Diabetes zorgtraject in de (huisartsen)praktijk:

kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een Zorgtraject Diabetes.

Ward RIGAUX, Universiteit Antwerpen

Silke DE CLEYN, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Johan WENS, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Johan DEWACHTER, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Context: Het Zorgtraject Diabetes trad op 1 september 2009 in werking, als antwoord op de groeiende nood om de huisartsgeneeskunde af te stellen op chronische hulpverlening. Het heeft de intentie om de kloof tussen de werkelijke diabeteszorg en de optimale, theoretische opvolging te verkleinen. Enkele pilootprojecten waren veelbelovend. Vanuit de media, lokale netwerken en huisartsen-praktijken ontvangen we evenwel dubbelzinnige signalen. We merken dat er in de praktijk grote individuele en regionale verschillen bestaan in het succes van dit zorgtraject. Naast de voordelen die een zorgtraject theoretisch kan bieden, bestaan er ook drempels die een belangrijke factor zijn in het al dan niet opstarten van een Zorgtraject Diabetes.

Onderzoeksvraag: Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren bij artsen en patiënten bij de opstart van een Zorgtraject Diabetes? Wat kan er gedaan worden om een concrete belemmerende factor zo te kneden dat de drempel voor het opstarten van een Zorgtraject Diabetes verlaagd wordt?

Methode: Er werd een literatuurzoektocht verricht naar het Chronische Zorgmodel, dat aan de basis ligt van de ontwikkeling van het Zorgtraject Diabetes. Deze analyse stelde ons in staat om vervolgens een kwalitatief explorerend onderzoek in te stellen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van focusgroepen met huisartsen en patiënten. De data werden verwerkt door inhoudelijke codering van de quotes en gegroepeerd tot thema's, waardoor een taxonomie ontstond. Op basis hiervan werden barrières en bevorderende factoren geformuleerd. Parallel hiermee werden tevens enquêtes opgesteld, gebaseerd op het Chronische Zorgmodel. Hiermee werd de perceptie van huisartsen en patiënten van het huidige zorgtraject geëvalueerd. Zo biedt deze studie een evaluatie-instrument aan voor vervolgonderzoek.

Resultaten: In totaal namen 25 huisartsen en 15 patiënten deel aan de verschillende focusgroepen. Vanuit de focusgroepen wordt het Zorgtraject Diabetes als een positieve evolutie ervaren door het aanbieden van een structuur waarbinnen de opvolging van de patiënten kan plaatsvinden. Maatschappelijk wordt een verhoogde aandacht voor chronische zorg en empowerment van de patiënt waargenomen. Maar verandering vraagt tijd en geld. Informaticasystemen en communicatie-kanalen blijken ontoereikend om een vlotte doorstroming van gegevens te garanderen. Bovendien worden administratieve belasting, het gebrek aan praktijkondersteuning bij vele huisartsen en tijdsgebrek aangehaald als belangrijke hinderpalen bij de opstart van het zorgtraject. Ook de grijze zone betreffende de inclusiecriteria vergt duiding. Het centraliseren van de zorg in ruimte en tijd zou volgens de deelnemers van het onderzoek de eerstelijnszorg bevorderen. De multidisciplinaire samenwerking wordt positief onthaald door de meeste artsen en patiënten. Initiatieven zoals de ondersteuning voor huisartsen vanuit de lokale kring en het educatieboek voor patiënten worden geprezen. De financiële voordelen die het zorgtraject biedt, worden ervaren als een stimulans. Vooral de materialen voor zelfzorg, zoals de meetstrips, motiveren de patiënt om bij te dragen aan zijn/haar eigen zorg. De balans tussen hiaten in aangereikte informatie en een overmaat aan voorlichting van de patiënt is een evenwichtsoefening. Er dient voldoende aandacht te zijn voor het bio-psycho-sociale totaalpakket. Patiënten pleiten ervoor om partners mee te betrekken in de educatie. Het grootste obstakel in de multidisciplinaire samenwerking is het gebrek aan bekendheid met andere eerstelijns-spelers zoals educatoren. Dit doet artsen neigen naar de vertrouwde samenwerking met de tweede lijn. Voortdurende bijscholing en streven naar kwalitatieve zorg is nodig om het zorgtraject te doen slagen. Goede afspraken omtrent ieders takenpakket met voldoende communicatie en overleg zijn nodig om de samenwerking te doen slagen. De meeste huisartsen hebben voorlopig slechts een beperkte ervaring met het zorgtraject kunnen opbouwen. De vaardigheid waarmee met het zorgtraject wordt gewerkt, kan nog verder verbeterd worden.

Conclusie: Het Zorgtraject Diabetes betreft een relatief nieuw initiatief, dat de evolutie van de huisartsgeneeskunde naar meer chronische dienstverlening aankondigt. De ervaring van huisartsen en patiënten met de multidisciplinaire aanpak is vaak nog beperkt. Bij de opstart dienen enkele barrières overwonnen te worden. Toch kunnen we concluderen dat de globale perceptie van het Zorgtraject Diabetes door zowel huisartsen als patiënten positief uitdraait.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING **4**

LITERATUURONDERZOEK: HET CHRONISCHE ZORGMODEL VOLGENS WAGNER 5

ZOEKVRAAG 5

ZOEKSTRATEGIE 5

RESULTATEN 5

VERANTWOORDING VAN DE ONDERZOEKSMETHODIEK / METHODOLOGIE 9

STUDIEOPZET 9

ENQUÊTE 10

FOCUSGROEPEN 10

GEGEVENSANALYSE 11

ENQUÊTE 11

FOCUSGROEPEN 12

RESULTATEN 12

FOCUSGROEPEN MET ARTSEN 12

ZORGPROGRAMMA 12

MULTIDISCIPLINAIRE TEAM 14

PATIËNT 16

SOCIALE CONTEXT 17

ORGANISATORISCHE, ADMINISTRATIEVE EN ECONOMISCHE CONTEXT 17

SUGGESTIES TOT VERBETERING 19

FOCUSGROEPEN MET PATIËNTEN 21

ZORGPROGRAMMA 21

MULTIDISCIPLINAIRE TEAM 22

PATIËNT 24

SOCIALE CONTEXT 24

ORGANISATORISCHE, ADMINISTRATIEVE EN ECONOMISCHE CONTEXT 25

SUGGESTIES TOT VERBETERING 26

DISCUSSIE 27

BEPERKINGEN VAN DE STUDIE 27

HUISARTSENGROEP 27

PATIËNTENGROEP 27

STERKTES VAN DE STUDIE 28

BESPREKING VAN DE STUDIE 29

FOCUSGROEP MET HUISARTSEN 29

FOCUSGROEP MET PATIËNTEN 30

RAAKPUNTEN EN CONTRASTEN 33

BESLUIT **34**

DANKWOORD **35**

REFERENTIES **36**

BIJLAGEN **38**

BIJLAGE 1: TOTSTANDKOMING MASTERPROEF: SAMENWERKING TUSSEN ONDERZOEKERS. 38

BIJLAGE 2: LITERATUURONDERZOEK: ZOEKSTRATEGIE. 39

BIJLAGE 3: INFORMATIE VOOR HUISARTSEN: OPROEP TOT DEELNAME AAN STUDIE. 41

BIJLAGE 4: INFORMATIE VOOR PATIËNTEN: OPROEP TOT DEELNAME AAN STUDIE. 43

BIJLAGE 5: DOCUMENTEN BIJ AANVANG VAN DE FOCUSGROEP VOOR HUISARTSEN. 47

BIJLAGE 6: DOCUMENTEN BIJ AANVANG VAN DE FOCUSGROEP VOOR PATIËNTEN. 52

BIJLAGE 7: DRAAIBOEK FOCUSGROEPEN HUISARTSEN: GESTANDAARDISEERDE VRAGENLIJST. 58

BIJLAGE 8: DRAAIBOEK FOCUSGROEPEN PATIËNTEN: GESTANDAARDISEERDE VRAGENLIJST. 60

BIJLAGE 9: GEGEVENSANALYSE ENQUÊTES: ENKELFREQUENTIES. 63

INLEIDING

In onze westerse maatschappij neemt het aantal patiënten met een chronische aandoening razendsnel toe. Daarentegen kent de huisartsgeneeskunde een lange traditie van acuut georiënteerde dienstverlening. Onze zorgsystemen zijn van oudsher georganiseerd om snel en efficiënt te reageren bij een acute ziekte. Hierbij lag de focus op een onmiddellijke diagnose en aanpak. Chronische ziekten zoals diabetes mellitus type 2 vergen een fundamenteel andere aanpak. We zien de huisartsgeneeskunde dan ook evolueren; er wordt getracht een antwoord te formuleren op deze nieuwe noden. Recente vorderingen zoals het Zorgtraject Diabetes zijn hier een voorbeeld van.
Dit zorgtraject voor patiënten met diabetes mellitus type 2 trad op 1 september 2009 in werking, met een viervoudig doel (1):

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

Dit alles heeft de intentie om de kloof tussen de werkelijke diabeteszorg en de optimale, theoretische opvolging te verkleinen.

De zorg voor mensen met diabetes mellitus type 2 weerspiegelt de complexiteit van chronische zorg: niet alleen klachten van de patiënt, maar ook preventie en vroegdetectie van complicaties dienen in het oog te worden gehouden. Bovendien wordt de patiënt bij voorkeur mee geactiveerd om te participeren in zijn zorg. Dit vraagt een goede organisatie van de geneeskunde waarin multifactorieel en multidisciplinair gewerkt kan worden (2).

Enkele pilootprojecten in het Leuvense en in Aalst waren veelbelovend (3,4,5). Vanuit de media, lokale netwerken en huisartsenpraktijken ontvangen we evenwel dubbelzinnige signalen. We merken dat er in de praktijk ook grote individuele en regionale verschillen bestaan in het succes van dit zorgtraject. Naast de voordelen die een zorgtraject theoretisch kan bieden, bestaan er drempels die een belangrijke factor zijn in het al dan niet opstarten van een Zorgtraject Diabetes. Zowel deze positieve als negatieve argumenten trachtten we via een kwalitatief focusgroeponderzoek aan het licht te brengen. De huisartsenkring Pallieterland en omgeving liet uitschijnen dat zij zich graag coöperatief zou opstellen voor dit kwaliteitsverbeterend project. Het bood ons een ingangspoort voor

deze studie. Vanuit de huisartsenkring werd met een dubbele focus gewerkt. Zo brachten we zowel huisartsen als patiënten bijeen in afzonderlijke onderzoeksgroepen om hun ervaringen te exploreren. Deze kwalitatieve insteek vormt de kern van dit onderzoek. Dit stelde ons in staat om bestaande ideeën en opvattingen aangaande het Zorgtraject Diabetes aan het licht te brengen. Dit alles heeft het doel om verbetering in de werking van het Zorgtraject Diabetes te bekomen op zowel praktijk- als regionaal niveau.

Deze masterproef is het resultaat van een samenwerking tussen twee huisartsen-in-opleiding, die beiden werkzaam zijn in de betrokken huisartsenkring. Er werd gedurende het hele project intensief samengewerkt. Zowel voor de uitvoering van de focusgroep als voor de verdere analyse stond deze coöperatie en het voortdurende aftoetsen van de resultaten garant voor kwaliteitscontrole. Voor een gedetailleerde beschrijving van de afzonderlijke bijdragen van beide onderzoekers verwijzen we naar bijlage 1.

LITERATUURONDERZOEK: HET CHRONISCHE ZORGMODEL VOLGENS WAGNER

ZOEKVRAAG

Het beleid dat ontwikkeld werd in het Zorgtraject Diabetes vindt zijn oorsprong in het chronische zorgmodel zoals voorgesteld door E. Wagner. Om de idee hierachter beter te kunnen begrijpen, gingen we in de literatuur op zoek naar dit theoretische zorgmodel, en de manier waarop deze verweven zit in de verschillende elementen van het Zorgtraject Diabetes.

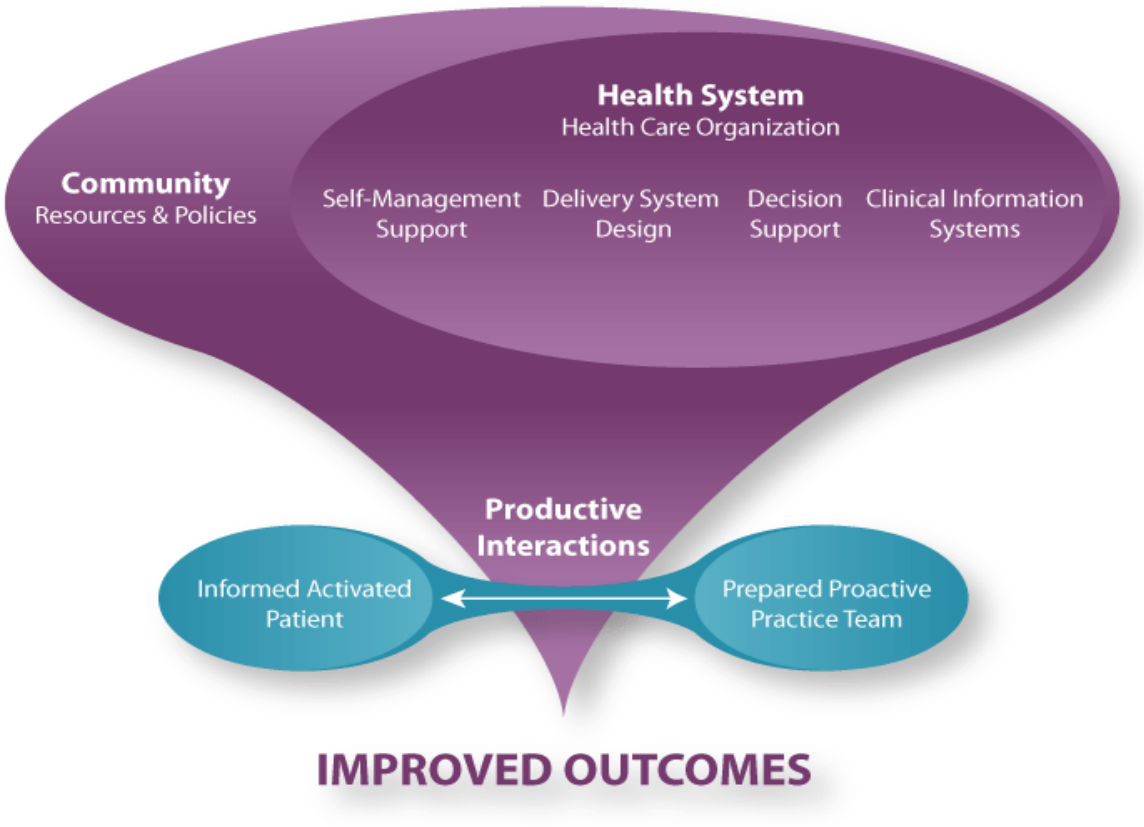
ZOEKSTRATEGIE

Er werd gebruik gemaakt van CEBAM en Pubmed databanken, waarin de onderzoekers onafhankelijk van elkaar met de zoektermen ‘diabetes’, ‘chronic care model’, ‘Wagner’ en/of ‘Belgium’ aan de slag gingen. Voor een gedetailleerde zoekstrategie en de aangewende criteria verwijzen we naar bijlage 2. Bovendien gebruikten we ook rechtstreeks de onderzoeksrapporten van de pilootprojecten in Aalst en Leuven, hetgene bijkomende artikels opleverde (2,3,4,5).

RESULTATEN

Volgens E. Wagner wordt kwalitatieve chronische zorg gekenmerkt door productieve interacties tussen hulpverleners en patiënt, waarin voorzien wordt in evaluaties, ondersteuning voor zelfmanagement, optimalisatie van de therapie en follow-up (zie figuur 1). De interactie heeft meer kans om productief te zijn wanneer patiënten actief en geïnformeerd bij hun zorg betrokken worden.

Veel chronisch zieke mensen worstelen met zowel de lichamelijk alsook psychologische en sociale gevolgen van hun ziekte. Medische opvolging moet ervoor zorgen dat chronisch zieken over de kennis, het vertrouwen en de vaardigheden beschikken om hun eigen gezondheidstoestand mee te coördineren en actief mee een zorgplan te ondersteunen. Hierbij is een goede samenwerking tussen de verschillende hulpverleners en de patiënt een vereiste en dient de zorg in te spelen op de individuele behoeften van de patiënt. Aan de andere kant moeten de hulpverleners beschikken over de nodige deskundigheid, tijd en middelen. Uit onderzoek blijkt dat aanpassingen in de zorgverlening gebaseerd op het chronische zorgmodel een verbeterde zorg voor patiënten met diabetes tot stand kunnen brengen. Dit resulteert in zowel verbeterde uitkomstmaten bij de diabetici en in verminderde kosten van de gezondheidszorg. Het chronische zorgmodel heeft dus potentieel om de hulpverlening te verbeteren. Toch zijn er ook obstakels die dienen overwonnen te worden en die verhinderen dat het succes van dit model kan veralgemeend worden (6,7).



figuur 1: het chronische zorgmodel (Chronic Care Model) volgens E. Wagner

Het model beschrijft zes belangrijke pijlers waarop interventies dienen te steunen:

1. Ondersteuning van de zelfzorg (self-management support)
2. Organisatie van de hulpverlening (delivery system design)
3. Ondersteuning van beslissingen (decision support)
4. Klinische informatiesystemen (clinical information systems)
5. Maatschappelijke ondersteuning (community resources & policies)
6. Organisatie van de gezondheidszorg (health system)

Ondersteuning van de zelfzorg omvat het informeren en educeren van de patiënten, zodat ze zelf in staat worden gesteld om een actieve rol op te nemen in de behandeling van hun aandoening. Faciliterend hierbij zijn het ter beschikking stellen van materialen (zoals zelfcontrolemateriaal, websites en literatuur) en van deskundigen (zoals educatoren) (2). Bij deze ondersteuning blijkt het niet zozeer belangrijk om de patiënt te onderrichten in de ziekte en de behandeling ervan, dan wel om zijn vertrouwen en vaardigheden in het beheer van hun toestand te optimaliseren. Interventies waarbij de nadruk ligt op empowerment en zelf-management zijn bewezen effectief en werpen een nieuw licht op de ondersteuning van de patiënt (8).

De organisatie van de hulpverlening vraagt om een systeem waarin de taken kunnen worden gedelegeerd binnen een team van zorgverleners, zodat expertise en tijd optimaal benut kunnen worden om de zieke te ondersteunen in zijn zelfzorg. Dit vereist ook de nodige communicatie tussen de verschillende disciplines, zodat de complementariteit van de hulpverleners kan worden geoptimaliseerd. Ook een efficiënte praktijkorganisatie van de huisarts draagt bij tot een succesvolle samenwerking. Binnen het Zorgtraject Diabetes werd een zorgprotocol ontwikkeld, dat als leidraad dient voor taakverdeling (2,8).

Hulpverleners dienen voldoende ondersteund te worden om adequaat aan de noden van een kwaliteitsvolle chronische zorg te kunnen voldoen. Dit kan door middel van richtlijnen, navorming en inbreng van specialistische kennis (2). Richtlijnen zijn nuttige aanknopingspunten, maar deze zullen slechts de kwaliteit van de zorg verbeteren indien zij geïntegreerd worden in de structuur van de patiëntenzorg door middel van navorming of praktijkgerelateerde hulpmiddelen (8).

In de praktijk zijn informatiesystemen nodig die toegang verlenen tot actuele en relevante data over zowel individuele patiënten als groepen van patiënten. Hierdoor kunnen hulpverleners patiënten met specifieke noden oproepen, een zorgplan opstellen, gegevens uitwisselen met andere hulpverleners en remindersystemen invoeren. Een goede (her)evaluatie en bijsturing van een zorgprogramma is slechts mogelijk als de nodige gegevens vlot beschikbaar zijn (2,8).

Maatschappelijke verschuivingen, waarin de drempel tot multidisciplinaire samenwerking wordt verlaagd, maken het mogelijk om een verscheidenheid aan diensten en middelen in te schakelen en zo de zorg te verbeteren. Huisartsenkringen en andere organisaties van hulpverleners bieden een toegangspoort om samenwerkingsinitiatieven zoals het Zorgtraject Diabetes aan de man te brengen. Er kan ook aansluiting worden gezocht bij andere initiatieven zoals patiëntenverenigingen of lifestyle-programma's (2,8).

Het welslagen van deze vernieuwde setting van de zorg is slechts mogelijk wanneer er vanuit de organisatie van de gezondheidszorg ondersteunende maatregelen, geschikte stimulansen en strategieën ontwikkeld worden om de noodzakelijke veranderingen in de zorgverlening te ondersteunen (2). Zichtbare bijstand en aanmoediging tot kwaliteitsverbetering van de chronische zorg door beleidvoerders zijn een belangrijke voorspeller van succes. Omgekeerd voorspellen gebrek aan leiderschap en ondersteuning een mislukking. Gezien huisartsen een belangrijke rol spelen in het verstrekken van zorg aan patiënten met een chronische ziekte zoals diabetes, is het noodzakelijk hen actief te betrekken bij initiatieven zoals het zorgtraject. Pas wanneer artsen hun schouders mee onder dit project zetten en een leidende rol spelen in de verdere evolutie, kan succes worden geboekt. Financiële stimulansen beïnvloeden vermoedelijk het gedrag van de hulpverleners in positieve zin, maar bewijs hiervan is schaars (8,9).

Onderzoek leert ons dat het toepassen van het chronische zorgmodel bij de opvolging van diabetici zowel de kwaliteit van de zorg optimaliseert en deze meer evidence-based doet verlopen. Het zou ook klinisch meetbare eindpunten zoals de glycemiecontrole op korte termijn verbeteren. Maar de ervaringen met het zorgmodel wijzen uit dat fundamentele veranderingen in de organisatie van de huisartsgeneeskunde nodig zijn om tegemoet te komen aan de noden voor de zorg van chronisch zieken. De toepassing van kleinere interventies zoals invoering van richtlijnen of adequate ziekteregisters schieten hun doel voorbij wanneer ze niet geïntegreerd worden in een grondige reorganisatie van de zorgverlening (10). Hoewel de uitvoering van het chronische zorgmodel een investering vraagt in tijd en infrastructuur, is de haalbaarheid van deze maatregelen inmiddels bevestigd in onderzoek (6).

In België zijn vooral verdere verbeteringen nodig in de ontwikkeling van klinische informatiesystemen en de organisatie van de hulpverlening (10). Belangrijke barrières die tijdens de pilootstudies met het Zorgtraject Diabetes naar boven kwamen, waren de complexiteit van de interventie, het gebrek aan kwalitatieve gegevens omtrent het zorgtraject, onvoldoende informatietechnologie, het niet-bindende karakter van de procedures en onzekerheid over een duurzame financiering van het project (11).

Om de uitvoering van het zorgtraject verder naar de eerste lijn te verschuiven, zorgen de regionale netwerken voor een aanknopingspunt. Zo is gebleken dat de oprichting van een lokale stuurgroep cruciaal is in de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. De bereidheid van een groep van goed opgeleide en gemotiveerde zorgverleners om te investeren in kwaliteitsverbetering is hierbij een belangrijke facilitator. Maar het is duidelijk dat ook herstructureringen op het niveau van de gezondheidszorg nodig zijn om de nodige ondersteuning voor chronische zorg in de eerste lijn te kunnen realiseren, zoals bijkomende maatregelen om praktijkassistentie en IT-ondersteuning in de huisartsgeneeskunde te bevorderen (10,11).

Het chronische zorgmodel kan worden aanzien als een synthese van systeemveranderingen die gebruikt moeten worden om kwaliteitsverbetering te bekomen. België is een land waar de inspanningen om de eerste lijn aan te passen aan de noden van chronische zieken nog in de kinderschoenen staat. Langzamerhand vinden systemen hun ingang om aan deze vernieuwde behoeften te voldoen. Of deze reorganisatie van de zorg in België zich ook weerspiegelt in een kwaliteitsverbetering op lange termijn zal in de toekomst moeten blijken.

VERANTWOORDING VAN DE ONDERZOEKSMETHODIEK / METHODOLOGIE

STUDIEOPZET

We poogden in dit kwalitatieve onderzoek bij zowel artsen als patiënten de belemmerende en bevorderende factoren bij het opstarten van een diabetes zorgtraject te detecteren. Voor het verkrijgen van deze informatie hebben we gebruik gemaakt van focusgroepen. Deze focusgroepen werden opgezet met het doel aangrijpingspunten te vinden voor optimalisering van het Zorgtraject Diabetes, zodat dit in de toekomst een groter succes mag kennen. In een tweede luik van het praktijkproject werden tevens enquêtes afgenomen bij huisartsen en diabetespatiënten. Hiermee kon worden getoetst naar hun appreciatie van het Zorgtraject Diabetes. Zo hopen wij een evaluatie-instrument te bieden ter beoordeling van een eventuele latere interventie.

Deelnemers van het onderzoek zagen hun anonimiteit gegarandeerd. Er waren geen belangenconflicten. De financiering werd voorzien door de huisartsenkring Pallieterland en omgeving, die zich zeer bereidwillig en geïnteresseerd opstelde. Op geen enkel moment is er inmenging geweest van farmaceutische bedrijven. Deze studie werd tevens goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het interuniversitaire centrum voor huisartsgeneeskunde.

ENQUÊTE

Voor het opstellen van de enquête ter evaluatie van het Zorgtraject Diabetes hebben we ons, bij gebrek aan een gevalideerd instrument, gebaseerd op het "Chronic Care Model" van Wagner. Voor een beschrijving van dit zorgmodel verwijzen we naar het literatuuronderzoek.

In de enquête werd gepeild naar de huidige belevingen en ideeën van artsen en patiënten aangaande het Zorgtraject Diabetes. We creëren hierdoor de mogelijkheid om aan de hand van dezelfde enquête een nameting uit te voeren wanneer in de toekomst een interventie wordt uitgevoerd. Zodoende kan beoordeeld worden of het een geslaagde interventie betreft.

1. enquête voor huisartsen:

   De enquête werd voorgelegd aan de deelnemers bij aanvang van de focusgroepen. Parallel hiermee werd tijdens een kringactiviteit van de huisartsenkring Pallieterland en omgeving kennis gegeven van ons project aan de aanwezige artsen. Hier werd dezelfde enquête betreffende de huidige beleving van het Zorgtraject Diabetes voorgelegd.

2. enquête voor patiënten:

   Gedurende een periode van vijf weken werd de enquête voor geïncludeerde patiënten ter beschikking gesteld bij de endocrinologen van het Heilig Hart ziekenhuis te Lier en bij de educatoren van het Diagnosecentrum te Lier. Bovendien werd de enquête voorgelegd aan de deelnemers bij aanvang van de focusgroepen. Deze ruimtelijke spreiding in het afnemen van de enquête heeft als doel een zo breed mogelijk beeld te schetsen van de regio.

FOCUSGROEPEN

Artsen en patiënten werden uitsluitend gerekruteerd in de huisartsenkring Pallieterland en omgeving. We trachtten hierbij zowel artsen en patiënten te includeren die vlot met het zorgtraject aan de slag gaan in praktijk, alsook de groep van mensen die weerstand hiertegenover biedt, om zo diverse beweegredenen en ervaringen te ontdekken en te analyseren.

Opzet was om artsen en patiënten in afzonderlijke focusgroepen samen te laten zitten en dat bedenkingen over het zorgtraject op tafel worden gelegd.

1. focusgroep met huisartsen:

   In eerste instantie namen we contact op met de voorzitters van drie LOK-groepen uit deze huisartsenkring. Deze werden uitgekozen op basis van geografische spreiding, teneinde ook de invloed van de regionale setting te kunnen detecteren. We selecteerden een huisartsengroep in Lier, Duffel en Massenhoven/Oelegem/Schilde/Wijnegem. Mits goedkeuring van deze

voorzitters werd naar alle leden (huisartsen) van de betreffende LOK-groep een mail gezonden met de nodige informatie over ons onderzoek en een oproep voor hun vrijwillige deelname (zie bijlage 3). Hun aantal werd gelimiteerd tot twaalf deelnemers per sessie. Op deze manier namen 25 huisartsen deel aan het onderzoek.

2. focusgroep met patiënten:

   Zowel aan huisartsen als aan arts-specialisten werd hulp gevraagd om patiënten op te roepen. Dit gebeurde enerzijds per mail (voorbeeld in bijlage 4), alsook door persoonlijke voorstelling van ons project op een kringactiviteit. Door een lage respons op deze oproep werden huisartsen nadien persoonlijk gecontacteerd met de vraag om aan ons onderzoek mee te werken. Patiënten die in aanmerking kwamen voor de studie en die aan hun arts de toestemming gaven om hun contactgegevens aan ons door te sturen, werden telefonisch gecontacteerd. We beoogden voor elke focusgroep zes tot twaalf deelnemers. In totaal namen 15 patiënten deel aan de focusgroepen.

Het focusgroeponderzoek nam per sessie maximaal 2 uur in beslag. De twee huisartsen-in-opleiding namen hierbij de rol aan van gespreksmoderator en observator. Bij aanvang werd eerst het informed consent formulier aangereikt en ondertekend door de deelnemers. Een vragenlijst omtrent de praktijksetting respectievelijk achtergrondinformatie van de patiënten werd voorgelegd. Ook de korte enquête met een kwalitatieve inkijk werd ingevuld. (zie bijlagen 5 en 6) Voor de gestandaardiseerde vragenlijst die tijdens het focusgroeponderzoek als draaiboek werd gebruikt, verwijzen we naar bijlage 7 en 8.

GEGEVENSANALYSE

ENQUÊTE

De achtergrondinformatie en enquêtes werden voor het onderzoek voorgelegd aan twee onafhankelijke experts ter validatie. Bij het opstellen van de enquête werden de positieve en negatieve benoemingen in willekeurige volgorde geplaatst, om een halo-effect bij het invullen te vermijden. Voorafgaand aan het onderzoek werd een piloottest uitgevoerd om eventuele onduidelijkheden te detecteren en de duur voor het invullen van deze documenten na te gaan. Hierbij werden enkele zinsconstructies vereenvoudigd, zodat de ervaren onduidelijkheden bij deze pretest werden opgeheven.

Na het verzamelen van de nodige gegevens, werden deze data door de onderzoekers gekwantificeerd, met een ad random controle van 10% om fouten bij het invoeren te excluderen. Uit

deze gegevens werden enkelfrequenties gehaald (zie bijlage 9). Vervolgens werden 'out of range' waardes opgezocht en zo nodig aangepast. Gezien deze enquête enkel dient als referentiepunt voor eventueel vervolgonderzoek, wordt hier niet verder op ingegaan.

FOCUSGROEPEN

Alle gesprekken van de focusgroepen werden op bandopname geregistreerd. Aan de hand van deze opnames en aantekeningen van de observator werden de audiotapes uitgeschreven en door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Irrelevante informatie werd bij een eerste auditieve selectie reeds geweerd. De relevante quotes van beide huisartsen-in-opleiding werden nadien ter controle van de kwaliteit bijeen gelegd. Hierbij werden 97 % overeenstemmende citaten geregistreerd. In een volgende fase trachtten we stimulerende en inhiberende factoren te identificeren. Het coderen bleef semantisch dicht bij de verwoording van de deelnemers en met openheid voor wat de deelnemers te zeggen hadden. Door groepering van deze gegevens, hetgeen wederom door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar gebeurde, kwamen we tot grotere categorieën. Wanneer bij vergelijking van beide resultaten geen overeenstemming werd bereikt, werd teruggegaan naar de originele quotes en codes en trachtten we door verder overleg een consensus te bereiken. Op deze manier slaagden we erin de belemmerende en bevorderende factoren bij de opstart van een Zorgtraject Diabetes aan het licht te brengen. Bij de verwerking van de resultaten werd gebruik gemaakt van de matrix uit het werk van Grol en Wensing, die ook werd aangewend in de verslaggeving van het Diabetesproject Aalst (4). Suggesties van deelnemende artsen en patiënten ter verbetering van het Zorgtraject Diabetes werden ook neergeschreven.

RESULTATEN

FOCUSGROEPEN MET ARTSEN

ZORGPROGRAMMA

Uit de verschillende focusgroepen met artsen blijkt dat ze unaniem de mening zijn toegedaan dat het Zorgtraject Diabetes structuur biedt bij de opvolging van de diabetici. Hierdoor worden ze als huisarts gestimuleerd om deze groep van patiënten beter te begeleiden en gebeurt hun follow-up meer nauwgezet.

Quote focusgroep 2 (♂Q): "De structuur die via het Zorgtraject Diabetes wordt aangeboden en waar we maar op in te grijpen hebben, is ongetwijfeld een felle verbetering. Er is een schema, een raamwerk dat aangeboden wordt, en dat werkt stimulerend. (…) Het is nu zeker beter."

Daarnaast kwam ook de stimulerende invloed van het zorgtraject als contract naar voren. Dit werd door de artsen als een win-win situatie voor alle partijen gezien: professionals krijgen een team om op terug te vallen en ook voor de patiënt zijn er tal van voordelen. Een aantal artsen ziet deze voordelen als een middel om patiënten te motiveren om zich goed te laten opvolgen.

Quote focusgroep 1 (♂A): "Als je als patiënt zoveel voordelen aangeboden krijgt via het zorgtraject (gratis strips en consulten, dieetadvies enzovoort), mag er zeker een engagement langs zijn kant aan vasthangen."

Quote focusgroep 3 (♂S): "Ik vind het vooral een goed initiatief voor patiënten die niet gedisciplineerd zijn: je kan hen voordelen aanbieden zoals de gratis consulten, maar wel op voorwaarde dat ze zich aan de regels houden."

Bovendien brachten de huisartsen aan dat de doelgroep uitgebreider is dan in de diabetesconventie, zodat meer patiënten kunnen genieten van een betere zorg. Artsen zien eveneens ruimte voor gezondheidswinst met het zorgtraject bij niet-mobiele patiënten, maar deze vallen uit de boot door de inclusiecriteria. Hier stuiten we evenwel op enige onduidelijkheid omtrent deze normen. De striktheid waarmee de inclusiecriteria geïnterpreteerd worden, verschilt tussen artsen onderling. Daar waar enkele artsen deze grijze zone als een opportuniteit zien om zelf als speelruimte te gebruiken, meent de meerderheid van de artsen dat meer duiding omtrent de inclusievoorwaarden nodig is.

Quote focusgroep 2 (♂R): "Eén van de redenen om patiënten die in aanmerking komen niet te includeren, is omdat je het zelf als huisarts niet ziet dat je ze in het zorgtraject kán steken. Dat ga je dan zelf ook niet weten."

Daarnaast horen we bij de deelnemers dat een aantal onder hen niet geloven in het zorgtraject. Zij ervaren deze nieuwe aanpak niet als een verbetering en voelen zich daardoor niet geneigd om patiënten die in aanmerking komen te includeren.

Artsen voelen zich vaak ook niet erg vertrouwd met het zorgtraject. Dit is volgens sommige artsen het gevolg van een te klein aanbod: het aantal zorgtrajecten per huisarts ligt te laag om er vaardig mee te leren omgaan.

Quote focusgroep 3 (♂V): "Ik denk dat we als huisarts elk te weinig mensen in een zorgtraject hebben zitten om er vlot mee te kunnen werken. (…) Elke week een nieuwe inclusie is de beste leerschool."

Zeker in regio's met een traditie van doorsturen en samenwerken met de endocrinoloog, werkt dit volgens de artsen het naar de eerste lijn brengen van de diabeteszorg tegen. Gezien bij de opstart van

een Zorgtraject Diabetes tevens het advies van een endocrinoloog vereist is, wordt de verantwoordelijkheid van de inclusie door huisartsen vaak doorgeschoven naar de tweede lijn. De drempel om zelf een zorgtraject op te starten en de diabeteszorg naar zich toe te trekken, ligt hier nog erg hoog wegens een gebrek aan bedrevenheid met het zorgprogramma.

MULTIDISCIPLINAIRE TEAM

Het Zorgtraject Diabetes biedt volgens heel wat artsen een vooruitgang in multidisciplinaire samenwerking. Door het combineren van tijd en kennis weet de huisarts zich ondersteund en is er een betere begeleiding van de patiënt, met een groter verantwoordelijkheidsgevoel over de eigen zorg tot gevolg.

> *Quote focusgroep 1 (♂A): "Het Zorgtraject Diabetes heeft als grote voordeel dat er heel wat mensen op verschillende niveaus inwerken op de patiënt: zo heeft de endocrinoloog, huisarts, diëtist en educator elk een ander impact op de patiënt, waardoor de patiënt beter gesensibiliseerd wordt voor zijn ziekte."*

Door als team dezelfde boodschap uit te dragen, vinden de artsen dat je patiënten beter gemotiveerd krijgt. De meeste artsen beschouwen vooral de samenwerking met een educator als een grote meerwaarde. Paramedici worden beter toegankelijk voor de diabetici door het verlagen van de financiële drempel. Deze bieden de patiënt informatie op maat en kunnen op moeilijkere momenten worden ingeschakeld om de motivatie van de patiënt terug aan te scherpen.

> *Quote focusgroep 1 (♂F): "Veel patiënten weten niet goed wat hun ziekte inhoudt. (...) De educator vind ik van ontzettend groot belang, niet alleen omwille van dieet enzovoort, maar om ook uit te leggen wat diabetes nu eigenlijk is. Dat is iets dat je als huisarts maar beperkt kan doen binnen het tijdsbestek van een consultatie."*

Wel merken ze hierbij dat duidelijke richtlijnen omtrent het takenpakket van elke speler ontbreken, waardoor het niet altijd duidelijk is welke verantwoordelijkheid door wie gedragen wordt.

> *Quote focusgroep 3 (♂Y): "Het moeilijke in de samenwerking binnen het zorgtraject is weten wie nu wat heeft gedaan; daarin schuilt het gevaar dat er iets niet gebeurt."*

Bovendien horen we dat de artsen niet altijd op de hoogte zijn van de competenties van de verschillende paramedici. Zo wordt de vraag gesteld waarom een patiënt naar de educator zou moeten wanneer er nog geen sprake is van insuline, of wat een educator meer doet dan een diëtist.

> *Quote focusgroep 3 (♀U): "Ik heb problemen om educatoren te vinden. Het is mij ook niet duidelijk wat de educator doet wat een diëtist niet doet."*

Er worden grote regionale verschillen ervaren in het succes van deze coöperatie. Op sommige plaatsen wordt de samenwerking als een grote meerwaarde ervaren. Andere artsen zijn minder lovend

wanneer zij de spelers in eerste lijn niet goed kennen of wanneer de gevestigde vertrouwdheid met andere spelers een drempel vormt, zoals een lang bestaande samenwerking met het ziekenhuis.

> *Quote focusgroep 2 (♀P): "Om in deze regio educatoren te vinden, moet je echt op zoek gaan; je kent deze mensen nadien ook enkel door contact via briefjes."*
>
> *Quote focusgroep 2 (♂M): (omtrent educatoren…) "Het probleem in deze regio is dat als je moet kiezen tussen iemand die je niet kent en iemand van het ziekenhuis, je dan geneigd bent om dat pad van de tweede lijn te volgen."*

Ook de communicatie tussen de verschillende gezondheidsmedewerkers wordt als suboptimaal ervaren. Het ontbreken van een goede verslaggeving, blijkt voor sommige artsen een grote weerstand. Dit doet hen aarzelen om de opvolging van de patiënt in handen van een team te leggen. We merken hier weerom grote regionale verschillen. Verslagen van de endocrinoloog komen doorgaans correct toe en er wordt aangehaald dat men zelfs een toegenomen respect vanuit de specialisten naar de huisartsen toe ervaart met de invoering van het Zorgtraject Diabetes. Grotere meningsverschillen vinden we terug bij de communicatie met paramedici. Sommige hulpverleners prijzen hen om hun verslaggeving, daar waar anderen erg verbaasd opkijken en menen geen feedback te ontvangen.

> *Quote focusgroep 3 (♀W): "Ik krijg geen verslagen van de consulten met een diëtist of educator; ik heb dus geen idee wat daar wordt besproken en of het een meerwaarde biedt."*

Sommige huisartsen vinden het positief dat ze meer centraal in de zorg komen te staan zodat ze de patiënt beter kunnen opvolgen. De artsen ondervinden zo dat ze zelf beter gemotiveerd worden. Anderen vinden dat ze al werk genoeg hebben om een centrale rol op zich te nemen. We horen enkele deelnemers suggereren dat ze zelf een actievere rol moeten gaan spelen en het initiatief in eigen handen moet nemen om verantwoordelijkheid op te nemen. Hier en daar wordt geopperd dat de specialisten de patiënten teveel naar zich toetrekken en ze in grote mate afhangen van de goodwill van de endocrinoloog. Anderen menen dan weer dat de oorzaak daarvan bij henzelf ligt door het teveel uit handen geven van de zorg.

> *Quote focusgroep 3 (♀U): "Als huisarts hebben we altijd gezegd dat de specialisten teveel van ons afnemen. Maar nu we de kans ertoe krijgen, trekken we eigenlijk de verantwoordelijkheid te weinig naar ons toe."*

Vanuit deze invalshoek horen we suggereren dat je als huisarts zelf zou moeten kunnen beslissen om een patiënt al dan niet door te sturen naar andere hulpverleners, in plaats van dit verplicht te maken.

> *Quote focusgroep 3 (♂V): "Ik vind niet dat het verplicht mag zijn om een patiënt naar de endocrinoloog en diëtist door te sturen, maar dat dit een keuze van de huisarts moet kunnen zijn."*

Een slecht geregelde suiker is echter inherent aan de mensen bij wie je een zorgtraject start, zodat andere artsen menen dat net bij deze patiënten de ondersteuning van de endocrinoloog nuttig is. Het zelf moeten opstarten van insuline is voor vele huisartsen een drempel, zij zien dit eerder als een taak van de endocrinoloog.

> *Quote focusgroep 3 (♀W): "Er is pas sprake van inclusie in een zorgtraject wanneer insuline in het verschiet ligt, en dat vind ik specialistenwerk; vandaar dat ik de opstart in de tweede lijn laat gebeuren."*

PATIËNT

De huisartsen in onze studie zijn het erover eens dat de patiënt meer betrokken raakt bij zijn eigen ziekteproces met het zorgtraject. Deze responsabilisering wordt als positief ervaren door de artsengroep. Dit is volgens de huisartsen een gevolg van een betere omkadering van de patiënt: enerzijds door de materiële voordelen zoals de gratis meetstrips en gratis consulten, anderzijds dankzij de informatie op maat en individuele educatie. Hierdoor wordt hun inzicht en empowerment vergroot, wat resulteert in een betere zelfzorg.

> *Quote focusgroep 2 (♂Q): "De contacten met de verschillende zorgverleners zorgen ervoor dat de patiënt beter geïnformeerd is, en dat komt de compliance zichtbaar ten goede."*

Enkele huisartsen merken evenwel op dat bij de opstart van een zorgtraject de patiënt overladen wordt met informatie. Hierdoor raken sommige mensen het noorden kwijt en dat werkt demotiverend. De draagkracht van de patiënt dient aldus goed mee in de gaten te worden gehouden.

> *Quote focusgroep 3 (♀T): "Ik heb bij één patiënte de ervaring gehad dat er teveel verandering ineens was: naar de specialist, diëtist, educator… Dat was teveel informatie bij elkaar, en die patiënte was helemaal geblokkeerd."*

Huisartsen zien ook voor de niet-insuline afhankelijke patiënten een positief effect. De drempel om later de overstap naar injecties te zetten, wordt op deze manier volgens hen verkleind.

De motivatie van de patiënt blijft een noodzakelijke voorwaarde om een zorgtraject te doen slagen, en deze kan je a priori moeilijk inschatten. Maar ook andere factoren spelen volgens de huisartsen mee. Zo menen zij dat sommige patiënten weigerachtig zijn om naar een endocrinoloog te gaan uit schrik voor de opstart van insuline-injecties. Artsen merken ook op dat mensen die gekend zijn met een goed georganiseerde diabetesconventie niet snel geneigd zijn om over te stappen naar een voor hen onbekend Zorgtraject Diabetes.

Daarnaast is het tevens van belang om patiënten meer te sensibiliseren om voor de diabetes op raadpleging te komen, en niet enkel 'en passant'. Dit blijft volgens de artsen vaak een moeilijke opdracht.

Quote focusgroep 2 (♂M): "(...) Op dat vlak hebben we nog enorm veel werk voor de boeg: als mensen voor een andere reden komen, vragen ze telkens ook voorschriften voor hun suikerziekte mee."

Voor vele patiënten blijft het bewaken van hun gezondheid een opdracht, terwijl het volgens de huisartsen net een geïntegreerde levensstijl zou moeten worden. Er is volgens de artsen nog veel werk voor de boeg.

SOCIALE CONTEXT

Er wordt opgemerkt dat huisartsen in Vlaanderen geen traditie van multidisciplinair samenwerken hebben. Dit werkt in het nadeel van nieuwe initiatieven zoals een Zorgtraject Diabetes. De artsen zien hierin wel stilaan verandering komen, waardoor er ruimte komt voor samenwerking. Maar verandering vraagt tijd. In regio's waar de samenwerking met de tweede lijn historisch gezien erg nauw is, merken de huisartsen dat ze gemakkelijk de uitwerking van een zorgtraject aan de specialist overlaten.

Quote focusgroep 2 (♂L): "Ik heb de neiging om veel samen te werken met de endocrinologen, dat was in de voorgeschiedenis altijd zo. (…) In het ziekenhuis hier is alles goed uitgebouwd, met educatoren en diabetesverpleegsters."

We horen hierbij de argumentatie naar voren komen dat de huisartsen uit jarenlange ervaring weten dat de patiënt in de tweede lijn goede zorgen krijgt.

ORGANISATORISCHE, ADMINISTRATIEVE EN ECONOMISCHE CONTEXT

De huisartsen ervaren dat het Zorgtraject Diabetes een betere bovenbouw en structuur biedt voor de behandeling van diabetici. De huisartsenkring speelt hier accuraat op in door online ondersteunende informatie en een stappenplan aan te bieden. Artsen menen hierdoor efficiënter aan de slag te kunnen met het zorgtraject. Ondanks de aangenomen laagdrempeligheid van de online ondersteuning lijkt het er echter op dat hier weinig gebruik van wordt gemaakt.

Quote focusgroep 1 (♂F): "In onze huisartsenkring staat het stappenplan heel mooi uitgewerkt op de site. Je moet enkel de weg kennen en de moeite nemen om er naartoe te gaan."

De huisartsen merken bij de uitwerking van het zorgtraject evenwel een aantal organisatorische drempels. Men meent dat de praktijkondersteuning en omkadering bij vele huisartsenpraktijken nog niet voldoende op punt staat voor dit soort initiatieven. Nochtans zijn de artsen van oordeel dat de praktijkorganisatie heel bepalend is voor het welslagen van een zorgtraject. Zo faciliteren een afsprakensysteem en de aanwezigheid van een praktijkassistente/secretaresse het maken van vervolgafspraken. Hierbij wordt opgemerkt dat vooral de geldstromen binnen de gezondheidszorg

bepalend zijn voor een goede uitbouw en organisatie, en hiermede voor het succes van een project. Deze factor speelt momenteel nog in het voordeel van de tweede lijn, waar een goede omkadering en ondersteuning reeds langere tijd bestaat.

> *Quote focusgroep 2 (♂O): "Om de diabeteszorg naar de eerste lijn verplaatst te krijgen, moet er voor de nodige omkadering gezorgd worden en die ontbreekt nu nog. Vooral op administratief vlak kan er heel wat worden opgevangen door een praktijkassistente, maar ook de kenbaarheid van de paramedici in de eerste lijn moet beter."*
>
> *Quote focusgroep 1 (♂E): "Wij zijn als huisarts nu nog heel vaak met praktische bekommeringen bezig: bellen voor afspraken, paperassen in orde maken… Het medische krijgt hierdoor minder aandacht."*

Door de goede organisatie en uitbouw van de zorg in de tweede lijn, wordt de diabeteszorg op meerdere plaatsen naar de ziekenhuizen doorgeschoven. Dit lijkt voor vele artsen eenvoudiger voor de - vaak niet zo mobiele - patiënt dan van hot naar her gestuurd te worden.

> *Quote focusgroep 2 (♀P): "Nu moeten we de mensen van hier naar daar sturen. Dan is de verleiding groot om alles op één centraal punt in het ziekenhuis te laten doen."*

We horen hierbij de twijfel rijzen of het zorgtraject niet iets te vroeg van de grond is gekomen, op een moment dat de structuur er nog niet helemaal rijp voor is. Enkele kinderziekten zoals problemen binnen de groepspraktijken waar patiënten gedeelde zorg krijgen, werden gelukkig reeds verholpen. Maar ook de procedure bij het veranderen van huisartsenpraktijk blijkt voor de artsen nog niet duidelijk. Het is onduidelijk of het niet naleven van het contract gevolgen heeft voor de patiënt aangezien de huisartsen deze consequenties nog niet heeft kunnen opmerken.

Het zorgtraject brengt bovendien veel administratief werk met zich mee. Enerzijds ontbreekt het vele artsen de tijd om het papierwerk ten gronde uit te voeren, anderzijds kan het kleine aantal potentiële zorgtraject-patiënten niet zorgen voor de nodige routine om een vlotte uitvoering te bewerkstelligen. Zeker in de praktijken waar niet frequent met het zorgtraject wordt gewerkt valt deze opstart zwaar.

> *Quote focusgroep 3 (♂V): "Bij mij is het vooral tijdsdruk die meespeelt bij het niet-opstarten van een Zorgtraject Diabetes bij een patiënt die wel in aanmerking zou komen. De administratieve belasting is op zo'n moment net teveel."*
>
> *Quote focusgroep 2 (♂M): "Het opstarten vind ik niet eenvoudig; het vergt veel papierwerk en vereist een zekere vaardigheid. (...) Ik heb de routine nog niet om het in een vingerknip te doen."*

Ook de computersystemen staan nog niet op punt om op een geschikte en veilige manier gegevens door te spelen. Artsen menen dat de elementen van het zorgtraject zouden geïntegreerd moeten kunnen worden in het programma van het dossierbeheer. Nu moet men echter nog zelf in het oog

houden dat je als arts alles goed opvolgt en geen stappen overslaat. We horen hier evenwel een kritische noot dat de huisartsen misschien zelf nog te weinig op de hoogte zijn van de mogelijkheden van hun medische programma.

> *Quote focusgroep 2 (♂M): "Ik meen dat je al heel veel dingen kan plannen met mijn huidige medische programma; maar het is natuurlijk enkel hetgene dat je er zelf insteekt dat je er ook uit kan halen."*

De honorering die aan de artsen wordt toegekend, wordt als ondersteunend ervaren. Ze omschrijven dit als een extra stimulans om kwalitatief goed werk te leveren. Al is er enige onenigheid omtrent deze financiële compensatie. Sommige artsen beweren dat ze het meerwerk dat een zorgtraject met zich meebrengt ook zonder extra vergoeding zouden uitvoeren. Ze menen dat je de patiënten door het zorgtraject vaker op consultatie ziet, en dat je de tijd die je er bij de opstart meer insteekt, nadien weer uithaalt door de striktere opvolging. Andere huisartsen zijn hier echter niet mee akkoord en vinden dat de extra administratie en opvolging bij het zorgtraject een vergoeding rechtvaardigt. Eén arts vat de discussie als volgt samen:

> *Quote focusgroep 2 (♂M): "In se is een honorering niet nodig, want je ziet de mensen vaker op raadpleging en verdient er dus je geld aan. De opstart vraagt meer tijd maar in de latere consultaties steek je minder tijd. Anderzijds komt er naar opvolging en registratie wel van alles bij kijken qua administratie, en vind ik die tachtig euro wel correct."*

Over het exacte bedrag valt volgens de artsen te discussiëren, maar wordt door iedereen als een correcte honorering ervaren. We horen evenwel enige twijfel rijzen of het kostenbaten plaatje van het Zorgtraject Diabetes positief uitdraait. Hiervoor is het nog wachten op de gezondheidsresultaten op langere termijn.

SUGGESTIES TOT VERBETERING

Huisartsen ervaren vooral de instap in een zorgtraject als erg belastend. De idee wordt geopperd om hiervoor een facilitator in te schakelen die de artsen kan helpen om de opstart te volbrengen. Dit zou een soort van educator zijn voor de huisarts die de administratieve kant begeleidt; de beschikbaarheid over een helpdesk, administratieve voorbereiding door een educator, iemand die op de praktijk komt om de administratie op te starten worden voorgesteld. Dit laatste lijkt voor andere huisartsen niet haalbaar.

> *Quote focusgroep 1 (♂C): "De idee van een facilitator vind ik erg waardevol: iemand die naar de praktijk komt na afspraak met een paar patiënten die in aanmerking komen, om de opstart te ondersteunen."*

Andere ideeën zijn het werken met een opstartkaft met handleiding en stappenplan, waarin alle papieren die moeten ingevuld worden gebundeld zitten. Ook de LOK-groepen zouden volgens de artsen deze thematiek aan bod kunnen laten komen om de vertrouwdheid te doen toenemen.

Verder horen we dat huisartsenpraktijken dienen te herorganiseren om deze nieuwe trajecten optimaal te laten verlopen. De vraag rijst of dit uitsluitend de inbreng van de huisarts moet zijn dan wel dat er behoefte is aan meer praktijkondersteuning en omkadering. Zolang deze ondersteuning er niet is, zo stelt een arts uit de eerste focusgroep, moet de opstart simpeler kunnen verlopen.

> *Quote focusgroep 2 (♀P): "De extra werkbelasting door preventieve geneeskunde dwingt ons als huisarts om ons op termijn anders te gaan organiseren: meer praktijkondersteuning nemen, dingen uit handen geven."*
>
> *Quote focusgroep 1 (♂A): "Ik denk dat het een kwestie is dat wij niet goed georganiseerd zijn. In het ziekenhuis werkt het goed omdat zij een kader hebben (…) Praktijken met een assistent kunnen het iets beter regelen."*

Bovendien is er volgens de artsen nog werk aan de winkel om de computersystemen verder op punt te stellen. Zowel het integreren van het Zorgtraject Diabetes in het dossierbeheer, als het veilig beschikbaar stellen en doorgeven van gegevens biedt nog ruimte voor verbetering.

Daarnaast wordt er gesuggereerd dat het centraliseren van de eerstelijnszorg in een paramedisch huis, waar huisartsen, educatoren en diëtisten samen zitten, een grote vooruitgang zou kunnen betekenen.

> *Quote focusgroep 2 (♀P): "Als je een alternatief zou hebben voor het ziekenhuis, waar je alles op één plaats kan laten gebeuren, zou het beter zijn."*

Duidelijke richtlijnen omtrent ieders takenpakket binnen het zorgtraject lijken bovendien aan de orde. Zeker gezien de veelheid aan betrokken spelers en de steeds wisselende teams, stelt zich de vraag naar uniformiteit. Er wordt aangehaald dat zeker de psychologische begeleiding van de patiënt een duidelijkere plaats mag toegekend worden. Maar ook de persoonlijke banden en vertrouwdheid kunnen beter. Lijsten vanuit de overheid of via het lokale artsennetwerk met alle erkende paramedici, alsook persoonlijke contacten zouden de samenwerking intenser kunnen maken.

> *Quote focusgroep 2 (♂M): "Er zou een kennismaking met de andere spelers vanuit de eerste lijn, zoals de educatoren moeten zijn. Onbekend is onbemind. Ik ben minder geneigd om naar mensen door te sturen waarvan ik de achtergrond niet ken."*

Ook de schriftelijke verslaggeving vanuit de paramedici, waarin wordt gecommuniceerd over de ervaren knelpunten of te verwachten problemen, lijkt nuttig en kan volgens sommige artsen nog beter.

Quote focusgroep 3 (♀W): "Het zou wel nuttig zijn moesten we ook van de paramedici verslagen toekrijgen via Medibridge. We zouden op de hoogte moeten zijn bij welke patiënten er problemen zijn. Liefst kort en bondig. Nu weten wij niet hoe de opstart verloopt."

Verder horen we dat het zinvol kan zijn om bij de huisarts aparte opvolgconsulten te voorzien uitsluitend voor de diabetes, en de patiënten proberen het nut hiervan te doen inzien. Maar ook het verder informeren van patiënten via bijvoorbeeld het tijdschrift van de Vlaamse Diabetesvereniging zien artsen als een aanknopingspunt voor verbetering. Gratis lidmaatschap zou de toegang tot informatie kunnen optimaliseren.

Quote focusgroep 1 (♂F): "Eigenlijk zouden de patiënten in het zorgtraject gratis lid moeten kunnen worden van de Vlaamse Diabetesvereniging. Hun tijdschrift is een waardevolle bron van informatie."

Belangrijke boodschap van de huisartsen lijkt: herhaling is de beste leermeester. Zowel voor de huisartsen om vaardiger met het zorgtraject te leren omgaan, als voor patiënten om dankzij kennis hun empowerment te vergroten.

FOCUSGROEPEN MET PATIËNTEN

ZORGPROGRAMMA

Over het algemeen genomen wordt het Zorgtraject Diabetes bij de patiënten ontvangen als een goed initiatief. Een patiënt uit de tweede focusgroep stelt het als volgt:

Quote focusgroep 2 (♂H): "Eerlijk gezegd, ik volg het zorgtraject nu drie maanden, en ik vind het heel goed. Ik heb weinig opmerkingen en ben 7 kg afgevallen."

Het contract dat patiënten aangaan om te mogen genieten van het zorgtraject trekt hen over de streep om zich regelmatig te laten opvolgen voor de diabetes.

Quote focusgroep 1 (♂A): "Als je niet in het zorgtraject zit, moet het al erg zijn voordat je naar de dokter gaat. Nu ga je gemakkelijker."

Een vaste structuur maakt het voor patiënten eenvoudiger om te weten wat van hen verwacht wordt.

Quote focusgroep 1 (♂C): "Ik vind het eenvoudiger omdat je een vaste volgorde hebt. (…) Nu zit er structuur in, vroeger dacht ik: 'ik zal nog eens naar de dokter gaan.'."

Een patiënt uit de eerste focusgroep die eerder in de conventie zat, stelt dat hij geen verschil heeft gevoeld sinds de overgang naar het zorgtraject.

Quote focusgroep 1 (♂A): "Ik heb even in de conventie gezeten. Ik heb geen verschil gevoeld met de overstap. De overschakeling verliep zonder problemen."

Aan de andere kant bestaat er ook heel wat onduidelijkheid. Er zijn patiënten die niet weten wat nu eigenlijk een Zorgtraject Diabetes is. Er inzitten omdat de huisarts het simpelweg voorstelt, komt naar boven.

> Quote focusgroep 2 (♂J): "Als ik eerlijk ben, weet ik weinig of niets over het zorgtraject. Ik weet alleen dat de huisarts mij heeft ingeschreven."

Tijdens de focusgroepen barstten regelmatig discussies los en werden vragen gesteld die bevestigen dat patiënten inderdaad van veel niet op de hoogte zijn. Onduidelijkheden rond de financiële voordelen van het zorgtraject alsook rond de disciplines in het zorgtraject staken tijdens de focusgroepen regelmatig de kop op. Deze onderwerpen komen verder in de tekst aan bod.

Als er al vragen zijn rond het zorgtraject over hoe het nu in elkaar steekt, bestaan er zeker ook vragen over de toekomst.

> *Quote focusgroep 2 (♂J): "Ik heb een papier van de ziekenkas gekregen dat ik één jaar recht heb op strippen en naaldjes, ik weet niet wat er daarna gebeurt."*

MULTIDISCIPLINAIRE TEAM

Patiënten vinden over het algemeen dat ze met het zorgtraject goed worden opgevolgd. Het multidisciplinaire karakter speelt hierin mee.

> *Quote focusgroep 1 (♂E): "Ik vind dat je goed ondersteund wordt. Je komt bij verschillende personen: wit-gele kruis, oogarts, endocrinoloog, huisarts. Moest ik niet in het zorgtraject zitten, ging ik enkel naar de huisarts."*

In beide focusgroepen zijn er echter patiënten die niet vinden dat ze beter worden opgevolgd dan vroeger. Wel stellen ze dat ze nu niet enkel bij problemen naar de huisarts gaan, ze komen voor de opvolging van hun chronische aandoening en hiervoor wordt tijd gemaakt. Dit kan dan voor de diabetes alleen zijn, maar ook voor andere chronische aandoeningen waar de patiënt tevens mee te kampen heeft.

> *Quote focusgroep 2 (♂L): "Ik moet alle maanden naar de huisarts gaan voor de dikte van mijn bloed. Ik ga niet extra, wel regelmatig, al langer."*

Anderzijds zou het volgens de patiënten op bepaalde vlakken beter moeten kunnen. Zo weten de patiënten niet altijd de nodige paramedici te vinden in de buurt. De actoren in het zorgtraject zijn niet altijd gekend of de invulling van hun rollen vergt meer begrip. In de eerste focusgroep bestond er discussie of de oogarts al dan niet in het zorgtraject vervat zit.

> *Quote focusgroep 2 (♀K): "Een educator, wat is dat eigenlijk?"*

Ook voelt de routine in het zorgtraject niet altijd aan als een meerwaarde. Als de zorgverleners voor de zoveelste keer met hetzelfde verhaal afkomen of een geschreven tekst voorlezen en niets nieuw kunnen brengen, komt dit al eens oppervlakkig en zelfs nutteloos over.

> *Quote focusgroep 2 (♂H): " De educator was een heel lief meisje. We hebben anderhalf uur samen gezeten en ik ben gebleven omdat ze zo vriendelijk was. Je krijgt een boek/kaft en je leest dat af en de dag is om. Ik had het met eender wie kunnen lezen. Dacht zij dat ik niet kan lezen?"*

Het gestructureerde, repetitieve karakter gaat ten koste van een persoonsgerichte aanpak. Volgens de deelnemers wordt je als patiënt vaak als diabeet benaderd en niet als individu, waardoor hij/zij zich vaak onbegrepen voelt. Enkelen vinden voorgestelde behandelingen niet haalbaar. Wat ook opvalt, is dat de patiënt zich vaak niet ondersteund voelt in zijn/haar gemotiveerde houding.

> *Quote focusgroep 1 (♂G): "Ik heb de indruk dat diabetespatiënten over dezelfde kam worden geschoren. Dat stoort mij dat ik niet geloofd wordt."*
>
> *Quote focusgroep 2 (♂H): "Ik doe het nu drie maanden en ik ben naar de diëtiste moeten gaan. Die heeft me een dieet voorgeschreven. Ik denk dat ik doodval als ik dat dieet veertien dagen volg! Dat is veel te weinig!"*
>
> *Quote focusgroep 1 (♂F): "Ik heb een boekje waar ik alle meetwaarden in moet opschrijven, er is nog niemand die er achter gevraagd heeft. In feite moet ik het dan niet opschrijven."*

Ook merken patiënten dat ze al eens met vragen blijven zitten en niet-eenduidige informatie wordt gegeven. Dit werkt verwarrend.

> *Quote focusgroep 2 (♂H): "Een dokter zegt 150 suiker is goed. Een ander dokter zegt je mag maar 120 hebben. Ze zeggen het allemaal anders, hoeveel mag je nu eigenlijk hebben?"*

Naast de somatische begeleiding kan het zijn dat patiënten nood hebben aan meer psychologische ondersteuning.

> *Quote focusgroep 2 (♀K): "Ik vind niet dat die aanvaarding (Red.: niet aanvaarden van de ziekte) wordt opgevangen. Ik ben alleen en ik kan er met niemand over praten, ook niet met de dokter want die heeft maar tien minuten per patiënt. Ik heb momenten dat ik denk 'waarom ben ik hier nog'."*

In beide focusgroepen wordt het als positief ervaren dat de huisarts centraal staat in de zorg voor de diabetes. Een enkele patiënt uit de tweede focusgroep ziet de specialist eerder als spilfiguur. Doordat er een goede communicatie tussen specialist en huisarts is, weten patiënten dat de follow-up in overleg gebeurt. Deze notie kan de patiënt gemotiveerd houden om zich multidisciplinair te laten opvolgen.

Quote focusgroep 1 (♀B): "Ik belde vroeger altijd naar de dokter; als ik vragen heb, bel ik naar de huisarts. Dit was vroeger zo, is nu nog zo."

Quote focusgroep 1 (♂C): "Het is goed dat de dokters alles onder elkaar doorgeven, bijvoorbeeld brieven van de oogarts, labo's van huisartsen naar specialisten. Het geeft een gerust gevoel, er is overleg."

PATIËNT

De patiënten voelen zich over het algemeen meer gemotiveerd door het zorgtraject om zelf aan hun suiker te werken.

Quote focusgroep 2 (♂H): "Je bent meer gemotiveerd. Voor het zorgtraject veegde ik er mijn voeten aan. Nu word je begeleid."

Zoals eerder vermeld is de patiënt bereid om voor zijn/haar suiker alleen naar de consultatie te komen of anders toch voor de opvolging van chronische ziekten in het algemeen.

Patiënten vinden het een goede zaak dat eigen verantwoordelijkheid wordt gestimuleerd, hoewel erkend wordt dat ze er zelf soms meer aan moeten werken. Eerder werd reeds vermeld dat de voorgestelde behandeling soms te zwaar lijkt voor de patiënt. Een enkele patiënt van de tweede focusgroep wenst geen eigen verantwoordelijkheid op te nemen.

Quote focusgroep 1 (♂C): "Ik vind het goed dat we zelf verantwoordelijkheid krijgen, het is tenslotte uw eigen lichaam. De dokter kan wel schrijven maar je moet het zelf doen."

De feedback verkregen door het zelf prikken van de suiker motiveert patiënten in het bijzonder.

Quote focusgroep 1 (♂C): "Doordat de suiker nu veel beter is via de steun, ben ik meer gemotiveerd om het 'getalletje' dat ik heb te behouden."

De inzet die het zorgtraject van de patiënt vraagt, wordt al dan niet als extra belasting ervaren. Als de patiënten zelf het nut kunnen voelen, dan wordt dit wel aanvaard.

Quote focusgroep 1 (♂A): "Ik moet om de zes maanden naar de specialist. Ik zie er telkens weer tegenop, doordat je er zoveel tijd mee kwijtspeelt; het wachten speelt me parten. Maar eens het achter de rug is, ben ik wel opgelucht en vind ik het zeker zinvol wat er gebeurd is."

SOCIALE CONTEXT

Onder de patiënten heerst de indruk dat de kwaliteit van zorg afhankelijk is van de regio.

Quote focusgroep 2 (♂I): "Het is te zien waar je terecht komt: 'ziekenhuis x' is 'ziekenhuis y' niet."

In de tweede focusgroep komt naar boven dat de partner te weinig betrokken wordt in de begeleiding.

Quote focusgroep 2 (♂J): "Ik vind het spijtig dat partners nergens worden bij betrokken. Ik vind dit wel belangrijk dat die worden betrokken, en dit wordt niet gedaan."

ORGANISATORISCHE, ADMINISTRATIEVE EN ECONOMISCHE CONTEXT

De financiële voordelen in het zorgtraject vormen een belangrijke verbetering voor patiënten. Vooral het materiaal en de medicatie die ze voordelig kunnen krijgen speelt hierin een rol. In de eerste focusgroep komt sterk naar voor dat de terugbetaalde consulten bij de huisarts dan weer geen verschil uitmaken.

Quote focusgroep 1 (♂E): "Voor de medicatie en meetmaterialen vind ik die verhoogde tussenkomst wél heel goed, want dat draait om veel meer geld. De huisarts en specialist willen we gerust zelf betalen."

Anderzijds bestaan er heel wat onduidelijkheden over deze financiële voordelen en worden ze niet altijd als toereikend beschouwd. Je moet in het zorgtraject verplicht naar een aantal disciplines zonder dat er daarom een tegemoetkoming wordt voorzien. Het vervoer om ter plekke te geraken dien je zelf te bekostigen. Verwarring ontstaat wanneer huisartsen niet geconventioneerd werken en patiënten ondanks het zorgtraject toch remgeld dienen te betalen.

Als patiënt heb je ook recht op enkele materiële ondersteuningen. Welke ondersteuningen en hoe het zit met de terugbetaling hiervan is vaak reden tot discussie. Vooral de meetstripjes bleek in de tweede focusgroep een geladen onderwerp te zijn. Patiënten constateren dat stripjes prijzig zijn zodat een terugbetaling hiervoor zeer welkom is. Het aantal terugbetaalde stripjes in het zorgtraject is voor hen niet altijd toereikend. Er kunnen zich situaties voordien waarbij je nood hebt aan meer stripjes zoals bij een intercurrente ziekte. Het is niet voor iedereen duidelijk of je bij een tekort aan stripjes zelf nog kan bijkopen en waar je dan terecht kan. Andere patiënten gaan hierop in door te stellen dat bepaalde ziekenfondsen hier ook in tussenkomen.

Quote focusgroep 2 (♂H): "We krijgen voor zes maanden stripjes, dat klopt? Als ze op zijn bijvoorbeeld op vijf maanden, dan kan je er voor een maand geen kopen?"

Je moet voor de opvolging op verschillende plaatsen zijn. De patiënten zien het liever gecentreerd in tijd en ruimte. Te vermelden is dat patiënt '♂L' voorheen in de diabetesconventie zat.

Quote focusgroep 2 (♂J): "Ik vind het armzalig dat je elke keer over en weer moet lopen."

Quote focusgroep 2 (♂L): "Ik was erg tevreden met de behandeling in het ziekenhuis in 'x', die deden dat heel goed. Ik vind het een achteruitgang omdat ik nu voor bepaalde zaken bij de apotheker terecht moet. Ik kreeg dat vroeger gewoon in het ziekenhuis."

De patiënt is over het algemeen graag goed geïnformeerd. Het educatieboek dat geïntroduceerd werd door het lokaal multidisciplinair netwerk is hierbij een goede zet. In de tweede focusgroep wordt het

tijdschrift van de diabetesvereniging aangehaald als goede informatiebron op maat van de patiënt. Slechts enkelen kennen dit tijdschrift. Een enkele patiënt maakt expliciet dat hij vindt dat het dan terugbetaald hoort te zijn.

> *Quote focusgroep 1 (♂C): "Bij educatie heb ik een heel boek gekregen met informatie en hulpmiddeltjes. Ik heb dit gelezen. Als de dokter over iets spreekt, kan ik nu beter volgen."*
>
> *Quote focusgroep 2 (♂L): "Een goede bron van informatie is de diabetesvereniging. Hier valt heel veel in te lezen en te leren."*

Een enkele patiënt in de tweede focusgroep stoort zich aan de administratie die met het zorgtraject gepaard gaat. Formaliteiten die dienen te gebeuren i.v.m. het rijbewijs komen bij velen uit de lucht gevallen.

> *Quote focusgroep 1 (♂C): "Niemand heeft iets gezegd over het rijbewijs. Dus als je het zelf niet vraagt… Ik ondervind dat er veel mensen zijn die niet weten dat je je rijbewijs moet aanpassen."*

Bij de start van het diabetesproject hebben patiënten wat problemen gehad bij de apotheker. Ondertussen is dit opgelost.

> *Quote focusgroep 1 (♂C): "In begin heb ik een probleem gehad met de apotheker. Het ging over medicatie. Zij hoorden het in Keulen donderen van dat traject. Zij waren niet op de hoogte van het bestaan."*

SUGGESTIES TOT VERBETERING

Zowel een patiënt van de eerste als van de tweede focusgroep stellen voor om de administratie te vereenvoudigen.

Concretiseren van de rollen van de verschillende teamleden, zodanig dat belangrijke aspecten in/door het multidisciplinaire proces niet over het hoofd gezien worden.

> *Quote focusgroep 1 (♂C): "Iemand van het team, een dokter of zo, moet mensen erop attent maken dat het rijbewijs moet aangepast worden en verzekering moet gewaarschuwd worden als je diabeet bent, zoniet kan dit serieuze gevolgen hebben. Hier wordt niets van gezegd."*

In de tweede focusgroep komt naar boven dat de patiënt graag nog beter geïnformeerd is. De partner zou meer betrokken kunnen worden in het informatieproces. Het boekje van de diabetesvereniging zou vrijer beschikbaar gemaakt kunnen worden voor zorgtrajectpatiënten. Het is het vermelden waard dat patiënt '♂J' op het moment van de focusgroep nog maar net geïncludeerd werd in het zorgtraject.

> *Quote focusgroep 2 (♂J): "Over het algemeen mogen er meer inlichtingen gegeven worden aan de patiënt. Wat en hoe, wat mag wat niet."*

Quote focusgroep 2 (♂J): "Eén of twee vergaderingen per jaar met partner erbij. Dan spreken over wat kan en niet kan. Wat doen bij een hypo."

Voor mensen die zelf geen transport hebben om overal te geraken, zou volgens een patiënt van de tweede focusgroep het vervoer gratis gemaakt kunnen worden.

Quote focusgroep 2 (♂M): "Gratis vervoer om ons weg te doen naar ginder achter, nu kost dat elke keer duizend frank."

DISCUSSIE

BEPERKINGEN VAN DE STUDIE

Vooreerst dienen we enkele kritische reflecties aan te halen betreffende het verloop en de organisatie van het focusgroeponderzoek.

HUISARTSENGROEP

Er werd voor de selectie van deelnemende huisartsen gewerkt via LOK-groepen. Niet alle aanwezige artsen kwamen dus voor de focusgroep op zich, dan wel voor de bijhorende accreditering. Toch was dit erg interessant, omdat er zich op deze manier een gemengde groep van deelnemers vormde: ook artsen die zich minder aangesproken voelen tot het zorgtraject, werden op deze manier gehoord.

Bovendien werd om praktische redenen gewerkt met drie LOK-groepen met verschillende achtergronden, gaande van meer landelijke tot stedelijke setting. Er werd steeds hetzelfde draaiboek gehanteerd voor het leiden van de gesprekken. Bij de rapportering merkten we evenwel een verscheidenheid aan aangebrachte thema's en knelpunten. Er werd geen volledige saturatie van onderzoeksgegevens bereikt. Dit was echter binnen het kader van dit manama-project niet haalbaar.

Bij de verwerking van de focusgroepen werd ook niet gewerkt met een volledige transcriptie, maar werd meteen een eerste auditieve selectie gemaakt van de relevante informatie. De twee onderzoekers deden dit onafhankelijk van elkaar, en de resultaten hiervan werden nadien met elkaar vergeleken. Eventuele discrepanties in interpretaties werden mondeling besproken en tot een consensus gebracht. Gezien de hoge graad van overeenstemmende quotes kunnen we concluderen dat deze manier van werken niet heeft geleid tot een vertekening van de resultaten.

PATIËNTENGROEP

Om aan een voldoende aantal patiënten te geraken voor het organiseren van de focusgroepen, werd via de huisartsenkring een oproep gelanceerd en namen we contact op met huisartsen die meerdere

patiënten in het zorgtraject geïncludeerd hadden. Dit leidde ertoe dat voor de eerste focusgroep een groot aantal patiënten bijeenzat uit huisartsenpraktijken die intens en vaardig met het zorgtraject omgaan. We zijn er ons van bewust dat dit de tevredenheid van de patiënten kan beïnvloeden en we dus moeten opletten om hieraan een juist oordeel te geven. In de tweede focusgroep slaagden we er weliswaar in om een gevarieerdere populatie bij elkaar te brengen. Dit door actief huisartsen telefonisch te contacteren om patiënten te rekruteren. We kunnen bovendien verwachten dat vooral gemotiveerde patiënten gehoor geven aan de oproep om aan een onderzoek deel te nemen. Hierdoor bestaat de kans dat in deze focusgroepen vooral de gemotiveerde patiënten vertegenwoordigd zijn. Dit is een nadeel van deze onderzoeksmethode waarbij we in focusgroepen zoveel mogelijk ideeën willen genereren. Anderzijds is ieder aangereikt idee een waardevolle aanwinst voor ons onderzoek. Net zoals bij de huisartsen dienen we te vermelden dat er geen volledige saturatie werd bereikt. Ook bij de analyse van de patiëntengroepen werd geen volledige transcriptie gevoerd, maar werden wederom bij een eerste auditieve selectie de irrelevante quotes geweerd. We zijn er ons van bewust dat de aangereikte ideeën een lokale visie betreft, die samenhangt met de regionale werking. Het is echter niet het opzet van het onderzoek om algemene stellingen naar voren te brengen; het betreft een kwalitatief onderzoek en het doel ervan is dat er ideeën worden aangereikt.

De enquêtes werden enerzijds bij aanvang van de focusgroepen en anderzijds buiten de focusgroep afgenomen. Er kan enige twijfel ontstaan of het samenbrengen van deelnemers voor een focusgroep gezien kan worden als een interventie op zich en de resultaten ervan aldus kleurt. Het invullen ervan werd echter voorafgaand aan het groepsgesprek verricht.

STERKTES VAN DE STUDIE

Het kwalitatieve explorerende karakter van dit onderzoek creëerde de mogelijkheid om de stem van huisartsen en patiënten te horen in het licht van het Zorgtraject Diabetes. Voor het eerst sinds het zorgtraject gestart is, worden bestaande ideeën en visies afgetast op praktijkniveau. Er wordt geluisterd naar 'hoe' artsen en patiënten deze nieuwe zorg ervaren. Wanneer het Zorgtraject Diabetes geëvalueerd en bijgestuurd wordt, kunnen deze beslissingsondersteunend werken. De samenwerking van de twee onderzoekers met de huisartsenkring Pallieterland en Omgeving zorgde er tevens voor dat het onderzoeksdomein breed werd opengetrokken. Huisartsen kwamen zowel uit stedelijke, verstedelijkte als landelijke gebieden. Patiënten werden niet enkel uit de eigen huisartsenpraktijk gerekruteerd. Door deze grote variatie in settings kon het focusgroeponderzoek een waaier aan ervaringen en opvattingen onthullen. Rekrutering gebeurde uitsluitend binnen de regio (Huisartsenkring Pallieterland en omgeving). Een eventuele toekomstige interventie kan dan rekening

houden met bezorgdheden vanuit de basis - huisartsen en patiënten in die regio. Een interventie heeft zo meer kans op slagen.

BESPREKING VAN DE STUDIE

FOCUSGROEP MET HUISARTSEN

Deze focusgroepstudie verschaft inzicht in een waaier van factoren die een invloed hebben op bevorderen en belemmerende factoren voor het instappen in het Zorgtraject Diabetes.

Als antwoord op vele noden blijkt informatie een sleutelfactor te zijn. Zo blijkt dat er onduidelijkheden en misvattingen bestaan omtrent de inclusiecriteria. Maar ook de weg naar de betrokken paramedici wordt niet door alle huisartsen vlot gevonden. Voor sommigen is ook duiding nodig welke rol de verschillende paramedici kunnen vervullen in de begeleiding van de patiënt. Veel van deze informatie is reeds ter beschikking gesteld aan de artsen via de website van de lokale huisartsenkring Pallieterland en omgeving. Diegenen die de weg hiernaar kennen, zijn erg tevreden over de aangereikte informatie. Het lijkt dus een kwestie om de artsen vertrouwd te maken met deze informatiebron.

We horen als drempel tevens het gebrek aan structurele uitbouw van de huisartsenpraktijken, die een efficiënte verwerking van administratie en uitwisseling van gegevens tussen de hulpverleners in de weg staat. Hier lijkt de potentiële ondersteuning van softwaresystemen voor velen nog onvoldoende ondersteunend. Applicaties die automatisch gegevens uit het dossier koppelen aan een zorgtraject-tool zouden voor een vereenvoudiging van de administratie kunnen zorgen. Deze investering zou echter zijn doel voorbij schieten als er gelijktijdig geen aandacht wordt geschonken aan educatie van de artsen, om de toepassingen van de informatica optimaal te leren benutten. Bovendien leert dit onderzoek ons dat de praktijkorganisatie mee een bepalende factor is voor de ervaring die huisartsen hebben met het zorgtraject. Zo werkt een afsprakensysteem en administratieve ondersteuning door een secretariaat faciliterend voor het opstarten van een zorgtraject. Toch is er op dit vlak nog ruimte voor simplificatie. Artsen haalden de idee aan van een opstartkaft, dat voorzien is van een stappenplan en waarin alle benodigde documenten in terug te vinden zijn. Deze kaft werd recentelijk door de huisartsenkring bij alle artsen bezorgd. De evaluatie hiervan valt buiten het kader en tijdsbestek van dit onderzoek. Ook werd tijdens de focusgroepen geopperd om een facilitator aan te stellen, die huisartsen kan helpen om de opstart van een zorgtraject in goede banen te leiden. Dit lijkt in de praktijk moeilijk uitvoerbaar, gezien de lage frequentie van nieuwe opstarten per huisarts. Deze rol kan echter gedeeltelijk worden opgevangen door de zorgtrajectpromotor, die kan worden gecontacteerd door de artsen bij praktische vragen of problemen.

De structuur die het zorgtraject biedt voor de opvolging van de patiënten wordt grotendeels als positief ervaren. Hierbij is vooral het multidisciplinaire karakter en de inwerking op de patiënt vanop verschillende niveaus een grote troef. Er zijn echter ook valkuilen. Zo kan het informeren van de patiënt leiden tot empowerment, maar merken huisartsen ook dat een overload aan informatie een averechts effect kan hebben. De vraag rijst waarom niet-mobiele patiënten niet kunnen genieten van de voordelen van een zorgtraject. Artsen menen dat ook zij baat zouden hebben bij extra educatie en ondersteuning en dat het een gemiste kans is om deze mensen niet bij het initiatief te betrekken. Een goede samenwerking staat of valt bovendien met een goede communicatie en duidelijke taakafspraken. Anders dreigt belangrijke informatie over het hoofd te worden gezien, of kunnen onnodige herhalingen zorgen voor een tempering van de motivatie van de patiënt. Daarnaast zou het ruimtelijk centraliseren van de zorgen in de eerste lijn drempelverlagend kunnen werken en een intensere samenwerking tussen de verschillende spelers kunnen realiseren.

FOCUSGROEP MET PATIËNTEN

In de focusgroepen met patiënten werden ook heel wat ideeën gegenereerd rond de aantrekkelijkheid van het huidige Zorgtraject Diabetes. Het voordeel van deze kwalitatieve onderzoeksmethode is dat patiënten gestimuleerd worden tot het uitspreken van hun meningen. Ze bevinden zich allen in een gelijkaardige situatie. Ze hoeven geen blad voor de mond te nemen: er is niemand aanwezig die ze tegen het hoofd kunnen stoten en alle uitspraken worden anoniem verwerkt.

We kunnen in de focusgroepen retrospectief nagaan welke aspecten van het zorgtraject als meer of minder aantrekkelijk worden ervaren door de patiënt. Deze kunnen als waardemeter gesteld worden van de bevorderende of belemmerende factoren bij het opstarten van een Zorgtraject Diabetes.

De structuur van het zorgtraject en de bijhorende verplichtingen trekken de patiënten over de streep om hun diabetes goed te laten opvolgen. Ze merken dat ze goed opgevolgd worden door een multidisciplinair team dat hun ziekte op verschillende manieren benadert. Wanneer er een interdisciplinaire aanpak nagestreefd wordt, waarbij communicatie tussen de zorgverleners primordiaal is, verhoogt dit de kwaliteit van zorgen: er kan minder over het hoofd gezien worden, er worden minder tegenstrijdige uitspraken gedaan en er wordt geen dubbel werk geleverd. Voor de patiënt is dit overleg een bevestiging dat zijn/haar inspanningen in het zorgtraject niet genegeerd worden en dit komt de motivatie ten goede.

Het multidisciplinaire aspect van het zorgtraject kent in de ogen van enkele patiënten wel wat hiaten. Doordat er verschillende spelers in het veld zijn, glippen bepaalde topics door de mazen van het net; als niemand de patiënt zegt dat zijn/ haar rijbewijs moet aangepast worden, zal dit niet gebeuren. Een duidelijke aflijning van wie welke taken op zich dient te nemen, zou dit kunnen verhelpen alsook

transparantie bieden aan zowel zorgverleners als patiënten. De uitwerking van een controlesysteem dat de zorgverleners alert houdt om niets over het hoofd te zien zou ondersteunend kunnen werken. Gemotiveerde zorgverleners die verder kijken dan hun eigen takenpakket kunnen op een gelijkaardige manier het zorgtraject optimaliseren. Goede communicatie tussen de verschillende disciplines is een voorwaarde.

Psychologische beleving en sociale omkadering van de patiënt zijn belangrijke aspecten voor een goede opvolging van de diabetes. Een persoonsgerichte aanpak die verder gaat dan een algemene somatische aanpak van de diabetes is gewenst en ook een belangrijk eindpunt van het zorgtraject. Nochtans voelen patiënten zich niet altijd begrepen in hun individualiteit. Dit kan een deuk geven in hun motivatie. Het structurele en repetitieve karakter van de opvolgingen kunnen het gevaar meebrengen van oppervlakkigheid bij de zorgverleners en zijn hierbij mogelijke valkuilen. Psychologische bijstand in welomschreven situaties zou een meerwaarde kunnen zijn.

Enkele patiënten merken op dat partners meer zouden kunnen betrokken worden in het zorgtraject. Type 2 diabetes komt vooral voor bij een oudere populatie en het is vaak niet slecht dat naasten even goed geïnformeerd worden. Dit kan voor zowel de naasten als voor de patiënt een geruststelling betekenen. Dit geldt in het bijzonder voor de aanpak van acute situaties zoals een hypoglycemie.

Om patiënten meer autonomie te geven, is het essentieel dat zij goed geïnformeerd zijn. Hun aandeel in de eigen zorg zal sterker zijn als ze op de hoogte zijn van de verschillende disciplines in hun team, als ze weten wat de rollen zijn van de teamleden en hoe ze deze mensen vlot kunnen terugvinden in de regio.

Er heerst ook onduidelijkheid over de terugbetaling van consulten. Als patiënten vernemen dat ze geen remgeld moeten betalen maar toch een opleg moeten doen bij de huisarts omdat deze niet geconventioneerd is of bij de podoloog omdat daar toch remgeld moet betaald worden, dan kan dit verwarring scheppen. Een voorwaarde voor de patiënt om een goed inzicht te hebben, is dat de informatie die hij/zij krijgt van o.a. zorgverleners betrouwbaar is. Hetzelfde geldt ook voor informatie over hun aandoening. Een goed voorbeeld kunnen we aanhalen uit de focusgroep: als de verschillende zorgverleners uit het multidisciplinaire team verschillende maximumwaarden voor de glucosespiegel opleggen, zal dit niet motiverend werken voor de patiënt. Een veelheid aan informatie die ze niet kunnen overeenstemmen, wekt verwarring op en kan alleszins niet bijdragen tot empowerment van de patiënt. Zorgverleners moeten eenduidige informatie geven.

Hoewel herhaling een goede leermeester is, stellen patiënten zich soms vragen rond het nut van recidiverende consulten bij (para)medici wanneer deze niets nieuws bieden t.o.v. een vorig consult of een goed uitgewerkt educatieboek. Wanneer professionals zich regelmatig laten bijscholen kunnen zij beter voldoen aan de noden van de patiënt en zullen zij mogelijk minder gemakkelijk vervallen in

eerder vermelde oppervlakkigheden. Informatiebronnen op maat die goed onthaald worden door de patiënt zijn het educatieboek, dat gratis uitgaat van het multidisciplinair netwerk, alsook het tijdschrift van de Vlaamse Diabetesvereniging. Het systematisch laagdrempelig ter beschikking stellen van dit tijdschrift aan zorgtrajectpatiënten zou een meerwaarde kunnen zijn.

Een belangrijke drijfveer in het zorgtraject zijn de financiële voordelen. Minder gegoede patiënten hebben hier vooral baat bij. Dit zijn vaak de mensen met zware aandoeningen of met multipathologie. Vooral de terugbetaling van medicatie en materialen worden positief onthaald. Het zelf kunnen opvolgen van de glucosewaardes in het bijzonder lijkt voor de patiënt erg motiverend te kunnen werken. De meetstripjes zijn duur en een terugbetalingsregeling is dan ook zeer welkom. Anderzijds kunnen er zich situaties voordien waarbij je met de aangeboden hoeveelheid strips niet toekomt en dat kan dan voor de patiënt een erg bittere pil zijn. Gezien het belang voor de motivatie kan het wenselijk zijn mogelijkheden voor te leggen om dit op te vangen.

In de eerste focusgroep wordt gesuggereerd dat de gratis consulten bij de huisarts geen drijfveer vormen voor een betere opvolging. Het betreft hier niet 'het grote geld' en zonder dit initiatief zouden de patiënten evengoed naar de dokter komen. Bovendien ervaren een aantal patiënten niet dat ze beter opgevolgd worden dan vroeger, gezien ze even vaak naar de huisarts komen als voor de opstart van hun zorgtraject. Het is een belangrijke bevinding in ons onderzoek maar we moeten erop letten hieraan een juist oordeel te geven. Het moet geduid worden dat in beide focusgroepen - mogelijk door hoe de selectie gebeurd is - een aantal erg gemotiveerde patiënten zaten, alsook patiënten die sinds lange tijd worden opgevolgd met andere chronische aandoeningen die frequente opvolging vergen. We ervaren dat het ook anders kan zijn. Een aantal patiënten laten zich slecht opvolgen ondanks alle pogingen van de kant van de artsen. Als zij zich niet geroepen voelen om op consult te komen, geldt dat mogelijk des te meer voor onze focusgroepen. Wij hebben weet van minstens één dergelijke patiënt die zich sinds de opstart van zijn zorgtraject nu driemaandelijks laat opvolgen, waar hij vroeger amper zijn huisarts opzocht.

Als een huisarts een zorgtraject wil opstarten benadrukt hij/zij vaak de financiële voordelen die gepaard gaan met de contractuele verplichtingen. Het kan voor de patiënt dan toch wel een slag in het gezicht zijn als hij/zij moet opmerken dat het verplichte jaarlijks consult bij de oogarts wat duur uitvalt. Het multidisciplinaire team is verspreid in tijd en ruimte. Voor de mindervalide patiënt die niet beschikt over een eigen auto kan dit een belangrijke meerkost zijn. Als hij/zij hierover geïnformeerd wordt en eventuele oplossingen kunnen aangeboden worden, is dat een stap vooruit.

Een zo goed mogelijke concentratie in tijd en ruimte van het multidisciplinaire team kan de patiënt motiveren tot een goede opvolging. De diabetesconventie heeft het voordeel dat alles in het

ziekenhuis is gecentreerd. Het centraliseren van zorgen in (para)medische huizen zou een oplossing kunnen zijn.

RAAKPUNTEN EN CONTRASTEN

Een meerwaarde aan dit studieopzet is dat zowel huisartsen als patiënten werden aanhoord. Hieruit kunnen we gesprekslijnen ontdekken die parallel lopen, maar ervaren we ook hier en daar elementen waarin de visies van elkaar verschillen.

Zowel huisartsen als patiënten zijn tevreden met de aangeboden structuur van het Zorgtraject Diabetes en voelen zich over de streep getrokken om een goede opvolging te realiseren. Op een enkeling na vinden beide partijen dat de huisarts hierin het centrale aanspreekpunt zou moeten zijn. We horen huisartsen vaak opmerken dat het hen de tijd ontbreekt om het zorgtraject grondig uit te voeren. De toegenomen werklast maakt de verleiding groot om de verantwoordelijkheid door te schuiven naar de tweede lijn, waar reeds een gevestigde structuur op punt staat. Toch beamen patiënten dat hun huisarts meer tijd aan hen besteedt sinds hun inclusie in het zorgtraject. Hier tegenover heerst er een waas van onbekendheid voor vele huisartsen en patiënten rond paramedici in eerste lijn; het is niet altijd duidelijk waar je deze mensen kan terugvinden en wat hun taakomschrijving is. Ook het vertrouwen op iemand die je professioneel niet goed kent blijkt geen evidentie. Gezien het Zorgtraject Diabetes een project is waarin mede wordt gepoogd om de zorg van de chronische diabeticus naar de eerste lijn te verplaatsen, moeten we ernaar streven om de uitvoering van dit traject kwalitatief evenwaardig aan de diabetesconventie te laten verlopen. Volgens uitspraken van artsen en patiënten moet hiervoor de praktijkorganisatie verder op punt worden gesteld om de zorg te centraliseren. Hierbij dienen we evenwel te bemerken dat het zorgtraject een relatief nieuw initiatief is in vergelijking met de diabetesconventie. Zoals ook in een huisartsengroep werd opgemerkt, vraagt verandering van systemen tijd en geld. Ze moeten de kans krijgen om verder te evolueren.

Eén van de grootste veranderingen die het zorgtraject met zich meebrengt, is wellicht het structureel multidisciplinaire samenwerken. Dit teamwerk is een grote troef. Artsen voelen steun in de rug, en patiënten krijgen aangepaste informatie van gespecialiseerde mensen. Hier rijst evenwel de opmerking dat de kwaliteit van de paramedische consulten soms wat bijgeschaafd kan worden. In beide onderzoeksgroepen worden opmerkingen gemaakt over het belang van een goede communicatie; dit is essentieel voor een goede opvolging in teamverband en blijkt een belangrijk punt waar in de toekomst nog aan gewerkt kan worden. Bovendien horen we artsen en patiënten bemerken dat de opgelegde opvolging soms wat veel, om niet te zeggen zinloos, is. Als we patiënten meer willen inschakelen in hun eigen zorg is het cruciaal dat zij goed geïnformeerd zijn. Maar hen

simpelweg includeren en de verplichte nummertjes van het zorgtraject laten afgaan zodat ze gebruik kunnen maken van de voordelen, laat het zorgtraject wellicht voorbijgaan aan haar doel. Het is belangrijk dat patiënten vanaf het begin een goede notie hebben van het concept en hoe dit concreet wordt ingevuld. Transparante, toegankelijke en eenduidige informatie op maat van de patiënt lijkt hier de sleutelboodschap. Extra ondersteuning van de patiënt door een educatiemap en het tijdschrift van de Vlaamse Diabetesvereniging worden door beide groepen als een opportuniteit aanzien. Enkele huisartsen suggereren dat het mogelijk zinvol is dat de arts bepaalt wanneer een patiënt nood heeft aan een bepaald consult bij een paramedicus. Anderzijds wordt herhaling als de beste leermeester aanzien.

Artsen vinden patiënten vaak niet gemotiveerd. Ze vinden dat patiënten moeilijk te overtuigen zijn om apart voor de diabetes op raadpleging te komen, en vinden dat de omgang met hun ziekte meer zou moeten geïntegreerd worden in een levensstijl. Huisartsen zien hierin de gratis consulten wel als een motiverende factor om patiënten te overtuigen om zich beter te laten opvolgen. Patiënten kaatsen de bal terug en maken duidelijk dat huisartsen en endocrinologen in deze motivatie een grote rol kunnen spelen en hierin vaak falen. Zo horen we vanuit de patiëntengroep de frustratie rijzen dat geen enkele arts naar de meetwaarden van hun glycemie kijkt, maar zij zich enkel baseren op de laboratorium-waarden van het hemoglobine A1C. Hierdoor stellen patiënten zich vragen bij de zin van hun metingen. Het wegvallen van het remgeld is voor een deel van de patiënten van ondergeschikt belang of zelfs onnodig; vooral de materiële voordelen van het zorgtraject worden als ondersteunend ervaren.

BESLUIT

In onze huidige maatschappij krijgen we meer en meer te kampen met chronische aandoeningen zoals diabetes type 2. Om de zorg voor deze groeiende populatie doelmatiger te organiseren, werd het Zorgtraject Diabetes gestart in 2009. Eerder werden reeds pilootprojecten opgericht. Het doel was om de haalbaarheid na te gaan van het invoeren van een regionaal zorgprogramma in de Belgische context. Het 'chronisch zorgmodel' werd benut als conceptueel referentiekader voor het stellen van prioriteiten, ontwikkeling en evaluatie van het programma. Het Zorgtraject Diabetes is nog een jonge structuur en net zoals tijdens de vorige projecten bestaat hier de mogelijkheid om een kwaliteitscirkel te doorlopen. Wij hebben aan de hand van focusgroepen op regionaal niveau getracht om na te gaan wat bevorderende dan wel belemmerende factoren zijn bij de opstart van een Zorgtraject Diabetes bij artsen en patiënten. Wanneer het zorgtraject na vier jaar wordt

beoordeeld, hopen wij dat dit kan bijdragen tot het formuleren van concrete beleidsmaatregelen. Het Zorgtraject Diabetes betekent een grote stap vooruit in het organiseren van chronische zorg in de eerste lijn. Het heeft echter tijd nodig om te evolueren in het huidige Belgische landschap, waar de gezondheidszorg in eerste lijn beperkt georganiseerd is en traditioneel acuut georiënteerd. Vertaald naar het 'chronisch zorgmodel' betekent dit dat op zowel beleids-, meso-, als praktijkniveau nog ruimte is voor evolutie.



DANKWOORD

Vooreerst wensen we onze oprechte dank uit te spreken aan de promotor van dit onderzoek, prof. dr. Johan Wens. Zijn constructieve bijdrage en klare visie werkten voor ons zeer stimulerend en heeft de kwaliteit van deze studie zonder twijfel opgedreven. Onze co-promotor dr. Jo Dewachter en praktijkopleiders dr. Raymond Vandebeek en dr. Marc Boons willen we bedanken om ons gedurende dit traject mee te begeleiden. Ook prof. dr. Guido Van Hal danken we voor zijn ondersteuning bij de enquêtes.

Bedankt aan de huisartsenkring Pallieterland en Omgeving en het Lokale Multidisciplinaire Netwerk Pallieterland, met in het bijzonder Ann Van De Wouwer, voor hun ondersteuning en interesse in dit project. Ook alle huisartsen, endocrinologen, educatoren en diëtisten die mee hun steentje hebben bijgedragen wensen we welgemeend te bedanken.

Tot slot willen we ook de deelnemers van de focusgroepen, artsen en patiënten, die zich bereidwillig opstelden om aan dit onderzoek deel te nemen, in de kijker stellen. Hun eerlijke verhalen en ervaringen waren essentieel voor dit onderzoek. Bedankt!

REFERENTIES

1. RIZIV. zorgtrajecten. [Online].; 2009 [cited 2012 maart 30. Available from: www.zorgtrajecten.be.

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

3. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Nobels F, Snauwaert B, Wens J, 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 Maart; 37(2): p. 76-81.

4. Sunaert P, Bastiaens H, Vandekerckhove M, Feyen L, Nobels F, Snauwaert B, et al. Het diabetesproject Aalst: ontwikkeling en implementatie van een regionaal zorgprogramma voor diabetes type 2 in eerste lijn (deel 2). Huisarts Nu. 2008 Juni; 37(5): p. 253-260.

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

6. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model , Part 2. JAMA. 2002 October 16; 288(15): p. 1909-1914.

7. Gabbay R, Bailit M, Mauger D, Wagner E, Siminerio L. Multipayer Patient-Centered Medical Home Implementation Guided by the Chronic Care Model. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2011 June; 37(6): p. 265-273.

8. Wagner E, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs. 2001 November/ December; 20(6): p. 64-78.

9. Scott I. Chronic disease management: a primer for physicians. Internal Medicine Journal. 2008 June; 38(6a): p. 427-437.

10. Sunaert P, Bastiaens H, Nobels F, Feyen L, Verbeke G, Vermeire E, et al. Effectiveness of the introduction of a Chronic Care Model-based program for type 2 diabetes in Belgium. BMC Health Services Research. 2010 July 14; 10(207).

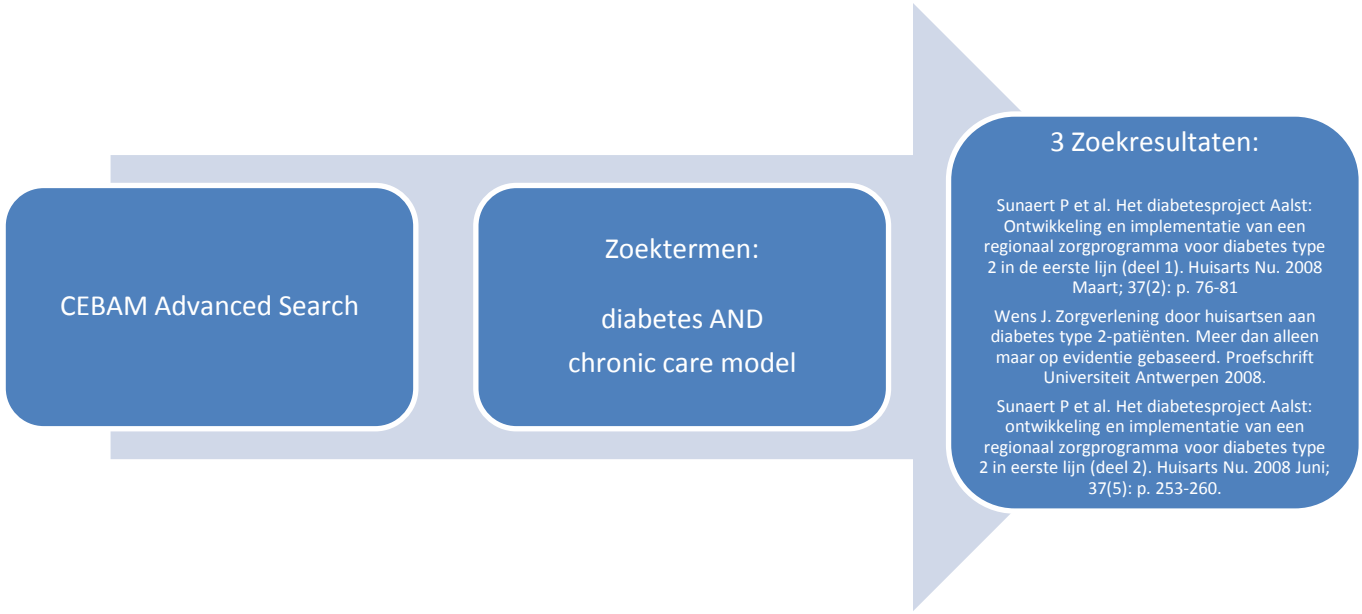
11. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". BMC Health Services Research. 2009 August; 9(152).

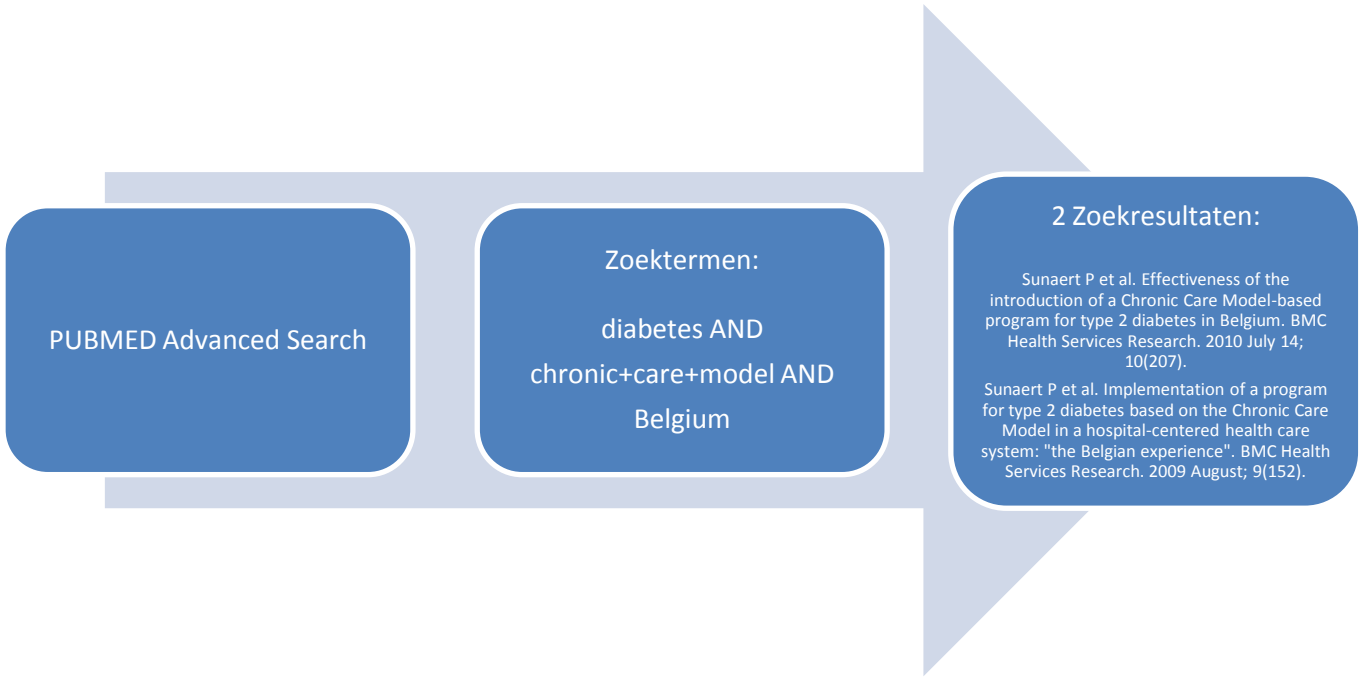
BIJLAGEN

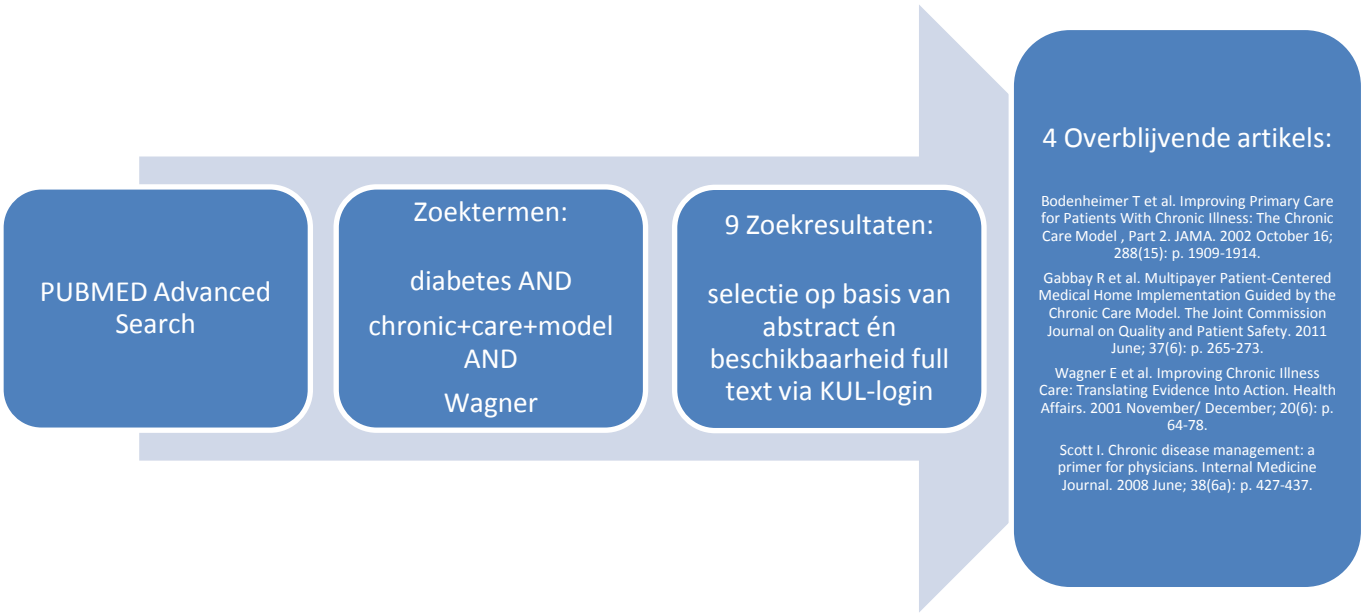
BIJLAGE 1: TOTSTANDKOMING MASTERPROEF: SAMENWERKING TUSSEN ONDERZOEKERS.

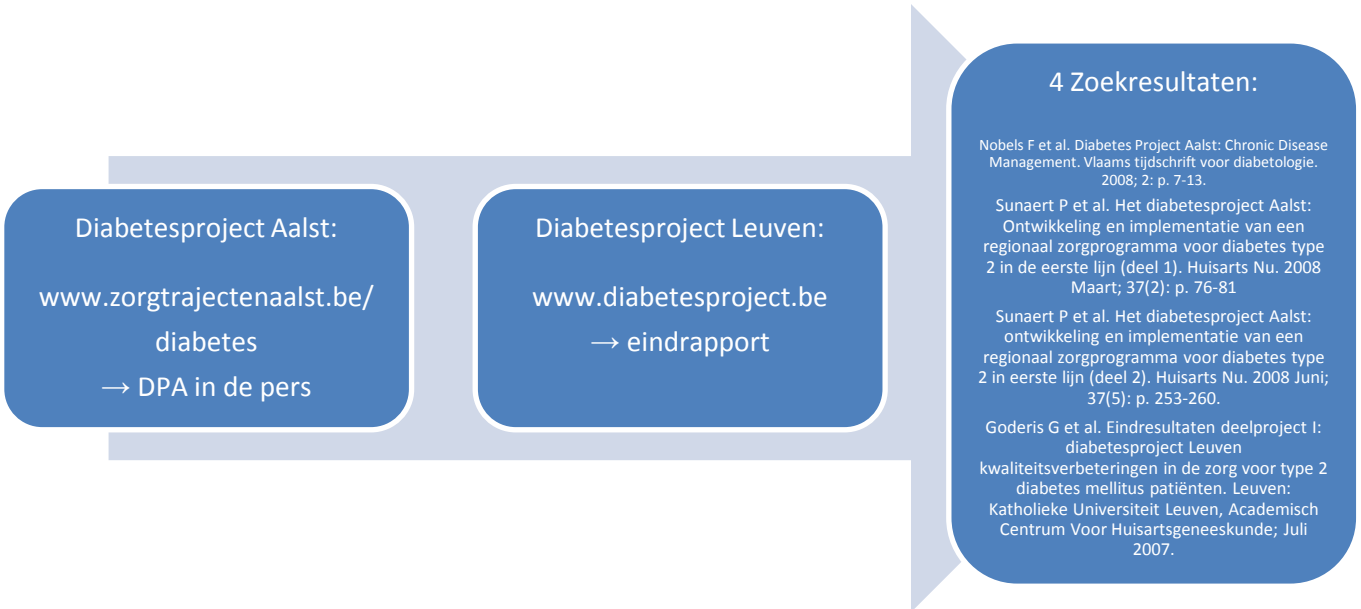
	Silke DE CLEYN	Ward RIGAUX
LITERATUURONDERZOEK		
Opstellen zoekvraag	X	X
Uitvoeren zoekstrategie	X	X
Selecteren en nalezen relevante artikels	X	X
Uitschrijven literatuurstudie	X	-
Nalezen en doorvoeren van optimalisaties	-	X
ENQUÊTE VOOR HUISARTSEN		
Opstellen concept / kader van vragen	X	X
Uitwerken formuleringen en geraamte	X	X
ENQUÊTE VOOR PATIËNTEN		
Opstellen concept / kader van vragen	X	X
Uitwerken formuleringen en geraamte	X	X
FOCUSGROEPEN MET ARTSEN		
Opstellen oproep tot deelname studie	-	X
Uitwerken Informed Consent formulier	-	X
Ontwikkelen vragenlijst praktijksetting	X	-
Uitdenken concept en draaiboek focusvragen	X	X
Concrete organisatie focusgroep (lokaal, catering, materialen)	X	X
Rol van gespreksmoderator	X	-
Rol van observator	-	X
FOCUSGROEPEN MET PATIËNTEN		
Opstellen oproep tot deelname studie	X	-
Uitwerken Informed Consent formulier	-	X
Ontwikkelen vragenlijst achtergrondinformatie	X	-
Uitdenken concept en draaiboek focusvragen	X	X
Concrete organisatie focusgroep (lokaal, catering, materialen)	X	X
Rol van gespreksmoderator	X	-
Rol van observator	-	X
GEGEVENSANALYSE		
Enquêtes		
Invoeren enquêtes en ad random controle	X	X
Opmaken enkelfrequenties	-	X
Focusgroepen met artsen		
Uitschrijven audiotapes en opstellen taxonomie	X	X
Uitvoeren kwaliteitscontrole op quotes en coderingen	X	X
Uitschrijven resultaten	X	-
Nalezen en doorvoeren van optimalisaties	-	X
Focusgroepen met patiënten		
Uitschrijven audiotapes en opstellen taxonomie	X	X
Uitvoeren kwaliteitscontrole op quotes en coderingen	X	X
Uitschrijven resultaten	-	X
Nalezen en doorvoeren van optimalisaties	X	-
DISCUSSIE		
Uitwerken beperkingen van de studie: huisartsengroep	X	-
Uitwerken beperkingen van de studie: patiëntengroep	-	X
Verwoorden sterktes van de studie	X	X
Bespreken van de focusgroep met huisartsen	X	-
Bespreken van de focusgroep met patiënten	-	X
Bespreken van de raakpunten en contrasten	X	X
VERDERE UITWERKING SCRIPTIE		
Inleiding	X	-
Besluit	-	X
Dankwoord	X	X
Bijlagen en Figuur	X	X

BIJLAGE 2: LITERATUURONDERZOEK: ZOEKSTRATEGIE.






PUBMED Advanced Search
Zoektermen:
diabetes AND
chronic+care+model AND
Wagner
9 Zoekresultaten:
selectie op basis van abstract én beschikbaarheid full text via KUL-login
4 Overblijvende artikels:
Bodenheimer T et al. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model , Part 2. JAMA. 2002 October 16; 288(15): p. 1909-1914.
Gabbay R et al. Multipayer Patient-Centered Medical Home Implementation Guided by the Chronic Care Model. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2011 June; 37(6): p. 265-273.
Wagner E et al. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs. 2001 November/ December; 20(6): p. 64-78.
Scott I. Chronic disease management: a primer for physicians. Internal Medicine Journal. 2008 June; 38(6a): p. 427-437.


Diabetesproject Aalst:
www.zorgtrajectenaalst.be/diabetes
→ DPA in de pers
Diabetesproject Leuven:
www.diabetesproject.be
→ eindrapport
4 Zoekresultaten:
Nobels F et al. Diabetes Project Aalst: Chronic Disease Management. Vlaams tijdschrift voor diabetologie. 2008; 2: p. 7-13.
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 Maart; 37(2): p. 76-81
Sunaert P et al. Het diabetesproject Aalst: ontwikkeling en implementatie van een regionaal zorgprogramma voor diabetes type 2 in eerste lijn (deel 2). Huisarts Nu. 2008 Juni; 37(5): p. 253-260.
Goderis G et al. Eindresultaten deelproject I: diabetesproject Leuven kwaliteitsverbeteringen in de zorg voor type 2 diabetes mellitus patiënten. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Academisch Centrum Voor Huisartsgeneeskunde; Juli 2007.

BIJLAGE 3: INFORMATIE VOOR HUISARTSEN: OPROEP TOT DEELNAME AAN STUDIE.

Geachte dokter,

- Wie zijn we?

Wij zijn twee eerstejaars huisartsen in opleiding. Silke heeft gestudeerd aan de KU Leuven en is momenteel werkzaam in een huisartsenpraktijk in Lier, Ward heeft de opleiding gevolgd op de UA en is werkzaam in een duopraktijk te Massenhoven. In onze tweejarige opleiding tot huisarts behoren wij een kwaliteitsbevorderend project op te stellen. We hebben opgemerkt dat ondanks de voordelen toch barrières bestaan bij huisartsen en patiënten om een zorgtraject diabetes op te starten. Aangezien beide HAIO's in dezelfde huisartsenkring werkzaam zijn en er ook vanuit de kring interesse is om dit verder te onderzoeken, zouden wij graag volgend project voorstellen.

- Waarom wij u aanspreken?

Wij zouden graag uw waardevolle bedenkingen vernemen over dit zorgtraject diabetes dat in 2009 werd opgestart. Wij zijn erg geïnteresseerd in de positieve en negatieve bedenkingen van huisartsen bij de opstart van dit nieuwe initiatief dat tot doel heeft om de kwaliteit van de zorg aan mensen met diabetes te verbeteren.

- Het praktijkproject

Mogen wij daarom ons project voorstellen waarin u een centrale rol speelt. De titel van het project heet: 'Diabetes zorgtraject in de (huisartsen)praktijk: kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een zorgtraject diabetes.'

We merken dat de meningen in verband met dit zorgtraject uiteenlopen en dat er naast de voordelen die een zorgtraject biedt, toch ook drempels bestaan die een belangrijke factor zijn in het opstarten van een zorgtraject diabetes. Zowel deze positieve als negatieve argumenten hadden we graag van u vernomen.

- Wat houdt dit concreet voor u in?

De opzet is dat we met een aantal artsen samen gaan zitten in zogenaamde focusgroepen en dat bedenkingen over het zorgtraject op tafel gelegd worden. Een gespreksmoderator zal enkele vragen voorleggen om de dialoog op gang te brengen.

We zouden dit graag organiseren in het kader van een LOK-vergadering. We hebben ook twee andere LOK-groepen aangesproken om op een ander tijdstip hun bedenkingen te noteren. Zo zullen wij dus drie focusgroepen met artsen organiseren rond het diabeteszorgtraject.

Tijdens deze vergadering wordt geregistreerd wat er gezegd wordt. Wij garanderen echter dat alle gegevens in strikte anonimiteit zullen verwerkt worden. Op elk moment van het onderzoek hebt u het recht om, zonder opgave van reden, af te zien van uw medewerking.

Parallel hiermee trachten we ook diabetespatiënten te recruteren en zullen in een volgende tijd ook met hen een gesprek aangaan om hun beweegredenen voor het al dan niet instappen in een zorgtraject te exploreren.

- Werkt u mee?

Wij nodigen u vriendelijk uit om deel te nemen aan de LOK-vergadering op XX/XX/20XX om XXuXX in lokatie X. Er wordt voorzien in een hapje en een drankje. Accreditering wordt aangevraagd. De vergadering zal ongeveer 2 uur duren.

Mogen wij u vragen om aan uw LOK-verantwoordelijke of op onderstaand mailadres door te geven of u al of niet wenst deel te nemen?

Hopend op uw medewerking,

Dr. Silke De Cleyn silke.decleyn@gmail.com
Dr. Ward Rigaux wrigaux@hotmail.com

huisartsen-in-opleiding

BIJLAGE 4: INFORMATIE VOOR PATIËNTEN: OPROEP TOT DEELNAME AAN STUDIE.

4.1. Oproep via de huisarts

Stappenplan inclusie patiënten

1. **Komt mijn patiënt in aanmerking voor het diabetes zorgtraject?**

   Hiervoor baseren we ons op de opgelegde reglementering:

   INCLUSIECRITERIA
   - Type 2 diabetes
     EN
   - Staat op 1 of 2 injecties insuline
     of Byetta/Victoza
     of is onvoldoende onder controle (HbA1c > 7.0, wettelijk geen minimumwaarde voorzien) op maximale orale therapie en insulinetherapie of Byetta/Victoza dient overwogen te worden

   EXCLUSIECRITERIA
   - Type 1 diabetes
   - Zwanger of zwangerschapswens
   - >2 insuline-injecties per dag
   - Enkel huisbezoeken

   ZO NEEN: helaas, dit is niet de patiënt waar we naar op zoek zijn.

   ZO JA: ga naar stap 2.

2. **Overloop met de patiënt de informatiebrief die bij deze mail werd toegevoegd: "informatie voor de patiënt".**

   Gaat de patiënt akkoord dat u vrijblijvend zijn/haar contactgegevens aan ons doorstuurt?

   ZO NEEN: geen probleem. Uw patiënt is vrij om al dan niet aan ons onderzoek mee te werken. Zijn/haar weigering heeft dus geen enkele invloed op het verdere verloop van zijn/haar behandeling.

   ZO JA: prima. Ga naar stap 3.

3. **Mogen wij u vragen om de patiënt volgende pagina voor akkoord te laten ondertekenen, en zijn/haar contactgegevens aan ons mede te delen.**

4. **Hartelijk dank voor uw medewerking!**

Ik,

Naam ……

Geboortedatum .....

Adres .....

Telefoonnummer .....

heb van mijn arts informatie ontvangen omtrent het onderzoek naar het zorgtraject diabetes, en geef mijn arts hierbij de toestemming om mijn contactgegevens door te geven aan de betrokken onderzoekers.

Ik begrijp dat mijn persoonsgegevens niet zullen worden gebruikt in de verwerking van het onderzoek, gezien deze volledig anoniem zal gebeuren.

Ik begrijp dat ik op elk moment het recht heb om verdere deelname aan het onderzoek stop te zetten zonder dat dit invloed heeft op mijn verdere behandeling.

Opgemaakt op …… /…… / 2011 te ……

Handtekening …….

Met collegiale groeten,

Dr. Silke De Cleyn silke.decleyn@gmail.com

Dr. Ward Rigaux wrigaux@hotmail.com

4.2. Informatie voor de patiënt

Geachte Mevrouw, Mijnheer,

- Mogen wij ons even voorstellen …

Wij zijn twee eerstejaars huisartsen in opleiding. Silke heeft gestudeerd aan de KU Leuven en is momenteel werkzaam in een huisartsenpraktijk in Lier, Ward heeft de opleiding gevolgd op de UA en is werkzaam in een duopraktijk te Massenhoven. In onze tweejarige opleiding tot huisarts behoren wij een kwaliteitsbevorderend project op te stellen.

- Waarover gaat het project?

Wij voeren een onderzoek uit over het zorgtraject diabetes. Volgens de gegevens van uw behandelend arts voldoet u aan de voorwaarden om voor dit zorgtraject in aanmerking te komen. Misschien heeft uw huisarts u daarover reeds aangesproken en heeft u reeds een zorgtraject ondertekend. Misschien is dat nog niet gebeurd en aarzelt u nog wat om het document te ondertekenen. Misschien heeft u zelfs geweigerd om in het zorgtraject te stappen. Via ons onderzoek vernemen wij graag van u "waarom" u deze beslissing heeft genomen.

Zorgtrajecten willen de zorg voor patiënten met een chronische ziekte zoals diabetes zo goed als mogelijk organiseren. Huisartsen, specialist en andere hulpverleners werken hiervoor samen. Het zorgtraject diabetes biedt voor de patiënt heel wat voordelen. Toch merken we dat er ook drempels bestaan bij opstarten van een zorgtraject diabetes. Wij zijn dan ook erg geïnteresseerd om uw beweegredenen voor het al dan niet instappen in het zorgtraject te leren kennen.

- Wat betekent dit voor u?

De opzet is dat we met een aantal patiënten samen gaan zitten en dat bedenkingen en ervaringen over het zorgtraject op tafel gelegd worden. Hiervoor zoeken we zowel patiënten die in het zorgtraject zijn gestapt, als patiënten die zich niet wensten aan te sluiten of nog aarzelen. Een gespreksleider zal enkele vragen voorleggen om de dialoog op gang te brengen. Op deze manier kunnen we een beter zicht krijgen op de sterke punten maar ook de knelpunten van het zorgtraject diabetes, en kan er getracht worden om deze in de toekomst te verbeteren. Het groepsgesprek zal ongeveer 2 uur duren.

- Anonimiteit

Alle informatie die we via dit onderzoek bekomen, is strikt vertrouwelijk en wordt volledig anoniem verwerkt. Uw naam zal dus nergens vermeld worden. Ook uw behandelend arts zal niet op de hoogte worden gesteld van uw meningen, zodat uw verdere zorg niet beïnvloed wordt. De deelnemers kunnen op eender welk moment op hun beslissing om deel te nemen terugkomen.

- Werkt u mee?

Wij nodigen u vriendelijk uit om deel te nemen aan dit project, en vragen bij deze uw toestemming dat uw huisarts uw contactgegevens aan ons doorgeeft. Op deze manier kunnen wij u vrijblijvend contacteren en verdere concrete info verschaffen indien u dit wenst.

U zou er ons onderzoek naar het diabetes zorgtraject alvast een grote dienst mee bewijzen.

Hopend op uw medewerking,

Dr. Ward Rigaux en Dr. Silke De Cleyn

Huisartsen-in-opleiding

BIJLAGE 5: DOCUMENTEN BIJ AANVANG VAN DE FOCUSGROEP VOOR HUISARTSEN.

5.1. INFORMED CONSENT FORMULIER

Informed consent

Toestemming om uw gegevens te gebruiken voor een kwaliteitsbevorderend praktijkproject.

- Waar gaat het onderzoek over?

  Het onderzoek waarvoor uw deelneming wordt gevraagd, kadert in een eindwerk van twee huisartsen in opleiding. Wij willen graag uw ideeën en ervaringen exploreren en zo een bijdrage leveren in het optimaliseren van de zorg voor diabetes patiënten. Een wetenschappelijk artikel over de bevindingen kan hier op volgen.

- Wat betekent dit voor u?

  U wordt gevraagd om deel te nemen aan een gesprek waarbij andere huisartsen uit uw LOK-groep aanwezig zijn. Wij registreren wat er tijdens dit gesprek gezegd wordt op digitale opname-apparatuur. Alle gegevens worden onherkenbaar gemaakt en anoniem verwerkt. Op die manier wordt uw privacy strikt gerespecteerd.

- Werkt u mee?

  Wij hopen dat ook u uw medewerking aan dit onderzoek wilt verlenen. Door dit document te ondertekenen geeft u te kennen dat u akkoord gaat met de inzameling van uw gegevens voor het onderzoek. Ook na ondertekening behoudt u het recht om, zonder opgave van reden, tijdens het onderzoek alsnog af te zien van uw medewerking.

Ik,

Naam …….

Adres …….

Plaats …….

begrijp dat in het kader van dit onderzoek:

- ☑ Het gesprek opgenomen wordt op digitale opname-apparatuur.
- ☑ De gegevens anoniem verwerkt worden.
- ☑ Identiteitsgegevens nergens kenbaar gemaakt worden in eventuele publicaties.
- ☑ De geanonimiseerde gegevens voor publicaties kunnen worden opgenomen.
- ☑ Spontane terugtrekking uit de studie mogelijk is.

Opgemaakt op ……/……/ 2011 te ……

Handtekening van de deelnemer:

Handtekening van de onderzoeker:

5.2. VRAGENLIJST PRAKTIJKSETTING

Geachte huisarts,

In het kader van een kwalitatief onderzoek omtrent het zorgtraject diabetes hadden wij graag via volgende korte vragenlijst de nodige achtergrondinfo bekomen:

- geslacht:
  - man
  - vrouw
- leeftijd:

  ..... jaar
- aantal actieve werkjaren als huisarts:

  ..... jaar
- locatie huisartsenpraktijk: nabijheid van een ziekenhuis of conventiecentrum:
  - <5km
  - ≥ 5km
- organisatie huisartsenpraktijk:
  - samenwerking:
    - ☐ groepspraktijk
    - ☐ duopraktijk
    - ☐ solopraktijk
  - praktijkassistent(e)
    - ☐ ja
    - ☐ neen
  - consultatievoering
    - ☐ uitsluitend op afspraak
    - ☐ overwegend op afspraak
    - ☐ gelijke verdeling afspraken – vrije raadpleging
    - ☐ overwegend vrije raadpleging
    - ☐ uitsluitend vrije raadpleging
- aantal opgestarte zorgtrajecten diabetes:

  ..... geïncludeerde patiënten

5.3. ENQUÊTE PERCEPTIE ZORGTRAJECT

Geachte huisarts,

In het kader van een kwalitatief onderzoek omtrent het zorgtraject diabetes (verder afgekort als ZTD) hadden wij graag uw ervaringen gekend inzake dit initiatief. Daarom verzoeken wij u vriendelijk om volgende korte vragenlijst in te vullen.

PERSONALIA

geslacht: ❍ man ❍ vrouw

geboortejaar: .....

huisarts sinds: .....

	helemaal oneens	eerder oneens	eens noch oneens	eerder eens	helemaal eens	geen mening
1. De coördinatie van de zorg rondom de chronische patiënt verloopt beter dankzij het ZTD.						
2. Ik voel me als arts door het ZTD beter omkaderd om op de vragen en noden van de patiënt in te gaan.						
3. Alle zorgverleners zijn goed op de hoogte van de rollen van andere spelers binnen het ZTD.						
4. Door het ZTD kom ik tot een beter timemanagement bij de opvolging van diabetespatiënten.						
5. Ik ondervind dat de patiënt dankzij het ZTD gemotiveerd wordt om zelf actief in zijn zorg te participeren.						
6. Volgens mijn ervaring erkent de patiënt het belang van het nemen van eigen verantwoordelijkheid in zijn behandelproces beter met het ZTD.						
7. Het huidige informatiesysteem waarmee ik in praktijk werk helpt mij om essentiële informatie over de patiënt terug te vinden.						
8. Het huidige informatiesysteem waarmee ik in praktijk maakt het mogelijk om op eenvoudige wijze informatie te delen met andere hulpverleners.						
9. Met het huidige informatiesysteem in mijn praktijk kan ik efficiënt een planning opmaken voor de opvolging van de chronische patiënt.						
10. Door het invoeren van het ZTD worden aanbevelingen beter in praktijk omgezet.						
11. De richtlijnen omtrent inclusie- en exclusiecriteria van de patiënt voor het ZTD zijn voldoende duidelijk.						
12. Ik voel mij als arts voldoende onderricht om in het kader van het ZTD de patiënt met diabetes in al zijn facetten op te volgen.						

	helemaal oneens	eerder oneens	eens noch oneens	eerder eens	helemaal eens	geen mening
13. Ik heb gemakkelijk toegang tot hulpverleners die over expertise en ervaring beschikken.						
14. De toegankelijkheid van de zorgverlening in de eerste lijn verloopt in mijn ervaring goed.						
15. Het inschakelen van een zorgtrajectpromotor is een nuttige hulp in de organisatie van de zorg voor de individuele patiënt.						
16. Ik voel me als arts in staat om de georganiseerde zorg van een conventieteam over te nemen en te coördineren in de eerste lijn.						
17. Via het ZTD krijgt de patiënt meer middelen aangeboden voor zelfzorg.						
18. De instrumenten die de patiënt door het ZTD aangereikt krijgt voor zelfzorg zijn toereikend.						
19. In het ZTD is er voldoende aandacht voor persoonlijke voorkeuren, psychologische noden en sociale omstandigheden van de patiënt.						
20. De RIZIV-vergoeding die ik als arts ontvang voor de coördinatie van het ZTD ervaar ik als een voldoende ondersteuning.						
21. Door het invoeren van het zorgtraject diabetes is er voor de hulpverlener een betere maatschappelijke ondersteuning in de zorg voor de patiënt.						
22. Het lokaal multidisciplinair netwerk Pallieterland ervaar ik bij het ZTD als een belangrijke ondersteuning voor mij als arts.						
23. Het ZTD is een samenwerkingsverband dat bijdraagt tot kwaliteits-verbetering in de gezondheidszorg.						

RUIMTE VOOR OPMERKINGEN

Hartelijk dank voor uw medewerking!

BIJLAGE 6: DOCUMENTEN BIJ AANVANG VAN DE FOCUSGROEP VOOR PATIËNTEN.

6.1. INFORMED CONSENT FORMULIER

Informed consent

Toestemming om uw gegevens te gebruiken voor een kwaliteitsbevorderend praktijkproject.

- Waar gaat het onderzoek over?

  Het onderzoek waarvoor uw deelneming wordt gevraagd, kadert in een eindwerk van twee huisartsen in opleiding. Wij willen graag uw ideeën en ervaringen leren kennen en zo een bijdrage leveren in het optimaliseren van de zorg voor diabetes patiënten. Een wetenschappelijk artikel over de bevindingen kan hier op volgen.

- Wat betekent dit voor u?

  Om contact met u op te nemen hebben we uw naam en contactgegevens nodig. U wordt vervolgens gevraagd een vragenlijst in te vullen zodat wij kunnen beoordelen of u aan de criteria voldoet om aan het onderzoek deel te nemen. Uiteindelijk zal u deelnemen aan een gesprek waarbij andere diabetespatiënten aanwezig zijn. Wij registreren wat er tijdens dit gesprek gezegd wordt op digitale opname-apparatuur. Alle gegevens worden onherkenbaar gemaakt en anoniem verwerkt. Op die manier wordt uw privacy strikt gerespecteerd.

- Werkt u mee?

  Wij hopen dat ook u uw medewerking aan dit onderzoek wilt verlenen. Door dit document te ondertekenen geeft u te kennen dat u akkoord gaat met de inzameling van uw gegevens voor het onderzoek. Ook na ondertekening behoudt u het recht om, zonder opgave van reden, tijdens het onderzoek alsnog af te zien van uw medewerking. Uw eventuele weigering zal de gewone zorg door uw hulpverleners uiteraard geenszins beïnvloeden.

Ik,

Naam …….

Adres …….

Plaats …….

begrijp dat in het kader van dit onderzoek:

- ☑ Het gesprek opgenomen wordt op digitale opname-apparatuur.
- ☑ De gegevens anoniem verwerkt worden.
- ☑ Identiteitsgegevens nergens kenbaar gemaakt worden in eventuele publicaties.
- ☑ De geanonimiseerde gegevens voor publicaties kunnen worden opgenomen.
- ☑ Spontane terugtrekking uit de studie mogelijk is zonder invloed op de relatie met de eigen huisarts.

Opgemaakt op ……/……/ 2011 te ……..

Handtekening van de patiënt:

Handtekening van de onderzoeker:

6.2. VRAGENLIJST ACHTERGRONDINFORMATIE

- geslacht:
  - man
  - vrouw

- leeftijd:

  ..... jaar

- nabijheid van een ziekenhuis of diagnosecentrum:
  - < 5km
  - ≥ 5km

- hoogst behaalde diploma:
  - geen
  - lagere school
  - middelbare school
  - hoger onderwijs
    - hogeschool
    - universitair
  - andere: .....

- hebt u een vaste huisarts?
  - neen
  - ja:

    hebt u in deze praktijk een globaal medisch dossier?
    - neen
    - ja

- aantal jaren dat u gekend bent met suikerziekte:

  ..... jaar

- hebt u een diabetespas (gehad)?
  - ❍ neen
  - ❍ ja:

    gedurende ..... jaar

- bent u opgenomen (geweest) in de diabetesconventie?
  - ○ neen
  - ○ ja:

    gedurende ..... jaar

- bent u opgenomen in het diabetes zorgtraject?
  - ❍ neen
  - ❍ ja:

    gedurende ..... jaar

    dit werd opgestart door:
    - ⌑ mijn huisarts
    - ⌑ de endocrinoloog (specialist)

- neemt u pillen/tabletten voor uw suikerziekte?
  - ❍ neen
  - ❍ ja

- spuit u Victoza of Byetta?
  - ❍ neen
  - ❍ ja:

    sinds ..... jaar

- spuit u insuline?
  - ❍ neen
  - ❍ ja:

    sinds ..... jaar

6.3. ENQUÊTE PERCEPTIE ZORGTRAJECT

Beste patiënt,

- Mogen wij ons even voorstellen …

  Wij zijn twee huisartsen in opleiding die een onderzoek uitvoeren over het zorgtraject diabetes.

- Waarover gaat het project?

  Zorgtrajecten willen de zorg voor patiënten met een chronische ziekte zoals diabetes zo goed als mogelijk organiseren. Huisartsen, specialist en andere hulpverleners werken hiervoor samen. Het zorgtraject diabetes biedt voor de patiënt heel wat voordelen. Toch merken we dat er nog verbetering mogelijk is. Om de zorg voor mensen met suikerziekte in de toekomst nog beter te kunnen organiseren, verzoeken wij u om deel te nemen aan een korte enquête, die u op de achterzijde kan terugvinden.

- Anonimiteit

  Alle informatie die we via dit onderzoek bekomen, is strikt vertrouwelijk en wordt volledig anoniem verwerkt. U hoeft uw naam dus nergens in te vullen. Ook uw behandelend arts zal niet op de hoogte worden gesteld van uw meningen, zodat uw verdere zorg niet beïnvloed wordt.

- Hoe moet ik deze enquête invullen?

  Op de achterzijde van dit blad kan u 14 stellingen terugvinden over het zorgtraject diabetes. U hoeft enkel bij elke vraag een kruisje te zetten in het vakje dat overeenstemt met uw mening.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Dr. Ward RIGAUX

Dr. Silke DE CLEYN

geslacht: ❍ man ❍ vrouw

geboortejaar: .....

suikerziekte sinds: .....

	helemaal oneens	eerder oneens	eens noch oneens	eerder eens	helemaal eens	geen mening
1. Dankzij het zorgtraject diabetes hebben de hulpverleners meer tijd om mij goed te begeleiden.						
2. Ik heb het gevoel dat er een team rond mij staat om me te helpen in het zorgtraject diabetes.						
3. Het roept verwarring op om door verschillende hulpverleners gevolgd te worden in het zorgtraject diabetes.						
4. Ik ondervind dat ik gemotiveerd word om zelf de afspraken van het zorgtraject diabetes goed na te komen.						
5. Ik kan beter mijn eigen doelstellingen voor mijn suikerziekte bepalen dankzij het zorgtraject diabetes.						
6. Het lukt dankzij het zorgtraject diabetes beter om adviezen omtrent levensstijl in te bouwen in mijn eigen leven.						
7. Het lukt dankzij het zorgtraject diabetes beter om mijn medicatie juist in te nemen.						
8. Het lukt dankzij het zorgtraject diabetes beter om adviezen omtrent voeding toe te passen.						
9. Als ik met vragen zit over suikerziekte, kan ik gemakkelijker iemand contacteren om mij verder te helpen dankzij het zorgtraject diabetes.						
10. In het zorgtraject diabetes is er ruimte om mijn twijfels en angsten omtrent mijn suikerziekte te bespreken.						
11. Er is in het zorgtraject diabetes voldoende aandacht voor wat ikzelf belangrijk vind in mijn leven.						
12. Het regelen van consulten bij de verschillende hulpverleners verloopt vlot.						
13. De materialen die ik door het zorgtraject diabetes aangereikt krijg voor zelfzorg zijn toereikend.						
14. Het volledig terugbetalen van mijn consultaties door het zorgtraject diabetes maakt het gemakkelijker om naar een arts toe te stappen.						

RUIMTE VOOR OPMERKINGEN

Hartelijk dank voor uw medewerking!

BIJLAGE 7: DRAAIBOEK FOCUSGROEPEN HUISARTSEN: GESTANDAARDISEERDE VRAGENLIJST.

Onderzoeksfocus: *Diabetes zorgtraject in de (huisartsen-) praktijk: een kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een zorgtraject diabetes.*

ALGEMEEN: VERDIEPINGSVRAGEN:

- Wilt u dit wat verder uitleggen;
- Kan u mij een voorbeeld geven van wat u bedoelt;
- Kunt u er iets meer over zeggen?
- Beschrijft u alstublieft wat u bedoelt?
- Ik begrijp het niet helemaal...

Openingsvraag

Inleidend zouden we u allen kort even willen vragen of het u lukt om de diabetespatiënten in de praktijk goed op te volgen?

Introductievraag

Hoe kijken jullie vandaag naar de invoering van de zorgtrajecten voor de begeleiding van mensen met diabetes?

- Wordt er in de praktijk iets van veranderingen opgemerkt, in welke zin? Hoe worden deze veranderingen ervaren?
- Wat zijn jullie verwachtingen? Hoe worden heden deze verwachtingen in jullie ogen ingelost?

Transitievraag

Onze volgende vraag betreft de opstart van een zorgtraject diabetes. De opstart gebeurt in theorie op basis van in- en exclusiecriteria. Niettegenstaande dit theoretisch construct hebben wij de vraag: **Hoe lukt het om een ZTD op te starten?**

- Hoe ervaren jullie de in- en exclusiecriteria van het ZTD en eventuele onduidelijkheden hierrond?
- Welke knelpunten ondervinden jullie bij het opstarten van een ZTD?
- Wat is jullie mening omtrent de beslissingondersteuning?
- Hoe ondervinden jullie de ondersteuning van de andere disciplines bij de opstart? (huisarts, educator, apotheker, endocrinoloog,…)
- Wat zijn jullie ervaringen wat betreft de bereidheid van patiënten om in het ZTD te stappen?

Sleutelvragen

- In theorie zou bij elke patiënt die voldoet aan de criteria een ZTD kunnen opgestart worden. **Waarom wordt er in de praktijk niet altijd een ZTD opgestart wordt?**
    - Ervaren anderen dit ook zo?

  - Zijn er nog andere ideeën waarom niet altijd een ZTD opgestart wordt?
  - Waren er voor de start van het ZTD een aantal zaken beter geregeld zodanig dat het voor bepaalde patiënten niet interessant is om een ZTD op te starten?
  - Hoe komt het dat dit zo'n struikelblok vormt?

- We hebben nu het een en ander gehoord over barrières en bevorderende factoren voor het opstarten van een ZTD. Aangezien het ZTD een relatief nieuw initiatief is, kan er wellicht nog wat aan gesleuteld worden om het aantrekkelijker te maken voor de verschillende partijen. **Hoe zouden we het ZTD kunnen optimaliseren rekening houdende met genoemde barrières en bevorderende factoren?**
  - Waar zien jullie ruimte voor verbetering?
  - Hoe kijken anderen hier tegenaan?

- Het ZTD betreft een samenwerking van verschillende disciplines met het oog op een optimale zorg voor de patiënt**. Hoe ervaren jullie deze overgang naar een nieuwe vorm van multidisciplinaire samenwerken**?
  - Zien anderen dit ook zo?
  - Zijn er nog andere meningen?

- Een belangrijke betrachting in de huidige behandeling van chronische patiënten is de zelfstandigheid van de patiënt bekrachtigen en zorgen dat hij **actief meewerkt** aan de opvolging van de eigen ziekte. **Hoe wordt dit in de praktijk door de huisarts ervaren sinds de start van het ZTD?**
  - Is er een betere zelfstandigheid, werkt hij/zij actiever mee? (vb …)
  - Zijn er bepaalde zaken waardoor de zelfstandigheid van de patiënt juist gecompromitteerd wordt sinds de start van ZTD?
  - Wat denken anderen?

Slotvragen

- De volgende vraag is bedoeld om een aantal zaken op een rijtje te zetten. Stel een huisarts in opleiding die niet zo vertrouwd is met het ZTD stelt de **vraag hoe jullie aankijken tegenover het ZTD. Wat zou u hem/ haar vertellen?**

- Als we even kort proberen samen te vatten zijn volgende zaken naar boven gekomen: … . **Vinden jullie dit een goede samenvatting van wat we vandaag gehoord hebben?**

- We zijn bijna rond. Rest ons nog de vraag of er nog enige aanvullingen zijn. **Zijn er bepaalde zaken niet aan bod gekomen die toch essentieel zijn?**

BIJLAGE 8: DRAAIBOEK FOCUSGROEPEN PATIËNTEN: GESTANDAARDISEERDE VRAGENLIJST.

Onderzoeksfocus: *Diabetes zorgtraject in de (huisartsen-) praktijk: een kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een zorgtraject diabetes.*

ALGEMEEN: VERDIEPINGSVRAGEN:

- Wilt u dit wat verder uitleggen;
- Kan u mij een voorbeeld geven van wat u bedoelt;
- Kunt u er iets meer over zeggen?
- Beschrijft u alstublieft wat u bedoelt?
- Ik begrijp het niet helemaal...

Openingsvraag

- We zitten hier samen met mensen die allen in het ZTD zitten. **Jullie zijn een tijdje geleden door je huisarts aangesproken om in een ZTD te stappen. Jullie hebben dan toegezegd voor dit nieuwe initiatief. Wat verwachtten jullie er toen eigenlijk van?**
    - Wat maakt dat jullie hebben toegezegd?
    - Wat vinden jullie belangrijk?
    - Wat was er dan misschien niet zo goed in de vorige manier van werken?

Introductievraag

- Het ZTD is een relatief nieuw begrip. **Hoe ervaren jullie het tot hier toe om in zo'n zorgtraject opgenomen te zijn?**

Transitievraag

- Het ZTD is een contract dat een aantal voordelen biedt (denk maar aan de gratis consulten, materiaal, …) en in ruil worden er enkele zaken verwacht van u als patiënt (zo bv 2x/j bij de huisarts en 1x/j bij de specialist passeren). Op deze manier wordt geprobeerd om de patiënten meer in te schakelen in hun eigen zorg. **Hoe staan jullie tegenover dit principe van geven en nemen?**
    - Ervaren jullie dat dit wordt toegepast in de praktijk?
    - Denk je dat het werkt? Waarom?

Sleutelvragen

- Het ZTD betekent verandering in de huidige zorg. **Ervaren jullie veranderingen in jullie zorg door het invoeren van het ZTD? In welke zin?**
    - Verdiepingvragen (specifiek):
        - Waarom is het een verbetering? Of juist niet?
        - We hebben reeds gevraagd naar wat jullie verwachtingen waren bij de start van het ZTD. Werden dezen verwachtingen ook ingelost?
        - Vinden anderen dit ook? Verklaar je nader.
        - Hoe zorgt dit ervoor dat je meer geneigd bent om in een ZTD in te stappen?
        - Waarom zouden jullie nog in een ZTD stappen?
    - Subvragen:
        - Voldoet het aan jullie verwachtingen? Waarom?
        - Worden jullie beter opgevolgd?
        - Vinden jullie dat jullie een betere ondersteuning krijgen? Hoezo?
        - Hoe vinden jullie dat dit ZTD een invloed heeft op de eigen kennis over diabetes?
        - Hoe wordt jullie zelfstandigheid beïnvloed door de invoering van het ZTD als je dit vergelijkt met vroeger?
        - Wat vinden jullie van de samenwerking tussen de zorgverleners in een ZTD? Voldoet dit aan jullie verwachtingen?
        - Hoe is het gesteld met jullie motivatie/ verantwoordelijkheidsgevoel om de diabetes goed op te volgen sinds het invoeren van het ZTD? Hoe komt dit?
        - Kunnen jullie beter terecht wanneer er vragen/ problemen rijzen?
        - Wat vind je van de voordelen die je krijgt in ruil voor de inzet die verwacht wordt? (voorbeeld zo onduidelijk).

- Niet bij alle mensen die ervoor in aanmerking komen wordt uiteindelijk een ZTD gestart. Jullie hebben de opstart meegemaakt en hebben min of meer ervaring met het verloop van een ZTD. **In welke zin hebben jullie minder goede aspecten in het ZTD ervaren?**
    - Verdiepingsvragen:
        - Ervaren anderen dit ook zo?
        - Zijn er nog andere knelpunten?
        - Zijn er nog andere ideeën waarom niet altijd een ZTD opgestart wordt?
        - Hoe komt het dat dit zo'n struikelblok vormt?

- Subvragen:
  - Welke knelpunten hebben jullie ervaren tijdens de opstart?
  - Hoe vinden jullie het om bij allemaal verschillende mensen/disciplines uit het diabetesteam te passeren?
  - Zijn er hier mensen die in de diabetesconventie hebben gezeten? Hoe ervaren jullie de overstap naar een ZTD?
  - In theorie moet er door de huisarts meer tijd vrij gemaakt worden om een aantal zaken goed op te volgen volgens een vast schema. Vindt u dat er sinds de start van het ZTD door de huisarts meer tijd wordt vrijgemaakt om de diabetes goed op te volgen? Hoe komt het dat dit u opvalt?
  - Omgekeerd: Hoe staat u ertegen over om een extra keer op consultatie te komen voor de opvolging van uw diabetes alleen, zonder dat u een andere klacht heeft die u bij de huisarts brengt? Hoe heeft het niet moeten betalen van remgeld hier een invloed op?
  - Hoe vindt u dat het ZTD meer structuur en duidelijkheid biedt of net de zaken vaak ingewikkelder maakt?

- We hebben nu het een en ander gehoord over barrières en bevorderende factoren om in een ZTD in te stappen. Aangezien het een relatief nieuw initiatief is, kan er wellicht nog wat aan gesleuteld worden om het aantrekkelijker te maken voor de verschillende partijen. **Hoe zouden we het ZTD kunnen verbeteren rekening houdende met genoemde barrières en bevorderende factoren?**
  - Waar zien jullie ruimte voor verbetering?
  - Hoe kijken anderen hier tegenaan?
  - Zijn er mogelijks nog aangrijpingspunten voor verbetering?

Eindvragen: de volgende vragen zijn bedoeld om een aantal zaken op een rijtje te zetten

- Stel een goede vriend(in) met diabetes wil wat meer weten over het ZTD en dan vooral om te achterhalen wat je er zelf van vindt. **Wat zou je hem/haar vertellen?**
- Als we even kort proberen samen te vatten zijn volgende zaken naar boven gekomen … . **Vinden jullie dit een goede samenvatting van wat we vandaag gehoord hebben?**
- We zijn bijna rond. Rest ons nog de vraag of er nog enige aanvullingen zijn. **Zijn er bepaalde zaken niet aan bod gekomen die toch essentieel zijn?**

BIJLAGE 9: GEGEVENSANALYSE ENQUÊTES: ENKELFREQUENTIES.

9.1. FREQUENTIETABELLEN ARTSEN

FREQUENTIES

		geslacht	geboortejaar	huisarts sinds	vraag 1	vraag 2	vraag 3
N	Valid	56	56	56	56	55	56
	Missing	0	0	0	0	1	0

		vraag 4	vraag 5	vraag 6	vraag 7	vraag 8	vraag 9	vraag 10
N	Valid	56	55	53	53	55	54	56
	Missing	0	1	3	3	1	2	0

		vraag 11	vraag 12	vraag 13	vraag 14	vraag 15	vraag 16	vraag 17
N	Valid	56	56	54	55	53	55	50
	Missing	0	0	2	1	3	1	6

		vraag 18	vraag 19	vraag 20	vraag 21	vraag 22	vraag 23	opmerking
N	Valid	51	54	53	54	50	53	56
	Missing	5	2	3	2	6	3	0

		focusgroep
N	Valid	56
	Missing	0

BESCHRIJVING CODERING

vraag 1 tem 23:	geslacht: man = 1
helemaal oneens = 1	vrouw = 2
eerder oneens = 2	geboortejaar: jaartal; niet ingevuld = 0
eens noch oneens = 3	huisarts sinds: jaartal
eerder eens = 4	ruimte voor opmerkingen: vrije tekst
helemaal eens = 5	focusgroepdeelname: geen focusgroep = 0
niet van toepassing = 9	focusgroep = 1
niet ingevuld= 88	

FREQUENTIETABELLEN

		FREQUENCY	PERCENT	VALID PERCENT	CUMULATIVE PERCENT
geslacht					
Valid	1	39	69,6	69,6	69,6
	2	17	30,4	30,4	100,0
	Total	56	100,0	100,0	
geboortejaar					
Valid	1943	1	1,8	1,8	1,8
	1944	1	1,8	1,8	3,6
	1947	1	1,8	1,8	5,4
	1949	1	1,8	1,8	7,1
	1950	1	1,8	1,8	8,9
	1951	3	5,4	5,4	14,3
	1952	4	7,1	7,1	21,4
	1953	3	5,4	5,4	26,8
	1954	1	1,8	1,8	28,6
	1955	2	3,6	3,6	32,1
	1956	3	5,4	5,4	37,5
	1957	2	3,6	3,6	41,1
	1958	1	1,8	1,8	42,9
	1959	4	7,1	7,1	50,0
	1960	3	5,4	5,4	55,4

	1961	3	5,4	5,4	60,7
	1962	1	1,8	1,8	62,5
	1963	2	3,6	3,6	66,1
	1964	3	5,4	5,4	71,4
	1965	4	7,1	7,1	78,6
	1966	2	3,6	3,6	82,1
	1967	1	1,8	1,8	83,9
	1970	1	1,8	1,8	85,7
	1972	1	1,8	1,8	87,5
	1973	1	1,8	1,8	89,3
	1976	1	1,8	1,8	91,1
	1977	2	3,6	3,6	94,6
	1981	1	1,8	1,8	96,4
	1982	1	1,8	1,8	98,2
	1983	1	1,8	1,8	100,0
	Total	56	100,0	100,0	
huisarts sinds					
Valid	1968	1	1,8	1,8	1,8
	1970	1	1,8	1,8	3,6
	1973	1	1,8	1,8	5,4
	1975	1	1,8	1,8	7,1
	1976	1	1,8	1,8	8,9
	1977	4	7,1	7,1	16,1
	1978	2	3,6	3,6	19,6
	1980	3	5,4	5,4	25,0
	1981	2	3,6	3,6	28,6
	1983	2	3,6	3,6	32,1
	1984	1	1,8	1,8	33,9
	1985	5	8,9	8,9	42,9
	1986	2	3,6	3,6	46,4
	1987	2	3,6	3,6	50,0
	1988	2	3,6	3,6	53,6
	1989	3	5,4	5,4	58,9
	1990	5	8,9	8,9	67,9
	1991	3	5,4	5,4	73,2
	1992	2	3,6	3,6	76,8
	1993	1	1,8	1,8	78,6
	1994	1	1,8	1,8	80,4
	1995	2	3,6	3,6	83,9
	1996	1	1,8	1,8	85,7
	2001	1	1,8	1,8	87,5
	2002	2	3,6	3,6	91,1
	2004	1	1,8	1,8	92,9
	2006	1	1,8	1,8	94,6
	2009	2	3,6	3,6	98,2
	2010	1	1,8	1,8	100,0
	Total	56	100,0	100,0	
vraag 1					
Valid	1	3	5,4	5,4	5,4
	2	6	10,7	10,7	16,1
	3	9	16,1	16,1	32,1
	4	28	50,0	50,0	82,1
	5	10	17,9	17,9	100,0
	Total	56	100,0	100,0	
vraag 2					
Valid	1	3	5,4	5,5	5,5
	2	4	7,1	7,3	12,7
	3	13	23,2	23,6	36,4
	4	21	37,5	38,2	74,5
	5	14	25,0	25,5	100,0
	Total	55	98,2	100,0	
Missing	9	1	1,8		

Total		56	100,0		
vraag 3					
Valid	1	4	7,1	7,1	7,1
	2	18	32,1	32,1	39,3
	3	10	17,9	17,9	57,1
	4	20	35,7	35,7	92,9
	5	4	7,1	7,1	100,0
	Total	56	100,0	100,0	
vraag 4					
Valid	1	4	7,1	7,1	7,1
	2	17	30,4	30,4	37,5
	3	13	23,2	23,2	60,7
	4	18	32,1	32,1	92,9
	5	4	7,1	7,1	100,0
	Total	56	100,0	100,0	
vraag 5					
Valid	1	3	5,4	5,5	5,5
	2	5	8,9	9,1	14,5
	3	13	23,2	23,6	38,2
	4	26	46,4	47,3	85,5
	5	8	14,3	14,5	100,0
	Total	55	98,2	100,0	
Missing	9	1	1,8		
Total		56	100,0		
vraag 6					
Valid	1	3	5,4	5,7	5,7
	2	7	12,5	13,2	18,9
	3	13	23,2	24,5	43,4
	4	22	39,3	41,5	84,9
	5	8	14,3	15,1	100,0
	Total	53	94,6	100,0	
	9	2	3,6		
Missing	88	1	1,8		
	Total	3	5,4		
Total		56	100,0		
vraag 7					
Valid	1	4	7,1	7,5	7,5
	2	5	8,9	9,4	17,0
	3	6	10,7	11,3	28,3
	4	19	33,9	35,8	64,2
	5	19	33,9	35,8	100,0
	Total	53	94,6	100,0	
Missing	9	3	5,4		
Total		56	100,0		
vraag 8					
Valid	1	5	8,9	9,1	9,1
	2	10	17,9	18,2	27,3
	3	9	16,1	16,4	43,6
	4	24	42,9	43,6	87,3
	5	7	12,5	12,7	100,0
	Total	55	98,2	100,0	
Missing	9	1	1,8		
Total		56	100,0		
vraag 9					
Valid	1	4	7,1	7,4	7,4
	2	7	12,5	13,0	20,4
	3	7	12,5	13,0	33,3
	4	19	33,9	35,2	68,5
	5	17	30,4	31,5	100,0
	Total	54	96,4	100,0	
Missing	9	2	3,6		

Total		56	100,0		
vraag 10					
Valid	1	3	5,4	5,4	5,4
	2	4	7,1	7,1	12,5
	3	7	12,5	12,5	25,0
	4	27	48,2	48,2	73,2
	5	15	26,8	26,8	100,0
	Total	56	100,0	100,0	
vraag 11					
Valid	1	5	8,9	8,9	8,9
	2	15	26,8	26,8	35,7
	3	6	10,7	10,7	46,4
	4	10	17,9	17,9	64,3
	5	20	35,7	35,7	100,0
	Total	56	100,0	100,0	
vraag 12					
Valid	1	2	3,6	3,6	3,6
	2	10	17,9	17,9	21,4
	3	6	10,7	10,7	32,1
	4	20	35,7	35,7	67,9
	5	18	32,1	32,1	100,0
	Total	56	100,0	100,0	
vraag 13					
Valid	2	2	3,6	3,7	3,7
	3	8	14,3	14,8	18,5
	4	26	46,4	48,1	66,7
	5	18	32,1	33,3	100,0
	Total	54	96,4	100,0	
Missing	9	1	1,8		
	88	1	1,8		
	Total	2	3,6		
Total		56	100,0		
vraag 14					
Valid	3	4	7,1	7,3	7,3
	4	35	62,5	63,6	70,9
	5	16	28,6	29,1	100,0
	Total	55	98,2	100,0	
Missing	88	1	1,8		
Total		56	100,0		
vraag 15					
Valid	1	2	3,6	3,8	3,8
	2	4	7,1	7,5	11,3
	3	13	23,2	24,5	35,8
	4	24	42,9	45,3	81,1
	5	10	17,9	18,9	100,0
	Total	53	94,6	100,0	
Missing	9	2	3,6		
	88	1	1,8		
	Total	3	5,4		
Total		56	100,0		
vraag 16					
Valid	1	2	3,6	3,6	3,6
	2	12	21,4	21,8	25,5
	3	17	30,4	30,9	56,4
	4	19	33,9	34,5	90,9
	5	5	8,9	9,1	100,0
	Total	55	98,2	100,0	
Missing	88	1	1,8		
Total		56	100,0		
vraag 17					
Valid	2	2	3,6	4,0	4,0

	3	5	8,9	10,0	14,0
	4	24	42,9	48,0	62,0
	5	19	33,9	38,0	100,0
	Total	50	89,3	100,0	
	9	4	7,1		
Missing	88	2	3,6		
	Total	6	10,7		
Total		56	100,0		
vraag 18					
	2	3	5,4	5,9	5,9
	3	12	21,4	23,5	29,4
Valid	4	20	35,7	39,2	68,6
	5	16	28,6	31,4	100,0
	Total	51	91,1	100,0	
	9	4	7,1		
Missing	88	1	1,8		
	Total	5	8,9		
Total		56	100,0		
vraag 19					
	1	2	3,6	3,7	3,7
	2	7	12,5	13,0	16,7
Valid	3	18	32,1	33,3	50,0
	4	22	39,3	40,7	90,7
	5	5	8,9	9,3	100,0
	Total	54	96,4	100,0	
	9	1	1,8		
Missing	88	1	1,8		
	Total	2	3,6		
Total		56	100,0		
vraag 20					
	1	6	10,7	11,3	11,3
	2	11	19,6	20,8	32,1
Valid	3	13	23,2	24,5	56,6
	4	16	28,6	30,2	86,8
	5	7	12,5	13,2	100,0
	Total	53	94,6	100,0	
	9	2	3,6		
Missing	88	1	1,8		
	Total	3	5,4		
Total		56	100,0		
vraag 21					
	1	1	1,8	1,9	1,9
	2	11	19,6	20,4	22,2
Valid	3	10	17,9	18,5	40,7
	4	25	44,6	46,3	87,0
	5	7	12,5	13,0	100,0
	Total	54	96,4	100,0	
	9	1	1,8		
Missing	88	1	1,8		
	Total	2	3,6		
Total		56	100,0		
vraag 22					
	2	4	7,1	8,0	8,0
	3	13	23,2	26,0	34,0
Valid	4	19	33,9	38,0	72,0
	5	14	25,0	28,0	100,0
	Total	50	89,3	100,0	
	9	5	8,9		
Missing	88	1	1,8		
	Total	6	10,7		
Total		56	100,0		

vraag 23					
Valid	1	2	3,6	3,8	3,8
	2	3	5,4	5,7	9,4
	3	9	16,1	17,0	26,4
	4	20	35,7	37,7	64,2
	5	19	33,9	35,8	100,0
	Total	53	94,6	100,0	
Missing	9	2	3,6		
	88	1	1,8		
	Total	3	5,4		
Total		56	100,0		

focusgroep					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	36	64,3	64,3	64,3
	1	20	35,7	35,7	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

opmerkingen					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	geen	52	92,9	92,9	92,9
	patiënt heeft meer baat, arts heeft meer werk	1	1,8	1,8	94,6
	persoonlijk vind ik dat het veel extra tijd vraagt waar wij onvoldoende voor vergoed worden; mss kan dit nog verbeteren zo ik er meer ervaring mee opgebouwd heb.	1	1,8	1,8	96,4
	wat is de meerwaarde vr pt? Weer veel papierwerk zonder veel resultaat? Waarom geen zorgtraject voor hartfalen…?	1	1,8	1,8	98,2
	ZTD zou moeten uitgebreid worden nr huisbezoeken en alle diabetesptn (ook enkel perorale therapie)	1	1,8	1,8	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

9.1. FREQUENTIETABELLEN PATIËNTEN

FREQUENTIES

		geslacht	geboortejaar	suikerziek sinds	vraag 1	vraag 2	vraag 3
N	Valid	52	51	44	48	50	41
	Missing	0	1	8	4	2	11

		vraag 4	vraag 5	vraag 6	vraag 7	vraag 8	vraag 9	vraag 10
N	Valid	50	51	50	48	47	51	44
	Missing	2	1	2	4	5	1	8

		vraag 11	vraag 12	vraag 13	vraag 14	opmerkingen	focusgroep
N	Valid	46	47	52	46	52	52
	Missing	6	5	0	6	0	0

BESCHRIJVING CODERING

vraag 1 tem 14:		geslacht:	man = 1
helemaal oneens = 1			vrouw = 2
eerder oneens = 2		geboortejaar:	jaartal; niet ingevuld = 0
eens noch oneens = 3		suikerziekte sinds:	jaartal; niet ingevuld = 0
eerder eens = 4		ruimte voor opmerkingen:	vrije tekst
helemaal eens = 5		focusgroepdeelname:	geen focusgroep = 0
niet van toepassing = 9			focusgroep = 1
niet ingevuld= 88			

FREQUENTIETABELLEN

		FREQUENCY	PERCENT	VALID PERCENT	CUMULATIVE PERCENT
geslacht					
Valid	1	29	55,8	55,8	55,8
	2	23	44,2	44,2	100,0
	Total	52	100,0	100,0	
geboortejaar					
Valid	1924	1	1,9	2,0	2,0
	1926	1	1,9	2,0	3,9
	1927	1	1,9	2,0	5,9
	1928	1	1,9	2,0	7,8
	1929	1	1,9	2,0	9,8
	1931	2	3,8	3,9	13,7
	1932	2	3,8	3,9	17,6
	1933	2	3,8	3,9	21,6
	1935	2	3,8	3,9	25,5
	1937	1	1,9	2,0	27,5
	1938	2	3,8	3,9	31,4
	1941	4	7,7	7,8	39,2
	1943	2	3,8	3,9	43,1
	1944	1	1,9	2,0	45,1
	1946	3	5,8	5,9	51,0
	1947	5	9,6	9,8	60,8
	1948	1	1,9	2,0	62,7
	1949	3	5,8	5,9	68,6
	1950	1	1,9	2,0	70,6
	1951	2	3,8	3,9	74,5
	1952	1	1,9	2,0	76,5
	1953	2	3,8	3,9	80,4
	1954	3	5,8	5,9	86,3
	1955	1	1,9	2,0	88,2
	1958	2	3,8	3,9	92,2
	1959	1	1,9	2,0	94,1
	1962	1	1,9	2,0	96,1
	1970	1	1,9	2,0	98,0
	1971	1	1,9	2,0	100,0
	Total	51	98,1	100,0	
Missing	0	1	1,9		
Total		52	100,0		
suikerziekte sinds					
Valid	1963	1	1,9	2,3	2,3
	1980	1	1,9	2,3	4,5
	1985	1	1,9	2,3	6,8
	1987	1	1,9	2,3	9,1
	1988	2	3,8	4,5	13,6
	1991	2	3,8	4,5	18,2
	1993	1	1,9	2,3	20,5
	1996	4	7,7	9,1	29,5

	1997	3	5,8	6,8	36,4
	1998	1	1,9	2,3	38,6
	1999	4	7,7	9,1	47,7
	2000	2	3,8	4,5	52,3
	2001	3	5,8	6,8	59,1
	2002	2	3,8	4,5	63,6
	2004	2	3,8	4,5	68,2
	2005	2	3,8	4,5	72,7
	2006	2	3,8	4,5	77,3
	2007	1	1,9	2,3	79,5
	2008	2	3,8	4,5	84,1
	2009	4	7,7	9,1	93,2
	2010	2	3,8	4,5	97,7
	2011	1	1,9	2,3	100,0
	Total	44	84,6	100,0	
Missing	0	8	15,4		
Total		52	100,0		
			vraag 1		
	3	3	5,8	6,3	6,3
Valid	4	8	15,4	16,7	22,9
	5	37	71,2	77,1	100,0
	Total	48	92,3	100,0	
	9	2	3,8		
Missing	88	2	3,8		
	Total	4	7,7		
Total		52	100,0		
			vraag 2		
	3	4	7,7	8,0	8,0
Valid	4	7	13,5	14,0	22,0
	5	39	75,0	78,0	100,0
	Total	50	96,2	100,0	
Missing	9	2	3,8		
Total		52	100,0		
			vraag 3		
	1	9	17,3	22,0	22,0
	2	13	25,0	31,7	53,7
Valid	3	7	13,5	17,1	70,7
	4	5	9,6	12,2	82,9
	5	7	13,5	17,1	100,0
	Total	41	78,8	100,0	
	9	8	15,4		
Missing	88	3	5,8		
	Total	11	21,2		
Total		52	100,0		
			vraag 4		
	2	1	1,9	2,0	2,0
	3	2	3,8	4,0	6,0
Valid	4	12	23,1	24,0	30,0
	5	35	67,3	70,0	100,0
	Total	50	96,2	100,0	
	9	1	1,9		
Missing	88	1	1,9		
	Total	2	3,8		
Total		52	100,0		
			vraag 5		
	3	6	11,5	11,8	11,8
Valid	4	17	32,7	33,3	45,1
	5	28	53,8	54,9	100,0
	Total	51	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		52	100,0		

vraag 6					
Valid	2	1	1,9	2,0	2,0
	3	6	11,5	12,0	14,0
	4	9	17,3	18,0	32,0
	5	34	65,4	68,0	100,0
	Total	50	96,2	100,0	
Missing	88	2	3,8		
Total		52	100,0		
vraag 7					
Valid	3	4	7,7	8,3	8,3
	4	9	17,3	18,8	27,1
	5	35	67,3	72,9	100,0
	Total	48	92,3	100,0	
Missing	9	3	5,8		
	88	1	1,9		
	Total	4	7,7		
Total		52	100,0		
vraag 8					
Valid	2	2	3,8	4,3	4,3
	3	8	15,4	17,0	21,3
	4	8	15,4	17,0	38,3
	5	29	55,8	61,7	100,0
	Total	47	90,4	100,0	
Missing	9	4	7,7		
	88	1	1,9		
	Total	5	9,6		
Total		52	100,0		
vraag 9					
Valid	3	4	7,7	7,8	7,8
	4	12	23,1	23,5	31,4
	5	35	67,3	68,6	100,0
	Total	51	98,1	100,0	
Missing	9	1	1,9		
Total		52	100,0		
vraag 10					
Valid	2	1	1,9	2,3	2,3
	4	14	26,9	31,8	34,1
	5	29	55,8	65,9	100,0
	Total	44	84,6	100,0	
Missing	9	5	9,6		
	88	3	5,8		
	Total	8	15,4		
Total		52	100,0		
vraag 11					
Valid	2	2	3,8	4,3	4,3
	3	5	9,6	10,9	15,2
	4	11	21,2	23,9	39,1
	5	28	53,8	60,9	100,0
	Total	46	88,5	100,0	
Missing	9	3	5,8		
	88	3	5,8		
	Total	6	11,5		
Total		52	100,0		
vraag 12					
Valid	2	2	3,8	4,3	4,3
	3	3	5,8	6,4	10,6
	4	7	13,5	14,9	25,5
	5	35	67,3	74,5	100,0
	Total	47	90,4	100,0	
Missing	9	4	7,7		
	88	1	1,9		

	Total	5	9,6		
Total		52	100,0		
vraag 13					
Valid	1	1	1,9	1,9	1,9
	2	5	9,6	9,6	11,5
	3	2	3,8	3,8	15,4
	4	6	11,5	11,5	26,9
	5	38	73,1	73,1	100,0
	Total	52	100,0	100,0	
vraag 14					
Valid	1	1	1,9	2,2	2,2
	2	1	1,9	2,2	4,3
	3	7	13,5	15,2	19,6
	4	7	13,5	15,2	34,8
	5	30	57,7	65,2	100,0
	Total	46	88,5	100,0	
Missing	9	4	7,7		
	88	2	3,8		
	Total	6	11,5		
Total		52	100,0		
focusgroep					
Valid	0	37	71,2	71,2	71,2
	1	15	28,8	28,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

opmerkingen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	45	86,5	86,5	86,5
	als ambtenaar trekken wij alles terug via verzekering Bank van Breda	1	1,9	1,9	88,5
	de pennaaldjes zijn nog wel kostelijk	1	1,9	1,9	90,4
	hopelijk wordt het ZTD na 4j verdergezet, ben daar zeer tevreden over met deze hulp	1	1,9	1,9	92,3
	is het nodig om nog een visite aan de huisarts af te leggen om eventueel een voorschrift af te gaan halen? (als de specialist het al heeft voorgeschreven!)	1	1,9	1,9	94,2
	te weinig strips om controle te hebben van de ziekte	1	1,9	1,9	96,2
	voor opstart insuline en goede opvolging onvoldoende materiaal ter beschikking	1	1,9	1,9	98,1
	vorige regeling voldeed ruimschoots, zorgtraject is financieel gunstiger	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	