De transmurale communicatie bij het opstarten van het zorgpad diabetes mellitus type 2 en het Huis voor Chronische Zorg (in de regio Sint-Truiden)

Ronald Meuwissen, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. A. Mertens

Praktijkopleider: Dr. T. Raskin

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context:
De laatste decennia is er een grote tendens van acute zorg naar chronische zorg in de Westerse wereld. Deze omschakeling houdt in dat de medische zorg en de hulpverleners zelf ook mee moeten veranderen van een retroactieve vraag gestuurde manier van werken naar een proactieve aanpak. Momenteel slagen we er niet in om mensen met diabetes te genezen, maar door een intensieve begeleiding en behandeling kunnen we het aantal complicaties aanzienlijk verlagen en bijgevolg de levenskwaliteit verhogen. De huisarts fungeert als spilfiguur om deze multidisciplinaire zorg te organiseren tussen eerste en tweede lijn.

Onderzoeksvraag:
In mijn Manama-thesis hoop ik een antwoord te kunnen geven op volgende vragen:
Kunnen we de multidisciplinaire samenwerking tussen eerste en tweede lijn optimaliseren in de regio Sint-Truiden? Wat zijn momenteel de zorgnoden en op welke manier kunnen we deze knelpunten aanpakken? Op welke manier kan het project 'Huis voor Chronische Zorg' hier zijn rol in spelen?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Ik heb gezocht in de literatuur naar artikels over het Chronische Zorgmodel van Wagner, dat aan de basis ligt van de ontwikkeling van het Zorgtraject Diabetes. Daarnaast ben ik rechtstreeks gaan zoeken naar de resultaten van de pilootprojecten in Aalst en Leuven. Door middel van een enquête met open en gesloten vragen wil ik concrete knelpunten en eventuele verbetersuggesties ontdekken die momenteel aangevoeld worden bij zowel huisartsen als specialisten in de regio Sint-Truiden. Om zo veel mogelijk respons te ontvangen heb ik gewerkt met een papieren versie waarmee ik artsen persoonlijk ging uitnodigen tot deelname, en een digitale versie om een breder publiek te kunnen bereiken.

Resultaten:
In totaal hebben 58 huisartsen en 34 specialisten de enquête ingevuld (ongeveer 60% van de doelgroep) wat nauw aanleunt bij het vooropgestelde doel. Alle artsen zijn het er over eens dat er een noodzaak is tot multidisciplinaire samenwerking voor de patiënt. Ze zijn ook bereid om hier actief hun steentje aan bij te dragen. Huisartsen werken al samen met een breed netwerk van hulpverleners in de eerste lijn (thuisverpleegkundigen, diabeteseducatoren en diëtisten) om diabeten goed te ondersteunen. Ze vinden dat deze samenwerking een meerwaarde biedt. Ook specialisten werken veel samen met diabeteseducatoren en diëtisten. De meest voorkomende zorgnoden die zowel huisartsen als specialisten aangeven rond de multidisciplinaire samenwerking van diabetes zijn een nood aan een algemeen communicatiemedium, concrete taakafspraken tussen de verschillende hulpverleners, kennis van de andere hulpverleners, gebrek aan (up-to-date) kennis van de pathologie en tijdsgebrek. Daarnaast zien we dat de financiële kant ook meer en meer een struikelblok vormt. Het Huis voor Chronische Zorg kan op korte termijn een sleutelrol vervullen in de multidisciplinaire samenwerking in de regio Sint-Truiden. Uit de enquête blijkt dat 2 op 3 huisartsen patiënten willen doorverwijzen. Van de artsen die momenteel nog weigerachtig tegenover het project staan is de helft op termijn nog te overtuigen.

Conclusies:
De kernboodschap die uit de enquête naar voor komt is dat huisartsen en specialisten beseffen dat een multidisciplinaire samenwerking essentieel is voor goede medische zorg voor een chronische patiënt. De samenwerking is momenteel nog niet optimaal, maar een meerderheid van artsen is bereid om hieraan te werken. Enkele zorgnoden kunnen we zelf aanpakken, voor andere moeten we beroep doen op externe spelers. We weten nu waar huisartsen en specialisten knelpunten zien waardoor we hierop kunnen anticiperen. De kerngroep zal later deze theorie trachten om te zetten naar de praktijk en op die manier de samenwerkingskloof tussen eerste en tweede lijn rond diabetes verkleinen in de regio Sint-Truiden.

Inhoudsopgave

Inleiding 3

Onderzoeksvraag 5

Zoekstrategie 5

Literatuurstudie 5

- **Chronic Care Model 5**
- **Diabetesproject Leuven 9**
- **Diabetesproject Aalst 11**

Methode 12

Resultaten.....14

Discussie 18

- **Nood aan een algemeen communicatiemedium 19**
- **Kennis van de andere partners 20**
- **Concrete afspraken tussen de betrokken hulpverleners 22**
- **Kennis van de pathologie 22**
- **Tijdsgebrek 23**
- **Financieel aspect 24**
- **Huis voor Chronische Zorg 24**

Conclusie 25

Dankwoord 26

Referenties 27

Bijlagen 28

Inleiding

De laatste decennia is er een grote tendens van acute zorg naar chronische zorg in de Westerse wereld. De vergrijzing van de bevolking, een verandering van levenswijze en het verbeteren van de acute zorg zijn enkele oorzaken van deze trend. Deze omschakeling naar chronische zorg houdt in dat de medische zorg en de hulpverleners zelf ook mee moeten veranderen van een retro-actieve vraag gestuurde manier van werken naar een proactieve aanpak. (1)

Diabetes is één van de belangrijkste chronische ziekten op dit moment en op termijn zal dit steeds belangrijker worden door de hoge mortaliteit, morbiditeit en de hoge maatschappelijke kost. Patiënten dragen jarenlang het etiket van diabeet met zich mee zonder dat ze ook maar enige klachten ondervinden. Het gevaar zit hem in de complicaties van de ziekte! Tot vandaag de dag slagen we er niet in om mensen met diabetes te genezen, maar door een intensieve begeleiding en behandeling kunnen we het aantal complicaties aanzienlijk verlagen en bijgevolg de levenskwaliteit verhogen. Deze verwikkelingen kunnen verschillende organen en lichaamsdelen aantasten zoals de huid, ogen, nieren, bloedvaten, … Als ze ontdekt worden, dienen deze complicaties opgevolgd te worden door de desbetreffende specialist. De huisarts fungeert als centrale rolspeler om al deze zorg te organiseren tussen eerste en tweede lijn. Een goede multidisciplinaire samenwerking wordt gezien als de belangrijkste pijler van de chronische zorg. (2-4)

Natuurlijk speelt de patiënt ook een cruciale rol in dit verhaal. Er wordt van hem verwacht dat hij de afgesproken doelen tracht na te streven. Zijn leven zal een andere richting inslaan doordat hij op zijn voeding en gewicht moet letten, hij zal regelmatig bij dokters moeten langsgaan voor controle-onderzoeken en eventueel zichzelf dagelijks prikken. Deze veranderingen vergen veel van hem.

Om deze zorg voor patiënten en artsen wat aantrekkelijker te maken is de overheid de laatste jaren gestart met enkele projecten. Zo is er de diabetespas, de diabetesconventie en sinds enkele jaren het zorgtraject diabetes om patiënten bij te staan, maar het helpt ook artsen om een betere structuur te krijgen in de zorg van de diabeet. (4)

Ik ga trachten in dit Manama-project samen met mijn promotor de multidisciplinaire samenwerking tussen eerste en tweede lijn te verbeteren in de regio Sint-Truiden. Ik vind het belangrijk om te weten waar de knelpunten zitten. Vandaar dat ik beroep heb gedaan op alle bereidwillige specialisten en huisartsen, om door middel van enquêtes een idee te krijgen over de huidige diabeteszorg in de regio en welke verbeteringen er mogelijk zijn. Op 3 februari 2012 werd er in Sint-Truiden een 'Huis voor Chronische Zorg' opgericht waar patiënten met chronische ziekten, diabeten in het bijzonder, door een team van paramedici worden opgevolgd. Ik ga de start van dit project van dichtbij volgen en trachten om samen met alle hulpverleners van de omgeving een betere diabeteszorg voor de patiënt te creëren in de regio Sint-Truiden.

Onderzoeksvraag

Hoe kunnen we de zorg voor patiënten met diabetes verbeteren in de regio Sint-Truiden? Kunnen we de multidisciplinaire samenwerking tussen eerste en tweede lijn optimaliseren? Wat zijn momenteel de zorgnoden en op welke manier kunnen we deze knelpunten aanpakken? Op welke manier kan het project 'Huis voor Chronische Zorg' hier zijn rol in spelen?

Zoekstrategie

Ik heb eerst gezocht naar richtlijnen via NHG-standaarden en Domus Medica. Vervolgens heb ik meerdere publicaties gevonden over dit onderwerp door gebruik te maken van CEBAM en pubmed databanken via de zoektermen 'diabetes', 'chronic care model' en 'Belgium'. Ik ben rechtstreeks naar de onderzoeksresultaten van de pilootprojecten Aalst en Leuven gaan zoeken waardoor ik enkele extra publicaties aantrof. Tenslotte heb ik in het archief van 'Tijdschrift voor Geneeskunde' nog een interessant artikel (1) gevonden.

Literatuurstudie

Het idee waarbij we proberen de multidisciplinaire samenwerking rond diabetes tussen eerste en tweede lijn te optimaliseren is gebaseerd op het Chronic Care Model van E. Wagner.

Dit model gaat uit van een systeem van doelgerichte gecoördineerde interventies en communicatie in de gezondheidszorg voor bevolkingsgroepen met ziektebeelden waarin zelfzorg van de patiënt een belangrijke pijler is voor het uiteindelijke zorgresultaat.

Het chronic care model is gevestigd op 6 basisprincipes (1-2, 4-5):

1. Ondersteuning van de zelfzorg (self-management support)
   De patiënt wordt als volwaardige partner beschouwd. De taak van de artsen en andere hulpverleners bestaat erin om de zorg rond de patiënt te optimaliseren. De patiënt heeft uiteindelijk het laatste woord en is zelf verantwoordelijk of hij deze zorg al dan niet aanvaardt.

2. Organisatie van de hulpverlening (delivery system design)
   Zoals reeds vermeld is het noodzakelijk bij diabetes om een goede organisatie van hulpverleners rond de patiënt samen te krijgen. Het principe van gedeelde zorg ('shared care') houdt in dat er een goed gestructureerd, multidisciplinair team gevormd wordt rond de patiënt waarin de kennis en de mogelijkheden van de eerste en tweede lijn zijn geïntegreerd en waarbij ieder zijn taken kent. Enkele belangrijke factoren om deze organisatie te doen slagen, zijn een regelmatig overleg tussen de verschillende zorgverleners en een vlotte informatiedoorstroming.

3. Ondersteuning van beslissingen (decision support)
   Vooraleer er kan gestart worden met een zorgmodel, dienen er richtlijnen gemaakt te worden waaraan elke hulpverlener zich houdt. Dit protocol wordt evidence-based (indien evidence hierover bestaat) ontwikkeld vanuit internationale richtlijnen. Er wordt beslist wat de optimale zorg inhoudt en welke haalbare doelen patiënten dienen te bereiken. Het protocol moet toetsbaar zijn zodat het op een later tijdstip geëvalueerd kan worden.

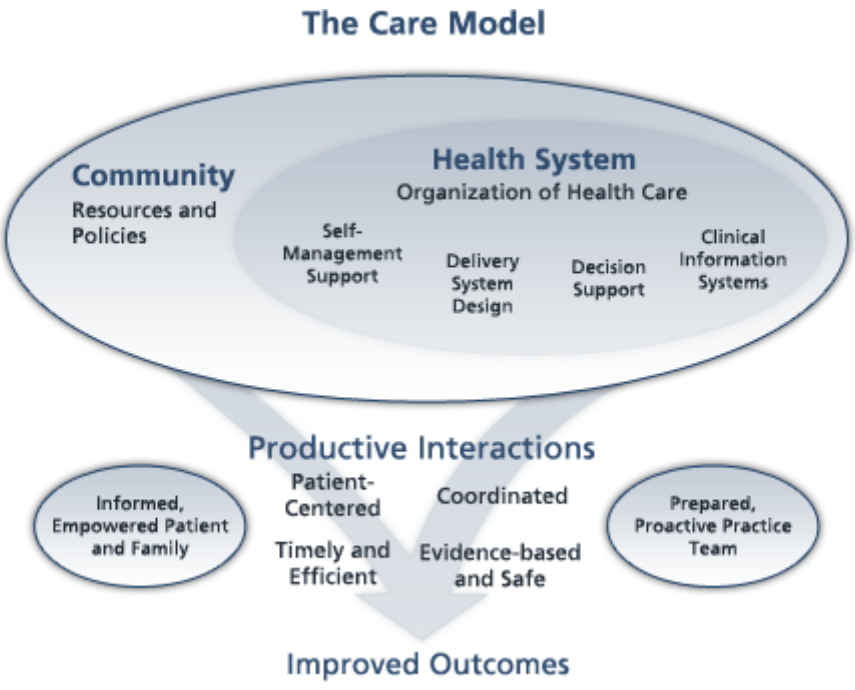
4. Klinische informatiesystemen (clinical information systems)
   Het is noodzakelijk dat men beschikt over een informatiesysteem waarbij alle informatie die door de verschillende zorgverleners verkregen wordt, eenduidig en eenvoudig kan geregistreerd worden en verder kan overgedragen worden naar medewerkers.

5. Maatschappelijke ondersteuning (community resources & policies)
   Als een maatschappij een project ondersteunt, heeft dit vooral financiële en structurele voordelen. Uit onderzoek is gebleken dat betaling per prestatie de uitbouw van een aantal aspecten van de chronische zorg afremt. Een gesubsidieerd systeem heeft als voordeel dat de nodige zorg (educatie, coördinatie, preventie, …) op een zeer efficiënte manier gerealiseerd kan worden.

6. Organisatie van de gezondheidszorg (organisation of health care)

   Het is van belang dat het zorgsysteem goed georganiseerd is, meer bepaald door iemand die alles coördineert. De huisarts vervult deze functie bij het chronisch zorgmodel diabetes doordat hij op de hoogte is van de voorgeschiedenis en medicatie van de patiënt, maar eveneens zijn bio-psycho-sociale karakter kent. Hij staat ook in nauw contact met de andere eerstelijnshulpverleners en met de specialisten van de tweede lijn. Als deze rol niet vervuld kan worden, wankelt het hele systeem.

   In België is de federale overheid bevoegd voor de curatieve gezondheidszorg en de gemeenschappen zijn bevoegd voor de preventieve gezondheidszorg. Bij diabetes hebben we te maken met een pathologie die nauw verweven ligt bij zowel de curatieve als preventieve gezondheidszorg. Dit brengt met zich mee dat het soms lang duurt vooraleer er beslissingen worden genomen en uitgevoerd.



Bron: http://www.fachc.org/health-dc-planned-care.php

Jammer genoeg is er dikwijls sprake van een kwaliteitskloof. Dit is het verschil tussen de optimale theoretische zorg en de zorg in de praktijk. Met dit werk ga ik trachten deze kwaliteitskloof beetje voor beetje kleiner te maken. (1)

- Patiënten dienen heel veel inspanningen te leveren om de vooropgestelde doelen te halen. Onvoldoende therapietrouw wordt dikwijls als reden gegeven bij het falen van de behandeling. Door de hoge eisen waaraan de patiënten moeten voldoen, is het noodzakelijk dat ze steeds gemotiveerd blijven. Zowel psychisch als sociaal is het daarom belangrijk dat ze ondersteund worden. Alle hulpverleners zouden moeten rekening houden met de draagkracht van een patiënt. (2)
- Als patiënten een volwaardige partner willen zijn in het chronisch zorgmodel, en bijgevolg verantwoordelijkheid moeten dragen over medische beslissingen, is het nodig dat ze over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om deze taak op zich te nemen. (2)
- De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van de kwaliteitskloof is de multidisciplinaire samenwerking. Hier bestaan naar mijn mening dan ook de grootste winstmogelijkheden om deze kloof te verkleinen. Enkele factoren die het transmurale samenwerken bemoeilijken, zijn onbekendheid van de taakinhoud van andere disciplines, onduidelijke taakafspraken en gebrekkige communicatie. Bijkomende belemmeringen zijn het gebruik van vaktaal, verschillen in professionele werkmethoden en werkmodellen, macht- en statusspelletjes, verschillen in visie op verantwoordelijkheid, verschillen in verloning, werkvoorwaarden en erkenning. Daarom is het van belang om een goed protocol op te stellen wat betreft taak- en werkafspraken, afspraken rond communicatie en registratie zodat gelijkwaardig functioneren mogelijk is. (1-3)
- Een protocol dat overgenomen wordt vanuit de internationale richtlijnen is in de praktijk niet altijd zo gemakkelijk uit te voeren. Belangrijk voor het opstellen van een protocol is dat alle zorgverleners hierin geloven en er zich aan houden. Vandaar dat het belangrijk is om een protocol te ontwikkelen met alle zorgverleners samen (bottom-up) met als basis de internationale richtlijnen. Door middel van enquêtes bij alle artsen uit de regio hoop ik deze bottom-up benadering te creëren. Er moet een positivisme bestaan wat betreft het protocol onder alle zorgverleners. (2,6)

- Een goed protocol opstellen waarin iedereen zich kan vinden is dus zeer moeilijk. Jammer genoeg wordt het nog erger doordat het protocol veranderlijk is omdat nieuwere studies het protocol dwingen up-to-date te blijven. Hierdoor is het noodzakelijk dat er regelmatig bijscholingen georganiseerd worden om de kennis en vaardigheden op te frissen. (2)
- Tijdsgebrek wordt altijd naar voor geschoven als een van de belangrijkste knelpunten voor chronische zorg. Dit zal verder ook blijken uit mijn enquête. Patiënten komen wel regelmatig op consultatie voor acute pathologie, maar telkens blijft er zeer weinig tijd over om in te gaan op die chronische ziekten.
- Een gebrekkige registratie van gegevens zorgt voor een onvolledig medisch dossier. De evolutie van de chronische ziekte van de patiënt en algemene tendensen van de chronische zorg worden hierdoor gemist. (3)

In het verleden zijn er al meerdere projecten geweest in regio's wat betreft multidisciplinaire samenwerking rond diabetes. De diabetesprojecten in Leuven en Aalst zijn belangrijk geweest om het belang voor de patiënt aan te tonen van interdisciplinair teamwork. Het zorgtraject diabetes is een gevolg van de duidelijk positieve resultaten van deze projecten.

1) *Diabetes project Leuven (1,7)*

   Deze studie werd gepubliceerd in 2009 na een onderzoek bij diabetici in de regio Leuven. In totaal werden 2495 patiënten geïncludeerd in de studie. Deze patiënten werden gedurende 18 maanden gevolgd. 120 huisartsen waren bereid actief mee te werken.

   Het opzet van de studie was om te vergelijken of er een verschil kon aangetoond worden bij bepaalde parameters (HbA_{1c}, systolische bloeddruk, LDL) door patiënten op te laten volgen door de eigen huisarts (groep 1) ofwel door een interdisciplinair team. In deze laatste groep werd er vervolgens nogmaals onderscheid gemaakt tussen een basisprogramma (groep 2) en een intensieve ondersteuning (groep 3). Het basisprogramma hield een ondersteuning in van huisarts, endocrinoloog, diabeteseducator, diëtist en oftalmoloog. Daarbij werd de huisarts uitgenodigd voor extra bijscholingen en werd hij bij start en einde voorzien van feedback.

De patiënten uit de groep 'intensieve ondersteuning' kon rekenen op dezelfde hulp als diegene van het basisprogramma, maar zij konden extra beroep doen op diabeteseducatoren aan huis en eventueel een gezondheidspsychologe en ze kregen materiële ondersteuning (glucometers, strips, …). Deze huisartsen werden getraind tijdens extra lessen om de therapietrouw te verhogen door levensstijlaanpassingen te motiveren. Ze kregen meer feedback en konden beroep doen op een breder netwerk.

De resultaten toonden dat patiënten die zich hadden ingeschreven voor een interdisciplinair zorgplan een grote vooruitgang hadden gemaakt in vergelijking met de patiënten die enkel door de huisarts werden behandeld. Deze vooruitgang was vooral te merken op het HbA_{1c} en de LDL.

In tegenstelling tot wat men verwacht had, bedroeg er geen representatief verschil tussen groep 2 en groep 3 in resultaten. Men kon dus geen betere resultaten verkrijgen door de patiënt die voor interdisciplinaire zorgverlening kiest, nog intensiever bij te staan.

Een kwaliteitsvolle taakafbakening, gedeelde verantwoordelijkheid met duidelijk gedefinieerde doelen en de training van het team voor de start van het project zijn vereisten om van een succesvol team te kunnen spreken. Dit is een voorwaarde voor goede interdisciplinaire zorg.

Een sterkte van dit onderzoek is het gebruik van de 6 dimensies van het chronic care model zoals hierboven beschreven.

Achteraf werden een twintigtal artsen geïnterviewd over hun ervaringen over dit project. Er werd quasi unaniem enthousiast over het project gereageerd. Enerzijds merkten ze dat de interdisciplinaire relaties verbeterd waren. Door samen te werken werd hun netwerk groter en de samenwerking creëerde een respect voor de ander zijn werk. Anderzijds werd er met meer vreugde gewerkt. Men had het gevoel dat men professionelere zorg aan het verlenen was en patiëntrelaties verbeterden doordat patiënten zich meer gewaardeerd voelden.

2) *Diabetes Project Aalst (6)*

Deze studie werd in 2003 gelanceerd en duurde 3 jaar. In het begin vond er een observatie van de regio plaats om achteraf actie te ondernemen. De bedoeling van dit project was om te kijken of het mogelijk was om een diabetesproject, dat gebaseerd is op het theoretisch chronisch zorgmodel van Wagner, te lanceren in een regio in Vlaanderen en of het kosteneffectief zou zijn.

In de voorbereidende fase werden er gegevens over de regio, de patiënten en de zorgverleners verzameld. In totaal werden er 455 diabetespatiënten van 40 huisartsen (48% van de doelgroep) bij de studie betrokken.

Eerst werd er vastgesteld wat de zorgnoden waren in de regio. Zo bleek dat er nood was aan concrete taakafspraken. Men kende elkaars vakgebied niet voldoende, er bleek een tekort aan sommige hulpverleners en er was nood aan educatie voor patiënt en (para)medici.

Kleine intradisciplinaire werkgroepen werden opgericht om samen een zorgprotocol op te stellen met werkdoelstellingen voor elke discipline. Hierdoor werd er tegemoet gekomen aan de vraag voor concrete taakafspraken.

Vervolgens werd er een complexe interventie uitgevoerd waar huisartsen, een centrale zorgcoördinator en 2 diabeteseducatoren een centrale rol vervullen.

Uiteindelijk werd er geconcludeerd dat het mogelijk is om een dergelijk project in Vlaanderen op te starten en dat de kosten haalbaar zijn. Drie jaar opstarttijd bleek wat weinig, maar toch participeerden uiteindelijk een meerderheid van de huisartsen uit de regio en kon er een significante verbetering van de zorg worden vastgesteld.

Volgende voordelen kwamen naar boven uit de studie:

- De bottom-up aanpak zorgde voor een goed zorgprotocol, waarbij elke zorgverlener een sterke betrokkenheid voelde.
- Diabetesverpleegkundigen hebben een belangrijke rol in de patiënteneducatie en als ondersteuning van de huisarts.
- De tweede lijn neemt de coaching van de eerste lijn op zich.

Methode

In de regio Sint-Truiden zijn er een honderdtal huisartsen die hoofdzakelijk georiënteerd zijn naar het Sint-Trudo ziekenhuis in Sint-Truiden. In dit ziekenhuis werken een zestigtal specialisten. Om bottom-up te werken wil ik vertrekken rond de zorgnoden die momenteel aangevoeld worden bij zowel huisartsen als specialisten. Door middel van een enquête met open en gesloten vragen wil ik concrete knelpunten en eventuele verbetersuggesties ontdekken. Om de enquête zo correct mogelijk op te stellen heb ik beroep gedaan op Frederik Houben, kwaliteitsmedewerker van het Sint-Trudo ziekenhuis, en Yannick Marchal, zorgcoördinator van de regio Sint-Truiden. De enquête werd onderverdeeld in een aantal gesloten vragen waarbij gepolst werd naar samenwerking met andere artsen en hulpverleners uit de eerste lijn, naar de nood voor verandering die ervaren wordt, naar de kennis en naar het Huis voor Chronische Zorg. Vervolgens eindigt de enquête met enkele open vragen over de zorgnoden. (zie bijlagen)

Om zo veel mogelijk respons te krijgen heb ik wat lobbywerk gedaan. Ik ben de enquête gaan voorstellen op verschillende LOK's en lokale bijscholingen om veel huisartsen rechtstreeks aan te spreken. Achteraf heb ik nog een digitale versie verstuurd om elke huisarts uit de regio te kunnen bereiken. Uiteindelijk heb ik respons gekregen van 58 huisartsen.

Op een gelijkaardige manier heb ik getracht specialisten te motiveren voor het invullen van de enquête. Ik ben met een papieren versie naar het ziekenhuis getrokken om de specialisten persoonlijk aan te spreken. Nadien heb ik een digitale versie verstuurd na goedkeuring van de ethische commissie van het ziekenhuis. 34 specialisten hebben via de enquête hun mening gegeven.

Het Huis voor Chronische Zorg is een veelbelovend project dat in februari 2012 gelanceerd werd. Het succes van het project is afhankelijk van de medewerking van de nabijgelegen huisartsen. In de enquête pols ik naar de mening van de huisartsen over dit project. Ik hoop door de enquête huisartsen te sensibiliseren om doorverwijzingen te overwegen.

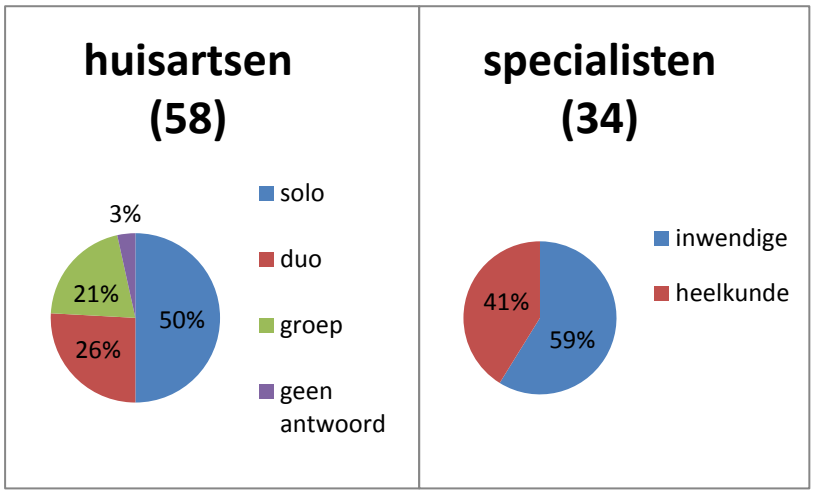
Daarnaast maak ik deel uit van een lokale werkgroep rond transmurale communicatie bij diabetes in Sint-Truiden die bestaat uit enkele specialisten (endocrinoloog, cardioloog, geriater), huisartsen, diabeteseducatoren en

verpleegkundigen samen met de regionale zorgcoördinator. Het doel van deze kerngroep is een project te ontwikkelen om de transmurale communicatie te verbeteren bij diabetes tussen de verschillende gezondheidslijnen. Mijn functie in deze werkgroep is om een knelpuntanalyse te organiseren bij de artsen en specialisten. Vervolgens zal er een toetsing van het communicatieproces plaatsvinden door middel van een SWOT-analyse.

Uit de resultaten van de enquête komen enkele knelpunten naar voor. Door middel van acties en denkoefeningen probeer ik een oplossing te bieden voor enkele zorgnoden. Omdat het niet mogelijk is om in deze korte tijd van een Manama-thesis een volledig project op poten te zetten, ga ik als lid van de kerngroep de volgende jaren verder werken aan de verbetering van transmurale communicatie bij diabetes. Het protocol dat gebruikt zal worden voor dit project is gebaseerd op internationale richtlijnen en recente literatuur, de enquête en SWOT-analyse.

Resultaten

In totaal hebben er 58 huisartsen deelgenomen aan de enquête waarvan 29 solo-artsen. Bij de specialisten hebben er 34 artsen uit het Sint-Trudo ziekenhuis de enquête ingevuld. Vanuit alle diensten was er respons, enkel van de diensten anesthesie en neurologie kregen we een beperkt aantal ingevulde enquêtes terug.



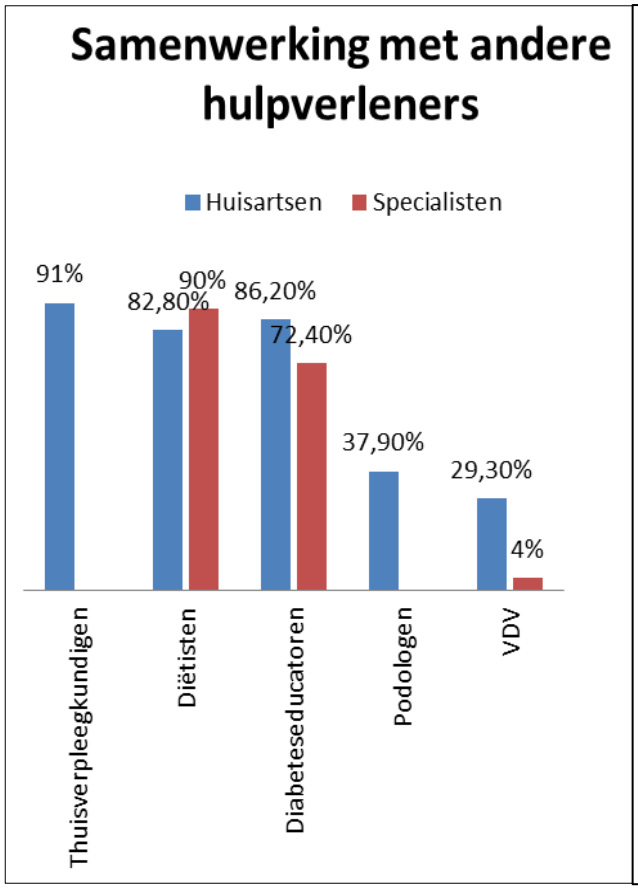
Een multidisciplinaire samenwerking rond diabetes is noodzakelijk voor de patiënt volgens alle huisartsen en specialisten! (score 9,5/10)

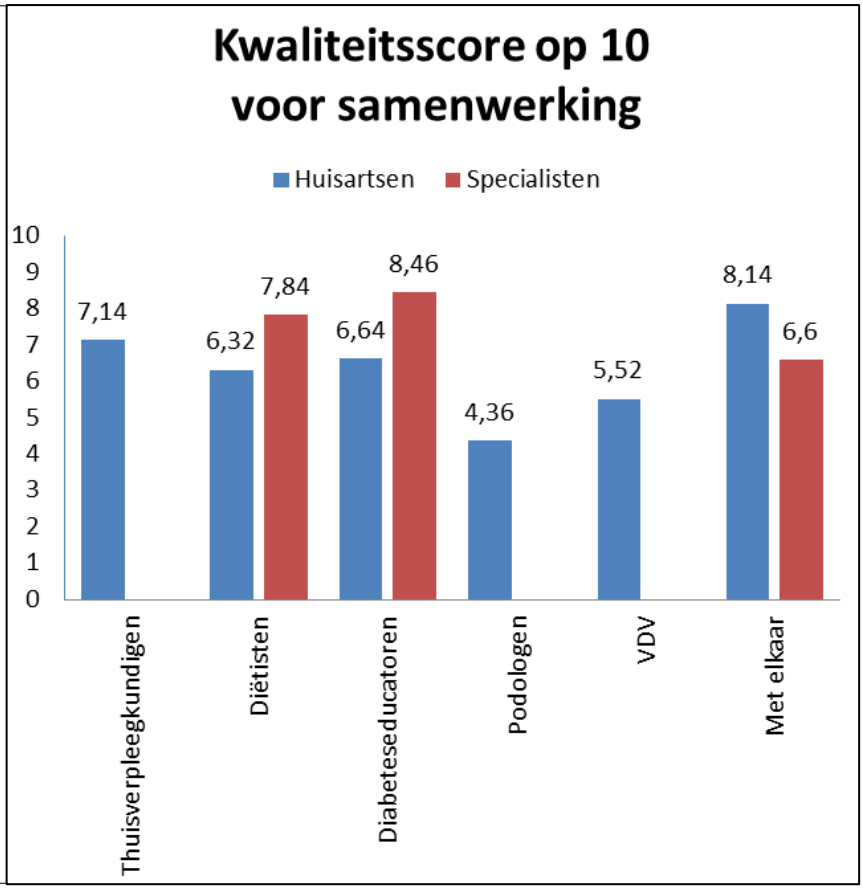
Huisartsen vinden de huidige samenwerking tussen eerste en tweede lijn wat betreft diabetes beter (92,7%) dan specialisten (62,1 %).

Huisartsen scoren gemiddeld een 8,14/10 voor de samenwerking met de specialist rond diabetes, omgekeerd bedraagt deze score 6,6/10.

Huisartsen hebben een breed netwerk waarmee ze samenwerken (thuisverpleegkundigen, diëtisten en diabeteseducatoren), maar ze werken minder samen met podologen en de Vlaamse Diabetesvereniging (29%).

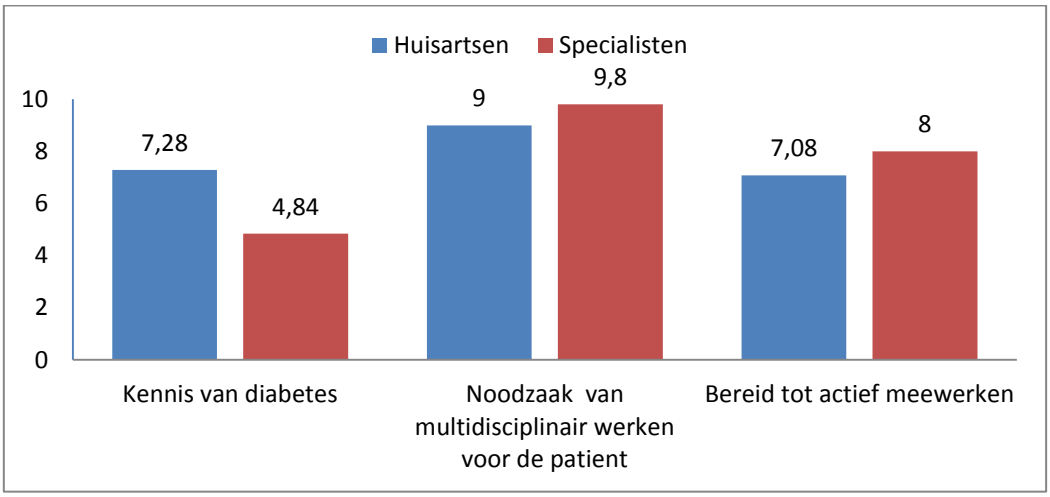
Alle specialisten werken samen met de endocrinoloog, ook met diëtisten en diabeteseducatoren is er een goede samenwerking. Slechts één specialist werkt regelmatig samen de Vlaamse Diabetesvereniging.





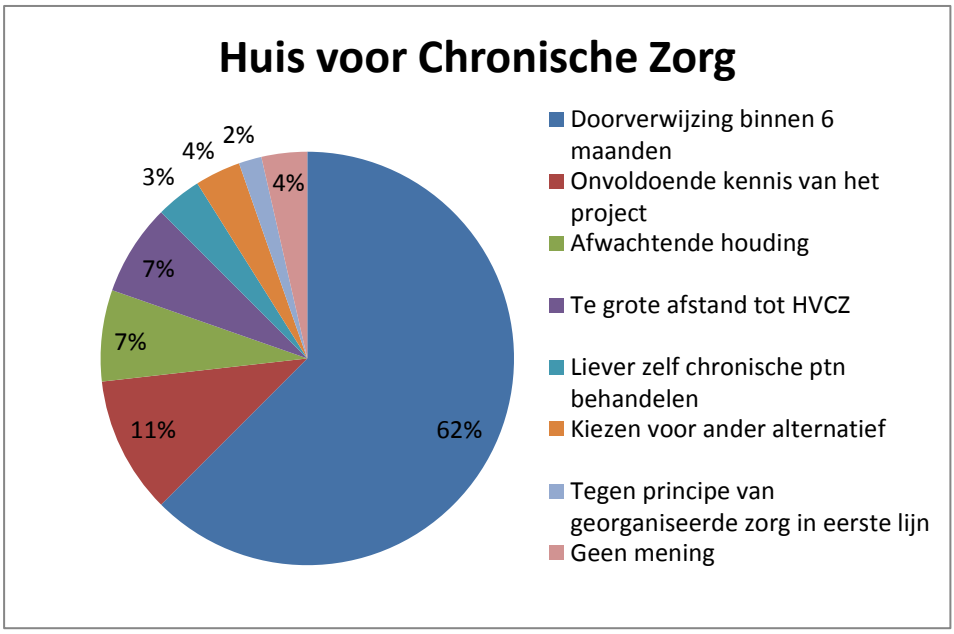
De kennis van andere hulpverleners in de omgeving is aanvaardbaar, maar voor verbetering vatbaar. De huisarts geeft zich gemiddeld een 6/10 voor dit onderwerp.

Specialisten vinden dat hun algemene kennis van diabetes onvoldoende is om patiënten adequaat te helpen. De huisarts, die in de praktijk ook effectief deze rol op zich neemt, scoort zijn kennis een 7,3 op 10.



Zowel huisartsen (score 7/10) als specialisten (score 8/10) zijn bereid om actief hun steentje bij te dragen voor de verbetering van een multidisciplinaire diabeteszorg.

Aan de huisartsen werd gevraagd in welke mate ze bereid waren om mee te werken aan de opbouw van het Huis voor Chronische Zorg en welke drempels ze eventueel ondervinden. Ongeveer 2 op 3 huisartsen zullen de eerste 6 maanden patiënten verwijzen naar het Huis voor Chronische Zorg. Onvoldoende kennis van het project, een te grote afstand of liever eerst een afwachtende houding aannemen, zijn de voornaamste redenen om (voorlopig) niet te verwijzen.



Huisartsen vinden dat de briefwisseling (verwijs- en ontslagbrief) tussen eerste en tweede lijn wat betreft diabetes momenteel goed verloopt. 86% van de huisartsen vindt de inhoud nuttig en voldoende. Specialisten vinden deze communicatie iets minder goed. Slechts 60% van hen vindt de informatie die ze ontvangen en versturen voldoende.

Uiteindelijk werd er gepolst naar de huidige knelpunten. De meest voorkomende zorgnoden, die zowel huisartsen als specialisten aangeven rond de multidisciplinaire samenwerking van diabetes, zijn een nood aan een algemeen communicatiemedium, concrete taakafspraken tussen de verschillende hulpverleners, kennis van de andere hulpverleners, gebrek aan (up-to-date) kennis van de pathologie en tijdsgebrek.

De SWOT-analyse legt enkele sterkten/opportuniteiten en zwakten/ bedreigingen bloot bij de transmurale communicatie rond diabetes. Een sterkte van het project is dat het ziekenhuis, de thuiszorg en de kerngroep zich volledig achter het project zetten. Het is een opportuniteit om de grote groep huisartsen te motiveren.

Net zoals uit de enquête bleek, vormen het gebrek aan een ondersteunende ICT-ondersteuning, de onduidelijkheid over het extra werk van de betrokken zorgsectoren dat dit project met zich meebrengt en de afwezigheid van concrete werkafspraken een bedreiging.

Een extra bedreiging volgens de kerngroep is de financiële kant van het project. Welke sponsors kunnen aangetrokken worden om te voorkomen dat de chronische patiënt niet in de portemonnee moet tasten?

Discussie

Het doel was om twee artsen op drie uit de regio te bereiken met de enquête. 58 huisartsen hebben de enquête ingevuld, wat zeer nauw aanleunt bij het vooropgesteld doel. Ook bij de specialisten heeft ongeveer 59 % van de artsen deelgenomen aan het onderzoek. Hierbij moet opgemerkt worden dat er slechts 1 op 11 anesthesisten de enquête heeft ingevuld, wat te verklaren is doordat zij slechts beperkt in contact komen met diabetes in de ambulante praktijk. Hierdoor daalt het percentage fors.

De samenwerking met (para)medici toont weinig verrassingen. Huisartsen werken allemaal samen met de endocrinoloog en weten daarnaast dat ze beroep kunnen doen op diëtisten en diabeteseducatoren. Met podologen wordt minder samengewerkt omdat erkende podologen, waarbij terugbetaling geldt voor patiënten met de diabetespas/zorgtraject diabetes, moeilijk te vinden zijn in de regio.

Er is wel een duidelijk interpretatieverschil wat betreft de briefwisseling. Huisartsen zijn praktisch allemaal (86%) tevreden over de huidige manier van communicatie. Specialisten zijn echter veel kritischer. Deze cijfers kunnen naar mijn mening verklaard worden door het verschil in beschikbaarheid van informatie. De huisarts wordt overspoeld door informatie die hij krijgt van de patiënt, familie en alle specialisten. Er is een nieuw pilootproject gestart waarbij er een verslag van de diabeteseducator toegevoegd wordt aan de ontslagbrief. Specialisten echter moeten op zoek gaan naar informatie. Verwijsbrieven zijn niet altijd even uitgebreid en bevatten niet alle medische gegevens (voorgeschiedenis, medicatie, recente glycemiewaarden, …). Hierdoor moet de specialist te rade gaan bij de patiënt, die ook niet altijd op de hoogte is van zijn medisch verhaal. Volgens de enquête frustreert dit specialisten vaak. Een mogelijke oplossing voor dit probleem is concrete afspraken maken tussen eerste en tweede lijn over de inhoud van de uitgewisselde informatie. Het streefdoel bestaat erin om een lijst met de minimale klinische gegevens te bekomen die de arts moet vermelden in de verwijs- of ontslagbrief.

Vervolgens ga ik even dieper in op de specifieke zorgnoden die door huisartsen en specialisten werden aangegeven.

Nood aan een algemeen communicatiemedium

De basis voor een goede multidisciplinaire samenwerking houdt in dat er een medium moet zijn, waardoor het mogelijk is met elkaar te communiceren. Het grote probleem is dat het hier gaat over medische informatie. Het is dus noodzakelijk dat de beveiliging van deze gegevens gegarandeerd kan worden. Er is een systeem nodig waarbij alle zorgverleners eenvoudig (basis)informatie van patiënten kunnen ontvangen, aanpassen en doorsturen op een manier waarbij de patiënt er nog controle over heeft.

Momenteel is er in de regio Sint-Truiden nog geen dergelijk medium beschikbaar. Via STIPA (Sint-Truidens internet platform voor artsen) kunnen huisartsen uit de regio inloggen op de website van het ziekenhuis en er patiëntengegevens raadplegen van hun eigen patiënten. Het probleem hierbij is dat het eenrichtingsverkeer van communiceren is. Huisartsen kunnen alles bekijken, ze krijgen nog meer informatie, terwijl specialisten niet geholpen zijn. Daarbij kunnen enkel artsen dergelijke informatie bekijken. Bij een medium voor multidisciplinaire samenwerking zouden ook paramedici toegang moeten krijgen tot deze (eventueel beperktere) patiënteninformatie. Via STIPA kunnen huisartsen geen informatie toevoegen. Op korte termijn gaat men in het Sint-Trudo ziekenhuis overschakelen naar een nieuw computersysteem KWS. Misschien dat hierdoor meer mogelijkheden ontstaan.

Als alternatief werd gezocht naar externe programma's om de taak als algemeen communicatiemedium op zich te nemen. Hierbij werd vooral gedacht aan Medipath of e-health. Medipath is een programma van een externe (commerciële) firma dat gegevens van elektronische medische dossiers overneemt van zowel huisartsen als ziekenhuizen. Men kan selecteren wie welke informatie kan zien en de patiënt behoudt controle. De discussie over hoeveel informatie paramedici dienen te krijgen blijft open en wordt in deze Manama-thesis niet verder besproken. In juli 2012 waren 40% van de huisartsen voorstander om Medipath te gebruiken als centraal communicatiemedium en 30% nam nog geen standpunt in. Uiteindelijk werd het project niet gelanceerd. Het financiële aspect speelde hier zeker een rol in. Bij gebrek aan een geldschieter werd er van elke gezondheidszorgmedewerker een jaarlijkse bijdrage verwacht. Een dergelijk project staat of valt met het aantal spelers dat meedoet. Een ander probleem was de verandering die een

dergelijk systeem met zich meebracht. Huisartsen moesten gegevens uit hun elektronisch medisch dossier (EMD) beschikbaar stellen voor anderen. Het belang van een goed gestructureerd en volledig EMD is hiervoor essentieel. De meerderheid van de huisartsen in de regio Sint-Truiden zijn 50-plussers. Vele huisartsen zagen deze radicale switch niet meer zitten. Tenslotte waren er ook nog enkele technische onvolmaaktheden aan het programma. Door de grote verscheidenheid aan EMD, kon het elektronisch dossier van elke huisarts nog niet gelinkt worden aan Medipath. De beveiliging van belangrijke medische gegevens door een externe speler werd ook in vraag gesteld.

E-Health is een overkoepelend systeem van alle EMD. Huisartsen kunnen op deze manier patiëntengegevens van collega's raadplegen tijdens wachten, mits goedkeuring van alle partijen. Het probleem van beveiliging van gegevens komt hier terug. Het ter beschikking stellen van het EMD stuit ook hier weer op weerstand.

Een eigen (simplistisch) voorstel om een medium te creëren dat multidisciplinaire samenwerking mogelijk moet maken, is een soort van medische bankkaart/SIS-kaart. De patiënt is verantwoordelijk voor zijn eigen medische gegevens, beschermd met een code. Elke hulpverlener kan bepaalde gegevens inlezen en eventueel informatie toevoegen.

Voorlopig kan dit probleem niet opgelost worden. Misschien zorgt het nieuwe computersysteem van het Sint-Trudo ziekenhuis voor meer mogelijkheden. Ondertussen kunnen er meer spelers op de markt komen die een oplossing bieden of wordt Medipath uiteindelijk toch nog aanvaard. Het belang van een goed onderhouden gestructureerd EMD bij elke huisarts lijkt alvast een voorwaarde om een dergelijk project te doen slagen.

Kennis van de andere partners

Huisartsen geven zichzelf een score van 6 op 10 in de enquête over hun kennis van andere gezondheidszorgverleners. Er is dus mogelijkheid tot verbetering. Het ideaal zou zijn dat elke hulpverlener beschikt over een uitgebreide lijst waarop elke arts en paramedici vermeld staat met correcte gegevens en die regelmatig wordt bijgewerkt. In de regio bestaat er geen ideale lijst.

Ik denk niet dat er vanuit de patiënten een sterke vraag is naar een regionale sociale kaart. Mondige patiënten zoeken zelf informatie op het internet. Andere patiënten komen terecht bij hulpverleners die wel goede informatie dienen te geven.

Eerst ben ik begonnen met te kijken wat er reeds bestaat in de regio Sint-Truiden:

- Het lokaal multidisciplinair netwerk Sint-Truiden heeft een beperkte regionale sociale kaart ontwikkeld waarop gefocust wordt op diabetes. (huisartsen, oftalmologen, podologen en diëtisten)
  http://www.lmn-stbo.be/wie-is-wie-/sociale-kaart.html
- De Christelijke Mutualiteit heeft een zeer uitgebreide sociale kaart, maar dit kan commerciëler van aard zijn. De gegevens zijn gebaseerd op de lijst van de Orde van Geneeskunde, die niet steeds up-to-date is.
  http://www.cm.be/nl/131/selfservice/opzoeken/index.jsp
- De lijst, die Listel aanbiedt, is gericht op alle hulpverleners van de provincie Limburg.
  http://www.listel.be/nl/sel/opdrachten/sociale-kaart

Met deze drie lijsten als basis is het zeker mogelijk om een quasi ideale sociale kaart op te stellen en te verdelen onder de verschillende hulpverleners. Ik heb besloten dit niet te doen omdat er drie risico's aan verbonden zijn.

Het eerste risico is dat je er nooit zeker van bent dat iedereen op de lijst staat. Wanneer je ze dan gaat verspreiden, ben je onbewust reclame aan het maken, wat niet de bedoeling is. Het tweede risico leunt hier nauw bij aan. Het up-to-date houden van gegevens vraagt continu nazicht. Dit kan opgelost worden door de verantwoordelijkheid bij de hulpverlener te leggen en de gegevens zelf te laten controleren. Tenslotte moet je oppassen dat charlatans zich niet toevoegen aan de lijst.

Daarom raad ik de combinatie van deze drie lijsten aan, waardoor je gemakkelijk de gegevens kan checken door ze onderling te vergelijken.

Concrete afspraken tussen de betrokken hulpverleners

Dit knelpunt in de huidige multidisciplinaire zorg rond diabetes is naar mijn mening het belangrijkste, maar eveneens ook het laatste wat aangepakt kan worden. Om onderling concrete afspraken te maken heb je nood aan voldoende kennis van je andere partners en een medium om te communiceren. Pas als deze voorgaande knelpunten vorm krijgen, kan er samen een zorgprotocol ontwikkeld worden.

Over hoe dit concreet aangepakt kan worden, zou ik willen verwijzen naar het Diabetes Project Aalst. In Aalst werden kleinere werkgroepen opgericht. Hun taak bestond erin om een werkschema te creëren rond een bepaalde pijler van chronische zorg. Vervolgens werden deze schema's samengevoegd tot een zorgprotocol. Vele hulpverleners voelden zich verbonden met het project en wilden er met hart en ziel aan werken. Door bottom-up te werken zit er in één zorgprotocol de mening van veel hulpverleners. Dit lijkt me de aangewezen manier om van start te gaan.

Kennis van de pathologie

Specialisten geven zichzelf volgens de enquête slechts een 4,8 op 10 voor hun kennis van diabetes. Huisartsen voelen zich comfortabeler bij een diabeet. Dit kan verklaard worden doordat specialisten een excellente kennis van hun vakgebied hebben, de andere kennis is gedeeltelijk verwaterd door de tijd. In de enquête heb ik ook ruimte gelaten om voorstellen te geven over eventuele bijscholingen. Ook hier was er een verschil te merken tussen huisartsen en specialisten. Huisartsen vinden het belangrijker om hun globale kennis op peil te houden door herhaling en up-to-date houden van de basiskennis. Specialisten zijn meer geïnteresseerd in de details, die voor hun vakgebied nuttig kunnen zijn.

Dit knelpunt werd aangepakt door bijscholingen te organiseren, gegeven door Prof. A. Mertens. Op 6 september 2012 werd een eerste bijscholing georganiseerd voor huisartsen over de multifactoriële aanpak van (pre-) diabetes. In de toekomst zullen de onderwerpen 'insulinetherapie' en 'medicamenteuze aanpak van diabetes' nog behandeld worden. Voor de

verpleegkundigen van het Sint-Trudo ziekenhuis worden er twee opleidingen gepland rond de 'praktische aanpak van diabetespatiënten op de verpleegafdelingen'. Vervolgens worden er op het teamoverleg van de verschillende interne verpleegafdelingen gerichte bijscholingen gegeven over de staande orders en de uniforme schema's die gebruikt worden bij diabetici.

Tijd

Dit knelpunt werd bijna unaniem aangegeven door huisartsen en specialisten. Verandering van zorg en verandering van ingewortelde handelingen vraagt veel tijd. Daarbij komen veel extra vergaderingen, overleg en tijd om het EMD in orde te maken. Als we goede geneeskundige zorgen willen geven aan al onze patiënten is het echter onvermijdelijk extra tijd te investeren. De tendens van de laatste jaren zorgt dat er steeds meer vraag komt naar chronische zorg. De aanpak hiervan is totaal verschillend. Momenteel zien we dat chronische ziekten op identieke wijze worden behandeld als acute pathologie. Op termijn zou dit moeten veranderen. Enerzijds moeten we meer tijd investeren in overleg en de oppuntstelling van EMD, anderzijds moet er een structuur komen in de dagelijkse praktijk die aangepast is aan chronische pathologie.

Elke arts moet voor zichzelf uitmaken hoe hij dit het best praktisch implementeert. Voor mezelf zou ik het op de volgende manier aanpakken:

Eén namiddag om de 14 dagen ga ik vrij houden voor chronische zieken. De frequentie kan aangepast worden naargelang de populatie chronische zieken in de praktijk. Elk consultatieblok plan ik wat langer in (25-30 min. ongeveer) om tijd te maken voor de patiënt. Ik ga patiënten ook zelf uitnodigen door middel van brieven of telefoon om regelmatig (aangepast aan elke patiënt) op controle te komen. Vervolgens bespreken we dan zijn levensstijl, of vooropgestelde doelen gehaald of haalbaar zijn, gebruik van medicatie, controle bij specialisten. Door deze organisatie blijft er ruimte om verdere oppuntstelling van de zorg te regelen vb. door een diabeteseducator, verpleegkundige of diëtist uit te nodigen. Op deze manier voel ik dat ik de controle over de situatie behoud en ervaar ik dat ik mijn taak als centrale coördinator goed uitoefen.

Financieel aspect

Chronische zorg vereist meer tijd en meer werk. Deze inspanningen moeten financieel vergoed worden. Om het kostenplaatje zo laag mogelijk te houden voor de patiënt, is er hulp van buitenaf nodig. De overheid en het RIZIV hebben al inspanningen gedaan door de diabetesconventie, zorgtrajecten en subsidies voor lokale projecten. In Sint-Truiden heeft het Sint-Trudo ziekenhuis al veel geïnvesteerd voor chronische zorg door het Huis voor Chronische Zorg te steunen. Elk project dat wordt opgericht, gaat gepaard met een zoektocht naar geldschieters. In tijden van algemene financiële crisis speelt dit knelpunt steeds meer een bepalende rol.

Huis voor Chronische Zorg

In tegenstelling tot voorgaande topics, is het Huis voor Chronische Zorg eerder een oplossing dan een knelpunt. Het Huis voor Chronische Zorg is een initiatief van twee huisartsenkringen (HAKSO en HAKB) in samenwerking met het Sint-Trudo ziekenhuis en het LMN. De missie van dit project is de best mogelijk ondersteunende diensten aanbieden aan patiënten met een chronische ziekte en hun huisartsen, waardoor geïntegreerde en hoog-kwalitatieve chronische zorg wordt bevorderd. De vier kerntaken van het Huis voor Chronische Zorg zijn: de ondersteuning van het zelfzorgvermogen van patiënten, de ondersteuning van huisartsen, het ontwikkelen van transmurale communicatie en zorg en het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden met partners uit de eerste en tweede lijn. Het Huis is geopend vanaf 3 februari 2012 en na één jaar kan gesteld worden dat er een stijgende tendens is waar te nemen van patiënten en huisartsen die het huis contacteren. Uit de enquête blijkt dat in theorie 2 op 3 artsen uit de regio patiënten willen doorverwijzen en willen samenwerken met het Huis. Van de artsen die momenteel nog weigerachtig staan tegenover het project, is de helft op termijn nog te overtuigen omdat ze bij afname van de enquête het project onvoldoende kenden of liever eerst een afwachtende houding aannamen.

Het Huis voor Chronische Zorg beschikt over het potentieel om een centrale rol te vervullen in de regionale multidisciplinaire zorg. Er is steun vanuit het ziekenhuis, de dienst endocrinologie en een meerderheid van huisartsen. Het

grootste struikelblok is het gebrek aan een goed communicatiemedium tussen de verschillende disciplines. Met enkele concrete taakafspraken onderling zal dit project de multidisciplinaire samenwerking tussen eerste en tweede lijn absoluut kunnen optimaliseren, waarbij de patiënt de grote overwinnaar wordt.

Conclusie

Huisartsen en specialisten beseffen dat een multidisciplinaire samenwerking essentieel is voor goede medische zorg voor een chronische patiënt. Dit is de kernboodschap die uit de enquête naar voor komt. De samenwerking is momenteel nog niet optimaal, maar een meerderheid van artsen is bereid om hieraan te werken. Enkele zorgnoden kunnen huisartsen zelf aanpakken. De kennis van de pathologie gaat groeien door algemeen georganiseerde bijscholingen en individuele zelfstudie. Door het verspreiden van de verschillende lijsten met sociale kaarten van de regio, gaat men een beter overzicht krijgen van de andere partners in de hulpverlening. Tijd vrijmaken voor chronische patiënten, vergaderingen en het bijhouden van een goed gestructureerd en volledig EMD zal de meeste inspanning van de arts vergen. Andere knelpunten hebben we minder in de hand en hier gaan we afhankelijk zijn van externe spelers. Een veilig communicatiemedium is noodzakelijk om interdisciplinaire samenwerking toe te passen. Er zijn sponsors nodig, naast de overheid, om de kostprijs voor chronische patiënten zo laag mogelijk te houden. Het is de taak van de kerngroep om oplossingen te vinden voor deze problemen. Met het Huis voor Chronische Zorg is er een goed georganiseerd centrum in de regio. Dit project gaat de komende jaren steeds aan belang winnen door chronische patiënten structuur aan te bieden en antwoorden te geven op hun hulpvragen.

Het was onmogelijk om op de korte tijd van een Manama-thesis een volledig project op te zetten. Dit onderzoek kan nu samen met de SWOT-analyse fungeren als basis om een protocol op te stellen. Men weet nu waar huisartsen en specialisten knelpunten zien waardoor men hierop kan anticiperen. De kerngroep, waar ik ook deel van uitmaak, gaat deze theorie trachten om te zetten naar de praktijk en op die manier de samenwerkingskloof tussen eerste

en tweede lijn rond diabetes verkleinen. Achteraf kan dit onderzoek ook dienen als nulmeting voor een evaluatie.

Dankwoord

In eerste instantie gaat mijn oprechte dank uit naar mijn promotor, Prof. A. Mertens, voor de kans die ze me gegeven heeft om diabeteszorg in de regio Sint-Truiden te onderzoeken. Hierdoor heb ik veel kennis opgedaan van de pathologie, maar ik heb ook een breed netwerk van contacten opgebouwd. Ik heb een grote sympathie gekregen voor het werk van alle hulpverleners die samenwerken om de patiënt bij te staan. Ik wil graag de medewerkers van het Huis voor Chronische Zorg bedanken, met in het bijzonder Yannick Marchal voor zijn interesse en handige tips om mijn thesis extra input te geven. Ook wil ik Frederik Houben en de directie van het Sint-Trudo ziekenhuis danken om het mogelijk te maken enquêtes af te nemen bij de talrijke specialisten van dit ziekenhuis. Bedankt aan de mensen van de kerngroep en mijn praktijkopleider Dr. Raskin voor de medewerking en samen zullen we blijven werken aan dit project voor een verbeterde diabetessamenwerking in de regio.

Ten slotte wil ik mijn vriendin Isabelle, zus Elien en mijn ouders bedanken voor hun steun en voor hun hulp bij de verwezenlijking van deze Manama-thesis.

Referenties

1) Goderis G, Mathieu C. Het transmurale zorgtraject diabetes mellitus type 2. Tijdschrift voor Geneeskunde 2010; 66(22): 1094-1101
2) De Pover M, Roosen P, Vyt A. Multidisciplinaire aanpak van diabetes mellitus. Antwerpen-Apeldoorn, Garant. 2004. p. 239.
3) Vyt A. Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. Diabetes Metab Res Rev 2008; 24: S106-109
4) Mathieu C, Nobels F, Peeters G et al. Quality and organisation of type 2 diabetes care. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) ; July 2006. KCE reports vol. 27
5) Bodenhemer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002 Oct 9, 288(14): 1775-9
6) Nobels F, Amant M, Samyn E et al. Diabetes Project Aalst: Chronic Disease Management. Vlaams tijdschrift voor diabetologie 2008; 2: 7-13
7) Borgermans L, Godderis G, Broeke C van den et al. Interdisciplinary diabetes care teams operating on the interface between primary and specialty care are associated with improved outcomes of care: findings from the Leuven Diabetes Project. BMC Health Services Research 2009; 9:179

Bijlagen

1) Enquête Huisartsen

Vragenlijst multidisciplinaire diabeteszorg

en transmurale communicatie

Mijn naam is Ronald Meuwissen, Huisarts In Opleiding (HAIO) bij Dr. Theo Raskin.
Als masterproef wil ik de samenwerking rond diabetes tussen de eerste en de tweede lijn optimaliseren. Met deze samenwerking bedoel ik meer dan enkel de endocrinologische raadpleging. Ook andere specialisten (chirurgen, anesthesisten, inwendige artsen, …) komen frequent in contact met diabetesproblemen. Mijn promotor is Professor Ann Mertens.
Vooraleer iets te willen ondernemen is het belangrijk om de mening van huisartsen en specialisten te kennen over de huidige diabeteszorg op multidisciplinair niveau. Ik hoop uit deze enquête knelpunten te ontdekken en tips te ontvangen zodat we kunnen bouwen aan een betere diabeteszorg in onze regio. De resultaten van deze vragenlijst en de geplande acties tot verbetering deel ik jullie achteraf graag mee.
Alvast bedankt voor jullie tijd en inzet!

Naam (facultatief): ……..

Praktijkvorm : SOLO DUO GROEPSPRAKTIJK

1) Vertrekkende vanuit mijn praktijk vind ik de huidige communicatie tussen de eerste en tweede lijn in verband met diabetes goed. Juist/Onjuist

2) Ik heb een goede kennis van de sociale kaart (eerstelijns medewerkers) in mijn regio.

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

3) Ik heb een goede communicatie met specialisten met betrekking tot diabetes.

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

4) Ik werk samen met thuisverpleegkundigen rond diabetes. Juist/Onjuist
Indien Juist → In welke mate ga je akkoord met de volgende stelling:
"Deze communicatie verloopt goed."

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

5) Ik werk samen met diëtisten rond diabetes. Juist/Onjuist
Indien Juist → In welke mate ga je akkoord met de volgende stelling:
"Deze communicatie verloopt goed."

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

6) Ik werk samen met diabeteseducatoren rond diabetes. Juist/Onjuist

Indien Juist → In welke mate ga je akkoord met de volgende stelling:
"Deze communicatie verloopt goed."

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

7) Ik werk samen met podologen rond diabetes. Juist/Onjuist

Indien Juist → In welke mate ga je akkoord met de volgende stelling:
"Deze communicatie verloopt goed."

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

8) Ik werk samen met de Vlaamse Diabetes Vereniging. Juist/Onjuist

Indien Juist → In welke mate ga je akkoord met de volgende stelling:
"Deze communicatie verloopt goed."

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

9) Een goede multidisciplinaire samenwerking is nodig voor de patiënt.

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

10) Zoals u weet wordt er in februari 2012 het "Huis voor Chronische Zorg" geopend.
Wat denkt u van de volgende uitspraak: "Ik zal gedurende de eerste 6 maanden na de opening patiënten verwijzen naar de zorgverleners van het Huis voor Chronische Zorg."?

Akkoord/ Niet akkoord

Indien Niet akkoord:

- ☐ Ik ken het project nog niet voldoende.
- ☐ Ik ben tegen het principe van georganiseerde chronische zorg vanuit de eerste lijn.
- ☐ Ik behandel mijn chronische patiënten liever zelf.
- ☐ Ik wacht liever even af op reacties van collega's over het project "Huis voor Chronische Zorg".
- ☐ Andere reden:

11) Ik wil graag actief bijdragen voor een betere multidisciplinaire samenwerking rond diabetes.

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

12) Mijn kennis is voldoende om diabetici adequaat te begeleiden.

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

13) Als onderwerp voor een volgende bijscholing rond diabetes stel ik voor:

14) De informatie die ik ontvang van de specialist in verband met diabetes (bv. aanpassing van therapie tijdens opname, tussenkomst endocrinoloog/diabeteseducator/ diëtist, huidige zorgregeling…) is nuttig en voldoende. Juist/Onjuist
Indien Onjuist, wat kan er verbeteren?

15) De informatie die ik stuur naar de specialist of spoed in verband met diabetes (bv. medicatie, recente glycemie, diabetestoestand van de patiënt, zorgregeling van de patiënt, mate van educatie, …) is nuttig en voldoende. Juist/Onjuist
Indien Onjuist, wat kan er verbeteren?

16) Wat zijn de knelpunten in de huidige multidisciplinaire samenwerking rond diabetes?

17) Wat kan er verbeteren in de huidige multidisciplinaire samenwerking rond diabetes?

2) Enquête Specialisten

Vragenlijst multidisciplinaire diabeteszorg

en transmurale communicatie

Mijn naam is Ronald Meuwissen, Huisarts In Opleiding (HAIO) bij Dr. Theo Raskin.
Als masterproef wil ik de samenwerking rond diabetes tussen de eerste en de tweede lijn optimaliseren. Met deze samenwerking bedoel ik meer dan enkel de endocrinologische raadpleging. Ook andere specialisten (chirurgen, anesthesisten, inwendige artsen, …) komen frequent in contact met diabetesproblemen. Mijn promotor is Professor Ann Mertens.
Vooraleer iets te willen ondernemen is het belangrijk om de mening van huisartsen en specialisten te kennen over de huidige diabeteszorg op multidisciplinair niveau. Ik hoop uit deze enquête knelpunten te ontdekken en tips te ontvangen zodat we kunnen bouwen aan een betere diabeteszorg in onze regio. De resultaten van deze vragenlijst en de geplande acties tot verbetering deel ik jullie achteraf graag mee.
Alvast bedankt voor jullie tijd en inzet!

Naam (facultatief): ……..

Specialisatie: ……

1) Vertrekkende vanuit mijn specialisatie vind ik de huidige communicatie tussen de eerste en tweede lijn in verband met diabetes goed. Juist/Onjuist

2) Ik heb een goede samenwerkingsrelatie met huisartsen met betrekking tot diabetes.

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

3) Ik werk samen met diëtisten van het ziekenhuis rond diabetes. Juist/Onjuist
Indien Juist → In welke mate ga je akkoord met de volgende stelling:
"Deze communicatie verloopt goed."

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

4) Ik werk samen met diabeteseducatoren van het ziekenhuis rond diabetes. Juist/Onjuist
Indien Juist → In welke mate ga je akkoord met de volgende stelling:
"Deze communicatie verloopt goed."

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

5) Ik werk samen met de endocrinoloog. Juist/Onjuist
Indien Juist → In welke mate ga je akkoord met de volgende stelling:
"Deze communicatie verloopt goed."

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

6) Ik werk samen met de Vlaamse Diabetes Vereniging. Juist/Onjuist
Indien Juist → In welke mate ga je akkoord met de volgende stelling:
"Deze communicatie verloopt goed."

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

7) Een goede multidisciplinaire samenwerking is nodig voor de patiënt.

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

8) Ik wil graag actief bijdragen voor een betere multidisciplinaire samenwerking rond diabetes.

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

9) Mijn kennis is voldoende om diabetici adequaat te begeleiden.

Niet akkoord	1	2	3	4	5	Helemaal akkoord

10) Als onderwerp voor een volgende bijscholing rond diabetes stel ik voor:

11) De informatie die ik ontvang van de huisarts in verband met diabetes (bv. medicatie, recente glycemie, diabetestoestand van de patiënt, zorgregeling van de patiënt, mate van educatie, …) is nuttig en voldoende. Juist/Onjuist
Indien Onjuist, wat kan er verbeteren?

12) De informatie die ik stuur naar de huisarts in verband met diabetes (bv. aanpassing van therapie tijdens opname, tussenkomst endocrinoloog/diabeteseducator/ diëtist, huidige zorgregeling…) is nuttig en voldoende. Juist/Onjuist
Indien Onjuist, wat kan er verbeteren?

13) Wat zijn de knelpunten in de huidige multidisciplinaire samenwerking rond diabetes?

14) Wat kan er verbeteren in de huidige multidisciplinaire samenwerking rond diabetes?

3) Verslag kerngroep

Naam comité/werkgroep	Kerngroep Transmurale zorg diabetes
Plaats + Datum	Zaal Dunant, RZST; 05/07/2012
Aanwezig	Prof. Ann Mertens, Dr. Herbots, Marijke Carpentier, Inger Jooris, Frederik Houben, Yannick Marchal, Dr. Raskin, Dr. Ronald Meuwissen
Verontschuldigd	Dr. Moermans, Dr. Vanaeken, Dr. Martens, Dr. Goris, Dr. Delorge, Nicole van Hoof
Verslaggever	Frederik Houben
Referentie	
Volgende vergadering	

1. **Resultaten van de enquête bij huisartsen en specialisten (Dr. Ronald Meuwissen)**

De resultaten van de enquête worden overlopen. De resultaten omvatten de antwoorden van 58 huisartsen (waarvan 29 solo-artsen) en 34 specialisten (20 vanuit geneeskundige disciplines, 14 vanuit heelkundige disciplines). De belangrijkste knelpunten zijn:

- De nood aan een algemeen communicatiemiddel
- Concrete afspraken tussen de betrokken hulpverleners
- Opleiding en bijscholing
- Kennis van de andere partners
- Tijdsgebrek

2. **Resultaten van het pilootproject diabeteseducatie (Prof. Mertens – Inger Jooris)**

Bij het pilootproject diabetes worden patiënten geëduceerd die niet onder het zorgtraject of de conventie vallen (ook nieuwe diagnoses). Het verslag van de diabeteseducator wordt nu toegevoegd aan het medisch dossier van de patiënt (de behandelende arts kan dit verslag mee opnemen in de ontslagbrief voor de huisarts, die gebeurt nog niet in grote mate). Daarnaast maakt Prof. Mertens een aparte brief voor de huisarts met alle gegevens over de diabeteseducatie die de patiënt heeft ontvangen tijdens de opname in het ziekenhuis.

3. **Bespreking verbetersuggesties transmurale communicatie diabetes:**

Voor het knelpunt rond een algemeen communicatiemiddel wordt verwezen naar de mogelijkheden van Medipath. Via deze weg zou het mogelijk moeten zijn om makkelijker informatie omtrent de patiënt uit te wisselen. Ook andere ICT-oplossingen zoals E-Health kunnen een meerwaarde zijn. De koppeling met KWS (EPD dat vanaf volgend jaar geïmplementeerd wordt in het ziekenhuis) moet verder bekeken worden. Hiervoor is overleg nodig met ICT.

Vervolgens zijn er goede afspraken nodig over de inhoud van de uitgewisselde klinische info. Het streefdoel is een lijst met de minimale klinische gegevens die de arts moet vermelden in de verwijs- (bij opname in het ziekenhuis) of ontslagbrief. De verschillende leden van de kerngroep zullen hiervoor aangesproken worden. Er zou reeds een mogelijk bruikbare lijst beschikbaar zijn, opgesteld door Domus Medica.

Specifiek voor de ontslagbrief moet gestreefd worden naar 1 gezamenlijke ontslagbrief, waarin zowel de klinische info van de behandelende arts als de info van het diabetesteam (aanpassing therapie, gegeven educatie) opgenomen is.

Qua opleiding en bijscholing zijn er reeds enkele initiatieven genomen.
Voor de artsen (huisartsen en specialisten) worden 3 opleidingen voorzien (multidisciplinaire aanpak van diabetes, insulinebehandeling en andere medicamenteuze behandelingen). De eerste opleiding is voorlopig gepland op 6 september, men wacht nog op bevestiging van de huisartsenkring.

Voor de verpleegkundigen worden er 2 opleidingen gepland rond de praktische aanpak van diabetespatiënten op de verpleegafdelingen (glycemie prikken, opstarten drip, etc). Deze opleidingen worden gepland rond Wereld Diabetes Dag. Daarnaast is er de vraag gekomen van de zorgmanagers om een gerichte bijscholing te geven op het teamoverleg van de verschillende interne verpleegafdelingen (opvolging staand orders + uniforme schema's).

Om het knelpunt van de kennis van de andere partners aan te pakken, zijn er enkele suggesties om de verschillende disciplines hun werking en mogelijkheden te laten voorstellen (rondetafelgesprek, vermelding op de website van het LMN, etc).

De samenwerking met de Vlaamse Diabetes Vereniging wordt besproken. Er zijn grote verschillen qua aanpak tussen het nationale bestuur en de regionale afdeling. Overleg is noodzakelijk om tot een betere samenwerking te komen.

Het knelpunt van tijdsgebrek valt buiten de mogelijkheden van deze kerngroep.

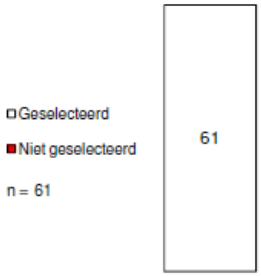
4. Afspraken en planning

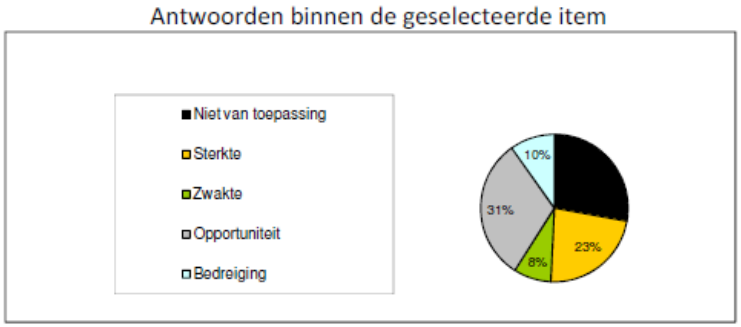
- Communicatieplatform: er zal bekeken worden of Medipath en andere E-Health toepassingen gekoppeld kunnen worden aan het KWS-systeem.
- Een voorstel ivm de lijst met minimale klinische parameters bij verwijzing of ontslag zal voorgelegd worden aan de leden van de kerngroep.
- De geplande opleidingen en bijscholingen worden verder opgevolgd.

5. Varia

Er is een voorstel vanuit het Huis voor Chronische Zorg om educatie te voorzien voor patiënten buiten de conventie of het zorgtraject. Hiervoor worden de nodige gesprekken gevoerd met de directie van het ziekenhuis en met Prof. Mertens.

4) SWOT-analyse





Sterkte	Zwakte	Opportuniteit	Bedreiging	Niet van toepassing
• Het project wordt voldoende gesteund door het management van het ziekenhuis. (1)	• Er is een goede samenwerkingsrelatie met de thuisverpleegkundigen. (14)	• Het project wordt voldoende gesteund door de verantwoordelijke(n) van de huisartsenkring(en). (2)	• Er is voldoende financiering voor het project. (8)	• Het project wordt voldoende gesteund door de verantwoordelijke(n) van andere ziekenhuizen of rust-en verzorgingstehuizen. (4)
• Het project wordt voldoende gesteund door de verantwoordelijke(n) van de betrokken thuiszorgorganisaties. (3)	• Alle relevante partners worden betrokken bij de identificatie van het probleem/opportuniteit. (24)	• De betrokken specialisten in het ziekenhuis/buiten het ziekenhuis zijn voldoende overtuigd van het nut van het project. (5)	• Er is een goede samenwerkingsrelatie met de podologen. (19)	• Alle juridische aspecten in het project zijn voldoende bestudeerd (bv. Privacy). (7)
• Er is een Stuurgroep die het project begeleidt. (6)	• Er is een samenwerkingsprotocol beschikbaar (wie-doet-wat-wanneer-en hoe). (34)	• Er is voor het project een goede kennis van de sociale kaart van de regio. (11)	• Het project wordt gebaseerd op een theoretisch model/kader. (29)	• De sociale dienst van het ziekenhuis is voldoende betrokken bij het project. (12)
• Het project is onderdeel van een beweging naar integrale zorg ('ketenzorg') in de regio. (9)	• Een literatuuranalyse werd uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventies die men wenst te implementeren. (43)	• Er is een goede samenwerkingsrelatie met de huisartsen(organisaties). (13)	• De ouput van het multidisciplinaire zorgoverleg wordt vastgelegd in een zorgdossier (het zorgdossier kan intramuraal en/of extramuraal worden bijgehouden). (36)	• Er is een goede samenwerkingsrelatie met de apothekers. (16)
• Het ziekenhuis beschouwt transmurale zorg als een belangrijk/prioritair strategisch objectief. (10)	• Een literatuuranalyse werd uitgevoerd naar de gebruikte kwaliteitsindicatoren. (46)	• Er is een goede samenwerkingsrelatie met de diëtisten. (15)	• Er is duidelijkheid over het extra werk dat van de betrokken zorgactoren wordt verwacht. (41)	• Er is een goede samenwerkingsrelatie met de externe specialisten / kinesisten / bewegingsconsulenten. (17)
• Het project is gebaseerd op een duidelijk omschreven probleem of opportuniteit. (23)		• De betrokken partners zijn voldoende gemotiveerd om van het project een succes te maken. (22)	• Er is een ondersteunende ICT infrastructuur voorzien voor het project. (58)	• Er is een goede samenwerkingsrelatie met de instellingen uit de welzijnszorg. (18)
• De doelgroep voor het project is duidelijk omschreven. (25)		• Er wordt een multidisciplinair patiëntenoverleg georganiseerd (met de betrokken extramurale zorgpartners). (35)		• Er is een goede samenwerkingsrelatie met de psychologen. (20)
• De noden/wensen van de doelgroep worden voldoende als uitgangspunt gebruikt bij de vormgeving van het project. (26)		• Alle betrokkenen van het multidisciplinaire team hebben voldoende deskundigheid voor de uitvoering van de taken die hun worden toevertrouwd in het kader van het project. (38)		• Er is een goede samenwerkingsrelatie met de logopedisten. (21)
• Het project heeft duidelijk omschreven doelen (SMART geformuleerd). (28)		• Er is een navormingsprogramma (voor artsen, verpleegkundigen,...) voorzien specifiek in het kader van het transmurale project. (39)		• Patiënten werden actief betrokken bij het ontwikkelen van het project. (27)

• Voor de aanvang van het project worden de kritische succesfactoren in kaart gebracht. (30)

• Er is een projectplan beschikbaar. (31)

• Het project heeft een persoon die instaat voor de zorginhoudelijke coördinatie. (32)

• Het project heeft een persoon die instaat voor de praktische coördinatie. (33)

• In het project wordt rekening gehouden met multi of co-morbiditeit. (37)

• De kwaliteitsverbeterende interventies zijn duidelijk omschreven. (42)

• Er zijn kwaliteitsindicatoren beschikbaar op het structuur-, proces- en resultaatsniveau. (44)

• Het is vastgelegd op welke tijdstippen de indicatoren worden gemeten. (45)

• Er is een procedure voor opname-en ontslagmanagement. (48)

• Er is een communicatieplan beschikbaar. (49)

• Er wordt door de projectverantwoordelijke duidelijk gecommuniceerd over het project aan alle betrokkenen. (50)

• Er zijn ondersteunende tools voor de betrokken clinici voorzien (feedback, reminders, bijscholing,...). (51)

• De resultaten van het project worden kenbaar gemaakt doorheen het ziekenhuis. (59)

• De resultaten van het project worden beschikbaar gemaakt aan externe partners. (60)

• Het transmurale project is raadpleegbaar op een website. (61)

• Het teamklimaat wordt gemeten. (40)

• Het project wordt bijgestuurd i.f.v. de resultaten van de kwaliteitsindicatoren. (47)

• Er is een 'evidence-based' behandelprotocol beschikbaar. (52)

• Er is therapeutische patiënteneducatie voorzien. (53)

• Er zijn ondersteunende tools voor de patiënt en zijn/haar familie voorzien (bv. educatiebrochures, 'reminder' systemen,...). (54)

• De veiligheid van de patiënt wordt voldoende gewaarborgd (procedures voor patiëntveiligheid). (55)

• Er is een goede samenwerkingsrelatie met patiëntenorganisaties. (56)

• Er is een goede samenwerkingsrelatie met organisaties van mantelzorgers / familieleden. (57)