Sociale stratificatie en instelling van diabetes type II in een forfaitaire praktijk.

Student: Lisbeth Leirs, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof Dr Roy Remmen, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr Niels Adriaenssens, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr Yves Grouwels

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013-2014

Dankwoord

Toen ik zei dat ik na een carrière in de arbeidsgeneeskunde ook nog huisarts wilde worden, werd menig wenkbrauw zorgelijk gefronst.

Na twee jaar wil ik met deze masterproef mijn opleiding op een mooie manier beëindigen. Het was niet zo makkelijk een onderwerp te vinden dat relevant is voor onze praktijk en dat op een relatief beknopte manier kan uitgewerkt worden in combinatie met een voltijdse job, wachten, studeren en een gezin.

Dank je Yves en Mily voor het ter beschikking stellen van materiaal, infrastructuur en tijd en voor de morele steun.

Dank je wel Thomas Engelbeen, je IT en andere wijsheden hebben me veel bijgebracht en menige frustratie in de kiem gesmoord.

Dank je Niels Adriaenssens voor de praktische bijstand.

Dank je Roy, voor het engelengeduld. Het is fijn een promotor te hebben die kort op de bal speelt en die zelfs vanuit exotische oorden tijd maakt voor een beknopt antwoord, commentaar of goede raad.

Dank je wel iedereen aan het thuisfront, in het bijzonder Björn en Alexander, oma en opa, die me elk op hun manier duwtjes in de rug gaven en er mee voor gezorgd hebben dat ik mijn huisartsencarrière nu eindelijk echt kan beginnen.

Sociale stratificatie en instelling van diabetes type II in een forfaitaire praktijk

Achtergrond: Gezondheid is niet gelijk verdeeld over de Belgen. Socio-economische deprivatie is geassocieerd aan een hogere mortaliteit en co-morbiditeit. Door in deze opleidingspraktijk met het forfaitaire systeem te werken proberen we ook socio-economisch benadeelde patiënten gemakkelijker de weg naar onze hulpverlening te laten vinden.

Doelstelling: Uitgaande van objectieve gegevens uit het medisch dossier willen we bij een subpopulatie met een bepaalde co-morbiditeit, namelijk diabetes, bekijken of de socio-economische status de instelling van ziekte beïnvloedt.

Methode: De totale praktijkpopulatie telt 1513 patiënten. Door het koppelen van enerzijds socio-economische gegevens en anderzijds proces- en uitkomstgegevens wordt een databank opgesteld. De studiepopulatie telt 128 diabetespatiënten, waarvan 114 DM II hebben. Met behulp van volgende parameters wordt de relatie tussen socio-economische toestand en instelling van diabetes onderzocht: HbA1c (%), cholesterol (mg/dl), LDL (mg/dl), creatinine (mg/dl), eGFR (ml/min/1,73 m^2), geslacht, leeftijd, rookgedrag, systolische en diastolische bloeddruk (mmHg), aantal consultaties in 2013, aantal chronische medicijnen, gebruik statines, bepaling albuminurie laatste drie jaar, controle bij oogarts laatste drie jaar, cardio- en/of cerebrovasculair event in de voorgeschiedenis .

Resultaten: De prevalentie van diabetespatiënten en hun geslacht komen overeen met de geschatte prevalentie van 8% diabetespatiënten binnen de Belgische bevolking. In deze praktijk zijn iets meer jonge en oude (75 en ouder) diabetespatiënten. Er is een significante oververtegenwoordiging van het aantal sociaal zwakkeren in de diabetespopulatie (Chi^2, p=0,0002). Enkel het aantal consultaties is significant verschillend tussen de sociaal normale en sociaal zwakkere groep (p=0,029). Sociaal zwakkeren raadplegen dus significant meer in deze praktijk. Wat betreft opvolging zijn er 23 mensen die geen statines gebruiken, 49 waarbij geen albuminurie bepaald werd en 75 patiënten die niet door de oogarts gecontroleerd werden.

Besluit: In onze praktijk merken we dat het hebben van diabetes mellitus erg samenhangt met de socio-economische status. Het aantal contactmomenten is significant hoger bij sociaal zwakkere diabetes type II patiënten. Er is nog werk aan de winkel om alle patiënten te behandelen volgens de richtlijnen. Dit is prognostisch echter van groot belang voor elk van deze patiënten.

Naam, voornaam en affiliaties van de auteurs
Leirs Lisbeth, student Manama Huisartsgeneeskunde UA
Prof. Dr. Remmen Roy, Diensthoofd vakgroep huisartsgeneeskunde UA
Dr. Adriaenssens Niels, post-doc navorser/praktijkassistent UA
Dr. Grouwels Yves, praktijkopleider Huisartsengroepspraktijk Genk
Dr. Ampe Mily, huisarts Huisartsengroepspraktijk Genk

Correspondentie: lisleirs@hotmail.com

Artikel voor Huisarts Nu – in review

Sociale stratificatie en instelling van diabetes type II in een forfaitaire praktijk

L. Leirs, R. Remmen, M. Ampe, Y. Grouwels, N. Adriaenssens

1 Inleiding

Inkomen, onderwijs en sociale status zijn relevante socio-economische factoren die de gezondheid beïnvloeden[i,ii]. Deze socio-economische gezondheidsverschillen vindt men ook in België[iii,iv]. Een laaggeschoolde sterft drie tot vijf jaar vroeger en heeft zelfs 18 tot 25 minder gezonde jaren te verwachten dan een hooggeschoolde[v]. Gezondheid is dus niet gelijk verdeeld over de Belgen. Socio-economische deprivatie is geassocieerd aan een hogere mortaliteit en comorbiditeit. Deze associatie is meer uitgesproken voor roken, alcohol en in het kader van psychische gezondheidsproblemen[vi].

De huisartsen van onze groepspraktijk waren reeds bij de oprichting ervan in 1979 geïnteresseerd in forfaitaire betaling, ter vervanging van de betaling per prestatie. Ze waren van oordeel dat forfaitair werken een belangrijk hulpmiddel is om aan alle patiënten, ook aan sociaal kwetsbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg te verlenen.

In 1998 sloten zij een overeenkomst met het RIZIV om forfaitair gefinancierd te worden voor het huisartsenwerk. Zij behielden het statuut van zelfstandige en beheren zelf hun praktijk.

Binnen het RIZIV wordt de toepassing van deze financieringswijze onderhandeld in de Commissie Forfait. Naast de overheid zetelen hier vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en van de forfaitaire centra. Er zijn in België ongeveer 130 centra die forfaitair werken. Ze verzorgen 3% van de bevolking. Er zijn 4 federaties die hen verenigen en vertegenwoordigen: de Fédération des Maisons Médicales (FMM), de Vereniging voor Wijkgezondheidscentra (VWGC), Geneeskunde voor het Volk/Médecine pour le Peuple en Federatie van eerstelijnsPRAktijken met Forfaitaire financiering (FEPRAFO). Binnen deze eerste drie organisaties hebben alle centra een vzw struktuur. Zij worden ook allen forfaitair gefinancierd voor meerdere disciplines (huisarts, thuisverpleging en eventueel ook kinesitherapie). Vorig jaar ontstond een vierde federatie: FEPRAFO; dit is een meer gevarieerde groep wat betreft juridische struktuur en samenstelling. Onze huisartsenpraktijk behoort tot deze laatste vereniging. De vier federaties werken samen om de forfaitaire reglementering te optimaliseren.

In deze studie bekijken we of bovenstaande bevindingen ook voor onze kleine groepspraktijk van toepassing zijn. Door in deze opleidingspraktijk met het forfaitaire systeem te werken proberen we ook socio-economisch benadeelde patiënten gemakkelijker de weg naar onze hulpverlening te laten vinden. En daar zit nu juist het belang. Uitgaande van objectieve gegevens uit het medisch dossier willen we bij een subpopulatie met een bepaalde comorbiditeit, namelijk diabetes, bekijken of de socio-economische status de instelling van ziekte beïnvloedt. De vraag die we ons stellen is of er een relatie is tussen sociale status en het hebben van diabetes mellitus II en de evolutie en opvolging van de ziekte?

2 Context

De eerstelijnsgezondheidszorg wordt op verschillende manieren gefinancierd. De meest gangbare vorm van financiering is het fee-for-service systeem. Dit komt tegenwoordig onder vuur te liggen omwille van 'overbehandeling' van patiënten. Preventie en gezondheidspromotie blijven op de achtergrond en bovendien zou de directe koppeling van het inkomen van de arts aan de door hem geleverde verstrekkingen zorgen voor een snelle stijging in de uitgaven voor gezondheidszorg. Frankrijk, Duitsland, Zwitserland en Luxemburg werken eveneens volgens dit systeem.

Bij forfaitaire eerstelijnszorg kiest de patiënt voor een vaste huisartsenpraktijk. Dit is ook gunstig voor het beheer van zijn dossier. Deze vorm, soms gemengd met elementen uit het prestatiesysteem, wordt toegepast in België, Nederland, Ierland, Denemarken, Italië en het Verenigd Koninkrijk. De patiënt betaalt geen remgeld. Het is echter niet de bedoeling dat deze praktijken zich uitsluitend gaan richten op het 'sociaal kwetsbare' deel van de bevolking. Forfaitaire geneeskunde beoogt laagdrempelige, toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen. Het wegvallen van de band tussen prestatie en vergoeding ervaart men als bevrijdend. De hulpverlener heeft geen voordeel meer bij het opdrijven van het aantal prestaties, maar wel bij het zorgen voor meer patiënten. Men wordt door de betalingswijze aangemoedigd om kwalitatief goed te werken en de beschikbare middelen adequaat te gebruiken. Men doet er effectief ook iets meer aan preventie[vii]. Het systeem zet aan om taken te delegeren, en op die manier bevordert het multidisciplinair werken en subsidiariteit. Dit zou ruimte moeten creëren om voor een groter aantal patiënten te zorgen, wat in de toekomst zeker nodig zal zijn.

De uitgaven voor tweedelijnsgezondheidszorg blijken lager bij patiënten ingeschreven bij forfaitaire praktijken, zowel wat betreft doorverwijzing als voor hospitalisatie. Artsen die forfaitair werken in België schrijven ook minder antibiotica voor[vii,viii].

2.1 Gegevensverzameling en –verwerking

De totale praktijkpopulatie telt 1513 patiënten. Door het koppelen van enerzijds socio- economische gegevens en anderzijds proces- en uitkomstgegevens wordt een databank opgesteld.

> In een studie van KCE uit 2008 wordt een vergelijking gemaakt tussen Belgische geneeskunde per prestatie en het forfaitaire systeem, onder andere voor opvolging van diabetes. Deze studie baseerde zich enkel op facturatiegegevens en niet op medische dossiers. De criteria om als diabetespatiënt beschouwd te worden waren: meer dan 37,5 DDD insuline voorgeschreven in 2002 of minstens 3 dozen orale antidiabetica hebben voorgeschreven gekregen in 2002 of minstens 3 analyses van HbA1c hebben gehad in 2002. Personen die zwanger waren in 2002 werden geëxcludeerd[vii]. De criteria gebruikt in onze studie zijn minder streng. Er wordt geen rekening gehouden met het aantal voorgeschreven verpakkingen of aantal analyses van HbA1c. We gebruiken deze studie om een deel van onze resultaten mee te vergelijken.

Uit het medisch programma (Medidoc) wordt door middel van de 'query'functie gezocht naar de dossiers waarin bij diagnose het woord 'diabetes' voorkomt en/of de dossiers waarin 'medicatie bij diabetes'wordt voorgeschreven. Dit is een term die als dusdanig in de queryfunctie kan worden ingevoerd. De 114 type II patiënten worden in de database opgenomen.

Deze patiënten worden in een Excel bestand ingevoerd. Met behulp van volgende parameters wordt de relatie tussen socio-economische toestand en instelling van diabetes onderzocht: HbA1c (%), cholesterol (mg/dl), LDL (mg/dl), creatinine (mg/dl), eGFR (ml/min/1,73 m^2), geslacht, leeftijd, gewicht, rookgedrag, systolische en diastolische bloeddruk (mmHg), aantal consultaties in 2013, aantal chronische medicijnen, gebruik statines, bepaling albuminurie laatste drie jaar, controle bij oogarts laatste drie jaar, cardio- en/of cerebrovasculair event in de voorgeschiedenis . Gewicht wordt verder niet gebruikt aangezien slechts in 20% van de dossiers de BMI werd geregistreerd en gewicht zonder lengte geen betrouwbare parameter is.

In het boekhoudkundig programma (Pricare) kunnen we aan deze patiënten de titularis code koppelen (dit is een code die wordt verstrekt door het RIZIV, ze is een maat voor de socio-economische status). Patiënten met een code eindigend op 1 hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming. Rekening houdend met de aard van onze praktijkpopulatie beschouwen we houders van codes 120/120, 121/121, 131/131, 141/141, 111/111 en 101/101 als 'sociaal zwakker'. Houders van de codes 120/120 en 121/121 zijn invalide en zijn als socio-economisch zwakker te beschouwen. Alle overige patiënten worden individueel bekeken door twee artsen. Hieruit bleek dat bovenstaande selectie een juiste blauwdruk is van de sociale situatie van deze groep patiënten.

Gegevensverwerking gebeurt in Excel en SPSS. De independent sample T-test wordt gebruikt om significante verschillen te vinden tussen continue variabelen. Om categorische met categorische variabelen te vergelijken werd de Chi-square test gebruikt.

3 Resultaten

3.1 Wie zijn onze diabetespatiënten?

128 patiënten op een totaal van 1513 patiënten hebben diabetes (8,5%). 14 patiënten hiervan hebben diabetes type I en 114 hebben type II. De prevalentie van diabetespatiënten en hun geslacht komen overeen met de geschatte prevalentie van 8% diabetespatiënten binnen de Belgische bevolking[ix]. In deze praktijk zijn iets meer jonge en oude (75 en ouder) diabetespatiënten.

	DM I		DMII	
	aantal	leeftijd	aantal	leeftijd
Mannen	4	36.5	56	62.2
Vrouwen	10	31.8	58	66.3
Totaal	14		114	

Tabel 1: Verdeling diabetespatiënten over type I en II, geslacht en gemiddelde leeftijd in onze studiepopulatie.

Onderstaande tabel toont de vergelijking in leeftijdsverdeling met de KCE studie.

Leeftijdsgroep	% patiënten studiepopulatie	% forf pat KCE studie	% prestatiepat KCE studie
5-24	2,3	1	1,0
25-39	7,0	7,6	5,6
40-64	48,4	55,6	59,6
65-74	20,3	23,1	21,2
75-84	17,2	11,6	11,5
≥85	4,7	1,1	1,0

Tabel 2: Vergelijking leeftijdsverdeling van diabetespatiënten. Er wordt een vergelijking gemaakt tussen de patiënten in deze praktijk en die van een studie van het KCE in 2008[vii].

3.2 Welke titulariscodes hebben de diabetespatiënten?

Wanneer we naar de patiënten met diabetes type II kijken, behoort 36,8% tot de sociaal zwakke groep en is 8,8% invalide. In de deelpopulatie 'slecht geregelde diabetes' is 37,4% sociaal zwakker en is 3,4% invalide, terwijl bij de totale praktijkpopulatie 22,6% een sociaal zwak statuut heeft en 6,4% invalide is.

Er is een significante oververtegenwoordiging van het aantal sociaal zwakkeren in de diabetespopulatie (Chi^2, p=0,0002).

3.3 Is er een relatie tussen titulariscode en instelling van diabetes type II?

Onderstaande tabellen geven enkele beschrijvende gegevens van de diabetespatiënten met type 2.

Sociaal Statuut		Leeftijd	LDL	Chol	# cons 2013	HbA1c	# chron med	BP (syst)	BP (diast)	creat	eGFR
Normaal	Mean	64,1	91,0	166,7	9,1	6,7	6,1	130,2	75,0	1,0	83,6
	SD	12,5	32,2	34,8	4,8	1,1	2,6	15,0	9,7	0,7	22,9
Zwak	Mean	64,8	88,6	160,7	11,2	6,7	6,6	127,3	73,8	0,9	84,1
	SD	14,9	29,1	33,4	5,3	0,8	3,5	18,6	12,0	0,4	25,4

Tabel 3: Gemiddelden en standaarddeviaties voor continue variabelen van DM II populatie (N=114)

Sociaal Statuut	Geslacht		Roker		Statines		Albuminurie bepaald <3j		Oogarts>3j		CV event	
	Man	Vrouw	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
Normaal	38	34	53	19	17	55	36	36	50	22	53	19
Zwak	18	24	30	12	6	36	13	29	25	17	32	10

Tabel 4: Verdeling categorische variabelen van DM II populatie (N=114)

Enkel het aantal consultaties is significant verschillend tussen de sociaal normale en sociaal zwakkere groep (p=0,029). Sociaal zwakkeren raadplegen dus significant meer in deze praktijk. Vergelijking van de overige gegevens levert geen significant verschillende resultaten op. Er zijn ook geen significante verschillen als we naar de klinische parameters kijken.

Wat betreft opvolging zijn er 23 mensen die geen statines gebruiken, 49 waarbij geen albuminurie bepaald werd en 75 patiënten die niet door de oogarts gecontroleerd werden. Deze cijfers zijn belangrijk voor de praktijkverbeterende maatregelen die we later willen toepassen.

Wie zijn onze 'slecht geregelde' diabeten? Hiervoor bekeken we de deelpopulatie met een HbA1c van meer dan 7%[x]. Tabellen 7 en 8 geven een overzicht van de resultaten.

Sociaal Statuut		Leeftijd	LDL	Chol	# cons 2013	HbA1c	# chron med	BP (syst)	BP (diast)	creat	eGFR
Normaal	Mean	67,2	76,9	159,1	9,3	8,3	7,4	131,7	75,8	1,2	75,2
	SD	12,0	33,8	29,7	4,5	1,2	2,5	15,3	7,5	1,1	26,7
Zwak	Mean	63,5	89,7	163,1	11,3	7,7	7,1	126,8	74,4	0,8	87,5
	SD	11,7	28,9	27,5	3,4	0,5	2,7	12,7	11,7	0,1	20,9

Tabel 5: Gemiddelden en standaarddeviaties voor continue variabelen van deelpopulatie met HbA1c > 7% (N=29)

Sociaal Statuut	Geslacht		Roker		Statines		Albuminurie bepaald <3j		Oogarts <3j		CV event	
	Man	Vrouw	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
Normaal	8	10	13	5	4	14	4	14	9	9	13	5
Zwak	4	7	7	4	3	8	4	7	5	6	9	2

Tabel 6: Verdeling categorische variabelen van deelpopulatie met HbA1c > 7% (N=29)

Ook in deze groep kunnen geen grote contrasten aangetoond worden.

In deze wat meer precaire groep zijn er 7 patiënten zonder statinegebruik. Bij 8 patiënten in deze groep werd geen albuminurie bepaald, 14 patiënten werden de laatste drie jaar niet door een oftalmoloog gecontroleerd.

4 Discussie

Naar wij weten is dit de eerste keer dat de relatie wordt gezocht tussen de sociale status, de aanpak en de instelling van diabetespatiënten in een forfaitaire huisartspraktijk in België.

De percentages sociaal zwakkeren liggen hoger in de studiepopulatie in vergelijking met de algemene praktijkpopulatie. Diabetes komt dus meer voor bij sociaal zwakkeren in onze praktijk, hetgeen overeen komt met gegevens uit de literatuur [xi,xii]. Een mogelijke verklaring voor het meer voorkomen van diabetes bij mensen met een sociaal zwakke status is dat een aantal risicofactoren voor diabetes, met name obesitas en sedentariteit in deze groep meer aanwezig zijn[xiii,xiv]. Een ander mogelijke, maar minder waarschijnlijke, verklaring is dat de zwakke sociaal-economische toestand een gevolg is van het hebben van diabetes. Het optreden van complicaties kan het uitvoeren en/of zoeken naar werk, het volgen van opleidingen,… negatief beïnvloeden[xv].

Er zijn geen significante verschillen tussen de twee subpopulaties behalve het aantal consultaties. Mogelijk is dit te wijten aan de laagdrempeligheid van het forfaitaire systeem. Een andere verklaring kan zijn dat de sociaal zwakke groep vlugger raadpleegt omdat men een klacht of symptoom niet goed kan interpreteren. Door het relatief groot aantal consulten en de mix tussen medische en sociale problemen wordt het globale overzicht uit het oog verloren waardoor de routine controles voor een chronische aandoening zoals diabetes blijkbaar minder regelmatig gebeuren.

In de huidige richtlijnen wordt de nadruk gelegd op het belang van het voorschrijven van statines bij patiënten met diabetes type 2 en dit was in onze studie bij 23 patiënten niet het geval; 8 van hen hebben buiten diabetes geen andere risicofactoren en hebben dus volgens de richtlijn van Domus Medica geen nood aan statines[xvi, xvii]. Bij 7 patiënten werd het statine niet opgestart of gestopt omwille van uiteenlopende redenen (leeftijd >85 jaar, palliatieve situatie,…). Intussen werd bij de meeste overige patiënten een statine opgestart.

Het systematisch invoeren van een jaarlijks albuminurie onderzoek is een kwestie van gewoonte en kan makkelijk samen met een bloedname geregeld worden. Er wordt een urinepotje meegegeven dat de patiënt tijdens de volgende consultatie meebrengt. Bovendien kan men ook hier gebruik maken van een label in het elektronisch medisch dossier. Ideaal zou zijn dat dit stuk van de zorg gedelegeerd wordt naar een verpleegkundige die op vaste momenten in de praktijk ter beschikking is voor de staalname.

Het gemiddelde aantal consultaties in de bestudeerde populatie ligt met 10 vrij hoog. Door een aantal ingrepen zoals het inschakelen van een verpleegkundige, groepssessies ter verbetering van levensstijl, … kan het aantal consultaties bij de arts verminderen terwijl de kwaliteit van diabetesinstelling toch verbetert. Vaak komen immers tijdens de consultaties naast lichamelijke ook sociale en psychische problemen aan bod. Op dit vlak kan de zelfredzaamheid van de patiënten vergroot worden door tijdig door te verwijzen naar de gepaste hulpverleners in een eerste lijn team.

Wanneer we de dossiers van onze slecht geregelde diabetespatiënten bekijken, zien we dat er uiteenlopende redenen zijn voor een slechtere instelling en/of opvolging. Hoge leeftijd, taalbarrière en beperkte intellectuele capaciteiten zijn de belangrijkste. Bovenstaande elementen maken een goede compliance moeilijk. Het is niet eenvoudig deze problemen met algemene praktijkmaatregelen aan te pakken. Arabische en Turkse brochures in verband met diabetes zijn sinds enkele weken beschikbaar in de praktijk. Verder wordt voor deze patiënten zorg op maat gegeven en proberen we de zorg dus individueel te optimaliseren.

4.1 Beperkingen

De selectie van de studiepopulatie en het verzamelen van gegevens werd bemoeilijkt door het gebrek aan registratie. Dit maakt dat een aantal gegevens binnen deze studie slechts bij benadering juist zijn.

Men kan de vraag stellen of iedereen die hypoglycemiërende medicatie neemt ook diabetes heeft. Aan twee patiënten in onze studiepopulatie werd metformine voorgeschreven zonder de diagnose diabetes.

Zijn titulariscodes wel een accurate weerspiegeling van de socio-economische toestand? In het kader van deze studie geven ze een idee van de sociale positie waarin de patiënt zich bevindt. We weten dat een bevraging van de socio-economische toestand vaak niet goed lukt en men zich dus meestal baseert op te objectiveren gegevens zoals inkomen[xviii,xix].

Tijdens het verzamelen van gegevens valt op dat de communicatie met de tweede lijn verre van ideaal verloopt. Er wordt slechts in een minderheid van de gevallen een verslag van de oftalmologische controle gevonden. Dat er een nazicht heeft plaatsgevonden kan meestal afgeleid worden uit nota's in het dossier of brieven van de endocrinoloog. Men kan zich dan ook vragen stellen bij de juistheid van de cijfers die in dit verband vermeld worden in de studie.

4.2 Besluit

In onze praktijk merken we dat het hebben van diabetes mellitus erg samenhangt met de socio-economische status. Diabetes mellitus komt namelijk meer voor bij de sociaal kwetsbare groep.

Het aantal contactmomenten is significant hoger bij sociaal zwakkere diabetes type II patiënten. Dit bevestigt wat we in de inleiding formuleerden: socio-economisch benadeelde patiënten vinden inderdaad gemakkelijker de weg naar onze hulpverlening.

Er is geen significant verschil in instelling van ziekte tussen beide socio-economische groepen.

Er is nog werk aan de winkel om alle patiënten te behandelen volgens de richtlijnen. Dit is prognostisch echter van groot belang voor elk van deze patiënten. Daarom zijn deze vaststellingen een stevige uitdaging om er onze schouders onder te zetten.

5 Bijlage: Achtergrond forfaitair betalingssysteem.

In 1985 werd de forfaitaire betaling voor medische zorg mogelijk gemaakt door het RIZIV. De wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, art 52 §1 en art 32-40 van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van die wet, vormen de wettelijke basis van de forfaitaire betaling[xx].

Forfaitaire gezondheidszorg houdt in dat hulpverleners maandelijks per ingeschreven patiënt een vast bedrag ontvangen. Dit bedrag is niet afhankelijk van het aantal prestaties dat men verricht of van de tijd die men aan de contacten besteedt. De inkomsten zijn wèl rechtstreeks in verhouding tot het aantal ingeschreven patiënten en tot hun zorgbehoevendheid. Om dit laatste te berekenen wordt sinds mei 2013 rekening gehouden met een groot aantal variabelen die bij de ziekteverzekering gekend zijn maar die in de toekomst nog verder moeten afgestemd worden op toepassing in de eerste lijn. Het forfaitair bedrag dekt alle raadplegingen en huisbezoeken. De technische prestaties (bv. nemen van uitstrijkje, nemen van EKG, cryotherapie,…) worden door het ziekenfonds vergoed via de derdebetalersregeling. Verstrekkingen door andere hulpverleners die niet forfaitair betaald worden (specialisten, tandartsen,…) worden gewoon aan de gangbare tarieven terugbetaald door het ziekenfonds waarbij men is aangesloten.

Wanneer men zich in een forfaitaire praktijk inschrijft, wordt gevraagd een overeenkomst te ondertekenen. De inschrijving gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand. De ingeschreven patiënt hoeft niet meer af te rekenen voor de prestaties die in het forfait voorzien zijn. Er wordt ook geen remgeld betaald. Het ziekenfonds betaalt echter ook niet terug wanneer men een andere praktijk raadpleegt. Indien men onmogelijk de eigen praktijk kan raadplegen (vb. bij dringende hulp tijdens wachtdienst of vakantie) is er wèl terugbetaling door het forfaitair centrum. Bij uitschrijving dient opnieuw een document ondertekend binnengebracht te worden. De ziekenfondsen vragen dan 1à 2 maand de tijd om dat administratief in orde te maken. In die tussentijd blijven de modaliteiten van het forfait gelden.

6 Referenties

[i] Socioeconomic status and coronary heart disease risk factor trends. The Minnesota Heart Survey. Circulation. 88(5 Pt 1):2172-9, 1993 Nov.

[ii] Relationship between socioeconomic status and ischaemic heart disease in cohort and case-control studies: 1960-1993. International Journal of Epidemiology. 27(3):350-8, 1998 Jun.

[iii] Dwars doorheen 15 jaarboeken armoede. Katrien de Boyser. Tijdschrift Alert, Jrg. 33 (2007) nr. 1, p. 71-86.

[iv]GEZONDHEIDSRAPPORT: SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN IN GEZONDHEID. Bossuyt N., Van Oyen H. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. Brussel, November 2001.

[v] Ongelijk (on-) gezond. Hoe gelijk is gezondheid verdeeld over de Belgen? Koning Boudewijnstichting 31/05/2007

[vi] Mortality socio-economic inequalities for small areas in Belgium: assessing concentration. Lorant V. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 48(3), 239-247 (2000)

[vii] Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor eerstelijnszorg in België, HSR (Health Service Research)
Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E et al. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg , KCE 2008. KCE reports 85A (D/2008/10.273/49)

[viii] Primary care in the driver's seat? Saltman RB, Boerma WGW, Rico A. Buckingham; Maidenhead, Berkshire: Open University Press; 2006.

[ix] www.diabetes.be (Vlaamse Diabetesvereniging)

[x] Richtlijn diabetes mellitus II www.domusmedica.be

[xi] M.C. Poortvliet , C.T.M. Schrijvers, C.A. Baan. Diabetes in Nederland
Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst. RIVM Rapport 260322001/2007 .

[xii] Nederland de maat genomen 2009/2010.

[xiii] Dalstra JA, Kunst AE, Borell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, Geurts JJ, Lahelma E, Oyen H van,Rasmussen NK, Regidor E, Spadea T, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in the prevelance of common chronic diseases: an overview of eight European countries. Int J Epidemiol 34:316-326,2005.

[xiv] Connolly V, Unwin N, Sheriff P, Bilous R, Kelly W. Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. Community Health 54:173-177, 2000.

[xv] Bos G, Jacobs- van der Bruggen MAM, Ujcic-Voortman JK, Uitenbroek DG, en Baan CA. Etnische verschillen in diabetes, risicofactoren voor hart- en vaatziekten en zorggebruik: Resultaten van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2004. RIVM-rapport: 260801002. Bilthoven, RIVM, 2007.

[xvi] https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement#Medicamenteuzebehandeling

[xvii] www.domusmedica.be)

[xviii] Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ 2006;174:177-83.

[xix] De Jonghe M, Roland M. Sociaal-economische evidentie opnemen in klinische richtlijnen. Minerva 2004;3(8):120.

[xx] Het juridisch kader voor de forfaitaire betaling in de eerstelijnsgezondheidszorg. Maroy L. in ' De eerste lijn in beweging: forfaitaire geneeskunde als structureel alternatief voor prestatiegeneeskunde?' VUBPress 1998 (p.49-61)

Masterproef: Sociale stratificatie en instelling van diabetes type II in een forfaitaire praktijk.

1 Inhoud

2 Inleiding 2

3 Context: Het forfaitaire systeem 3

4 Methodologie van het project 4

4.1 Inleidende opmerkingen 4

4.2 Onderzoeksvragen 5

4.3 Gegevensverzameling en -verwerking 5

5 Resultaten 7

5.1 Wie zijn onze diabetespatiënten? 7

5.2 Welke titulariscodes hebben de diabetespatiënten? 8

5.3 Is er een relatie tussen titulariscode en instelling van diabetes type II? 9

6 Discussie 10

6.1 Wie zijn onze diabetespatiënten? 10

6.2 Is er een relatie tussen socio-economische toestand en instelling van diabetes? 10

6.3 Verbeterpunten voor de praktijk? 11

6.3.1 Coderen en registreren 11

6.3.2 Instelling diabetes 13

6.3.3 Aantal consultaties 13

7 Zwaktes van dit project 14

8 Besluit 15

9 Bijlagen 16

9.1 Bijlage 1: Achtergrond forfaitair betalingssysteem. 16

10 Referenties 17

2 Inleiding

Het Belang Van Limburg 23/10/2012

"Sluiting Ford Genk kan tot 10.000 jobs kosten"

Gazet Van Antwerpen 11/02/2013

“9.000 banen sneuvelen bij ArcelorMittal, 118 ontslagen in Brussel”

Soortgelijke berichten komen regelmatig op ons af. Onvermijdelijk zullen wij als huisartsen in een door de economische crisis rechtstreeks getroffen gebied, vroeg of laat worden geconfronteerd met de gevolgen van de economische impasse. Het is interessant de invloed van economische fluctuaties op de gezondheidstoestand van de bevolking na te gaan.

Mijn eerste idee om de sluiting van Ford Genk in de thesis te betrekken, blijkt niet haalbaar. De eigenlijke sluiting is voorzien eind 2014, de gevolgen ervan zijn nu al voelbaar maar zullen voor het grootste deel pas erna meetbaar zijn. Daarenboven is het ook helemaal niet duidelijk welk deel van onze patiëntenpopulatie als onderzoekspopulatie zou fungeren, we weten niet wie er bij Ford of één van de toeleveringsbedrijven werkt.

Daarom besluiten we om eerst te beginnen met een blauwdruk te maken van de socio-economische toestand van onze patiëntenpopulatie en te onderzoeken of er een verband bestaat tussen de socio-economische status en gezondheid in onze praktijk. Hierop kan dan eventueel in de toekomst verder gewerkt worden.

Het verband tussen socio-economische toestand en gezondheid werd reeds aangetoond. Inkomen, onderwijs en sociale status zijn relevante socio-economische factoren die de gezondheid beïnvloeden[i,ii]. Deze socio-economische gezondheidsverschillen vindt men ook in België[iii,iv]. Een laaggeschoolde sterft drie tot vijf jaar vroeger en heeft zelfs 18 tot 25 minder gezonde jaren te verwachten dan een hooggeschoolde[v]. Gezondheid is dus niet gelijk verdeeld over de Belgen. Socio-economische deprivatie is geassocieerd aan een hogere mortaliteit en comorbiditeit. Deze associatie is meer uitgesproken voor roken, alcohol en in het kader van psychische gezondheidsproblemen[vi].

In deze thesis bekijken we of bovenstaande bevindingen ook voor onze kleine groepspraktijk van toepassing zijn. Door in deze opleidingspraktijk met het forfaitaire financieringssysteem te werken proberen we ook socio-economisch benadeelde patiënten gemakkelijker de weg naar onze hulpverlening te laten vinden. En daar zit nu juist het belang. Uitgaande van objectieve gegevens uit het medisch dossier willen we bij een subpopulatie met een bepaalde comorbiditeit, namelijk diabetes, bekijken of de socio-economische status de instelling van ziekte beïnvloedt.

De literatuurstudie op zoek naar relevante gegevens werd met verschillende zoekmachines gedaan (oa. Clinical Knowledge Summaries, Minerva, Pubmed, Domus Medica, NHG standaarden, ICHO, Google). Gebruikte termen zijn onder andere sociale stratificatie, instelling diabetes, socio-economische status relatie gezondheid.

Door dit project krijgen we ook meer kijk op onze praktijkorganisatie. Hoe zit het met de registratie in het EMD (Elektronisch Medisch Dossier) in onze praktijk? Wat en hoe kan hieraan bijgestuurd worden? Hoe verhouden socio-economische status en ziekte/gezondheid zich in onze praktijk? Moet de follow-up van onze onderzochte deelpopulaties veranderd worden?

De huisartsen van onze groepspraktijk waren reeds bij de oprichting ervan in 1979 geïnteresseerd in forfaitaire betaling, ter vervanging van de betaling per prestatie. Ze waren van oordeel dat forfaitair werken een belangrijk hulpmiddel is om aan alle patiënten, ook aan sociaal kwetsbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg te verlenen.

In 1998 sloten zij een overeenkomst met het RIZIV om forfaitair gefinancierd te worden voor het huisartsenwerk. Zij behielden het statuut van zelfstandige en beheren zelf hun praktijk.

Binnen het RIZIV wordt de toepassing van deze financieringswijze onderhandeld in de Commissie Forfait. Naast de overheid zetelen hierin vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en van de forfaitaire centra. Er zijn in België ongeveer 130 centra die forfaitair werken. Ze verzorgen 3% van de bevolking. Er zijn 4 federaties die hen verenigen en vertegenwoordigen: de Fédération des Maisons Médicales (FMM), de Vereniging voor Wijkgezondheidscentra (VWGC), Geneeskunde voor het Volk/Médecine pour le Peuple en de FEderatie van eerstelijnsPRAktijken met FOrfaitaire financiering (FEPRAFO). Binnen deze eerste drie organisaties hebben alle centra een vzw-structuur. Zij worden ook allen forfaitair gefinancierd voor meerdere disciplines (huisarts, thuisverpleging en eventueel ook kinesitherapie). Vorig jaar ontstond een vierde federatie: FEPRAFO; dit is een meer gevarieerde groep wat betreft juridische structuur en samenstelling. Onze huisartsenpraktijk behoort tot deze laatste vereniging. De vier federaties werken samen om de forfaitaire reglementering te optimaliseren.

3 Context: Het forfaitaire systeem

De eerstelijnsgezondheidszorg wordt op verschillende manieren gefinancierd. De meest gangbare vorm van financiering is het fee-for-service systeem. Frankrijk, Duitsland, Zwitserland en Luxemburg werken eveneens volgens dit systeem. Het komt tegenwoordig onder vuur te liggen omwille van ‘overbehandeling’ van patiënten. Preventie en gezondheidspromotie blijven op de achtergrond en bovendien zou de directe koppeling van het inkomen van de arts aan de door hem geleverde verstrekkingen zorgen voor een snelle stijging in de uitgaven voor gezondheidszorg.

Bij forfaitaire eerstelijnszorg kiest de patiënt voor een vaste huisartspraktijk. Dit is ook gunstig voor het beheer van zijn dossier. Deze vorm, soms gemengd met elementen uit het prestatiesysteem, wordt toegepast in België, Nederland, Ierland, Denemarken, Italië en het Verenigd Koninkrijk. De patiënt betaalt geen remgeld. Het is echter niet de bedoeling dat

deze praktijken zich uitsluitend gaan richten op het 'sociaal kwetsbare' deel van de bevolking. Forfaitaire geneeskunde beoogt laagdrempelige, toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen. Het wegvallen van de band tussen prestatie en vergoeding ervaart men als bevrijdend. De hulpverlener heeft geen voordeel meer bij het opdrijven van het aantal prestaties, maar wel bij het zorgen voor meer patiënten. Men wordt door de betalingswijze aangemoedigd om kwalitatief goed te werken en de beschikbare middelen adequaat te gebruiken. Men doet er effectief ook iets meer aan preventie[vii]. Het systeem zet aan om taken te delegeren, en op die manier bevordert het multidisciplinair werken en subsidiariteit. Dit zou ruimte moeten creëren om voor een groter aantal patiënten te zorgen, wat in de toekomst zeker nodig zal zijn.

De uitgaven voor tweedelijnsgezondheidszorg blijken lager bij patiënten ingeschreven bij forfaitaire praktijken, zowel wat betreft doorverwijzing als voor hospitalisatie. Artsen die forfaitair werken in België schrijven ook minder antibiotica voor[vii,viii].

Ook de opvolging van de diabetici is doelmatiger gebleken in forfaitair werkende praktijken, en dat vooral op vlak van klinische biologie, zonder dat dit extra kosten met zich meebrengt[vii].

In een studie van KCE uit 2008 wordt een vergelijking gemaakt tussen Belgische geneeskunde per prestatie en het forfaitaire systeem, onder andere voor opvolging van diabetes. Deze studie baseerde zich enkel op facturatiegegevens en niet op medische dossiers. De criteria om als diabetespatiënt beschouwd te worden waren: meer dan 37,5 DDD insuline voorgeschreven in 2002 of minstens 3 dozen orale antidiabetica hebben voorgeschreven gekregen in 2002 of minstens 3 analyses van HbA1c hebben gehad in 2002. Personen die zwanger waren in 2002 werden geëxcludeerd[vii]. We gebruiken deze studie om een deel van onze resultaten mee te vergelijken.

De criteria gebruikt in onze studie zijn minder streng. Er wordt geen rekening gehouden met het aantal voorgeschreven verpakkingen of aantal analyses van HbA1c.

Enkele kenmerken van de forfaitaire gezondheidszorg worden beschreven in bijlage 1.

4 Methodologie van het project

4.1 Inleidende opmerkingen

De doelstelling van dit project is na te gaan of er een relatie is tussen socio-economische toestand en gezondheid bij onze patiëntenpopulatie. Hoe dit concreet gemaakt kan worden in een hanteerbaar onderzoek binnen een masterproef is niet eenvoudig. De initiële insteek een vijftal parameters (bloeddruk, HbA1c, TSH, voorschrijven van neuroleptica/psychofarmaca, BMI) uit te kiezen en te bekijken hoe deze over de verschillende RIZIV categorieën verdeeld zijn in onze praktijk werd niet uitgevoerd omwille van een aantal redenen.

Het idee is dat bloeddruk een weerspiegeling zou zijn van cardiovasculaire ziekte. Maar is iemand bij wie occasioneel een hoge bloeddruk wordt vastgesteld, wel degelijk altijd cardiovasculair belast? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de witte jassen hypertensie uit het onderzoek gehaald wordt? Het voorschrijven van anti-hypertensiva is soms niet gelinkt aan hypertensie maar wordt bv ook gebruikt in gevallen van essentiële tremor, migraine,… . Dezelfde vragen kunnen gesteld worden bij TSH. In welke mate is een gestoord TSH een maat voor reëel schildklierlijden? In welke mate is het voorschrijven van psychofarmaca een weerspiegeling van depressie? Deze aanpak is te vaag, te vrijblijvend. Het gedetailleerd uitwerken van al deze parameters valt buiten het bestek van een beknopte masterthesis.

Bovendien werd tijdens het brainstormen over de aanpak van de onderzoeksvraag ook duidelijk dat het eenduidig invoeren van gegevens in de digitale patiëntendossiers tot nu toe geen prioriteit is geweest in onze praktijk. Het elektronisch medisch dossier wordt vooral gebruikt om losse gegevens te bewaren onder vorm van vrije tekst, dus niet op een gestructureerde manier. Wanneer bijvoorbeeld een lijst getrokken wordt met diabetespatiënten, worden een viertal namen verkregen terwijl er natuurlijk op een patiëntentotaal van 1513 actieve patiënten (in september 2013) waarschijnlijk meer diabetespatiënten zijn. Het moeilijke is dat deze niet als dusdanig geregistreerd worden in het elektronisch medisch dossier op de daarvoor voorziene plaats. Dit maakt statistische analyse niet evident.

4.2 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen kunnen als volgt geformuleerd worden:

1. Wie zijn onze diabetespatiënten?
2. Welke titulariscodes hebben ze?
3. Is er een relatie tussen titulariscode en de instelling van ziekte?
4. Welke zijn verbeterpunten met betrekking tot coderen en registreren, instelling van ziekte en aantal consultaties voor onze praktijk?

4.3 Gegevensverzameling en -verwerking

De afbakening van de studiepopulatie is niet eenvoudig omdat het medisch dossier (Medidoc) gekoppeld moet worden aan het boekhoudkundig dossier (Pricare, een courant gebruikt programma voor administratie binnen het forfaitaire systeem) om een juiste lijst van actieve patiënten te genereren. De totale praktijkpopulatie telt 1513 patiënten.

De selectie van de diabetespatiënten is een extra stap omdat deze bij aanvang van het project nog niet gecodeerd werden in het medisch dossier.

In het medisch programma (Medidoc) wordt door middel van de 'query'functie gezocht naar de dossiers waarin bij diagnose het woord 'diabetes' voorkomt en/of de dossiers waarbij 'medicatie bij diabetes' wordt voorgeschreven. Dit is een term die als dusdanig in de queryfunctie kan worden ingevoerd. De 128 patiënten die hieraan voldoen worden gecodeerd als diabetespatiënten. Dit geeft het beste beeld van het aantal diabetespatiënten in de praktijk. Deze patiënten worden in een Excel bestand ingevoerd.

In dit bestand wordt de code van gerechtigde toegevoegd. Rekening houdend met de aard van onze praktijkpopulatie beschouwen we houders van codes 120/120, 121/121, 131/131, 141/141, 111/111 en 101/101 en 180/317 als 'sociaal zwakker'. Patiënten die een code hebben eindigend op 1 hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming. Dit impliceert dus een socio-economisch zwakkere positie.

Houders van de codes 120/120 en 121/121 zijn invalide. Afhankelijk van hun handicap hebben deze mensen minder kansen op de arbeidsmarkt en zijn ze als socio-economisch zwakker te beschouwen.

De patiënten die op deze manier als 'sociaal zwak' worden overgehouden, worden overlopen. Per dossier bekijken we de sociaal-economische positie van deze patiënten door rekening te houden met opleiding, tewerkstelling, familiale omstandigheden en medisch-psychische achtergrond. Hieruit blijkt dat bovenstaande selectie een juiste blauwdruk is van de sociale situatie van deze groep patiënten.

Er wordt bewust gekozen de socio-economische status enkel aan de hand van routine gegevens te bepalen omdat deze voor iedereen beschikbaar en neutraal zijn. Een bevraging hieromtrent is precair.

Vervolgens worden op basis van een retrograad dossieronderzoek een aantal gegevens toegevoegd die vaak niet gecodeerd zijn opgenomen in het dossier. Voor het verzamelen van deze data wordt gebruik gemaakt van het EMD, het papieren dossier en/of de patiënten kennis van de artsen.

Met behulp van volgende parameters wordt de relatie tussen socio-economische toestand en instelling van diabetes onderzocht: HbA1c (%), cholesterol (mg/dl), LDL (mg/dl), creatinine (mg/dl), eGFR (ml/min/1,73 m^2), geslacht, leeftijd, gewicht, rookgedrag, systolische en diastolische bloeddruk (mmHg), aantal consultaties in 2013, aantal chronische medicijnen, gebruik statines, bepaling albuminurie laatste drie jaar, controle bij oogarts laatste drie jaar, cardio- en/of cerebrovasculair event in de voorgeschiedenis . Gewicht wordt verder niet gebruikt aangezien slechts in 20% van de dossiers de BMI werd geregistreerd en gewicht zonder lengte geen betrouwbare parameter is.

Om de relatie tussen titulariscode en instelling van ziekte te bekijken, wordt enkel rekening gehouden met de diabetes type II patiënten, wat de studiepopulatie reduceert tot 114 leden. Onze type I patiënten worden nauw opgevolgd door de endocrinoloog. De rol van de huisarts in opvolging en instelling van ziekte en het detecteren van eventuele verbeterpunten is dus relevanter bij de type II patiënten.

Gegevensverwerking gebeurt in Excel en SPSS. De independent sample T test wordt gebruikt om significante verschillen te vinden tussen continue variabelen. Om categorische met categorische variabelen te vergelijken wordt de Chi-square test gebruikt.

5 Resultaten

5.1 Wie zijn onze diabetespatiënten?

128 patiënten op een totaal van 1513 patiënten die zijn ingeschreven in het forfaitair systeem hebben diabetes (8,5%). 14 patiënten hiervan hebben diabetes type I en 114 hebben type II. Met 8,5% diabetespatiënten in onze praktijkpopulatie komt de prevalentie van diabetespatiënten en hun geslacht overeen met de geschatte prevalentie van 8% diabetespatiënten binnen de Belgische bevolking[ix]. In deze praktijk zijn iets meer jonge en oude (75 en ouder) diabetespatiënten.

	DM I		DMII	
	Aantal	Leeftijd (j)	Aantal	Leeftijd (j)
Mannen	4	36.5	56	62.2
Vrouwen	10	31.8	58	66.3
Totaal	14		114	

Tabel 1: Verdeling diabetespatiënten over type I en II, geslacht en gemiddelde leeftijd in onze studiepopulatie.

Onderstaande tabel toont de vergelijking in leeftijdsverdeling met de KCE studie.

Leeftijdsgroep (j)	% patiënten studiepopulatie	% forf pat KCE studie	% prestatiepat KCE studie
5-24	2,3	1,0	1,0
25-39	7,0	7,6	5,6
40-64	48,4	55,6	59,6
65-74	20,3	23,1	21,2
75-84	17,2	11,6	11,5
≥85	4,7	1,1	1,0

Tabel 2: Vergelijking leeftijdsverdeling van diabetespatiënten. Er wordt een vergelijking gemaakt tussen de patiënten in deze praktijk en die van een studie van het KCE in 2008[vii].

5.2 Welke titulariscodes hebben de diabetespatiënten?

Vanuit de lijst van 128 diabetespatiënten wordt vervolgens gekeken naar hun titulariscode. Resultaten worden weergegeven in onderstaande tabel.

Titulariscode	N (aantal)	Percentage
Sociaal niet zwak		
100100	1	0,8%
110110	38	29,7%
130130	35	27,3%
140140	4	3,1%
410900	2	1,6%
Sociaal zwak		
101101	1	0,8%
111111	12	9,3%
120120	5	3,9%
121121	6	4,7%
131131	15	11,7%
141141	8	6,3%
180317	1	0,8%
Totaal	128	100%

Tabel 3: Aantal patiënten per titulariscode voor de totale diabetespopulatie.

In totaal bevinden 48 van onze 128 diabetespatiënten of 37,5% zich in een sociaal zwakkere positie, 11 patiënten zijn invalide. Wanneer we voor de verdere berekeningen enkel naar de patiënten met diabetes type II kijken, behoort 36,8% tot de sociaal zwakke groep en is 8,8% invalide. In de deelpopulatie 'slecht geregelde diabetes' (HbA1c > 7%) is 37,4% sociaal zwakker en is 3,4% invalide, terwijl bij de totale praktijkpopulatie 22,6% een sociaal zwak statuut heeft en 6,4% invalide is.

Onderstaande tabel geeft de verdeling van de praktijk- en diabetespopulatie weer naar socio-economische toestand. Er is een significante oververtegenwoordiging van het aantal sociaal zwakkeren in de diabetespopulatie (Chi^2, p=0,0002).

		Sociaal zwak	Sociaal nl
Totale populatie (N)	1513	341	1172
DM (N)	128	48	80
DM II (N)	114	42	72

Tabel 4: Verdeling totale populatie en diabetespopulatie over de sociale categorieën.

5.3 Is er een relatie tussen titulariscode en instelling van diabetes type II?

Onderstaande tabellen geven enkele beschrijvende gegevens van de patiënten met diabetes type II.

Sociaal Statuut		Leeftijd j	LDL mg/dl	Chol mg/dl	# cons 2013	HbA1c %	# chron med	BP Syst mmHg	BP Diast mmHg	Creat mg/dl	eGFR ml/min/ 1,73m^2
Normaal	Mean	64,1	91,0	166,7	9,1	6,7	6,1	130,2	75,0	1,0	83,6
	SD	12,5	32,2	34,8	4,8	1,1	2,6	15,0	9,7	0,7	22,9
Zwak	Mean	64,8	88,6	160,7	11,2	6,7	6,6	127,3	73,8	0,9	84,1
	SD	14,9	29,1	33,4	5,3	0,8	3,5	18,6	12,0	0,4	25,4

Tabel 5: Gemiddelden en standaarddeviaties voor continue variabelen van DM II populatie (N=114)

Sociaal Statuut	Geslacht		Roker		Statines		Albuminurie bepaald <3j		Oogarts>3j		CV event	
	Man	Vrouw	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
Normaal	38	34	53	19	17	55	36	36	50	22	53	19
Zwak	18	24	30	12	6	36	13	29	25	17	32	10

Tabel 6: Verdeling categorische variabelen van DM II populatie (N=114)

Bij statistische verwerking blijkt enkel het aantal consultaties significant verschillend tussen de sociaal normale en sociaal zwakker groep (p=0,029). Sociaal zwakkeren raadplegen dus significant meer in deze praktijk. Vergelijking van de overige gegevens levert geen significant verschillende resultaten op. Globaal zijn de twee socio-economische groepen gelijk qua instelling van diabetes. We zien dat de sociaal zwakkeren zowel qua instelling als opvolging iets beter scoren.

Wat betreft opvolging zijn er 23 mensen die geen statines gebruiken, 49 waarbij geen albuminurie bepaald werd en 75 patiënten die niet door de oogarts gecontroleerd werden. Deze cijfers zijn belangrijk voor de praktijkverbeterende maatregelen die we later willen toepassen.

Wie zijn onze 'slecht geregelde' diabeten? Hiervoor bekeken we de deelpopulatie met een HbA1c van meer dan 7%[x]. Tabellen 7 en 8 geven een overzicht van de resultaten.

Sociaal Statuut		Leeftijd j	LDL mg/dl	Chol mg/dl	# cons 2013	HbA1c %	# chron med	BP Syst mmHg	BP Diast mmHg	Creat mg/dl	eGFR ml/min/ 1,73m^2
Normaal	Mean	67,2	76,9	159,1	9,3	8,3	7,4	131,7	75,8	1,2	75,2
	SD	12,0	33,8	29,7	4,5	1,2	2,5	15,3	7,5	1,1	26,7
Zwak	Mean	63,5	89,7	163,1	11,3	7,7	7,1	126,8	74,4	0,8	87,5
	SD	11,7	28,9	27,5	3,4	0,5	2,7	12,7	11,7	0,1	20,9

Tabel 7: Gemiddelden en standaarddeviaties voor continue variabelen van deelpopulatie met HbA1c > 7% (N=29)

Sociaal Statuut	Geslacht		Roker		Statines		Albuminurie bepaald <3j		Oogarts <3j		CV event	
	Man	Vrouw	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
Normaal	8	10	13	5	4	14	4	14	9	9	13	5
Zwak	4	7	7	4	3	8	4	7	5	6	9	2

Tabel 8: Verdeling categorische variabelen van deelpopulatie met HbA1c > 7% (N=29)

Ook in deze groep kunnen geen grote contrasten aangetoond worden.

In deze wat meer precaire groep zijn er 7 patiënten zonder statinegebruik. Bij 8 patiënten in deze groep werd geen albuminurie bepaald, 14 patiënten werden de laatste drie jaar niet door een oftalmoloog gecontroleerd.

6 Discussie

6.1 Wie zijn onze diabetespatiënten?

Onze diabetespatiënten zijn wat betreft aantal, leeftijd en geslacht te vergelijken met (inter)nationale literatuur.

De percentages sociaal zwakkeren liggen hoger in de studiepopulatie in vergelijking met de algemene praktijkpopulatie. Diabetes komt dus meer voor bij sociaal zwakkeren in onze praktijk. De p-waarde van 0,0002 toont dat er een associatie is tussen het hebben van diabetes en sociale status. In de literatuur werd dit verband herhaaldelijk aangetoond[xi,xii]. Een mogelijke verklaring voor het meer voorkomen van diabetes bij mensen met een sociaal zwakke status is dat een aantal risicofactoren voor diabetes, met name obesitas en sedentariteit in deze groep meer aanwezig zijn[xiii,xiv]. Een andere verklaring is dat de zwakke sociaal-economische toestand een gevolg is van het hebben van diabetes. Het optreden van complicaties kan het uitvoeren en/of zoeken naar werk, het volgen van opleidingen,… immers negatief beïnvloeden[xv].

6.2 Is er een relatie tussen socio-economische toestand en instelling van diabetes?

Er zijn geen significante verschillen tussen de twee subpopulaties behalve het aantal consultaties. Ondanks het relatief groot aantal consulten in beide groepen gebeuren bepaalde routine controles niet regelmatig. Door de mix van medische en sociale problemen wordt het globale overzicht uit het oog verloren. Het significante verschil in aantal consultaties kan te wijten zijn aan de laagdrempeligheid van het forfaitaire systeem. Een andere verklaring is dat de sociaal zwakke groep vlugger raadpleegt omdat men een klacht of symptoom niet goed kan interpreteren.

De waarden van cholesterol, systolische en diastolische bloeddruk, creatinine en eGFR liggen binnen normale grenzen.

In de huidige richtlijnen wordt de nadruk gelegd op het belang van het voorschrijven van statines bij patiënten met diabetes type 2 en dit was in onze studie bij 23 patiënten niet het geval; 8 van hen hebben buiten diabetes geen andere risicofactoren en hebben dus volgens de richtlijn van Domus Medica geen nood aan statines[xvi,xvi,xvii]. Bij 7 patiënten werd het statine niet opgestart of gestopt omwille van uiteenlopende redenen (leeftijd>85, palliatieve situatie,…). Intussen werd bij de meeste overige patiënten een statine opgestart.

6.3 Verbeterpunten voor de praktijk?

6.3.1 Coderen en registreren

Het ontbreken van eenduidige digitale registratie en codering in het EMD loopt als een rode draad door deze masterproef. We zijn lang bezig geweest met het zoeken naar de juiste personen en parameters. Dit moet verbeteren want het belang van een goed EMD zal alleen maar toenemen.

In een vorige thesis toonde Koen Meynendonckx aan dat een aanpassing in het invulscherm van het EMD kan helpen bij het correct registreren van gegevens[xviii]. Rekening houdend met zijn werk en de aanbevelingen van NHG en Domus Medica wordt onderstaand voorstel uitgewerkt als praktische leidraad voor onze praktijk[xix,xx]. Het gaat hier om een voorstel voor algemene registratie van patiëntencontacten. In latere stappen kunnen dan specifiekere afspraken rond registratie van extra parameters bvb in verband met diabetes gemaakt worden.

1. Bij elke patiënt wordt het SOEP-traject gevolgd.
2. Tijdens iedere consultatie wordt de diagnose in het vak ‘actieve ziekte’ geregistreerd.
3. Van elke patiënt worden een aantal basisparameters geregistreerd. Deze kunnen ingevuld worden onder de SOEP-registratie bij meetwaarden onder menu ‘lisbeth2’, zie afbeelding hieronder.

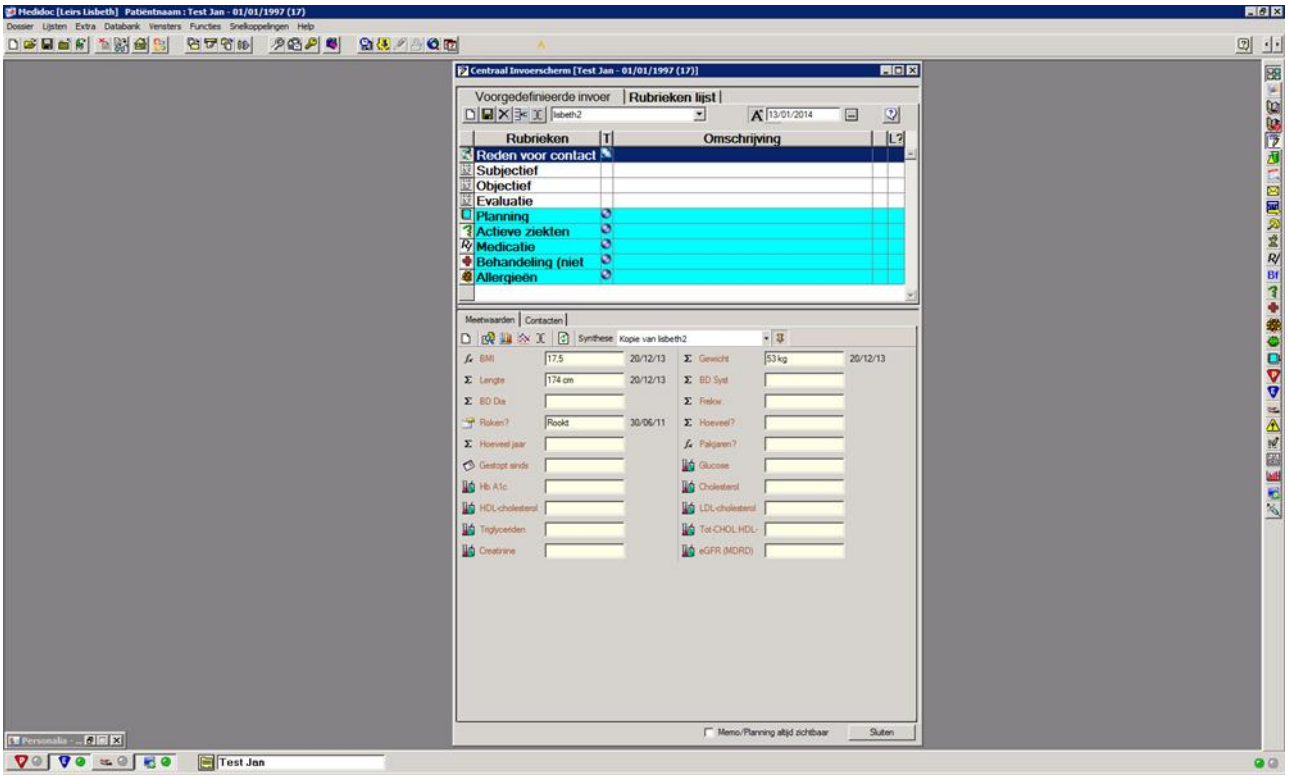


Fig 1: Voorstel centraal invoerscherm in het EMD.

Registratie en codering ondersteunen een betere zorg voor de patiënt. Het is in deze praktijk echter niet eenvoudig gebleken om over te schakelen naar eenduidige registratie en afspraken te maken over het gebruik van het EMD. De verleiding om bij oude gewoontes te blijven is groot. Deels is dit te verklaren door een soort drempelvrees, angst voor het computertijdperk waarin wij als artsen niet opgeleid zijn/worden. Voorts is het in het begin tijdrovend om een juiste diagnose te vinden in het nogal omslachtige coderingssysteem van ons medisch programma. Dit vraagt doorzettingsvermogen en zelfdiscipline van de betrokken artsen.

We hebben in de praktijk intussen een online opleiding voor het juist gebruik van het EMD gevolgd die werd georganiseerd door de lokale huisartsenkring.

Men berekende dat het registreren van enkel medische voorgeschiedenis in een EMD in een praktijk met ongeveer 2000 patiënten 43 werkdagen zou kosten[xxi]. Het zou voor onze praktijk nuttig zijn een extra administratieve kracht aan te nemen die onder andere deze registratie voor zijn/haar rekening kan nemen.

6.3.2 Instelling diabetes

Het systematisch invoeren van een jaarlijks albuminurie onderzoek is een kwestie van gewoonte en kan makkelijk samen met een bloedname geregeld worden. Er wordt een urinepotje meegegeven dat de patiënt tijdens de volgende consultatie meebrengt. Bovendien kan men ook hier gebruik maken van een label in het elektronisch medisch dossier. Ideaal zou zijn dat dit stuk van de zorg gedelegeerd wordt naar een verpleegkundige die op vaste momenten in de praktijk ter beschikking is voor de staalname. Suggesties voor structureren van de zorg wordt in een volgend punt besproken.

Ondanks het advies een oftalmologisch onderzoek te laten uitvoeren, vinden we in veel gevallen geen verslag terug zodat niet duidelijk is of deze controle al of niet gebeurd is. Om de opvolging door de oogarts te verbeteren hebben we de medewerking van de collega's uit de tweede lijn nodig. Dit blijkt niet eenvoudig. Het uitdiepen hiervan valt buiten het bestek van deze masterproef.

Over het algemeen kan de lipidenhuishouding van de patiënten nog verbeterd worden. Dit kan door het optimaliseren van het statinegebruik. Acht patiënten komen volgens de richtlijn van Domus Medica in aanmerking om een statine op te starten. Deze dossiers worden in Medidoc gelabeld met een post-it zodat dit tijdens de volgende consultatie bekeken kan worden.

Tijdens consultaties kan meer nadruk gelegd worden op levensstijl in het algemeen met advies over rookstop, gezonde voeding en beweging. Een idee is het organiseren van groepssessies met diëtiste, tabakoloog,… aan een interessant tarief? Ervaring leert immers dat velen de stap naar meer hulpverlening niet maken omwille van de kostprijs of een lange wachttijd. Wanneer ook dit facet van de zorg laagdrempeliger wordt, kunnen we de efficiëntie van de medische zorg verhogen.

Wanneer we de dossiers van onze slecht geregelde diabetespatiënten bekijken, zien we dat er uiteenlopende redenen zijn voor een slechtere instelling en/of opvolging. Hoge leeftijd, taalbarrière en beperkte intellectuele capaciteiten zijn de belangrijkste. Bovenstaande elementen maken een goede compliance moeilijk. Het is niet eenvoudig deze problemen met algemene praktijkmaatregelen aan te pakken. Arabische en Turkse brochures in verband met diabetes zijn sinds enkele weken beschikbaar in de praktijk. Verder wordt voor deze patiënten zorg op maat gegeven en proberen we de zorg dus individueel te optimaliseren.

6.3.3 Aantal consultaties

Het gemiddelde aantal consultaties in de bestudeerde populatie ligt met 10 vrij hoog.

Door een aantal ingrepen zoals het inschakelen van een verpleegkundige, groepssessies ter verbetering van levensstijl, … kan het aantal consultaties bij de arts verminderen terwijl de kwaliteit van diabetesinstelling toch verbetert.

Vaak komen immers tijdens de consultaties naast lichamelijke ook sociale en psychische problemen aan bod. Op dit vlak kan de zelfredzaamheid van de patiënten vergroot worden door tijdig door te verwijzen naar de gepaste hulpverleners in een eerste lijn team.

De aanpak van chronische aandoeningen moet niet verloren gaan in de veelheid van andere problemen waar patiënten mee op het spreekuur komen.

Samenvattend doen we volgend voorstel om de zorg voor diabetespatiënten binnen onze praktijk beter te structureren.

1.Vastleggen van vier vaste contactmomenten per jaar met verpleegkundige: bloedname, gesprek over leefgewoonten en therapietrouw, meten van bloeddruk en gewicht, eenmaal per jaar verzamelen urinestaal.

2.Tweemaal per jaar vast 'diabetes contactmoment' met arts. Overlopen gegevens verpleegkundige, klinisch onderzoek, voetcontrole, bijsturen medicatie indien nodig, regelen raadplegingen bij endocrinoloog/oogarts. Deze contacten enkel gebruiken voor diabetesopvolging.

3.Aandacht voor sociale en psychisch gerelateerde problematiek. Gestructureerd doorverwijzen, gebruik makend van sociale kaart van Genk en eventuele initiatieven in groep zoals eerder vermeld.

4. Eenmaal per week 2 uur administratieve tijd (afhankelijk van aantal diabetespatiënten) voor huisarts voor verwerking diabetespatiënten: bekijken resultaten, noteren in dossiers, schrijven verwijsbrieven, invullen documenten,… .

Later kunnen we aan de slag gaan met andere chronische ziekten zoals COPD, ischemisch hartlijden, hypertensie en nierinsufficiëntie.

7 Zwaktes van dit project

De selectie van de studiepopulatie en het verzamelen van gegevens werd bemoeilijkt door het gebrek aan registratie. Dit maakt dat een aantal gegevens binnen deze studie slechts bij benadering juist zijn.

Men kan de vraag stellen of iedereen die hypoglycemiërende medicatie neemt ook diabetes heeft. Aan twee patiënten in onze oorspronkelijke diabetespopulatie werd metformine voorgeschreven zonder de diagnose diabetes. Zij werden uit de studiepopulatie gehaald.

Zijn titulariscodes wel een accurate weerspiegeling van de socio-economische toestand? In het kader van deze studie geven ze een idee van de sociale positie waarin de patiënt zich bevindt. We weten dat een bevraging van de socio-economische toestand vaak niet goed lukt en men zich dus meestal baseert op te objectiveren gegevens zoals inkomen[xxii,xxiii].

Tijdens het verzamelen van gegevens valt op dat de communicatie met de tweede lijn verre van ideaal verloopt. Er wordt slechts in een minderheid van de gevallen een verslag van de oftalmologische controle gevonden. Dat er een nazicht heeft plaatsgevonden kan meestal afgeleid worden uit nota's in het dossier of brieven van de endocrinoloog. Men kan zich dan ook vragen stellen bij de juistheid van de cijfers die in dit verband vermeld worden in de studie.

8 Besluit

De conclusies uit deze beknopte masterproef kunnen op verschillende niveaus getrokken worden.

In onze praktijk merken we dat het hebben van diabetes mellitus erg samenhangt met de socio-economische status. Diabetes mellitus komt namelijk meer voor bij de sociaal kwetsbare groep.

Er is geen significant verschil in instelling van ziekte tussen beide socio-economische groepen.

Het blijkt dat het aantal contactmomenten significant hoger is bij sociaal zwakkere diabetes type II patiënten. Dit bevestigt wat we in de inleiding formuleerden: socio-economisch benadeelde patiënten vinden inderdaad gemakkelijker de weg naar onze hulpverlening.

Er is nog werk aan de winkel om alle patiënten te behandelen volgens de richtlijnen. Dit is prognostisch echter van groot belang voor elk van deze patiënten. Daarom zijn deze vaststellingen een stevige uitdaging om er onze schouders onder te zetten.

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1: Achtergrond forfaitair betalingssysteem.

In 1985 werd de forfaitaire betaling voor medische zorg mogelijk gemaakt door het RIZIV. De wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, art 52 §1 en art 32-40 van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van die wet, vormen de wettelijke basis van de forfaitaire betaling[xxiv].

Forfaitaire gezondheidszorg houdt in dat hulpverleners maandelijks per ingeschreven patiënt een vast bedrag ontvangen. Dit bedrag is niet afhankelijk van het aantal prestaties dat men verricht of van de tijd die men aan de contacten besteedt. De inkomsten zijn wèl rechtstreeks in verhouding tot het aantal ingeschreven patiënten en tot hun zorgbehoevendheid. Om dit laatste te berekenen wordt sinds mei 2013 rekening gehouden met een groot aantal variabelen die bij de ziekteverzekering gekend zijn maar die in de toekomst nog verder moeten afgestemd worden op toepassing in de eerste lijn. Het forfaitair bedrag dekt alle raadplegingen en huisbezoeken. De technische prestaties (bv. nemen van uitstrijkje, nemen van EKG, cryotherapie,…) worden door het ziekenfonds vergoed via de derdebetalersregeling. Verstrekkingen door andere hulpverleners die niet forfaitair betaald worden (specialisten, tandartsen,…) worden gewoon aan de gangbare tarieven terugbetaald door het ziekenfonds waarbij men is aangesloten.

Wanneer men zich in een forfaitaire praktijk inschrijft, wordt gevraagd een overeenkomst te ondertekenen. De inschrijving gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand. De ingeschreven patiënt hoeft niet meer af te rekenen voor de prestaties die in het forfait voorzien zijn. Er wordt ook geen remgeld betaald. Het ziekenfonds betaalt echter ook niet terug wanneer men een andere praktijk raadpleegt. Indien men onmogelijk de eigen praktijk kan raadplegen (vb. bij dringende hulp tijdens wachtdienst of vakantie) is er wèl terugbetaling door het forfaitair centrum. Bij uitschrijving dient opnieuw een document ondertekend binnengebracht te worden. De ziekenfondsen vragen dan 1à 2 maand(en) de tijd om dat administratief in orde te maken. In die tussentijd blijven de modaliteiten van het forfait gelden.

10 Referenties

[i] Socioeconomic status and coronary heart disease risk factor trends. The Minnesota Heart Survey. Circulation. 88(5 Pt 1):2172-9, 1993 Nov.

[ii] Relationship between socioeconomic status and ischaemic heart disease in cohort and case-control studies: 1960-1993. International Journal of Epidemiology. 27(3):350-8, 1998 Jun.

[iii] Dwars doorheen 15 jaarboeken armoede. Katrien de Boyser. Tijdschrift Alert, Jrg. 33 (2007) nr. 1, p. 71-86.

[iv]GEZONDHEIDSRAPPORT: SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN IN GEZONDHEID. Bossuyt N., Van Oyen H. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. Brussel, November 2001.

[v] Ongelijk (on-) gezond. Hoe gelijk is gezondheid verdeeld over de Belgen? Koning Boudewijnstichting 31/05/2007

[vi] Mortality socio-economic inequalities for small areas in Belgium: assessing concentration. Lorant V. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 48(3), 239-247 (2000)

[vii] Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor eerstelijnszorg in België, HSR (Health Service Research)
Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E et al. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg , KCE 2008. KCE reports 85A (D/2008/10.273/49)

[viii] Primary care in the driver's seat? Saltman RB, Boerma WGW, Rico A. Buckingham; Maidenhead, Berkshire: Open University Press; 2006.

[ix] www.diabetes.be (Vlaamse Diabetesvereniging)

[x] Richtlijn diabetes mellitus II www.domusmedica.be

[xi] M.C. Poortvliet , C.T.M. Schrijvers, C.A. Baan. Diabetes in Nederland
Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst. RIVM Rapport 260322001/2007 .

[xii] Nederland de maat genomen 2009/2010.

[xiii] Dalstra JA, Kunst AE, Borell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, Geurts JJ, Lahelma E, Oyen H van,Rasmussen NK, Regidor E, Spadea T, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in the prevelance of common chronic diseases: an overview of eight European countries. Int J Epidemiol 34:316-326,2005.

[xiv] Connolly V, Unwin N, Sheriff P, Bilous R, Kelly W. Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. Community Health 54:173-177, 2000.

[xv] Bos G, Jacobs- van der Bruggen MAM, Ujcic-Voortman JK, Uitenbroek DG, en Baan CA. Etnische verschillen in diabetes, risicofactoren voor hart- en vaatziekten en zorggebruik: Resultaten van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2004. RIVM-rapport: 260801002. Bilthoven, RIVM, 2007.

[xvi] https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement#Medicamenteuzebehandeling

[xvii] www.domusmedica.be)

[xviii] Het gebruik van een invulscherm in het EMD voor een betere registratie van diabetesparameters. Meynendonckx K, Devroey D, Riffi A,Vermeulen L, Masterproef Huisartsgeneeskunde UA 2008-2009

[xix] Rutten G, De Grauw W, Nijpels G, Goudswaard A, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Huisarts en Wetenschap; 49 (3): 137-152.

[xx] Wens J, Sunaert P, Nobels F, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Diabetes mellitus type 2. Domus medica, 2005.

[xxi] De invoer van medische voorgeschiedenis in het EMD kost veel tijd. E. Markovskaia, R. Remmen, H Verwimp, Masterproef Huisartsgeneeskunde UA 2008-2009.

[xxii] Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ 2006;174:177-83.

[xxiii] De Jonghe M, Roland M. Sociaal-economische evidentie opnemen in klinische richtlijnen. Minerva 2004;3(8):120.

[xxiv] Het juridisch kader voor de forfaitaire betaling in de eerstelijnsgezondheidszorg. Maroy L. in ‘ De eerste lijn in beweging: forfaitaire geneeskunde als structureel alternatief voor prestatiegeneeskunde?’ VUBPress 1998 (p.49-61)