volgende onderzoeken te gebeuren:

- Inspectie: nagels, voethygiëne, kleur huid, standafwijking, gewrichtsmobiliteit, eelt, likdoorns, schimmels
- Pulsaties: A dorsalis pedis / A tibialis post

- Monofilamenttest: de gevoeligheid wordt nagegaan door met de monofilament zachtjes op de huid een C te vormen en dit thv metataarsaalkop I en V en t.h.v. voetzool. De test is afwijkend indien men ≥ twee van de drie aanrakingen aan één van de twee voeten niet voelt.

3.7 Driemaandelijkse bloedcontrole

Om de opvolging efficiënter te laten verlopen, werd eerst geopteerd om een verpleegkundige van het laboratorium vooraf bloed te laten trekken. Zo zouden de resultaten op het moment van de consultatie al beschikbaar zijn en kan medicatie aanpassing en de daarbij noodzakelijke uitleg onmiddellijk worden doorgevoerd. Gezien het laboratorium zich op enige afstand van de praktijk bevindt (+- 60 km), was het praktisch onmogelijk om een driemaandelijkse bloedafname voor alle deelnemende patiënten te plannen. Daarom wordt een werkplan (bijlage 2) opgesteld zodat de artsen nog steeds zelf bloed prikken, maar een verhoogde waarde niet onopgemerkt blijft. Bij een afwijkende waarde moet de patiënt zonder uitzondering worden teruggezien.

3.8 ACIC scorelijst voor chronische zorg in de huisartsenpraktijk

Om de diabeteszorg binnen de praktijk wetenschappelijk te evalueren, gebruik ik de ACIC scorelijst (bijlage 4). Ik vroeg aan mijn 2 collega's om de verschillende items van de diabeteszorg te beoordelen voor de start van het kwaliteitsverbeterend project en gaf hun volgende instructies mee:

- Beantwoord voor elke vraag hoe de praktijkorganisatie functioneert met betrekking tot de zorg voor patiënten met diabetes.
- Elk item wordt beoordeeld op een schaal van 0 tot 11. Gelieve het vakje aan te vinken dat naar uw mening het best het niveau van de geleverde diabeteszorg weergeeft. Ga bij de beoordeling uit van de huidige situatie in uw organisatie.

De scorelijst wordt na het project opnieuw ingevuld. De gemiddelde score van de collega's en mezelf wordt dan berekend en de scores vóór en na de invoering van deze opvolgmethode wordt vergeleken. Deze evaluatie kan de meerwaarde nagaan van het gebruik van de fiche in de praktijk. Er wordt onderzocht of deze opvolgmethode blijvend gebruikt kan worden en of er in tussentijd geen betere programma's of andere opties beschikbaar zijn.

3.9 Ethiek

Ik diende een verzoek in tot advies van het Ethisch Comité betreffende een onderzoeksproject bij de mens in het kader van de master-na-master huisartsgeneeskunde voor april 2012.

Op 16 april 2012 ontving ik een gunstig advies.

3.10 Vraagstelling bestudeerde periode

Na 9 maand worden de opvolgfiches verzameld. De systematische opvolging wordt vergeleken met de opvolging voordien. Aan de hand van deze gegevens wordt een consensus opgesteld die een antwoord geeft op volgende vragen:

- Gebeurde de opvolging meer op regelmatige tijdstippen, d.w.z. driemaandelijks?
- Worden de nodige onderzoeken meer uitgevoerd en genoteerd?
- Resulteert deze fiche in betere meetwaarden?
- Gebeurde het podologisch nazicht nu wel systematisch? Wat zijn de resultaten?
- Werd het advies tot aanpassing van het rijbewijs nu wel vermeld?
- Wat zijn de verschillen in opvolging tussen de patiënten op huisbezoek en deze op consultatie?
- Wat zijn de knelpunten van dit nieuw ingevoerd systeem, wat kan aangepast worden?
- Biedt deze fiche een meerwaarde voor de opvolging van diabetespatiënten voor de praktijk?
- Zijn er intussen betere opvolgmogelijkheden beschikbaar?

4 RESULTATEN

4.1 Gegevensverzameling vóór de invoering van de opvolgfiche

Elke patiënt met diabetes type 2 werd overlopen en alle relevante parameters werden in hun medisch dossier opgezocht. Deze parameters omvatten: frequentie van consultatie, frequentie van bloedafname, gewicht, bloeddruk, advies tot gezonde voeding en lichaamsbeweging, rookstatus, HbA1c waarde, cholesterolwaarde (totaal cholesterol en LDL), creatinine, oogcontrole, urine onderzoek, voetonderzoek en rijbewijsaanpassing. Deze gegevensregistratie liet mij toe het diabetesbeleid binnen de praktijk inhoudelijk onder de loep te nemen.

4.1.1 Bestudeerde populatie

In de eigen praktijk worden alle patiënten met diabetes type 2 uit het elektronisch medisch dossier geselecteerd.

Inclusiecriteria: patiënten met diabetes type 2, d.w.z. tweemaal een gemeten nuchtere glycemie > 126mg/dl.

Exclusiecriteria: gestoorde nuchtere glucose, diabetes type 1 patiënten, patiënten die niet meer naar de praktijk komen, patiënten die overleden zijn.

Na het overlopen van de actieve patiëntenpopulatie, worden 110 patiënten geselecteerd op basis van hun nuchtere glycemiewaarden en medicatiefiche. 8 patiënten worden geëxcludeerd aangezien ze overleden zijn. Van deze groep patiënten komen er ook 3 niet meer naar de praktijk. Na het overlopen van de nuchtere glycemieën stuitte ik nog op 18 patiënten met een verhoogde glucose-intolerantie. Vaak werd al van de eerste keer bij een verhoogde nuchtere glycemie met orale antidiabetica gestart. 6 patiënten vallen af omdat deze volgens de specialistische verslagen diabetes type 1 hebben, waarvoor deze intensief gevolgd worden door de endocrinoloog en hiervoor zelden naar de huisartspraktijk komen.

In de praktijk worden uiteindelijk 73 patiënten met diabetes type 2 geselecteerd (bijlage 8). Deze praktijk is gevestigd in twee aparte gebouwen op een afstand van 5 km. De studie loopt van 1 juli 2012 tot 1 februari2013. Deze patiënten hebben een leeftijd variërend tussen 47 en 90 jaar. Er zijn 38 vrouwen en 35 mannen. Hiervan worden 26 patiënten op regelmatige basis, dwz maximum om de vier weken, op huisbezoek gezien. De overige 47 patiënten worden enkel op consultatie gezien en dienen hiervoor zelf een afspraak te maken. Er zijn 3 patiënten opgenomen in de diabetesconventie, 6 patiënten hebben een contract van het diabeteszorgtraject. 11 andere patiënten zouden hiervoor ook in aanmerking komen aangezien ze onder maximale orale therapie staan en een onvoldoende geregelde HbA1C hebben.

4.1.2 Glucose intolerantie, gestoorde nuchtere glycemie

Bij het overlopen van alle patiënten in het elektronisch medisch dossier, selecteerde ik 18 patiënten die orale antidiabetica namen zonder duidelijke diagnose van diabetes. De nuchtere glucosewaarden schommelden hierbij tussen 100 en 126 mg/dl. Toch werd ook bij deze patiënten metformine in lage dosering opgestart. Mijn collega's en ikzelf kenden de duidelijke richtlijnen hieromtrent niet. Literatuuronderzoek[34-37] concludeerde dat zowel levensstijlaanpassingen als metforminegebruik het risico op het ontwikkelen van diabetes verminderen bij hoog risico personen. De levensstijlaanpassingen zouden hierbij toch iets effectiever zijn dan het opstarten van metformine. Of het gevonden effect van de orale anti-diabetica werkelijk preventief is of enkel een gevolg van het hypoglycemiërend effect van deze geneesmiddelen, staat ter discussie. De kosten die gespendeerd worden aan levensstijlaanpassing en metformine zijn hoger dan wanneer enkel een placebo toegediend wordt, maar op termijn zijn deze methodes kosteneffectiever aangezien cardiovasculaire complicaties voorkomen worden en het leven van deze patiënten ook kwaliteitsvoller is.

Dieet, fysieke activiteit en een combinatie van beide leiden bij mensen met prediabetes tot vermindering van het lichaamsgewicht en tot afname van de incidentie van type 2-diabetes. De kans op het ontwikkelen van diabetes valt ongeveer op de helft. Verandering in levensstijl blijft de aanpak van eerste keus voor de preventie van type 2-diabetes.

4.1.3 Opvolgingsfrequentie

10 patiënten werden om de 4 maanden gezien door de huisarts, 3 patiënten halfjaarlijks, en 60 patiënten consulteerden > driemaandelijks. Ook al komen de patiënten meer dan 4 x per jaar bij de huisarts, toch kan er geen optimale diabeteszorg geleverd worden aangezien hier slechts in minder dan de helft van de consultaties specifiek wordt ingezet op de diabetesopvolging. Vaak komen ze met andere problemen en vragen ze terloops om hun diabetesmedicatie voor te schrijven. Doordat ze al met een ander probleem komen, is er vaak te weinig tijd om de consultatie specifiek te richten tot de diabetesopvolging. Een consultatie specifiek gericht op diabeteszorg is noodzakelijk. De huidige prestatiegerichte praktijkvoering maakt het weinig geschikt om de patiënten op een ander tijdstip nog eens extra te laten terugkomen.

4.1.4 Levensstijladvies

Nergens in het EMD wordt vermeld of er al dan niet aan sportbeoefening wordt gedaan en of er op de voeding wordt gelet. Er wordt volgens de collega's wel vaak advies en tips voor een gezonde levensstijl meegegeven. Sinds kort is er een zelfstandige diëtiste/diabeteseducator in de praktijk gestart, waardoor de drempel tot verwijzing veel kleiner wordt en een dieetconsultatie ook veel toegankelijker is.

4.1.5 Opvolging HbA1c waarde

Bij 23 van de 73 patiënten gebeurt een driemaandelijkse HbA1c controle, bij 5/73 patiënten ongeveer om de 4 maand, bij 20 patiënten gebeurt dit halfjaarlijks, bij 24 patiënten slechts 1 x per jaar, bij 1 slecht gecontroleerde diabetespatiënt < 1 x per jaar. 23/73 patiënten hebben bij de laatste bloedafname een HbA1c van > 7 mg/dl. Hiervan werd bij 1 patiënt < 1x/jaar het HbA1c bepaald, bij 3 patiënten jaarlijks, bij 4 patiënten tweejaarlijks, bij 4 patiënten om de 4 maand, bij 11 patiënten driemaandelijks.

4.1.6 Opvolging cardiovasculaire risicofactoren

- ***Rookstop***

  In het dossier staat zelden vermeld of de patiënt al dan niet rookt. De plaats die in het EMD ter beschikking gesteld wordt om het rookgedrag te vermelden, is praktisch weinig bruikbaar en niet onmiddellijk te raadplegen. Het rookgedrag van de diabetespatiënten is meestal wel bij de arts gekend, maar wordt niet uitdrukkelijk vermeld in het medisch dossier. Een pop-up bij het openen van het dossier of een duidelijk zichtbare plaats waar de rookstatus vermeld staat, is noodzakelijk om een goede rookstopbegeleiding te kunnen opstarten. Op deze manier kan de arts bij elk contact het rookgedrag aanhalen en aanmoedigen tot rookstop.

- ***Gewichtsreductie***

  Gewicht wordt vrijwel nooit gemeten tijdens de consultatie. Er wordt wel frequent aan de patiënten gemeld hun gewicht onder controle te houden en zo nodig te vermageren. Als het gewicht dan al bepaald wordt, wordt dit niet in het medisch dossier genoteerd.

- ***Lipidencontrole***

  Slechts bij 2 van de 73 patiënten worden de lipiden niet jaarlijks bepaald. Bij 36/73 patiënten is de totale cholesterol duidelijk te hoog, dit wil zeggen > 175 mg/dl. Bij 16 patiënten ligt de totale cholesterol zelf boven 190 mg/dl. Bij 48/73 patiënten is de LDL waarde hoger dan 70 mg/dl, bij 24 patiënten wordt zelfs een LDL > 100 mg/dl gemeten.

- ***Bloeddrukcontrole***

  De bloeddruk wordt wel telkens gemeten, maar niet altijd vermeld in het dossier. Hierdoor is een correcte opvolging onmogelijk. Vooral wanneer de patiënten door de verschillende artsen gezien worden, is het moeilijk om deze te objectiveren. In de thuiszorgdossiers wordt deze waarde wel genoteerd. Nota van één waarde per jaar of zelfs minder is te weinig om er verder iets mee te doen. Nochtans is een goede bloeddrukcontrole minstens even belangrijk als een goede glycemiecontrole in de diabetesopvolging.

- ***ECG***

  Resultaten van een ECG zijn vaak te vinden in het dossier, maar enkel in de brief van de cardioloog. Patiënten worden verwezen naar de cardioloog bij specifieke klachten en daar wordt dan vaak een ECG afgenomen. Als pre-operatief onderzoek is het ECG ook meermaals terug te vinden, maar geen enkele keer gebeurde een ECG bij het stellen van de diagnose van diabetes. Vele diabetespatiënten ontwikkelen tekens van 'silentieuze ischemie', waarbij geen klassieke angineuze bezwaren optreden. Een rust-ECG wordt aanbevolen bij de diagnosestelling en kan nuttig zijn als referentiepunt wanneer later cardiale complicaties optreden.

- ***Acetylsalicylzuur***

  Slechts 16 van de 73 patiënten nemen geen anti-aggregantia of anticoagulantia. 3 nemen anticoagulantia marevan, de overige nemen asaflow waarvan enkelen in combinatie met clopidogrel. Meestal werd dit opgestart ter secundaire preventie of bij aanwezigheid van verschillende cardiale risicofactoren.

4.1.7 Opsporen chronische verwikkelingen

- ***Retinopathie***

  Slechts bij 12 van de 73 patiënten gebeurt er een jaarlijks oftalmologisch nazicht. Dit gebeurt meestal bij patiënten uit het zorgtraject, de diabetesconventie of met oftalmologische klachten.

- ***Nefropathie***

  Controle van de urine op micro-albuminurie wordt slechts bij 14/73 patiënten jaarlijks bepaald. Daarnaast werd dit bij 7 andere patiënten ooit al eens gedaan vanaf de diagnosestelling. Een jaarlijkse albuminebepaling op de ochtendurine is nodig om nefropathie tijdig op te sporen.

- ***Podologisch nazicht en voetcomplicaties***

  Podologisch nazicht gebeurt bij diabetespatiënten uiterst zelden en enkel bij klachten. Patiënten uit het zorgtraject en de diabetesconventie krijgen wel een podologisch nazicht bij de endocrinoloog.

- ***Seksuele stoornissen***

  Seksuele stoornissen worden nauwelijks besproken. Enkel als de patiënt zelf de hulpvraag verwoordt, wordt er verder op deze klacht ingegaan.

4.1.8 Rijbewijs

Aanpassing van het rijbewijs gebeurt vrijwel bij geen enkele patiënt. Het aankaarten van dit onderwerp is zeer moeilijk aangezien de patiënten er eerder nog niets van gehoord hebben.

4.1.9 Diabetespas, zorgtraject en programma zelfzorg en educatie

Patiënten met een diabetespas zijn op één hand te tellen. Zelden brengt er iemand deze mee op consultatie, nog minder frequent wordt deze correct ingevuld en gebruikt. In het elektronisch medisch dossier is er ook niets te vinden over de aanvraag van deze diabetespas en kan er geen duidelijk aantal nagetrokken worden. Hierdoor gaan de voordelen van deze diabetespas voor de patiënten de mist in. 6 patiënten van de 73 diabetespatiënten zijn al opgenomen in het zorgtraject diabetes. 3 patiënten zitten in de conventie. Na nazicht van de medicatie en HbA1c waarde komen nog 11 extra patiënten hiervoor in aanmerking. Het afsluiten van een contract zou kunnen leiden tot een betere oppuntstelling met meer voordelen voor de patiënt.

4.2 Resultaten na het gebruik van de elektronische opvolgfiche

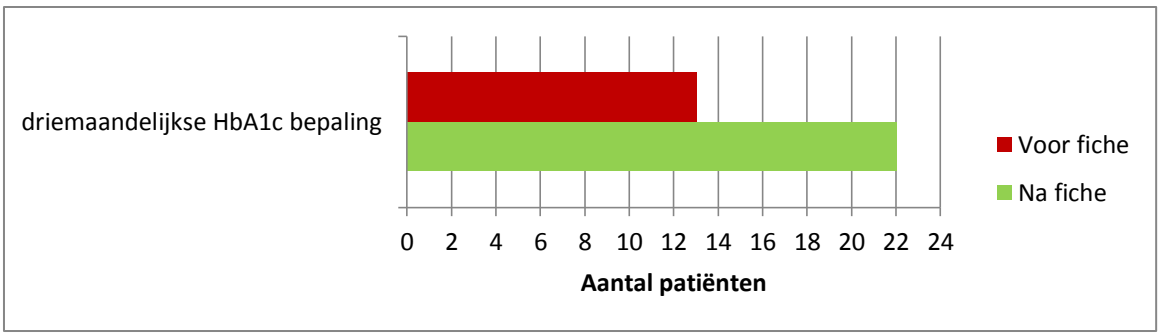
4.2.1 Bestudeerde populatie

Na de bestudeerde periode worden er slechts 28 van de 73 diabetespatiënten met de fiches opgevolgd: één collega gebruik nauwelijks de opvolgfiche, op huisbezoek wordt zelden met de fiche gewerkt en goed geregelde patiënten ontsnappen soms aan de fiche. 3 van de 73 patiënten kunnen uit de lijst diabetespatiënten geëxcludeerd worden. 1 patiënt is het laatste jaar niet meer naar de praktijk gekomen, de andere 2 verloren zoveel gewicht via extreem diëten dat ze geen verhoogde glycemie meer hebben en bijgevolg ook geen anti-diabetica medicatie meer innemen. De fiche heeft weinig succes tijdens huisbezoek. Slechts 5 patiënten op huisbezoek hebben een extra geschreven fiche. Op huisbezoek werken we al met een thuiszorgdossier waar bloeddruk, pols, glycemie en extra notities worden ingevuld. De nieuwe fiche is dan ook dubbel administratief werk. 5 van de 6 patiënten die al in het zorgtraject zijn opgenomen, worden ook opgevolgd met deze fiche.

Er worden in de bestudeerde periode 3 patiënten opgenomen in het zorgtraject, 1 patiënt in de diabetesconventie en 3 patiënten ondertekenen het contract van zelfzorg en educatie. Deze laatste 3 stonden weigerachtig ten opzichte van het jaarlijkse bezoek bij de endocrinoloog. 3 patiënten die al aan het zorgtraject deelnamen schakelen het afgelopen jaar over van maximaal orale therapie naar een combinatie met insulinetherapie.

4.2.2 Opvolgingsfrequentie

De patiënten die gevolgd worden via de fiche komen even frequent en sommigen zelf iets meer consulteren bij de huisarts, maar er wordt nu wel in elk consult meer aandacht besteed aan hun diabetesopvolging. Zo wordt hun bloed nu frequenter gecontroleerd. Bij 22/28 patiënten gebeurt dit nu driemaandelijks, terwijl er voordien slechts bij 13/28 patiënten om de 3 maand een HbA1c bepaling plaatsvond. De reden waarom dit bij de 6 overige niet gebeurde, was vrij divers: 2 patiënten komen vrijwel niet op controle, 2 patiënten komen frequenter maar willen slechts 2x per jaar een bloedafname, bij 2 patiënten is de HbA1c waarde al lang onder controle d.w.z. ≤ 6,5. Bij patiënten zonder opvolgfiche gebeurt er bij 15/42 patiënten ook de driemaandelijkse bloedafname terwijl dit slechts bij 10/42 patiënten gebeurde voor dit masterproefproject.



Grafiek 1: driemaandelijkse HbA1C bepaling voor en na invoering opvolgfiche

4.2.3 Levensstijladvies

Informatie omtrent voeding en lichaamsbeweging wordt kort gegeven, maar er wordt te weinig een diabeteseducator of diëtiste ingeschakeld. Motivatietechnieken schieten tekort om de patiënten verder te verwijzen. Er wordt vaak wel een aanzet gegeven, maar de patiënten gaan zelf niet consulteren bij een diabeteseducator of diëtiste.

4.2.4 Opvolging HbA1c waarde

De HbA1c opvolging gebeurt na de invoering van de opvolgfiche frequenter. Bij 22/28 patiënten gebeurt dit nu driemaandelijks, terwijl er voordien slechts bij 13/28 patiënten om de 3 maand een HbA1c bepaling plaatsvond.

Wanneer we de HbA1c waarde zelf bekijken zien we bij 18/28 patiënten een daling van het HbA1c, bij 5 patiënten blijft de waarde gelijk en bij 5 patiënten is deze waarde toegenomen. De gemiddelde HbA1c waarde van de 28 patiënten vóór en na invoering van de opvolgfiche is respectievelijk 7,14% en 6,78%, een gemiddelde daling van 0,36%.

Wanneer we de HbA1c waarde controleren van de patiënten die geen opvolgfiche hebben, zien we dat de waarde bij 10/42 patiënten is toegenomen, bij 9/42 is de waarde gezakt en bij 23/42 blijft de waarde gelijk (11 van deze 23 patiënten hadden slechts éénmaal per jaar een bloedafname alsook een zelfde waarde). Daarbij dient er vermeld te worden dat 34/42 patiënten zonder opvolgfiche een HbA1c waarde < 7% hadden voor de opstart van het project. 3 maandelijkse bloedafname is dan ook niet altijd noodzakelijk.

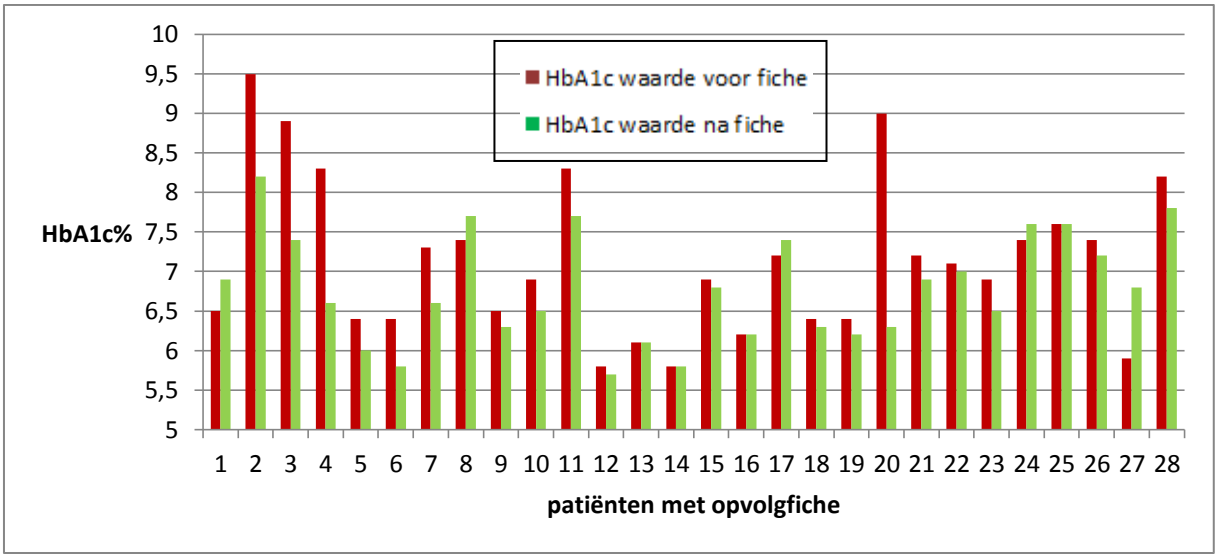
Hieronder staan de gegevens van de 28 patiënten met een opvolgfiche voor de opstart van het project en aan het eind van de proefperiode in een grafiek en een tabel.

De reden van de stijging bij 5 patiënten is zeer divers. Patiënt 1 en patiënt 8 hebben moeite met levensstijlaanpassing en hebben het momenteel moeilijk om op hun voeding te letten. Bij patiënt 17 wordt een verdere stap in de therapie steeds maar uitgesteld, uiteindelijk wordt zij ook opgenomen in het zorgtraject. Patiënt 24 en 27 worden gezien op huisbezoek. Deze twee tachtigers schommelen in hun HbA1c waarde na ziekte met aanpassing van hun insulineschema.

	HbA1cwaarde voor fiche	HbA1cwaarde na fiche	
1	6,5	6,9	↑
2	9,5	8,2	↓
3	8,9	7,4	↓
4	8,3	6,6	↓
5	6,4	6	↓
6	6,4	5,8	↓
7	7,3	6,6	↓
8	7,4	7,7	↑
9	6,5	6,3	↓
10	6,9	6,5	↓
11	8,3	7,7	↓
12	5,8	5,7	↓
13	6,1	6,1	≈
14	5,8	5,8	≈

	HbA1cwaarde voor fiche	HbA1cwaarde na fiche	
15	6,9	6,8	↓
16	6,2	6,2	≈
17	7,2	7,4	↑
18	6,4	6,3	↓
19	6,4	6,2	↓
20	9	6,3	↓
21	7,2	6,9	↓
22	7,1	7	↓
23	6,9	6,5	↓
24	7,4	7,6	↑
25	7,6	7,6	≈
26	7,4	7,2	↓
27	5,9	6,8	↑
28	8,2	7,8	↓

Tabel 1: HbA1c waarde vóór en na invoering van de opvolgfiche



Grafiek 2: HbA1C waarde voor en na gebruik van de opvolgfiche

4.2.5 Opvolging cardiovasculaire risicofactoren

- ***Rookstop***

  Rookstop wordt tijdens het gebruik van de fiche meer aangehaald, maar er worden geen echte positieve resultaten geboekt. Het ontbreekt vaak aan motivatie van de patiënt, alsook aan de motivatietechnieken van de arts om de patiënt te overhalen. Toch kan het herhaaldelijk aanhalen van dit punt uiteindelijk leiden tot gedragsverandering. Het is dus belangrijk dit advies te blijven hernemen.

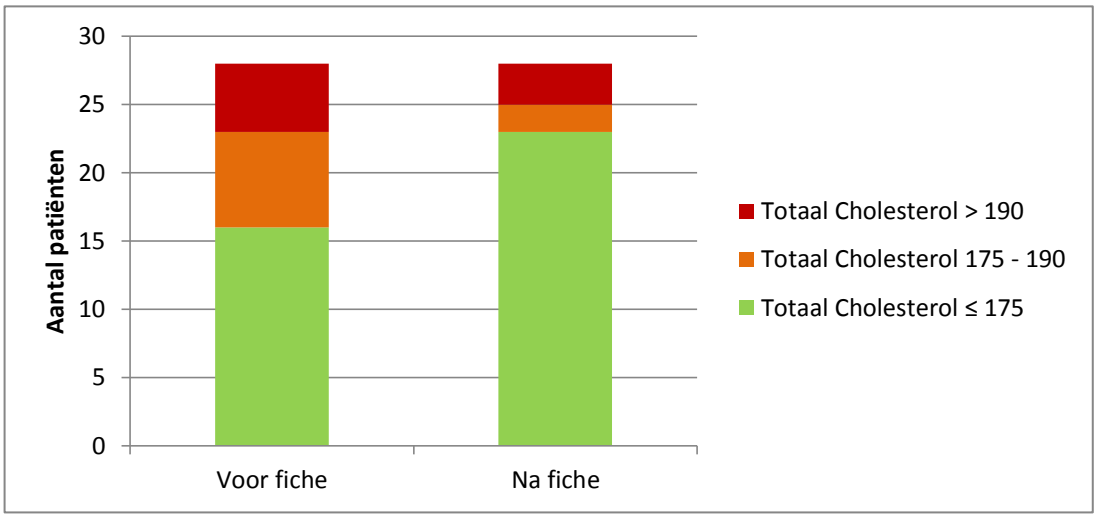
- ***Gewichtsreductie***

  Alle patiënten met een opvolgfiche worden nu gewogen, uitgezonderd deze op huisbezoek aangezien deze patiënten zelf geen weegschaal hebben. Het gewicht blijft stabiel. Bij geen enkele patiënt wordt gewichtsreductie bekomen. Het mankeert ons als arts aan motiveringstechnieken om de patiënt wat gewicht laten te verliezen of ze naar een diëtist te sturen. Het gewicht en de BMI worden nu wel gemeten en zijn bruikbaar bij de opvolging.

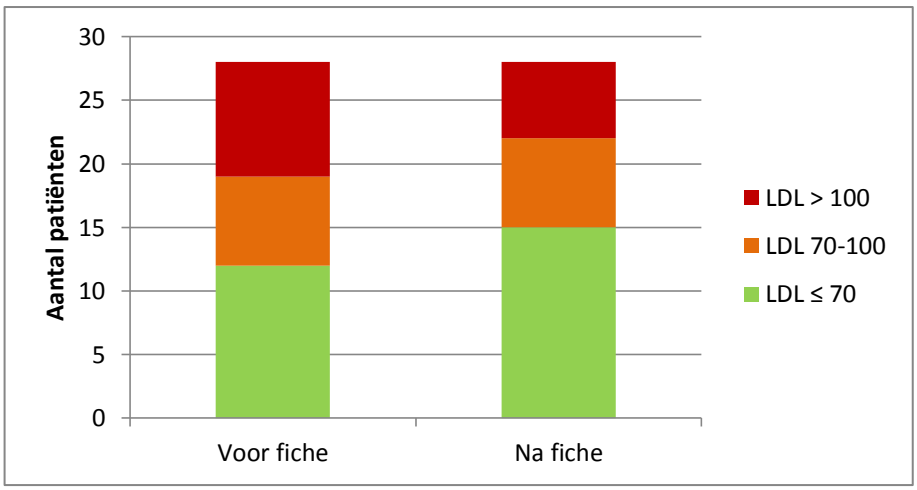
- ***Lipidencontrole***

  Aangezien het onderzoek geen jaar duurt, wordt bij 10 van de 28 patiënten uit het onderzoek geen nieuwe cholesterolwaarde bepaald, aangezien dit zonder therapie-aanpassing slechts jaarlijks gebeurt. Van de 28 patiënten met een opvolgfiche hebben er vóór het project 12 patiënten een totaal cholesterol > 175 mg/dl, hiervan hebben zelfs 5 patiënten een waarde > 190 mg/dl. 16 hebben een LDL > 70 mg/dl, waarvan 9 patiënten een LDL-waarde > 100 mg/dl. Na het project zijn er 5 patiënten met een totaal cholesterol > 175 mg/dl, waarvan 3 patiënten met een

waarde > 190 mg/dl. 13 patiënten hebben een LDL > 70 mg/dl, waarvan 6 patiënten een LDL-waarde > 100 mg/dl hebben. Bij de overige 42 andere diabetespatiënten in de praktijk zonder opvolgfiche wordt er slechts bij 8 patiënten tijdens de duur van het onderzoek een tweede lipidencontrole gepland. Voor het project hebben 19 patiënten een totaal cholesterol > 175 mg/dl en 15 patiënten een LDL > 100mg/dl. Bij 7 patiënten met deze slecht geregelde lipidenwaarde wordt tijdens de duur van het project een tweede bepaling uitgevoerd. Slechts één patiënt hiervan bekomt een betere waarde, de anderen hebben zelfs nog een slechtere waarde. Uit deze waarden kan ik concluderen dat de opvolgfiche toch wel enig voordelig effect heeft omdat er meer patiënten een betere lipidenwaarde hebben na therapie aanpassing.



Grafiek 3: Totale cholesterolwaarden voor en na opvolgfiche



Grafiek 4: LDL waarden voor en na opvolgfiche

- ***Bloeddrukcontrole***

  Bij de 28 patiënten met een opvolgfiche wordt de bloeddruk nu telkens effectief vermeld. De bloeddruk werd in het verleden telkens gemeten, maar niet altijd genoteerd. Op deze manier hebben alle artsen een objectieve kijk op de bloeddrukcontrole en kunnen ze de medicatie al dan niet aanpassen.

- ***ECG***

  Het ECG onderzoek wordt duidelijk vermeld op de opvolgfiche. Bij het stellen van een nieuwe diagnose dient er dus een ECG te worden afgenomen. De vermelding van dit onderzoek op de fiche biedt in de toekomst de garantie om bij diagnosestelling een ECG uit te voeren.

4.2.6 Opsporen chronische verwikkelingen

- ***Retinopathie***

  Tijdens het project kwam ik te weten dat meer patiënten dan vermeld in het dossier, een jaarlijkse oogcontrole lieten uitvoeren. Slechts bij 12/70 patiënten is hiervan een verslag te vinden in hun dossier. Om een goed beeld te krijgen over de gezondheidstoestand van de diabetespatiënten zou het nuttig zijn dat de huisarts ook via de oftalmoloog deze noodzakelijke informatie ontvangt. Voor het project waren er bij 8/28 patiënten resultaten te vinden over oftalmologisch nazicht. Na het invullen van de opvolgfiche kan ik vaststellen dat er bij 16 van de 28 patiënten een gekende oogcontrole wordt verricht. Bij de overige patiënten zonder opvolgfiche werd bij 4/42 patiënten een jaarlijks verslag van de oogarts gevonden, na het project betrof het slechts één patiënt extra. Hoewel ook hier betere resultaten worden gevonden met de fiche, namelijk meer patiënten die zich bij de oogarts laten opvolgen, dient er rekening gehouden te worden met het feit dat niet alle oogartsen informatie naar de huisarts doorsturen als zij een patiënt gecontroleerd hebben op diabetische retinopathie. Communicatie tussen deze specialisten en de huisarts is zeker en vast een werkpunt.

- ***Nefropathie***

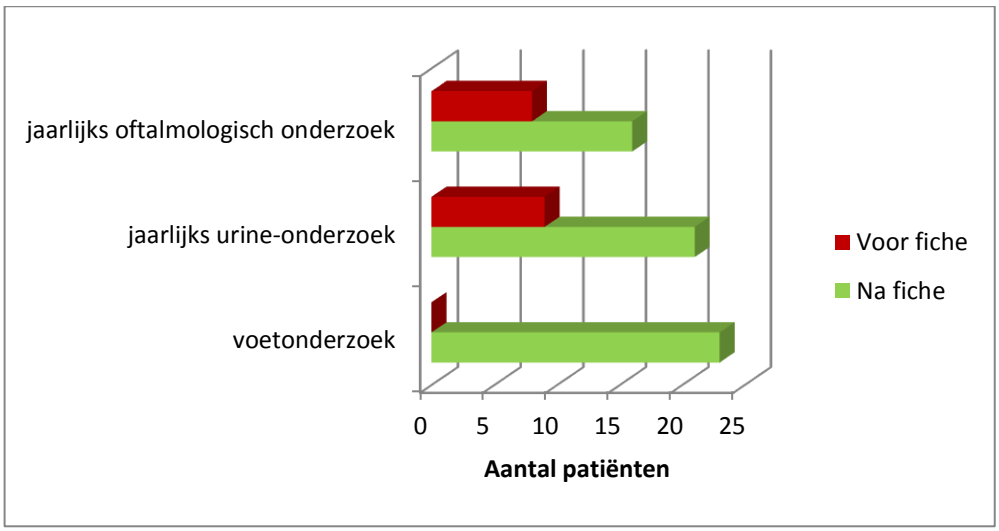
  Zowel voor als na de opvolgfiche vindt er bij alle patiënten een jaarlijkse creatininebepaling plaats. Bij de populatie met een opvolgfiche gebeurde er slechts bij 9 patiënten een jaarlijks urine-onderzoek voor het project. Na de invoering van de fiche gebeurt er bij 21/28 patiënten een urine-onderzoek. Bij de patiënten zonder opvolgfiche wordt bij geen enkele extra patiënt een urine-onderzoek uitgevoerd. Uitsluitend bij de 5/42 overige patiënten die een jaarlijks urine-onderzoek hadden, wordt dit ook het laatste jaar uitgevoerd. Bij de andere patiënten gebeurt dit niet.

- ***Podologisch nazicht en voetcomplicaties***.

  Bij alle patiënten met een opvolgfiche die op raadpleging worden gezien, gebeurt een podologisch nazicht. 5 patiënten met een verhoogd risico worden doorverwezen naar een podoloog voor verdere verzorging en preventie. De 5 patiënten op huisbezoek krijgen geen podologisch nazicht. Dit kan verklaard worden doordat niemand het monofilament instrument bij zich had.

- ***Seksuele stoornissen***

  Seksuele stoornissen worden vaker besproken, maar de patiënten willen voorlopig niets veranderen aan de situatie. Bij sommige patiënten lijkt dit onderwerp beter bespreekbaar dan vooraf verwacht.



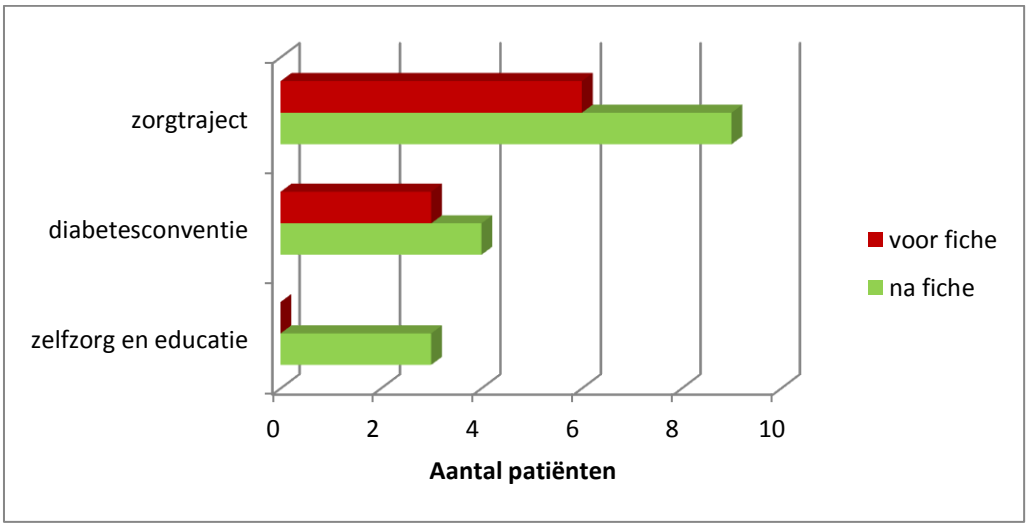
Grafiek 4: Jaarlijks oog-, urine- en voetonderzoek voor en na de opvolgfiche

4.2.7 Rijbewijs

10/28 patiënten met een opvolgfiche hebben geen rijbewijs of rijden zelf niet meer met de auto. Slechts bij 5 patiënten die daadwerkelijk met de auto rijden wordt het onderwerp van het tijdelijk rijbewijs aangesneden. De patiënten worden ervan op de hoogte gebracht, het rijgeschiktheidsattest wordt meegegeven, maar geen enkele patiënt heeft tot op heden zijn rijbewijs ingewisseld voor een tijdelijk rijbewijs. De meeste zien de noodzaak van deze aanpassing niet in aangezien ze geen hinder ondervinden van hun diabetes.

4.2.8 Diabetespas, zorgtraject en programma zelfzorg en educatie

Drie patiënten met een opvolgfiche worden tijdens het project opgenomen in het programma zelfzorg en educatie. Het betreft hier drie patiënten die tweewekelijks worden gezien op huisbezoek met een 1-insulinespuitschema en die opvolging door een endocrinoloog om praktische overwegingen niet zien zitten. Om toch te kunnen genieten van enkele voordelen zoals de terugbetaling van een glucometer, strips en podoloog, wordt het programma van zelfzorg en educatie via de adviserend geneesheer aangevraagd en goedgekeurd. Drie diabetespatiënten met een opvolgfiche worden tijdens het project opgenomen in het zorgtraject. Eén chronische patiënt zonder opvolgfiche wordt na een ziekenhuisbezoek opgenomen in de diabetesconventie. Twee patiënten met een opvolgfiche zouden ook in aanmerking komen om toe te treden tot het zorgtraject. Eén patiënt weigert toetreding alsook een striktere opvolging, de andere patiënt kreeg nog geen zorgtrajectcontract aangeboden. Twee patiënten zonder opvolgfiche die ook in aanmerking komen voor een zorgtrajectcontract, worden niet geïncludeerd voor een contract of voor de opvolgfiche omdat ze te beperkt (éénmaal jaarlijks) op consultatie komen en te weinig gemotiveerd zijn om hieraan deel te nemen.



Grafiek 5: Aantal patiënten opgenomen in een zorgtraject, diabetesconventie, zelfzorg en educatie voor en na invoering fiche.

4.2.9 Opvolging consultaties / huisbezoeken

Van bij de start van het project had ik het doel om de opvolging tijdens consultatie en huisbezoek te vergelijken. Slechts 5 patiënten op huisbezoek worden gevolgd met de ontworpen fiche. Deze fiche is tijdens hier weinig implementeerbaar en dit om diverse redenen. Op huisbezoek betreft het meestal oudere patiënten waar de HbA1c streefwaarde wordt aangepast aan de individuele kenmerken van de patiënt. Daarnaast betreft het ook enkele dementerende patiënten waarbij we enkel op medicamenteuze wijze aanpassingen kunnen doorvoeren. Podologisch nazicht, voedingsadvies en advies tot

lichaamsbeweging is bij deze laatste groep dan ook moeilijk uitvoerbaar. Patiënten hebben niet altijd een weegschaal en de monofilament wordt niet meegenomen op huisbezoek. Daarenboven werken wij nog zonder laptop en hebben de patiënten een papieren thuiszorgdossier waar bloeddruk, pols, glycemie en andere bemerkingen zoals bloedwaarden reeds worden genoteerd. Dit is meestal meer overzichtelijk dan het elektronisch medisch dossier en de onderzoekswaarden worden hierin frequenter en chronologisch genoteerd. Het is dan ook dubbel werk om het thuiszorgdossier én de opvolgfiche apart in te vullen.

Het gegeven dat het papieren thuiszorgdossier meer volledig en meer overzichtelijk is dan het elektronisch medisch dossier stelt het gebruiksgemak en de voordelen van dit elektronisch medisch dossier Windoc opnieuw in vraag.

4.3 Zelfmanagement / ACIC score

4.3.1 Resultaten ACIC score april 2012

De resultaten van de ACIC score lijst (bijlage 5) tonen op welke punten de chronische zorg voor de diabetespatiënten kan verbeterd worden. Deze vragenlijst wordt twee keer ingevuld, vóór de invoering van de opvolgfiche en enkele maanden later na de invoering van de opvolgfiche.

4.3.1.1 Zorgsysteem

Er wordt matig gescoord op dit onderdeel. Het hele gezondheidszorgsysteem is volgens mijn collega's slechts matig gericht om doelstellingen betreffende de diabetesopvolging te optimaliseren. Er wordt wel aandacht besteed aan deze aandoening, maar de maatregelen die worden genomen zijn niet stimulerend genoeg om voldoende resultaat te bereiken.

4.3.1.2 Gemeenschap

De patiënt doorverwijzen naar andere zorgverleners gebeurt te weinig. Samenwerkingsverbanden en regionale zorgplannen zijn aanwezig en bieden opportuniteiten, maar de huisartsenpraktijk maakt hier nog te weinig gebruik van.

4.3.1.3 Praktijk

- ***Ondersteuning van zelfmanagement***

  De collega's beseffen dat er op het gebied van zelfmanagement nog heel wat werk aan de winkel is. De patiënten hebben te weinig inzicht in het ziektebeeld waardoor ze hun eigen aandeel in het behandelen van hun aandoening beperken. Er wordt te weinig doorgestuurd naar een diabeteseducator en te weinig ondersteunende informatie gegeven.

- ***Besliskundige ondersteuning***

  De EBM richtlijnen zijn gekend door alle collega's en worden ondersteund door nascholing o.a. door gespecialiseerde zorgverleners. Deze richtlijnen doorgeven naar de patiënten gebeurt dan weer te weinig en indirect.

- ***Organisatie van de zorg***

  De collega's vermelden de beschikbaarheid van een multidisciplinair team, maar stellen het regelmatig functioneren hiervan terecht in vraag aangezien samenkomst en bespreking in onze praktijk te weinig gebeurt. Er wordt te weinig doorgestuurd en overleg gepleegd met een diëtist, podoloog, oftalmoloog en/of diabeteseducator. De arts denkt er wel aan en de verschillende actoren zijn beschikbaar, maar vaak ontbreekt het aan motivatietechnieken van de arts en aan motivatie van de patiënt uit. Het afsprakensysteem en de controles zijn tot een minimum beperkt. De controles worden ad hoc gepland, afspraken kunnen extra gepland worden als de patiënten geïnteresseerd en gemotiveerd zijn. Continuïteit van de zorg is vooral gebaseerd op schriftelijke communicatie en verslagen tussen de zorgverleners, minder op onderling overleg en samenkomsten.

- ***Informatiesystemen in de gezondheidszorg***

  Er is een lijst van patiënten beschikbaar in het dossier, maar er wordt te weinig gecodeerd waardoor zoeken op subgroepen onmogelijk is. Er zijn geen reminders aanwezig over de diagnose. Volgens de collega's wordt er genoeg feedback gegeven om hun handelen te volgen. De zorg en het behandelplan van een patiënt worden niet vanzelfsprekend geacht en niet volgens een specifiek stramien gemaakt.

- ***Integratie van componenten in het chronische zorgmodel***

  Het informeren van de patiënten over specifieke richtlijnen gebeurt enkel op verzoek en niet door specifiek informatiemateriaal. Het informatiesysteem bevat geen doelstellingen voor het zelfmanagement van de patiënt. De organisatorische planning van de zorg voor chronische aandoeningen scoort zeer slecht in onze praktijk, terwijl er momenteel in de diabeteszorg wel verschillende samenwerkingsverbanden en trajecten uitgestippeld worden en er kwaliteitscontrole en gegevensregistratie gebeurt. Er wordt onvoldoende informatie uit deze kwaliteitscontrole gehaald om er in de praktijk mee aan de slag te kunnen. Routinematige follow up gebeurt momenteel enkel via afspraken, de patiënt moet zelf actie ondernemen. Enkel aan patiënten die belangstelling hebben voor zelfmanagement van hun aandoening, worden richtlijnen over de zorg van diabetes gegeven.

4.3.2 Resultaten ACIC-score februari 2013

Bij het vergelijken van beide enquêtes zijn vooral de scores van praktijkorganisatie belangrijk voor deze masterproef aangezien deze fiche vooral bedoeld is ter verbetering van de kwaliteit van diabeteszorg in de eigen praktijk.

4.3.2.1 Zorgsysteem

De scores in deze categorie zijn vrij vergelijkbaar met deze van april 2012. Een duidelijk verschil is wel dat de doelstellingen in de zorg voor chronische aandoeningen nu wel als meetbaar worden aangegeven en dat deze in het oog worden gehouden. Deze verhoging in score heeft te maken met de registratie van de zorgtrajecten in mei/juni 2012. Echter wordt het registreren van deze waarden niet gezien als een verbeterstrategie.

4.3.2.2 Gemeenschap

Er worden ongeveer dezelfde scores bereikt dan in april 2012. De samenwerkingsverbanden worden nog te weinig benut. Regionale zorgplannen bevatten afspraken rond de coördinatie t.a.v. één of twee chronische aandoeningen, zijnde diabetes en chronische nierinsufficiëntie.

4.3.2.3 Praktijk

- ***Ondersteuning van zelfmanagement***

  De scores zijn na invoering van de fiches toch relatief beter. Behoeften en activiteiten ten aanzien van zelfmanagement worden nu volgens een vast stramien nagevraagd. Dit handelt over zelfmanagement betreffende voedingsgewoonten en lichaamsbeweging. De ondersteuning van zelfmanagement gebeurt via folders en de mogelijkheid tot advies van een educator of diëtist. Hoewel de patiënten hiernaartoe worden verwezen, blijft een effectief gesprek of consultatie vaak uit.

- ***Besliskundige ondersteuning***

  De patiënten worden nu met specifiek informatiemateriaal, o.a. de zelfgemaakte folder, alsook de fiche zelf, geïnformeerd over de richtlijnen en standaarden.

- ***Organisatie van de zorg***

  Het afsprakensysteem krijgt een duidelijk hogere score. Er zijn geplande controles van chronisch zieke patiënten, het aantal contacten per patiënt wort bijgehouden, afspraken worden gepland in overeenstemming met de richtlijnen. De continuïteit van de zorg is zeer belangrijk, maar multidisciplinair overleg gebeurt nog te weinig.

- ***Informatiesystemen in de gezondheidszorg***

  Opvallend is de verbetering van de scores omtrent het zorgplan van de patiënten. Met de opvolgfiche wordt er in samenspraak met de patiënt een behandelplan opgesteld die doelen omvat ten aanzien

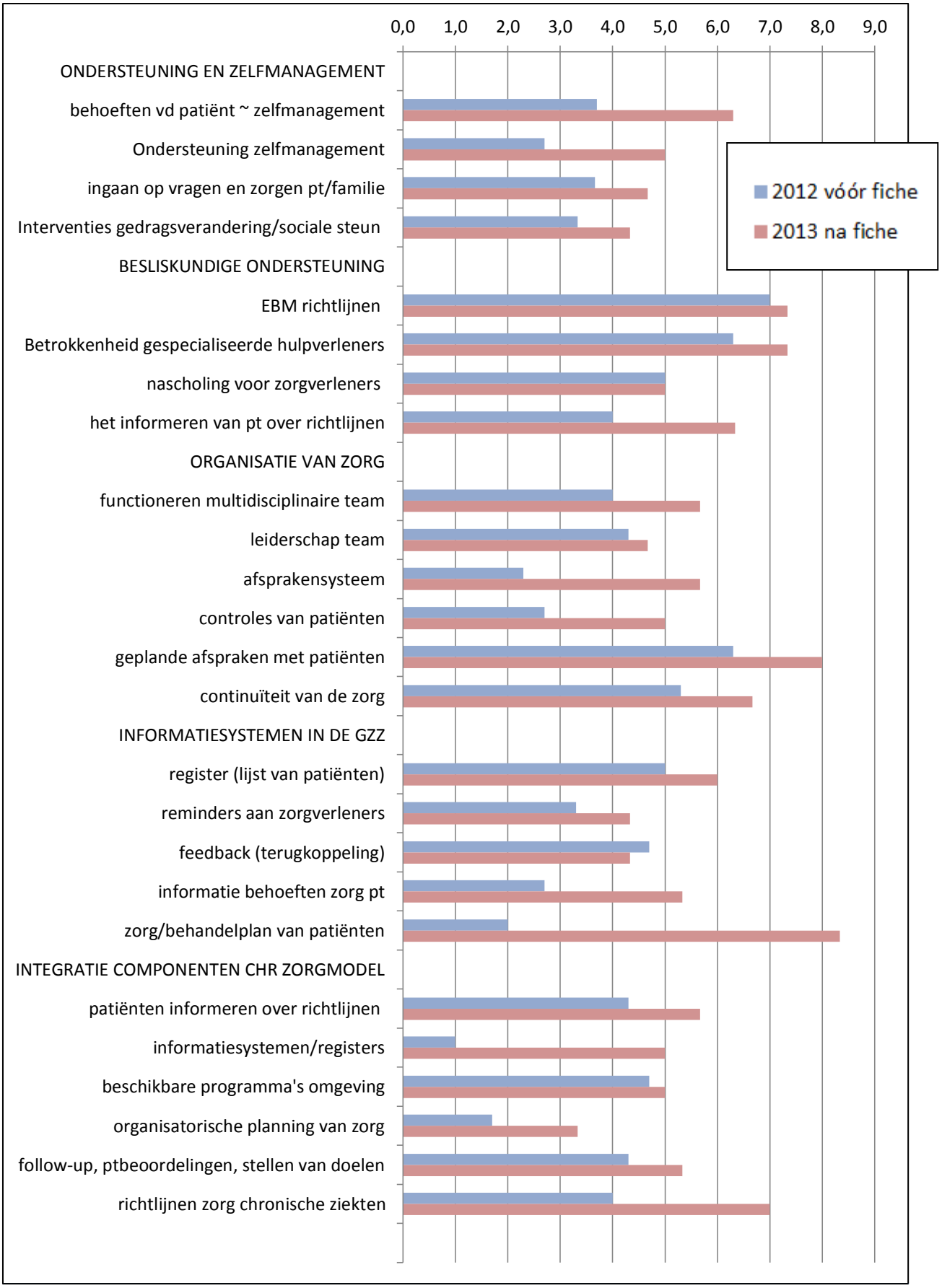
van zelfmanagement en zorgverlening. Deze verbeterde score toont wellicht het meest de meerwaarde van deze fiche.

- ***Integratie van componenten in het chronische zorgmodel***

  Het informeren van de patiënt gebeurt momenteel door specifiek informatiemateriaal. Richtlijnen worden nu duidelijk gegeven aan alle patiënten als hulp bij het ontwikkelen van zelfmanagementprogramma's. Het informatiesysteem bevat naast de resultaten ook de zelfmanagement doelstellingen.

Uit deze scores kan ik samenvatten dat na invoering van de fiche de patiënten beter worden geïnformeerd over hun ziekte en de te volgen richtlijnen, dat ze beter worden ondersteund in hun zelfmanagement, de afspraken worden beter gepland en er wordt een specifiek zorgplan opgesteld in samenspraak met de patiënt. Valkuilen blijven de multidisciplinaire samenwerking en de effectieve verwijzing naar gespecialiseerde hulpverleners. Het informatiesysteem bevat te weinig opties om de arts bij te staan in zijn behandelingsproces.

Hieronder worden de scores betreffende praktijkorganisatie grafisch weergegeven vóór en na invoering van de fiche.



Grafiek 6: ACIC-score praktijk 2012-2013

5 BESPREKING

5.1 Interpretatie resultaten opvolgfiche

De resultaten behoeven een kritische noot.

De HbA1c waarde is met de fiche beter geregeld dan vóór het gebruik. Meer patiënten bereiken hun streefwaarde. Bij 19/28 patiënten is er een daling van de HbA1c waarde, 5/28 patiënten behielden een gelijke waarde. Nu bereikten er voor de invoering van de fiche reeds 14/28 patiënten hun streefwaarde (< 7%) en waren dus al goed geregeld. 7/28 patiënten hadden voordien een waarde tussen 7% en 7,5 %. De positieve waarde van de fiche op de HbA1c meting is dus vrij beperkt gezien de toch wel goed geregelde waarden voordien. Hoewel de richtlijn van CEBAM aangeeft dat er bij diabetespatiënten een HbA1c van minder dan 7% wordt nagestreefd, ervaart men in de praktijk dat dit streefcijfer tevens afhankelijk is van individuele kenmerken zoals leeftijd, gewicht, levenswijze (de context van de patiënt). Deze strenge richtwaarden zijn dan ook niet altijd nodig. Patiënten met langdurig een HbA1c waarde minder dan 6,5% worden vaker overgeslagen bij de driemaandelijkse HbA1c opvolging. Hun waarden zijn gestabiliseerd en zij tonen geen specifieke klachten. Een jaarlijkse / zesmaandelijkse opvolging i.p.v. een driemaandelijkse bloedafname wordt bij hen verricht.

Levensstijladvies en rookstop worden aangehaald, maar het ontbreekt bij de patiënt aan motivatie om daadwerkelijk ook zijn levensstijl te wijzigen, een diëtiste te consulteren en te stoppen met roken. Hoewel het gewicht nu wel telkens wordt gemeten, wordt er verder niet veel mee gedaan. Betere motivatietechnieken van de arts zouden kunnen bijdragen tot verandering. Ervaring en opleiding in motivatietechnieken kunnen leiden tot een betere zorgverlening.

De gegevensregistratie gebeurt nu wel veel beter. Hoewel de bloeddruk voordien bij iedereen werd genomen, wordt hij nu pas ook effectief genoteerd in het dossier. Gezien we in een groepspraktijk werken, zorgt dit voor een efficiëntere opvolging aangezien blijvende hoge bloeddrukwaarden nu tijdig kunnen worden aangepast. Het is eenvoudiger om de therapie te richten naar verschillende gemeten en genoteerde waarden dan slechts naar één waarde medicatiewijzigingen door te voeren. Deze betere gegevensregistratie bemerk ik enkel via de opvolgfiche. Bij andere patiënten worden de waarden nog te weinig opgetekend. Een attitudewijziging bij de artsen is nodig om de globale gegevensregistratie te verbeteren.

Oog- en urine onderzoek gebeuren frequenter. Jaarlijks gebeurt nu bij 21/28 patiënten urine-onderzoek, terwijl voordien slechts bij 9/28 patiënten. 16/28 patiënten gingen bij de oftalmoloog terwijl voordien slechts bij 8/28 patiënten verslagen teruggevonden werden. Tijdens het praktijkproject ondervond ik dat de oftalmoloog niet altijd verslagen van deze controles opstuurt.

Contact tussen huisarts en oftalmoloog is zeker noodzakelijk in deze opvolging. De huisarts moet dan niet gaan opzoeken of dit onderzoek al dan niet gebeurd is en of er al dan niet diabetische retinopathie aanwezig is. Ook deze communicatie is zeker belangrijk in de multidisciplinaire opvolging. De specialisten hierover aanspreken kan bijdragen tot een betere communicatie.

Podologisch nazicht gebeurt bij alle patiënten met een opvolgfiche, uitgezonderd op huisbezoek. Bij patiënten op huisbezoek wordt dit onderzoek gemeden, zeker als er geen klachten zijn. Het betreft hier meestal oudere patiënten die extra onderzoek proberen te vermijden. Het niet meenemen van een monofilament instrument is een te gemakkelijk excuus.

Er worden slechts vijf rijgeschiktheidsattesten meegegeven. 10/28 patiënten hebben geen rijbewijs of rijden niet meer met de auto. Geen enkele patiënt vraagt een nieuw voorlopig rijbewijs aan. Het ter sprake brengen van het aangepast rijbewijs blijft moeilijk. Het is de eerste keer dat de mensen hier iets van horen terwijl ze al jarenlang diabetes hebben. Is dit wel de taak van de arts om de patiënt hierover aan te spreken? De huisarts dient een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt en de aansporing tot rijbewijsaanpassing komt deze band niet ten goede. Aangezien de patiënten negatief reageren, wordt dit onderwerp vermeden.

De opvolgfiche leidt tot een frequentere opvolging met betere meetwaarden. Het invullen van deze fiche is wel zeer tijdsintensief en in het elektronisch medisch dossier weinig bruikbaar. Een discussie met beide collega's na het praktijkverbeterend project wordt gevoerd. Via een SWOT analyse worden uit de discussie en de ACIC scores de sterktes en zwaktes vastgelegd en een strategie naar de toekomst bepaald.

5.2 SWOT-analyse betreffende het praktijkverbeterend project

		Voor het doel	
		Hulpvol	Schadelijk
Organisatie	Intern	S ▪ Beter zorg- en behandelplan ▪ Overzicht bewaren ▪ Registratie en kwaliteitsmonitoring ▪ Zelfmanagement +++	W ▪ Beperkingen Windoc ▪ Geen codering ▪ Beperkt gebruiksgemak
	Extern	O ▪ Multidisciplinaire samenwerking ▪ Motivatietechnieken ▪ Fiche als huiswerk meegeven ▪ Driemaandelijkse pop-up	T ▪ Tijdsgebrek en prestatiegericht systeem ▪ Geen praktijkassistentie ▪ Beperkt zorgvernieuwend denken ▪ Geen elektronische werkwijze huisbezoek

Tabel 2: SWOT-analyse praktijkverbeterend project

5.2.1 Strenghts / Sterktes

5.2.1.1 Betere toepassing van de diabetesrichtlijnen

Met deze masterproef worden de artsen in de praktijk opnieuw met de neus op de feiten gedrukt. De richtlijnen worden overlopen en de hiaten in de diabetesopvolging worden aan het licht gesteld. De verschillende onderzoeken die dienen te gebeuren, worden opgerakeld. Door deze masterproef hebben de artsen weer oog voor een uitgebreidere opvolging, ongeacht de fiche al dan niet correct gebruikt wordt. Zo wordt er vaker een jaarlijks urine-onderzoek, oftalmologisch nazicht en voetonderzoek uitgevoerd.

5.2.1.2 Overzicht bewaren met de opvolgfiche

Aangezien we in onze praktijk met verschillende artsen werken, kunnen we met deze opvolgingsfiche het overzicht bewaren. Wanneer de fiche correct ingevuld wordt, kunnen we de bloed- en meetwaarden beter opvolgen en de nodige onderzoeken gericht aanvragen en uitvoeren. Elke arts is dan op de hoogte wat bij de patiënt al gebeurd is en welke acties nog dienen ondernomen worden. In tegenstelling tot de diabetespas vinden de collega's deze wijze van opvolgen overzichtelijker. Op één A4-formaat kunnen alle jaarlijkse onderzoeken worden genoteerd.

5.2.1.3 Registratie en kwaliteitsmonitoring

Door alle waarden op de opvolgfiche te bewaren en alle diabetespatiënten te coderen kunnen we de nodige gegevens uit het elektronisch medisch dossier gemakkelijk terugvinden en verzamelen. Op deze manier kan de registratie van de zorgtrajecten vlot verlopen. Door deze gegevens vlot te verzamelen kan kwaliteitsverbetering van chronische zorg tot stand komen.

5.2.1.4 Zelfmanagement patiënten

De opvolgfiche wordt samen met de patiënt ingevuld. Op deze manier krijgen de patiënten meer inzicht in hun aandoening en lijken ze zich meer bewust van de te volgen aanbevelingen rond gewicht, glycemie, bloeddruk,… Ook via de meegegeven folder krijgen ze extra informatie. Patiënten die voldoende ziekte-inzicht hebben, zijn meer geïnteresseerd in de opvolgfiche en letten ook op de ingevulde waarden, zij pinnen zich hierop vast om het steeds beter te doen. Om tot dit ziekte-inzicht te komen, is duidelijke informatie bij het begin van de diagnosestelling immens belangrijk. Vaak wordt aan de patiënt gezegd: 'u hebt suiker', maar de meeste mensen begrijpen de juiste betekenis niet en de gevolgen die hieraan gekoppeld zijn. Voldoende correcte informatie geven is van groot belang bij het optimaliseren van zelfmanagement.

5.2.2 Weaknesses / Zwaktes

5.2.2.1 Beperkingen softwareprogramma Windoc

Het wellicht belangrijkste struikelblok om deze masterproef te volbrengen, is het softwarepakket Windoc waarmee in de praktijk wordt gewerkt. Een duidelijke overzichtelijke manier om patiënten

op te volgen, kon niet in de dossiers worden ingevoerd via het softwareprogramma zelf. Ook andere programma's zoals Medipath van Medibridge, een specifiek opvolgprogramma voor de zorgtrajecten, kon niet aan Windoc geassocieerd worden. De medewerkers van Windoc bevestigen deze begrenzing, maar gaan hier verder niet op in. Niettegenstaande deze beperkingen blijven vele artsen kiezen voor dit softwaresysteem door de lage kostprijs. Zolang de artsen zelf niet willen investeren in een praktischer elektronisch programma zullen de opvolgmogelijkheden ook beperkt blijven. Daarentegen biedt Windoc wel een eenvoudig registratiesysteem via de SOEP-methode, waardoor het invullen niet teveel tijd en moeite kost. In een prestatiegerichte huisartsgeneeskunde blijft tijd een kostbaar gegeven en streeft men naar tijdswinst. In Windoc kunnen de resultaten zoals labowaarden, bloeddruk en gewicht niet automatisch overgezet worden naar een ander document. Daardoor worden we genoodzaakt de gegevens dubbel in te geven. Deze werkwijze is nutteloos en tijdsintensief, wat praktisch niet handelbaar is.

De opties van andere softwarepakketten kunnen we echter pas kennen als we deze programma's kunnen uitproberen. Er bestaat geen vergelijkend artikel die de voor- en nadelen van de elektronische dossiers op een rijtje zet. Pas door andere pakketten lang genoeg uit te testen, kan er een objectieve keuze gemaakt worden.

Mijn praktijkopleider werkte eerder met een ander softwarepakket SoSoeMe. Hij veranderde omdat hij niet tevreden was met de geleverde service en koos voor Windoc door zijn eenvoud. Hij is niet van plan om van softwareprogramma te veranderen aangezien hij vermoedt dat Windoc nog de nodige ontwikkelingen zal doormaken om de gepaste werkmogelijkheden te leveren.

5.2.2.2 Coderen

In het elektronisch medisch dossier wordt nauwelijks gecodeerd. Dit is te wijten aan tijdsgebrek, geen training en routinegebruik van coderen en de inefficiënte gebruikswijze van registreren. Nadat een diagnose of symptoom genoteerd wordt, moet dit woord opnieuw ingegeven worden om de juiste code eraan te koppelen. De code wordt niet automatisch gevonden wanneer deze in het SOEP systeem ingegeven wordt. De collega's vinden coderen enkel nuttig als het ergens toe leidt. Zolang het niet verplicht wordt, zal het coderen ook niet ingeburgerd geraken.

Het heeft heel wat tijd gekost om alle patiënten te overlopen en de diabetespatiënten te coderen. In de toekomst dient de patiënt bij diagnosestelling onmiddellijk gecodeerd te worden, zoniet moet de hele patiëntenlijst opnieuw overlopen worden.

5.2.2.3 Gebruiksgemak opvolgfiche

Gezien de beperkte gebruiksopties van het softwareprogramma om bepaalde gegevens te centraliseren, wordt een extern document toegevoegd. Door de beperkingen van het softwarepakket worden de gegevens, ingevuld in het SOEP systeem, en de labowaarden niet automatisch

overgeplaatst naar de opvolgfiche. Hierdoor is het invullen van de fiche wel tijdsintensief. Ook indien de gegevens samen met de patiënt schriftelijk worden ingegeven samen met de patiënt, moeten de waarden een tweede keer overgetypt worden in het elektronisch dossier. Andere beperkingen zijn de beperkte schrijfruimte voor het invullen van levensstijladvies.

5.2.3 Opportunities / Opportuniteiten

5.2.3.1 Multidisciplinaire samenwerking

Veel patiënten uit onze praktijk hebben een relatief goed geregelde HbA1c waarde. Hoewel alle diabetici nut kunnen hebben aan een bezoek bij een diëtiste, blijft het moeilijk om hen hiervoor te motiveren. Multidisciplinair overleg in team lijkt de collega's enkel nuttig in een grotere groepspraktijk, waar verschillende disciplines actief zijn. Niettegenstaande de reacties van mijn collega's, ben ik van oordeel dat multidisciplinair samenwerken en overleg essentieel is om de chronische zorg en de eerstelijnszorg doeltreffend en voordelig te laten evolueren.

Een goede schriftelijke / elektronische communicatie is zeker noodzakelijk. De beperkte briefwisseling met oa. de oftalmologen en andere zorgverleners kan verbeterd worden door verschillende opties. Er kan een verwijsbrief worden opgesteld met de specifieke vermelding tot verslag en vermelding van de HbA1c-waarde. Ook een meegegeven sjabloon met een verwacht terugantwoord kan een oplossing bieden. Het aanspreken van de verschillende zorgverleners kan hen daarenboven motiveren tot verslaggeving.

De opvolgfiche kan meegegeven of doorgestuurd worden zodat ook andere hulpverleners een goede visie krijgen op de toestand van de diabetespatiënt en hen zo kunnen bijsturen waar nodig.

5.2.3.2 Fiche meegeven als 'huiswerk' aan de patiënt

Indien er meer ruimte zou worden voorzien voor levensstijladvies zoals voeding en lichaamsbeweging, zouden de patiënten een soort van dagboek/schema kunnen bijhouden. Zo kunnen ze zelf al noteren wat ze eten en bewegen en kunnen ze zelf iets noteren als ze bij de diabeteseducator, diëtist of oftalmoloog zijn langs geweest. Zo kan de arts tijdsgerichter inspelen op de problemen die zich voordoen en het advies hiernaar richten.

5.2.3.3 Driemaandelijkse pop-up ter herinnering

Aan de start van mijn masterproef werden de patiënten frequenter opgevolgd. In het verdere verloop verminderde de aandacht en in de wintermaanden moest het soms (te) snel gaan. Ook patiënten die al een hele tijd een stabiele of lage HbA1c waarde hadden, werden niet opgevolgd volgens de diabetesrichtlijnen, hoewel ze als diabetespatiënt in het dossier gecodeerd vermeld stonden. Aangezien de artsen zelden zelf coderen, wordt er ook minder gelet op de gecodeerde zorgelementen. Een herinneringsscherm om de drie maand bij het openen van het dossier, gekoppeld aan de opvolgfiche zou hier een meerwaarde kunnen betekenen, niettegenstaande de

pop-ups van preventief onderzoek zoals een uitstrijkje of borstonderzoek nu ook vaak bewust en onbewust onmiddellijk worden uitgeschakeld. Ook in dit opzicht kan een praktischer softwarepakket met aanpasbare opties een oplossing bieden.

5.2.4 Threats / Beperkingen

5.2.4.1 Tijdsgebrek en prestatiegerichte systeem

Het stappenplan dat aangeeft wat te doen bij diabetespatiënten, is praktisch in tijd niet haalbaar in het bestaande pay-for-performance systeem. Om alles correct na te vragen en alle onderzoeken uit te voeren, is een consultatie van 20 minuten zeker te kort. De discussie om per patiënt een grotere tijdsmarge te nemen blijft tweezijdig. De drukke dagen en de vele patiënten verplichten om de consultaties te beperken in tijd. Lichaamsbeweging en voeding navragen, gewicht, bloeddruk, bloedafname,… het wordt te veel om in één consultatie te doen.

Een efficiënte opvolging kan pas gebeuren indien de bloedresultaten van de patiënten gekend zijn vooraleer ze bij de arts op consultatie komen. Meestal komen de patiënten bij de arts omdat ze nieuwe medicatie nodig hebben en pas dan gebeurt er een bloedafname. Telefonisch worden verdere afspraken gemaakt zoals medicatie-aanpassing. Maar de patiënt vergeet soms te bellen en dan wordt er geen verder gevolg gegeven aan mogelijks slechte resultaten inzake zijn diabetesopvolging. Het belangrijkste deel van de opvolging gebeurt zo via de telefoon. Het systeem van betaling per prestatie staat een efficiëntere manier van werken met een extra opvolgconsult in de weg. De patiënten deinzen ervoor terug om een tweede keer op consultatie te komen voor het bespreken van de bloedresultaten. Hierbij staat de financiële bijdrage alsook vermoedelijk het tijdsgebrek een goede werkwijze in de weg. Vaak wordt deze manier van werken in de hand gewerkt door de aangeleerde gewoontes van de arts door hun patiënten te laten bellen voor hun bloedresultaten.

De patiënt dient best twee keer te worden gezien zodanig dat de bloedresultaten ook samen kunnen besproken worden. Op deze manier kan de diabetesconsultatie ook in twee stukken verdeeld worden en kunnen de onderzoeken en het advies worden opgesplitst. Ook het uitgebreider levensstijladvies dient niet in één consultatie te worden gegeven. Men legt beter de focus op één onderdeel, bv voeding en het volgende trimester eerder op een ander topic.

5.2.4.2 Praktijkassistentie

In plaats van twee consultaties (mn. bloedafname en bespreking) is een voorafgaand bloedafname in het labo een goede optie. De resultaten en eventuele aanpassingen kunnen dan worden besproken bij de arts zelf. De afstand tot het labo waar we mee samenwerken vormt hierbij een groot struikelblok. Het laboratorium bevindt zich in Evergem, meer dan 50 km van onze praktijk vandaan. De laboverpleegkundigen wilden wel meewerken aan het project, maar enkel als de mensen geclusterd konden geprikt worden, wat praktisch moeilijk haalbaar is.

Ook een verpleegkundige / praktijkassistente kan deze taken op zich nemen, maar daarbij moet in acht genomen worden dat er nu al een tekort aan verpleging is en dat de loonlast in België hiervoor vrij hoog ligt.

Toch zien mijn collega's een praktijkassistente in de toekomst wel zitten, maar dan wel onder bepaalde voorwaarden. Het huidige patiëntenbestand moet groter worden. Een praktijkassistente moet betaalbaar zijn. Pas wanneer er 75% van het huidig inkomen kan behouden worden voor de arts zelf, kan dit een mogelijke optie zijn. Eén van de collega's stelt wel dat de tijd die hij zou uitsparen door de hulp van een assistente, hij deze tijd dan zou nemen voor andere dingen, zoals een uitgebreidere persoonlijke anamnese, meer preventieve handelingen,… en er zo ook geen tijdswinst zal worden behaald.

Een oplossing voor deze beperkingen zocht het pilootproject 'Zorgtraject Aalst'. Zij richtten een diabeteshuis op waar een verpleegkundige de taken van voetonderzoek, bewegingsadvies en voedingsadvies overneemt. Zo wordt de huisarts van enkele topics ontlast.
Dit Huis en de nieuwe hulpverleners betekenen natuurlijk weer een nieuwe drempel die de patiënten moeten overwinnen.

5.2.4.3 Motivatietechnieken

Het ontbreekt nog aan motivatietechnieken om de patiënten naar andere gespecialiseerde zorgverleners te verwijzen. Deze fiche dient als houvast om aan de patiënt te tonen op welke vlakken er nog werk is en op welke manier zij nog verder geholpen kunnen worden. Aangezien deze patiënten nog te weinig bij een podoloog, diabeteseducator of diëtist terechtkomen, kan een opleiding over motivatietechnieken vooruitgang brengen.

5.2.4.4 Beperkingen tot zorgvernieuwing

Als we onze huisartsenpraktijk onder de loep nemen, dan staan we niet te springen om als eerste een nieuwe richtlijn te implementeren. Als praktijk kan ik stellen dat we tot de groep van de voorlopers behoren. Er zullen enkel ideeën worden overgenomen indien die tegemoet komen aan de huidige noden. Bij veel patiënten zijn we al overtuigd een goede diabeteszorg te leveren waardoor het afsluiten van een zorgtrajectcontract niet noodzakelijk wordt geacht. Gezien de complexiteit van de aandoening zorgt deze opvolging voor een complexe en tijdsintensieve aanpak en kunnen de richtlijnen niet strikt en volledig opgevolgd worden. Ook op organisatorisch vlak staan we met ons softwarepakket nog achter om deze richtlijnen correct te implementeren. Met de opvolgfiche is er een poging gedaan om de organisatorische achterstand weg te werken, maar er is nog steeds werk aan de winkel.

5.2.4.5 Opvolgfiche op huisbezoek

Bij de patiënten die chronisch op huisbezoek worden gezien, is er absoluut geen meerwaarde van de opvolgfiche. Daar wordt met een papieren thuisdossier gewerkt en de gegevens worden niet overgenomen in het digitale dossier. Aangezien we onze computer niet meenemen tijdens het

huisbezoek is een elektronische fiche niet mogelijk. Ook in de toekomst lijkt de computer op huisbezoek geen optie. De collega's vinden het elektronisch dossier voor louter chronische controle op huisbezoek weinig zinvol, medicatie-aanpassing noteren zou echter wel elektronisch nuttig zijn.

Een papieren versie van de opvolgfiche wordt snel aan de kant geschoven aangezien de meeste gegevens in het papieren thuisdossier vermeld worden en hier dubbel werk liefst vermeden wordt. De bloedresultaten worden telkens in het mapje bijgevoegd. Bloeddruk en nuchtere glycemie worden op het communicatieblad genoteerd. Op deze manier gaat de evolutie naar een gedeeld elektronisch patiëntendossier wel verloren. De stap naar een elektronisch medisch platform kan niet slagen als men blijft werken met papieren dossiers. Anderzijds zijn we in de regio de enige artsen die met een thuisdossier werken. Gezien we met drie samenwerken, is deze schriftelijke overdracht enorm belangrijk. Ook tijdens de wachtdienst betekent dit thuisdossier een grote meerwaarde.

5.3 Toekomstvisie

De opvolgfiche geeft jaarlijks een duidelijk overzicht van de uitgevoerde onderzoeken en het geleverde advies. Toch is er nog héél wat werk aan de winkel om deze opvolgmethode praktischer te maken. Een document waarin de onderzoeken en resultaten automatisch uit het dossier worden geëxtraheerd, levert meer tijdswinst op en kan op lange termijn beter behouden blijven. De haalbaarheid van de samenwerking met een laboverpleegkundige kan in verder onderzoek gecheckt worden. Coderen van alle ziektebeelden en tijdens elke consultatie is een absoluut werkpunt naar de toekomst. Coderen kan helpen om makkelijker gegevens te bekomen, feedback te krijgen en hierdoor ook kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen. Een pop-up met hieraan de opvolgfiche gekoppeld in het elektronisch medisch dossier kan helpen om de gegevens frequenter te noteren en de driemaandelijkse controle te attenderen. Een overzicht van de voor- en nadelen en mogelijke opties van alle medische softwarepakketten kan de arts beter helpen beslissen voor welk programma te kiezen naargelang de eigen noden en werkmethodes. De patiënt mee betrekken in de diabeteszorg met behulp van een gedeeld medisch dossier kan verder zelfmanagement en ziekte inzicht bevorderen. Dit gedeeld beheer kan de zorg verscherpen, want ook de patiënt kijkt mee. Tot slot kan een opleiding over motivatietechnieken de arts meehelpen de patiënt door te sturen naar de gespecialiseerde zorgverleners om zo uiteindelijk te komen tot een effectieve multidisciplinaire chronische zorg.

6 BESLUIT

De kwaliteit van zorg voor diabetespatiënten verbeterde wel gezien de beter gecontroleerde HbA1c waarde, de notitie van levensstijladvies, bloeddruk en gewicht, het beter uitgevoerd voetonderzoek, frequentere doorverwijzing naar de oftalmoloog en een jaarlijks urine onderzoek. Door deze masterproef kregen de artsen opnieuw meer aandacht voor een efficiëntere diabetesopvolging. De elektronische opvolgfiche zelf zorgt ervoor dat het jaarlijkse overzicht duidelijk kan bewaard worden, maar lijkt echter door het beperkt gebruiksgemak en de tijdsinvestering van het invullen geen blijvende meerwaarde te bieden voor de praktijk. De beperkte opties in het elektronisch medisch dossier en de ontoereikende service van Windoc beletten een adequate werkwijze met deze fiche en daardoor ook een efficiënte opvolging van chronische patiënten. De artsen zelf moeten hun elektronisch dossier beter beheren door te coderen en de meetwaarden grondiger te registreren. Praktische aanpassingen in het softwareprogramma specifiek gericht op de zorg voor chronische patiënten kunnen tot tijdswinst en dus ook tot een doelmatige oplossing leiden.

Hoewel de fiches bij deze patiënten worden ingevuld, hebben deze te weinig weerslag op hun verder zorgbeleid. Er moet ook effectief aandacht worden geschonken aan de afwijkende waarden. Men moet multidisciplinair te werk gaan en de patiënten zo nodig verder doorverwijzen naar een diabeteseducator, diëtist en podoloog. Motivatietechnieken kunnen de arts helpen om de patiënt verdere stappen te laten ondernemen en hun levensstijl aan te passen. Een uitgebreid zorg- en behandelplan voor chronische patiënten kan pas volledig gerealiseerd worden door voldoende tijd te voorzien en dit door wijzigingen in het tot nu toe bestaande prestatiegerichte consultatiesysteem.

7 REFERENTIES

1. International Diabetes Federation. The IDF diabetes atlas, 5th ed., Brussels: International Diabetes Federation; 2011. http://www.eatlas.idf.org/.
2. Wens J, Van Casteren V, Vermeire E et al. Diagnosis and treatment of type 2 diabetes in three Belgian regions; registration via a network of sentinel general practices. Eur J Epidemiol 2001;17:743-750.
3. Scheen A, Tilman A, Gaal L, Annemans L. Gezondheidseconomische aspecten van type 2 diabetes. Tijdschr vr Geneeskunde, 1999; 55 (24): 1753-1759.
4. Westhovens R. Mogelijkheden en barrières bij zorgtrajecten voor de chronisch zieke patiënt. Tijdschr vr Geneeskunde 2011; 67, 7: 353-354.
5. Wagner E. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1998; 1 (1): 2-4.
6. Bonomi A, Wagner E, Glasgow W, Vonkorff M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure uality Improvement. HSR: Health Services Research 2002; 37 (3): 791-792.
7. Wens J, Nobels F, Baeten H, et al. De invoering van een diabetespas in België. Een opportuniteit voor een betere diabeteszorg. Huisarts Nu 2003; 32: 138-46.
8. Wens J, Nobels F. De diabetespas in België: een evaluatie na 18 maanden beschikbaarheid. Huisarts Nu 2005. In press.
9. Goderis G, Mathieu C. Het Transmurale zorgtraject diabetes mellitus type 2. Tijdschrift voor Gneeskunde 2010, 66, 22: 1094-1101.
10. Nobel F et al. Diabetes Project Aalst: chronic disease management. Vlaams tijdschrift voor diabetologie, 2008, 2: 7-13.
11. Sunaert P et al. Het diabetesproject Aalst: Ontwikkeling en implementatie van een regionaal zorgprogramma voor diabetes type 2 in de eerste lijn (deel 1). Huisarts nu, 2008; 37 (2): 76-81.
12. Sunaert P et al. Het diabetesproject Aalst: Ontwikkeling en implementatie van een regionaal zorgprogramma voor diabetes type 2 in de eerste lijn (deel 2). Huisarts nu, 2008; 37 (5): 253-260.
13. Sunaert P, Vandekerckhove M, Bastiaens H et al. Verwijzing van diabetespatiënten naar een educatieprogramma: Waarom aarzelen huisartsen? Huisarts nu 2012; 41 (6): 284-285.
14. Sunaert P et al. Effectiveness of the introduction of a Chronic care Model-based program for type 2 diabetes in Belgium. BMC Health Services Research 2010; 10, 207: 1-11.
15. www.zorgtraject.be .Educatie en materiaal buiten zorgtraject diabetes: programma educatie en zelfzorg.
16. Wens J. Randvoorwaarden voor een goede diabeteszorg. Huisarts Nu 2005; 34 (9): 467-473.
17. Crosson J et al. Electronic Medical Records and Diabetes Quality of Care: Results From a Sample of Family Medicine Practices. Annals of family Medicine 2007, 5 (3): 209-215.
18. Van der Stighelen V, Burggraeve P, Geudens L et al. Hefbomen en barrières bij het gebruik van EMD en elektronische communicatie door huisartsen. Domus medica nov 2012.
19. Verbeke M, Schrans D. The International Classification of Primary Care (ICPC-2): an essential tool in the EPR of The GP. 2006.
20. Het Elektronisch Medisch Dossier: we willen wel coderen, maar we kunnen niet! Oproep van afstuderende artsen K.U.leuven aan de producenten van EMD en de overheid. Beschikbaar via URL: http://www.kuleuven.be/nieuws/berichten/2011/pb27_06_2011.html.
21. Van Gestel L, Fiers T. Onlinetoegang tot het EMD: de visie van de patiënt. Tijdschr voor Geneeskunde 2009, 65; 13: 623-625.
22. Ludwick D, Doucette J. Primary Care Physicians' experience with electronic medical records: barriers to implementation in a fee-for-service environment. International Journal of Telemedicine and Applications, 2009: 1-9.
23. The pocketbook impact of electronic health records CMAJ, 2010: 182 (8): 752-754.
24. Wens J. Praktijkorganisatie en de kwaliteit van diabeteszorg. Huisarts nu 2010 39 (2): 42-43.

25. Vandenberghe H, Bastiaens H, Jonckheer P et al. Kwaliteitsbevordering in de huisarts-geneeskunde op basis van registratie van praktijkgegevens: diabetes type 2 en hypertensie.Brussel, 2003, Wetenschappelijk instituut volksgezondheid.
26. NHG en LHG, Overzicht en definitie van diabetesindicatoren huisartsenzorg, 2007.
27. Romijn E. Huisartsen maken diabeteszorg transparant. Diabetesspecialist, 2008, 26: 2-3.
28. Van Overloop M. Registratie zorgtrajecten vanaf 1 mei. Domus medica 2012.
29. Berwick D. Disseminating innovation in healt care. JAMA 2003; 289 (35): 3939-3975.
30. Greenhalgh T, Robert G, Macfarle F, et al. Diffusion of innovations in service organisations: Systematic review and recommandations. The Milbank Quarterly 2004; 82 (4): 581-639.
31. Rogers Everett M. Diffusion of Innovations. 4th ed. New York: Free Press, 1995.
32. Wens J, Sunaert P, Nobels F et al. Diabetes Mellitus type 2: Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts nu 2005: 1-52.
33. Wens J. Behandeling van hyperglycemie bij diabetes mellitus type 2. Huisarts nu 2012; 41(6): 263-269.
34. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002; 7, 346(6): 393–403.
35. Gillies C, Abrams K, Lambert P et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. BMJ 2007; 334: 299-307.
36. Herman W, Hoerger T, Brandle M, Hicks K et al. The Cost-Effectiveness of Lifestyle Modification or Metformin in Preventing Type 2 Diabetes in Adults with Impaired Glucose Tolerance. Ann Intern Med. 2005; 1, 142(5): 323–332.
37. The Diabetes Prevention Program Research Group. Impact of Intensive Lifestyle and Metformin Therapy on Cardiovascular Disease Risk Factors in the Diabetes Prevention Program. Diabetes Care. 2005; 28(4): 888–894.