De kwaliteit van de zorg voor chronische patiënten in het forfaitair financieringssysteem van groepspraktijk 'Renfort' in Molenbeek

Masterproef huisartsopleiding

Hanne Bosselaers
Mei 2012

Promotor

Pol De Vos, ITG Antwerpen

Praktijkopleider

Leen Vermeulen

Abstract

Context

In 2005 schakelde de groepspraktijk 'Renfort' in Molenbeek over op het forfaitair financierings-systeem zoals de andere praktijken van Geneeskunde voor het Volk. In dit systeem evolueerde de praktijk tot een multidisciplinair eerstelijnscentrum.
De vast ingeschreven patiëntenpopulatie consulteert zonder financiële drempel en de continuïteit van de zorg is beter verzekerd. Doordat de arts niet langer per prestatie vergoed wordt, is er meer ruimte voor preventie en gezondheidsvoorlichting. In theorie is er in dit systeem een betere geïntegreerde zorg voor chronische patiënten mogelijk.

Onderzoeksvraag

Welke invloed heeft het invoeren van het forfaitair betalingssysteem op de kwaliteit van de zorg voor chronische patiënten met diabetes type 2 en/of hypertensie binnen de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Molenbeek?

Methode

1/ Alle patiënten met diabetes type 2 en/of hypertensie die in de praktijk opgevolgd worden sinds 2004 of vroeger werden geselecteerd: 46 dossiers. Per patiënt en per jaar werden het totaal aantal consultaties, het aantal opvolgconsulten voor diabetes en/of hypertensie, het aantal correct geregistreerde HbA1c's en bloeddrukken en de waarden van bloeddruk en HbA1c uit de elektronische dossiers gebruikt voor een beschrijvende kwantitatieve analyse.
2/ Er werd een inleidend interview afgenomen bij de 2 vaste huisartsen van de praktijk. Op basis van de door de artsen aangehaalde thema's werd een interview met open vragen opgesteld en afgenomen bij 20 patiënten van de 46, 10 met hypertensie en 10 met diabetes type 2, voor een kwalitatieve analyse.

Resultaten

Het totaal aantal consultaties per patiënt per jaar stijgt tussen 2004 en 2011.
Het aantal opvolgconsulten per patiënt en het aantal geregistreerde HbA1c's en bloeddrukken blijft ongeveer gelijk. Er is geen verbetering van de waarden van HbA1c en bloeddruk te meten in de kleine studiepopulatie.
De artsen vinden het een voordeel verantwoordelijk te zijn voor een vaste populatie. Ze leggen meer nadruk op preventie en educatie dan voor de forfait.
De patiënten zijn unaniem tevreden over het financiële aspect van het forfaitsysteem. Het belang van een vaste arts die hen goed kent en die een centraal medisch dossier bijhoudt, wordt benadrukt door de patiënten.

Conclusie

De kwaliteit van de zorg voor chronische patiënten in de groepspraktijk 'Renfort' is in verschillende opzichten verbeterd in het forfaitair financieringssysteem.
De functie van de huisarts als ingangspoort van het gezondheidszorgsysteem is versterkt. De praktijk is toegankelijker en het vertrouwen in een vaste huisarts is gegroeid.
De huisarts kan beter optreden als coach door meer tijd aan gezondheidsvoorlichting te besteden. Een aantal patiënten is nog niet frequent genoeg opgevolgd en/of heeft een matige glycemie- of bloeddrukcontrole. Voor deze patiënten zou het proactief oproepen voor controles een hulp kunnen zijn.
De synthese van alle gezondheidsinformatie kan nog beter in deze praktijk: 1/door betere, uniforme registratie in het EMD en 2/door betere communicatie met de 2^{e} lijn.

Inhoudstafel

1. Inleiding en theoretisch kader **4**
1.1 Persoonlijke motivatie 4
1.2 Theoretisch kader 5
1.2.1 Rapport KCE, 2008 *5*
1.2.2 De huisarts als ingangspoort, coach en synthese *6*
1.2.3 Opvolging diabetes en hypertensie: de aanbevelingen *7*

2. Doelstelling en onderzoeksvraag **9**

3. Methode **10**
3.1 Selectie patiënten met hypertensie en/of diabetes 10
3.2 Kwantitatief onderzoek, dossierstudie 10
3.3 Kwalitatief onderzoek 11

4. Resultaten en bespreking **13**
4.1 Prevalentie diabetes type 2 en hypertensie in de praktijk vs. Brussel 13
4.2 Conclusies uit het inleidend interview met 2 huisartsen 15
4.3 Kwantitatieve resultaten 16
4.3.1 Het totaal aantal contacten per jaar (PC/Y) *16*
4.3.2 Het aantal opvolgconsulten voor diabetes of hypertensie per jaar *20*
4.3.3 De HbA1c- en bloeddrukwaarden *24*
4.3.4 Contacten in de 2e lijn *26*
4.4 Kwalitatieve en semikwantitatieve analyse van 20 patiënteninterviews 27
4.4.1 Inleiding *27*
4.4.2 Demografische kenmerken *27*
4.4.3 Frequentie van opvolging en subjectieve gezondheid *28*
4.4.4 Zelfzorg en informatie *29*
4.4.5 Invoering van het forfaitair betalingssysteem *32*

5. Discussie **36**
5.1 Kwantitatieve resultaten 36
5.2 De kwaliteit van de zorg in 4 benaderingen 37

6. Besluit voor de praktijk **39**

Referenties 40

Dankwoord 41

Bijlagen
Bijlage 1: Interview met 2 vaste huisartsen 42
Bijlage 2: Interview met chronische patiënten 44

1. Inleiding en theoretisch kader

1.1 Persoonlijke motivatie

Ik startte mijn huisartsopleiding in de groepspraktijk 'Renfort' van Geneeskunde voor het Volk in Molenbeek. De praktijk ligt in het centrum van Molenbeek en er werken 2 vaste huisartsen, een HAIO, een verpleegster, een diëtiste, een verantwoordelijke voor beheer en organisatie, een administratief forfait-verantwoordelijke en 3 onthaalmedewerkers.
Molenbeek was onbekend terrein voor mij. In deze Brusselse wijk wonen voornamelijk kroostrijke migrantengezinnen, de meerderheid van Marokkaanse afkomst. In de 'Renfort' consulteert een mix van Belgen, Marokkanen, zwarte Afrikanen, Oost-Europeanen, Pakistanen,... Ik was onmiddellijk gecharmeerd door het kleurrijke publiek dat interessante uitdagingen meebrengt voor een groene huisarts in opleiding.
De praktijk werd in 1998 opgericht door mijn praktijkopleidster, Dr. Leen Vermeulen. Een tweede huisarts, Dr. Chris Deprédomme, startte er in 2000. Door de jaren groeide het team en organiseerde de praktijk zich tot een multidisciplinair medisch centrum. In 2005 werd er overgeschakeld van betaling per prestatie naar een forfaitair betalingssysteem, zoals in de andere praktijken van Geneeskunde voor het Volk.
Voor 2005 werd er gewerkt aan terugbetalingstarief. De patiënten betaalden per consultatie en kregen vervolgens volledige terugbetaling bij de mutualiteit. Het "derde betaler"-systeem werd enkel gebruikt voor de patiënten met OCMW steun. De enige financiële drempel zat dus in het voorafbetalen van het terugbetalingstarief op de consultatie.
Tijdens de consultatie viel het mij snel op dat de patiënten zich erg thuis voelen in de praktijk en een groot vertrouwen hebben in hun dokters. Het feit geen geld te moeten vragen per contact en de vrijheid om mensen een opvolgconsult aan te bieden zonder financiële gevolgen ervoer ik vanaf het begin als een enorm voordeel. Ik voelde het aan als een veel eerlijker en kwaliteitsvoller systeem dan de betaling per prestatie waar de arts er financieel voordeel bij heeft zoveel mogelijk consultaties te doen.

Als onderwerp voor mijn masterthesis leek het mij interessant te onderzoeken welke invloed de invoering van het forfaitsysteem heeft op de kwaliteit van de zorg en de tevredenheid van de patiënten in mijn opleidingspraktijk.
Ik koos voor de chronische patiënten met diabetes mellitus type 2 en/of hypertensie als studiepopulatie om de kwaliteit van de zorg voor en na de invoering van de forfait te bekijken. Chronische patiënten vormen een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie en ze moeten regelmatig contact hebben met hun huisarts voor hun opvolging en behandeling. Ze hebben over het algemeen te maken met verschillende zorginstellingen. Voor de opvolging van diabetes en hypertensie zijn er duidelijke richtlijnen voor de eerste lijn, die bruikbaar zijn als kwaliteitsindicatoren.

Om een beter inzicht te krijgen in de huidige werking en de mogelijke pijnpunten heeft dit onderzoek een inleidend interview met beide vaste huisartsen als basis. Ik vroeg hen naar hun ervaringen voor en na de forfait en naar hun verwachtingen in verband met de kwaliteit van de zorg en de tevredenheid van de patiënten.
Ze spraken over voordelen voor de arts: o.a. geen getuigschriften meer, het overzicht over de ingeschreven populatie dat kansen biedt voor beter dossierbeheer, preventie en gezondheids-voorlichting.
Ze voelen aan dat niet meer betalen op de consultatie een voordeel is voor de patiënten. De patiënten lijken meer vertrouwen te hebben in de praktijk. Er is meer tijd om zelfzorg en eigenwaardegevoel bij de patiënt te stimuleren.

Een aantal zaken lopen nog niet zoals het zou moeten. In Brussel blijft het moeilijk om een goede communicatie te onderhouden met de 2e lijn, door de grote diversiteit aan ziekenhuizen en privékabinetten, de tweetaligheid en de hoge turnover van specialisten.
Ze hebben de indruk dat de EMD's beter beheerd worden sinds de forfait, maar er is zeker nog ruimte voor verbetering.

Na het interview met de artsen stelde ik mij volgende vragen:

- Welke ideeën hebben de chronische patiënten over hun opvolging in onze praktijk? Komen deze overeen met wat de artsen vertellen?
- Is er een verbetering te meten 1/van de opvolging van de diabetes mellitus type 2- en hypertensiepatiënten in het aantal consulten, 2/ van hun bloeddruk of HbA1c-waarden na de invoering van de forfait?
- Hoe zit het met de dossierregistratie voor en na de forfait?

1.2 Theoretisch kader

In België zijn er twee financieringssystemen in de huisartsgeneeskunde: betaling per prestatie (fee for service) en het forfaitair betalingsysteem (capitation fee), waarbij de mutualiteit een vast bedrag per maand betaalt aan de huisarts of praktijk waar de patiënt zich ingeschreven heeft.
Er zijn in België 3 organisaties die forfaitaire praktijken groeperen: in Wallonië de "Fédération des maisons médicales" met 89 praktijken (1), in Vlaanderen de "Vereniging van wijkgezondheidscentra" met 20 praktijken (2) en nationaal zijn er de 11 praktijken van Geneeskunde voor het Volk (3). Daarnaast zijn er nog een klein aantal individuele praktijken die op het forfaitair betalingssysteem overschakelden. Volgens cijfers uit een rapport van het kenniscentrum uit 2008 werkt een kleine minderheid van de huisartsen in België forfaitair, ongeveer 2% (4).

Het is duidelijk dat het gebruikte betalingssysteem een belangrijke invloed heeft op de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn. Er zijn weinig waardevolle RCT's die 'fee for service' en 'capitation fee' als systeem kunnen vergelijken, onder andere omdat een nieuw systeem vaak wordt ingevoerd zonder dat er nadien goede controlegroepen te identificeren zijn (5). Er zijn uiteraard enorme verschillen in het gebruik van gezondheidsdiensten per land en soort populatie.

De bestaande literatuur suggereert dat:
• de huisartsen die forfaitair werken sneller doorverwijzen naar andere zorgniveaus en meer geneesmiddelen voorschrijven;
• de totale zorguitgaven beter worden beheerd in het forfaitaire systeem o.a. door minder hospitalisaties;
• het forfaitaire systeem leidt tot een betere zorgkwaliteit op vlak van coördinatie, continuïteit en toegankelijkheid (4);

1.2.1 "Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België", Rapport KCE, 2008

Volgens de vergelijkende studie van het kenniscentrum uit 2008 vertonen de forfaitpraktijken zoals ze nu werken in België niet dezelfde nadelen die beschreven worden in de literatuur.

Het forfaitair systeem is toegankelijker omdat de gezondheidskost die de patiënt draagt lager is. Hij betaalt geen remgeld in de eerste lijn en heeft gemiddeld minder ziekenhuiskosten.
De totale uitgaven in de tweedelijnszorg en voor geneesmiddelen zijn duidelijk lager voor de patiënten in de forfait, in tegenstelling tot wat de internationale literatuur suggereert.

In België worden de aanbevelingen, bv voor antibiotherapie en preventieve onderzoeken, beter gevolgd in het forfaitair systeem. Hiervoor zijn 2 mogelijke redenen : 1/ het feit dat preventieactiviteiten niet vergoed zijn, is minder voelbaar voor artsen werkzaam in de forfait. Zij verdelen hun tijd over alle activiteiten die ze nuttig vinden.
Ook de kost voor de patiënt telt: in het forfaitair systeem hoeft de patiënt niet te betalen voor een preventief consult. De arts kan gemakkelijker al zijn patiënten uitnodigen voor preventieve consulten, ook de kansarmen. Het is net deze groep die het meeste baat heeft bij goede preventie omdat ze over het algemeen meer risicofactoren hebben.
2/ De meeste forfaitpraktijken zijn multidisciplinaire groepspraktijken wat ervoor zorgt dat men gemakkelijker reageert op de aanbevelingen en efficiënter preventiecampagnes organiseert.

Een veel gehoorde kritiek op het forfaitair betalingssysteem is dat de praktijken die op deze manier werken liever mensen met weinig gezondheidsproblemen zouden inschrijven, omdat deze minder zorg vragen en toch evenveel geld opbrengen dan mensen die vaak ziek zijn.
De theoretische 'risicoselectie' in het voordeel van minder zieke mensen lijkt in België niet aanwezig bij de forfaitpraktijken, integendeel. Hun populatie heeft zeker geen minder zware morbiditeit en is gemiddeld jonger en armer(4).

1.2.2 De huisarts als ingangspoort, coach en synthese

Om goede kwaliteit en efficiëntie te garanderen is de organisatie van een gezondheidszorgsysteem in niveaus en een goede relatie tussen die verschillende niveaus nodig.
De eerste lijn is 1/ de ingangspoort voor het gezondheidssysteem, 2/ de coördinator van de weg die de patiënt in het systeem aflegt en 3/ de integratie en synthese van alle gezondheidsinformatie over de patiënt (6).
In het forfaitair systeem is een arts, of groep artsen, verantwoordelijk voor een welomschreven populatie van ingeschreven patiënten die in de omgeving van de praktijk wonen.

Door deze organisatie kan de huisarts zijn rol als ingangspoort, coach en synthese goed opnemen:

1. de toegankelijkheid van de eerste lijn is maximaal in het forfaitsysteem. De patiënt ondervindt geen financiële drempel om bij zijn huisarts te consulteren. Door zijn inschrijving ligt vast welke arts of praktijk voor hem verantwoordelijk is en deze praktijk ligt geografisch dicht bij zijn thuis.
2. de huisarts is verplicht goed te communiceren met de 2^{e} lijn zodat de patiënt gemakkelijk van de juiste zorg gebruik kan maken. Hij is hierbij zeker dat de patiënt na verzorging op een ander niveau bij hem zal terugkeren. De arts heeft een goed overzicht over zijn populatie, waardoor hij meer gerichte preventie en gezondheidsvoorlichting en – opvoeding kan leveren.
3. om de synthesefunctie te vervullen houdt de huisarts een EMD bij per patiënt. Het feit dat een patiënt vast ingeschreven is, maakt het uiteraard gemakkelijker om alle informatie te centraliseren.

Voor de chronische patiënt is deze integrale zorg door de huisarts onmisbaar. Chronische patiënten hebben naast een goede opvolging met oog voor al hun problemen ook regelmatig motivatie en leefstijladvies nodig.

1.2.3 Opvolging diabetes en hypertensie: de aanbevelingen

Om te bepalen welke voorwaarden vervuld moeten zijn voor een goede opvolging voor diabetes type 2 en hypertensie bekeek ik de bestaande aanbevelingen voor België. Voor diabetes type 2 vergeleek ik de aanbeveling van Domus Medica (8) met de Nederlandse NHG standaard (9).

Diabetes mellitus type 2

Er zijn in België verschillende vormen van terugbetaling voor mensen met diabetes type 2, naargelang hun behandeling en niveau van glycemiecontrole:

Diabetespas

Alle diabetespatiënten hebben recht op een 'diabetespas', een papieren opvolginstrument waar medicatie, klinische en biochemische opvolging en glycemie dagprofielen in kunnen genoteerd worden. Voor elke patiënt met diabetespas is er jaarlijks terugbetaling voor 2 x 30min dieetadvies bij een erkend diëtiste en 2 x voetzorg bij een podoloog als er een verhoogd voetrisico is (= verminderd gevoel op monofilamenttest).

Zorgtraject diabetes type 2

Sinds september 2009 kan de huisarts voor diabetes type 2 patiënten onder maximale orale behandeling of met 1 of 2 insuline inspuitingen een 'zorgtraject' afsluiten (7). Het zorgtraject is een contract tussen de patiënt, de huisarts en de endocrinoloog. Het doel van dit zorgtraject is de communicatie tussen de verschillende hulpverleners en de patiënt te verbeteren en de chronische zorg grotendeels naar de eerste lijn te brengen. De huisarts is hierbij de coördinator van de diabeteszorg.
Als voorwaarde voor een zorgtraject geldt dat de patiënt 1 keer per jaar bij de endocrinoloog op consultatie gaat en daarnaast minstens 2 keer bij de huisarts. Hij krijgt bij de start van het zorgtraject 5 uur educatie van een erkend eerstelijns diabeteseducator, de volgende jaren is dit 1 uur, bij problemen kunnen 2 extra uren worden toegevoegd.
In het zorgtraject krijgen patiënten hun glucometer en meetmateriaal ook terugbetaald na voorschrift door de huisarts en met formulier van de diabeteseducator.

Samenvatting zorgtraject (7):

Wie ?	**# Opvolgingsconsulten**	**Bijkomende onderzoeken / verrichtingen**
Diabetes type 2 patiënten met: Maximale orale behandeling en slechte glycemiecontrole Of 1 of 2 inspuitingen insuline/d	Terugbetaald in zorgtraject: Voorwaarden voor zorgtraject schuin gedrukt *1x/j endocrinoloog* *Min 2x/j huisarts* Educator 1e lijn : bij start 5u/j, opvolging 1u/j, bij problemen 2u/j extra Diëtiste : 2x 30min/j Podoloog , bij risico: 2 sessies/j	Aanbevolen bij alle patiënten in het zorgtraject, aantal x/j niet vastgelegd: Controle HbA1c, nuchtere glycemie, bloeddruk, LDL chol, BMI 1x/j : Anamnese : cardiovasculaire en neurologische complicaties Oogfundusonderzoek Voetonderzoek Labo: creatinine, MDRD klaring, microalbumine Vaccin influenza/pneumokok

In onze praktijk is de ervaring met het zorgtraject tot hiertoe eerder beperkt. We volgen niet veel patiënten die ervoor in aanmerking komen. De weinige ervaringen zijn niet eenzijdig positief, waarschijnlijk omdat nog niet alle endocrinologen goed geïnformeerd zijn over het doel de werking van dit zorgtraject. Bepaalde patiënten werden na ondertekening van het zorgtraject nog steeds elke drie maanden uitgenodigd voor een consultatie bij de endocrinoloog.

Diabetesconventie

Patiënten met diabetes type 2 die snelwerkende insulines gebruiken (= 3 of meer inspuitingen) worden toegewezen aan een conventiecentrum voor diabetes, waar ze consulteren bij de diabetoloog en ook educatie, dieetadvies en voetzorg krijgen. Ze genieten een volledige terugbetaling voor alle consultaties, insuline en glycemie meetmateriaal.
Deze patiënten worden tussentijds door de huisarts opgevolgd, in samenspraak met het conventiecentrum. In de praktijk merken we dat deze groep vaak zelfs bij goede glycemiecontrole systematisch driemaandelijks afspraken krijgt bij de diabetoloog in het ziekenhuis. De rapportering vanuit het conventiecentrum aan de huisarts is niet altijd optimaal. We slagen er als huisarts soms moeilijk in een goed overzicht te bewaren over de diabetesopvolging bij deze patiënten, vooral bij degenen die niet vaak bij ons consulteren.

Aanbevelingen: Domus Medica en NHG

Zowel Domus Medica als NHG bevelen een driemaandelijks diabetesconsult bij de huisarts aan voor alle diabetespatiënten. De inhoud van dit consult is licht verschillend. Zo is de bepaling van HbA1c volgens Domus Medica voor alle patiënten elke 3 maanden aanbevolen, NHG beveelt dit aan voor degenen die 2-4 inspuitingen insuline gebruiken, voor de anderen volstaat een bepaling van de nuchtere glycemie en jaarlijks een HbA1c.
Verder zijn er geen grote verschillen (zie samenvatting).

Aanbeveling Domus medica « Diabetes mellitus type 2 » okt 2009

Wie ?	**# Opvolgingsconsulten**	**Bijkomende onderzoeken / verrichtingen**
Alle DM2 patiënten	**3 maandelijks bij HA :** Leefstijladvies Anamnese : therapietrouw, symptomen van hypo/hyperglycemie Labo HbA1c + nuchtere glycemie BD, gewicht, voetonderzoek bij risico	**Jaarlijks:** Idem als driemaandelijkse onderzoek. Bijkomend onderzoek: - bloedafname (nuchter) voor lipidemie en serumcreatinine - urineonderzoek (ochtendstaal) voor micro-albumine - vaccinaties (influenza, pneumokok) - verwijzing voor oogfundusonderzoek

NHG standaard « diabetes mellitus type 2 » maart 2006

Wie ?	# Opvolgingsconsulten	Bijkomende onderzoeken / verrichtingen
Alle DM2 patiënten	**3 maandelijks bij HA :** Voedings/bewegingsadvies Anamnese: algemeen welzijn, hypo/hyperglycemie, therapietrouw Gewicht, nuchtere glycemie, voetonderzoek bij risico, BD bij gebruik antihypertensiva Bij 2-4 insuline inspuitingen : dagprofiel + HbA1c om de 3-6m	**Jaarlijks:** Anamnese : visus, cardiovasculair, neurologisch, seksuele problemen BD, gewicht, voetonderzoek, Insuline : spuitplaatsen inspecteren Labo : nuchtere glycemie, HbA1c, kalium bij diuretica, lipiden, albumine/creat ratio of albumine op ochtendurine Oogfundusonderzoek

Hypertensie

Hypertensie is een belangrijke cardiovasculaire risicofactor. De opvolging en behandeling van hypertensie kadert dus in een globaal cardiovasculair risicobeheer waarbij de patiënt ingedeeld wordt in de risicogroepen voor cardiovasculaire mortaliteit: hoog, matig of laag risico.
De streefwaarde voor de bloeddruk bij iemand zonder comorbiditeit (nierlijden, DM, ..) is < 140/90 mmHg. Bij geassocieerde diabetes type 2 is dit </= 130/80.
Domus Medica beveelt aan bij een stabiele bloeddruk elke 3 à 6 maanden een bloeddrukcontrole te doen (10).

Aanbeveling Domus Medica "Hypertensie" nov. 2009

Wie ?	# Opvolgingsconsulten	Bijkomende onderzoeken/2elijn
Alle hypertensiepatiënten Indelen in **Hoog-matig-laag** CVrisico op basis van aanwezigheid andere CV risicofactoren.	Tot BD gestabiliseerd : maandelijks Dan **elke 3-6m** Streefwaarde zonder comorbiditeit : < 140/90 **Met DM2 :** Elke 3m, streefwaarde </=130/80	**Jaarlijks** herevaluatie CVrisico en orgaanschade Labo : creatinine Ifv comorbiditeit of alarmtekenen : - ECG - Urine : eiwit - Glycemie, lipiden Verwijzen naar cardiologie : Jonger dan 40j Therapieresistent (combinatie 3 antiHT) Secundaire HT, posturale HT

2. Doelstelling en onderzoeksvraag

In deze studie onderzoek ik welke invloed het invoeren van het forfaitair betalingssysteem heeft op de kwaliteit van de zorg voor chronische patiënten met diabetes type 2 en/of hypertensie binnen de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Molenbeek.

Ik bestudeerde hierbij :

- de ideeën van de patiënten en hun tevredenheid over hun chronische zorg
- de kwaliteit van hun opvolging aan de hand van de frequentie van hun consulten en de bloeddrukken en HbA1c's genoteerd in het EMD.

POPULATION
Patiënten met de chronische ziekten diabetes type 2 en/of hypertensie in groepspraktijk 'Renfort' te Molenbeek sinds 2004 of vroeger.
INTERVENTION
Invoering van het forfaitair betalingssysteem in 2005
COMPARISON
Betaling per prestatie voor 2005
OUTCOME
Kwaliteit van de chronische zorg
Kwalitatief: tevredenheid en ideeën van patiënten
Outcome-maten: parameters uit het EMD

3. Methode

3.1 Selectie patiënten met hypertensie en/of diabetes

Uit het totaal van 1632 patiënten ingeschreven in de forfait in 2011 selecteerde ik met de zoek-functie van Medidoc eerst alle patiënten met de diagnose hypertensie (HT) of diabetes type 2 (DM) in 2 aparte lijsten.
Vervolgens hield ik diegenen over die volgens hun dossier hun diagnose en hun eerste contact in de praktijk hadden in 2004 of eerder. 01/01/2005 is het moment waarop de praktijk overschakelde naar het forfaitair betalingssysteem.

Hypertensie : Query medidoc « ICPC K86 hypertensie » : **98 dossiers**
↓
Diagnose + eerste contact **voor 2005** : **36 dossiers**

Diabetes : Query medidoc « diabetes » : **69 dossiers**
↓
Diagnose + eerste contact **voor 2005** : **23 dossiers**

8 van deze patiënten hebben zowel hypertensie als diabetes van voor 2005 en zitten dus in beide groepen.
Ik bekeek manueel de 51 dossiers (36 HT, 23 DM, waarvan 8 HT + DM) en schrapte nog 5 dossiers om volgende redenen:

36 met hypertensie (HT): 1 dossier geschrapt wegens slechts 1 contact voor 2005
23 met diabetes (DM): 1 dossier geschrapt : eerste consultatie 02/2005
1 dossier geschrapt: eerste consultatie 12/2005
1 dossier geschrapt: eerste consultatie 01/2007
1 dossier geschrapt: opvolging gedurende enkele jaren gestaakt wegens verblijf in het buitenland en terug gestart in 2010

Dit gaf de volgende verdeling van de groepen:

- DM **11 (totaal DM: 19)**
- HT **27 (totaal HT: 35)**
- DM+HT **8**

Ik hield een totaal van **46** dossiers over voor deze studie.

3.2 Kwantitatief onderzoek, dossierstudie

Ik bestudeerde de 46 dossiers in Medidoc en haalde er telkens manueel volgende gegevens uit:

- Het totaal aantal consulten per jaar
- Het aantal diabetes of hypertensie opvolgconsulten per jaar
  Nb: Een diabetesconsult is een consult waarin het voor diabetes voorziene protocolscherm in Medidoc gebruikt werd.
  Een hypertensieconsult is een consult waarin de bloeddruk gemeten en correct geregistreerd werd en medicatie werd voorgeschreven of advies ivm hypertensie werd gegeven.
- De HbA1c- en bloeddrukwaarden en wanneer deze geregistreerd werden
- Het aantal geregistreerde verwijzingen naar de 2e lijn voor de chronische ziekte en de aanwezigheid van een verwijsbrief en/of rapport in het EMD

3.3 Kwalitatief onderzoek

Om een beter idee te krijgen van de verwachtingen van de 2 artsen die respectievelijk sinds 1998 en 2000 in de praktijk werken over de invloed van de forfait deed ik met elk van hen apart een inleidend interview (zie bijlage 1).
De artsen spraken over de volgende voor hen belangrijke thema's:

- Preventie en educatie op de voorgrond
- Empowerment, het stimuleren van zelfzorg en eigenwaardegevoel bij de patiënt
- Het financieel en administratief aspect
- Het vertrouwen in de praktijk lijkt gegroeid: de arts-patiënt relatie is verbeterd vanuit het standpunt van de artsen
- Vooruitgang in het beheer van de EMD's door het werken met een vaste populatie
- Kwaliteitsverlies door slechte communicatie met de 2e lijn

Ik verwerkte deze thema's in het interview met open vragen voor de patiënten om de verwachtingen van de artsen bij hen te kunnen toetsen.
Het interview (zie bijlage 2) bestaat uit een informatief deel dat vraagt naar opleidingsniveau, herkomst, andere zware pathologie, medicatie, het stadium van de chronische ziekte en het soort opvolging.
Het tweede deel zijn 14 open vragen, als volgt gestructureerd:

- Subjectieve gezondheid (1)
- Informatie en educatie(3-4)
- Forfaitsysteem: toegankelijkheid, financieel aspect, inschrijving (5-8)
- Taakverdeling arts-patiënt, zelfzorg (2, 10)
- Beheer van het EMD (9)
- Communicatie met andere patiënten, zelfzorg in groep (12)
- Multidisciplinair werken: verpleegster (13)
- Tevredenheid over de zorg in 2e lijn (14)

Ik interviewde 10 patiënten met diabetes en 10 met hypertensie uit de lijsten met 19 diabetici en 27 hypertensiepatiënten. 10 geïnterviewde patiënten per pathologie blijkt voldoende om alle thema's van het interview te behandelen. Ik kreeg verschillende visies te horen, maar dezelfde ideeën keerden ook terug doorheen de interviews.
De afspraken voor de interviews werden gemaakt tijdens een consultatie bij 1 van de 3 artsen (2 collega's en mezelf) of telefonisch. De patiënt kreeg hierbij de keuze om naar de praktijk te komen of het interview thuis af te leggen.
Ik deed 12 interviews op de praktijk en 8 bij patiënten thuis. 17 interviews deed ik in het Frans, waarvan 1 met de dochter van de geïnterviewde patiënt als tolk, 2 in het Engels en 1 in het Nederlands.
De interviews werden letterlijk uitgetypt in de gebruikte taal.
De patiënten met zowel diabetes als hypertensie deelde ik voor de interviews bij de diabeten in, omdat diabetes steeds hun belangrijkste probleem was. Van de 10 geïnterviewde diabetespatiënten waren er 6 met enkel diabetes en 4 met diabetes en hypertensie.
20 interviews : 10 HT en 10 DM

- HT **10**
- DM **6**
- DM + HT **4**

Na het beëindigen van de 20 interviews, nam ik ze één voor één door en schematiseerde de verschillende antwoorden per vraag/thema.

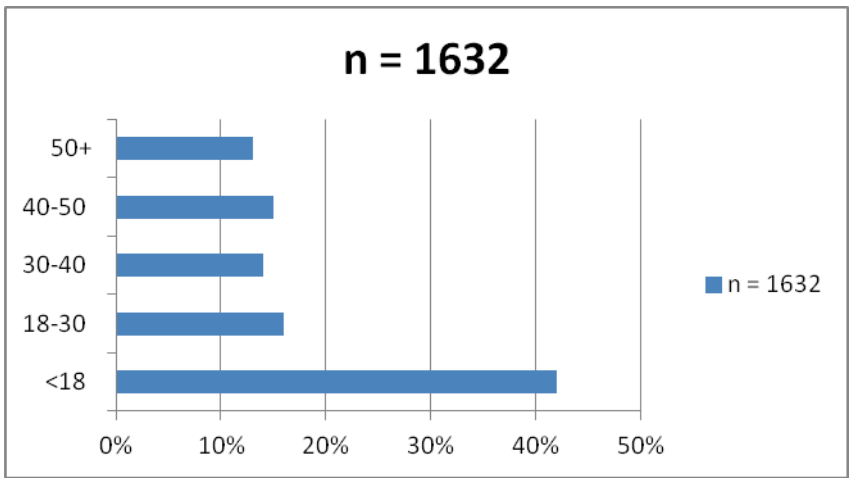
4. Resultaten en bespreking

4.1 Prevalentie diabetes type 2 en hypertensie in de praktijk vs. Brussel

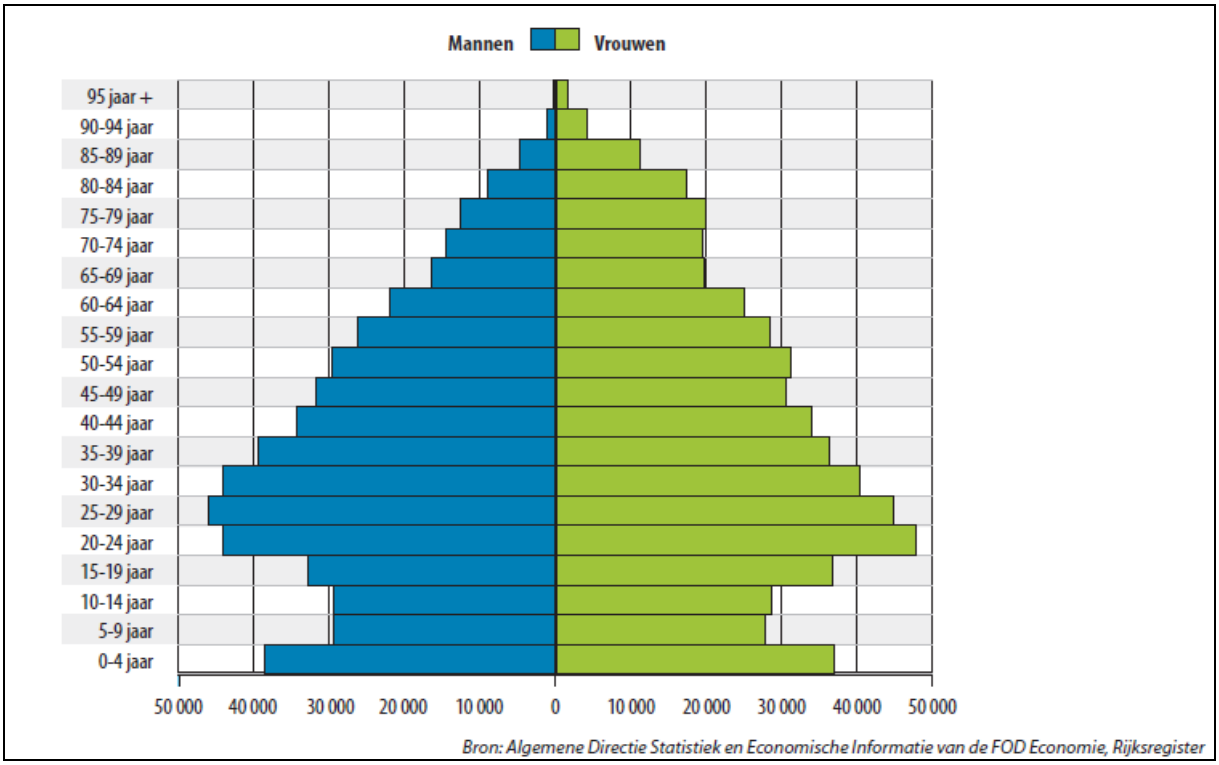
Als ik de prevalentie voor hypertensie en diabetes in onze praktijk vergelijk met die voor België en het Brussels gewest, zie ik voor hypertensie een veel lagere prevalentie en voor diabetes een iets hogere:

	Prevalentie hypertensie	**Prevalentie diabetes**
Praktijk (totaal ingeschreven pten = 1632)	**6% (n=98)**	**4,2% (n=69)**
Gezondheidsenquête ISP 2008, België (11)	**12,7%**	**3,4%**
Gezondheidsindicatoren Brussels gewest 2010 (12)	**10,4%**	**3,6%**

Hypertensie
Er zijn verschillende mogelijke redenen waarom de prevalentie van hypertensie in onze praktijk zo laag (6%) ligt vergeleken bij de Brusselse prevalentie (10,4%).
Mogelijk is er een onderregistratie is van de diagnose 'hypertensie' in de EMD's, waardoor het aantal hypertensiepatiënten uit Medidoc een onderschatting is van het echte aantal.
De populatie van de praktijk is heel jong, 42% is jonger dan 18 jaar, zie tabel 1. Ter vergelijking vinden we in tabel 2 het bevolkingshistogram van het Brussels Gewest in 2008. De jonge leeftijd van het grootste deel van onze patiënten kan een reden zijn voor de lagere prevalentie van hypertensie.
Het percentage mensen dat volgens het rapport van het "Observatorium voor gezondheid en welzijn Brussel-hoofdstad" uit 2010 verklaart aan hoge bloeddruk te lijden stijgt sterk met de leeftijd: van minder dan 5 % tussen 25 en 34 jaar tot 10 % tussen 45 en 54 jaar en meer dan 30 % bij 65-plussers (12).



Tabel 1: Verdeling patiëntenpopulatie 'Renfort' in leeftijdsgroepen



Tabel 2: Bevolkingshistogram van het Brussels gewest op 1/1/2008

Diabetes

De prevalentie van diabetes in onze praktijk is 4,2%, terwijl de Brusselse prevalentie 3,6% is. Ondanks de jonge populatie hebben we dus toch meer diabeten dan men zou verwachten. Dit wordt verklaard door het laag opleidingsniveau en de Marokkaanse afkomst van een groot deel van onze patiënten, zoals het "Observatorium gezondheid en welzijn Brussel-hoofdstad" vermeld in zijn rapport uit 2010 over de gezondheidsindicatoren van het Brussels gewest:

"Er zijn duidelijke sociale ongelijkheden voor diabetes, in het bijzonder bij vrouwen. Het risico op diabetes (gestandaardiseerd voor leeftijd) ligt voor de laagstgeschoolden driemaal hoger dan dat voor mensen met een diploma hoger onderwijs. Daarnaast, onafhankelijk van het opleidingsniveau, hangt ook de Turkse of Marokkaanse nationaliteit samen met een verhoogd risico op diabetes bij vrouwen. Deze ongelijkheden in verband met diabetes kunnen grotendeels worden verklaard door de ongelijkheid ten opzichte van obesitas"(12).

4.2 Conclusies uit het inleidend interview met 2 huisartsen

Volledig interview: zie bijlage 1.

Als basis voor het interview met de 20 chronische patiënten gebruikte ik de belangrijke punten aangehaald door de 2 huisartsen in de praktijk in een inleidend interview met elk van hen apart.

Beide artsen schatten de zorg voor chronische patiënten in als ongeveer de helft van hun totale workload. Ze vinden het een voordeel dat het dossier van deze patiënten toegewezen is aan 1 verantwoordelijke arts. Ook over de verhouding autochtonen-allochtonen in de praktijk zijn ze het eens: ongeveer 10% autochtonen en 90% allochtonen.
De grootste groepen chronische patiënten in de praktijk zijn volgens de artsen: diabeten, hypertensiepatiënten en mensen met chronische psychosociale problemen.

De rol van de verpleegkundige kan volgens één van de artsen duidelijker worden ingevuld met een vast protocol voor sommige aandoeningen. De andere arts vindt tussentijdse consulten bij de verpleegkundige zonder tussenkomst van de arts voorlopig te vergaand.

Beiden vinden een betere planning van de consultaties, met mogelijkheid tot herhaling van adviezen en preventieve interventies een voordeel van de forfait. Er is geen financiële drempel om iemand een extra consultatie aan te bieden.
Eén van de artsen voelt aan dat het vertrouwen van de patiënten in de praktijk gegroeid is, ze voelen zich meer 'thuis' door hun inschrijving. Ze vermeldt ook een tijdswinst door minder administratie voor de artsen en waardevolle statistische gegevens over de vaste patiëntenpopulatie.

De versterkte patiënteneducatie sinds het forfaitsysteem vergroot volgens beide artsen de zelfstandigheid van de chronische patiënten. Barrières voor de stimulatie van een goede zelfzorg zijn: taal, cultuur, opleidingsniveau. Eén van de artsen denkt dat informatie geven over hun ziekte aan kleine groepen patiënten een gunstig effect zou kunnen hebben. Dit gebeurt voorlopig nog niet.
De andere arts vermeldt de sociale activiteiten op de praktijk, zoals o.a. de nieuwjaarsreceptie en het patiënten-feestcomité, als een stimulans van het eigenwaardegevoel van de chronische patiënt.

De chronische zorg in het gezondheidszorgsysteem in Brussel heeft volgens beide artsen nog veel zwakke punten. Vooral de gebrekkige taakverdeling, rapportering en communicatie tussen eerste en tweede lijn zorgt voor kwaliteitsverlies.

Beide artsen verwachten een grotere tevredenheid bij de patiënten over het financiële aspect. Eén van de artsen verwacht dat de chronische patiënten zich ook zelfstandiger voelen door meer educatie dan voor de forfait. Ook voor de objectieve parameters verwachten beiden een verbetering, voornamelijk door beter beheer van de EMD's.

4.3 Kwantitatieve resultaten

De 46 geselecteerde patiënten hebben hypertensie of diabetes en een eerste contact in de praktijk in of voor 2004. De gegevens die ik uit de EMD's haalde zijn dus volledig voor de 46 dossiers vanaf het jaar 2004. Voor de patiënten die hun eerste contact hadden in de jaren voor 2004 verzamelde ik de gegevens vanaf ten vroegste 2000. Sommigen hadden hun diagnose al voor hun eerste contact in onze praktijk, anderen werden in de jaren na hun eerste contact gediagnosticeerd met hypertensie of diabetes. Voor deze laatste groep verzamelde ik de gegevens vanaf de start van hun opvolging voor hypertensie of diabetes. Ik gebruikte de gegevens vanaf het eerste jaar waarin ze een contact hadden in het eerste kwartaal van dat jaar.

Dit geeft volgend aantal dossiers per jaar:

	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
DM	11	12	12	17	**19**
HT	8	13	20	27	**35**
DM + HT	4	5	5	8	**8**
Totaal	15	20	27	36	**46**

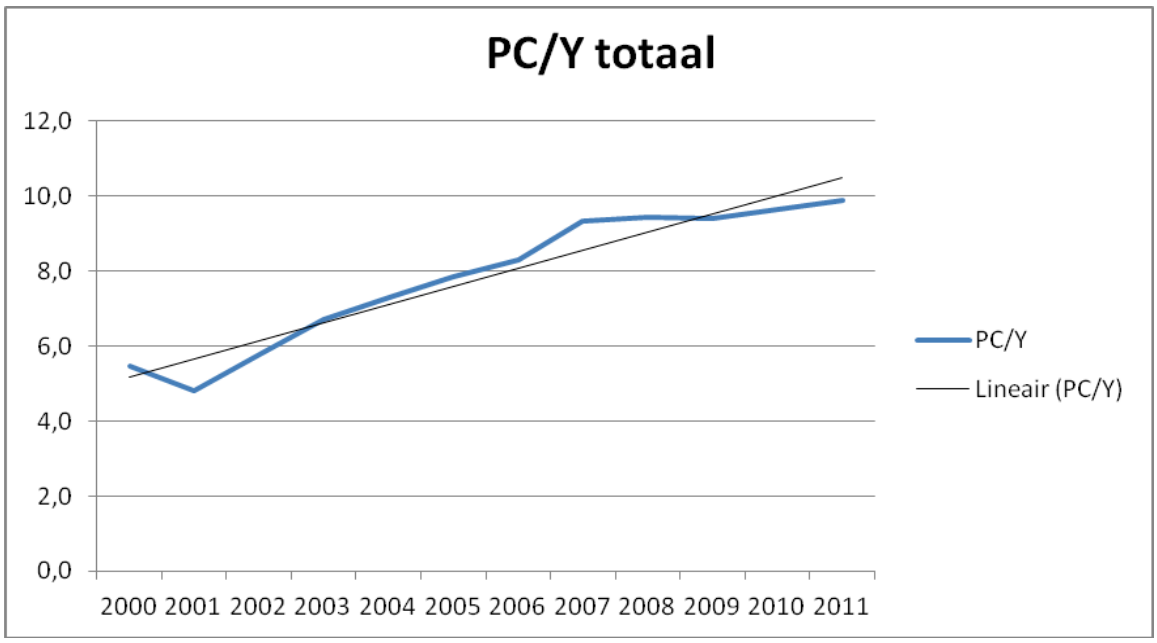
De patiënten die tussen 2004 en 2011 periodes van niet langer dan 1 jaar in het buitenland hebben doorgebracht, heb ik niet geëlimineerd.

4.3.1 Het totaal aantal contacten per jaar (PC/Y)

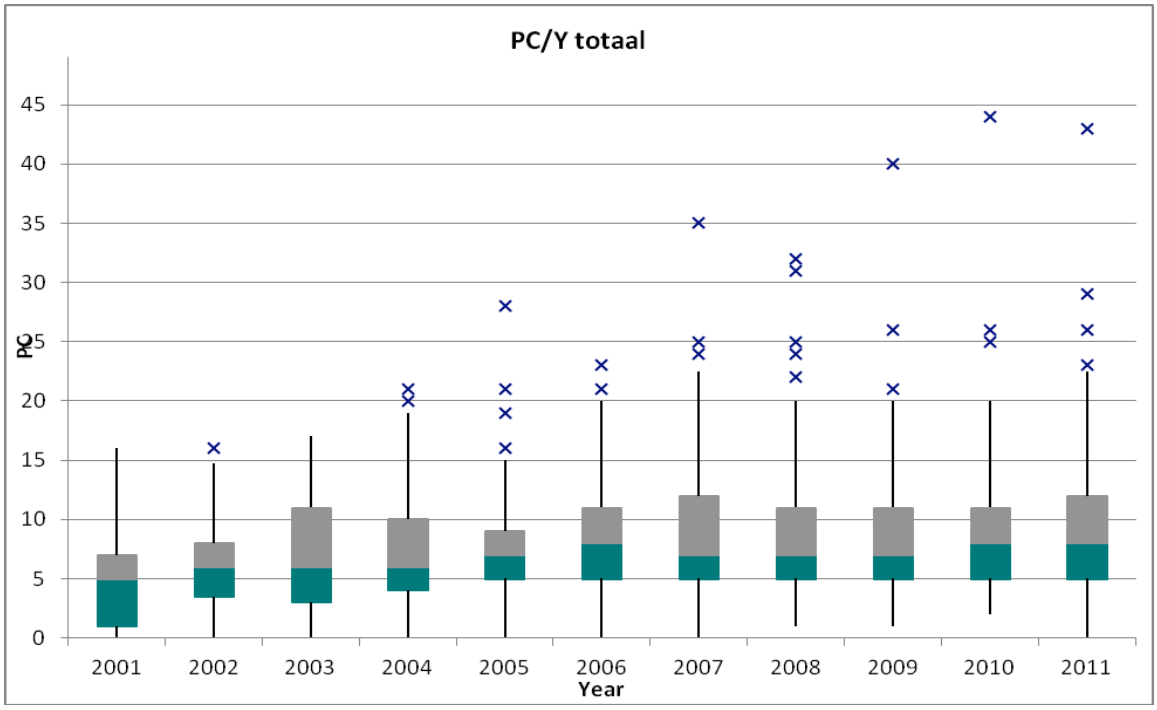
Het totaal aantal contacten per patiënt per jaar stijgt duidelijk tussen 2000 en 2011 in de groep van 46 patiënten met diabetes en/of hypertensie.

Grafiek 1: Het gemiddelde gaat van 5,5 patient contacts/year (PC/Y) in 2000 (n=15) naar 7,3 in 2004, 7,8 in 2005 en 9,9 in 2011 (n=46).

Grafiek 2: De mediaan is 5 in 2001 (n=15), 6 in 2004, 7 in 2005 en 8 in 2011 (n=46). We zien vanaf 2005 steeds enkele patiënten die zeer vaak consulteren (> 25x/j). Dit zijn mensen die naast hun diabetes of hypertensie meerdere belangrijke gezondheidsproblemen hebben die van dicht moeten opgevolgd worden.



Grafiek 1: gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar (PC/Y) vanaf 2000, n=15 tot 46



Grafiek 2: spreiding van het aantal contacten per patiënt per jaar (PC/Y) vanaf 2001, n= 20 tot 46

De stijging van het aantal contacten per patiënt per jaar hangt volgens mij samen met het groeiend engagement van de patiënten voor hun chronische opvolging in onze praktijk. Dit engagement bevestigt zich in 2005 wanneer ze beslissen om zich in te schrijven. De groep die ik bestudeer bestaat natuurlijk enkel uit patiënten die vandaag nog steeds ingeschreven zijn. Deze mensen voelden zich vanaf het begin goed in onze praktijk en zijn daarom gebleven. Ik heb geen gegevens over het aantal diabeten of mensen met hypertensie die bij de invoering van het forfaitsysteem of in de jaren daarna afhaakten.
Tegelijkertijd komen de chronische patiënten ook frequenter met acute problemen o.a. door een met de jaren toenemend vertrouwen in de vaste huisartsen. De patiënten ervaren dat je bij de huisarts met gelijk welk medisch probleem terecht kan.

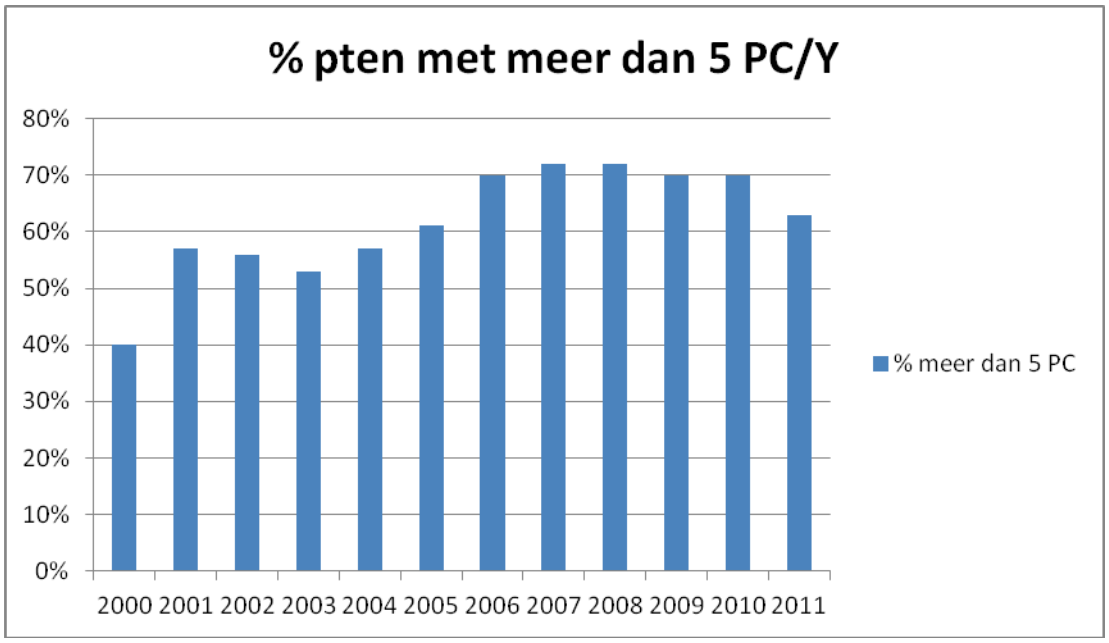
Met de toenemende leeftijd komen er bij sommigen nieuwe gezondheidsproblemen bij.

De stijging is niet sterker tussen 2005 en 2011 dan tussen 2000 en 2005. De gevolgde groep is wel kleiner voor 2004 (zie hoger).

Het feit dat het totaal aantal consultaties per patiënt verder stijgt na 2005 zou een effect van het forfaitair systeem kunnen zijn. De ingeschreven patiënten consulteren niet meer bij een andere huisarts en ondervinden geen enkele financiële drempel meer om te consulteren.

Grafiek 3: Het deel van de 46 patiënten die per jaar meer dan 5 contacten hebben wordt groter met de tijd. Van 2001 tot 2004 zit het tussen 50 en 60%, vanaf 2005 stijgt het tot 70%.

Tussen 2010 en 2011 is er opnieuw een daling van dit percentage van 70% naar 63%.
Sinds 2010 is er in de praktijk een verpleegster. Zij neemt een deel van de zorgen over die vroeger bij de arts gebeurden. Zo doet zij bijvoorbeeld de bloednames vlak voor een opvolgconsult en andere verpleegkundige taken zoals wondzorg, bloeddrukcontrole, enz. Bij de kleine groep chronische patiënten die zelden voor acute problemen consulteert is dit een logische verklaring voor deze daling.

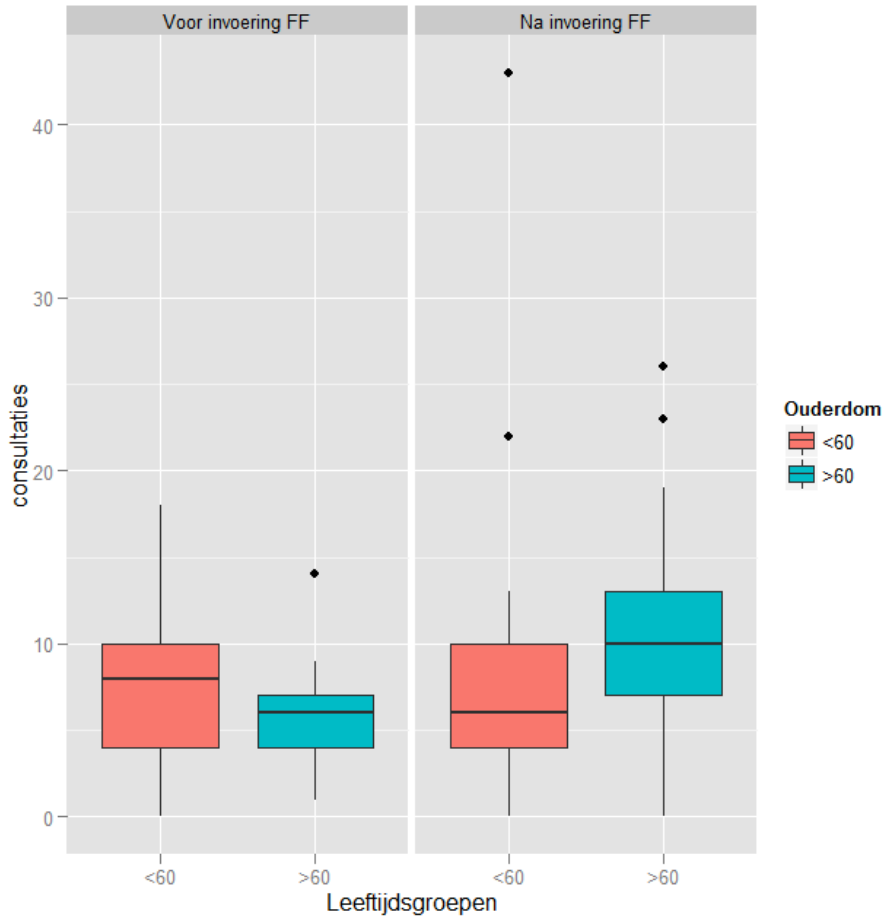


Grafiek 3: % patiënten met meer dan 5 PC/Y, n= 15 tot 46

Leeftijdseffect
Men zou verwachten dat oudere patiënten frequenter consulteren omdat ze doorgaans meer gezondheidsproblemen hebben.
Om de relatie te onderzoeken tussen de toenemende leeftijd en het aantal consultaties per patiënt per jaar deel ik de groep hypertensiepatiënten (n=27) in in 2 groepen: jonger dan 60j en ouder dan 60j. Voor deze 2 groepen vergelijk ik het aantal consultaties in 2004 (voor invoering FF) en in 2011 (na invoering FF).

De verdeling over de groepen is als volgt:

Leeftijd	<60j	>60j
2004 n=	18	9
2011 n=	14	13



Grafiek 4: Totaal aantal consultaties voor hypertensiepatiënten (n=27) in 2004 en 2011 per leeftijdsgroep: <60j en >60j.

2004
Het gemiddelde aantal consultaties voor de jongere groep is 7,6, voor de oudere groep 6,1.
p-waarde = *0.3923*

2011
Het gemiddelde aantal consultaties voor de jongere groep is 9,9, voor de oudere groep 11,2.
p-waarde = *0.6971*

Er in deze groep zowel voor als na de forfait onvoldoende bewijs om te zeggen dat de leeftijd van de patiënt een invloed heeft op het aantal keer dat hij per jaar consulteert.
Het is opvallend dat de oudere groep voor de forfait minder en na de forfait meer frequent consulteerde dan de jongere groep.

Forfaiteffect
Als we het totaal aantal consultaties in de groep hypertensiepatiënten (n=27) vergelijken tussen de jaren 2004 en 2011 stellen we een stijging vast. Als we een gepaarde t-test toepassen is de p-waarde 0.1724. Het significantieniveau is 0.05, dus er is niet voldoende bewijs om over een significante stijging te spreken.
De studiepopulatie is relatief klein en er is een grote spreiding van het aantal consultaties per patiënt.

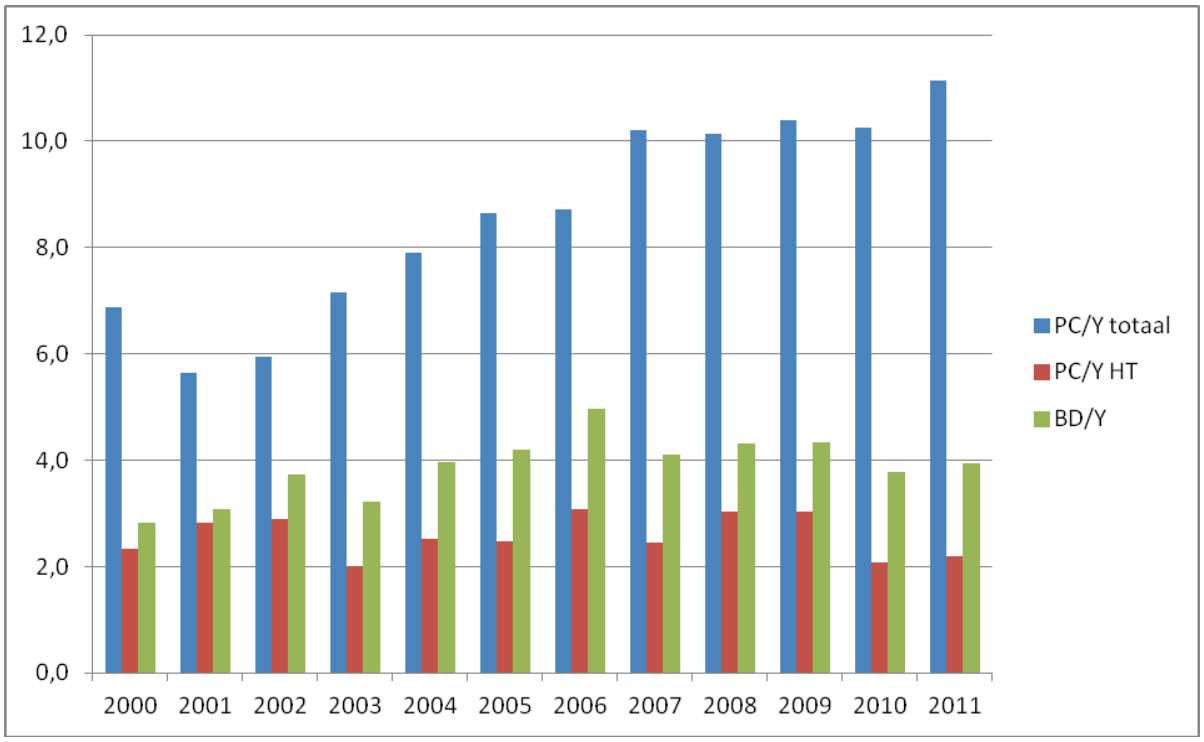
4.3.2 Het aantal opvolgconsulten voor diabetes of hypertensie per jaar

4.3.2.1 Hypertensie

Grafiek 5 toont het gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar voor de groep hypertensiepatiënten, eerste balk; het gemiddeld aantal opvolgconsulten voor hypertensie per patiënt per jaar, tweede balk; en het gemiddeld aantal correct geregistreerde bloeddrukmetingen per patiënt per jaar, derde balk (n= 8 tot 35).

In de groep hypertensiepatiënten is de stijging van het gemiddelde totaal aantal contacten per patiënt per jaar ook duidelijk.

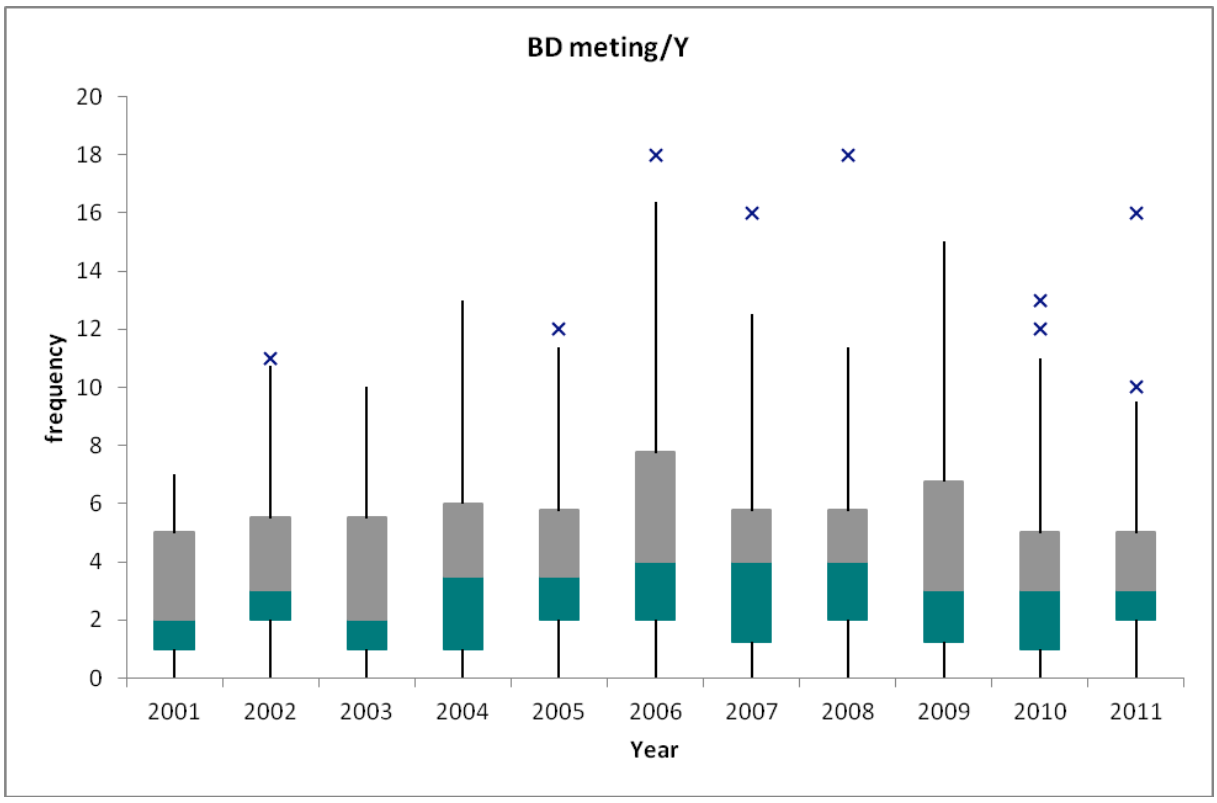
Het gemiddeld aantal opvolgconsulten voor hypertensie varieert van 2000 tot 2011 tussen 2 en 3.
De richtlijn van Domus Medica beveelt 2 consulten per jaar aan voor goed gecontroleerde hypertensie.
Het gemiddeld aantal correct geregistreerde bloeddrukken ligt sinds 2004 rond de 4 per patiënt per jaar.



Grafiek 5 Hypertensie: totaal aantal PC/Y, PC/Y voor opvolging hypertensie, aantal bloeddrukmetingen/Y
n=8 tot 35

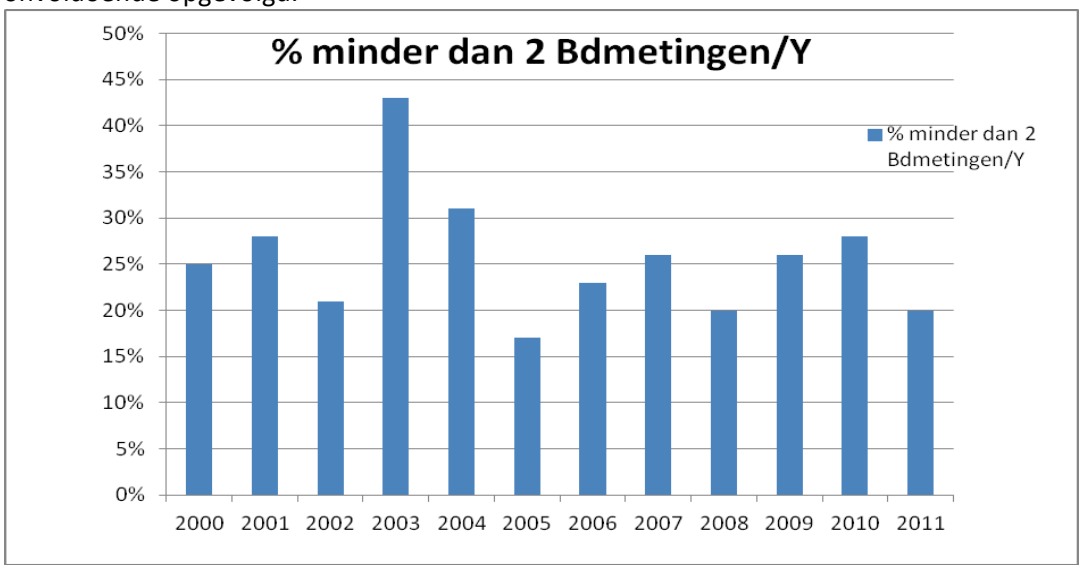
Ik telde als opvolgconsult voor hypertensie enkel die consulten mee waar de bloeddruk correct in het parameterscherm geregistreerd werd en waar in het journaal een advies over hypertensie of een voorschrift voor antihypertensiva terug te vinden is.
Ik merkte dat vooral in de beginjaren de bloeddruk niet altijd in het parameterscherm genoteerd werd. Er is dus een onderschatting van het aantal reële bloeddrukmetingen door deze registratiefouten.
De opvolging van hypertensie zit vaak vervat in een consult voor een ander probleem. Hier wordt behalve de bloeddruk niet altijd iets over genoteerd in het EMD. Waarschijnlijk gebeurt de opvolging van hypertensie in realiteit dus frequenter dan deze cijfers suggereren. Er is een onderregistratie.

Grafiek 6 toont de spreiding van het aantal geregistreerde bloeddrukken per patiënt per jaar. De mediaan ligt vanaf 2004 op 3, voordien was deze lager. Dit kan erop wijzen dat de bloeddrukken sinds 2004 frequenter gemeten en/of beter geregistreerd worden.



Grafiek 6 Hypertensie: de spreiding van het aantal bloeddrukmetingen per patiënt per jaar vanaf 2001
n= 13 tot 35

Grafiek 7: Het percentage hypertensiepatiënten waarvoor minder dan 2 bloeddrukmetingen per jaar geregistreerd werden, varieert vanaf 2005 tussen 20 en 25%. In 2011 is 1 op 5 hypertensiepatiënten onvoldoende opgevolgd.



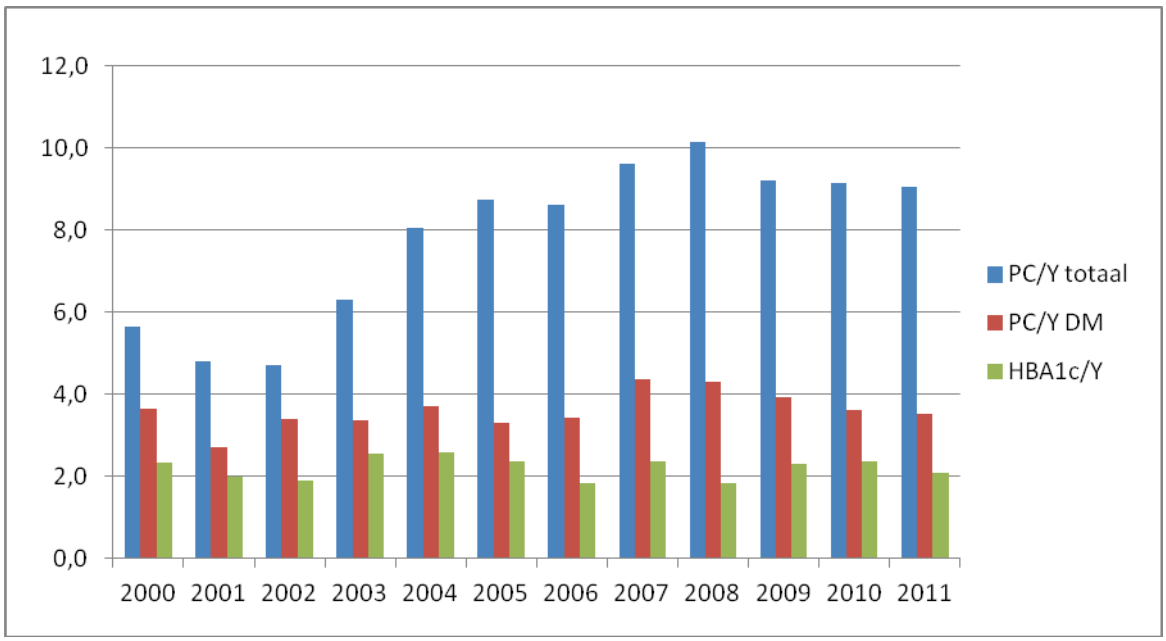
Grafiek 7: Het percentage van de groep hypertensiepatiënten (n= 8 tot 35) waarvoor minder dan 2 bloeddrukmetingen geregistreerd per jaar.

4.3.2.2 Diabetes type 2

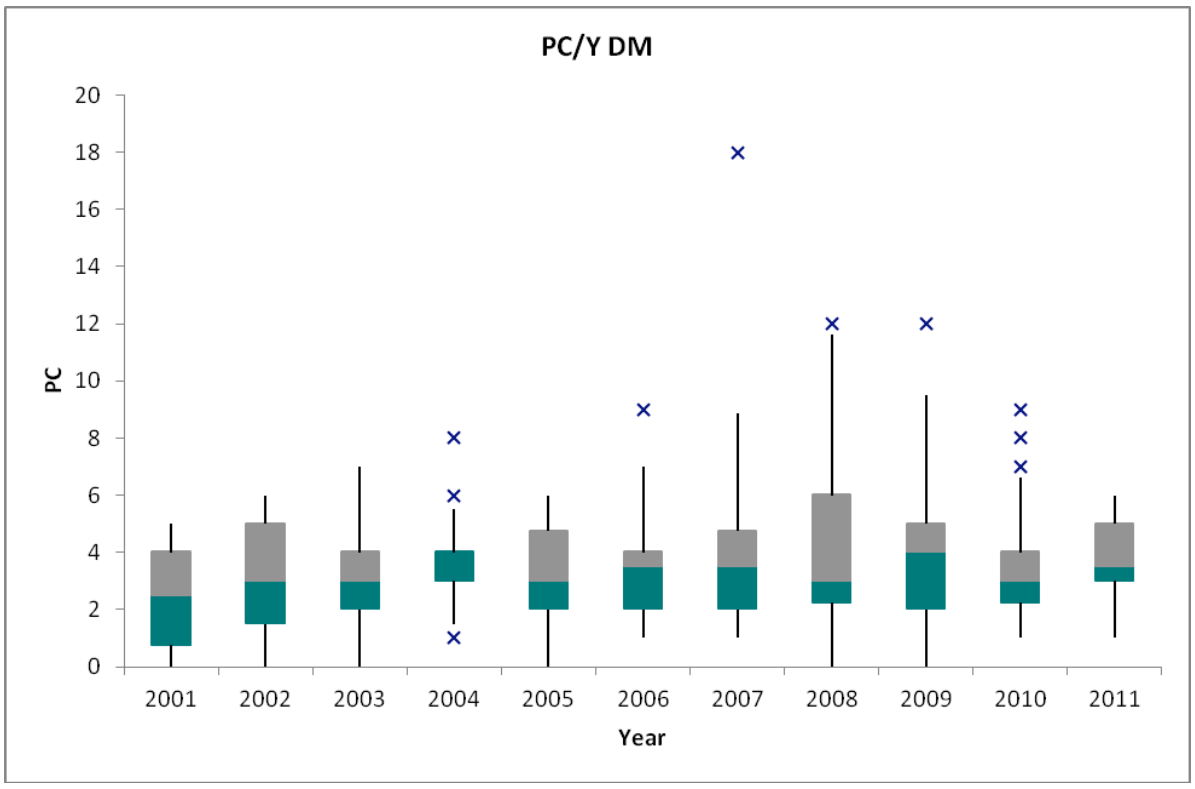
Grafiek 8 toont het gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar voor de groep diabetes-patiënten, eerste balk; het gemiddeld aantal opvolgconsulten voor diabetes per patiënt per jaar, tweede balk; en het gemiddeld aantal geregistreerde HbA1c-waarden per patiënt per jaar, derde balk (n= 11 tot 19).

Grafiek 9 geeft de spreiding weer van het aantal opvolgconsulten voor diabetes per patiënt per jaar.

Het gemiddeld aantal opvolgconsulten voor diabetes ligt sinds 2000 tussen 3 en 4. De mediaan varieert eveneens tussen 3 en 4 over de jaren. Er is geen stijging met de tijd, de frequentie van opvolging blijft ongeveer constant voor en na 2005.
De richtlijnen bevelen voor alle diabeten een driemaandelijks consult bij de huisarts aan.
Het gemiddeld aantal geregistreerde HbA1c's ligt rond de 2 per patiënt per jaar.
Volgens het rapport van het kenniscentrum uit 2008 (4) hadden in het forfaitaire praktijken minder dan 20% van de diabeten 4 HbA1c-registraties per jaar, 70% had minstens 1 geregistreerd HbA1c per jaar.

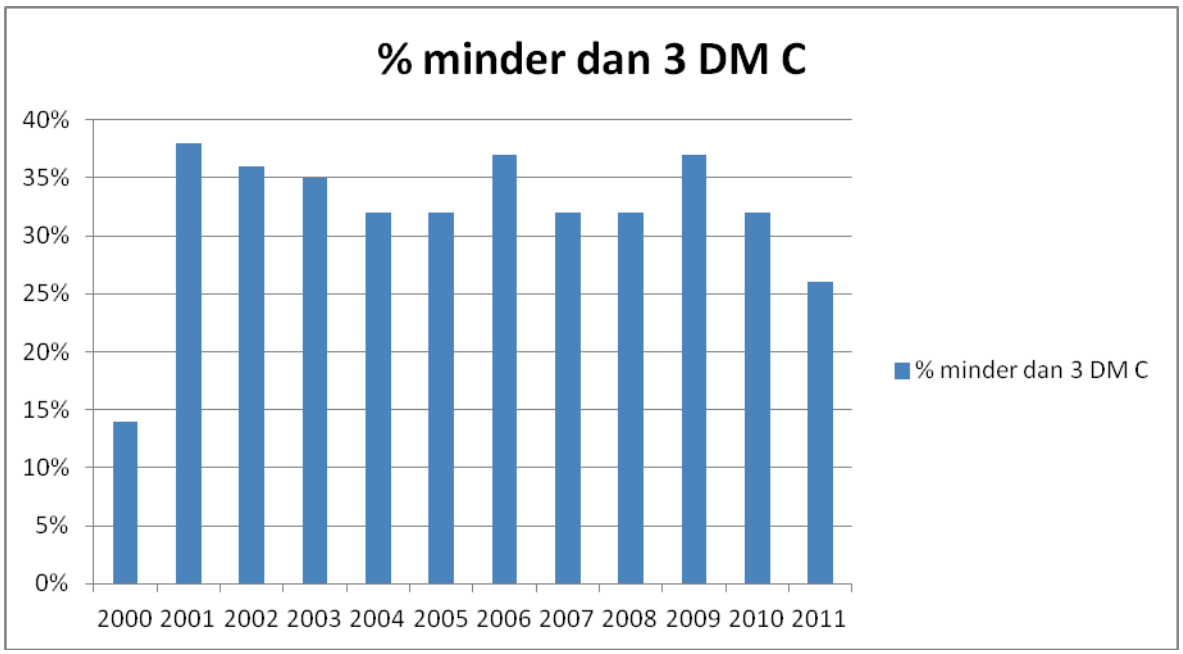


Grafiek 8 Diabetes: totaal aantal PC/Y, PC/Y voor opvolging diabetes, aantal geregistreerde HbA1c/Y n=11 tot 19



Grafiek 9 Diabetes: de spreiding van het aantal opvolgconsulten voor diabetes per patiënt per jaar vanaf 2001
n=12 tot 19

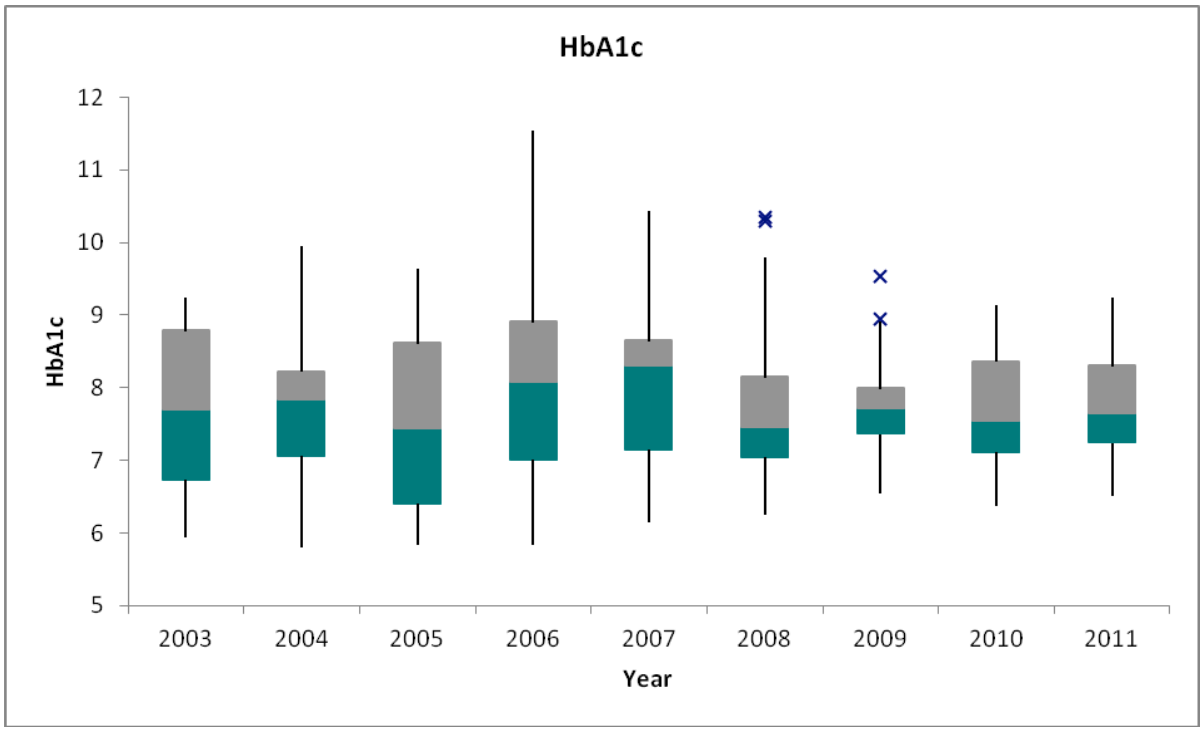
Grafiek 10 toont het percentage van de groep diabeten die minder dan 3 keer per jaar op opvolgconsult kwamen voor diabetes. In 2011 ligt dit op 25%.
Zoals voor hypertensie is er hier ook een onderschatting van het reëel aantal opvolgconsulten door registratiefouten. Ik telde enkel de consulten waarbij parameters werden opgeslagen in het correcte scherm en advies of medicatie i.v.m. diabetes terug te vinden is in het journaal.
Toch is er in elk geval een belangrijk deel van de diabeten die niet voldoende frequent op opvolgconsult komt.
In 2011 gaat het om 5 van de 19 patiënten. Ik zocht in hun dossiers naar mogelijke redenen.
3 van deze 5 patiënten gebruiken snelwerkende insulines en zitten in de diabetesconventie. Zij consulteren zelden bij ons voor hun diabetes, want ze worden waarschijnlijk voldoende frequent opgevolgd in het ziekenhuis. De rapportering van deze consulten vanuit het conventiecentrum is zeer onvolledig, waardoor we als huisarts onvoldoende zicht hebben op de opvolging voor diabetes bij deze patiënten.
De twee overige patiënten gebruiken enkel orale medicatie. Ze hadden in 2011 elk 2 opvolgconsulten voor diabetes. Zij worden beiden niet gevolgd in het ziekenhuis. Het is uit het EMD niet duidelijk om welke reden deze twee patiënten niet elke drie maanden op controle kwamen.



Grafiek 10 Diabetes: Het percentage van de groep diabeten met minder dan 3 opvolgconsulten voor diabetes per jaar, n=11 tot 19

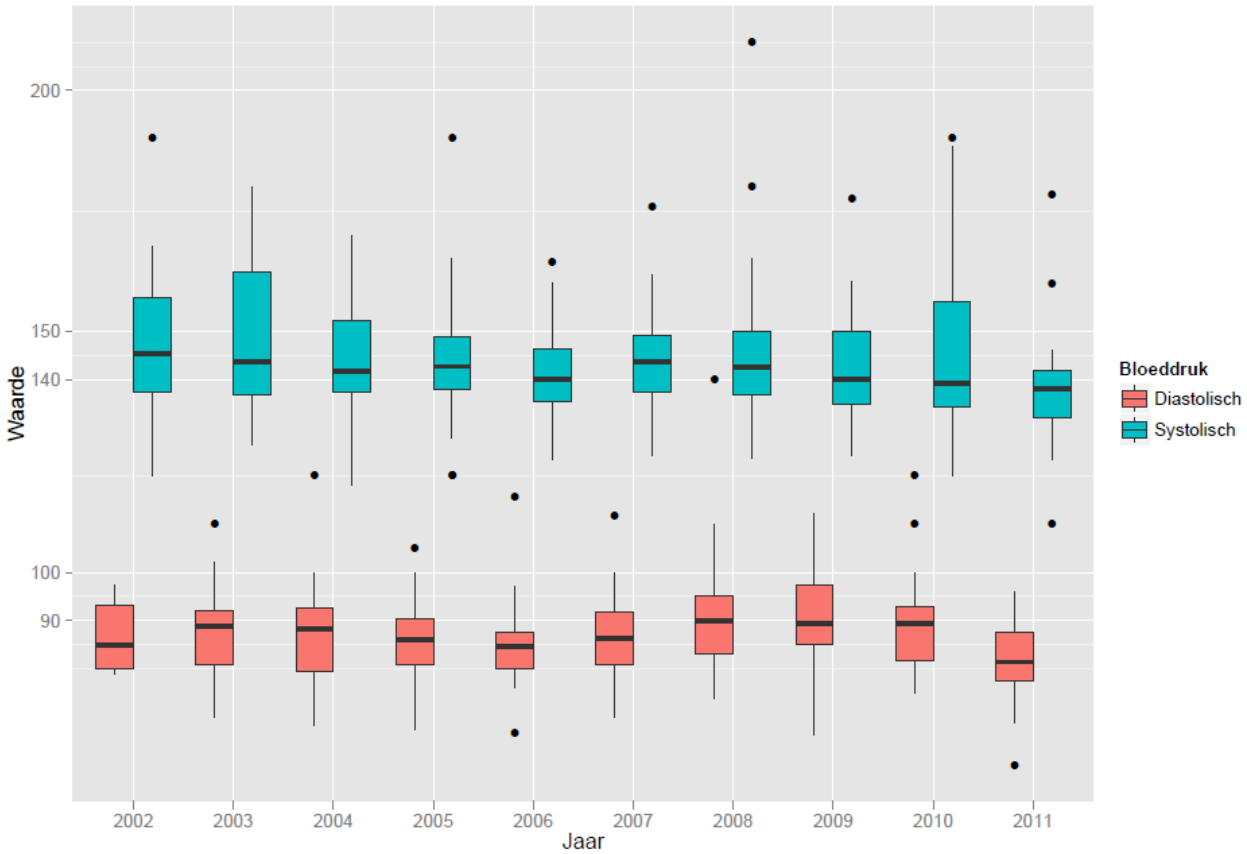
4.3.3 De HbA1c- en bloeddrukwaarden

Grafiek 11 toont de spreiding van de gemiddelde waardes van HbA1c berekend op basis van alle geregistreerde HbA1c's per patiënt per jaar. De mediaan varieert vanaf 2003 tussen 7,5 en 7,8.



Grafiek 11: spreiding van de gemiddelde waarde van HbA1c per patiënt per jaar, vanaf 2003, n=17 tot 19

Grafiek 12 geeft de gemiddelde waardes voor systolische en diastolische bloeddruk per patiënt per jaar vanaf 2003.
Hier ligt de mediaan tussen 85 en 89 mmHg voor de diastolische en tussen 138 en 144 mmHg voor de systolische bloeddruk.



Grafiek 12: spreiding van de gemiddelde waarde van systolische (boven) en diastolische (onder) bloeddruk per patiënt per jaar, vanaf 2003
n= 27 tot 35

Er is op basis van deze cijfers geen duidelijke trend aan te tonen in de HbA1c en bloeddrukwaarden over de jaren. De patiënten in de gevolgde groep worden ouder, dus het zou kunnen dat hun ziekte evolueert.

Een belangrijk deel van de chronische patiënten heeft een HbA1c en/of bloeddruk boven de aanbevolen waarde.
In 2011 hebben 74% of 14 van de 19 diabetespatiënten een gemiddeld HbA1c boven de 7, 31% of 6 van de 19 hebben een gemiddeld HbA1C boven de 8. Ter vergelijking vond ik in een grote cohortstudie over diabetesopvolging in de Verenigde Staten (13) volgende cijfers: 57,6% heeft daar een HbA1c >7, 36,5% een HbA1c boven de 8. 47% heeft een HbA1c tussen 6 en 8, in onze populatie is dat 69%.
Van deze 6 patiënten met een gemiddeld HbA1c >8 in 2011 zijn er 3 die orale medicatie nemen en enkel bij de huisarts opgevolgd worden, de 3 anderen worden in de diabetesconventie in de 2^{e} lijn opgevolgd.
Voor deze patiënten is er een suboptimale behandeling van de hyperglycemie, mogelijk door slechte therapietrouw en levenshygiëne, onvoldoende opvolging of onaangepaste behandeling aan de evolutie van de diabetes met de leeftijd.

4.3.4 Contacten in de 2e lijn

Ik zocht in het dossier van alle 46 diabetes- en hypertensiepatiënten naar sporen van contacten in de 2e lijn in verband met hun chronische ziekte: opgeslagen verwijsbrieven, elektronische rapporten of manueel ingevoerde papieren rapporten.
Deze gegevens zijn echter te onvolledig om de frequentie van opvolging in de 2e lijn te evalueren, zowel voor de opgeslagen verwijsbrieven als voor de rapporten uit de 2e lijn.
In verschillende dossiers van diabetespatiënten die insuline gebruiken vind ik hele jaren zonder spoor van contacten in de 2e lijn, terwijl het waarschijnlijk is dat deze groep jaarlijks consultaties heeft bij de endocrinoloog.
Ook de vorm van terugbetaling – diabetespas, zorgtraject of diabetesconventie – en de behandelende endocrinoloog staan niet voldoende duidelijk en uniform geregistreerd in de dossiers.
Ik stel een onvolledige rapportering vanuit de 2e lijn vast. Voor de diabetespatiënten is het aantal verwijsbrieven opgeslagen in de dossiers groter dan het aantal terugkerende rapporten.
Een aantal patiënten consulteert ook zonder verwijsbrief bij de specialist. We hebben weinig zicht op hoe vaak dit gebeurt, want van deze consultaties is doorgaans geen spoor in het EMD.

4.4 Kwalitatieve en semikwantitatieve analyse van 20 patiënteninterviews

Volledig interview: zie bijlage 2.

4.4.1 Inleiding

Het afnemen van de 20 open interviews met chronische patiënten was voor mij een interessante ervaring. Ik vond het meer dan de moeite waard de patiënt eens buiten de consultatie aan het woord te laten over de zorg die hij krijgt. Ik was aangenaam verrast door de diversiteit aan ideeën die door de patiënten werd aangebracht. Bij sommigen mondde het interview spontaan uit in een boeiende discussie over specifieke deelaspecten van de gezondheidszorg. Door de interviews heb ik een beter contact met deze 20 chronische patiënten.

Kennis over forfait

Ik nam voor elk interview tijdens de korte uitleg over het doel van mijn onderzoek de tijd om de kennis van de geïnterviewde over het forfaitsysteem te toetsen en hem/haar vervolgens de details nog eens uit te leggen. 14 van de 20 mensen bleken niet goed te weten hoe het forfaitair systeem werkt, één persoon gaf aan dat hij uitleg had gekregen van de huisarts bij het tekenen van het contract, 5 mensen kenden het basisconcept goed en konden het mij vlot uitleggen.

4.4.2 Demografische kenmerken

Het diverse publiek van de praktijk is goed vertegenwoordigd in de 20 geïnterviewden. Ik interviewde mensen van 9 verschillende nationaliteiten, onder hen 9 Marokkanen en 3 Belgen.
Ongeveer de helft (9) is analfabeet of ging enkel naar de lagere school.
Ik interviewde 10 mannen en 10 vrouwen. In de groep met diabetes zaten 4 vrouwen en 6 mannen en de groep met hypertensie was de man-vrouw verdeling omgekeerd.
8 van de 20 patiënten hebben naast hun diabetes en/of hypertensie nog andere ernstige gezondheidsproblemen waarvoor ze in onze praktijk en in de 2e lijn opgevolgd worden.
De jongste geïnterviewde is 30j en de oudste 78 jaar.

Demografische kenmerken van 20 geïnterviewden:

	HT 10	**DM + HT 4**	**DM 6**
Herkomst			
Ghana	1		
Servië	1		
België	2	1	
Congo	1		
Nigeria	1		
Marokko	1	3	5
Pakistan	1		1
Italië	1		
Algerije	1		
Opleidingsniveau			
Analfabeet	*1*	*3*	*1*
Lager niet af	*1*		*2*
Lager af		*1*	
Secundair 1e cyclus	**4**		**2**
Secundair 2e cyclus	**1**		**1**
Post-secundair	**2**		

Beroep			
Gepensioneerd	*1* **1**	*1*	*1*
Huisvrouw	*1* **3**	*1*	**1**
Schoonmaakster	**1**		
Bouwarbeider		*2*	
Vrachtchauffeur			**1**
Arbeider gemeente	**1**		
Informaticus			**1**
Werkloos	**1**		*2*
Invalide met pensioen	**1**		
Man	4	2	4
Vrouw	6	2	2
Multipathologie	5	3	1

4.4.3 Frequentie van opvolging en subjectieve gezondheid

Onder de geïnterviewden zijn er jonge en oudere mensen in verschillende stadia van hun chronische ziekte. Het is logisch dat iemand die zich ziek voelt anders gebruik maakt van de beschikbare zorg dan een actief persoon die zich helemaal niet beperkt voelt door zijn chronische ziekte en weinig moeite heeft met zijn behandeling.
De huisarts speelt hier ook een belangrijke rol. Eerder fragiele patiënten met multipathologie of mensen die volgens de arts regelmatig educatie en motivatie i.v.m. hun behandeling nodig hebben, worden gevraagd om frequenter op controle te komen. Uiteraard ligt de verantwoordelijkheid voor het al dan niet nakomen van deze adviezen bij de patiënt.
Ik vroeg naar de frequentie waarmee de patiënt consulteert voor zijn chronische ziekte, zie tabel. Slechts 1 van de geïnterviewden consulteerde helemaal niet de laatste 3 maanden.

Frequentie controles voor chronische ziekte	**HT**	**HT + DM**	**DM**
Elke 3 maanden	1	1	5
Volgt advies huisarts	1		
Komt frequent voor andere problemen, huisarts geeft aan wanneer controle nodig	3	2	
Komt wanneer zelf nood	4		
In functie van voorschrift medicatie (2-3m)	1		
Alle controles in ziekenhuis		1	1
Frequenter dan voor 2005?	**HT**	**HT + DM**	**DM**
Nee, zelfde frequentie	3	2	3
Ja, meer problemen	6	2	2
Ja, ik verzorg mezelf beter			1
Minder frequent	1		

2 van de diabeten worden volledig in het ziekenhuis opgevolgd voor hun diabetes.
4 hypertensiepatiënten komen enkel op consultatie wanneer ze het zelf nodig vinden.
8 patiënten consulteren niet frequenter dan voor 2005. 11 anderen komen wel vaker, 10 omdat ze meer gezondheidsproblemen hebben en één omdat ze zich nu beter verzorgt.
Er is maar één patiënt die zegt minder vaak te komen omdat hij zich minder ziek voelt.

Subjectieve gezondheid (open vraag 1)
2 patiënten, 1 met diabetes en 1 met hypertensie, beiden met belangrijke andere gezondheids-problemen, voelen zich algemeen ziek en beperkt door hun chronische ziekte.
9 mensen voelen zich over het algemeen goed, met moeilijkere periodes.
9 patiënten voelen zich gezond en worden in hun dagelijkse activiteiten niet helemaal niet beperkt door hun chronische ziekte. Alle patiënten met een job zeggen zich goed te voelen.

	HT	**HT + DM**	**DM**
Goed, niet beperkt	**4**	**2**	**3**
Matig: soms goed, soms slecht	**5**	**2**	**2**
Slecht	**1**		**1**

4.4.4 Zelfzorg en informatie

open vragen 2-3-4-5-10

Hulp bij behandeling
10 patiënten hebben helemaal geen moeilijkheden met hun behandeling. 3 doen alles zelf, maar geven aan soms fouten te maken, 3 hebben moeite met de behandeling maar hebben geen hulp.
4 patiënten doen beroep op hulp van hun partner of kinderen. Degenen die hulp nodig hebben, hebben een complexere behandeling (insuline of >4 verschillende orale medicamenten).

	HT	**HT + DM**	**DM**
Geen hulp nodig, maar soms fouten	2	1	
Hulp van partner/kinderen	2	1	1
Alles zelf met moeite	2		1
Geen hulp, gemakkelijk	4	2	4

Kennis over eigen ziekte, complicaties en preventieve onderzoeken
8 patiënten vinden dat ze voldoende goede informatie krijgen over hun chronische ziekte en het verloop van hun opvolging en behandeling van hun huisarts. 4 krijgen vooral uitleg in het ziekenhuis. Eén patiënt zoekt zelf de informatie op die hij nodig heeft, één patiënt heeft ervaring met een familielid met dezelfde aandoening.
5 patiënten geven zelf aan slecht geïnformeerd te zijn, maar voelen zich in goede handen bij de huisarts. Eén patiënt weet weinig over zijn eigen ziekte, maar is hier niet ongerust over.

Voldoende kennis over chronische aandoening en mogelijke complicaties?

	HT	**HT + DM**	**DM**
Ja, uitleg van HA	4	1	3
Ja, uitleg in ziekenhuis	1	1	2
Nee, maar ik laat me goed opvolgen door de HA	2	2	1
Ja, door zelf informatie te zoeken	1		
Nee, slecht geïnformeerd, maar niet ongerust	1		
Ja, door ervaring met familielid	1		

17 patiënten voelen zich vrij om vragen te stellen over hun ziekte en behandeling aan de huisarts en doen dit ook regelmatig.
3 patiënten stellen spontaan niet veel vragen, maar zeggen toch uitleg te krijgen van de huisarts.

Enkele citaten:
HT1: “Als de huisarts me iets uitlegt is het altijd duidelijk, in mensentaal”
HT2: ”Ik stel soms vragen, maar herinner me daarna het antwoord niet. Ik mag van de dokter gerust 2 keer dezelfde vragen stellen, dan legt ze het opnieuw uit.”
DM1: “Soms test ik de dokter om te kijken of ik dezelfde uitleg krijg als in het ziekenhuis.”

Wanneer ik vroeg naar de voornaamste informatiebronnen die de patiënten gebruiken om meer over hun ziekte te weten te komen, kreeg ik volgende antwoorden:

	HT	**HT + DM**	**DM**
Medisch boek	1		
Internet	2		
Huisarts	7	2	5
Eerstelijns diabeteseducator			1
Diëtiste		1	2
Specialist	1		
Verpleegkundige		1	1
Materiaal gekregen in ziekenhuis	1		
TV	2		3
Tijdschriften (bv van mutualiteit)	2		1
Diabetesvereniging		1	1

Veel patiënten vullen de informatie van de huisarts aan met diverse andere informatiebronnen.
14 personen vermelden de huisarts als belangrijke bron van goede informatie.

Beschikbaarheid huisarts
De meeste patiënten (18) zijn tevreden over de beschikbaarheid van de huisarts op afspraak en via de telefoon. Voor een controle krijgen ze dezelfde week nog een afspraak, voor dringende problemen de dag zelf. Niemand onder hen rapporteert problemen.
Voor het invoeren van het forfaitsysteem werkten de huisartsen met een vrije raadpleging.
2 patiënten vonden dat een beter systeem. Ze kwamen gewoon naar de wachtzaal en konden de huisarts snel zien. Op voorhand bellen voor een afspraak vinden ze minder gemakkelijk.

In het weekend wordt verwezen naar de huisartsenwachtdienst. Niet iedereen is hier even tevreden over:
DM+HT1: ”In het weekend ga ik liever naar spoedgevallen, want daar betaal ik maar 2,5 euro, als je de huisarts van wacht laat komen moet je soms 80 euro cash betalen. Soms komt hij pas na 1,5u.”
Dit lijkt mij een belangrijk probleem. Voor urgente problemen buiten de werkuren zijn de spoedgevallen van het ziekenhuis toegankelijker dan de huisarts van wacht. Ik vermoed dat deze patiënt in Brussel zeker niet de enige is die zo redeneert en door deze organisatie op een verkeerde manier gebruik maakt van het gezondheidszorgsysteem.

Tijdens de verlofperiodes van hun vaste arts consulteren de patiënten bij één van de collega’s:
DM+HT2: “ Als mij vaste arts met verlof is, vind ik het geen probleem om bij iemand anders te komen, alle artsen kunnen aan mijn dossier.”
DM1: “Het voordeel van een gedeeld dossier is dat ik bij alle drie de artsen terecht kan. Mijn vorige huisarts waar ik veel moest betalen, nam veel minder tijd voor mij. Dat lijkt me niet logisch.”

De huisarts houdt volgens de meeste patiënten voldoende rekening met wat zij zelf belangrijk vinden.
Voor één hypertensiepatiënt is dit niet het geval:
HT1: “Ik vind de medicatie te duur, maar de dokter blijft ze toch voorschrijven.”

Zelfzorg in groep
Eén van de vaste huisartsen en ikzelf hadden het idee dat het uitwisselen van informatie en ervaringen in een groepje van patiënten met dezelfde aandoening een waardevolle en toegankelijke vorm van educatie zou kunnen zijn. Vooral voor de patiënten met diabetes leek ons dit mogelijk interessant. Ik vroeg de 20 patiënten naar hun mening hierover.

Slechts 5 patiënten zijn hierin geïnteresseerd. Onder hen 1 van de 10 diabeten, de 4 andere geïnteresseerden zijn mensen met hypertensie.
4 patiënten denken dat dit mogelijk nuttig is voor andere mensen, maar ze zouden zelf niet komen.
11 patiënten zeggen onmiddellijk dat ze helemaal niet geïnteresseerd te zijn:
HT1: “Ik hou er niet van over ziektes te praten met onbekenden. Als ik niet bij de dokter ben, wil ik ervan profiteren om mij zo min mogelijk ziek te voelen. Bovendien ben ik zelf niet zo strikt met mijn behandeling, hoe kan ik dan anderen raad geven?”
HT2: “Een groepsessie interesseert mij niet. Elke ziekte en behandeling is anders, hoe vergelijken?”
DM1: “Ik ben gegeneerd om over ziekte te praten met mensen die ik niet ken. Ik doe liever het nodige bij de dokter.”

Het lijkt er dus op dat de meeste chronische patiënten in onze praktijk momenteel geen nood hebben aan de organisatie van informatiesessies in groep.

Taakverdeling patiënt-arts in de zorg
Om een idee te krijgen van het niveau van zelfzorg bij de patiënten vroeg ik voor welke acties om hun chronische ziekte onder controle te houden de patiënt zelf verantwoordelijk is, voor welke arts en patiënt een gedeelde verantwoordelijkheid hebben en welke tot de verantwoordelijkheid van de arts behoren. Zie grafiek 12.

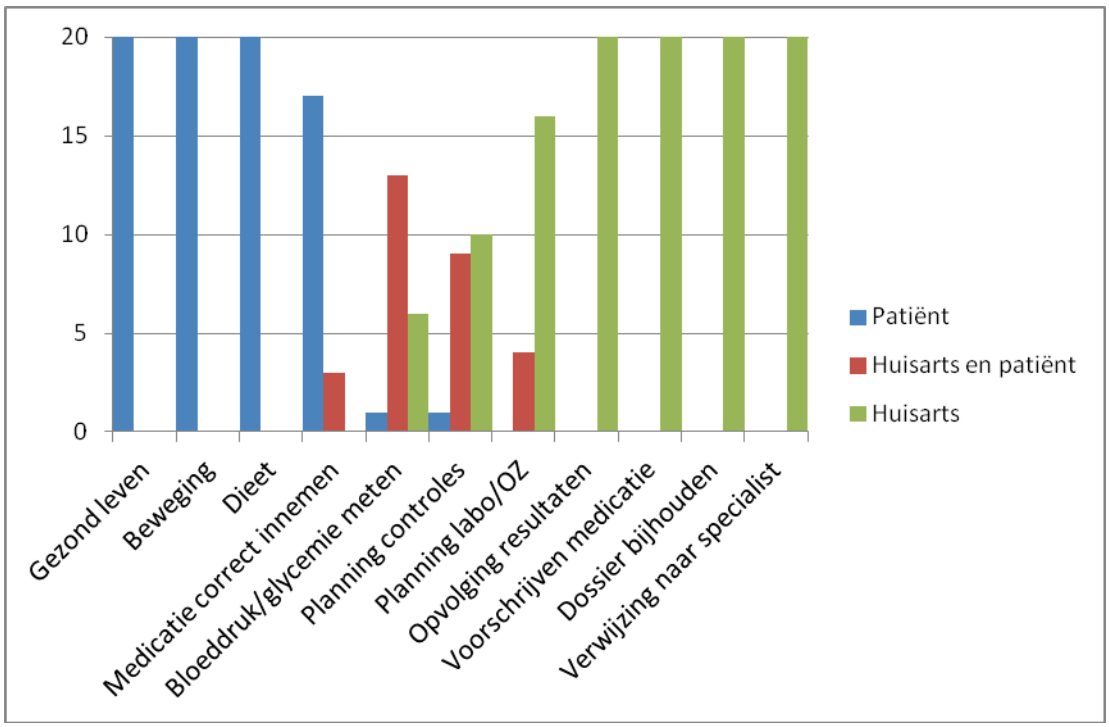
Voor een gezonde levensstijl met voldoende beweging en een gezond, gevarieerd dieet stellen alle 20 patiënten zichzelf verantwoordelijk. Enkelen vermelden hier spontaan dat ze wel goed weten wat ze eigenlijk moeten doen, maar dat het niet altijd gemakkelijk vol te houden is.

Het correct innemen van de medicatie is voor de meeste patiënten hun eigen verantwoordelijkheid. 2 patiënten vinden dat de arts hier best mee op toekijkt, 1 patiënte laat haar pillendoos elke week door de verpleegkundige klaarmaken.
HT1: “Medicatie correct innemen is een gedeelde verantwoordelijkheid. De arts moet controleren op fouten.”
Het meten van glycemie en/of bloeddruk doen 13 patiënten samen met de arts, thuis en ook op consultatie. 6 anderen laten deze verantwoordelijkheid aan de arts, de 2 diabeten in deze groep nemen enkel orale medicatie en hebben geen glucometer voor thuis nodig. Eén diabeet met insulinotherapie meet enkel zelf.

De planning van een volgend opvolgconsult bij de huisarts is een gedeelde verantwoordelijkheid voor 9 patiënten, 10 anderen rekenen hiervoor op de arts. Slechts één patiënt neemt helemaal zelf het initiatief voor zijn opvolgconsulten.
De planning van een volgende bloedname doen 4 patiënten samen met de arts, de 16 anderen volgen het advies van de arts.
DM1: “ Ik kom meestal op eigen initiatief voor mijn controles en bloednames, maar soms vraag ik een voorschrift aan het onthaal en dan krijg ik het niet omdat het te lang geleden is dat ik een

controle gedaan heb. Ik vind het heel goed dat de dokter dat bijhoudt en er ook naar kijkt. Ik kom dan direct op controle."

Het opvolgen van resultaten, voorschrijven van medicatie, het bijhouden van het elektronisch dossier en het verwijzen naar de specialist vinden alle 20 patiënten de taak van de arts.



Grafiek 12: taakverdeling patiënt-huisarts in de chronische zorg volgens de patiënt (n=20)

4.4.5 Invoering van het forfaitair betalingssysteem

open vragen 6-7-8-9-12-13-14

Veranderingen in de praktijk
Ik vroeg de patiënten naar de positieve en negatieve veranderingen die ze sinds ze ingeschreven zijn opgemerkt hebben.
De meeste mensen moesten hier even over nadenken en kwamen vervolgens met heel verschillende antwoorden, die vaak niet direct met de invoering van het forfaitsysteem te maken hadden.
5 patiënten vermelden het feit dat ze niet meer moeten betalen op de consultatie als positieve verandering. 5 mensen zijn blij met de komst van de verpleegster sinds 2010.
In juli 2010 verhuisde de praktijk naar een ruimer, nieuw gebouw. Dit wordt door 10 mensen aangehaald als positief.
2 patiënten vinden dat het drukker geworden is en dat ze vaker moeten wachten dan vroeger.
Voor 2 patiënten is er niets wezenlijks veranderd in de praktijk.

Positief	**HT**	**HT + DM**	**DM**
Nieuw gebouw (2010)	5	3	2
Verpleegster	4		1
Niet meer betalen	4	1	
HA kent me beter met de tijd	1		
Betere organisatie afspraken	1		1

Negatief	**HT**	**HT + DM**	**DM**
Patiëntenstop, niet genoeg artsen	1		
Geen kiné/tandarts	1		
Meer patiënten, langer wachten	1		1

Neutraal	**HT**	**HT + DM**	**DM**
Team artsen	3	1	3
Geen verandering			2

Financieel aspect
De geïnterviewde patiënten zijn unaniem tevreden over het feit dat ze niet meer per consultatie moeten betalen sinds de invoering van de forfait.
10 patiënten zeggen vroeger nooit problemen gehad te hebben met het betalen van de consultatie, maar ze vinden het allemaal een voordeel dat dat nu niet meer moet. 8 anderen vinden het een praktisch voordeel niet meer naar de mutualiteit te moeten voor terugbetaling.
3 patiënten stelden vroeger consulten uit omwille van financiële problemen.

4 patiënten vermelden als bijkomend voordeel de eenvoudigere administratie voor de praktijk.
De grote meerderheid vindt dat zijn relatie met de huisarts niet veranderd is. 2 patiënten zijn meer op hun gemak bij de arts sinds ze niet meer aan het einde van de consultatie moeten betalen.
Eén patiënt vermeldt de prijs van de medicatie als belangrijkere financiële drempel dan de consultatie :
DM+HT1: “De consultatie betalen was nooit een probleem, maar de medicatie wordt heel duur de laatste tijd.”

Vaste inschrijving
19 patiënten vinden het een belangrijk voordeel een vaste arts te hebben die hen en al hun problemen goed kent. Eén patiënt vindt het een nadeel niet meer vrij bij een andere huisarts te kunnen consulteren. Eén patiënt consulteert nog steeds bij een andere huisarts als hij het niet eens is met het aantal dagen werkonbekwaamheid:
DM1 : “Ik vind het heel goed een vaste huisarts te hebben die mijn dossier bijhoudt, maar soms weigert ze me 14 dagen werkonbekwaamheid te schrijven als ik hoofdpijn heb. Dan ben ik verplicht bij een andere huisarts te gaan, die mij wel voldoende dagen rust geeft. Ik weet dat ik dan 25 euro moet betalen. “

Nog enkele citaten:
HT1: “Mijn volledig dossier zit bij jullie, alle medicatie die ik ooit genomen heb. Als ik naar een andere arts ga, schrijft die mij misschien iets voor dat helemaal niet werkt. Bovendien is de praktijk vlak bij mijn huis.”
HT+DM1: “De praktijk is vlakbij, ik vertrouw alle dokters. Waarom zou ik elders gaan? Ik hou ervan bij de 3 verschillende dokters binnen de praktijk te consulteren, jullie kunnen allemaal aan mijn dossier. Misschien denkt de ene dokter aan iets wat de andere nog niet gedaan heeft.”
DM2: “Ik heb vertrouwen in de dokters en heb absoluut niet de nood om elders te consulteren. Misschien willen mensen met kinderen sneller een advies van verschillende dokters?”
DM3: “Het is een enorm voordeel een goede vaste dokter te hebben die je volledig kan vertrouwen. Ik zou eigenlijk graag terugkeren naar Marokko, maar daar bestaat zoiets niet voor een betaalbare prijs. Voor mij is het de voornaamste reden om hier te blijven.”

Elektronisch medisch dossier
10 patiënten vinden het belangrijk dat hun dossier door één verantwoordelijke arts, bij wie ze meestal consulteren, wordt beheerd.
De 10 anderen vinden het vooral essentieel dat alle hun medische informatie op één plaats bewaard wordt, alle artsen hebben er toegang toe.
4 patiënten vermelden dat hun vaste arts doordat ze hun dossier goed kent, beter kan verwijzen naar de specialist.

Wat mist u in uw chronisch zorgprogramma?
Op deze vraag kreeg ik 3 antwoorden:
HT1: "Vaker een huisbezoek zou gemakkelijker zijn."
DM1: " Sport. Er zijn niet veel mogelijkheden voor oudere dames in Molenbeek. Misschien moet ik eens een hometrainer huren bij de mutualiteit."
DM2: "De terugbetaling van Asaflow, dat verplicht is voor diabeten."

Multidisciplinair werken
18 van de 20 chronische patiënten hadden al eens een contact met de verpleegster in de praktijk.
Ze vinden het om verschillende redenen (zie tabel) een voordeel dat er een verpleegster is in de praktijk:

	HT	**HT + DM**	**DM**
Voordeel, minder wachten dan bij dokter	2		1
Voordeel, specifieke zorgen die dokter niet geeft (vb thuiszorg)	3		
Voordeel, tijdswinst voor dokter, betere taakverdeling	2	2	3
Voordeel, verpleegster is beter in verpleegkundige taken	3	1	2
Voordeel, verpleegster is gemakkelijk te contacteren	1		1
Voordeel, goede werkgelegenheid voor verpleegster			1
Nadeel, probleem tijdens contact			1

Samenwerking met de 2^{e} lijn
Ik vroeg de patiënten die al in de 2^{e} lijn consulteerden voor hun chronische ziekte (n=16) hoe ze de zorg in het ziekenhuis en de communicatie tussen huisarts en specialist ervaren.
6 patiënten vinden het contact met de specialist aangenaam.
13 patiënten zeggen altijd een verwijsbrief mee te krijgen. Volgens 9 van de 16 stuurt de specialist een rapport op na een consultatie, één patiënt voegt hieraan toe dat dit enkel zo is omdat de specialist zijn huisarts kent. 3 patiënten vragen zelf aan de specialist om een rapport op te sturen naar de huisarts.
Volgens 4 patiënten is de specialist tevreden over de verwijsbrieven die hij van ons krijgt.

HT1: "Ik vind de lange wachttijden bij de consultatie in het ziekenhuis vervelend. De huisarts maakt altijd een verwijsbrief, maar er komt niet altijd antwoord van de specialist. Dan moet de huisarts nog bellen om het rapport te krijgen."
DM1:" Niet alle dokters doen hun werk zo goed als jullie. Ze lezen zelfs niet altijd de verwijsbrief en sturen geen rapport achteraf."

	HT	HT + DM	DM
Goed contact specialist	3	3	
Verwijsbrief	6	2	5
Rapport, want S kent HA	1		
Rapport	4	1	1
Niet altijd rapport	2		
Patiënt vraagt rapport	2	1	
Weet niet of er rapport gestuurd wordt		2	2
Telefonisch contact HA -> S	2		1
S is tevreden over samenwerking, verwijsbrief HA	2	2	

5. Discussie

5.1 Kwantitatieve resultaten

In de chronische patiëntengroep (n=46) uit onze praktijk stel ik vast dat het totaal aantal consultaties per patiënt per jaar verder stijgt na het invoeren van de forfait in 2005.
Dit is een argument voor de goede toegankelijkheid en het versterkte vertrouwen van de patiënten in de praktijk door hun inschrijving.
Men zou ook kunnen zeggen dat de patiënten 'overconsumeren'. Ik denk echter dat het niet relevant is om in de eerste lijn, die dient als ingangspoort van het grotere gezondheidszorgsysteem, te snel te spreken over overconsumptie. Iemand die bij de huisarts komt, heeft daar altijd reden toe. Elk contact is een mogelijkheid tot gezondheidsopvoeding en "empowerment", met als uiteindelijk doel dat de patiënt zo goed mogelijk voor zichzelf leert zorgen. De hoge toegankelijkheid van de eerste lijn zorgt er net voor dat patiënten zich vroeg aanmelden, wanneer ze nog geen nood hebben aan dure, technologische 2^{e} lijnszorg.

Het aantal opvolgconsulten voor diabetes en hypertensie bleef gelijk, maar zat voor de forfait al op een aanvaarbaar niveau volgens de richtlijnen.
De waardes van HbA1c en systolische en diastolische bloeddruk blijken niet gewijzigd vergeleken met voor 2005.
Deze cijfers zijn wat moeilijk interpreteerbaar, omdat de studiegroep klein is en er mensen in verschillende stadia van hun chronische ziekte en met verschillende behandeling en opvolgingsplan door elkaar zitten. Het gaat hier om een relatief korte periode van 7 jaar in het forfaitsysteem.
Om een verbetering van de opvolging van chronische patiënten aan te tonen aan de hand van een daling van parameters als HbA1c en bloeddruk moet veel uitgebreider, gestandaardiseerd onderzoek gebeuren.
Ik merkte tijdens het verzamelen van de gegevens dat de registratie van parameters en opvolgconsulten in de EMD's niet voldoende uniform is. Er wordt meestal correct gebruik gemaakt van de parameterschermen, dit leek nog te verbeteren over de laatste jaren. De opvolgconsulten worden nu niet gelabeld, zodat ze alleen manueel uit het journaal te halen zijn.
Ik stel voor elk opvolgconsult voor diabetes en hypertensie een label te geven om eenvoudiger een overzicht te bewaren van het aantal opvolgconsulten per jaar voor elke patiënt.

Er is nog altijd een vrij belangrijke groep patiënten met diabetes en/of hypertensie die niet voldoende frequent bij ons opgevolgd worden.
De HbA1c en bloeddrukwaarden zijn voor een deel van de patiënten hoger dan aanbevolen. Onder de minder goed gecontroleerde diabeten in 2011 zijn er evenveel die in een conventiecentrum opgevolgd worden als in de praktijk.
Er is dus zeker nog ruimte voor verbetering in de opvolging van deze chronische patiënten.
Ik denk dat we de kwaliteit kunnen verbeteren door als huisarts nog actiever contact te houden met de specialisten die onze patiënten ook opvolgen. We moeten blijven aandringen op een goede communicatie en rapportering om onze synthesefunctie te optimaliseren.
Een meer uniforme en gestructureerde registratie in het EMD zal leiden tot meer overzicht.
Momenteel is er enkel een controle op de voorschriften voor chronische medicatie die via het onthaal gevraagd worden. Als de patiënt te lang niet bij de arts geconsulteerd heeft, wordt het voorschrift geweigerd en een consultatie aangeboden.
Misschien biedt een meer proactieve aanpak, waarbij we patiënten contacteren om hen op te roepen voor een opvolgconsult wanneer ze niet spontaan komen, een mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering.

5.2 De kwaliteit van de zorg in 4 benaderingen

Er zijn verschillende manieren om het functioneren van een gezondheidszorgsysteem te bekijken.
Anderson beschrijft in '73 5 kaders om verschillende aspecten van een systeem te analyseren (14).
Ik pas er enkele toe op de hypotheses die uit de resultaten voortkomen.

De socio-culturele benadering

De westerse maatschappij is sterk opgebouwd rond het individu en de kracht van de markt. Vrije keuzes maken vinden we heel belangrijk.
In de gezondheidszorg is vrijheid voor arts en patiënt niet altijd synoniem voor kwaliteit. Ons gezondheidszorgsysteem raakt niet aan de vrijheid van artsen om gebruik te maken van onderzoeken en behandelingen waar geen wetenschappelijke grond voor is. De patiënt heeft de keuze bij welke arts en op welk niveau hij consulteert.
Tegelijkertijd hebben we in België een sterke sociale zekerheid die het grootste deel van onze gezondheidszorg financiert.
Om de kwaliteit, de toegankelijkheid en de kosteneffectiviteit te handhaven zou de eerste lijn nog veel centraler moeten staan dan nu het geval is. Een uitbreiding van het forfaitsysteem betekent een versterking van de eerste lijn.
Een strikte echelonnering en een betere communicatie tussen de verschillende niveaus zijn absoluut noodzakelijk.

De socio-demografische benadering

De populatie van de 'Renfort' bestaat voor een groot deel uit laaggeschoolde migrantengezinnen.
De achtergrond, educatie en de financiële situatie van een persoon bepalen mee hoe hij gebruik maakt van de gezondheidszorg.
Ik merkte dat een groot deel van onze patiënten niet goed op de hoogte was van de werking van het forfaitsysteem. Het is een zeer belangrijke taak van elke arts om patiënten uitleg te geven over het gezondheidszorgsysteem en hen te coachen op hun weg erdoorheen. Alleen zo kan er efficiënter gebruik van gemaakt worden.
De patiënten zijn unaniem tevreden over het feit dat ze door hun inschrijving in de forfait niet meer betalen voor elke consultatie. 3 patiënten vertelden dat ze vroeger consultaties uitstelden om financiële redenen. Het is essentieel dat eerstelijnszorg voor iedereen toegankelijk is. Ongelijke toegang tot gezondheidszorg doet de reeds grote sociale ongelijkheid nog toenemen.

De socio-psychologische benadering

Eigen ideeën over ziekte en gezondheid, vorige ervaringen met de gezondheidszorg en andere psychologische aspecten spelen ook een rol in het gedrag van mensen in een gezondheidszorgsysteem.
We zijn ons als actoren in het systeem niet altijd bewust van de ideeën bij ons doelpubliek die meespelen bij het wel of niet gebruiken van een bepaalde vorm van zorg.
Een voorbeeld: we dachten als artsen dat diabetespatiënten het nuttig zouden vinden in groep ervaringen uit te wisselen, maar uit de interviews blijkt dat de meerderheid liever niet over ziekte praat met onbekenden.
Om zo goed mogelijk in te spelen op de noden van onze patiëntenpopulatie is het belangrijk ze regelmatig te bevragen en nieuwe initiatieven altijd grondig te evalueren.

Structureel-organisatorisch

Het belangrijkste voordeel van het forfaitsysteem is de vaste populatie van ingeschreven patiënten, zoals de artsen zeggen in het inleidend interview. De arts heeft de verantwoordelijkheid over de mensen uit de omgeving van de praktijk, in het geval van de 'Renfort' ook de eigen thuis van de artsen.

In de prestatiegeneeskunde moet de huisarts zoveel mogelijk contacten hebben met zieke mensen om zijn inkomen te verzekeren. De arts in het forfaitsysteem heeft er alle belang bij zijn populatie zo gezond en zelfstandig mogelijk te maken en te houden. Natuurlijk zou bijdragen tot de algemene volksgezondheid het doel van elke arts moeten zijn, maar door de manier van financiering en organisatie worden preventie en educatie automatisch gestimuleerd in het forfaitsysteem.

De patiënten bevestigen in de interviews dat ze een groot belang hechten aan een vaste huisarts die ze vertrouwen en die voldoende tijd kan nemen om informatie te geven.

6. Besluit voor de praktijk

De kwaliteit van de zorg voor chronische patiënten in de groepspraktijk 'Renfort' is in verschillende opzichten verbeterd in het forfaitair financieringssysteem. De artsen en de chronische patiënten zijn tevreden over de invoering ervan.

Ingangspoort
De functie van de huisarts als ingangspoort is versterkt. De praktijk is toegankelijker geworden omdat er geen financiële drempel meer is. De patiënten consulteren vaker en hun vertrouwen in hun vaste huisarts is gegroeid.

Coach
Als coach leverden de huisartsen van de 'Renfort' al een aanvaardbare kwaliteit van zorg voor de invoering van de forfait.
Met de gebruikte indicatoren: frequentie van opvolging, frequentie van registratie van bloeddruk en HbA1c en bloeddruk en HbA1c-waarden toon ik voor deze patiëntengroep geen verbetering aan van hun opvolging.
De artsen leggen meer nadruk op preventie en gezondheidsvoorlichting door het forfaitair systeem.
De patiënten zijn tevreden over hun vaste huisarts die hen met een goede kennis van hun dossier naar de 2e lijn kan verwijzen.
Er is nog ruimte voor verbetering. Een deel van de patiënten die bij ons opgevolgd worden, zien we niet frequent genoeg. De glycemie- en bloeddrukcontrole kan bij sommigen beter.

Als forfaitpraktijk hebben we een goed overzicht over al onze chronische patiënten. Het is mogelijk de frequentie van de opvolgconsulten bij te houden voor alle diabetes- en hypertensiepatiënten.
We zouden de opvolging van de patiënten die niet vaak genoeg op controle komen misschien kunnen verbeteren door deze patiënten actief op te roepen voor opvolgconsulten. Zo'n proactieve aanpak werd tot hiertoe nog niet getest in deze praktijk.

Synthese
Binnen de praktijk moet een betere registratie en vollediger gebruik van Medidoc tot meer overzicht en kwaliteit leiden. Momenteel wordt er een kwaliteitsverbeterend project opgestart binnen Geneeskunde voor Het Volk met als doel het gebruik van het EMD efficiënter en uniformer te maken voor alle 11 praktijken. Onze praktijk neemt hier uiteraard aan deel.
De samenwerking tussen onze praktijk en de 2e lijn moet beter in de toekomst. Dit kan volgens mij door nog actiever contact te zoeken met de specialisten die onze patiënten ook opvolgen. Betere afspraken en een duidelijke taakverdeling zijn nodig.
Tijdens onze medische teamvergadering nodigden we recent mensen uit van het Nederlandstalige 'Huis voor Gezondheid' en van het Franstalige 'Réseau Multidisciplinaire Local de Bruxelles', beide organisaties die werken aan de implementatie van de zorgtrajecten en de communicatie tussen 1e en 2e lijn in Brussel. Via deze contacten hopen we steun te krijgen in onze stappen naar een betere samenwerking met de 2e lijn.

Referenties :

1. http://www.maisonmedicale.org

2. http://www.vwgc.be

3. http://www.gvhv.be

4. Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, et al., Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Vergelijking van de kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Brussel: Health Services Research (HSR); 2008

5. Toby Gosden, Frode Forland, Ivar Kristiansen, Matthew Sutton, Brenda Leese, Antonio Giuffrida, Michelle Sergison, Lone Pedersen. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD002215

6. Patrick Van der Stuyft, Pol De Vos, ITG Antwerpen. La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud.

7. Zorgtraject diabetes type 2, september 2009, www.zorgtraject.be

8. Aanbeveling Domus medica Diabetes mellitus type 2, okt 2009

9. NHG standaard Diabetes mellitus type 2, maart 2006

10. Aanbeveling Domus Medica Hypertensie, nov 2009

11. Johan Van der Heyden, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête Chronische aandoeningen, België 2008

12. Rapport Observatorium voor gezondheid en welzijn Brussel-hoofdstad, Gezondheidsindicatoren van het Brussels gewest 2010

13. Jinan B. Saaddine, Betsy Cadwell, Edward W. Gregg, Michael M. Engelgau, Frank Vinicor, Giuseppina Imperatore and K.M. Venkat Narayan. Improvements in Diabetes Processes of Care and Intermediate Outcomes: United States, 1988–2002, Ann Intern Med. 2006;144:465-474.

14. Anderson J., Health services utilization: Framework and review, 1973

Dankwoord

Ik bedank in de eerste plaats mijn promotor Pol De Vos, zonder wie dit werk onmogelijk was geweest, voor het delen van zijn rijke ervaring en ideeën, zijn buitengewone beschikbaarheid en heldere commentaar.
Het ganse team van de 'Renfort' bezorgde mij gedurende de 'thesistijd' de nodige energie door elke werkdag aangenaam en constructief te laten zijn. Ik wil vooral mijn opleidster Leen Vermeulen en collega Chris Deprédomme speciaal bedanken voor hun niet aflatend optimisme en enthousiasme, voor onze boeiende discussies, voor alles wat ze me al geleerd hebben.
De 20 chronische patiënten die bereid waren mij een uur van hun tijd en een hoop verfrissende ideeën te geven kan ik niet dankbaar genoeg zijn.
Mijn schoonbroer Jonas stak zijn tijd in voor mij onmisbare technische hulp.
Jan was er altijd vol liefdevol geduld.
Bedankt allemaal!

Bijlage 1

Inleidend interview met beide artsen werkzaam in 'De Renfort' sinds de overschakeling op het forfaitair financieringssysteem

1) Hoe schat je het percentage chronische patiënten in in de totale workload van de praktijk? Hoe is de chronische zorg georganiseerd (invulling EMD,…)? Op welke punten verschilt die van de acute zorg? Hoe zie je de rol van de verpleegkundige hierin?

2) Welk soort chronische patiënten heb je voornamelijk? Hoe is de verhouding autochtonen – allochtonen? Is er een verschil in ziekteprofiel tussen de twee groepen? Is de ziektebeleving (patiënt) of de behandelingshouding (arts) verschillend?

3) Onze werkhypothese is dat het forfaitair financieringssysteem de toegankelijkheid en de continuïteit van de eerstelijnszorg bevordert. Een gezondheidscentrum is verantwoordelijk voor een welomschreven patiëntenpopulatie. Heb je verschillen opgemerkt in de dagelijkse praktijk voor en na de invoering van het forfaitsysteem? Zo ja, welke (gedrag patiënten –eigen houding)?

4) Hoe evalueer je de opvolging van chronische patiënten binnen de praktijk op dit moment ? Wat zijn de sterke punten? Wat kan er volgens jou binnen de praktijk nog verbeterd worden?

5) Hoe evalueer je de opvolging van chronische patiënten binnen het globale gezondheidssysteem (vb. samenwerking met specialisten, terugbetaling,…) op dit moment ?

6) Welke evoluties in het gezondheidsbeleid hebben de laatste jaren een effect gehad op de kwaliteit van de chronische zorg ? Wat zou er nog moeten veranderen volgens jou?

7) Hoe probeer je de zelfstandigheid van de chronische patiënten te vergroten? Heb je de indruk dat patiënten voldoende actief betrokken zijn bij hun chronische ziekte? Indien niet, om welke redenen? Wat zou er hier nog kunnen verbeteren? (Binnen de praktijk, binnen het gezondheidssysteem)

8) Verwacht je een verschil in de tevredenheid van de patiënten over hun chronische zorg binnen de praktijk voor en na de forfait ? Op welke punten?

9) Wat verwacht je voor hun objectieve parameters (bloeddruk, HbA1c, CV risico, …)?

10) Welke factoren kunnen volgens jou een bias vormen in de evaluatie van het effect van het forfaitsysteem op de kwaliteit van de chronische zorg ?

(11) Zijn er andere zaken, te verwachten problemen, … waar ik rekening mee moet houden tijdens dit onderzoek ?)

Bijlage 2:

Interview met 10 patiënten met diabetes en 10 met hypertensie

A) Identificatie + gegevens over chronische ziekte

- Naam:
- Leeftijd:
- Geslacht:
- Land van herkomst:
- Woonplaats: sinds (jaar):
- Opleidingsniveau:

analfabeet- lager onderwijs niet af- lager onderwijs af - lager secundair – hoger secundair - post secundair diploma

- Beroep:
- Lijdt u aan hypertensie – diabetes? Heeft u andere gezondheidsproblemen? sinds wanneer? (jaar)
- Patiënt in de 'Renfort' sinds (jaar)

Welke medicatie neemt u?

Welke andere behandelingen volgt u voor uw chronische ziekte (dieet, kinesist, …)?

Bent u de voorbije 3 maanden op consultatie geweest in 'de Renfort' ivm uw chronische ziekte? Bij welke arts?

Hoe frequent moet u op consultatie komen ivm uw chronische ziekte? Volgt u dit op?
Komt u frequenter of minder frequent dan voor uw vaste inschrijving in 2005?

Hoe frequent doet u extra onderzoeken ivm uw chronische ziekte: bloednames, ECG, …?

Hoe frequent gaat u op controle in het ziekenhuis? Bij welke specialist?

B) Open vragen over de kwaliteit van de chronische zorg

1. Hoe voelt u zich over het algemeen? Voelt u zich beperkt in uw dagelijkse activiteiten door uw ziekte?

2. Hoe ervaart u uw behandeling? Heeft u vaak hulp nodig bij uw behandeling van familie of vrienden?

3. Beschikt u over voldoende informatie over de lange termijn complicaties van uw ziekte? Weet u welke preventieve onderzoeken u moet doen om deze te voorkomen?

4. Via welke bronnen verkrijgt u informatie over uw ziekte? Voelt u zich voldoende vrij vragen te stellen aan uw arts?

5. Is uw arts voldoende beschikbaar? Heeft zij voldoende aandacht voor wat u belangrijk vindt?

6. Welke veranderingen hebt u opgemerkt sinds uw inschrijving? Wat vindt u positief? Wat vindt u negatief?

7. Vindt u het een voordeel niet meer te betalen voor elke consultatie? Heeft dit een invloed op uw relatie met uw arts?

8. Hoe ervaart u het feit 'vast' ingeschreven te zijn in de praktijk? Voordeel? Nadeel?

9. Wordt uw dossier door 1 arts bijgehouden? Vindt u dit belangrijk? Waarom (niet)?

10. Duid in onderstaande lijst van acties die belangrijk zijn voor een goede controle van uw chronische ziekte aan voor welke u zelf verantwoordelijk bent, voor welke u een gedeelde verantwoordelijkheid hebt samen met uw arts en voor welke uw arts volledig verantwoordelijk is:

Gezond leven – beweging – dieet – medicatie correct innemen – bloeddruk/glycemie meten – planning controle-consultaties – planning bloednames/andere onderzoeken – opvolging resultaten – voorschrijven medicatie – bijhouden EMD – verwijzen naar specialist

Welke zaken doet u al goed ? Wat zou u eventueel nog beter willen beheren? Op welke manier?

11. Wat mist u vooral in uw chronisch zorgprogramma?

12. Heeft u contact met andere mensen die aan dezelfde ziekte lijden dan u?
Zou u graag meer contact hebben met andere patiënten?
Zou u deelnemen als de praktijk begeleide informatieve groepssessies over uw ziekte zou organiseren?

13. Bent u al bij de verpleegster op consultatie geweest? Waarvoor? Vindt u het een voordeel dat er een verpleegster aanwezig is in de praktijk? Waarom?

14. Wanneer bent u voor het laatst in het ziekenhuis geweest ivm uw chronische ziekte? In welk ziekenhuis was dit? Bij welke specialist? Hoe ervoer u deze consultatie? Had u een verwijsbrief van uw arts?