Taakdelegatie naar een praktijkverpleegkundige voor het Zorgtraject Diabetes

Dr. Elke De Cang, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Dr. Birgitte Schoenmakers, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotoren: Dr. Bart Van De Velde, Universiteit Gent
Dr. Sofie Vande Walle, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

"De auteur en de promotoren geven de toelating deze scriptie voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze scriptie."

28/04/2014

Dr. Elke De Cang Dr. Birgitte Schoenmakers Dr. Bart Van De Velde Dr. Sofie Vande Walle

Een woord van dank.

Deze Masterproef was er uiteraard niet gekomen zonder de hulp van enkele mensen. Ik wil dan ook graag van de gelegenheid gebruik maken om hen te danken voor hun inzet, adviezen en steun.
In de eerste plaats wil ik An Rutten, onze praktijkverpleegkundige danken. Haar enthousiasme en doortastendheid zorgden dat dit praktijkproject vanaf dag één gestroomlijnd verliep.
Ook bijzondere dank aan mijn promotor Dr. Birgitte Schoenmakers voor de waardevolle feedback en de deskundige inzichten. Ook wil ik mijn copromotoren Dr. Sofie Vande Walle en Dr. Bart Van De Velde bedanken. Zij stippelden mee het beleid uit en gaven doorheen het proces concrete en nuttige adviezen, welke een enorme meerwaarde voor dit project betekenden.
Dank aan mijn collega's en het secretariaat van de Huisartsenpraktijk Ledeberg voor hun medewerking, waardoor dit praktijkproject tot een mooi resultaat kwam. En tot slot ook dank aan de mede-haio's en mijn familie voor hun nooit aflatende steun.

Elke De Cang

ABSTRACT

Taakdelegatie naar een praktijkverpleegkundige voor het Zorgtraject Diabetes
Huisarts-in-opleiding: Elke De Cang, Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Birgitte Schoenmakers, Katholieke Universiteit Leuven
Co-Promotoren: Sofie Van De Walle, Universiteit Gent
Bart Van De Velde, Universiteit Gent

Context: Door de veranderde gezondheidsnoden (CURE naar CARE) en de veranderingen in de huisartsgeneeskunde, worden oplossingen gezocht om aan de stijgende vraag te voldoen. Het zorgtraject diabetes dat in 2009 werd opgericht is een van de manieren om aan preventieve zorg te doen, doch in praktijk merken we onvoldoende instroom en follow up van deze doelgroep. In de 'Huisartsenpraktijk Ledeberg' werd dit praktijkverbeterend project opgestart om na te gaan of het zorgtraject diabetes door de praktijkverpleegkundige kan gecoördineerd worden, teneinde inclusie en opvolging van de patiënten te verbeteren zonder de werkbelasting voor de huisarts te veel op te drijven. Het doel van deze masterproef is om op een korte termijn het effect van dit project te evalueren, de knelpunten te bekijken en een proefmodel werkbaar voor andere groepspraktijken op te stellen.
Onderzoeksvraag: Hoe kan men een praktijkverpleegkundige inschakelen in de inclusie en opvolging van patiënten in het zorgtraject diabetes.
Methode: Een voorbereidend literatuuronderzoek werd verricht ter ondersteuning van de discussie en conclusie. Via het FOCUS-principe werd een probleemsituering en vervolgens protocol opgesteld voor de praktische uitvoering. Volgens het PDCA-principe werden tussentijdse evaluaties voorzien, met hersensibilisering van de artsen. Uit het EMD werden lijsten onttrokken, geselecteerd op de term 'zorgtraject' (37 patiënten), waarna de zorgtrajecten diabetes (18 patiënten) van de zorgtrajecten chronische nierinsufficiëntie (19 patiënten) onderscheiden werden. Een tweede lijst werd opgesteld van de patiënten met een HbA1c ≥7% (81 patiënten), waarna de patiënten die volgens de aanvaarde criteria in aanmerking kwamen voor een zorgtraject diabetes werden geselecteerd. De geselecteerde patiënten werden trimestrieel uitgenodigd voor een diabetesconsult bij de praktijkverpleegkundige en indien mogelijk en gewenst, doorverwezen voor opstart van het zorgtraject diabetes (21 patiënten). Voor de bespreking kregen zij steeds een afspraak bij de behandelende huisarts. Het aantal patiënten dat nieuw in het zorgtraject werd opgestart én het aantal patiënten die een trimestrieel diabetesconsult kregen werd na 6 maanden geëvalueerd.
Resultaten: 21 patiënten werden nieuw opgestart in het zorgtraject diabetes (van 18 naar 39 patiënten). De patiënten die voor de interventie reeds in het zorgtraject zaten werden trimestrieel opgevolgd via een diabetesconsult bij de praktijkverpleegkundige, hier was een lichte verbetering van de doelstellingen zichtbaar (11/18 naar 13/18). Bij de patiënten die nieuw geïncludeerd werden in het zorgtraject diabetes was een spectaculaire toename van aantal trimestriële diabetesconsulten aanwezig (8/21 naar 19/21).
Conclusie: Via dit project werd aangetoond dat door de inschakeling van een praktijkverpleegkundige als centrale coördinator in het zorgtraject diabetes, zowel de opstart als de opvolging van de patiënten beter verloopt, zonder dat dit een extra werkbelasting voor de huisarts teweegbrengt. Verdere opvolging van dit project in de 'Huisartsenpraktijk Ledeberg' is vereist om het project op constante basis te laten verderlopen. Op algemeen gezondheidsvlak is er ook nood aan verder onderzoek naar de medische outcome van patiënten in de zorgtrajecten. Eveneens is er nood aan financiële ondersteuning (bijvoorbeeld door initiatieven als Assisteo) om de haalbaarheid op grotere schaal te verzekeren.

INLEIDING

De Belgische eerstelijnsgezondheidszorg ervaart sedert verscheidene jaren een verschuiving op diverse fronten. De vergrijzing van de patiëntenpopulatie brengt een verandering aan zorgnoden met zich mee: in plaats van te focussen op acute geneeskunde is er door de multimorbiditeit bij patiënten meer nood aan chronische zorgverlening en preventie, én is er als het ware een shift van CURE naar CARE-geneeskunde[i] [ii]. Anderzijds voelen we ook de vergrijzing binnen de huisartsenpopulatie zelf (in 2000 was de gemiddelde leeftijd van de huisarts 47,3 jaar waar deze in 2009 naar 51,4 jaar klom)[iii]. Daarenboven zien we dat ook de manier van uitoefenen van huisartsgeneeskunde verandert: het streven naar een verbeterde kwaliteit van zorg bij alle huisartsen zorgt ervoor dat er minder huisbezoeken worden afgelegd en dat de patiëntenbestanden per huisarts kleiner worden. Ook de vervrouwelijking van het beroep, de verhoogde belasting door administratieve taken en zorgoverleg, de investering in professionele en extraprofessionele nevenactiviteiten en jammer genoeg ook het toegenomen aantal uitstappen uit de huisartsgeneeskunde door burn outs, zorgen ervoor dat het huisartsenlandschap een sterke (r)evolutie doormaakt[iv]. Hierdoor lijkt een relatieve schaarste aan huisartsen zich op te dringen en worden we gedwongen te zoeken naar alternatieve werkwijzen om optimale zorgverlening te voorzien.

Taakdelegatie kan een oplossing voor deze veranderende noden in de eerste lijn vormen. Naast de administratieve ondersteuning die via Impulseo gefaciliteerd wordt, is er nu ook de vraag naar paramedische ondersteuning in de eerste lijn (Assisteo[v]). Een concreet domein waarbinnen taakdelegatie een belangrijke rol kan spelen is het in 2009 opgerichte zorgtraject diabetes[1]. In dit gezondheidsproject worden geselecteerde patiënten die aan bepaalde criteria voldoen, gecoördineerd vanuit de eerste lijn voor de behandeling van hun chronische ziekte, om zo een verbeterde kwaliteit van zorgverlening te verkrijgen. We merken echter dat vele artsen de zorgtrajecten niet opstarten met als belangrijkste reden de hoge administratieve belasting en tijdsgebrek. Dit zijn factoren die in de hand worden gewerkt door de veelal gebrekkige praktijkondersteuning[vi].

Daarom worden manieren gezocht om de implementering van de zorgtrajecten te vergemakkelijken. Een werkmodel waarbij taakdelegatie naar een praktijkverpleegkundige centraal staat in de start en opvolging van het zorgtraject diabetes kan een mogelijke oplossing zijn. Via dergelijk geüniformiseerd model wordt getracht een optimalisatie van de zorg te bekomen zonder in te boeten aan 'medische' tijdsbesteding. Binnen de 'Huisartsenpraktijk Ledeberg' werd naar aanleiding van deze masterscriptie een proefproject opgezet om deze theorie aan de werkelijkheid te toetsen.

METHODE

Context

De 'Huisartsenpraktijk Ledeberg' is een niet-forfaitaire groepspraktijk in Ledeberg, een gemeente aan de zuidrand van Gent. In januari 2014 zijn er 18476 medische dossiers waarvan bij benadering 5200 patiënten een GMD (Globaal Medisch Dossier) hebben. Het huisartsenteam bestaat uit 7 fulltime artsen (7 Full Time Equivalents - FTE), één arts met 0,8

[1] Zie bijlage 1 voor meer informatie over het zorgtraject diabetes

FTE en twee HAIO's (huisartsen in opleiding) met elk 0,8 FTE. Dit wordt aangevuld met een fulltime verpleegkundige (1 FTE). Er is eveneens administratieve ondersteuning door een secretariaat (3,8 FTE). Alle patiëntengegevens worden geregistreerd in het elektronisch medisch dossier (Health One).

Literatuurstudie

Er werd een gericht voorbereidend literatuuronderzoek gedaan met betrekking tot taakdelegatie in de opvolging van chronische pathologie. De voornaamste zoektermen werden in Pubmed gecombineerd: "Practice Nurse", "Primary Health Care", "General Practitioner", "Diabetes", "Substitution", "Chronic Illness", "Skill Mix". De gebruikte limieten voor het opzoeken van artikels waren: enkel artikels gepubliceerd na 1 januari 1998; enkel Nederlandstalige, Franstalige, Engelstalige en Spaanse artikels; enkel artikels waarbij het abstract beschikbaar was. Op basis van de titel en relevante abstracts werden vervolgens de bruikbare artikels geselecteerd. Voor systematische reviews werd de Cochrane Library geraadpleegd, de richtlijnen voor diabetes en zorgtrajecten werden onder de loep genomen via Domus Medica en via de NHG-standaarden. Andere geraadpleegde bronnen zijn: KCE reports, RIZIV, LMN-Gent/Merelbeke, Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde, Huisarts Nu, Folia en de website van de WHO.

Eerdere Masterproeven van collega's werden geanalyseerd, hierbij werd op gelijkaardige onderwerpen geselecteerd en werd de focus gelegd op de knelpunten en opportuniteiten van eerdere studies.

In januari 2014 verscheen vanuit het RIZIV een globaal evaluatierapport van de zorgtrajecten, dat in de conclusie en discussie werd verwerkt.

Veldstudie

<u>Onderzoeksvraag</u>:

Hoe kan een praktijkverpleegkundige ingeschakeld worden in de start en opvolging van diabetespatiënten in het Zorgtraject Diabetes? Zorgt dit voor een betere inclusie en opvolging van de diabetespatiënt?

<u>Design</u>

Het praktijkproject werd opgesteld als een interventiestudie bij diabetespatiënten, met een pre- en postmeting rond de inclusie en opvolging binnen het zorgtraject, en dit onder de coördinatie van de praktijkverpleegkundige. De duur van de metingen bedroeg 6 maanden. De opstart van het project gebeurde volgens het FOCUS-principe (Zie figuur 1), waarbij praktijkoverleg gebeurde om probleemsituering uit te werken en een protocol op te stellen voor de praktische uitvoering. Na goedkeuring door de Ethische Commissie werd de uitvoer van het protocol binnen de 'Huisartsenpraktijk Ledeberg' getoetst aan de PDCA-cirkel van Deming (Zie figuur 2); tussentijdse evaluaties leverden noodzakelijke aanpassingen om zo tot een werkbaar model te komen. Het praktische protocol werd gebaseerd op de richtlijnen van het LMN (Lokaal Multidisciplinair Netwerk) Gent/Merelbeke.

Binnen het nieuwe protocol voor het zorgtraject diabetes [2] fungeerde de praktijkverpleegkundige als centrale coördinator voor de opstart en de praktische opvolging van patiënten in het zorgtraject .

De patiënten die in aanmerking kwamen voor het zorgtraject werden door de praktijkverpleegkundige telefonisch uitgenodigd voor hun trimestrieel diabetesconsult. Tijdens dit consult werd het zorgtraject diabetes voorgesteld en na goedkeuring door de patiënt, tijdens ditzelfde consult door de verpleegkundige, opgestart. De administratieve onderdelen van dit eerste zorgtraject-consult bestonden uit het zorgtrajectcontract, een verwijsbrief naar de behandelende endocrinoloog en het vastleggen van een afspraak bij de endocrinoloog. Er werd ook een vervolgconsult bij de praktijkverpleegkundige gepland. De praktijkverpleegkundige beschikte hiervoor over standaard-verwijsbrieven toegepast op het elektronisch medisch dossier van de patiënt. Ook geactualiseerde lijsten van de zorgtraject-hulpverleners naar wie men regionaal kon doorverwijzen, werden voorzien.

Het vervolgconsult bij de praktijkverpleegkundige –na goedkeuring door de endocrinoloog- diende voor administratieve oppuntstelling van de nieuwe zorgtrajecten., evenals voor de doorverwijzing naar educatoren en andere zorgtrajectmedewerkers.

Aangezien het om een nieuw praktijkproject ging, werd iedere betrokken arts actief geïnformeerd over de in- en exclusiecriteria en de voordelen van het zorgtraject diabetes.

<u>Populatie</u>

In een eerste analyse werden alle medische dossiers gescreend op de term ‘zorgtraject’, om vervolgens manueel opgedeeld te worden in zorgtraject chronische nierinsufficiëntie en zorgtraject diabetes.

Een tweede analyse moest aanbrengen welke GMD-patiënten eventueel in aanmerking zouden kunnen komen voor een zorgtraject diabetes. Via algemeen aanvaarde consensus werd beslist een afkapwaarde HbA1c ≥ 7 % (equivalent voor HbA1c ≥ 53 mmol/mol) als eerste criterium te kiezen, hetgeen in de huidige diabetesrichtlijnen als streefdoel wordt gesteld.[vii] Exclusiecriteria waren: palliatieve patiënten en patiënten jonger dan 18 jaar, patiënten in de diabetesconventie, zwangerschap, meer dan 2 insuline-injecties per dag, geen maximale orale antidiabetica. Er werd een query uitgevoerd op alle patiëntendossiers, waarbij de patiënten werden opgelijst die een HbA1c ≥ 7% hadden bij hun laatste bloedname vóór 1 augustus 2013.

Aangezien een volledige uniformisering van de behandeling van diabetici als suboptimaal wordt beschreven[viii], werden ter classificering 5 zorgprofielen opgesteld: ‘diabetespas’ (patiënten die over een diabetespas beschikken of aan de criteria hiervoor voldoen), ‘kandidaat zorgtraject’ (patiënten bij wie de diabetes onder maximale orale antidiabetica en/of insuline maximaal tweemaal per dag, toch onvoldoende geregeld is (HbA1c ≥ 7%)), ‘zorgtraject’ (patiënten reeds geïncludeerd in het zorgtraject), ‘kandidaat diabetesconventie’ (patiënten met 2 of meer insuline-injecties per dag) en ‘diabetesconventie’ (patiënten reeds geïncludeerd in de diabetesconventie). Uit de definitieve lijst met patiënten die in aanmerking komen, werd met de behandelende arts besproken welk zorgprofiel zou

[2] Zie bijlage 2 voor het praktische protocol

worden toegekend per patiënt. Op basis van deze onderverdeling werd voor iedere patiënt een optimale behandelingsstrategie uitgewerkt.

Uitkomstmaten

Als uitkomstmaat werd bekeken of de patiënten in het zorgtraject diabetes trimestrieel op diabetesconsult kwamen bij de verpleegkundige met nabespreking bij de arts. Voor dit consult werden de patiënten door de verpleegkundige telefonisch uitgenodigd. Deze resultaten werden vergeleken met een pre-studie controle, namelijk of de patiënten ook in het jaar voorafgaand aan de interventie (periode 01/08/2012-31/07/2013) trimestrieel een diabetesconsult kregen.

Ten tweede werd nagegaan hoeveel nieuwe patiënten in het zorgtraject konden geïncludeerd worden. Voor deze patiënten werd ook nagegaan of ze trimestrieel werden opgevolgd door de arts en verpleegkundige en ook dit werd vergeleken met het diabetesconsult in het jaar vóór en de zes maanden na de interventie.

RESULTATEN

Literatuurstudie

In januari 2014 verscheen vanuit het RIZIV een globaal evaluatierapport van de zorgtrajecten diabetes en chronische nierinsufficiëntie, vier jaar na de opstart van deze zorgtrajecten[ix]. De doeltreffendheid van de zorgtrajecten werd onderzocht via het ACHIL project door het Wetenschappelijk Instituut van Volksgezondheid (WIV). Er is een verbetering van kwaliteit van zorg in de opvolging van de zorgprocessen: deze stemmen nu meer overeen met de aanbevelingen van goede praktijk. Of dit leidt tot een verbeterde gezondheidsoutcome voor de patiënten is nog niet duidelijk, meer onderzoek hieromtrent is zeker nodig.

De tevredenheid van patiënten in het zorgtraject is zeer groot. Ook de diabeteseducatoren zijn tevreden met de zorgtrajecten, doch vragen meer financiële ondersteuning voor het uitoefenen van hun taken. Huisartsen zijn dan weer vragende partij voor meer informatie.

Algemeen wordt aanbevolen de zorgtrajecten verder te zetten. Er zou momenteel geen uitbreiding van de zorgtrajecten komen naar andere pathologieën. De verderzetting van de zorgtrajecten zou tot verbetering moeten leiden door deze aan volgende voorwaarden te verbinden:

- De evaluatie moet verder lopen om de verbetering te bevestigen, moet in de toekomst performanter zijn en ondersteund worden door een globaal evaluatieplatform Herkaderen en versterken van de rol van alle participanten van het zorgtraject
- Beter ondersteuning van alle participanten van het zorgtraject
- Vereenvoudigen van de regels, de administratie en de behandelingen van het zorgtraject
- Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN) verder uitwerken

Veldstudie

Voormeting[3]:

Bij de uitvoer van de twee queries werden 18476 dossiers (GMD en niet-GMD)gescreend. Een eerste query op het elektronisch medisch dossier (EMD) met de zoekterm 'zorgtraject' weerhield 37 patiënten: 19 hadden een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie, 18 hadden een zorgtraject diabetes. Aangezien de ICPC-coderingen voor diabetes onvolledig waren toegepast in het EMD, werd op basis van een zoekterm 'HbA1c ≥ 7% bij het laatste bloedonderzoek' gezocht naar de overige diabetici die onvoldoende geregeld waren: 81 patiënten buiten het zorgtraject hadden een HbA1c van 7% of meer. In totaal bestond de bestudeerde populatie dus uit 99 patiënten. (Opmerking: 1 patiënt in het zorgtraject heeft een onmeetbare HbA1c en wordt op basis van HbA0 opgevolgd). Deze 99 patiënten werden individueel geëvalueerd en geklasseerd door de behandelende arts, zodat een persoonlijk diabetes zorgprofiel en aangepast behandelingsplan kon worden opgesteld.

18 patiënten in het zorgtraject diabetes
25 patiënten kandidaat voor een zorgtraject diabetes
21 patiënten in de diabetesconventie
4 patiënten in aanmerking voor de diabetesconventie
31 patiënten alleen een diabetespas
Totaal: 99 patiënten

In het jaar voorafgaand aan de interventie werden 11 van de 18 patiënten die in de periode tussen 1 september 2009 en 31 juli 2013 reeds in het zorgtraject opgenomen waren trimestrieel correct opgevolgd met betrekking tot hun diabetes (trimestrieel diabetesconsult).

Nameting:

Nieuwe patiënten voor het zorgtraject:

Zes maanden na opstart *(van de uitvoer)* van het project waren bovenop de 18 reeds bestaande zorgtraject-patiënten, 21 nieuwe patiënten aangemeld voor het zorgtraject . Het zorgtraject werd door de verpleegkundige aan deze patiënten voorgesteld en besproken, het zorgtrajectcontract werd door de behandelende arts ondertekend en de patiënt kreeg een afspraak bij de endocrinoloog).

Van deze 21 patiënten kwamen 15 patiënten uit de subgroep 'kandidaat zorgtraject'. In deze subcategorie waren 25 patiënten door de behandelende arts geschikt bevonden als kandidaat voor het zorgtraject diabetes. Bijgevolg werd op 6 maanden tijd de doelstelling bij 60% van deze patiënten behaald.

Een tweede groep patiënten die werden aangemeld voor het zorgtraject, kwamen uit vooropgestelde subgroep 'diabetespas'.

[3] Zie bijlage 3 voor een schematische weergave van de geselecteerde populatie

15 patiënten uit de subgroep ‘kandidaat zorgtraject
6 patiënten uit de subgroep ‘diabetespas’
Totaal 21 patiënten

Zes maanden na opstart van de interventie bleek dat 13 van de 18 patiënten die vooraf reeds in het zorgtraject geïncludeerd waren, effectief om de 3 maanden een diabetesconsult hebben gekregen bij de praktijkverpleegkundige. Van de 21 patiënten die nieuw opgenomen werden in het zorgtraject, werden 19 patiënten minstens 2 keer door de praktijkverpleegkundige gezien voor een diabetesconsult. Vóór de interventie gold dit voor 8 patiënten uit deze groep.

Aantal patiënten die een trimestrieel diabetesconsult kregen: evolutie vóór t.o.v. na de interventie

Trimestriële opvolging via diabetesconsult	**Vóor de interventie**	**Na de interventie**
Patiënten in zorgtraject vóor de interventie	11/18	13/18
Patiënten in zorgtraject na de interventie	8/21	19/21

Opmerking: 9 kandidaten voor het zorgtraject diabetes werden niet in het zorgtraject opgenomen, dit kwam veelal door gebrekkige compliance, of doordat deze patiënten niet in het circuit bij de verpleegkundige geraakten.

DISCUSSIE

Samenvatting van de resultaten

Via dit praktijkverbeterend project werd bij 99 doelgroeppatiënten nagegaan of zij in aanmerking konden komen voor een zorgtraject diabetes en of de praktijkverpleegkundige een efficiënte bijdrage kon leveren. Tijdens de interventie werden de geselecteerde patiënten uitgenodigd voor een trimestrieel diabetesconsult en doorverwezen voor de opstart van het zorgtraject. De eindresultaten 6 maanden na opstart van de interventie toonden een opvallende stijging van het aantal patiënten met een zorgtraject diabetes en een striktere opvolging van hun diabetesproblematiek.

Interpretatie van de resultaten

Er was een duidelijke toename van het aantal patiënten met een zorgtraject én een toename van de trimestriële diabetesconsulten bij patiënten met een zorgtraject. Door het delegeren van deze taken naar de praktijkverpleegkundige, werd de preventieve zorg dus opgedreven zonder dat de tijdsbesteding van de huisarts werd vergroot. In de CARE-geneeskunde van de

toekomst wordt een prominente plaats toegewezen aan preventie, indien men dit vanuit de eerste lijn wil organiseren, kan een praktijkverpleegkundige dus een belangrijke rol spelen in de preventieve zorg.

De financiële verloning voor de opstart van een zorgtraject diabetes bedraagt 87.20 euro per jaar (2014), de 21 extra patiënten in het zorgtraject zorgen dus voor een extra inkomen van 1831 euro per jaar. Hierbij moet vermeld worden dat de diabetespas niet langer vergoed wordt bij patiënten met een zorgtraject diabetes. Dit bedrag volstaat uiteraard niet voor de verloning van een fulltime verpleegkundige, maar door de consultatietijd die de huisartsen dankzij dit initiatief winnen, kan alvast een deel van het honorarium van de verpleegkundige vergoed worden.

Opportuniteiten en knelpunten van het project

Door herhaalde sensibilisering worden de artsen en de praktijkverpleegkundige meer gewezen op patiënten in het zorgtraject of voor patiënten die hiervoor in aanmerking komen. Hoe vaak deze sensibilisering dient herhaald te worden werd in dit project niet onderzocht, en kan voer zijn voor een volgende studie. Het uitgewerkte protocol en de verminderde administratieve belasting zorgen dat de drempel voor de opstart van het zorgtraject diabetes voor de praktijkverpleegkundige verlaagd is. De mogelijkheid tot het delegeren van de opvolging van diabetici en van de opstart van het zorgtraject, zorgt ook voor een drempelverlagend effect bij de huisarts om de patiënt hierin te includeren.

Knelpunten zijn de heterogeniteit binnen een huisartsengroepspraktijk en de wachttijd tot een afspraak bij de endocrinoloog. Een foutieve interpretatie van de criteria kan een valkuil zijn, die door de herhaalde sensibilisering kan omzeild worden. Deze studie werd over 6 maanden gespreid, hetgeen uiteraard een te korte periode is om de lange termijneffecten van het project te evalueren. Toch zien we dat ondanks de korte duur, er wel al een duidelijke impact van de interventie zichtbaar is op de praktijkwerking. De invloed van het zorgtraject op de medische outcome van patiënten (vermindering van complicaties, verlaagde HbA1c, vermindering van morbi/mortaliteit…) kan evenals in het evaluatierapport van het RIZIV ook hier niet bepaald worden omwille van de korte duur van de studie en de kleine populatie.

De artsen- en patiëntentevredenheid werd in dit praktijkproject niet bevraagd. Een eerdere masterproef van Greta Kersschaever[X] toonde echter al aan dat het diabetesconsult naar een praktijkverpleegkundige delegeren leidt tot een verhoogde appreciatie van zowel huisarts als patiënt. Hierdoor kan men dus vermoeden dat ook deze interventie een verhoogde appreciatie bewerkstelligt.

Een belangrijke bias in deze studie is dat de patiënten die bij de praktijkverpleegkundige een diabetesconsult kregen en op basis hiervan ook in het zorgtraject diabetes geïncludeerd konden worden, vooraf geselecteerd werden door de behandelende huisarts. Vermoedelijk zijn dit dan ook patiënten zijn die meer bereid zijn om aan hun gezondheid te werken. Het blijft in de toekomst belangrijk om ook de minder gemotiveerde patiënten eveneens correct op te volgen en indien nodig in het zorgtraject op te nemen.

De toekomst

Dat dit praktijkproject ook in de toekomst kan toegepast worden blijkt uit de aanmelding van nog eens 15 extra patiënten voor het zorgtraject diabetes die oorspronkelijk niet in de

opgestelde lijst voorkwamen. Dit wil zeggen dat de artsen uit deze praktijk duidelijk meer alert zijn door de sensibilisering en dat het protocol ook rigoureus wordt toegepast. Belangrijk is hier wel dat men kritisch blijft voor de noodzakelijke criteria waaraan de patiënten moeten voldoen. Een concrete planning en tussentijdse controles zullen een correcte uitvoer moeten waarborgen. Voor andere huisartsenpraktijken die taakdelegatie overwegen, kan deze masterproef een handleiding en aanmoediging zijn.

Een werkpunt waarvoor een nieuw praktijkproject is opgestart is de noodzaak tot coderen. Tot nog toe werd dit onvoldoende toegepast maar door een aanpassing in het elektronisch medisch dossier worden de artsen nu aangespoord hun diagnoses volgens ICPC te coderen. Het statuut 'zorgtraject' wordt door de praktijkverpleegkundige standaard in het medisch dossier gecodeerd aangebracht.

CONCLUSIE

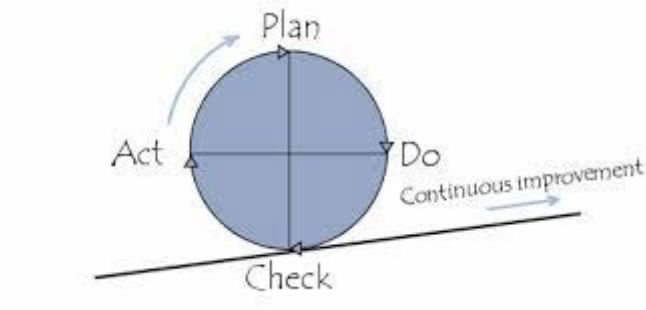
Het herhaaldelijke informeren en sensibiliseren van artsen én het opstellen van een praktijkprotocol voor de inschakeling van praktijkverpleegkundigen in het zorgtraject diabetes zorgt voor een duidelijke toename van het aantal patiënten in het zorgtraject én toont dat de opvolging van deze patiënten strikter gebeurt. Indien binnen de huisartsenpraktijken een draagvlak is hiervoor én een praktijk-gericht protocol wordt uitgewerkt, kan de coördinatie van het zorgtraject door een praktijkverpleegkundige uitgevoerd worden. Het nut van het aanstellen van praktijkverpleegkundigen in de eerste lijn, zoals via Assisteo wordt gevraagd, blijkt door deze scriptie op vlak van zorgtrajecten alvast aangetoond. Indien de financiële ondersteuning voor deze taakdelegatie eveneens wordt gerealiseerd, zal de preventieve zorg er ongetwijfeld bij baten.

FIGUREN

Figuur 1: FOCUS-principe

Find problem
Organise meeting
Clarify problem
Understand proces/**U**ncover problems
Select a strategy

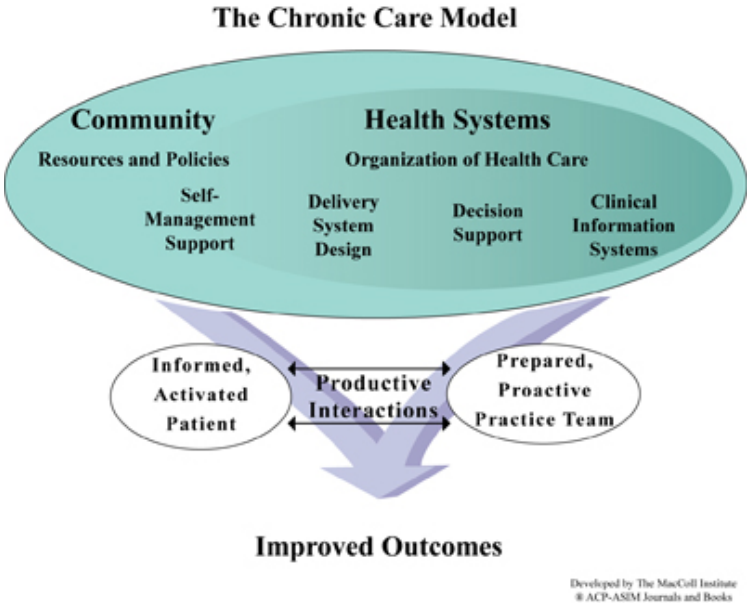
Figuur 2 : PDCA cirkel van Deming



BIJLAGEN

Bijlage 1: Zorgtraject Diabetes

De organisatie van chronische zorg behoort tot een van de kerntaken van de eerste lijn. Het delegeren van deze taken is een onontbeerlijk aspect voor een goede outcome. Het Chronic Care Model van Ed Wagner[xi] wordt door het WHO gezien als hét model om chronische zorg wereldwijd te optimaliseren. Het zorgtraject diabetes dat op 1 september 2009 van start ging is hier dan ook op gebaseerd. De huisarts is binnen het zorgtraject de spilfiguur, de specialist heeft een eerder ondersteunende rol en de patiënt wordt geactiveerd via empowerment en self-management.



Een zorgtraject organiseert en coördineert de aanpak, behandeling en opvolging van een patiënt met een chronische ziekte.[ix] De basis ligt in de samenwerking tussen de patiënt, de huisarts en de specialist. Een zorgtraject kan opgestart worden wanneer deze drie partijen een zorgtraject-contract ondertekenen.

De doelstellingen van een zorgtraject zijn:

De aanpak, behandeling en opvolging van de patiënt organiseren, coördineren en plannen op maat van zijn specifieke situatie

De dialoog stimuleren met de patiënt zodat hij zo goed mogelijk inzicht krijgt in zijn ziekte en in de opvolging ervan. Dit gebeurt door middel van een persoonlijk zorgplan

Een optimale samenwerking nastreven tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners

De kwaliteit van zorg optimaliseren.

Op deze manier tracht men binnen het zorgtraject diabetes bij diabetespatiënten die voldoen aan bepaalde criteria[xiii] een brug te slaan tussen de theoretische en de praktische benadering van de chronische behandeling.

Inclusiecriteria:	Exclusiecriteria:
• De patiënt heeft diabetes type 2 EN • 1 of 2 insuline-injecties per dag OF • Behandeling met incretinemimetica OF • Onvoldoende controle bij maximale OAD waarbij insulinebehandeling of behandeling met incretine overwogen wordt	• Diabetes type 1 • Zwangerschap(swens) • > 2 insuline-injecties per dag

Andere voorwaarden

- Ondertekening zorgtrajectcontract door patiënt, huisarts en specialist (endocrinoloog-diabetoloog of internist werkzaam in een conventiecentrum)
- GMD bij huisarts die het contract ondertekent (ten laatste binnen het jaar na start zorgtraject)
- Jaarlijks minstens 2 contacten met huisarts (raadpleging of huisbezoek) en 1 raadpleging bij specialist.
- De patiënt is in staat is tot ambulante opvolging en tot zelfzorg bij het afsluiten van het contract.

Wanneer een patiënt wordt opgenomen in het zorgtraject, zijn hier enkele voordelen aan verbonden: Er is een volledige terugbetaling van consulten, terugbetaling van gelimiteerd aantal dieet- en podologieconsulten en diabeteseducatie evenals verhoogde tegemoetkoming voor medicatie en diagnostisch materiaal in het kader van de diabetes.

Er zijn in België reeds verschillende projecten opgestart ter begeleiding van diabetespatiënten, waardoor sommige artsen en patiënten door de bomen het bos niet meer zien. Zo bestaat binnen de eerste lijn de diabetespas, het zorgtraject en het programma 'educatie en zelfzorg'; in de tweede lijn worden geselecteerde diabetici opgevolgd via de diabetesconventie.

Onderstaande tabel illustreert de voordelen die een patiënt in het zorgtraject diabetes ervaart ten opzichte van de diabetespas. Hiervoor moet de patiënt uiteraard aan bepaalde criteria voldoen.

DIABETESPAS	**ZORGTRAJECT DIABETES**
Diabetesdagboek	Diabetesdagboek (evt)
Diëtist: 2x30' → remgeld	Diëtist: 2x30' → remgeld
Podologie: 2x 45' (vanaf risico klasse 1) → remgeld	Podologie: 2x 45' (risicoklasse 1-2a-2b-3) → remgeld
	Educatie: 5 à 10x 30' → gratis
	Zelfzorgmateriaal: glucometer en meetstrips → gratis
	Consulten bij huisarts/specialist → gratis (uitz: huisbezoeken: remgeld)

In de manama-thesis van Annelies De Moor[xiv] en van Ward Rigaux en Silke De Cleyn [xv]worden naast enkele objectieve voordelen van het zorgtraject ook subjectieve voordelen besproken:

Betere outcome voor de patiënt
Betere multidisciplinaire samenwerking
Centralisering van de zorg naar eerste lijn/huisarts
Continuiteit van de zorg
Tegemoetkoming aan de nood voor educatie
Verhoging van patient-empowerment
Opbouwen van structuur voor opvolging
Verhogen van maatschappelijke aandacht voor chronische zorg
Forfait als stimulans voor de huisarts
Zelfzorgmateriaal als stimulans voor patiënten

Toch blijkt dat in praktijk vele huisartsen nog geen zorgtrajecten toepassen bij hun patiënten, Ward Rigaux en Silke De Cleyn onderzochten welke knelpunten de opstart van het zorgtraject diabetes bemoeilijken:

Informatie en communicatie ontoereikend
Administratieve belasting
Gebrek aan praktijkondersteuning en tijdsgebrek
Onduidelijkheid omtrent inclusiecriteria
Gebrek aan bekendheid van o.m. educatoren in de eerste lijn
Overaanbod aan informatie voor de patiënt versus hiaten binnen die informatie

Aandacht blijft nodig voor bio-psycho-sociale aspect van de patiënt met diabetes
Partner moet ook betrokken worden in de educatie

Bijlage 2: Protocol

1. KANDIDAAT ZT VASTLEGGEN: Praktijkverpleegkundige/Huisarts
    i. Nu: Lijst: patiënten uitnodigen
    ii. Toekomst:
        1. Sensibiliseren artsen tot alert zijn voorwaarden
        2. VPK: bij HbA1c>7 bij pt met 2 of meer soorten antidiabetica of insuline tot 2/d → HA verwittigen via mail
        3. Patiënten huisbezoek: VPK: opstarten, 1x/j op huisbezoek, rest van huisbezoeken door HA

2. PATIËNT INFORMEREN: Praktijkverpleegkundige
    i. Doel en voorwaarden bespreken
    ii. Contract (bijlage 1) ondertekenen
    iii. GMD checken!!
    iv. Opvolgplan met pt bespreken: 4*/j bij VPK, bespreking bij HA (bijlage 2)
    v. Verwijsbrief voor specialist (bijlage 3) – lijst (bijlage 13)

3. 2e CONSULT: Praktijkverpleegkundige (administratief consult)
    i. Patiënt brengt contract terug na ondertekenen HA/PT/SPEC
    ii. Kopie versturen naar adviserend geneesheer mutualiteit
    iii. Mutualiteit stuurt bevestiging naar HA/PT/SPEC
    iv. Noteren start- en einddatum/educator/specialist… in basisinfo
    v. → documenten worden in bakje HA gelegd

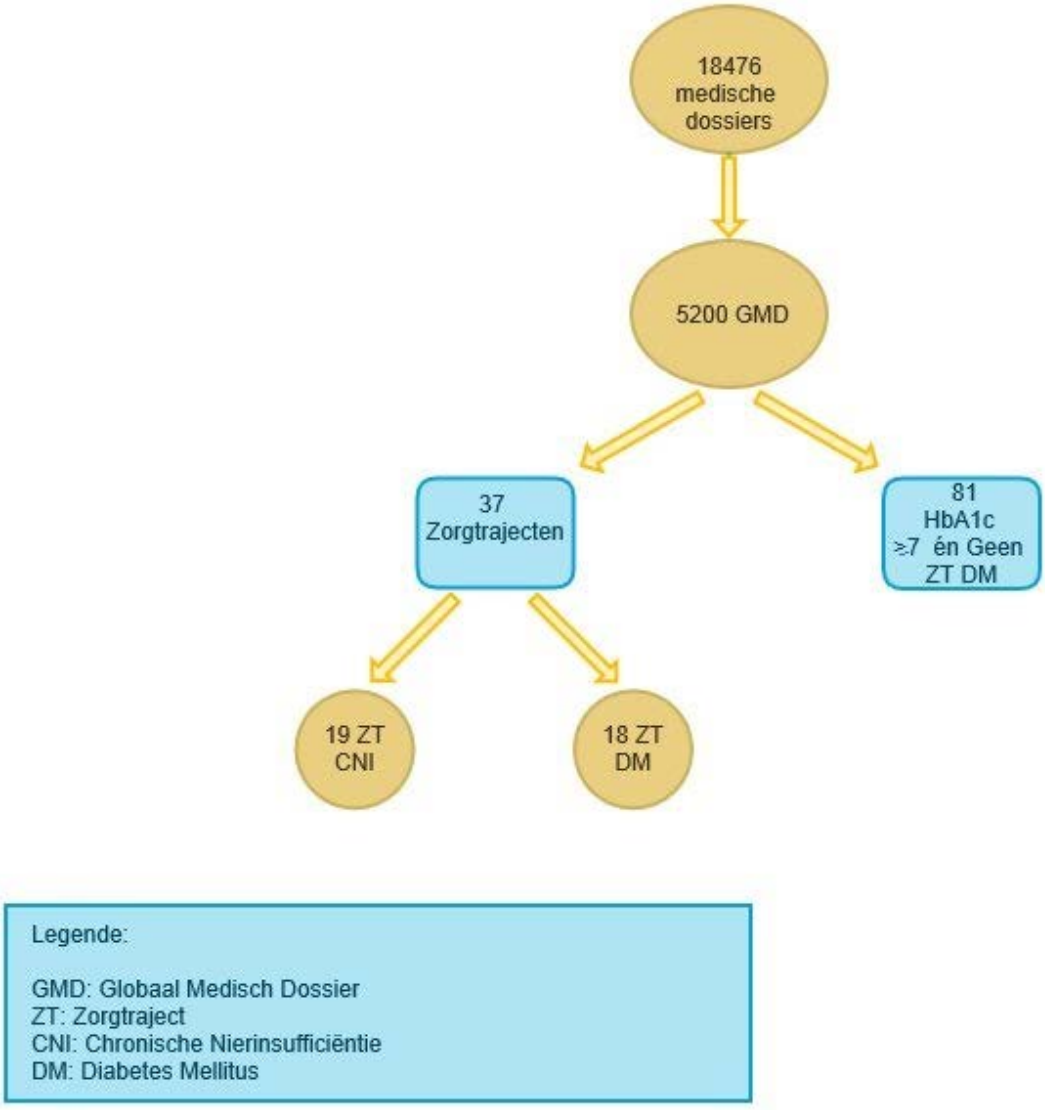
4. VERWIJZINGEN: Huisarts
    i. DM educator:
        1. voorschrift (bijlage 4)- verwijsbrief (bijlage 5) – lijst (bijlage 13)
        2. verplicht igv:
            a. Start of verandering insuline/incretine: 5*30’ - 1vs
            b. HbA1c>7,5: 2*30’ – 2vs
            c. Nieuwe glucometer: 1*30’ – 1vs
        3. Volledig terugbetaald
    ii. Zelfzorgmateriaal
        1. Glucometer: voorschrift (bijlage 6) – attest DMeducator (bijlage 7): om de 3j
        2. Strips 3*50 + Lancetten 100: om de 6m (bijlage 6)
        3. Medicatie: patiënt betaalt remgeld
        4. Consultaties HA/SPEC: volledig terugbetaald (niet HAIO/ASO)
    iii. Podoloog

1. Niet verplicht
2. 2*45’/jaar op voorschrift (op te stellen bijlage 8) – verwijsbrief (bijlage 9) –lijst (bijlage 13)
3. Patiënt betaalt remgeld

iv. Diëtist

1. Niet verplicht
2. 2*30’/j op voorschrift (bijlage 10)-verwijsbrief – lijst (bijlage 13)

Bijlage 3: *Populatieselectie*:



Bijlage 4: lijst van de gebruikte afkortingen

FTE: Full Time Equivalent

KCE: Belgian Health Care Knowledge Centre

RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

LMN: Lokaal Multidisciplinair Netwerk

NHG: Nederlandse Huisartsen Genootschap

WHO: World Health Organisation

ICPC: International Classification of Primary Care

Bijlage 5: Referentielijst

[i] Pacolet J, Deliège D, Swine C. Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België: synthese. *Working Papers DGSOC (nr. 1)*. FOD Sociale Zekerheid: Brussel. 65 p. 2005.

[ii] Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 190A.

[iii] Meeus P, Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde, Een check-up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). 2012.

[iv] Schoenmakers B, Aertgeerts B, De Lepeleire J et al. De Vlaamse huisarts anno 2013: Op kruissnelheid naar verandering. 2014.

[v] Academisch Platform Chronische Zorg. Voorstel tot Multidisciplinaire Praktijkondersteuning Chronische Zorg: "ASSISTEO". 2013

[vi] Rigaux W, De Cleyn S, Wens J. Diabetes zorgtraject in de (huisartsen)praktijk: kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een Zorgtraject Diabetes. Masterproef 2012.

[vii] Wens J, Nobels F, et al. WVVH-VDV Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: diabetes mellitus type 2. Berchem/Gent: WvvH/VDV. 2005.

[viii] Nolte E., Knai C., McKee M. Managing Chronic Conditions. Experience in eight countries. WHO. Observatory Studies Series N°15. On behalf of the European Observatory on Health

[ix] RIZIV.Zorgtrajecten. www.zorgtraject.be

[x] Van Kersschaever G., Remmen R., Genevrois L. Substitutie van artsen door verpleegkundigen voor opvolging van diabetes patiënten. Een pilootstudie in een wijkgezondheidscentrum. Masterproef 2010.

[xi] Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving Primary Care for patients with chronic illness. JAMA. 2002. October 09; 288(14): 1775-1779

[xii] http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

[xiii] www.lmn-sameninzorg.be

[xiv] De Moor A, Avonts D, Schrans D. Evaluatie zorgtraject diabetes mellitus type 2 op mesoniveau: regio Waasland-West. Masterproef 2012.

[xv] Rigaux W, De Cleyn S, Wens J. Diabetes zorgtraject in de (huisartsen)praktijk: kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een Zorgtraject Diabetes. Masterproef 2012.