VERBETERING VAN DE DIABETESZORG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: EEN REVIEW VAN PRAKTIJKVERBETERPROJECTEN GESCHREVEN TUSSEN 2007 EN 2013

FOCUS OP ZELFZORGONDERSTEUNING

Marieke D'hoop: UGent

i.s.m.: Evelien Cremers en Joke Marckx

Promotor: Patricia Sunaert: UGent

Co-promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts: UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

Abstract iii

Lijst van gebruikte afkortingen iv

Dankwoord v

1. Inleiding 1

2. Onderzoeksmethodiek 3

2.1. Doelstellingen 3

2.2. Vraagstellingen 3

2.3. CCM als kader voor de analyse van de PVP-en 4

2.4. Methodiek van gegevensverzameling 6

2.4.1. Gemeenschappelijk luik 6

2.4.2. Individueel luik 8

2.5. Ethiek 8

3. Resultaten 9

3.1. Welke PVP-en werden reeds uitgevoerd in het kader van een scriptie over DM II? 9

3.2. Welke interventies zijn er in deze PVP-en toegepast en bij welke componenten van het CCM sluiten ze aan? 11

3.3. Hebben deze PVP-en geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de opleidingspraktijken waarin de HAIO werkte of waarin de HAIO nu werkt? 12

3.3.1. Duurzaamheid in de praktijksetting van de praktijkopleider 12

3.3.2. Duurzaamheid in huidige praktijksetting van de HAIO 12

3.4. Welke PVP-en bevatten de component zelfzorgondersteuning? Hebben de PVP-en waarin er gewerkt werd rond zelfzorgondersteuning geleid tot een wijziging van het beleid? Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie ervan? 13

3.4.1. Welke PVP-en bevatten de component zelfzorgondersteuning? 13

3.4.2. Hebben de PVP-en waarin gewerkt werd rond zelfzorgondersteuning geleid tot een wijziging in het beleid? 17

3.4.3. Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren? 18

3.5. Hoe wordt zelfzorgondersteuning gedefinieerd in de richtlijnen en welke aanbevelingen worden hieromtrent gedaan? 21

4. Discussie 24

5. Besluit 31

Referenties 33

Bijlagen 35

Bijlage 1: Lijst masterproeven omtrent DM II. 35

Bijlage 2: Registratieformulier op basis van abstract 39

Bijlage 3: Registratieformulier op basis van volledige tekst 40

Bijlage 4: Lijst van alle PVP-en 41

Bijlage 5: Goedkeuring Ethisch Comité + protocol 43

Abstract

Context

Diabetes Mellitus type 2 (DM II) is een frequent voorkomende chronische aandoening. De huisarts is de coördinator van deze complexe chronische zorg. In de praktijk is er ruimte voor verbetering in de opvolging van de diabetespatiënten. Een geoptimaliseerde opvolging kan ervoor zorgen dat de bestaande richtlijnen en protocols beter kunnen gevolgd worden, met als doel een hogere kwaliteit van zorg. Wagner heeft een model ontwikkeld om de zorg voor chronische aandoeningen te verbeteren. Centraal in dit model is een kwalitatieve interactie tussen patiënt en zorgverlener. Verschillende componenten worden in het model voorgesteld om deze interactie te verbeteren.

Onderzoeksvragen

Welke praktijkverbeterprojecten (PVP-en) werden reeds uitgevoerd in het kader van een scriptie over DM II? Welke interventies zijn er in deze PVP-en toegepast en bij welke componenten van het CCM sluiten ze aan? Hebben deze PVP-en geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de opleidingspraktijken waarin de HAIO werkte of in de praktijk waarin de HAIO nu werkt?

Hebben de interventies die de component zelfzorgondersteuning bevatten geleid tot een wijziging van het beleid? Welk soort interventie wordt toegepast? Wat is de duurzaamheid van de interventies? Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie ervan?

Methode

Het betreft een review van praktijkverbeterprojecten (PVP-en) omtrent DM II. Allereerst werd op de ICHO-website een selectie van alle masterproeven over DM II gemaakt aan de hand van de titel. Nadien werden enkel de PVP-en weerhouden op basis van het doornemen van het abstract. Vervolgens werd de volledige tekst doorgenomen om interventies, componenten van het CCM en de belemmerende en bevorderende factoren te weerhouden. De interventies in de PVP-en werden onderverdeeld op basis van de elementen van het CCM. Ten slotte werden de desbetreffende HAIO en PO telefonisch gecontacteerd om gegevens over duurzaamheid te bekomen.

Resultaten

Er zijn 64 scripties geschreven over DM II tussen 2007 en 2013. 42 hiervan waren PVP-en. Alle PVP-en baseerden zich op richtlijnen en bevatten dus de component beslissingsondersteuning. Bijna alle interventies zijn complex en bevatten meerdere componenten. 24 interventies zijn duurzaam gebleken in de praktijk van de PO's (65%), waarvan 11 interventies integraal opgenomen werden in het beleid en 13 gedeeltelijk. Bij de geïnterviewde HAIO's zijn er 21 van de 33 interventies duurzaam gebleken (64%), waarvan 5 integraal opgenomen in het beleid en 16 gedeeltelijk.

21 PVP-en bevatten de component zelfzorgondersteuning (SMS). In alle PVP-en werd informatie en in de meeste ook verdere ondersteuning geboden. Twee kwamen tot een individueel behandelplan. Hiertoe werden verschillende instrumenten gebruikt, zoals de diabetespas, groepssessies, brochures, vragenlijsten naar kennis, motiverende brieven, specifieke consultaties, doorverwijzing naar een diabeteseducator of diëtist en pedometers. Vier interventies over SMS zijn duurzaam gebleken, waarvan 1 volledig en 3 deels. Er is algemeen meer aandacht naar opvolging.

De belangrijkste bevorderende factoren zijn een individuele aanpak, multidisciplinaire samenwerking en de kennis van communicatievaardigheden bij de arts. De voornaamste belemmerende factoren zijn tijdsgebrek en een gebrekkige motivatie van de patiënt.

Conclusies

SMS bij DM II patiënten start met een geïnformeerde patiënt. Afhankelijk van de motivatie van de patiënt, de praktijksetting en de voorkeuren van de huisarts en de patiënt wordt vervolgens een individueel behandelplan opgesteld. Verschillende instrumenten, zoals de diabetespas, groepssessies en multidisciplinaire samenwerking kunnen bijdragen tot zelfzorgondersteuning.

Lijst van gebruikte afkortingen

DM II	Diabetes Mellitus type 2	
IDF	International Diabetes Foundation	
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid	
CVA	Cardiovasculair accident	
AMI	Acuut myocardinfarct	
CCM	Chronic Care Model van Wagner	
RCT	Randomised Controlled Trial	
MaNaMa	Master-na-master	
PVP(-en)	Praktijkverbeterproject(en)	
EC	Evelien Cremers	
MD	Marieke D'hoop	
JC	Joke Marckx	
HAIO	Huisarts-in-opleiding	
DSD	Delivery System Design	= organisatie van de zorgverlening
DS	Decision Support	= beslissingsondersteuning
CIS	Clinical Information Systems	= klinische informatiesystemen
SMS	Self-Management support	= zelfzorgondersteuning
ICHO	Interuniversitait centrum voor huisartsen opleiding	
CFIR	Consolidating Framework for Research Implementation	
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap	
ADA	American Diabetes Association	
NICE	National Institute for Health and Care Excellence	
PO	praktijkopleider	
DKQ-24	Diabetes Knowledge Questionnaire	
EMD	Elektronisch Medisch Dossier	

Dankwoord

Graag had ik nog enkele mensen bedankt, zonder wiens bijstand deze masterproef niet tot stand was gekomen.

In de eerste plaats wil ik mijn praktijkopleiders Dr. Mia Dujardin, Dr. Frederik Vannoote en Dr. Wouter Dierynck, bij wie ik steeds terecht kon voor advies rond mijn scriptie, bedanken.

Daarnaast wil ik ook Dr P. Sunaert bedanken. Zij stond ons in elke ontmoeting bij met goede raad en suggesties voor onze masterproef.

Verder wil ik ook mijn medestudenten Joke Marckx en Evelien Cremers bedanken voor de goede samenwerking. Wij hebben vele uren samen gezwoegd, maar zijn er toch in geslaagd om deze opdracht tot een goed einde te brengen. Zij waren een onmisbare hulp bij het tot stand komen van deze scriptie.

Daarnaast wil ik ook mijn familie en vrienden bedanken voor de vele steun. In het bijzonder wens ik mijn man te bedanken voor de mentale steun, het nalezen van deze masterproef en zijn oneindige geduld. Ook mijn zoontjes Toon en Jef verdienen een welgemeende dank u wel voor het bezorgen van aangename pauzes bij het schrijven van deze masterproef.

1. Inleiding

Diabetes mellitus type 2 (DM II) is een frequent voorkomende pathologie waar mijn bijzondere interesse naar uit gaat. Volgens cijfers uit 2014 van de International Diabetes Federation (IDF) zijn er wereldwijd 387 miljoen diabetespatiënten. Hiervan zijn er 46 % niet gediagnosticeerd.[1]

Volgens de laatste gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) verklaart 5.3 % van de Belgische bevolking te lijden aan DM II. Het gaat dan zowel om type 1 diabetes, als om DM II. 96 % van de patiënten worden medisch opgevolgd, 93 % neemt medicatie. De prevalentie van DM II stijgt met de leeftijd. In de leeftijdsgroep tussen 15 en 25 jaar heeft 0.4% diabetes, terwijl dit in de leeftijdsgroep 64 tot 74 jaar al 13 % is. Daarnaast ziet men dat er de laatste jaren veel nieuwe diabetespatiënten bijgekomen zijn. Tussen 1997 en 2013 ziet men een stijging van de prevalentie van 2,7 % naar 5,3 % en bij 65 plussers zelfs van 7,6% naar 13,4%.[2]

Jaarlijks komen er in België 23500 nieuwe diabetespatiënten bij. Dit komt neer op 2 tot 3 nieuwe diagnoses per jaar in de huisartsenpraktijk.[3]

De toenemende prevalentie kan verklaard worden door het stijgend probleem van overgewicht en een tekort aan lichaamsbeweging. Daarnaast speelt de vergrijzing een belangrijke rol, alsook het feit dat er steeds betere therapieën op de markt komen, waardoor de levensverwachting verhoogt. Ook het aantal jonge mensen met DM II stijgt. Dit heeft dan weer te maken met de ongezonde voedingsgewoonten bij kinderen en een gebrek aan lichaamsbeweging.

Wanneer de diagnose DM II gesteld wordt, heeft dit een grote impact op het leven van de patiënt. Het doel van de behandeling van DM II is het voorkomen van complicaties en het behouden van een goede levenskwaliteit voor de patiënten. Microvasculaire complicaties (retinopathie, neuropathie en nefropathie) en macrovasculaire complicaties (CVA, atherosclerose, AMI) zijn ernstig en hangen samen met een belangrijke morbiditeit en mortaliteit. Om complicaties te voorkomen, is het noodzakelijk om de levensstijl aan te passen. Dit houdt in dat men moet vermageren, gezonder eten, meer moet bewegen en moet stoppen met roken. Daarnaast is ook medicatie inname belangrijk, maar de therapietrouw van diabetespatiënten wordt slechts geschat op 40-50 %.[2] Bijgevolg is motivatie zeer belangrijk. De huisarts is de ideale persoon om deze taak op zich te nemen. Een goede multidisciplinaire samenwerking is de belangrijkste pijler in de chronische zorg van de diabetespatiënt. Er wordt meestal van de huisarts verwacht dat hij de coördinatie van deze samenwerking op zich neemt.

Chronische problemen vereisen een andere aanpak dan acute problemen, niet alleen op medisch, maar ook op praktijk organisatorisch vlak. Er bestaan reeds verschillende richtlijnen en protocols omtrent chronische zorg op basis van RCT's met als doel een betere kwaliteit van zorg. Het toepassen daarvan is in de dagelijkse praktijk niet vanzelfsprekend, zoals ik ook in de huisartspraktijk waar ik gewerkt heb, ervaren heb.

Ik stootte in de praktijk op een opvolging van de diabetespatiënten, waarbij ruimte is voor verbetering. Een geoptimaliseerde opvolging kan ervoor zorgen dat de bestaande richtlijnen en protocols beter kunnen gevolgd worden met als doel hogere kwaliteit van zorg.

Een model dat vaak gebruikt wordt om aan kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronische patiënten te werken is het Chronic Care Model (CCM) van Wagner. Dit model is het uitgangspunt van onze masterproef. Het CCM is niet altijd eenvoudig om toe te passen. Er worden veel moeilijkheden ondervonden bij de implementatie van dit model. Dit heeft vooral te maken met het feit dat er geen richtlijnen zijn over de toepassing van het model. Het identificeren van deze verschillende moeilijkheden bij het implementeren van het model kan bijdragen tot een betere kwaliteit van zorg.[4,5,6]

Sinds het invoeren van de master-na-master (MaNaMa) opleiding huisartsgeneeskunde in het academiejaar 2007-2008 werden er reeds verschillende masterproeven geschreven omtrent DM II en in het bijzonder over de opvolging van diabetespatiënten en de problemen hieromtrent. Deze masterproef is een review van alle voorgaande praktijkverbeterprojecten (PVP-en) uitgevoerd in het kader van masterproeven omtrent DM II en werd uitgewerkt door drie huisarten-in-opleiding: Evelien Cremers (EC), Marieke D'hoop (MD) en Joke Marckx (JM).

Deze masterproef bevat twee delen: een gemeenschappelijk luik en een individueel luik. De doelstelling van het gemeenschappelijke luik is om een overzicht te maken van de interventies die reeds werden uitgevoerd rond DM II in de PVP-en. De doelstelling van het individueel luik is om een overzicht te krijgen van welke interventies, die zelfzorgondersteuning bevatten, duurzaam zijn en welke niet. Wat zijn daarbij de belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie?

In het eerste deel, het gemeenschappelijk luik hebben we alle drie gekeken naar de masterproeven over de opvolging van diabetespatiënten met het CCM als leidraad. We kunnen de masterproeven opdelen volgens de verschillende componenten van het CCM.

In het 2e deel, het individuele luik, focus ik mij op zelfzorgondersteuning. Voor de componenten van klinische informatiesystemen en organisatie van de zorgverlening verwijs ik naar de masterproeven van Evelien Cremers en Joke Marckx.[7,8]

2. Onderzoeksmethodiek

2.1. Doelstellingen

De masterproef bevat een gemeenschappelijk en een individueel luik.

- De doelstelling van het gemeenschappelijk luik is om een overzicht te maken van de interventies die reeds werden uitgevoerd in de PVP-en rond DM II in het kader van een scriptie, geschreven voor de MaNaMa opleiding huisartsgeneeskunde.
- De doelstelling van het individueel luik is om een overzicht te krijgen van welke interventies, die zelfzorgondersteuning bevatten, duurzaam zijn en welke niet. Wat zijn daarbij de belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie?

2.2. Vraagstellingen

De thesis geeft een antwoord op volgende vraagstellingen:

Gemeenschappelijk luik

1. Welke PVP-en werden reeds uitgevoerd in het kader van een scriptie over DM II?
2. Welke interventies zijn er in deze PVP-en toegepast en bij welke componenten van het CCM sluiten ze aan?
3. Hebben deze PVP-en geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de opleidingspraktijken waarin de huisarts-in-opleiding (HAIO) werkte of in de praktijk waarin de HAIO nu werkt?

Individueel luik

4. Welke PVP-en bevatten de component zelfzorgondersteuning? Hebben de PVP-en, waarin er gewerkt werd rond zelfzorgondersteuning, geleid tot een wijziging van het beleid? Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie ervan?
5. Hoe wordt zelfzorgondersteuning gedefinieerd in de richtlijnen en welke aanbevelingen worden hieromtrent gedaan?

2.3. CCM als kader voor de analyse van de PVP-en

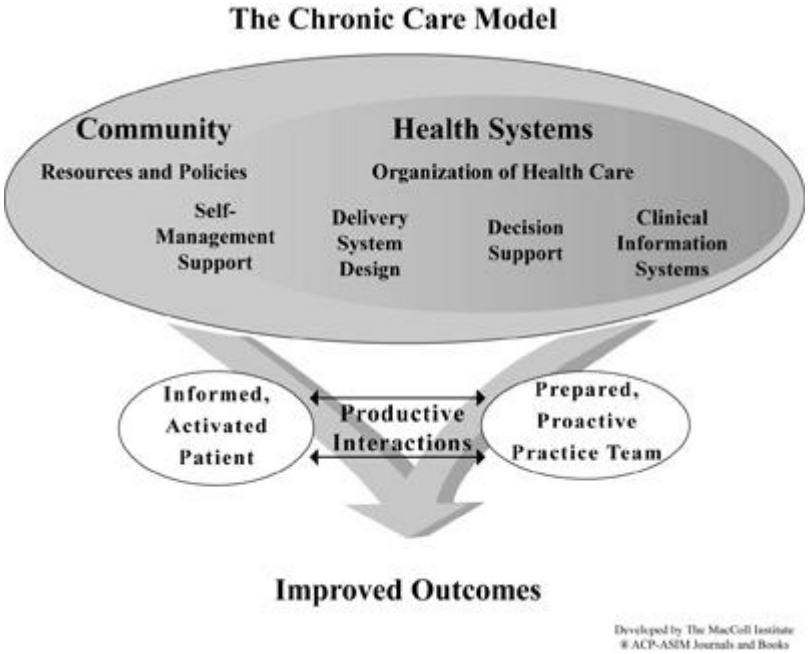
In 1998 ontwierp Wagner een model voor een betere aanpak van de zorg voor chronische patiënten.[6] Verschillende studies wezen op een bestaande zorg die ontoereikend was voor chronische patiënten, waarbij bewezen therapieën onvoldoende werden uitgevoerd en de chronische patiënten zelf hun ontevredenheid lieten blijken.[9]

Andere studies onderzochten het effect van gespecialiseerde zorgprogramma's voor chronische aandoeningen en vonden hierbij een beter resultaat dan bij de bestaande zorg.

Er was (en is) duidelijk een hoge nood aan verandering van de chronische zorg. Wagner stelt dat kostenreductie hierbij niet het belangrijkste doel is.

Wanneer de focus ligt op het behandelen van exacerbaties en verminderen van hospitalisaties (en zo reductie van de kosten), is dit slechts van toepassing op een klein percentage van de patiënten met een chronische aandoening. Beter zou zijn om alle patiënten met een bepaalde aandoening, met eender welke "graad" van aandoening, te includeren in zorgprogramma's. Hierdoor bereik je ook veel patiënten die nu niet verantwoordelijk zijn voor grote kosten (door bvb hospitalisatie), maar wel risico hebben dit later te zijn.[10] Verder is gebleken dat iedereen met een chronische aandoening (zowel laag-risico als hoog-risico) baat heeft bij een periodieke controle.

Rekening houdend met deze factoren heeft Wagner een model ontwikkeld om de zorg voor chronische aandoeningen te verbeteren (figuur 1). Centraal in dit model is een kwalitatieve interactie tussen patiënt en zorgverlener. Verschillende elementen worden voorgesteld om deze interactie te verbeteren.[11]



Figuur 1: Chronic Care Model

Gezondheidszorgsysteem (Health system)

Maak een gezondheidszorgsysteem met een gestructureerde organisatie dat duidelijke doelen en strategieën vooropstelt om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

Organisatie van de zorgverlening (Delivery System Design, DSD)

Verdeel de taken tussen de zorgverleners en zorg voor vooraf bepaalde interacties en follow-up tussen de zorgverleners en de chronische patiënten. Hou hier rekening met de (culturele) achtergrond van de patiënt, in die mate dat de zorg die geleverd wordt, op deze achtergrond wordt afgestemd en de patiënt het begrijpt.

Beslissingsondersteuning (Decision Support, DS)

Implementeer evidence-based richtlijnen in combinatie met de expertise van specialisten. Zorgverleners moeten hierover adequaat worden opgeleid en deze richtlijnen en informatie worden dan gedeeld met de patiënt om hun participatie te verbeteren.

Klinische informatiesystemen (Clinical Information Systems, CIS)

Organiseer de relevante data met een gestructureerde registratie van de gegevens. Maak gebruik van een informaticasysteem dat het mogelijk maakt om deze informatie eenvoudig op te vragen, te delen en tijdig herinneringen rond te sturen.

Zelfzorgondersteuning (Self-Management Support, SMS)

Maak de patiënten bewust van hun eigen centrale rol in de zorg voor hun gezondheid. Geef informatie en uitgebreide ondersteuning om ze op deze manier aan te moedigen om zelf hun verantwoordelijkheid op te nemen en dit ook op praktische wijze mogelijk te maken.

De gemeenschap (Community)

Vorm organisaties die interventies organiseren om de chronische zorg te optimaliseren, ontwikkelen en promoten en stimuleer patiënten om deel te nemen aan dit soort van initiatieven.

2.4. Methodiek van gegevensverzameling

De methodiek wordt hieronder beschreven per vraagstelling.

2.4.1. Gemeenschappelijk luik

Vraagstelling 1: Welke PVP-en werden reeds uitgevoerd in het kader van een scriptie over DM II?

Via de ICHO-website [www.icho-info.be/masterproeven] werden de titels van alle scripties, afgewerkt vanaf het academiejaar 2007-2008 (eerste jaar waarin scripties werden afgewerkt in het kader van de MaNaMa opleiding huisartsgeneeskunde) tot 2012-2013, bekeken. Het ICHO bevestigde via e-mail dat alle scripties op hun website vermeld staan. Op basis van de titels werden alle scripties omtrent DM II geselecteerd. Dit gebeurde door de drie auteurs afzonderlijk om geen enkele scriptie over het hoofd te zien (bijlage 1).

Op basis van het abstract van de geselecteerde scripties werden de scripties die handelen over een PVP geselecteerd. Hiervoor werd een registratieformulier opgesteld (bijlage 2). Het eerste derde van de titels werd door JM bekeken (1 - 21), het tweede derde door EC (22 - 42) en het laatste derde door MD (43 - 64). Bij twijfel over het type project werd overlegd tussen de drie auteurs.

Vraagstelling 2: Welke interventies zijn er in deze PVP-en toegepast en bij welke componenten van het CCM sluiten ze aan?

Om een antwoord te formuleren op vraagstelling 2 werd vervolgens de volledige tekst van de scripties die handelen over een PVP opgevraagd. Een aantal scripties zijn digitaal beschikbaar via de ICHO website en werden dan ook op deze manier bekomen (n=26). Bij MD waren dit er 11 van de 15, bij JM 10 van de 15 en bij EC 5 van de 15. Voor de andere scripties werd contact opgenomen met de auteurs van de scripties.

Op basis van het doornemen van de volledige tekst van de scripties werden nog drie scripties uit de selectie uitgesloten, omdat het beschrijvende onderzoeken zijn i.p.v. PVP-en (4, 28 en 29). Op deze manier bleven er uiteindelijk 42 PVP-en over.

Op basis van de informatie in de volledige tekst werden de interventies beschreven volgens de componenten van het CCM waarbij ze aansluiten. Dit gebeurde aan de hand van een gedetailleerd registratieformulier (bijlage 3).

Dit registratieformulier bevat volgende elementen:

a. Wat is de inhoud van de interventie?

b. Bij welke componenten van het CCM sluiten de interventies aan?

c. Wat zijn de factoren die de implementatie van de interventie bevorderen?

d. Welke zijn de factoren die de implementatie van de interventie belemmeren?

De resultaten van c en d werden geregistreerd in het gezamenlijke registratieformulier, maar worden per component van het CCM besproken bij de resultaten van vraagstelling 4.

De registratieformulieren van de verschillende PVP-en worden door de drie auteurs bijgehouden en kunnen opgevraagd worden.

MD las de scripties 1 tot en met 20 na, waarvan 14 PVP; JM de scripties 21 tot en met 42 waarvan 14 PVP; EC de scripties 43 tot en met 64, waarvan 14 PVP.

Vraagstelling 3: Hebben deze PVP-en geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de opleidingspraktijken waarin de HAIO werkte of waarin de HAIO nu werkt?

In de periode begin oktober 2014 tot eind november 2014 werden de praktijken waarin de PVP-en plaatsvonden, gecontacteerd. We namen telefonisch contact op met de praktijkopleiders die de interventie mee begeleid hebben. Als de praktijkopleider niet meer werkte op die praktijk, werd indien mogelijk een andere arts uit de opleidingspraktijk gecontacteerd.

Daarnaast werden ook de HAIO's telefonisch gecontacteerd om te bevragen wat ze uit hun PVP meegenomen hebben naar hun huidige praktijk.

De bevraging gebeurde semigestructureerd aan de hand van volgende vragen:

a) Hoe worden de DM II patiënten nu opgevolgd in de praktijk?
b) Onder welke vorm wordt de interventie in het PVP nog toegepast?
    a. Op het vlak van de klinische informatiesystemen?
    b. Op het vlak van het praktijkfunctioneren?
    c. Wat was de invloed van de interventie op het zelfmanagement van de patiënten?
c) Is de interventie eventueel aangepast en wat is de reden voor de aanpassing?

d) Indien de interventie niet meer wordt toegepast, wat is de reden hiervoor?

e) Hoe werd het PVP ervaren?

De resultaten in verband met de duurzaamheid van de interventies in de PVP-en worden in detail besproken in de individuele luiken van de drie masterproeven per gekozen component (zie vraagstelling 4).

2.4.2. Individueel luik

Vraagstelling 4: Welke PVP-en bevatten de component zelfzorgondersteuning? Hebben de PVP-en waarin er gewerkt werd rond zelfzorgondersteuning geleid tot een wijziging van het beleid? Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie ervan?

Aan de hand van de gedetailleerde registratieformulieren werd een tabel opgesteld met alle PVP-en die de component SMS bevatten, JM deed hetzelfde voor DSD en EC voor CIS.

Er werd in de interviews gezocht naar een antwoord op de vraag of het project volledig, deels of niet is overgenomen, met andere woorden wat de duurzaamheid is van het PVP.

De bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie werden uit de registratieformulieren en de interviews geselecteerd. Deze factoren werden gegroepeerd volgens the Consolidating Framework for Research Implementation (CFIR).[4]

Vraagstelling 5: Hoe wordt zelfzorgondersteuning gedefinieerd in de richtlijnen en welke aanbevelingen worden hieromtrent gedaan?

Er werd gezocht naar de meest relevante richtlijnen waaronder Domus Medica, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), International Diabetes Federation (IDF), American Diabetes Association (ADA) en National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

2.5. Ethiek

We dienden een verzoek in tot advies van het Ethisch Comité betreffende een onderzoeksproject bij de mens in het kader van de master-na-master huisartsgeneeskunde voor april 2014. Op 8 mei 2014 ontvingen we een gunstig advies (bijlage 5).

3. Resultaten

3.1. Welke PVP-en werden reeds uitgevoerd in het kader van een scriptie over DM II?

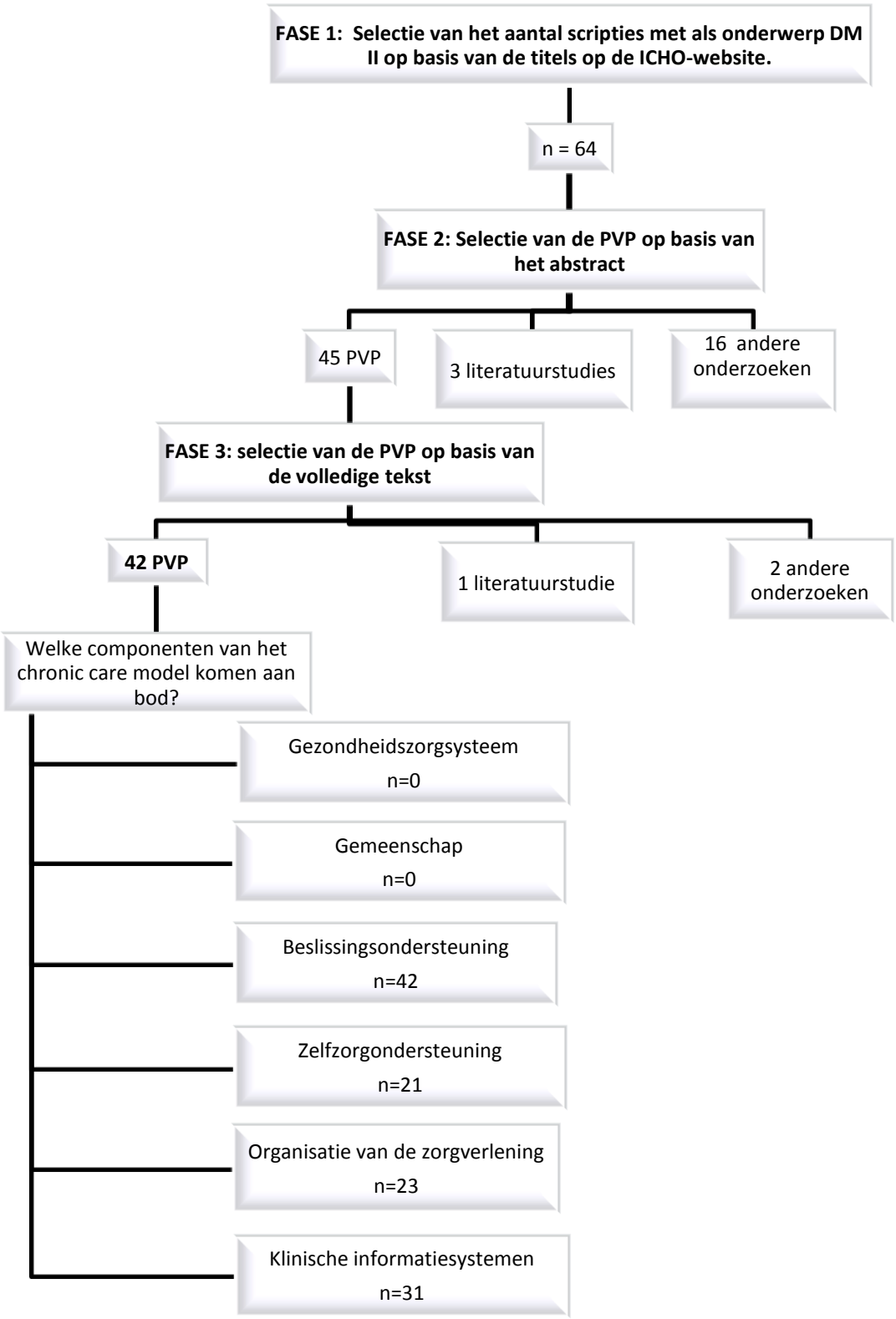
Op basis van de titel werden 64 scripties over DM II geselecteerd over de periode 2007-2008 tot 2012-2013 (bijlage 1). Het aantal scripties over DMII gaat in de beginjaren in stijgende lijn. In 2010-2011 zagen we een dip in het aantal scripties rond DMII, om nadien weer te stijgen. In 2012-2013 daalt de verhouding weer (tabel 1).

Tabel 1: Scripties met als onderwerp DM II

Academiejaar	Aantal masterproeven rond DM II	Totaal aantal masterproeven	Procentueel (in %)
2007-2008	9	81	11
2008-2009	10	133	7.5
2009-2010	12	113	10.6
2010-2011	5	138	3.6
2011-2012	16	177	9.0
2012-2013	12	211	5.7

Op basis van de abstracts werden 45 scripties geselecteerd die handelen over een PVP en werden 19 scripties geëxcludeerd. Van deze 19 scripties waren er 3 literatuurstudies en 16 andere onderzoeken.

Op basis van het doornemen van de volledige tekst van de scripties werden nog drie scripties uit de selectie uitgesloten. Eén van deze scripties was bij nader inzien een literatuurstudie (28), de andere twee waren andere onderzoeken (4 en 29). Op deze manier bleven er uiteindelijk 42 PVP-en over voor verdere analyse (zie bijlage 4).



Figuur 2: Flowchart: selectie van de PVP-en

3.2. Welke interventies zijn er in deze PVP-en toegepast en bij welke componenten van het CCM sluiten ze aan?

De interventies in de PVP-en sluiten aan bij één of meerdere van de zes componenten van het CCM. In geen enkel PVP komen de componenten het gezondheidszorgsysteem (Health system) en de gemeenschap (Community) aan bod. De interventies bevatten wel de componenten beslissingsondersteuning (DS), organisatie van de zorgverlening (DSD), zelfzorgondersteuning (SMS) en klinische informatiesystemen (CIS).

De component DS komt in alle 42 PVP-en aan bod. Alle PVP-en baseren hun interventies namelijk op bestaande richtlijnen. Alle masterproeven baseerden zich op de richtlijn van Domus Medica, en daarnaast werden vaak internationale richtlijnen zoals de NHG standaarden, de NICE richtlijn en de ADA richtlijn geraadpleegd. Er is slechts één PVP waar enkel DS aan bod komt (2).

21 interventies sluiten aan bij SMS (8, 11, 15, 16, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 34, 42, 44, 48, 55, 56, 57, 59, 61 en 64). Daarnaast zijn er 23 interventies die aansluiten bij DSD (5, 7, 8, 11, 14, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 26, 34, 42, 44, 48, 53, 56, 57, 58, 61, 63 en 64). Ten slotte kunnen we stellen dat 31 interventies tot de component CIS behoren (1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 33, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 50, 51, 55, 58 en 64).

16 PVP-en handelen over twee componenten van het CCM, waaronder dus telkens DS. Bij twee van deze 16 komt ook DSD aan bod, bij twee PVP naast DS ook SMS en 12 PVP sluiten zowel bij DS als CIS aan.

Bij 16 PVP-en komen drie componenten van het CCM aan bod. Tien van deze 16 PVP-en handelen zowel over DS en SMS. Bij vier van deze tien komt CIS aan bod en bij de andere zes DSD. Zes PVP-en sluiten bij DS, CIS en DSD aan. Negen PVP-en hebben de meest complexe interventies die zowel bij DS, DSD, CIS en SMS aansluiten.

Tabel 2 : Verdeling componenten CCM in PVP-en

Aantal componenten van het CCM	**Aantal PVP**	**Welke componenten komen aan bod?**	
		Aantal PVP	**CCM componenten**
1	1		DS
2	16	2	DS + DSD
		2	DS + SMS
		12	DS + CIS
3	16	10	DS + SMS + 1 ander
		4	DS + SMS + CIS
		6	DS + SMS + DSD
		6	DS + CIS + DSD
4	9		DS + DSD + CIS + SMS

3.3. Hebben deze PVP-en geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de opleidingspraktijken waarin de HAIO werkte of waarin de HAIO nu werkt?

3.3.1. Duurzaamheid in de praktijksetting van de praktijkopleider

Van de 42 praktijkopleiders (PO's) werden er 37 geïnterviewd (88%). De 5 anderen werden niet geïnterviewd omwille van volgende redenen: met pensioen (42), geen contactgegevens kunnen bemachtigen (26 en 48), niet kunnen bereiken (15).

In 24 van de 37 (65%) geïnterviewde opleidingspraktijken heeft het PVP een duurzaam effect gehad en tot een gewijzigd beleid geleid. De volledige PVP-en waren duurzaam in 11 van de 37 opleidingspraktijken (30%). In 13 praktijken (35%) werd een deel van het PVP verder gezet of overgenomen in het beleid van de praktijk. Dit wordt uitgebreider besproken per component bij vraagstelling 4.

3.3.2. Duurzaamheid in huidige praktijksetting van de HAIO

33 van de 42 HAIO's werden geïnterviewd (78%). Van de negen overigen werd geen interview afgenomen om volgende redenen: geen contactgegevens teruggevonden (26 en 48), niet te bereiken (9), niet meer als huisarts werkzaam (27 en 42) en verblijf in het buitenland (10, 11, 51 en 61).

Bij 21 van de 33 geïnterviewde HAIO's was de interventie duurzaam (64%), waarvan vijf volledig (15%) en 16 deels (49%). Van de 33 interviews waren er vijf HAIO'S waar het project nog in zijn volledige versie werd toegepast en duurzaam is gebleken. Twee HAIO's zijn in dezelfde praktijk blijven werken en hebben het PVP in zijn geheel verder gezet, drie anderen zijn veranderd van praktijk en hebben hun project integraal overgenomen in hun huidige praktijk. 16 HAIO's, waarvan er 3 in dezelfde praktijk zijn blijven werken, hebben een deel van de interventie opgenomen in het beleid. Dit wordt uitgebreider besproken per component bij vraagstelling 4.

3.4. Welke PVP-en bevatten de component zelfzorgondersteuning? Hebben de PVP-en waarin er gewerkt werd rond zelfzorgondersteuning geleid tot een wijziging van het beleid? Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie ervan?

3.4.1. Welke PVP-en bevatten de component zelfzorgondersteuning?

In mijn individuele luik wordt de focus gelegd op zelfzorgondersteuning (SMS). Er zijn 21 scripties die handelden over een PVP waar SMS een rol speelt (tabel 3).

Tabel 3: Alle PVP-en die de component SMS bevatten

Nr.	Auteur	Titel
8	Courteyn Evelyne	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
11	D'aes Lara	Praktijkproject: gestandaardiseerde diabeteszorg
15	De Fauw Loes	Optimaliseren van de samenwerking tussen de huisarts en de diëtiste voor type 2 diabetespatiënten
16	De Gooijer Floor	Verbetering van de registratie en follow-up van diabetes mellitus type 2 in een groepspraktijk in samenwerking met de patiënt
20	De Pourcq Barbara	De begeleiding van recent gediagnosticeerde type 2-diabetespatiënten in de huisartspraktijk
21	Deboeck Dagmar	Implementatie van de "Aanbeveling DM type 2" en het "Zorgtraject DM" in een WGC
23	Degomme Stephanie	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
24	Degrave Stijn	Kwaliteit van diabeteszorg bij patiënten met diabetes mellitus type 2: verbeterproject rond micro-albuminurie
25	Demirkapu Hakki	De invloed van individuele cultureel aangepaste diabetesvoorlichting in het Turks op de diabetesregulatie bij Turkse type 2 diabetici
26	Depoortere Ilja	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
27	Deschepper Griet	Opvolging van de diabetes type 2 patiënt in de huisartspraktijk: een kwaliteitsverbeterend project
34	Huybrechts Nicky	Groepseducatie bij slecht geregelde diabetes type 2 patiënten uit de lagere sociale klasse: implementeerbaar in de huisartsenpraktijk?
42	Peeters Inge	De diabetespas als hulpmiddel om "patient empowerment" te verhogen
44	Poels Nathalie	Nemen medicamenteus behandelde Diabetes Mellitus type II patiënten een statine? Een praktijkverbeterend project
48	Schuermans Wim	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
55	Van Poucke Lieselot	Management van de screening naar diabetische retinopathie bij diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk, een kwaliteitsverbeterproject

56	Van Proeyen Katrien	Is het mogelijk om bij diabetes type-II patiënten een substantieel gewichtsverlies te verkrijgen in de dagelijkse huisartspraktijk?
57	Van Puyvelde Ellen	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
59	Vandecasteele Olivia	Het jaarlijks voetonderzoek bij de patiënt met diabetes mellitus type 2: het bewustmaken van de patiënt van het belang van het voetonderzoek
61	Vantomme Anne-Lynn	Diabetes Mellitus Type II bij allochtonen: "informatie op maat"
64	Vertongen Tim	Ontwikkeling van een model voor het organiseren van een specifieke raadpleging voor een chronische aandoening in de eerste lijn, in casu diabetes type 2

Zoals reeds eerder aangehaald komt in al deze PVP ook DS als component voor. Er zijn twee PVP die enkel over SMS en DS gaan. Dit is de scriptie van Dr. Demirkapu (25) waar de invloed van individuele cultureel aangepaste diabetesvoorlichting in het Turks op de diabetesregulatie bij Turkse type 2 diabetici bekeken werd. De scriptie van Dr. Vandecasteele (59) gaat ook over SMS en DS (voorbeeld 1).

Voorbeeld 1: Het jaarlijks voetonderzoek bij de patiënt met diabetes mellitus type 2: het bewustmaken van de patiënt van het belang van het voetonderzoek (59).

Een informatiefolder rond voetzelfzorg en het diabetisch voetonderzoek werd meegegeven aan de patiënt. Nadien werd de educatiegroep ook nog uitgenodigd tot het bijwonen van een groepsles.

De meeste interventies zijn complexe interventies en bevatten drie of vier componenten van het CCM. Bij vier PVP-en kwam naast SMS en DS ook CIS aan bod. Zes PVP-en bevatten SMS, DS en DSD, waarvan drie PVP-en samen werkten (8, 23 en 57). De combinatie SMS, DS, CIS en DSD is het meest voorkomend, deze combinatie kwam negen maal voor. Hiervan werkten twee PVP samen (26 en 48).

Tabel 4 : Verdeling componenten CCM in PVP-en die SMS bevatten

	Verdeling componenten		
Aantal componenten van het CCM	**Aantal PVP**	**Welke componenten**	**Welke PVP-en**
2	2	SMS + DS	25 en 59
3	4	SMS + DS + CIS	16, 20, 27 en 55
	6	SMS + DS + DSD	8, 23, 34, 56, 57 en 61
4	9	SMS + DS + CIS + DSD	11, 15, 21, 24, 26, 42, 44, 48 en 64

Interventies

Informatie en ondersteuning

In alle PVP-en die de component SMS bevatten, werd extra informatie verstrekt aan de patiënten. Deze informatie was bij 12 van de 21 PVP-en algemeen (11, 16, 20, 21, 25, 26, 34, 42, 48, 55, 61 en 64). Andere PVP-en focusten zich op informatie rond één enkel aspect van de diabetesopvolging. Zo werkten drie PVP-en samen rond bewegingsadvies (8, 23 en 57). Twee PVP-en gaven informatie over dieetadvies (15 en 56), twee over micro-albuminurie (24 en 27), één over statinegebruik (44) en één over voetzelfzorg en het diabetisch voetonderzoek (59). In de meeste PVP-en werd naast het verstrekken van informatie ook verdere ondersteuning geboden. Slechts in drie scripties werd niet duidelijk aangegeven dat deze verdere ondersteuning werd geboden (21, 25 en 55).

Instrumenten

Informatie en ondersteuning werd geboden aan de hand van verschillende instrumenten. Zes PVP-en deden dit aan de hand van brochures of de diabetespas die werden meegegeven met de patiënt (11, 20, 42, 55, 59 en 61). Twee PVP-en stuurden motiverende brieven naar de patiënten thuis (24 en 27). Acht PVP-en organiseerden groepssessies waar uitleg en tips werden gegeven (8, 21, 23, 25, 34, 56, 57 en 59). Organisatie van extra individuele consultaties gebeurde in vier PVP-en (8, 11, 23 en 57). De patiënten werden doorverwezen naar een diëtiste in één PVP (15).

Bij drie van deze PVP-en werd de groepssessie door een diabeteseducator voorgeleid (21, 34 en 59). De twee PVP-en rond dieetadvies handelden in samenwerking met een diëtist (15 en 56). Soms werden verschillende instrumenten gebruikt (voorbeeld 1) of werden de patiënten in verschillende groepen verdeeld (voorbeeld 2).

Voorbeeld 2: Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II (8, 23 en 57).

> De drie PVP-en rond bewegingsadvies deelden hun patiënten in in twee interventiegroepen. Eén groep kreeg bewegingsadvies in groep en de andere tijdens persoonlijke consultaties. Telkens werden 3 contactmomenten voorzien. Voor de interpretatie werd gebruik gemaakt van pedometers. In vergelijking met de controlegroep, die alleen bewegingstips kreeg, was er een positief effect van zowel de groepssessies als de individuele consultaties.

Een andere benadering van informatie verstrekken is het peilen naar de huidige kennis van de patiënten. Dit gebeurde in zes PVP-en (16, 26, 34, 48, 61 en 64). Hiervoor baseerden vier van de zes PVP-en zich op de Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) vragenlijst (26, 48, 61 en 64)[12]. Daarnaast peilde men in twee PVP-en ook naar de motivatie om tot een individueel behandelplan te komen (voorbeeld 3). In PVP 16 werden de patiënten bevraagd over wat ze het belangrijkst vinden in hun opvolging.

Voorbeeld 3: Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn (26 en 48).

Twee PVP-en werkten samen en peilden naast kennis ook naar motivatie betreffende rookstop, gewichtsvermindering via dieet en het inlassen van lichaamsbeweging. De vragenlijst werd samen met de patiënt overlopen en de kennis werd op deze manier opgekrikt. Hun doel was om op deze manier te evolueren naar een geïndividualiseerd behandelplan.

Bij twee van de PVP-en waar algemene informatie werd gegeven, adapteerde men deze aan de culturele achtergrond (61 en 25)(voorbeeld 4).

Voorbeeld 4: Diabetes Mellitus Type II bij allochtonen: "informatie op maat"(61).

De informatie werd individueel gegeven aan de hand van een diabetespas die vertaald werd in het Arabisch en het Turks. Het grootste deel van de informatie komt van afbeeldingen waardoor ze ook bruikbaar was voor analfabeten en mensen die anderstalig zijn. Deze werd met de patiënt overlopen en als brochure meegegeven. Naast de klassieke informatie over medicatie-inname, hyper- en hypoglycemie, voetverzorging en voeding, bevat deze extra hoofdstukken, onder meer over ramadan en vakantie.

Diabetespas

Vier scripties handelen over SMS aan de hand van de diabetespas (11, 27, 42 en 61)(voorbeeld 5). Bij de scriptie van Dr. Van Poucke (55) werd de diabetespas reeds ingevoerd, het is niet duidelijk of hier tijdens de interventie meer aandacht naartoe ging. Het PVP van Dr. Peeters (42) handelt over de invoering van de diabetespas. Door deze invoering was er meer registratie van de parameters en een verhoogde empowerment, gemeten met de diabetes empowerment scale. Binnen dit PVP was er geen verbetering te zien van de parameters op zich. Bij de cultureel aangepaste diabestespas (61, voorbeeld 4) werd geen effect gezien op HbA1c, wegens de korte studieduur van 3 maand. In het PVP van Dr. Deschepper (27) was de doelstelling om de diabetespas in te voeren, maar gebeurde dit uiteindelijk niet. Meer info hierover bij bevorderende en belemmerende factoren.

Voorbeeld 5: Praktijkproject: gestandaardiseerde diabeteszorg (11)

Het PVP van dr. D'aes (11) maakte gebruik van een elektronische diabetespas en specifieke DM II consultaties. Door deze elektronische diabetespas af te drukken en mee te geven aan de patiënt creëerde ze het beoogde effect van de papieren diabetespas. Zowel artsen als patiënten hadden een beter overzicht over het behandelplan. De patiënten kunnen op eender welk moment naar deze elektronische diabetespas kijken en zien dat het bv. tijd is voor een nieuwe consultatie. De resultaten waren dat er meer gescreend werd naar micro-albuminurie, retinopathie en diabetische voet. Op HbA1c, bloeddruk, lipiden en gewicht was er geen positief effect.

3.4.2. Hebben de PVP-en waarin gewerkt werd rond zelfzorgondersteuning geleid tot een wijziging in het beleid?

Bij vier van de 21 scripties was er een duurzame verandering in het beleid van de praktijk. Bij drie van deze vier werd de interventie deels overgenomen (11, 20 en 44). Twee van deze drie handelden over algemene informatie die werd meegegeven met de patiënt in de vorm van ofwel hun eigen diabetesdossier dat meegegeven werd (11), ofwel een informatiebrochure over DM II (20). De masterproef van Dr. Poels waarbij de patiënten gecounseld werden over het nemen van statines, wordt ook nog deels op dezelfde wijze voortgezet (44). Bij één PVP wordt de interventie tot op heden nog volledig op dezelfde wijze voortgezet, namelijk doorverwijzen naar een diëtiste (15).

Bij 3 PVP-en die de component SMS bevatten werden geen gegevens over de duurzaamheid bekomen (26, 42 en 48).

Bij 14 van de 21 scripties is de interventie niet duurzaam gebleken (8, 16, 21, 23, 24, 25, 27, 34, 55, 56, 57, 59, 61 en 64). Dit kan verklaard worden doordat de instrumenten die gebruikt werden, meestal direct na het PVP verlaten werden. Zo werden de brieven niet meer verstuurd, de brochures niet meer meegegeven, geen pedometers meer gebruikt en de vragenlijsten naar kennis verlaten. Dit wegens tijdsgebrek, vertrek van de HAIO of inadequate vergoeding. We nemen hier als voorbeeld de PVP-en rond bewegingsadvies (voorbeeld 2). De pedometers werden door een firma aangeleverd tijdens het PVP. Na afloop van het project viel deze sponsoring weg. Om dit PVP verder te zetten zouden alle patiënten zich een pedometer moeten aanschaffen of de praktijk enkele ter beschikking stellen wat een financiële investering vraagt.

Wel moet vermeld worden dat er door de PVP-en meer aandacht gaat naar de opvolging van DM II patiënten in de praktijk waar het PVP liep en/of de praktijk waar de HAIO zich gevestigd heeft. Een voorbeeld is het PVP van dr. Vandecasteele (59), zie hoger (voorbeeld 1). In deze praktijk worden de groepslessen niet meer georganiseerd, wordt de enquête niet meer afgenomen en wordt de informatiefolder niet meer meegegeven. Er gaat echter wel meer aandacht naar het voetonderzoek en wordt de informatie mondeling meegegeven. Ook naar de andere aspecten van de DM II opvolging gaat sinds het PVP meer aandacht. Naast de artsen hebben ook de patiënten meer aandacht voor hun diabetesopvolging. Dr. De Gooijer (16) verwoordde dit mooi in het telefonische interview: “De patiënten zijn bewuster geworden van hun ziekte en het belang van een goede opvolging en preventiemaatregelen.” Ook bij andere telefonische interviews werd dit aangehaald.

3.4.3. Wat zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren?

Algemeen

Het CCM bevat 6 componenten die allen een belangrijke rol spelen in de zorg voor DM II patiënten. Zoals hierboven aangegeven, zijn de meeste interventies dus complex en bevatten ze meer dan één component van het CCM. Afhankelijk van de huidige situatie in de praktijken worden de interventies op andere componenten toegespitst en komen er bij het implementeren van de ene interventie andere verbeterpunten naar boven. Op deze manier is een belemmerende factor in de ene interventie een doelstelling in de volgende. Dit is zo bij kennis van de patiënt (15, 20 en 24), motivatie (23, 26, 34, 42, 43, 56 en 59), ziekte-inzicht (23 en 26) en bewegingsbeperking (23).

De belangrijkste bevorderende factoren zijn een individuele aanpak, multidisciplinaire samenwerking en de kennis van communicatievaardigheden bij de arts. Hierna bespreek ik de twee meest voorkomende belemmerende factoren in de PVP-en die de component SMS bevatten.

Tijd

De belangrijkste belemmerende factor bij de PVP-en rond SMS is duidelijk tijdsgebrek. Dit werd aangehaald in 12 van de 21 PVP-en, maar speelde bij de andere ook een duidelijke rol. Tijdsgebrek was vaak de oorzaak waarom de PVP-en niet duurzaam bleken. Een quote uit onze telefonische bevraging om dit verder te illustreren: Dr. Lambrechts (PO van masterproef nr 56): “Dergelijke projecten lukken goed op het moment dat je er veel mee bezig bent maar zodra de HAIO wegvalt, is er tijdsgebrek en niemand die aanspoort om verder te doen.” Ook bij het opzetten van een PVP kan tijdsgebrek de karakteristieken van de interventie beïnvloeden. Dit kan geïllustreerd worden door de masterproef van Dr. Vertongen (64). Hier werden door tijdsgebrek de patiënten enkel mondeling uitgenodigd op het moment dat ze op consult kwamen naar de praktijk. De uitnodiging werd dus niet voor alle DM II patiënten georganiseerd, waardoor er heel wat minder patiënten deelnamen aan de interventie.

Motivatie patiënten

Een gebrekkige motivatie en respons van de patiënten is ook een veel voorkomende belemmerende factor. Patiënten hebben soms weinig interesse (23) of zijn onvoldoende gemotiveerd om deel te nemen aan een PVP (26, 34, 42, 56 en 59). Het behouden van gedragsverandering is moeilijk, waardoor patiënten vervallen in hun oude levensgewoonten. Dit is een belemmerende factor die vooral een invloed heeft op de duurzaamheid van het PVP (23). Andere PVP-en ondervinden een weerstand bij de patiënten om de interventie door te voeren (15 en 44). Als illustratie een PVP over de statine-inname bij patiënten (44). De weerstanden om statines in te nemen in dit PVP zijn myopathie, de patiënt wil dat de specialist beslist over zijn therapie, hij wenst geen nieuwe medicatie door bv. leeftijd of stelt deze interventie uit omwille van een heelkundige ingreep.

Een gebrekkige respons op het verzoek om deel te nemen aan een PVP is ook vaak een belemmerende factor voor een PVP (24, 25, 27 en 42). Zo is er een onmogelijkheid tot screening naar micro-albuminurie als de patiënt niet op consultatie komt (24) of vergeet de patiënt zijn ochtend urine mee te brengen op consultatie (27). Hierbij is de kennis van barrières bij patiënten (15) en motivationele gesprekstechnieken (15) een bevorderende factor. Partnership helpt om de patiënten te motiveren (20) en ook de kennis van en ervaring met cognitieve gedragstherapeutische technieken (8 en 57) bevordert de motivatie van patiënten.

Bevorderende en belemmerende factoren bij diabetespas

Er waren twee belangrijke belemmerende factoren voor het gebruik van de diabetespas. Ten eerste was er de grote tijdsinvestering die nodig is om zowel de parameters in het elektronisch medisch dossier (EMD) als op de diabetespas te noteren (27, 42, 55 en 61). In één PVP is het invoeren van de diabetespas omwille van deze extra tijdsbelasting zelfs niet gelukt (27). Vervolgens was er ook weinig interesse van de patiënten om een diabetespas bij te houden en telkens op consultatie mee te nemen (27, 42 en 55). Al bij de derde consultatie vergaten vier van de elf patiënten hun diabetespas (42). Een bevorderende factor bij het gebruik van de diabetespas is dat hiervoor een nomenclatuurnummer voorzien is en er dus een adequate vergoeding is (11).

Bevorderende en belemmerende factoren bij groepssessies

Groepseducatie zorgt ervoor dat patiënten ervaringen kunnen uitwisselen (34) en bij groepssessies is een goede groepsdynamiek een bevorderende factor (23). Daarnaast zijn groepssessies minder arbeidsintensief, omdat meerdere patiënten ineens worden geïnformeerd. Maar er moet natuurlijk wel tijd voorzien worden om deze te organiseren. Daarnaast is er bij de artsen die deze groepssessie moeten begeleiden te weinig kennis en ervaring met cognitieve gedragstherapie en bestaat hiervoor geen adequate vergoeding.

Bevorderende en belemmerende factoren volgens CFIR

De bevorderende en belemmerende factoren kunnen ingedeeld worden volgens the Consolidating Framework for Research Implementation (CFIR).[4] Het CFIR (tabel 4) is een model dat gebruikt wordt om inzicht te verwerven in factoren die een invloed hebben op het succes van implementatie van het CCM in de praktijk. Het model bevat 5 domeinen:

- Karakteristieken van de interventie: evidentie in de literatuur, complexiteit van de interventie, aanpassingsvermogen naar de praktijk toe
- Externe setting: aanpassingsvermogen van de patiënt om de interventie te kunnen toepassen, netwerk met andere organisaties
- Interne setting: cultuur, normen en waarden in de praktijk, structurele karakteristieken van de praktijk

- Karakteristieken van het individu: kennis van het personeel, mogelijkheden van het personeel om de interventie uit te voeren
- Proces van implementatie: planning, engagement van de investeerders, procesevaluatie

Tabel 5 : CFIR toegepast op SMS

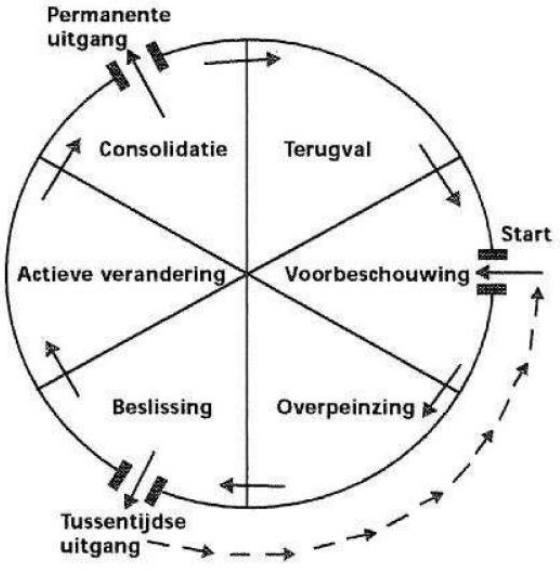
Domein	Bevorderend	Belemmerend
Karakteristieken van de interventie	- Simpel en aanvaardbaar advies(8) - Individuele aanpak (8, 23, 24 en 27) - Groepseducatie (34) - Werkzaam en in verschillende settings (8) - Gebaseerd op stappen of wandelen (8)	- Vragenlijst te moeilijk (42 en 64) - Andere gewoonte patiënten (vingerprik ipv labo voor HbA1c) (55) - Beperkte literatuur over gelijkaardige initiatieven (61)
Externe setting	- Patiënt heeft inzicht in eigen situatie (26) - Goede motivatie (26) - Groepsdynamiek bij patiënten (23)	- Taalprobleem (61 en 64) - Vastenperiode en Suikerfeest (25) - Multi-pathologie (15 en 26) - Onvoldoende kennis patiënt (15, 20 en 24) - Weerstand bij patiënten (43) - Weinig respons (24, 25, 27 en 42) - Bewegingsbeperking (23) - Weinig interesse (23) - Gebrek aan ziekte-inzicht (23 en 26) - Behouden van gedragsverandering (23) (gemakkelijk hervallen in oude levensgewoonten) - Gebrekkige motivatie (26, 34, 42, 56 en 59)
Interne setting		- Tijdsgebrek (8, 11, 15, 23, 24, 25, 26, 34, 42, 43, 56, 57 en 64)
Karakteristieken van het individu	- Kennis van motivationele gesprekstechnieken (15) - Kennen van barrières bij patiënten (15) - Partnership om patiënten te motiveren (20)	- Onvoldoende kennis van en ervaring met cognitieve gedragstherapeutische technieken (8 en 57)
Proces van implementatie	- Adequate vergoeding (11)	- Te weinig patiënten (61) - Uitnodiging niet georganiseerd (64) - Veel organisatie (57) - Geen of inadequate vergoeding (8, 23, 57 en 59) - HAIO valt weg (56)

3.5. Hoe wordt zelfzorgondersteuning gedefinieerd in de richtlijnen en welke aanbevelingen worden hieromtrent gedaan?

Richtlijnen en aanbevelingen

In de richtlijnen wordt SMS vaak benoemd als educatie. Diabeteseducatie was vroeger enkel gericht op het verstrekken van informatie aan de patiënten. Dit evolueert nu naar empowerment van de DM II patiënten. Empowerment omvat het ondersteunen van het maken van geïnformeerde keuzes, leefstijlaanpassingen, zelfzorg gedragingen, het probleemoplossend vermogen en de actieve samenwerking met het gezondheidszorgteam. Op die manier leren de patiënten zelfstandig om te gaan met hun chronische ziekte en vormen ze een volwaardige partner in hun zorg.[1,13, 14,15] Een optimale zelfzorg is pas mogelijk als er een goed begrip is van de gewenste aanpassingen.[13-16] Het uiteindelijke doel is de impact van diabetes op patiënten, de gemeenschap en het gezondheidszorgsysteem te verminderen en langetermijncomplicaties uit te stellen. SMS moet voor alle patiënten beschikbaar zijn.[1]

De aanpak van SMS kan op verschillende manieren. De IDF stelt dat er in de opleiding van artsen voldoende aandacht moet gaan naar communicatievaardigheden.[1] Het transtheoretisch model voor gedragsverandering volgens Prochaska en DiClemente is hierbij een belangrijke ondersteuningstool (figuur 3).[17]



Figuur 3: Transtheoretisch model voor gedragsverandering volgens Prochaska en DiClemente.

Andere zorgverleners kunnen een belangrijke hulp zijn bij SMS. De richtlijnen stellen dat de diabeteseducator een belangrijk deel van deze educatie op zich zou moeten nemen.[1,13,14,16] The National Standards (ADA) formuleren de rol van de diabeteseducator mooi als volgt [18]:

> "The person with diabetes is at the center of the entire diabetes education and support process. It is the individuals with diabetes who do the hard work of managing their condition, day in and day out. The educator's role, first and foremost, is to make that work easier."

Diabeteseducatie moet volledig terugbetaald worden en er moeten voldoende mensen opgeleid worden tot diabeteseducator.[1,14] Op vlak van dieetadvies is dan weer een belangrijke rol weggelegd voor de diëtist.[13,16] Een multidisciplinaire samenwerking met huisarts, diabeteseducator, diëtist, podoloog, endocrinoloog, patiëntenvereniging en eventuele thuisverpleegkundige is dus essentieel.[1] Deze gedeelde zorg dient gecoördineerd te worden.[18]

Deze informatie kan individueel of in groep gegeven worden. De NICE richtlijnen stellen dat groepseducatie de voorkeur geniet boven individuele educatie.[16] De NHG standaarden stellen echter dat educatie zowel in groep, als individueel kan gegeven worden.[15]

Initiatieven in België

Verschillende initiatieven werden in België reeds ingevoerd zoals de diabetespas, het zorgtraject diabetes en de diabetesconventie. De diabetespas werd in 2003 in België ingevoerd om de zorg van DM II patiënten, op orale therapie beter te structuren en patient empowerment te verhogen. Het bevat heel wat informatie voor de patiënt over diabetes, maar houdt ook in dat dieetadvies door een diëtist en eventuele bezoeken bij de podoloog gedeeltelijk terugbetaald worden. Ook het schema met de behandelingsdoelen, het medicatieschema en het schema met de uit te voeren en reeds uitgevoerde onderzoeken maakt de zorg zowel voor de patiënt, de arts, als de andere zorgverleners overzichtelijker. Hierdoor heeft de patiënt meer inzicht in zijn zorgplan en is de patiënt meer capabel om hier zelf initiatieven in te nemen. De zorg wordt gecoördineerd door de huisarts. Als stimulans werd een vergoeding voor de huisarts voorzien (nomenclatuurnummer 102852). De implementatie van de diabetespas verliep moeizaam. In de richtlijn van domus medica worden een gebrekkige promotiecampagne, een stuntelige opstartfase en het uitblijven van ondersteunende maatregelen als oorzaken hiervan aangehaald. Ook andere landen hebben met wisselend succes pogingen ondernomen om de diabeteszorg te optimaliseren en de patiënt meer zelfredzaam te maken met behulp van een diabetespas.[13]

In 2009 werd het zorgtraject voor DM II patiënten opgestart. De doelpopulatie zijn DM II patiënten die een behandeling volgen met 1 of 2 insuline-injecties per dag, of patiënten waarbij dit overwogen wordt. Het doel is om een individueel behandelplan op te stellen en op te volgen. De dialoog met de patiënt wordt gestimuleerd, zodat hij zo goed mogelijk inzicht krijgt in zijn ziekte en de opvolging ervan. Hier wordt een multidisciplinaire zorg nagestreefd waarbij de huisarts de zorg coördineert i.s.m. de endocrinoloog. Naast de terugbetaling voor diëtist en podoloog worden bij de patiënten ook enkele consultaties bij een diabeteseducator terugbetaald.[19]

De zorg voor patiënten die meerdere insulinetoedieningen nodig hebben, wordt gecoördineerd door de endocrinoloog aan de hand van de diabetesconventie.

4. Discussie

De focus van deze masterproef is zelfzorgondersteuning, kortweg SMS. SMS houdt in dat de patiënten bewust gemaakt worden van hun eigen centrale rol in de zorg voor hun gezondheid. Er wordt informatie en uitgebreide ondersteuning gegeven om ze op deze manier aan te moedigen om zelf hun verantwoordelijkheid op te nemen en dit ook op praktische wijze mogelijk te maken.[6] SMS van patiënten is een zeer belangrijke component in de aanpak van chronische ziekten. Dit is zeker het geval bij patiënten waar de diagnose DM II gesteld wordt en zelfs al eerder bij insulineresistentie. Er wordt van de patiënten namelijk een grote variëteit van aanpassingen in de levensstijl verwacht. Als huisarts hebben we hierin een belangrijke ondersteunende rol. Deze ondersteuning moet aangepast worden aan het type patiënt die voor ons zit en een zorg op maat van de patiënt dringt zich dus op. Er zijn patiënten die de zorg graag in eigen handen nemen, anderen laten zich liever leiden door de arts.

Dit in aanmerking genomen, had ik verwacht dat de meeste interventies SMS zouden bevatten, dit is slechts in de helft van de 42 PVP-en het geval. Een reden hiervoor kan zijn dat het niet altijd duidelijk is dat er SMS geboden werd in de interventies en er dus mogelijks een onderschatting is van dit aantal. Er zijn veel mooi uitgewerkte scripties, maar HAIO's zijn nog geen wetenschappers met jarenlange ervaring in studies opzetten en publiceren.

Type interventies

Een eerste stap naar SMS is informatie verstrekken aan de patiënten. Als huisarts is dit een belangrijk onderdeel van onze dagelijkse praktijkvoering. Alle 21 voorgaande PVP-en waar SMS aan bod kwam, hadden het informatie verstrekken als één van hun doelstellingen. Zoals de literatuur aangeeft, is een optimale zelfzorg pas mogelijk als er een goed begrip is van de gewenste aanpassingen en dient deze informatie vaak herhaald te worden[13-16]. Bij de meeste interventies werd naast informatie ook verdere ondersteuning geboden. Slechts bij drie interventies was niet duidelijk aangegeven of deze ondersteuning ook geboden werd. SMS werd geboden in de interventies tijdens een gewone consultatie of aan de hand van verschillende instrumenten zoals brochures, de diabetespas, brieven, specifiek georganiseerde consultaties, groepssessies, een vragenlijst naar kennis of het doorverwijzen naar een diëtist. Bij SMS wordt er gestreefd naar een behandelplan op maat van de patiënt, slechts bij twee PVP-en werd deze opgesteld.

De verscheidenheid van instrumenten toont aan dat er vele mogelijkheden zijn om aan SMS te doen. Door deze verscheidenheid en de telkens andere aanpak is het moeilijk om uitspraken te doen over welke naar voor geschoven kan worden als meest aangewezen methode. Deze is natuurlijk ook afhankelijk van de praktijksetting, de interessegebieden van de arts en het type patiënt.

Complexiteit

Een positief punt is dat alle scripties zich gebaseerd hebben op bestaande richtlijnen om deze informatie en ondersteuning aan te bieden. Dit sluit aan bij de component DS. Naast SMS en DS bevatten 19 van de 21 PVP-en ook DSD en/of CIS. Er werden dus meestal complexe interventies ingevoerd. Zoals het CCM aangeeft, is een interactie van verschillende componenten nodig om tot verbeterde uitkomsten te komen. De complexiteit van interventies is dus een positief punt, maar zorgt wel dat het moeilijk is om een volledig duurzame interventie te hebben (zie verder). Het inpassen van het CCM in de praktijk vergt verschillende interventies die stap per stap dienen ingebouwd te worden.

Hierdoor kan ook verklaard worden waarom bij zo weinig PVP-en er een individueel behandelplan opgesteld werd. Er moeten namelijk eerst een deel andere interventies gebeuren om tot dergelijk individueel behandelplan te komen. Zo moet de patiënt reeds goed geïnformeerd zijn en de arts een goed overzicht hebben over de huidige parameters en de fase van gedragsverandering van de patiënt.

Instrumenten: groepssessies

Graag had ik wat verder ingegaan op de groepssessies die in acht interventies gebruikt werden. In de PVP-en kwamen verschillende voordelen aan bod. Groepssessies zijn minder arbeidsintensief, omdat meerdere patiënten ineens worden bereikt. Het contact met lotgenoten en het uitwisselen van ervaringen zorgt voor een meerwaarde voor de patiënt, vooral als er een goede groepsdynamiek aanwezig is. Dit kan dus voor bepaalde patiënten complementair zijn aan de individuele consultaties bij de huisarts. Bepaalde richtlijnen stellen dat groepseducatie zelfs de voorkeur geniet[16], anderen zien individuele en groepseducatie beiden als een mogelijkheid.[15] In de Belgische zorgcontext is er spijtig genoeg geen vergoeding voorzien voor groepseducatie van DM II patiënten op praktijk niveau, waardoor deze weinig aangeboden wordt.

Om deze groepseducatie optimaal te laten verlopen, zouden er volgens mij verschillende sessies kunnen voorzien worden. Deze sessies kunnen afgestemd worden op verschillende groepen DM II patiënten afhankelijk van hun ziektestadium, voorkennis, achtergrond en motivatie. Niet alle patiënten zullen geïnteresseerd zijn om hieraan deel te nemen. Om in elke sessie voldoende participanten te hebben, is het quasi onmogelijk om deze verschillende sessies binnen één huisartspraktijk te organiseren. Initiatieven op regionaal niveau zijn hier eerder aangewezen. Gezien deze masterproef handelt over interventies op praktijk niveau, werd geen literatuuronderzoek verricht naar praktijkoverschrijdende groepssessies. Toevallig wordt momenteel in de regio van mijn opleidingspraktijk gratis groepseducaties voor diabetespatiënten en hun mantelzorgers georganiseerd door het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Centraal West-Vlaanderen.[20] Ik ben

benieuwd naar de reacties van onze patiënten hierover. Mijn inziens zijn dergelijke projecten de toekomst. Deze zouden kunnen uitgebreid worden naar verschillende chronische aandoeningen en op vaste tijdstippen herhaald worden.

Instrumenten: Diabeteseducator

Op dit moment wordt in de Belgische zorgcontext de informatie en SMS verstrekt door de huisarts. Maar multidisciplinaire samenwerking wordt als een meerwaarde gezien voor de opvolging van DM II patiënten. Ik zal wat dieper ingaan op de diabeteseducator. Bij patiënten die reeds in aanmerking komen voor het zorgtraject DM II wordt in België ook de diabeteseducator terugbetaald voor verdere informatie en SMS.

Het is vreemd dat dit niet terugbetaald wordt vanaf de diagnose, want SMS start niet bij de opstart van een insulinebehandeling. Zoals eerder beschreven stelt ook Wagner dat het beter zou zijn om alle patiënten met een bepaalde aandoening al vanaf de diagnose te includeren in multidisciplinaire zorgprogramma's.[10] De diabeteseducator kan de informatie die gegeven wordt door de huisarts nogmaals herhalen en de patiënt ook verder ondersteunen in de leefstijlaanpassingen.

Instrumenten : Diabetespas

In de Belgische zorgcontext werden reeds enkele initiatieven opgestart rond chronische zorg voor DM II patiënten, zoals de diabetespas. De diabetespas is een instrument die werd ingevoerd om periodieke opvolging, educatie en zelfzorg van de patiënten te faciliteren. Ook in onze resultaten komt naar voor dat de diabetespas zorgt voor een hogere empowerment van patiënten (42) en dat de screening toeneemt (11). Een ander positief punt is dat er voor de huisarts een vergoeding voorzien is. Maar de implementatie ervan loopt spijtig genoeg moeizaam. In de PVP-en werden als eerste oorzaak een hoge tijdsinvestering gemeld, zowel bij de papieren als de elektronische versie. Deze tijdsinvestering is relatief, gezien er ook veel tijd bespaard wordt. Als je als PVP de diabetespas invoert, is het niet meer noodzakelijk om een informatiebrochure op te stellen, want deze is al voorhanden en voldoende op onderzoek gebaseerd.

Een tweede belemmerende factor bij de implementatie is een gebrek aan motivatie van de patiënten om de diabetespas bij te houden en telkens op consultatie mee te nemen. Een optimalisatie van de elektronische diabetespas aan de hand van een applicatie op de smartphone zou, bij een selectie van patiënten, hier een antwoord op kunnen bieden. Deze zou gesynchroniseerd kunnen worden met het EMD. Op deze manier zijn de voordelen van de diabetespas nog aanwezig, zoals de informatie en het persoonlijk behandelplan die ze met zich meedragen. Bovendien wordt er minder tijd verloren met het invullen van verschillende documenten zoals het EMD en het boekje van de diabetespas. De huisarts zou meer zicht kunnen hebben op de evolutie van het gewicht, de

bloeddruk en de glycemie. Een voorspelbare barrière is dat dit voor veel patiënten niet toegankelijk is, denk maar aan de oudere populatie. Verschillende initiatieven zijn reeds genomen door o.a. farmaceutische firma's. Het vergelijken van deze initiatieven biedt voldoende stof tot een volgend onderzoeksproject.

Duurzaamheid

Algemeen bleken de projecten duurzaam in 65 % van de opleidingspraktijken en bij 64% van de HAIO's. Dit was slechts deels duurzaam in respectievelijk 35% en 49% van de gevallen.
Dit kan verklaard worden doordat er in meerdere projecten een combinatie van interventies werd toegepast. In de interviews werd aangegeven dat er soms te veel moest veranderd worden, waardoor het moeilijk was om na afloop van het PVP de veranderingen vol te houden. Dit is een nadeel van complexe interventies. Anderzijds is het noodzakelijk om complexe interventies op te starten, waardoor het net een sterk punt is om verschillende interventies te hebben (zie hoger). Het is een moeilijke evenwichtsoefening om een interventie op te starten die verschillende componenten van het CCM bevat, maar niet te complex is, zodat het nog haalbaar is om deze te implementeren in de praktijk.
Een tweede belangrijke reden was dat de HAIO niet meer in de praktijk werkte of dat er geen nieuwe HAIO was aangenomen, waardoor de motivatie om aanpassingen door te voeren, verminderde. Dit was een factor die in vele interviews met PO's naar voor kwam. Ook de voormalige HAIO's gaven aan dat het moeilijker is om de collega's te motiveren als het MaNaMa project afgelopen is.

De duurzaamheid bij de interventies die SMS bevatten (19%), is lager dan algemeen (65%). Vier van de 21 PVP-en rond SMS zijn duurzaam gebleken, waarvan drie deels en één volledig. Gezien het kleine aantal duurzame interventies is het quasi onmogelijk om te concluderen welke interventies nu het meeste kans hebben om duurzaam te zijn. Veertien interventies worden op dit moment niet meer verder gezet. Dit kan verklaard worden doordat de instrumenten die gebruikt werden, meestal direct na het PVP al verlaten werden. Sommige van deze interventies hadden als doel inzicht te verwerven in de kennis, beleving of leefwijze van de patiënt, zoals bijvoorbeeld bij de vragenlijsten naar kennis en het gebruik van de pedometers. Bij afloop van het PVP hadden de artsen meer inzicht in wat in het algemeen leefde bij de patiënt en werd het project niet verder gezet.
Nochtans levert dit per patiënt wel veel extra informatie op die kan gebruikt worden om de individuele doelstellingen te bepalen. Twee PVP-en namen dergelijk individueel behandelplan op in hun interventie, spijtig genoeg konden we bij beide geen gegevens over de duurzaamheid van hun interventie bekomen.

Wel moet vermeld worden dat er door de PVP-en er meer aandacht gaat naar de opvolging van DM II patiënten in de praktijk waar het PVP liep en/of de praktijk waar de HAIO zich gevestigd heeft. Dus, zelfs al is de interventie verlaten, is er wel een betere kwaliteit van zorgverlening voor de DM II patiënten. Vaak wordt dit niet als dusdanig als doelstelling geformuleerd maar mijns inziens is dit vaak het onderliggende doel van de interventie. We kunnen dus stellen dat de interventies wel tot een positief effect geleid hebben.

Motivatie van patiënten

Uit deze review komt naar voor dat een gebrekkige motivatie en respons van de patiënt een veel voorkomende belemmerende factor is bij PVP-en. Zoals hoger vermeld is het de taak van de huisarts en de diabeteseducator om de patiënten te motiveren en ondersteunen in hun leefstijlaanpassingen. Hierbij is de kennis van barrières bij patiënten en motivationele gesprekstechnieken een bevorderende factor. De lessen communicatie die we aangeboden kregen in de basisopleiding en de huisartsenopleiding zijn dus van cruciaal belang, zoals ook het IDF stelt .[1]

Maar niet alle patiënten kunnen over dezelfde kam geschoren worden. Er is een groot verschil tussen de gemotiveerde, geëngageerde vijftiger met diabetes die dagelijks zijn suiker meet en de tachtiger die alles liever aan de arts overlaat. Het is belangrijk om na te gaan welk type patiënt er voor ons staat en in welke fase van gedragsverandering deze zich bevindt en aan de hand daarvan een individueel behandelplan uit te stippelen.[17] Het is onze taak als arts om de patiënten te ondersteunen in hun zelfzorg, maar niet om hen te dwingen alle verantwoordelijkheid op zich te nemen.

Tijdsgebrek

Een andere veel voorkomende belemmerende factor is tijdsgebrek. Deze kan de karakteristieken van de interventie en de resultaten bepalen, maar ook de duurzaamheid in het gedrang brengen. Het is dus van belang om reeds bij de start van een PVP na te denken of er voldoende tijd is, zodat de interventie duurzaam kan zijn.

In het kader van een PVP opgestart voor een MaNaMa scriptie is het van belang op tijd te starten met de interventie. In concreto is het wenselijk dat alles al voorbereid is om het PVP te kunnen starten op het moment dat de goedkeuring van het Ethisch Comité binnen is. Daarom dienen HAIO's goed gemotiveerd te worden om reeds in hun eerste opleidingsjaar voldoende tijd te voorzien voor de masterproef en op tijd hun aanvraag voor het Ethisch Comité in te dienen.

Sterktes en zwaktes

In deze masterproef hebben we een overzicht van interventies in 42 praktijken. Er werd een groot aantal artsen bevraagd, 78 % van de HAIO's die het PVP zelf hebben opgestart en 88% van de PO's die het hebben begeleid. Een volgende sterkte is dat we de gevalideerde modellen zoals het CCM en het CFIR gebruikt hebben.

De zwakte van dit onderzoek is dat de informatie bekomen uit de interviews subjectief is en zich baseert op het aanvoelen van de HAIO of PO i.p.v. op objectieve parameters. Het voordeel van de telefonische interviews is dat we vele artsen konden bevragen. Maar ik denk dat we met een interview bij de arts zelf (i.p.v. telefonisch) makkelijker dieper konden ingaan op bepaalde vragen. We waren ook afhankelijk van onze notities tijdens het gesprek voor het interpreteren van de resultaten. Bij een video-interview gaat minder informatie verloren. De duurzaamheid werd bevraagd, maar er is niet onderzocht of er in die praktijken waar de interventie duurzaam is gebleken, enkele jaren later ook resultaten zijn op de doelstellingen (vb. HbA1c nu lager dan na afloop van het PVP?). We grijpen terug naar de langetermijnstudies in de literatuur voor dergelijke resultaten. Verder is het een beschrijvend onderzoek, voor conclusies over de beste interventie zou een vergelijkend onderzoek tussen de verschillende interventies moeten gebeuren (vb. RCT).

Leerpunten voor de eigen praktijkvoering

Bij het schrijven van deze masterproef besef ik meer dan ooit dat chronische zorg een groeiende uitdaging voor de toekomst is. Om aan goede praktijkvoering te doen is het belangrijk om je functioneren van tijd tot tijd in vraag te stellen en een PVP op te stellen. Bij het opstarten van een PVP rond chronische zorg is het van belang om het CCM van naderbij te bekijken. Het helpt om de vele componenten rond chronische zorg te structureren. Op deze manier kunnen componenten uitgekozen worden om een interventie rond op te starten. Het is belangrijk dat de interventie verschillende componenten van het CCM integreert en toch niet te complex is, zodat er voldoende tijd kan voorzien worden. Bij het opstarten van een interventie is het van belang om eens in de literatuur na te kijken hoe andere huisartsenpraktijken deze interventie hebben toegepast en welke de bevorderende en belemmerende factoren waren.

Bij de aanpak van SMS in de eigen praktijk is het belangrijk om per patiënt enkele stappen te doorlopen. De eerste noodzakelijke stap is het informeren van de patiënt. Vervolgens wordt nagegaan in welke fase van gedragsverandering de patiënt zich bevindt en dit voor de verschillende facetten van de opvolging. Het is niet omdat de patiënt gemotiveerd is om te stoppen met roken dat hij ook meer lichaamsbeweging wil inpassen in zijn levensstijl. Op basis hiervan kunnen individuele

doelstellingen bepaald worden. Indien nodig worden motivatietechnieken toegepast. Het is onmogelijk om al deze stappen in één consult te voorzien. Daarbij is het ook belangrijk in gedachten te houden dat de fase van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt, kan wijzigen en informatie moet herhaald worden. Vervolgconsultaties zijn dus onontbeerlijk. In overleg met de patiënt kan gekeken worden wat interessante instrumenten zijn om hem of haar te helpen de individuele doelstellingen te bereiken. De instrumenten die ik hierbij zeker meeneem uit deze review naar de praktijk toe zijn de diabetespas, groepssessies op regionaal niveau en het verwijzen naar andere zorgverleners zoals de diëtist of diabeteseducator. Bij de ene patiënt zal bij de doelstellingen een groot aandeel van zelfzorg aanwezig zijn, bij andere krijgt de arts meer bevoegdheid.

5. Besluit

Chronische problemen vereisen een andere aanpak dan acute problemen, niet alleen op medisch, maar ook op praktijkorganisatorisch vlak. Een model dat vaak gebruikt wordt om aan kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronische patiënten te werken is het Chronic Care Model (CCM) van Wagner. Het CCM is niet altijd eenvoudig om toe te passen.

De masterproef bevat een gemeenschappelijk en een individueel luik. De doelstelling van het gemeenschappelijk luik was om een overzicht te maken van de interventies die reeds werden uitgevoerd in de PVP-en rond DM II in het kader van een scriptie, geschreven voor de master-na-master (MaNaMa) opleiding huisartsgeneeskunde. De doelstelling van het individueel luik is om een overzicht te krijgen van welke interventies die zelfzorgondersteuning (SMS) bevatten duurzaam zijn en welke niet. Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie ervan?

Bij het opstarten van een PVP zijn de belangrijkste bevorderende factoren een individuele aanpak, multidisciplinaire samenwerking en de kennis van communicatievaardigheden. De belangrijkste belemmerende factoren zijn tijdsgebrek en een gebrekkige motivatie en respons van de patiënten.

Op lange termijn steeg de aandacht voor opvolging zowel bij de arts, als bij de patiënt. Maar de minderheid van de PVP-en bleek duurzaam. Algemeen werden de complexiteit van interventies en tijdsgebrek hiervoor aangehaald. Een interventie dient verschillende componenten van het CCM model te bevatten om tot een betere uitkomst te komen, maar mag ook niet te complex zijn, zodat de tijdsinvestering niet te groot wordt. Dit is een moeilijke evenwichtsoefening waar bij het begin van een project best wordt bij stilgestaan. Als belangrijke conclusie kunnen we ook zeggen dat de HAIO vaak een noodzakelijke schakel is voor het succes van een PVP en ook voor de implementatie ervan in de praktijk. Wanneer de HAIO vertrok, werd deze interventie niet meer volledig toegepast. Bij de interventies waarbij SMS aan bod komt, werden de instrumenten vaak enkel tijdens het PVP zelf gebruikt. Ook een inadequate vergoeding van bijvoorbeeld diabeteseducator en groepssessies is een belemmerende factor.

Vanaf de diagnose en zelfs al bij insulineresistentie is SMS bij de zorg voor DM II patiënten van cruciaal belang gezien de vele levensstijlaanpassingen die van hen verwacht worden. In het proces van SMS is de eerste stap het informeren van patiënten. Vervolgens wordt per aspect van de zorg nagegaan in welke fase van gedragsverandering de patiënt zich bevindt. Daarnaast wordt gekeken naar het type patiënt. Vervolgens wordt een individueel behandelplan opgesteld, waarbij SMS wordt ondersteund aan de hand van verschillende mogelijke instrumenten, zoals bv. de diabetespas, groepssessies of de doorverwijzing naar diabeteseducator of diëtist.

De kennis van het CCM en de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie ervan is een meerwaarde voor het opzetten van PVP-en in de eigen praktijk en ook voor toekomstige HAIO's die een PVP willen opstarten in het kader van hun masterproef.

Referenties

De verwijzingen naar de scripties worden tussen haakjes genoteerd. Vb. (8)

De verwijzingen naar de literatuur worden in superschrift genoteerd. Vb. [1]

[1] International diabetes federation IDF. Beschikbaar via: http://www.idf.org/worlddiabetesday/toolkit/gp/facts-figures. Geraadpleegd 2014 december 9

[2] De gezondheidsenquête 2013. Beschikbaar via: https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2013.aspx. Geraadpleegd 2014 december 9

[3] Diabetes wereldwijd. Vlaamse Diabetes Vereniging vzw. Beschikbaar via: http://www.diabetes-vdv.be/3/83/overdiabetes/diabeteswereldwijd.aspx. Geraadpleegd 2014 december 9

[4] Kadu M, and Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. BMC Family Practice. 2015; 16:12.

[5] Vermeire E, Van Royen P, Coenen S, Denekens J. Compliance of type 2 diabetes patients with their therapeutic regimen: Focus group research. Uit: Editoriaal: Diabeteszorg: concordance versus compliance. Minerva 1999; 28(3): 120-121.

[6] Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice.1998;1:2-4.

[7] Cremers E. Verbetering van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk: een review van praktijkverbeterprojecten geschreven tussen 2007 en 2013 Focus op klinische informatiesystemen. mei 2015

[8] Marckx J. Verbetering van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk: een review van praktijkverbeterprojecten geschreven tussen 2007 en 2013 Focus op organisatie van de zorgverlening. mei 2015

[9]Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. Health Serv Res. 1997;32:702-14.

[10] Coleman EA, Wagner EH, Grothaus LC, Hecht J, Savarino J, Buchner DM. Predicting hospitalization and functional decline in older health plan enrollees: are administrative data as accurate as self-report? J Am Geriatr Soc. 1998;46:419-25

11 Improving Chronic care. Beschikbaar via: www.improvingchroniccare.org. Geraadpleegd op 2014 december 10

[12] Garcia A, Villagomez E, Brown S et al. The Starr County Diabetes Education Study. Diabetes care 2001; 24: 16-21.

[13] Richtlijn diabetes mellitus type 2. Domus medica. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/diabetes-type-2-horizontaalmenu-378.html Geraadpleegd 2015 maart 10

[14] Rutten GEHM, De Grauw WJC, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56(10):512-525.

[15] Standards of medical care in diabetes--2012. American Diabetes Association. Diabetes Care. 2012 Jan;35 Suppl 1:S11-63.

[16] Type 2 diabetes: The management of type 2 diabetes. NICE guideline. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg87. Geraadpleegd 2015 maart 10

[17] Prochaska J, DiClemente C. Transtheoretical Therapy: Toward a more Integrative Model of Change. Psychother Theor Res 1982; 19:276-88

[18] Haas L, Maryniuk M, Beck J, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care. 2012;35(11):2393-2401.

[19] Zorgtraject Diabetes. Beschikbaar via www.zorgtraject.be. Geraadpleegd 2015 maart 10

[20] Huisartsen Midden West-Vlaanderen. Groepseducaties over diabetes type twee. Beschikbaar via: http://hamwvl.be/nieuws/groepseducaties-over-diabetes-type-twee. Geraadpleegd 2015 april 24

Bijlagen

Bijlage 1: Lijst masterproeven omtrent DM II.

1	Abramova Irina	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies op basis van audits in de afzonderlijke huisartsenpraktijk op de follow-up van diabetes type 2 patiënten?
2	Altemirov Oumar	Acetylsalicylzuur en statines voor een primaire en secundaire cardiovasculaire risico preventie bij de diabetespatiënten van de praktijk
3	Anné Nathalie	Registratie van essentiële gegevens voor de opvolging van patiënten met diabetes mellitus en arteriële hypertensie; redenen voor het ontbreken ervan in het elektronisch medisch dossier
4	Broeckaert Lina	Perceptie van diabetes bij allochtonen
5	Cautaerts Karen	Implementatie van de aanbeveling over rookstopbegeleiding bij diabetes mellitus type 2 patiënten
6	Caydasi Ufuk	Evaluatie van de zorg voor allochtone diabetespatiënten in een huisartsenpraktijk in Brussel.
7	Comyn Daphné	Evaluatie van de diabeteszorg bij diabetes mellitus type 2 patiënten in de huisartspraktijk: een praktijkverbeterend project
8	Courteyn Evelien	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
9	Creemers Veerle	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies op basis van audits in de afzonderlijke huisartsenpraktijk op de follow-up van diabetes type 2 patiënten?
10	Croonenborghs An	Opvolging diabetes type 2 patiënten door middel van EMD
11	D'Aes Lara	Praktijkproject: gestandaardiseerde diabeteszorg
12	De Bolle Sara	Hereditary hemochromatosis and iron-induced diabetes: a missed diagnosis?
13	Cleyn Silke	Diabetes Zorgtraject in de (huisartsen)praktijk: kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een Zorgtraject Diabetes.
14	De Decker Sarah	Implementeren zorgtraject diabetes in de huisartsenpraktijk.
15	De Fauw Loes	Optimaliseren van de samenwerking tussen de huisarts en de diëtiste voor type 2 diabetespatiënten
16	De Gooijer Floor	Verbetering van de registratie en follow-up van diabetes mellitus type 2 in een groepspraktijk in samenwerking met de patiënt

17	De Laet Veronique	Kwaliteit en organisatie van de follow-up van Diabetes Mellitus type 2 in het Elektronisch Medisch Dossier
18	De Langhe Sara	De plaats van DPP4-inhibitoren in de behandeling van type 2 diabetes
19	De Moor Annelies	Evaluatie van het zorgtraject diabetes mellitus type 2 op mesoniveau: regio Waasland-West.
20	De Pourcq Barbara	De begeleiding van recent gediagnosticeerde type 2-diabetespatiënten in de huisartspraktijk
21	Deboeck Dagmar	Implementatie van de "Aanbeveling DM type 2" en het "Zorgtraject DM" in een WGC
22	Deconinck Gudrun	Op zoek naar de kandidaten voor een zorgtraject diabetes mellitus type 2 onder de patiënten van huisartsenpraktijk Lourdes aan de hand van het elektronisch medisch dossier
23	De Gomme Stephanie	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
24	Degraeve Stijn	Kwaliteit van diabeteszorg bij patiënten met diabetes mellitus type 2: verbeterproject rond micro-albuminurie
25	Demirkapu Hakkin	De invloed van individuele cultureel aangepaste diabetesvoorlichting in het Turks op de diabetesregulatie bij Turkse type 2 diabetici
26	Depoortere Ilya	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
27	Deschepper Griet	Opvolging van de diabetes type 2 patiënt in de huisartspraktijk: een kwaliteitsverbeterend project
28	Engels Hans	Niet-medicamenteuze begeleiding bij diabetes patiënten: voedings- en bewegingsadvies
29	Everaet Lieve	Voedingsadvies bij patiënten met diabetes mellitus type II in de eerste lijn
30	Gevaert Linde	Management van de screening naar diabetische retinopathie bij diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk, een kwaliteitsverbeterproject
31	Gijbels Bernard	Zorgt fruit voor een seizoensgebonden ontregeling van Diabetes Mellitus in de fruitstreek?
32	Henrotay Timothy	De gepercipieerde veranderingen in het klinisch handelen van de huisarts door de implementatie van het diabetes zorgtraject: Een cross-sectionele studie
33	Hulshagen An	Het voetonderzoek bij de diabetespatiënt in de huisartspraktijk
34	Huybrechts Nicky	Groepseducatie bij slecht geregelde diabetes type 2 patiënten uit de lagere sociale klasse: implementeerbaar in de huisartsenpraktijk?
35	Janssens Vincent	Aspecten van een eerstelijns diabetes educatie project.

36	Kerkhofs Thomas	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies in de follow-up van diabetes type 2 patiënten in de huisartsenpraktijk?
37	Lefebure Annelies	Optimalisering van de zorg voor Diabetes Mellitus Type 2-patiënten binnen de praktijk door optimaal gebruik te maken van het Elektronisch Medisch Dossier
38	Mertens Joris	Zelfzorg bij diabetes type 2. Visies van artsen en patiënten op een concept in evolutie
39	Meuwissen Ronald	De transmurale communicatie bij het opstarten van het zorgpad Diabetes Mellitus type 2 en het Huis voor Chronische Zorg (in de regio Sint-Truiden)
40	Meynendonckx Koen	Het gebruik van een invulscherm in het EMD voor een betere registratie van diabetesparameters
41	Mouton Charlotte	De haalbaarheid van een diabetes e-audit in de huisartsenpraktijk
42	Peeters Inge	De diabetespas als hulpmiddel om "patient empowerment" te verhogen
43	Poelmans Leen	Het voetonderzoek bij de diabetespatiënt in de huisartspraktijk
44	Poels Nathalie	Nemen medicamenteus behandelde Diabetes Mellitus type II patiënten een statine? Een praktijkverbeterend project.
45	Rigaux Ward	Diabetes zorgtraject in de (huisartsen)praktijk: kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een Zorgtraject Diabetes.
46	Saerens Ruud	Onderzoek naar de haalbaarheid van het invoeren van motivationele gespreksvoering bij diabetespatiënten in de huisartspraktijk
47	Sassen Gwendolyn	Actuele probleemlijst als hulp bij preventie en vroegdiagnose van DM, COPD en cardiovasculaire aandoeningen
48	Schuermans Wim	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
49	Simoens Steven	Verwachtingen van Bulgaarse diabetespatiënten naar zorg in Eerste Lijn.
50	Sunaert Anne	Gerichte opvolging van DM II patiënten in een gelabeld EMD. Opportuniteiten en beperkingen.
51	Tack Ilse	Kwaliteitsverbeterend project: zorgverbetering voor DM II patiënten binnen de praktijk met behulp van het EMD.
52	Van de Konijnenburg Cecile	Arteriële hypertensie en DM II bij asielzoekers in België. Een prevalentie studie.
53	Van Kersschaever Greet	Substitution of doctors by nurses in diabetes care. A pilot study in a primary care clinic.
54	Van Peer Tine	Microvasculaire verwikkelingen van diabetes verdienen een macroaandacht.

55	Van Poucke Lieselot	Management van de screening naar diabetische retinopathie bij diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk, een kwaliteitsverbeterend project
56	Van Proeyen Katrien	Is het mogelijk om bij DM II patiënten een substantieel gewichtsverlies te verkrijgen in de dagelijkse huisartspraktijk?
57	Van Puyvelde Ellen	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van fysieke activiteit bij patiënten met DM II
58	Vande Walle Sofie	Onderzoeksproject: het implementeren van verpleegkundige hulp in de praktijk: een meerwaarde voor diabetesopvolging?
59	Vandecasteele Olivia	Het jaarlijks voetonderzoek bij de patiënt met diabetes mellitus type 2: het bewustmaken van de patiënt van het belang van het voetonderzoek.
60	Vandenbroucke Bieke	Beleving van de diabetespatiënt rond zijn motivatie tot gedragsverandering. Hoe kunnen we de communicatie en opvolging optimaliseren.
61	Vantomme Anne-Lynn	Diabetes Mellitus Type II bij allochtonen: Informatie op maat
62	Vanwijmelbeke Karolien	Het elektronisch diabetesdossier: waarom maken we er zo weinig gebruik van?
63	Verrue Christophe	Invoering van een specifieke diabetes consultatie in een rurale praktijk
64	Vertongen Tim	Ontwikkelen van een diabetesraadpleging voor de eerste lijn met gebruik van vragenlijsten rond kennis en de psychosociale status van de patiënt

Samenwerking tussen	1, 9 en 36
	8, 23 en 57
	48 en 26

Bijlage 2: Registratieformulier op basis van abstract

Titel	
Auteur en promotor	
Context	
Interventie	
Hoe? Praktische aanpak	
Aantal deelnemers onderzoek	
Welke elementen van het CCM?	
Welke eindpunten	
Significant resultaat?	

Bijlage 3: Registratieformulier op basis van volledige tekst

Masterproef nr:

Auteur:

Titel:

Wat is precieze interventie?

Welke elementen uit het Chronic care model komen aan bod?

Bevorderende	Belemmerende factoren

Welke vragen blijven over naar PO/HAIO?

Bijlage 4: Lijst van alle PVP-en

Nummer	Auteur	Titel
1	Abramova Irina	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies op basis van audits in de afzonderlijke huisartsenpraktijk op de follow-up van diabetes type 2 patiënten
2	Altemirov Oumar M	Acetylsalicylzuur en statines voor een primaire en secundaire cardiovasculaire risico preventie bij de diabetespatiënten van de praktijk
3	Anné Nathalie	Registratie van essentiële gegevens voor de opvolging van patiënten met diabetes mellitus en arteriële hypertensie & redenen voor het ontbreken ervan in het elektronisch medisch dossier
5	Cautaerts Karen	Implementatie van de aanbeveling over rookstopbegeleiding bij diabetes mellitus type 2 patiënten
7	Comyn Daphné	Evaluatie van de diabeteszorg bij diabetes mellitus type 2 patiënten in de huisartspraktijk: een praktijkverbeterend project.
8	Courteyn Evelyne	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
9	Creemers Veerle	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies op basis van audits in de afzonderlijke huisartsenpraktijk op de follow-up van diabetes type 2 patiënten?
10	Croonenborghs An	Opvolging diabetes type 2 patiënten dmv EMD
11	D'aes Lara	Praktijkproject: gestandaardiseerde diabeteszorg
14	De Decker Sarah	Implementeren zorgtraject diabetes in de huisartsenpraktijk.
15	De Fauw Loes	Optimaliseren van de samenwerking tussen de huisarts en de diëtiste voor type 2 diabetespatiënten
16	De Gooijer Floor	Verbetering van de registratie en follow-up van diabetes mellitus type 2 in een groepspraktijk in samenwerking met de patiënt
17	De Laet Veronique	Kwaliteit en organisatie van de follow-up van Diabetes Mellitus type 2 in het Elektronisch Medisch Dossier
20	De Pourcq Barbara	De begeleiding van recent gediagnosticeerde type 2-diabetespatiënten in de huisartspraktijk
21	Deboeck Dagmar	Implementatie van de "Aanbeveling DM type 2" en het "Zorgtraject DM" in een WGC
22	Deconinck Gudrun	Op zoek naar de kandidaten voor een zorgtraject diabetes mellitus type 2 onder de patiënten van huisartsenpraktijk Lourdes aan de hand van het elektronisch medisch dossier.
23	Degomme Stephanie	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
24	Degrave Stijn	Kwaliteit van diabeteszorg bij patiënten met diabetes mellitus type 2: verbeterproject rond micro-albuminurie
25	Demirkapu Hakki	De invloed van individuele cultureel aangepaste diabetesvoorlichting in het Turks op de diabetesregulatie bij Turkse type 2 diabetici
26	Depoortere Ilja	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn

27	Deschepper Griet	Opvolging van de diabetes type 2 patiënt in de huisartspraktijk: een kwaliteitsverbeterend project
33	Hulshagen An	Het voetonderzoek bij de diabetespatiënt in de huisartspraktijk
34	Huybrechts Nicky	Groepseducatie bij slecht geregelde diabetes type 2 patiënten uit de lagere sociale klasse: implementeerbaar in de huisartsenpraktijk?
36	Kerkhofs Thomas	Wat is het effect van planmatige en gerichte interventies in de follow-up van diabetes type 2 patiënten in de huisartsenpraktijk?
37	Lefebure Annelies	Optimalisering van de zorg voor Diabetes Mellitus Type 2-patiënten binnen de praktijk door optimaal gebruik te maken van het Elektronisch Medisch Dossier
40	Meynendonckx Koen	Het gebruik van een invulscherm in het EMD voor een betere registratie van diabetesparameters
41	Mouton Charlotte	De haalbaarheid van een diabetes e-audit in de huisartsenpraktijk
42	Peeters Inge	De diabetespas als hulpmiddel om "patient empowerment" te verhogen.
43	Poelmans Leen	Het voetonderzoek bij de diabetespatiënt in de huisartspraktijk
44	Poels Nathalie	Nemen medicamenteus behandelde Diabetes Mellitus type II patiënten een statine? Een praktijkverbeterend project
48	Schuermans Wim	Kwaliteitsverbetering van diabeteszorg in de eerste lijn
50	Sunaert Anne	Gerichte opvolging van diabetes type 2 patiënten in een gelabeld EMD. Opportuniteiten en beperkingen.
51	Tack Ilse	Kwaliteitsverbeterend project: zorgverbetering voor diabetes type II patiënten binnen de praktijk met behulp van het elektronisch medisch dossier
53	Van Kersschaever Greet	Substitution of doctors by nurses in diabetes care. A pilot study in a primary care clinic.
55	Van Poucke Lieselot	Management van de screening naar diabetische retinopathie bij diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk, een kwaliteitsverbeterproject
56	Van Proeyen Katrien	Is het mogelijk om bij diabetes type-II patiënten een substantieel gewichtsverlies te verkrijgen in de dagelijkse huisartspraktijk?
57	Van Puyvelde Ellen	Gecontroleerde studie naar de effecten van interventies ter promotie van dagelijkse fysieke activiteit bij patiënten met diabetes type II
58	Vande Walle Sofie	Onderzoeksproject: het implementeren van verpleegkundige hulp in de praktijk: een meerwaarde voor de diabetesopvolging?
59	Vandecasteele Olivia	Het jaarlijks voetonderzoek bij de patiënt met diabetes mellitus type 2: het bewustmaken van de patiënt van het belang van het voetonderzoek
61	Vantomme Anne-Lynn	Diabetes Mellitus Type II bij allochtonen: "informatie op maat"
63	Verrue Christophe	Invoering van een specifieke diabetes consultatie in een rurale praktijk
64	Vertongen Tim	Ontwikkeling van een model voor het organiseren van een specifieke raadpleging voor een chronische aandoening in de eerste lijn, in casu diabetes type 2

Bijlage 5: Goedkeuring Ethisch Comité + protocol

Universitair Ziekenhuis Gent
Afz: Commissie voor Medische Ethiek

UNIVERSITEIT GENT
COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Patricia SUNAERT
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2014/0410	08-mei-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Verbetering van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk: Een review - MAnaMA Marieke D'Hoop

Belgisch Registratienummer: B670201420853

* Adviesaanvraagformulier dd. 1/04/2014 (volledig ontvangen dd. 04/04/2014)
* Protocol
* Antwoord onderzoeker via mail dr. Joke Marckx dd. 06/05/2014 op opmerkingen EC dd. 16/04/2014
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier artsen en PO's (aangepaste versie cfr. Mail onderzoeker dd. 06/05/2014)

Advies werd gevraagd door:
Dr. P. SUNAERT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 6/05/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 6/05/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 6/05/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 6/05/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/05/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/05/2014

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0410	08-mei-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0410

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

PROTOCOL

Context

Diabetes type 2 is een frequent voorkomende pathologie waar onze bijzondere interesse naar uit gaat. Het doel van de behandeling van diabetes type 2 is het voorkomen van complicaties en het behouden van een goede levenskwaliteit voor de patiënten.
Er bestaan reeds verschillende richtlijnen en protocols omtrent de behandeling op basis van RCT's met als doel een betere kwaliteit van zorg. Het toepassen daarvan is in de dagelijkse praktijk niet vanzelfsprekend zoals wij ook in de huisartspraktijken waar wij werken, ervaren hebben.
Wij stootten in de praktijken op een opvolging van de diabetespatiënten waarbij ruimte is voor verbetering. Een verbeterde opvolging kan ervoor zorgen dat de bestaande richtlijnen en protocols beter kunnen gevolgd worden en zo tot een hogere kwaliteit van zorg leiden bij onze patiënten.
In het verleden werd er reeds een groot aantal masterproeven geschreven omtrent diabetes type 2 en in het bijzonder over de opvolging van diabetespatiënten.
Het optimaliseren van het gebruik van het EMD in de praktijk (opstellen van een diabetesregister, follow-up schema, reminders, …) kan bijdragen tot betere zorg. Wij hebben om die reden gekozen om ons toe te leggen op die interventies die zich toespitsen op het gebruik van het EMD in de opvolgconsulten van diabetespatiënten.

Doelstelling

Door de reeds geschreven masterproeven over diabetes op te lijsten, kunnen we de verschillende interventies analyseren. Op die manier kan retrospectief het effect van de masterproeven worden nagegaan. Deze analyse van de verschillende interventies en eventuele effecten zou tot inzichten kunnen leiden om de opvolging in de eigen praktijk aan te passen.

Onderzoeksvragen

1. Welke scripties zijn reeds geschreven over diabetes mellitus type 2?
2. Welke interventies zijn er in deze scripties toegepast?
3. Welke elementen van het Chronic Care Model komen in deze interventies aan bod?
4. Hebben deze masterproeven geleid tot een wijziging (duurzaamheid van de interventie) van het beleid van de praktijken waarin de HAIO's werkten of waarin de HAIO nu werkt? Wat waren de bevorderende en belemmerende factoren bij het invoeren van de interventies?

Methode

Deze masterproef zal worden uitgewerkt door 3 personen: Evelien Cremers, Marieke D'hoop en Joke Marckx.

1. Inventarisatie van de scripties, afgewerkt vanaf het academiejaar 2007-2008 tot 2012-2013. Deze scripties konden we op de ICHO-website raadplegen: www.icho-info.be/masterproeven. Op basis van de titels werden de scripties omtrent diabetes mellitus type 2 geselecteerd.
2. Inventarisatie van de interventies op basis van het abstract van de scripties. We bekijken in welke mate ze aansluiten bij de componenten van het Chronic Care Model van Wagner aan de hand van een registratieformulier.
3. Op basis van inventarisatie van interventies, selecteren we de masterproeven die aansluiten bij Clinical Information System, een component van het Chronic Care Model.
4. Van de masterproeven die aansluiten bij deze component worden de volledige scripties opgevraagd.
5. Analyse van hoe de componenten geïmplementeerd zijn in de praktijk en wat de bevorderende en belemmerende factoren vormen bij het implementeren van deze interventies in de praktijk. Om de duurzaamheid van de interventies na te gaan, zullen de auteurs en praktijkopleiders gecontacteerd worden.
6. Tenslotte zullen we de resultaten van het onderzoek toetsen aan hoe de mogelijkheden van het EMD in de eigen praktijk worden toegepast.

De resultaten van ons onderzoek zullen beschrijvend worden weergegeven.