Evaluatie zorgtraject diabetes mellitus type 2 op mesoniveau: regio Waasland-West

Deel I: SCRIPTIE

Annelies De Moor (partieel i.s.m. Gudrun Deconinck)

Promotor: Prof. Dr. D. Avonts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde UGent

Co-promotor: Dr. D. Schrans, Vakgroep Huisartsgeneeskunde UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaren 2010-2012

DANKWOORD

Veel mensen hebben meegeholpen aan de totstandkoming van deze masterproef. Ik wil graag van de gelegenheid gebruik maken om hen te danken voor hun steun, inzet en vertrouwen.

In de eerste plaats wil ik mijn thesispartner Gudrun Deconinck bedanken voor de maandenlange fijne samenwerking.

Daarnaast wil ik graag mijn promotor, Prof. Dr. Dirk Avonts, en copromotor, Dr. Diego Schrans, bedanken voor hun begeleiding en inbreng. Hun inzicht en deskundigheid hebben een duidelijke meerwaarde betekend. Evelyn Verlinde wens ik te bedanken om mij wegwijs te maken in de principes van kwalitatief onderzoek en het softwareprogramma Nvivo9.

Ook wil ik mijn praktijkopleider Dr. Karinne Laureys bedanken voor haar steun tijdens het tot stand komen van deze masterproef.

Het slagen van mijn regionaal project was enkel mogelijk door de medewerking van de huisartsen uit de huisartsenkring Waasland-West, de educatoren uit de regio Waasland-West, de endocrinologen van het AZ Nikolaas, de leden van de stuurgroep van het LMN Waasland en de zorgtraject promotor van het Waasland. Zonder hen was dit alles niet tot stand kunnen komen.

Ik wil ook alle lectoren en de personen die meewerkten aan de lay-out van de masterproef en de patiëntenmap bedanken voor hun bijdrage.

Last but not least wil ik ook mijn partner Joris bedanken. Hij toonde begrip voor mijn frequente afwezigheid tijdens de vele uren die ik doorbracht achter de computer of tijdens de ‘manamaweekendjes’ met mijn thesispartner Gudrun Deconinck. Zijn onvoorwaardelijke steun tijdens wat moeilijkere momenten gaf mij de moed om alles tot in de puntjes af te werken.

ABSTRACT

Context: De meeste initiatieven om de zorg voor diabetes patiënten (type 2) te organiseren, sluiten aan bij één of meerdere componenten van het 'Chronic Care Model' (CCM) van Wagner. Het huidige zorgtraject kan bij dit model aansluiten. Binnen de regio Waasland-West werd een evaluatie van dit zorgtraject uitgewerkt op mesoniveau.

Onderzoeksvragen: 1. Waarom starten huisartsen met het zorgtraject? 2. Wat zijn de ervaringen van de eerstelijns educatoren en de endocrinologen? 3. Hoe selecteren artsen kandidaten voor het zorgtraject via het EMD? 4. Welke incentives kunnen aangewezen zijn om de participatie aan het zorgtraject te doen toenemen?

Methode: Een literatuuronderzoek aangevuld met een online enquête, aangeboden aan 30 huisartsen uit de kring Waasland-West. Verder: semigestructureerde interviews bij 3 educatoren en 4 endocrinologen en een rondetafelgesprek met huisartsen uit de kring Waasland-West. Transcripten van interviews en het rondetafelgesprek werden door 2 onderzoekers gecodeerd met Nvivo 9 en nadien geanalyseerd.

Resultaten: In totaal werden 17 huisartsen bevraagd die reeds gestart zijn met het zorgtraject. Het zorgtraject betekent volgens hen: een betere outcome voor de patiënt, een betere samenwerking met de 2^{e} lijn, het creëren van een centrale rol voor de huisarts, continuïteit van zorg, het tegemoetkomen aan de nood voor educatie en het vergroten van de 'patiënt empowerment'. Een zorgtraject opstarten wordt bevorderd door de grote bereidheid van specialisten in de regio en voldoende informatie over inhoud en praktische werking. Wat is het effect van het opgestarte zorgtraject op het klinisch functioneren? Volgens de huisartsen leidt het niet tot een betere structurering van de consultatie of specifieke aandacht voor diabetes tijdens de consultatie. De knelpunten voor de 3 educatoren en 4 endocrinologen zijn: de administratie, de foutieve inschatting van de inclusiecriteria door de huisarts en het beperkte educatiepakket. Er is nood aan een meer uniform EMD, een afstemming van de software op de noden van het veld en een gebruiksvriendelijk systeem voor registratie en extractie van parameters. Volgende incentives werden opgetekend: de ontwikkeling van een patiëntenmap voor het zorgtraject (geïntroduceerd binnen kring Waasland-West als pilootproject) en een aanpassing van de opstart- en opvolgformulieren binnen het LMN Waasland.

Conclusies: Een vlotte samenwerking en heldere communicatie zijn essentieel om te komen tot 'shared care'. Op deze manier investeert men in de organisatie van de zorgverlening ('delivery system design'). De patiëntenmap integreert elementen van 'decision support' en 'self-management support' Het EMD ('clinical information systems') schiet momenteel tekort om deze elementen in de praktijk te realiseren.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 1

1.1 Keuze voor dit onderwerp 1

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen 1

2. Literatuurstudie 3

2.1 Zoekstrategie 3

2.2 Resultaten 4

3. Methode 14

3.1 Enquête 14

3.2 Interview educatoren eerste lijn regio Waasland-West en endocrinologen AZ Nikolaas 15

3.3 Vergaderingen stuurgroep LMN Waasland 16

3.4 Rondetafelgesprek met huisartsenkring Waasland-West 16

3.5 Ethiek 17

4. Resultaten regionaal project 18

4.1 Beschrijving inspanningen geleverd in het Waasland en cijfers 18

4.2 Resultaten enquête huisartsenkring Waasland-West 20

4.3 Visie en ervaringen van de eerstelijnseducatoren uit de regio Waasland-West 25

4.4 Visie en ervaringen van de endocrinologen van het AZ Sint Nikolaas 30

4.5 Rondetafelgesprek met huisartsenkring Waasland-West 37

4.6 Samenstellen 'patiëntenmap zorgtraject' : pilootproject Waasland-West 44

4.7 Aanpassen start- en opvolgformulier 46

5. Bespreking 47

5.1 Analyse en interpretatie 47

5.2 Kritieken 55

6. Besluit 56

7. Referenties 57

1. Inleiding

1.1 Keuze voor dit onderwerp

Op 1 september 2010 ging ik aan de slag als huisarts in opleiding (haio).
Bij het nadenken over een geschikt onderwerp voor een masterproef, bleken zowel ikzelf als mijn collega haio Gudrun Deconinck interesse te hebben in het topic diabetes, meer specifiek het zorgtraject diabetes. Na wat brainstormen kwamen we tot de idee om complementair een masterproef uit te werken, elk vanuit onze eigen invalshoek.

Mijn interesse in dit onderwerp bestond reeds tijdens mijn opleiding geneeskunde en werd tijdens mijn eerste maanden als haio aangewakkerd door het volgen van de bijscholingen diabetes die maandelijks georganiseerd worden door de endocrinologen van het AZ Nikolaas. Enkele patiënten uit de solopraktijk waarin ik aan de slag ben als haio, waren reeds geïncludeerd in het zorgtraject, enkele patiënten zouden hiervoor nog in aanmerking komen. Toch was de populatie te klein in aantal om iets uit te kunnen werken op microniveau. Daarom wenste ik via een lokaal project het zorgtraject op het niveau van de huisartsenkring Waasland-West (mesoniveau) te evalueren en te bekijken hoe de samenwerking tussen huisartsen, endocrinologen en educatoren verloopt. Tijdens mijn 7e jaar geneeskunde had ik reeds stage gelopen op de dienst endocrinologie van het AZ Nikolaas. Ik kende dus wel de artsen van deze dienst en hoopte op hun samenwerking te kunnen rekenen. Hiervoor nam ik contact op met de endocrinologen van het AZ Nikolaas met de vraag of ze de mogelijkheid zagen om een masterproef rond het zorgtraject uit te werken. Via hen kwam ik in contact met Dhr. Michaël Maenhout (de zorgtrajectpromotor van het Waasland) en de Stuurgroep van het LMN (Lokaal Multidisciplinair Netwerk). Tijdens verschillende vergaderingen werden ideeën bijeengesprokkeld en in overleg met de copromotor werd gekozen voor dit thema.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Eerst wou ik nagaan welke inspanningen er reeds geleverd werden in het Waasland in het kader van het zorgtraject diabetes. Dit waren er al een aantal. Ik beschrijf deze verder in de masterproef.
Op heden zijn er mooie resultaten wat betreft het aantal zorgtrajecten diabetes mellitus type 2 in het Waasland in samenwerking met het AZ Nikolaas. Ook deze resultaten komen in de masterproef aan bod. Maar het zou nog beter kunnen. Ik stelde mij dan ook de volgende vragen: “Hoe kunnen we artsen nog extra gaan motiveren om te starten met het zorgtraject? Wat zijn de redenen waarom ze al dan niet mee stappen in het verhaal van het zorgtraject? Welke factoren bepalen of een nieuw initiatief wordt overgenomen door artsen binnen een praktijk of een huisartsenkring?” Ik wou ook nagaan waar de knelpunten in de multidisciplinaire samenwerking zitten en hoe de participatiegraad verhoogd kan worden via lokale initiatieven. Tot slot vroeg ik mij af hoe huisartsen de patiënten die in aanmerking

komen voor het zorgtraject selecteren via hun elektronisch medisch dossier (EMD), met andere woorden hoe dataregistratie en -extractie gebeurt.

De vragen waren de volgende:

- Redenen waarom huisartsen binnen de kring Waasland-West al dan niet met het zorgtraject starten.
- Ervaringen van de eerstelijnseducatoren actief in de regio Waasland-West met het zorgtraject tot op heden. Wat loopt goed? Waar zitten er knelpunten? Voorstellen tot verbetering?
- Ervaringen van de endocrinologen van het AZ Nikolaas met het zorgtraject tot op heden. Wat loopt goed? Waar zitten er knelpunten? Voorstellen tot verbetering?
- Hoe selecteren de artsen uit de huisartsenkring Waasland-West de patiënten die in aanmerking komen voor het zorgtraject via het EMD?
- Welke incentives kunnen geïdentificeerd en opgestart worden binnen het LMN Waasland om de participatie aan het zorgtraject te doen toenemen?

Ikzelf startte met uitwerken van een regionaal project. Mijn masterproef partner Gudrun Deconinck startte een lokaal project binnen de eigen praktijk waarbij ze op zoek ging naar kandidaten voor het zorgtraject en de diabeteszorg binnen de groepspraktijk evalueerde.

Vooraleer we elk onze eigen weg insloegen voerden we een gezamenlijke literatuurstudie uit, om vandaar verder te bouwen. In het verdere verloop van de masterproef ging onze aandacht in het bijzonder uit naar twee componenten van het Chronic Care Model (CCM), namelijk klinische informatiesystemen en beslissingsondersteuning. We ondervonden dat deze items in de praktijk vaak een knelpunt vormen. Bovendien is bewezen dat implementatie van deze twee items, samen met twee andere elementen van het CCM (zelfzorgondersteuning en organisatie van de zorgverlening) bijdragen tot een verbetering op gebied van outcome op gezondheidsniveau. Dit wordt verder uitgebreid besproken in de resultatensectie van de literatuurstudie.

2. Literatuurstudie

2.1 Zoekstrategie

Om goed onderbouwde wetenschappelijke gegevens uit de literatuur te kunnen weerhouden, maakten wij gebruik van de watervalstrategie. Wij zochten naar informatie over de aanpak van de chronische zorg voor diabetes en naar het zorgtraject diabetes mellitus type 2.

In eerste instantie raadpleegden wij de quaternaire bronnen. Hierbij weerhielden we de richtlijn van Domus Medica 'Diabetes mellitus type 2' en de richtlijn van de New Zealand Guidelines Group 'The Guidance on the management of type 2 diabetes'.

Binnen de tertiaire bronnen zochten we via Tripdatabase en Sumsearch. Via Sumsearch kwamen we na het ingeven van de zoekterm 'Chronic Care Model' - en het hanteren van de limieten 'humans only, 'English only' en 'require abstract' - op 589 resultaten. Hiervan weerhielden we er op basis van titel en abstract 5. Via de zoekmotor tripdatabase met de zoekterm 'Chronic Care Model' weerhielden we nog 1 extra artikel.

Als secundaire bron raadpleegden wij via Pubmed de online database Medline. We zochten met de volgende zoektermen (in verschillende combinaties): 'Managed care programs' (MeSH) AND 'diabetes mellitus type 2' (MeSH). Hierbij bekwamen we 69 zoekresultaten. Verder gebruikten we ook nog vrije zoektermen zoals 'Chronic Care Model' en 'Wagner', wat ons nog eens 16 artikels opleverde. De gebruikte limits waren: Engels als taal, artikels gepubliceerd in de voorbije 10 jaar en met een link naar de 'free full text'. Verder vonden we ook nog 15 artikels op basis van gerelateerde artikels. We voerden achtereenvolgens een exclusie uit op basis van titel en abstract, waarna we 27 artikels weerhielden.

Ook in de primaire bronnen namen wij een kijkje. In het Tijdschrift voor Geneeskunde vonden wij met de zoektocht 'zorgtraject' het artikel 'Het transmurale zorgtraject diabetes mellitus type 2'.

Op de ICHO-website zochten wij naar andere masterproeven over hetzelfde of gerelateerde onderwerpen. Uiteraard besteedden wij ook aan de 'lichtere' vakliteratuur voldoende aandacht. Zo lazen wij artikels uit *De Huisarts, Huisarts Nu* en het *Tijdschrift van de Vlaamse Diabetes Vereniging*.

Een essentieel artikel voor onze masterproef werd aangebracht door Dr. Patricia Sunaert: Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F. Diffusion of Innovations in Service Organisations: Systematic Review and Recommendations. The Milbank Quarterly 2004;82:581-629. Tot slot reikte onze copromotor, Dr. Diego Schrans, ons een relevant artikel rond ICPC-codering aan.

Alle artikels werden door ons beiden gelezen. We keken eveneens de referentielijst van de interessante artikels na om eventueel bijkomende artikels te selecteren. Nadien kwamen we op verschillende tijdstippen samen om onze ideeën te bundelen en de literatuur uit te schrijven.

2.2 Resultaten

2.2.1. Chronische zorg en de eerste lijn

A. Van acute naar chronische zorg

Huisartsen in België hebben de gewoonte om op een vraaggestuurde manier te werken. Meestal is het zo dat een patiënt zich presenteert met bepaalde klachten en symptomen, waarvoor de huisarts dan een oplossing probeert te vinden. Deze traditie van probleemgestuurde behandeling is diep verankerd in de huisartsgeneeskunde, omdat de gezondheidszorg de afgelopen 100 jaar vooral gericht was op het behandelen van acute ziekten, zoals infectieziekten. De ziektebeelden zijn echter aan het veranderen. De toenemende vergrijzing van de bevolking, de veranderde leefgewoonten en de betere overlevingskansen van patiënten na acute aandoeningen (denken we maar aan een myocardinfarct) zorgen ervoor dat huisartsen meer en meer te maken krijgen met chronische ziekten, zoals diabetes mellitus type 2. Deze ziekten evolueren traag naar ernstige verwikkelingen. Anticiperen op deze verwikkelingen is hierbij erg belangrijk. Men ziet echter dat een huisarts chronische ziekten - zoals diabetes - meestal op dezelfde wijze als acute ziekten behandelt.[1] Die aanpak staat ongetwijfeld een goede diabeteszorg in de weg.

In de praktijk is het zo dat een diabetespatiënt vaak niet omwille van zijn diabetes op consultatie komt, maar bijvoorbeeld voor een pijnlijke rug of een virale infectie. Diabetes is hier niet het belangrijkste item binnen de consultatie en krijgt maar enkele minuten aandacht. In enkele minuten is het bijna onmogelijk om naast de suikercontrole ook nog eens de bloeddruk, de cholesterol, het dieet en de lichaamsbeweging grondig te bespreken, laat staan om een voetonderzoek uit te voeren of na te vragen of de patiënt op oogcontrole geweest is. Recente laboratoriumuitslagen zijn niet altijd beschikbaar of onvolledig, waardoor een bespreking van de ziekte met concrete cijfers niet mogelijk is.[1]

Het is duidelijk dat chronische zorg een totaal andere aanpak vereist dan acute zorg. Landen met een sterk uitgebouwde eerste lijn staan het verst in de doelmatige organisatie van chronische zorg.[2] Het chronisch zorgmodel draagt bij tot een gestructureerde en geplande opvolging van chronische ziekten, waarbij geanticipeerd wordt op eventuele problemen. Goede diabeteszorg vraagt een andere organisatorische aanpak, planning en voorbereiding. Idealiter zou er om de drie maanden een diabetesraadpleging plaats moeten vinden. Wanneer bepaalde doelstellingen niet bereikt worden, kunnen de huisarts en de patiënt samen nadenken over eventuele nieuwe stappen in de behandeling.[1]

B. De rol van de huisarts en het concept 'klinische traagheid'

De Belgische huisarts behandelt de patiënt nog vaak alleen. Hij of zij kan de patiënt behandelen volgens de bestaande richtlijnen, maar vaak rekenen huisartsen op hun ervaring om de juiste behandeling in te stellen. Soms wordt er doorverwezen, maar echte samenwerking in teamverband komt jammer genoeg maar zelden voor. Vaak is er een drempel om een patiënt door te verwijzen, wat tot 'klinische traagheid' kan leiden. Met 'klinische traagheid' bedoelen we een gebrek aan behandeling (start of intensifiëren) bij patiënten die de evidence-based doelstellingen niet bereiken. Specifiek voor diabetes houdt dit in dat het opstarten van insuline - gevreesd door patiënten en huisartsen - vaak te lang wordt uitgesteld, waardoor de suikerspiegel van patiënten maanden en zelfs jaren te hoog blijft met alle nefaste gevolgen van dien. Het stapsgewijs opdrijven van therapie vereist zorgvuldig monitoren van parameters, een frequent patiëntencontact en een scrupuleuze therapietrouw aan een stappenplan. Er zijn drie bronnen verantwoordelijk voor het niet naleven van de evidence-based richtlijnen en de 'klinische traagheid': arts gerelateerde factoren, patiënt gerelateerde factoren en factoren gerelateerd aan de organisatie en de structuur van de praktijk. De arts gerelateerde factoren zijn een overschatting van de geleverde zorgen, het niet herkennen en behandelen van comorbiditeit, het niet toepassen van evidence-based richtlijnen en doelstelling en het niet intensifiëren van de behandeling zonder medische contra-indicaties (bv. weigering door de patiënt). Patiënt gerelateerde factoren zijn een gebrek aan motivatie of weerstand voor levensstijlveranderingen die noodzakelijk zijn voor een optimale zorg. De factoren gerelateerd aan de organisatie en de structuur van de praktijk zijn een gebrek aan beslissingsondersteuning en een team gerichte aanpak.[1,3-5]

Een efficiënte eerste lijn kan de kosten aan gezondheidszorg ten gevolge van chronische ziekten reduceren.[3] Bovendien hebben patiënten met een chronische aandoening doorgaans meer dan één chronische aandoening. Huisartsen zijn zeer bekwaam in het omgaan met deze comorbiditeit en garanderen de continuïteit aan zorg.[6]

2.2.2. Het Chronic Care Model

A. Ontstaan

Er wordt internationaal veel onderzoek gedaan naar de manier waarop men de aanpak van chronische ziekten het best structureert. In 1998 heeft Wagner de bestaande evidentie verzameld en in een model gegoten; het Chronic Care Model (CCM).[7] Het model biedt geen snelle en gemakkelijke oplossing; het is een multidimensionele oplossing voor een complex probleem.

Het Chronic Care Model hecht veel belang aan praktijkvoering binnen de eerste lijn.[8] Het CCM beïnvloedde de zoektocht naar de optimalisatie van chronische zorg in verschillende internationale gezondheidszorgsystemen en werd overgenomen door de WHO.[3]

B. Doelstelling

De belangrijkste verwachting van het CCM is dat multidisciplinaire zorg de outcome van chronische ziekten zal verbeteren in vergelijking met de traditionele ziektegeoriënteerde zorg.[9] Het is de bedoeling om via zes pijlers tot een interactie te komen tussen een goed geïnformeerde, gemotiveerde patiënt enerzijds en een goed georganiseerd zorgteam anderzijds. Dit model is niet ziektespecifiek.[7]

C. Inhoud

Het model streeft een shift van acute zorg naar preventie na. Het Chronic Care Model beschrijft de zes componenten van het systeem die elkaar beïnvloeden. Deze interactie is belangrijk voor het verlenen van goede chronische zorg.[10]

1. Gebruik maken van lokale ondersteuning (*community resources and policies*)

   Aansluiting zoeken bij bestaande gezondheidsbevorderende initiatieven in de gemeenschap, zoals patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen, initiatieven om beweging te bevorderen, rookstopprogramma's enzovoort.[7]

2. Algemeen gezondheidsbeleid (*health system organisation*)

   Het tot stand brengen van een gezondheidsbeleid in een bepaalde regio. Concreet betekent dit het organiseren van overleg, waarbij objectieven worden vastgelegd, een werkstrategie wordt afgesproken en financiering wordt gezocht.[7]

3. Zelfzorgondersteuning (*self-management* support)

   Patiënten en hun families helpen om de nodige vaardigheden en het zelfvertrouwen te verwerven om hun chronische ziekte aan te pakken, door het aanreiken van bepaalde tools (zelfcontrolemateriaal, website, literatuur enzovoort) en mensen (educatoren).[7-8]

4. Organisatie van de zorgverlening (*delivery system* design)

   De taken van de verschillende zorgverleners omschrijven en afspraken maken rond communicatie. Enkele voorbeelden hiervan zijn: het organiseren van geplande consultaties met gestructureerde follow-up, waarbij patiënten zo nodig opgeroepen kunnen worden (call/recall); het trainen van niet-medisch personeel om de patiënt te ondersteunen in zijn zelfmanagement; het organiseren van periodieke routinetaken (labo voor diabetici, voet onderzoek) en het zorgen voor een geschikte follow-up.[7-8]

5. Beslissingsondersteuning (*decision* support)

   Praktijkrichtlijnen die gebaseerd zijn op evidentie vormen de standaard voor optimale chronische zorg en moeten geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk. Ook bijscholing en de inbreng van specialistische kennis leiden tot de noodzakelijke expertise.[7-8]

6. Klinische informatie systemen (*clinical information* systems)
   - Informatisering heeft 3 belangrijke functies:
     - ✓ Een registratie-instrument;
     - ✓ Een herinneringssysteem gebaseerd op de huidige richtlijnen;
     - ✓ Feedback over gemeten paramaters zoals HbA1c, lipiden, enzovoort.
   - Registratie, een centraal kenmerk van het CCM, levert lijsten van alle patiënten met een bepaalde chronische aandoening. In het geval van diabetes kan deze lijst opgevraagd worden op basis van een diabetesgerelateerde ICPC-2 code, aan de hand van het diabetesvoorschrift of via laboresultaten die de aanwezigheid van diabetes aantonen. Labowaarden zoals HbA1c, LDL en micro-albumine zouden idealiter automatisch in het diabetesdossier moeten verschijnen. Dit geldt ook voor de bloeddrukmetingen en de resultaten van het oog- en voetonderzoek. Deze registratie zou moeten leiden tot een automatische herinnering met bepaalde vlaggen die aanduiden welke onderzoeken er niet gebeurd zijn volgens het schema.[8]

D. Evidentie

De evidentie over de effectiviteit van het CCM is contradictorisch. Hoewel de meeste studies aangetoond hebben dat het de outcome kan verbeteren, zijn er ook studies die andere resultaten opleveren.[9]

Praktijkveranderingen leiden in vier categorieën tot de grootste verbetering op het gebied van outcome op gezondheidsniveau [9]:

- klinische informatiesystemen
- beslissingsondersteuningssystemen (hulpmiddelen voor medisch professionelen)
- zelfzorgondersteuning
- organisatie van de zorgverlening.

Deze elementen vormen de basis van het CCM. De implementatie van klinische informatiesystemen – en dan vooral in de eerstelijn – blijkt in de praktijk het moeilijkst.[11]

Hoewel eenvoudige interventies aantrekkelijker lijken, suggereren de observationele studies dat praktijken die veranderingen doorvoeren in verschillende aspecten van het CCM betere resultaten bekomen.[9]

We moeten een onderscheid maken tussen verbetering van het zorgproces (voetonderzoek met indien nodig aangepast beleid, oogonderzoek met opvolging en behandeling, micro-albuminurie bepaling, aanpassing medicatiebeleid, educatie, levensstijladviezen, rookstopbegeleiding, screening naar cardiovasculaire risicofactoren[12]) en de outcome (de exacte waarden van HbA1c, LDL-cholesterol,

bloeddruk en micro-albumine).[8] Het CCM werkt niet rechtstreeks in op de outcome, maar eerder op de omgeving waarin dokters en patiënten beslissingen nemen.[13]

Ondanks de kritiek op het CCM, werd het model gedeeltelijk of volledig geïmplementeerd in o.a. de VS, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. De WHO raadt het CCM ook wereldwijd aan voor gezondheidszorgsystemen.[13]

2.2.3. Het transmurale zorgtraject diabetes mellitus type 2

Op 1 september 2009 traden in België de zorgtrajecten voor diabetes mellitus type 2 in werking, dit in navolging van de zorgtrajecten voor chronische nierinsufficiëntie. Een zorgtraject gaat in voege na ondertekening van een contract door de patiënt, huisarts en specialist en loopt 4 jaar. De bedoeling is de samenwerking tussen de huisarts en de specialist te optimaliseren, om zo een betere behandeling van chronische ziekten te bekomen. De patiënt wordt hierbij actief betrokken. Voor de inclusiecriteria en de praktische invulling van het zorgtraject verwijzen we naar de bijlage (Bijlage 1). De zorgtrajecten werden in opdracht van het RIZIV in 2001 wetenschappelijk voorbereid via een dubbelproject: het 'Diabetes Project Leuven' en het 'Diabetes Project Aalst'. Het 'Diabetes Project Leuven' heeft aangetoond dat ook in de Belgische eerste lijn de zorg voor diabetes mellitus type 2 patiënten verbeterd kan worden. Verder heeft het aangetoond dat het invoeren van een basispakket van ondersteunde maatregelen voor de huisartsen, gebaseerd op het CCM van Wagner, de kwaliteit van zorg gevoelig verbetert. In het 'Diabetes Project Aalst' werden onder andere de bevorderende en belemmerende factoren bij het invoeren van een regionaal zorgprogramma bevraagd. Deze inzichten zijn van groot belang gezien ze toelaten de wijze van implementatie bij te sturen.[1-2,14]

In een persbericht van 16 februari 2012 vonden we het totaal aantal opgestarte zorgtrajecten diabetes type 2 vanaf 1 september 2009 tot en met 31 oktober 2011. Het betreft hier 20.176 zorgtrajecten diabetes type 2.[15]

2.2.4. Vernieuwingen in de eerstelijnszorg

Wanneer men er als arts niet in slaagt om de recentste richtlijnen toe te passen, kan dit kostelijk en zelfs schadelijk zijn. Het kan leiden tot overmatig gebruik van inadequate zorg, onvoldoende gebruik van effectieve zorg en fouten in de uitvoering van zorg. Uit onderzoek blijkt dat de gezondheidszorg uitblinkt in het traag toepassen van nieuwe kennis. We vragen ons dan ook af waarom de kloof tussen kennis en praktijk zo groot is. De verspreiding, toepassing en het behoud van nieuwe richtlijnen zijn belangrijke voorwaarden om een vernieuwing in te burgeren in de gezondheidszorg. Donald M. Berwick en Greenhalgh et al. beschreven hoe nieuwe initiatieven zich verspreiden en hoe de verspreiding en het behoud ervan gestimuleerd kunnen worden.[16-17]
Een aantal van de elementen die Donald M. Berwick en Greenhalgh et al. beschrijven, werden eveneens door Grol et al. aangehaald als belangrijke factoren voor een succesvolle implementatie:

relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit, uittestbaarheid, observeerbaarheid, risico en mogelijkheid tot aanpassing.[18]
Wij besloten ons in deze masterproef verder te baseren op de twee artikels van Donald M. Berwick en Greenhalgh et al.

A. Wetenschap omtrent het diffusiemodel

De studie van de verspreiding van een vernieuwing heeft een lange geschiedenis in de sociale wetenschap. Men zag dat bepaalde vernieuwingen nooit worden toegepast, terwijl andere secundair verlaten worden. De kenmerken van een vernieuwing zijn niet stabiel en niet bepalend voor het overnemen van die vernieuwing. Het gaat eerder om de interactie tussen de vernieuwing en het individu en om de specifieke context die de overnameratio bepaalt.[17]
Er zijn drie basisclusters, die in beschrijvende studies correleren met de mate van verspreiding van een verandering: perceptie van de vernieuwing, karakteristieken van de personen die de vernieuwing overnemen of daarin falen en contextuele factoren.[16]

1. Perceptie van de vernieuwing

De perceptie die een persoon van een vernieuwing heeft, bepaalt in grote mate de kans op overname van die vernieuwing. Vijf eigenschappen van de vernieuwing blijken het meest invloed te hebben: voordeel, compatibiliteit, eenvoud, probeerbaarheid en observeerbaarheid.[16] Daarnaast halen Greenhalgh et al. nog een aantal extra eigenschappen van de vernieuwing aan: de mogelijkheid tot vereenvoudiging via persoonlijke aanpassing, de mogelijkheid tot aanpassing van de randvoorwaarden van de vernieuwing, het gepercipieerde risico die de vernieuwing met zich meebrengt, de mogelijkheid tot het verbeteren van de taakperformantie, de kennis omtrent de vernieuwing en de ondersteuning bij de toepassing van de vernieuwing.[17]

- Ervaren voordeel van de verandering

Zowel Berwick als Greenhalgh et al. halen dit kenmerk aan. Dit is de krachtigste eigenschap. Individuen zullen een vernieuwing vlotter overnemen, wanneer ze denken dat die hen kan helpen in hun dagelijks werk. Hoe meer kennis het individu kan inwinnen over de te verwachten gevolgen van een vernieuwing, wat volgens Rogers leidt tot ‘reductie van onzekerheid’, hoe waarschijnlijker het zal zijn dat ze het overnemen. De meeste individuen gaan niet op zoek naar problemen en avontuur.[16] Toch is het feit dat men wel een voordeel ziet in de vernieuwing geen garantie voor het wijdverspreid overnemen.[17]

- Een vernieuwing moet compatibel zijn met de overtuigingen en huidige noden van het individu

Ook dit kenmerk wordt door zowel Berwick als Greenhalgh et al. beschreven. Slechts een minderheid van de artsen gebruikt routinematig formele, wetenschappelijke protocollen en richtlijnen in hun praktijk. Dit kan deels verklaard worden door een starre houding, maar het kan ook het gevolg zijn van de beperkte compatibiliteit van de guidelines met de heersende processen of programma's. Bijkomend moet een vernieuwing, om zich snel te verspreiden, overeenstemmen met de huidige behoeften en overtuigingen. Zo zijn huisartsen bijvoorbeeld niet geïnteresseerd in het afsluiten van zorgtrajecten diabetes als ze ervan overtuigd zijn dat ze reeds optimale diabeteszorg verlenen.[16-17]

- Complexiteit van de voorgestelde vernieuwing

Eenvoudige vernieuwingen verspreiden zich sneller dan ingewikkelde. Men kan de complexiteit reduceren via praktische ervaring en demonstratie.[16-17]

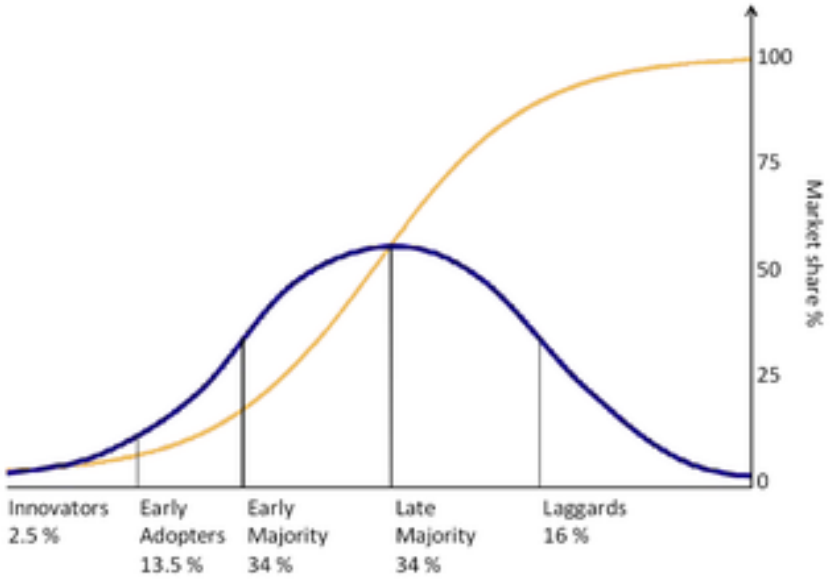
- Uittestbaarheid

Wanneer men op beperkte basis kan experimenteren met de vernieuwing, vooraleer ze algemeen verspreid wordt, zal ze sneller worden overgenomen.[16-17]

- Observeerbaarheid:

Wanneer het voordeel van de vernieuwing zichtbaar is via het gebruik door anderen, zal ze sneller worden overgenomen.[16-17]

2. Karakteristieken van de persoon



Figuur 1: 5 categorieën van adopters (blauw) en dynamiek van diffusie volgens S-vormige curve (geel)[19]

Volgens Rogers kan een groep van overnemers (‘adopters’) in vijf categorieën worden onderverdeeld (Figuur 1). Deze classificatie op basis van het aantal standaarddeviaties (‘SDs’) van de gemiddelde tijd tot overname, is een beetje artificieel.[16] Hoewel Greenhalgh deze onderverdeling in vraag stelt, heeft ze haar weg gevonden naar conventioneel gebruik en is ze zinvol gebleken als model voor variatie in overnamegedrag.[16-17]

- De snelle adoptiegroep wordt **‘INNOVATORS’** genoemd. Hun kenmerken zijn: zin voor avontuur, aanvaarden van risico en fascinatie voor nieuwe zaken.[16]
- De volgende groep is die van de **‘EARLY ADOPTERS’**. Ze zijn opinieleiders. Ze hebben goede lokale connecties en praten zowel met de ‘innovators’ als met elkaar. Zo selecteren ze ideeën die ze willen uitproberen. Het meest cruciale voor de dynamiek van verspreiding is dat de ‘early adopters’ bekeken worden.[16]
- De personen die de ‘early adopters’ bekijken zijn de **‘EARLY MAJORITY’** (1/3 van de groep). Ze leren hoofdzakelijk van de personen die ze goed kennen en ze vertrouwen meer op persoonlijke ervaring dan op wetenschap of theorie. Ze staan eerder weigerachtig ten opzichte van risico. Artsen in deze groep zullen niet zozeer louter interessante ideeën overnemen, maar wel ideeën die tegemoet komen aan hun directe noden.[16]
- Een volgende derde van de groep is nog conservatiever: **‘LATE MAJORITY’**. De ‘late majority’ kijkt naar de ‘early majority’. Ze zullen een vernieuwing proberen wanneer deze de nieuwe, algemeen aanvaarde standaard lijkt te zijn.[16]
- De laatste groep is die van de **‘LAGGARDS’**. We zouden hen de traditionelen kunnen noemen. Ze maken vaak keuzes die verstandig zijn en nuttig voor de gemeenschap.[16]

3. Contextuele factoren

Contextuele factoren kunnen een vernieuwing aanmoedigen/ondersteunen of ontmoedigen/afremmen. Organisaties die sociale uitwisseling ondersteunen, bv tussen de ‘early majority’ en ‘early adopters’, zullen een snellere verspreiding van vernieuwing zien dan organisaties waarbij het niet de gewoonte is om met elkaar te overleggen.[16]

Hierboven beschreven we dus de noodzakelijke eigenschappen van de vernieuwing, van het individu en de contextuele factoren die belangrijk zijn in het preadoptie-stadium.

B. Dynamiek van diffusie

De curve die de verspreiding van vernieuwing beschrijft is een S-vormige curve, met een ‘ point of no return’, het punt waarna het moeilijk wordt om verdere verspreiding te stoppen (Figuur 1). Deze curve geeft het cumulatieve aantal gebruikers van een vernieuwing in de tijd weer. Het model beweert dat eens ‘innovators’ en ‘early adopters’ een verandering hebben toegepast, de ‘early majority’ de leiders zal volgen wanneer ze met hen in interactie kunnen treden. Eens de ‘early majority’ dit heeft gedaan, zal de ‘late majority’ ontdekken dat de meerderheid van richting veranderd is waardoor ze zich ook comfortabel zullen voelen om te veranderen. Deze dynamiek betekent dat succesvolle verspreiding meer afhangt van hoe een organisatie omgaat met ‘innovators’, ‘early adopters’ en het contact tussen ‘early adopters’ en ‘early majority’, dan met elke groep op zich.[16]

Het is belangrijk te vermelden dat de grote meerderheid van deze research beschrijvend en observationeel is. Op basis van deze gegevens worden mogelijke interventies uitgewerkt. Men moet er zich echter van bewust zijn dat hiervoor geen sterke evidentie bestaat.[16]

2.2.5. ICPC codering

In onze masterproef gaan we dieper in op de wijze van dataregistratie en –selectie door huisartsen. Dit is onlosmakelijk verbonden met codering, in de Belgische eerstelijnscontext meer specifiek met ICPC-2 codering. ICPC staat voor ‘International Classification of Primary Care’ en werd voor de eerste maal gepubliceerd in 1987 door WONCA (‘World Organization of National Colleges,Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians’). Artsen konden met ICPC drie belangrijke elementen classificeren: reden van bezoek, diagnoses/problemen en planning. Voor eenvoudig gebruik in het EMD moeten gegevens op de achtergrond gecodeerd worden en enkel het klinisch label dat de arts zoekt, getoond worden. Enkel dan is het bruikbaar en aanvaardbaar. Daarom werd de Belgische Thesaurus ontwikkeld. Wil het EMD een label krijgen, dan moet het sinds 2006 deze Thesaurus kunnen implementeren. De Thesaurus creëert als het ware een brug tussen de woorden die de arts in gedachten heeft of noteert en de correcte wetenschappelijke manier voor het noteren en beschrijven van klinische gegevens. Door het gebruik hiervan heeft de huisarts een systeem ter beschikking dat automatisch gerapporteerde data codeert zonder dat de huisarts deze codes moet kennen.[20]

Minder dan één derde van de huisartsen in België codeert diagnoses tijdens het patiëntencontact.[21]

2.2.6. Opdracht laatstejaarsstudenten huisartsgeneeskunde Leuven[22]

Het afgelopen jaar viel ons oog eveneens op een bericht van de laatstejaarsstudenten huisartsgeneeskunde op de website van de KULeuven. Ze kregen in 2011 van hun stageleider de volgende opdracht: 'Wie zijn de patiënten met diabetes type 2?' Voor deze opdracht maakten ze gebruik van het elektronisch medisch dossier (EMD). Helaas werden in de 43 betrokken praktijken, waarin de opdracht werd uitgevoerd, zeven verschillende EMD-pakketten gebruikt. De obstakels waren bijzonder talrijk. Slechts één dossiersysteem (Medidoc) kon hun vragen beantwoorden. Bij vier andere bleek het monnikenwerk, het digitaal tijdperk onwaardig. Talloze interventies van de helpdesk waren ook bij hen nodig om de opdracht tot een goed einde te brengen. In plaats van het werk te vereenvoudigen, dienden ze ieder afzonderlijk patiëntendossier manueel uit te pluizen. Bij de overige twee EMD-systemen was de opdracht zelfs onmogelijk. In sommige EMD's konden ze helemaal geen zoekopdracht uitvoeren uitgaande van laboresultaten, wat de onderzoekers verplichtte beroep te doen op een extern labo voor waarden als glycemie en HbA1c. Met andere EMD-pakketten bleek zoeken op de geneesmiddelenklasse "anti-diabetische medicatie" niet eens mogelijk, waardoor bestaande geneesmiddelen één voor één ingevoerd moesten worden. Bij de pakketten die dat wel konden, spaarden de onderzoekers wel heel veel tijd uit.

In theorie biedt het EMD dus zeer veel voordelen. Deze implementeren in de praktijk kan enkel via gecodeerd registreren. In minder dan de helft van de praktijken worden diagnoses systematisch op een gecodeerde wijze ingegeven. Huisartsen die dat niet doen, treffen zelden schuld: hun EMD-pakket schiet namelijk tekort. Een diagnose gecodeerd registreren vergt voor hen te veel handelingen of is gewoon niet mogelijk.

3. Methode

3.1 Enquête

In de loop van januari 2011 werd een enquête (Bijlage 2) opgesteld. Hiervoor heb ik mij grotendeels gebaseerd op de systematische review van Greenhalgh et al. waarin men de redenen beschrijft waarom een vernieuwing wordt toegepast, hoe deze zich verspreidt en wat hierbij bevorderende factoren zijn. Ik vond het dan ook belangrijk om mijn vragen te baseren op dit wetenschappelijk artikel. Op deze manier kon ik nadien enkele hypothesen maken. De enquête had twee doelstellingen. Ten eerste wou ik nagaan wat de visie was van de huisartsen uit de huisartsenkring Waasland-West op de organisatie van de diabeteszorg door de eerste lijn. De artsen kregen hierbij enkele meerkeuzevragen waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren. Ten tweede wou ik een zicht krijgen op de redenen waarom deze huisartsen al dan niet mee stappen in het verhaal van het zorgtraject. Ik stelde hen dan ook de vraag of ze reeds gestart waren met het zorgtraject. De artsen die reeds gestart waren met het zorgtraject werden binnen de enquête doorverwezen naar de vragen die peilden naar de redenen waarom ze reeds gestart waren. De artsen die nog niet gestart waren, werden binnen de enquête doorverwezen naar de vragen die peilden naar de redenen waarom ze nog niet gestart waren. Tot slot kreeg elke arts ook nog enkele open vragen.

Deze open vragen werden gecodeerd met het programma Nvivo. Meer uitleg over het doel en de werking van dit programma wordt later beschreven. De meerkeuzevragen werden verwerkt met Excel.

Op 15 juni 2011 werd de eerste e-mail in verband met de online enquête verstuurd naar 30 huisartsen van de huisartsenkring Waasland-West (Waasmunster, Belsele, Sinaai, Elversele). Ze kregen hierbij nogmaals een korte samenvatting van het doel en de inhoud van deze masterproef en toegang tot de online enquête. Na het binnenkrijgen van de eerste resultaten merkte ik dat een deel van de artsen de laatste vraag foutief interpreteerde met een foutief antwoord als gevolg. Daarop heb ik op 16 juni reeds een tweede e-mail verstuurd met de noodzakelijke verduidelijking. In de enquête zelf was het niet mogelijk nog aanpassingen door te voeren eens deze gepubliceerd werd. Na een aantal herinneringsmails werden op 17 augustus 2011 de laatste resultaten binnengehaald en de enquête afgesloten. In het totaal verkreeg ik 18 ingevulde enquêtes.

3.2 Interview educatoren eerste lijn regio Waasland-West en endocrinologen AZ Nikolaas

Ik stelde een semigestructureerde vragenlijst op voor de educatoren uit de eerste lijn, meer specifiek deze werkzaam binnen het gebied van de huisartsenkring Waasland-West (Bijlage 3). Eveneens werd een semigestructureerde vragenlijst voorgelegd aan de 4 endocrinologen uit het AZ Nikolaas (Bijlage 3). Hierbij peilde ik bij de endocrinologen naar de visie op de organisatie van de diabeteszorg door de huisarts. Verder wou ik te weten komen hoe zowel educatoren als endocrinologen de interesse van de huisartsen voor het zorgtraject tot op heden ervaren, wat volgens hen de knelpunten zijn en welke interventies zinvol zouden kunnen zijn om de participatiegraad te verhogen. De educatoren vroeg ik nog specifiek of er nood is aan een ander communicatie-instrument met de eerste lijn.

Het gaat hier dus om kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is van belang in de medische onderzoekswereld en is gericht op het verkrijgen van informatie over wát er leeft onder een bepaalde doelgroep en waaróm. Deze vorm van onderzoek geeft diepgaande informatie door in te gaan op achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de doelgroep.

Hierbij ging ik als volgt te werk. Ik nam via e-mail contact op met de endocrinologen van het AZ Nikolaas. Praktisch was het niet haalbaar om met elk van hen afzonderlijk rond de tafel te zitten en daarom werd tweemaal een bijeenkomst afgesproken met telkens twee endocrinologen. Deze bijeenkomsten gingen door op 1 augustus en 29 augustus 2011. De educatoren zag ik ook om praktische redenen op een ander moment. Ik kreeg na het versturen van enkele herinneringen, respons van drie educatoren die bereid waren mee te werken. Op 26 juni zat ik voor de eerste maal rond de tafel met één van hen en een tweede maal op 26 juli 2012 met de overige twee. De anonimiteit van alle participanten werd verzekerd.

Aangezien deze interviews op een rustig tempo konden plaatsvinden, had ik de mogelijkheid om de antwoorden in real time uit te schrijven als ‘quotes’. Alle educatoren (1, 2, 3) en endocrinologen (1, 2, 3, 4) kregen een nummer toegekend. Vervolgens importeerde ik de interviews in het softwarepakket Nvivo9.

3.2.1. Codering

Voor de codering van de interviews maakte ik gebruik van het softwarepakket Nvivo 9. Dit programma biedt de mogelijkheid aan elke zin of antwoord een code te geven, gebaseerd op de boomstructuur die dienst doet als coderingsschema. Het doel van het coderen was te verzekeren dat alle stukjes tekst die gerelateerd waren aan eenzelfde topic achteraf gemakkelijk konden geraadpleegd worden. Zo konden we na het coderen van alle teksten zien welke persoon over welk topic iets heeft gezegd om uiteindelijk de uitspraken van de deelnemers te kunnen analyseren.

Eerst werden de hoofdvragen gecodeerd als thema's. Daarna werd er "lijn per lijn open codering" toegepast. Er werd gebruik gemaakt van open codering om vooraf geen structuur op te leggen aan de data. In de beginfase werden de interviews door een eerste onderzoeker gecodeerd, waarna eveneens door een tweede onderzoeker. Daarna werden de bekomen resultaten door de twee onderzoekers samengebracht en werd overlegd om deze codes en categorieën al dan niet aan te passen. Zo werden zowel de codering als de vraagstelling een aantal keer opnieuw bestudeerd. Het ganse proces werd gesuperviseerd door een wetenschappelijk medewerker van de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg.

3.2.2. Analyse

Na de fasen van de transcriptie en de codering volgde een thematische analyse van deze gegevens. Thematische analyse is een methode om, uit data bekomen door kwalitatief onderzoek, thema's te kunnen identificeren, analyseren en rapporteren. De subthema's die voortkwamen uit de gegevens werden niet op voorhand vastgelegd. Zo werden de data gecodeerd zonder in een bepaald kader te moeten passen. Pas na het uitvoeren van de codering werd gezocht naar de thema's waarin de codes pasten. Om deze thema's te bepalen werden de interviews meerdere malen herlezen, waarna de tekstfragmenten (elk met hun code) aan een bepaald thema werden toegewezen.

De thema's vormen de leidraad voor de resultatensectie van deze masterproef, waar elk thema in subthema's wordt verdeeld. De uiteindelijke data worden weergegeven in de vorm van algemene concepten per aangegeven thema die telkens, waar dit relevant is, aan de hand van citaten uit de interviews worden geïllustreerd. Bij deze quotes werd telkens een identificatienummer gevoegd, verwijzend naar de educator of endocrinoloog van wie de quote afkomstig is.

3.3 Vergaderingen stuurgroep LMN Waasland

Om deze masterproef verder vorm te geven, nam ik gedurende het ganse verloop ervan deel aan de stuurgroep vergaderingen van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Waasland (LMN Waasland) die relevant waren voor mijn project. Het ging hier om 7 vergaderingen (Bijlage 4).

3.4 Rondetafelgesprek met huisartsenkring Waasland-West

Tijdens de evolutie van deze masterproef kwam ik tot de vaststelling dat huisartsen onvoldoende data registreren in hun EMD. Als gevolg hiervan is het vaak onmogelijk de patiënten te identificeren die in aanmerking komen voor het zorgtraject diabetes mellitus type 2, evenals om een goede gestructureerde zorg aan te bieden voor deze chronische aandoening. Daarom organiseerde ik binnen mijn regionaal project een rondetafelgesprek met de huisartsen van de kring Waasland-West rond het EMD en daarbij horende registratie en extractie van parameters. Dit vond plaats tijdens een LOK- vergadering. Ik nam als basis voor mijn voorbereiding het type vragen die gesteld worden tijdens een focusgroep. Dit om

een structuur te geven aan deze vergadering. Een rondetafelgesprek is vrijblijvender wat betreft de wetenschappelijke vereisten. Deze aanpak werd goedgekeurd door de copromotor en de promotor. Tijdens dit gesprek werd alles zo goed als mogelijk met de moderne technologie (bandopnemer, smartphone) digitaal geregistreerd. Deze kwaliteit liet echter soms te wensen over. Gudrun nam tijdens dit gesprek eveneens letterlijke notities die gebruikt werden bij het uitschrijven van de gegevens. Zelf heb ik het gesprek als moderator geleid en vulde de notities waar nodig aan, aan hand van de opnames. Elke arts kreeg tijdens deze neerslag een nummer toegekend. Ook hier betreft het kwalitatief onderzoek en werd het gesprek gecodeerd met Nvivo9. Hier werden op voorhand wel een aantal subthema's vastgelegd.

3.5 Ethiek

Een verzoek tot advies van het Ethisch Comité betreffende een onderzoeksproject bij de mens in het kader van de master-na-master huisartsgeneeskunde werd ingediend voor april 2010 en kreeg een gunstig advies op 28 april 2011. Een informatie- en toestemmingsformulier voor zowel de patiënt, huisarts, educator en endocrinoloog werd opgemaakt. Na de interviews met de educatoren en endocrinologen ontstond in juli 2011 de idee een patiëntenmap te ontwikkelen voor het zorgtraject diabetes mellitus type 2. Dit werd dan ook een nieuw element in deze thesis. Hiervoor diende ik dan ook een amendement in op het protocol voor het Ethisch Comité. Op 25 januari werd dit goedgekeurd.

4. Resultaten regionaal project

4.1 Beschrijving inspanningen geleverd in het Waasland en cijfers

4.1.1 LMN Waasland [23]

Het Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN) Waasland is een samenwerking tussen de Huisartsenkoepel Waasland, het AZ Nikolaas en de Koninklijke Apothekers Vereniging Waasland (KAVW). Het project ging van start in februari 2010, met de aanwerving van zorgtrajectpromotor Michaël Maenhout. De missie en visie waren om door samenwerking en coördinatie van de verschillende disciplines binnen het LMN (huisartsen, specialisten, apothekers, diabeteseducatoren, diëtisten en podologen) de door het RIZIV gestimuleerde zorgtrajecten te definiëren, uit te werken en te evalueren. De zorgtrajectpromotor wordt ondersteund en aangestuurd door een multidisciplinaire stuurgroep waarin huisartsen vertegenwoordigd zijn uit de Huisartsenkoepel Waasland, endocrinologen en nefrologen van het AZ Nikolaas en apothekers uit de Koninklijke Apothekers Vereniging Waasland.

4.1.2 Concrete acties van het LMN: informatieverspreiding en ondersteuning [23]

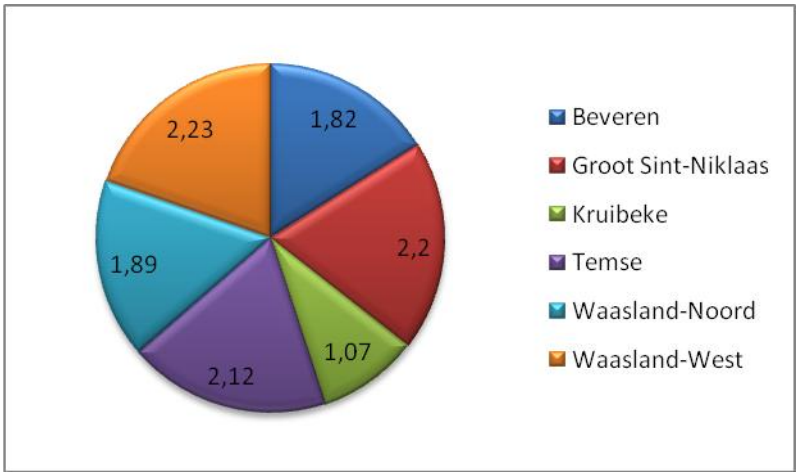
Er werden door het LMN al enkele acties ondernomen met als doel informatieverspreiding en ondersteuning van de huisartsen. Zo ontwikkelde men de websites 'Huisarts en Diabetes Type 2' (www.huisarts-diabetestype2.be) en 'Zorgtrajecten Oost-Vlaanderen' (www.zorgtrajectenovl.be). Daarnaast werden een praktisch stappenplan (Bijlage 5) en start- en opvolgformulier (Bijlage 6) opgesteld. Ook organiseerde men navorming onder de vorm van symposia en maandelijkse bijscholingen. Tot slot vonden er in 2011 infomomenten voor patiënten met diabetes type 2 plaats.

4.1.3 Cijfers zorgtraject diabetes in het Waasland

Om de omvang van het zorgtraject in kaart te kunnen brengen, vroegen we gegevens op bij het **RIZIV**. Het betreft gegevens geregistreerd vanaf 1 september 2009, het jaar 2010 tot en met 30 juni 2011. In het kader van het regionaal project zijn enkel de gegevens van het **arrondissement Sint-Niklaas** relevant. In het totaal waren dit reeds 430 zorgtrajecten diabetes mellitus type 2.
Bijlage 7 illustreert wat in een recente publicatie van De Huisarts van 3 november 2011 verscheen. Hierin stond dat Sint-Niklaas met 180,6 zorgtrajecten per 100.000 inwoners het slechts scorende Vlaamse arrondissement is.[24]
Ik verkreeg eveneens gegevens van het **aantal zorgtrajecten diabetes mellitus type 2 afgesloten door huisartsen actief in het Waasland in samenwerking met het AZ Nikolaas**, geregistreerd van **oktober 2009 tot en met eind september 2011** van de **zorgtrajectpromotor.**[25] Binnen de Huisartsenkring (HAK) Waasland werkt 63% van de huisartsen mee met het zorgtraject diabetes mellitus type 2, wat neerkomt op 126 van de 200 huisartsen. Het aantal zorgtrajecten diabetes type 2

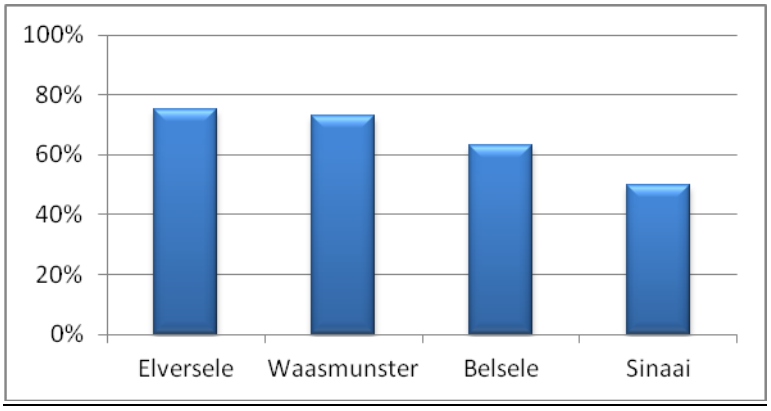
afgesloten door huisartsen actief in het Waaasland, in samenwerking met het AZ Nikolaas bedraagt 463. Het taartdiagram hieronder illustreert het aantal zorgtrajecten per huisarts volgens deelkring.

In het totaal gaat het om 2,32 zorgtrajecten diabetes mellitus type 2 per huisarts. Wanneer we specifiek kijken naar de deelkring Waasland-West zien we dat onze deelkring het beste scoort met 2,23 zorgtrajecten diabetes mellitus type 2 per huisarts. De deelkring Kruibeke doet het beduidend slechter.



Taartdiagram: Aantal zorgtrajecten diabetes mellitus type 2 per huisarts in het Waasland volgens deelkring in samenwerking met AZ Nikolaas

Grafiek 1 illustreert de medewerking van de huisartsen binnen de deelkring Waasland-West. 65% van de huisartsen neemt deel aan het zorgtraject diabetes mellitus type 2. Concreet betekent dit dat in **Belsele** 63% van de artsen meewerkt met 17 zorgtrajecten voor 8 huisartsen. In **Elversele** werkt 75% mee met 17 zorgtrajecten voor 4 artsen . Wanneer we naar **Sinaai** kijken is dit 50% van de huisartsen die deelneemt met 12 zorgtrajecten voor 8 huisartsen. In **Waasmunster** ten slotte doet 73% mee met 26 zorgtrajecten voor 11 huisartsen. Dit maakt 2,13 zorgtrajecten diabetes mellitus type 2 per huisarts te Belsele, 4,25 te Elversele, 1,50 te Sinaai en 2,36 te Waasmunster.[22]



Grafiek 1: Medewerking van de huisartsen in percentage aan het zorgtraject diabetes mellitus type 2 volgens gemeente/dorp uit de kring Waasland-West.

4.2 Resultaten enquête huisartsenkring Waasland-West

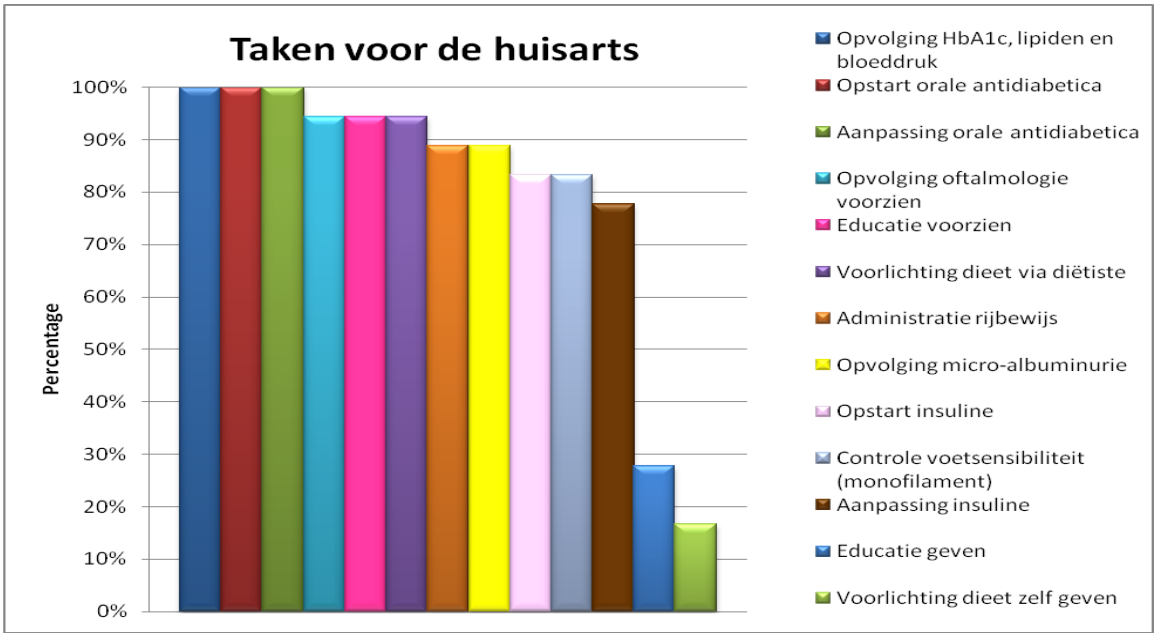
Het volledige Excel bestand met de resultaten van de enquête kan steeds opgevraagd worden.

4.2.1 Algemene gegevens

De huisartsen uit de kring Waasland-West zijn werkzaam in de dorpen Elversele, Belsele en Sinaai en de gemeente Waasmunster. In het totaal namen 18 van de 30 huisartsen (60%) deel aan de enquête, waarvan 9 vrouwelijke artsen en 9 mannelijke artsen. 10 van hen waren werkzaam in een solopraktijk, 4 in een duopraktijk, 3 in een groepspraktijk en 1 in een solopraktijk met haio. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bedroeg ongeveer 50 jaar en de deelnemers waren gemiddeld ongeveer 24 jaar werkzaam als huisarts. 94,44% (n= 17) werkte reeds met een EMD en 5,56% niet (n= 1).

4.2.2 Taak van de huisarts in de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2

Allereerst kijken we naar de elementen die volgens 18 huisartsen thuis horen binnen de eerstelijnszorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2. Dit wordt geïllustreerd in grafiek 2.
Alle huisartsen zijn het er unaniem over eens dat de opvolging van HbA1c, lipiden en bloeddruk en het opstarten en aanpassen van orale antidiabetica tot de taak van de huisarts behoren. Ook het voorzien van dieetvoorlichting via een diëtist, het voorzien van educatie en opvolging door de oogarts wordt door bijna alle artsen (94,44%, n= 17) als een belangrijke taak aanzien. Het administratief in orde brengen van het rijbewijs en de opvolging van de micro-albuminurie wordt door 88,89% van de huisartsen (n= 16) als taak van de huisarts aangeduid. Het grootste deel van de huisartsen is van mening dat ze niet zelf de educatie en voorlichting met betrekking tot het dieet moeten geven.



Grafiek 2: Taken toebehorend aan de huisarts binnen de zorg voor patiënten met diabetes type 2 volgens 18 huisartsen (%)

4.2.3 Motivatie tot het al dan niet opstarten van het zorgtraject

In de enquête werd gepeild naar de redenen waarom huisartsen binnen de kring Waasland-West wel of niet starten met het zorgtraject diabetes.

94,44% van de deelnemende huisartsen (n= 17) gaf aan reeds gestart te zijn met het zorgtraject en 5,56% (n= 1) niet. Bij de verdere weergave van de resultaten maken we hier een onderscheid tussen huisartsen die nog niet en huisartsen die wel al gestart zijn met het zorgtraject.

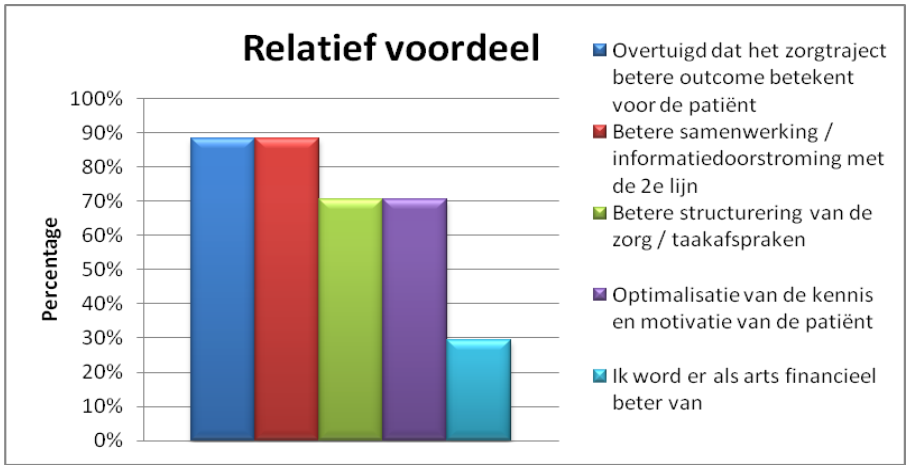
De resultaten waarom ***die ene arts*** nog ***niet gestart*** is met het zorgtraject worden hier kort samengevat.

De arts is niet overtuigd dat het zorgtraject een betere outcome betekent voor de patiënt en heeft geen behoefte om dit in de eigen praktijk op te starten en op te volgen. Werken met het zorgtraject impliceert voor deze arts een grondige verandering in de manier van werken, waartoe de arts niet bereid is. Ook betekent het zorgtraject een administratieve belasting en vereist dit het volgen van administratief strakke richtlijnen. Verder ervaart de arts een tekort aan voorbeelden en feedback van collega's, onvoldoende kennis omtrent de opstart van insuline en een tekort aan praktijkondersteuning op administratief vlak. Als belangrijkste drempel voor het opstarten geeft de arts aan het zich moeilijk te kunnen vinden in vaste regeltjes.

Grotendeels werden dezelfde elementen bevraagd bij de artsen die ***wel*** reeds ***gestart*** waren met het zorgtraject. Hier werd echter gepeild naar de redenen waarom zij wel gestart zijn. Het betreft hier de antwoorden van ***17 huisartsen***.

A. Het zien van een relatief voordeel in het starten met het zorgtraject diabetes mellitus type 2

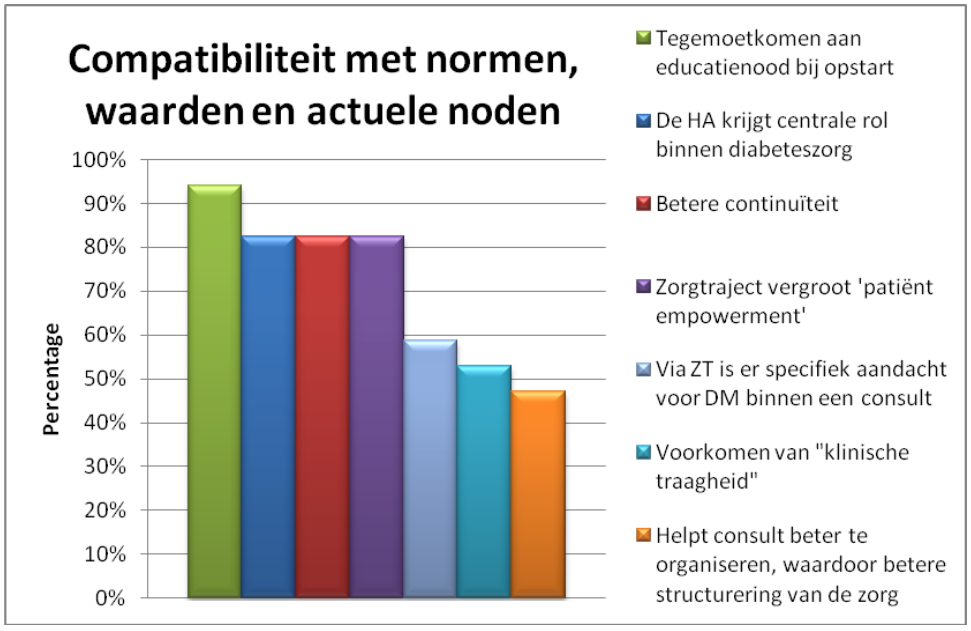
De antwoorden binnen dit thema, worden geïllustreerd in grafiek 3. Artsen zullen het zorgtraject sneller opstarten wanneer ze hierin een voordeel zien. 88,23% (n= 15) van de deelnemende huisartsen is er van overtuigd dat het zorgtraject een betere outcome betekent voor de patiënt en dat door het zorgtraject een betere samenwerking en informatiedoorstroming ontstaat met de tweede lijn. 70,59% (n= 12) van de deelnemende huisartsen ervaart een betere structurering van de zorg en taakafspraken en een optimalisatie van de kennis en motivatie van de patiënt in het kader van zijn diabetes. 29,41% (n= 5) ziet een relatief voordeel in de financiële vergoeding die men ontvangt bij het opstarten van een zorgtraject.



Grafiek 3: De relatieve voordelen door opstarten van het zorgtraject volgens 17 huisartsen (%).

B. Compatibiliteit van het zorgtraject met normen, waarden en actuele noden

Zoals reeds beschreven werd in de literatuurstudie, is het belangrijk dat een vernieuwing overeenstemt met de normen, waarden en actuele noden van het individu. Pas dan zal deze vernieuwing overgenomen en verder verspreid worden. De antwoorden binnen dit thema, worden geïllustreerd in grafiek 4. 94,12% (n= 16) van de deelnemende huisartsen vindt dat men via het zorgtraject tegemoetkomt aan de nood tot educatie. Het verkrijgen van een centrale rol binnen de diabeteszorg als huisarts, het creëren van een betere continuïteit aan zorg en vergroten van de 'patiënt empowerment' wordt door de meerderheid van de huisartsen (82,35%, n= 14) als belangrijk beschouwd. De minderheid van de artsen vindt dat er dankzij het zorgtraject specifiek aandacht is voor het topic diabetes mellitus binnen een consult, dat ze door het zorgtraject 'klinische traagheid' bij zichzelf voorkomen of dat het zorgtraject het consult beter helpt organiseren.



Grafiek 4: Elementen voortvloeiend uit het opstarten van het zorgtraject die tegemoetkomen aan de normen, waarden en actuele noden volgens 17 huisartsen (%)

C. Complexiteit

De grote bereidheid tot medewerking van de specialisten van het AZ Nikolaas in het Waasland wordt unaniem door alle artsen als positief element aangegeven. Daarentegen ervaart 52,94% (n= 9) van de huisartsen het moeilijk vinden van voldoende gemotiveerde patiënten als een belemmerende factor.

D. Informatie over inhoud en gebruik

Alle deelnemende huisartsen, met uitzondering van één arts ervaren voldoende informatie over de inhoud van het zorgtraject en het gebuik ervan. Enerzijds is er de ondersteuning door het LMN via de website, de opstart-en opvolgformulieren, de sociale kaart en het stappenplan en anderzijds de uitgebreide informatie die de huisartsen verkrijgen op de bijscholingen en de symposia.

E. Observeerbaarheid

Een ander belangrijk element is een zicht hebben op de voordelen van het werken met het zorgtraject via collega's. Minder dan de helft van de deelnemende huisartsen (41,18%, n= 7) heeft hier voldoende zicht op.

4.2.4 Elementen die kunnen leiden tot een vlottere inclusie van patiënten in het zorgtraject

Ik vroeg alle 18 huisartsen welke elementen er voor zouden kunnen zorgen dat ze vlotter patiënten in het zorgtraject includeren. Deze vraag werd door 3 artsen niet beantwoord, 1 arts had geen idee en 4 artsen vonden dat er niets dient te veranderen. De antwoorden kunnen we onderverdelen in thema' en subthema's (tabel 1).

Tabel 1: overzicht van thema's en bijhorende subthema's

Thema	Subthema
EMD	Inhoudelijke aanpassingen in EMD Vlottere selectie kandidaten zorgtraject via EMD
Criteria en organisatie zorgtraject	Minder regels Uitbreiding inclusiecriteria Mogelijkheid elektronische aanvraag Gebruiksvriendelijkere schema's Minder administratie
Andere	Daling workload Toename bekendheid via de media

A. EMD

Hier kwamen twee suggesties naar voor. Er zouden inhoudelijke aanpassingen moeten gebeuren in het EMD en men zou de patiënten die in aanmerking komen voor het zorgtraject vlotter moeten kunnen selecteren. Hierbij werd niet aangegeven of ze hiervoor gebruik zouden moeten maken van codering in het EMD.

B. Criteria voor het zorgtraject en organisatie van het zorgtraject

Factoren die hierbij belangrijk zijn, zijn een vermindering van het aantal regels waaraan men zich moeten houden binnen het zorgtraject, een uitbreiding van de inclusiecriteria, de mogelijkheid tot elektronische aanvraag van het zorgtraject, vermindering van de administratie en het kunnen beschikken over gebruiksvriendelijkere schema's voor het zorgtraject. Wat de vorm van deze schema's zou moeten zijn (papier, elektronisch), werd niet aangegeven.

C. Andere

Andere suggesties zijn een daling van de workload voor de huisarts waardoor er meer tijd is voor het zorgtraject en een toename van de bekendheid van het zorgtraject bij de patiënt via de media.

4.2.5 Mogelijkheid selectie kandidaten zorgtraject via EMD

Ik peilde eveneens naar de mogelijkheden van de huisartsen om hun patiënten die in aanmerking komen voor het zorgtraject te selecteren via hun EMD.

50% van de artsen (n= 9) voelt zich niet in staat de patiënten die in aanmerking komen voor het zorgtraject te selecteren, de andere 50% van de artsen (n= 9) wel.

Redenen waarom de artsen hiertoe niet in staat zijn, zijn een gebrek aan praktische hulp uit het EMD om deze selectie op een vlotte manier uit te voeren, het feit dat in de praktijk diagnoses niet gecodeerd worden volgens ICPC codering en een gebrek aan kennis van het EMD.

De artsen die hun patiënten wel kunnen selecteren via het EMD doen dit op basis van de paramaters die men registreerd heeft in het EMD, een specifieke tool binnen het EMD die deze selectie mogelijk maakt, het uitvoeren van een query van diabetespatiënten op basis van codes, een selectie op insulinetherapie of op basis van HbA1c waarden en losse notities in het EMD.

4.2.6 EMD al dan niet voldoende aangepast om met het zorgtraject diabetes te werken

Tot slot vroeg ik de huisartsen of volgens hen het EMD voldoende aangepast is om te werken met het zorgtraject.

7 van de 18 artsen vinden dat hun EMD voldoende is aangepast, 5 artsen vinden het onvoldoende aangepast, 5 artsen weten dit niet en 1 arts gaf geen antwoord op deze vraag. Het aanwezig zijn van een diabetesluik of de mogelijkheid tot registratie van parameters zijn redenen om te vinden dat het pakket voldoende is aangepast.

4.3 Visie en ervaringen van de eerstelijnseducatoren uit de regio Waasland-West

De volledige antwoorden van de interviews zijn terug te vinden in bijlage (Bijlage 8).
Tabel 2 toont een overzicht van een aantal achtergrondgegevens van de deelnemende educatoren.

Tabel 2: Achtergrondgegevens van de drie deelnemende educatoren

Kenmerk	Educator 1	Educator 2	Educator 3
Geslacht	Vrouw	Vrouw	Vrouw
Leeftijd	55 jaar	32 jaar	43 jaar
Aantal jaar werkzaam als verpleegkundige	34 jaar	12 jaar	21 jaar
Aantal jaar werkzaam als educator	5 jaar	1,5 jaar	6 jaar
Statuut	Zelfstandige	Bediende	Bediende
Regio werkzaam	Temse, Elversele, Tielrode, Steendorp, Velle	Waasland	Waasmunster, Belsele, Stekene, Sint-Niklaas,
Organisatie waaraan verbonden	/	Wit-Gele Kruis	VZW Verpleging aan Huis

De bevraagde thema's waren: de ervaringen van de eerstelijnseducatoren op het gebied van samenwerking met de huisarts, de wens tot al dan niet meer contact met de huisarts, de eventuele nood aan een ander communicatie-instrument met de eerstelijns en de ervaren knelpunten bij het opstarten en het huidige verloop van het zorgtraject met suggesties tot verandering.

Tabel 3 toont een overzicht van de thema's 'samenwerking met de huisarts' en 'knelpunten' met de bijhorende subthema's.

Tabel 3: Overzicht van de thema's 'samenwerking met de huisarts' en 'knelpunten' met de bijhorende subthema's.

Samenwerking met de huisarts	**Knelpunten en suggesties tot verandering**

- Educator tekort aan informatie van de huisarts over de patiënt
- Terughoudende houding bij nakend pensioen
- Moeizaam verlopende administratie
	- Educatie
	  o Pakket te krap
	  o Opvolgeducatie te kort
	- Keuze materiaal
	- Patiënt onvoldoende geïnformeerd
	- Praktische elementen
	  o Verkrijgen van voorschriften als educator
	  o Administratieve keten
	  o Financiering zelfstandige educator
	  o Onduidelijke educatievoorschriften
	  o Geen correcte inclusie
	  o Beperkte mogelijkheid consultaties in ziekenhuis
	- Suggestie tot verandering:
	  o Educatie binnen de eerste lijn houden

4.3.1 Ervaringen van de eerstelijnseducatoren op het gebied van samenwerking met de huisarts.

Globaal verloopt volgens één educator de samenwerking positief. Toch gaf ze duidelijk aan een **tekort** te hebben **aan informatie** over de patiënt waarbij ze langsgaat. Dit vormt voor haar een belemmerende factor om haar job adequaat uit te oefenen.
Verder had één educator de ervaring dat huisartsen waarbij het **pensioen nakend** is, vaak een **terughoudende houding** hebben voor het opstarten van het zorgtraject.

Ook de **administratie** bleek een heikel punt. Twee van de drie educatoren hebben het gevoel in de rol van secretaresse te worden geduwd op het gebied van administratie. Daarnaast is volgens één educator een reden tot het niet opstarten van het zorgtraject voor een huisarts, de hoeveelheid aan administratie die hierbij komt kijken.

> *(1)"Ondanks de website vinden huisartsen toch vaak de documenten niet terug en wensen dat dit hen getoond wordt, wat een extra administratieve belasting is voor mij als educator."*
> *(2)*"*... dat administratie soms naar ons als educator doorgeschoven wordt."*
> *(1)"... de vele administratie die hen afschrikt".*

4.3.2 Nood van de educator aan bijkomend contact met de huisarts

Alle drie de educatoren waren het er unaniem over eens dat ze geen nood hebben aan frequenter contact met de huisarts. De redenen hiervoor zijn het gebrek aan tijd van zowel de educator als de huisarts en het niet zien van een duidelijk doelstelling hierbij op heden.

4.3.3 Nood aan communicatie-instrument met de eerste lijn

Bij het polsen naar de nood van de educatoren aan een ander communicatie-instrument met de eerste lijn, brachten ze alle ze drie naar voor dat een patiëntenmap in het kader van het zorgtraject voor hen handig zou zijn. Deze map zou informatie moeten bevatten over de patiënt. Gegevens die ze hierin graag zouden zien, zijn een overzicht van de medicatie, parameters zoals bloeddruk en gewicht, een laatste HbA1C en gegevens uit de diabetespas.

> *(1)"Ja. Ik zou het handig vinden om thuis bij de patiënten waar ik langsga voor educatie, een map voor handen te hebben waarin de noodzakelijke informatie zoals ik daarnet reeds vertelde terug te vinden is en die bij de patiënt thuis bewaard wordt. Ik zou het ook handig vinden mochten hierin zowel door mij als door de andere hulpverleners aantekeningen in kunnen worden gemaakt en feedback kan worden gegeven."*
> *(2)" ...Uit ervaring kan ik zeggen dat de patiënten losse papieren kwijt spelen en een map veel minder snel... Daarnaast hebben wij vaak bepaalde informatie nooit tot onze beschikking..."*
> *(3)"Het zou inderdaad handig zijn zoals mijn collega zegt, dat wij een overzicht van de patiënt hebben."*

4.3.4 Knelpunten bij de opstart van het zorgtraject en het huidige verloop

Vervolgens vroegen we de educatoren wat er volgens hen fout loopt bij het opstarten en het huidige verloop. Er werd hierbij ook gepeild naar suggesties tot verandering. .

Een belangrijk knelpunt was de **educatie.** Alle educatoren ervaren het educatiepakket als te krap. Eén educator gaf ook aan dat de duur van de opvolgeducatie te kort is.

> *(1)"De educatiesessies zijn zeer beperkt in aantal. Diabetes ... een chronische ziekte ... regelmatige opvolging vereist."*
> *(2)"Het educatiepakket is veel te krap."*
> *(3)"Ik vind ook dat het educatiepakket niet ruim genoeg is. De patiënt zou nog meer educatie moeten kunnen krijgen om een goeie controle te hebben over zijn ziekte."*
> *(2)"De opvolgeducatie is zeker nuttig, maar in tijd te beperkt. Hierbij zouden we eigenlijk de insulinepen moeten nakijken op het gebruik, de meter uitlezen, nagaan of het rijbewijs in orde is en voetcontrole doen. Om dit goed te kunnen doen is 1 uur dus veel te weinig."*

Ook loopt de **keuze van het materiaal** niet steeds zoals de educator dit wenst.

> *(2)"Soms ervaar ik dat de apotheker het materiaal kiest… onhandige meter wordt meegegeven met code of dat men een multiklickpen meegeeft aan de patiënt…Dit is iets wat moet worden overgelaten aan de educator. Ik had deze ervaring vooral bij de start van het zorgtraject…Momenteel zijn er daar minder en minder problemen mee."*
> *(3)"Afspraak over de keuze van glucometer in kader van zorgtraject is dat in overleg tussen de educator en de huisarts gekozen wordt naar welke meter de voorkeur gaat. In realiteit gebeurt dit soms niet."*

Alle drie de educatoren hebben het gevoel dat de **patiënt onvoldoende kennis** heeft over diabetes en de inhoud van het **zorgtraject**.

> *(1)"Ik ondervind dat de patiënten vaak onvoldoende kennis en informatie hebben over diabetes zelf en eveneens over de inhoudelijke aspecten van het zorgtraject."*
> *(3)"Patiënten weten vaak helemaal niet wat het zorgtraject inhoudt wanneer ik voor de eerste maal langskom. De huisarts heeft hier meestal weinig of geen informatie over gegeven."*
> *(2)"De patiënten hebben inderdaad weinig kennis over het zorgtraject. Ze zijn vaak onvoldoende geïnformeerd door hun huisarts."*

Verder worden bepaalde **praktische elementen** van het zorgtraject als negatief ervaren.
Ten eerste zijn er moeilijkheden met het praktisch verkrijgen van de voorschriften voor educatie van de huisarts. Dit betekent voor de educator in de praktijk vaak een belangrijk tijdsverlies.

> *(2)"We gaan voor onze educatievoorschriften nu vaak bij de huisarts langs. Dit betekent vaak een groot tijdverlies…de huisarts niet aanwezig is, niet bereikbaar is."*
> *(3)"Ook ik moet vaak rondrijden om aan mijn voorschriften te geraken. Bij sommige huisartsen gaat dit vlot, maar voor andere moet ik zeer veel moeite doen."*

De huisarts dient het opstartformulier in te vullen en mee te geven aan de patiënt. Pas daarna kan de patiënt bij de endocrinoloog terecht voor de ondertekening van het contract. Net deze administratieve keten loopt volgens de educatoren geregeld mank.

> *(3)"De opstartformulieren die moeten worden ingevuld door de huisarts worden vaak niet meegegeven naar het ziekenhuis bij de consultatie bij de endocrinoloog. De endocrinoloog stuurt de patiënt dan terug naar huis met de boodschap terug te keren wanneer zijn/haar huisarts dit wel heeft ingevuld."*
> *(2)"Ik hoor ook vaak van de patiënten dat de afspraak bij de endocrinoloog niet is doorgegaan omdat de patiënt de opstartformulieren niet mee had die de huisarts moet invullen."*

Een ander heikel punt is de financiering van de zelfstandige educator. Wanneer de educator reeds een eerste opstartsessie geeft, vooraleer er een goedkeuring is van het contract omwille van vertraging in de administratieve keten die moet doorlopen worden, verliest hij/zij de vergoeding hiervoor.

> *(1)"Vaak worden nu de contracten ondertekend en worden wij als educator al gecontacteerd voor een eerste educatie. Vaak vindt deze dan relatief snel plaats en vergeten artsen dan soms de contracten op te sturen naar de mutualiteit en komt de goedkeuring pas zeer laat. Ik heb dan als educator al een educatie gegeven en krijg mijn vergoeding dan dus niet meteen of ben ze soms ook verloren. Voor mij en alle andere educatoren is dit geen goede manier van financiering."*

De educatievoorschriften waren vroeger duidelijker en overzichtelijker. Deze waren zo ontwikkeld dat de educator eenvoudig kon zien wat de patiënt al gekregen had en waar hij nog recht op heeft.

> *(3)"De educatievoorschriftjes waren vroeger duidelijker. Onderaan kon je als educator noteren op welk materiaal ze recht hadden en dit werd afgetekend wanneer de patiënt het ontvangen had. Nu is dit niet meer het geval en heeft niemand nog een zicht op wat de patiënt reeds gekregen heeft en/of waar hij nog recht op heeft waardoor er vaak discussies ontstaan."*

De inclusie van patiënten verloopt niet steeds correct. Bepaalde huisartsen includeren patiënten waarbij men uitsluitend op huisbezoek gaat of die in een RVT verblijven. Nochtans komen deze patiënten niet in aanmerking.

Eén educator gaf ook aan het gevoel te hebben dat er een beperkte mogelijkheid is voor de patiënten tot consultaties in het ziekenhuis in het kader van het zorgtraject. De patiënten moeten dan ook vaak lang wachten op een eerste afspraak bij de endocrinoloog.

Af en toe gebeurt het dat patiënten reeds hun eerste educatiesessie krijgen tijdens een opname in het ziekenhuis door een educator uit de tweede lijn. De eerstelijnseducator start thuis dan met de tweede educatiesessie. Desalniettemin moet de educator vaak de informatie uit de eerste sessie opnieuw herhalen omdat de patiënt dit vergeten is. Dit kan men vermijden door de **educatie volledig binnen de eerste lijn** te **houden**, wat dan ook de vraag is van een educator.

4.4 Visie en ervaringen van de endocrinologen van het AZ Sint Nikolaas

De volledige antwoorden op de interviews zijn terug te vinden in bijlage (Bijlage 9).
Tabel 4 toont een overzicht van enkele achtergrondgegevens van de vier deelnemende endocrinologen.

Tabel 4: Achtergrondgegevens van de vier deelnemende endocrinologen

Kenmerk	Endocrinoloog 1	Endocrinoloog 2	Endocrinoloog 3	Endocrinoloog 4
Geslacht	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Man
Leeftijd	34 jaar	32 jaar	47 jaar	51 jaar
Aantal jaar werkzaam als endocrinoloog	3 jaar	1 jaar	12 jaar	16 jaar
Aantal jaar werkzaam in AZ Nikolaas	3 jaar	1 jaar	4 jaar	5 jaar

De bevraagde thema's waren: de visie van de endocrinologen op de organisatie van de diabeteszorg door de eerste lijn, de interesse die de endocrinologen ervaren vanwege de huisartsen in het Waasland voor het opstarten van zorgtrajecten diabetes type 2, de knelpunten die zij op heden ervaren en de elementen die er volgens hen zouden kunnen toe leiden dat de motivatie en/of interesse bij de huisartsen voor het opstarten van het zorgtraject toeneemt. De thema's en subthema's worden weergegeven in tabel 5.

Tabel 5: Overzicht van de thema's met de bijhorende subthema's.

Visie op organisatie diabeteszorg	**Interesse van de huisarts voor het zorgtraject ervaren door de endocrinologen**
- Screenen naar diabetes mellitus type 2 - Uitleg diagnose - Adequaat starten en optitreren therapie - Aanpassing levensstijl - Organiseren en aanbieden educatie en dieet - Opvolging bloeddruk - Opvolging metabole controle - Opvolging chronische complicaties - In orde brengen rijbewijs - Tijdig doorverwijzen naar de tweede lijn	- Negatieve ervaring: gebrek aan actieve opvolging door de huisarts - Positieve ervaring : opstart op initiatief van de huisarts
Knelpunten	**Interventie die motivatie/interesse voor opstart kan doen toenemen**
- Administratie - Opvolgformulier - Te laat starten - Gebrekkige kennis inclusiecriteria - Onvoldoende registratie parameters en bijhorende selectie van patiënten - Opstartformulier onvolledig, foutief of niet ingevuld	- Administratieve ondersteuning van de huisarts - A-posteriori controle op goedkeuring contract - Zorgtraject map - Uitbreiding educatiepakket - Uitbreiding inclusiecriteria - Reizende ploeg van diëtist en educator - Financiële stimulans - Feedback van specialist naar huisarts - Wijziging visie gezondheidszorg

4.4.1 Visie op organisatie diabeteszorg

Ik peilde naar de taken die volgens de endocrinologen toebehoren aan de huisarts binnen de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2.

Het allereerste element dat thuishoort in de eerstelijns, is het **screenen** naar diabetes mellitus type 2.

> *(1)"De huisarts is de sleutelfiguur die moet screenen naar diabetes type 2. Screenen hoort absoluut thuis in de eerste lijn en dit moet op een systematische manier gebeuren om zo geen patiënten te missen."*

Eveneens is een goede **uitleg** aan de patiënt over de **diagnose** van primordiaal belang.

> *(3)"De huisarts moet voor mij ten eerste een grondige en goeie uitleg aan de patiënt over zijn/haar aandoening verschaffen. Een patiënt moet eerst beseffen dat het geen onschuldige aandoening is, maar een aandoening met belangrijke complicaties om in te zien dat een goeie therapietrouw belangrijk is. Een goeie start is voor mij essentieel."*
>
> *(3)"…mijns inziens belangrijk dat men als huisarts het bij zijn/haar patiënt inburgert dat ze toch 2-3-4x/jaar op controle moeten komen…"*

Het **voldoende snel starten en optitreren** van een medicamenteuze therapie door de huisarts, wordt als een belangrijke taak aanzien.

> *(1)"Huisartsen denken vaak nog onterecht dat slanke patiënten niet gebaat zijn met Metformine®. Ook start men vaak met 1 comprimé van een bepaald medicament en men houdt dit dan voor een lange periode aan zonder te gaan evalueren of dit beleid niet moet worden bijgestuurd. Het opstarten en aanpassen van orale therapie behoort absoluut toe aan de huisarts."*

De huisarts dient volgens de endocrinologen voldoende aandacht te hebben voor de **aanpassing** van de **levensstijl**. Hieronder verstaan we voldoende lichaamsbeweging en een aangepast dieet.

> *(2)"Ook aandacht hebben voor aanpassing van de levensstijl is een essentiële taak van de huisarts. De huisarts kan dit niet allemaal zelf en moet hiervoor ideaal gezien samenwerken met de diëtisten en educatoren in de regio."*
>
> *(4)"Daarnaast moet men jaarlijks een controle uitvoeren van het dieet."*

Nu is het niet alleen belangrijk aandacht te hebben voor deze wijziging in levensstijl, maar minstens even belangrijk wordt aanzien het **organiseren en aanbieden van educatie en dieet** voor de patiënt.

> *(3)"Een ander essentieel gegeven vind ik het aanbieden en organiseren van opvolging door educator en diëtist door de huisarts. Momenteel ervaar ik nog regelmatig dat patiënten in het diabetescentrum komen zonder dat ze ooit al een diëtist hebben gezien, terwijl het dieet toch een zeer belangrijke peiler is in de behandeling van diabetes mellitus type 2."*

Wat de opvolging betreft, vinden de bevraagde endocrinologen het belangrijk dat de huisarts voorziet in de **opvolging** van de **bloeddruk**, **metabole controle** en **chronische complicaties**.

> *(4)"De kerntaak voor de huisarts is voor mij het uitvoeren van de metabole controle, het opvolgen van de bloeddruk en lipiden. Daarnaast moet men jaarlijks een controle uitvoeren van de chronische complicaties."*
>
> *(3)"De huisarts moet absoluut de metabole controle opvolgen. Hiervoor is het mijns inziens belangrijk dat men als huisarts het bij zijn/haar patiënt inburgert dat ze toch 2-3-4x/jaar op controle moeten komen voor onder andere een labo en de opvolging van hun complicaties."*

Een belangrijke administratieve taak voor de huisarts is het in orde brengen van het **rijbewijs** voor de patiënt. De patiënt met diabetes mellitus type 2 dient immers in het bezit te zijn van een aangepast rijbewijs. Voor het bekomen van een rijbewijs in de categorie A3, A, B, B+E en G kan het rijgeschiktheidsattest van groep 1 afgeleverd worden door de huisarts of de specialist. De huisarts kan dit afleveren voor patiënten die niet op drie of meer insuline-injecties of een insulinepomp staan.

> *(1)"Het in orde brengen van het rijbewijs gebeurt nog veel te weinig. Dit is een taak voor de huisartsen bij de patiënten in het zorgtraject."*

Tot slot is het **tijdig doorverwijzen naar de tweede lijn** van groot belang. Wanneer er onvoldoende metabole controle bereikt wordt en parameters niet onder controle zijn ondanks maximale inspanningen of wanneer de huisarts twijfelt over het verdere beleid, moet hij/zij doorverwijzen naar de endocrinoloog en niet langer afwachten.

4.4.2 Interesse van de huisarts voor het zorgtraject ervaren door de endocrinologen

De endocrinologen ervaren een **gemengde interesse**. Hierbij is er een deel van de huisartsen reeds gestart met het zorgtraject, maar toch blijft er een harde kern van huisartsen die niet start.

> *(1)"Als endocrinoloog merk ik een duidelijk beeld waarbij er een aantal huisartsen meteen mee op de trein gesprongen zijn. Anderen hebben eerst de kat uit de boom gekeken en zijn dan ook gestart. Ik ervaar dan ook nog steeds een harde kern die niet start. Dit zijn dan ook eerder de huisartsen die men niet ziet op de bijscholingen."*
> *(2)"Het is inderdaad zo dat je altijd dezelfde mensen ziet op de bijscholing. Er zijn toch nog altijd te weinig artsen die starten."*
> *(4)"Eén derde tot de helft van de artsen heeft momenteel interesse."*

Een gebrek aan actieve opvolging van het zorgtraject door de huisarts wordt als negatief ervaren. Hiermee bedoelen we dat huisartsen van start gaan met het zorgtraject, zonder dit dan verder adequaat op te volgen binnen de praktijk.

> *(3)"Als bijkomende negatieve ervaring heb ik toch een aantal gevallen waarbij ik merk dat enkele huisartsen het zorgtraject opstarten op expliciete vraag van de patiënt, maar dat ik dan nadien als endocrinoloog tijdens de consultatie te horen krijg 'mijn huisarts heeft het wel gestart, maar volgt het niet op'."*

Het feit dat huisartsen vaak op eigen initiatief starten met het zorgtraject, is een positieve ervaring.

> *(3)"Daarnaast merk ik ook dat de meeste patiënten zelf naar de diabetesconsultaties komen in het kader van hun zorgtraject en dat de meeste huisartsen dus zelf de eerste stap zetten om het op te starten."*

4.4.3 Knelpunten

Tijdens de interviews peilde ik naar de knelpunten die de endocrinologen ervaren bij de huidige opstart en verloop van het zorgtraject. Dankzij het bevragen van knelpunten kon ik nadien ideeën sprokkelen voor mogelijke incentives. Ik weerhoud hier 5 knelpunten.

Twee elementen werden telkens door twee endocrinologen vermeld als knelpunt.
Het eerste is de **administratie** binnen het zorgtraject die als een belemmerende factor ervaren wordt.

> *(2)"…starten huisartsen vaak niet omwille van de administratieve belasting."*
> *(4)"Tot slot vind ik dat er te veel administratief werk is voor de huisarts, die nu al genoeg werk heeft."*

Het tweede is het huidige **opvolgformulier**. Dit formulier dient de huisarts in te vullen één jaar na start van het zorgtraject. Hierbij dient de huisarts een reeks gegevens te noteren, gaande van voorgeschiedenis, medicatielijst, gegevens uit het klinisch onderzoek, biochemische gegevens, parameters, uitgevoerde onderzoeken en complicaties. Deze formulieren worden niet goed ingevuld en vereisen volgens de endocrinoloog een aanpassing. Daarnaast is de inhoud van dit opvolgformulier voor verbetering vatbaar.

> *(3) "Negatief ervaar ik het opvolgformulier. Dit wordt niet goed ingevuld, maar is als je het mij vraagt ook niet goed opgesteld. Het zou veel compacter en korter moeten zijn. …We moeten dit herbekijken."*
> *(1)"De opvolgformulieren worden nog slechter ingevuld en meegegeven. Wat ik ook haast nooit ingevuld zie, zijn de verslagen of gegevens van de diëtist, educator en podoloog."*

Drie andere knelpunten werden aangehaald door de vierde endocrinoloog. Ten eerste **start** de huisarts vaak **te laat** met het zorgtraject. Ten tweede ervaart deze endocrinoloog een **gebrek** aan correcte **kennis wat betreft de inclusiecriteria.** Hierdoor mist men heel wat potentiële zorgtrajectkandidaten. Ten derde heeft de endocrinoloog het gevoel dat huisartsen **onvoldoende bekend zijn met het registreren van parameters** in het EMD en hierdoor hun patiënten **niet adequaat kunnen selecteren**.

Het zesde en laatste ervaren knelpunt is het opstartformulier. Huisartsen dienen bij de opstart van het zorgtraject het opstartformulier in te vullen en dit mee te geven aan de patiënt wanneer deze voor de eerste maal naar de endocrinoloog gaat. Dit **opstartformulier** wordt vaak **onvolledig, foutief of soms helemaal niet ingevuld**.

4.4.4 Interventie die motivatie en/of interesse van de huisarts voor het opstarten van het zorgtraject kan doen toenemen

Ik maak hier een onderscheid tussen voorstellen van telkens slechts één endocrinoloog en deze die door één of meerdere endocrinologen naar voor werden gebracht.

Drie voorstellen werden door één of meer endocrinologen vermeld. Deze zijn een ondersteuning van de huisarts bij de administratie, een a-posteriori controle op de goedkeuring van het contract en een zorgtrajectmap voor de patiënt.

De **huisarts** zou **ondersteund** moeten worden **bij de administratie** die hoort bij het zorgtraject. Het contract en het opstartformulier moeten ondertekend worden. Ook het voorschrift voor materiaal en de educatie moet de huisarts in orde brengen. Dit zijn terug extra taken voor de huisarts naast het klinische werk.

> *(2)" …huisarts hiervoor administratief hulp zou moeten krijgen."*
> *(3)"Het vereenvoudigen van de administratie voor de huisartsen zou een stap in de goeie richting kunnen zijn. Dit zou men eigenlijk door derden moeten kunnen laten doen die deze functie als een secretariaatsfunctie krijgen, gefinancierd vanuit de overheid. Het enige nadeel vind ik hieraan is dat de betrokkenheid van de huisartsen terug minder wordt, waardoor de opvolging misschien ook moeilijker zal verlopen."*

Een ander belangrijk punt is de wijze van goedkeuring van het contract. De patiënt zou eens het contract door alle drie de partijen goedgekeurd is en verstuurd is naar de mutualiteit meteen al recht moeten hebben op terugbetaling van materiaal en educatie. Op deze manier gaat er geen kostbare tijd verloren door het wachten op een bevestiging van goedkeuring. Dit zou er ook voor zorgen dat de educatoren meteen vergoed worden voor hun geleverde prestaties, wat nu vaak niet het geval is. Er zou met andere woorden een systeem van **a-posteriori controle op de goedkeuring van het contract** moeten zijn.

> *(1)" Er zou een systeem van a-posteriori controle op het contract moeten zijn. Nu is het vaak zo dat er al gestart wordt met insuline of vb Byetta®, terwijl de patiënt nog geen goedkeuring heeft en zich dus nog geen meter kan aanschaffen waardoor hij/zij dus niet kan meten. Soms kan men echter niet wachten met het opstarten van de therapie. Hetzelfde probleem ervaren de zelfstandige educatoren met de uitbetaling van hun educatiesessies."*
> *(4)"Het zou veel eenvoudiger zijn mocht de administratieve keten in 1 keer kunnen gebeuren. Hiermee bedoel ik dat eens het contract getekend is door alle partijen, de educatie meteen kan worden gestart en dat eveneens de apotheker automatisch verwittigd wordt zodat de patiënt meteen het nodige materiaal kan bekomen."*

Ook het introduceren van een **zorgtrajectmap voor de patiënt** zou volgens de endocrinologen een goed initiatief zijn. In deze map kunnen dan verschillende documenten gebundeld worden. De endocrinologen zien hierbij als voordeel het bevorderen van de communicatie tussen de verschillende zorgverleners in het zorgtraject, wat momenteel vaak ontbreekt.

> *(1)"Mij lijkt het toch nuttig dat er voor het zorgtraject een map bestaat met daarin verschillende formulieren. Het bijhouden van zo een map bevordert de communicatie tussen de hulpverleners, wat nu vaak ontbreekt."*
> *(2)"Het concept van een map voor het zorgtraject, zoals mijn collega voorstelt, lijkt mij ook wel een stimulans. Nu is het zo dat wij als endocrinoloog vaak geen overzicht hebben van wat er allemaal reeds gebeurd is. Met een map is alles visueler en concreter."*

De volgende zes elementen werden telkens door één endocrinoloog naar voor gebracht.

Het **uitbreiden van het educatiepakket** kan een meerwaarde betekenen voor de patiënt. Patiënten hebben volgens deze endocrinoloog nood aan herhaling, herhaling en nog eens herhaling.
Ook het **uitbreiden van de inclusiecriteria** voor het zorgtraject zou een positieve stimulans kunnen betekenen. Hiermee beoogt men eveneens de inclusie van patiënten waarbij men uitsluitend op huisbezoek gaat of die in een RVT verblijven.
Men zou het versnipperd contacteren van zowel de diëtist als de educator bij iedere nieuwe opstart kunnen beperken via een **reizende ploeg van diëtist en educator** die op verschillende momenten, in samenspraak met de huisarts, een uitgestippelde toer doet van patiënten die recent gestart zijn met het zorgtraject. De huisarts kan dan op vaste tijdstippen de patiënten doorspelen aan deze zorgverleners waarbij hij educatie en dieetvoorlichting wenst.
Eén endocrinoloog is van mening dat een **extra financiële stimulans** eveneens een reden kan zijn voor huisartsen om mee te stappen in het verhaal van het zorgtraject.
Dezelfde endocrinoloog ziet ook de mogelijkheid van meer **feedback** van hen **als specialist naar de huisartsen** en ziet dit werkbaar onder een schriftelijke vorm, zoals een maandelijkse nieuwsbrief.
Tot slot werd een noodzaak tot **wijziging van de visie op de gezondheidszorg** bij de huisarts aangehaald. De huisarts die sterk is in het aanpakken van acute zorg, moet zich meer en meer focussen op patiënten die nood hebben aan chronische zorg. Dit vereist een andere aanpak. Hierbij zouden diabetesconsultaties, gescheiden van de andere consultaties een stap in de goeie richting kunnen zijn.

4.5 Rondetafelgesprek met huisartsenkring Waasland-West

Op 6 oktober 2011 organiseerde ik het rondetafelgesprek. De genodigden hiervoor waren 2 LOK-groepen van de regio Waasland-West. In het totaal waren er 15 huisartsen aanwezig. Het ging hier om 6 vrouwen en 9 mannen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was ongeveer 50 jaar. Een volledig uitgetypt verslag van deze vergadering kan men terugvinden in bijlage (Bijlage 10).

Vooraleer ik van start ging met de verschillende soorten vragen, vroeg ik de artsen met welk softwarepakket ze momenteel werken. 2 artsen werken met Medsoft, 3 met Medidoc, 2 met Sosoeme, 2 met Health One, 4 met Windoc en 2 met Omniwin.

De thema's met de bijhorende subthema's worden weergegeven in tabel 6.

Tabel 6: Thema's en subthema's rondetafelgesprek

Ervaringen softwarepakket	**Ervaring begeleiding firma**
- Prijs - Mogelijkheid tot coderen via ICPC - Gebruiksvriendelijkheid - Benutte mogelijkheden - Mogelijkheid registratie zorgtrajectgegevens - Uitleg firma - Medicatiebewakingssysteem - Gebrek aan uniformiteit - Uitwisseling EMD	- Snelheid bijscholing - Bijscholing na de werkuren - Helpdesk - Bijstand in de praktijk
Wijze van bijleren EMD	**ICPC codering**
- Experimenteren - Ontoereikend autodidactisch leerproces	- Factor aantal diagnoses - Snelheid terugvinden bijpassende code - Alfabetische lijst in plaats van frequentie - Geen gedetailleerde codering

Vervolg tabel 6

Registratie medicatie in EMD	**Elementen noodzakelijk voor vlottere registratie en selectie parameters in het EMD**

- Foutieve posologie
- Geen startdatum terug te vinden
- Onvoldoende aanpassing chronische medicatie
- Geen visuele tijdlijn beschikbaar
	- Interne factoren
	  o Toename kennis EMD
	  o Mogelijkheden EMD optimaal benutten
	  o Coderen via ICPC
	- Externe factoren
	  o Eenvoudig en gebruiksvriendelijk EMD
	  o Bijscholingen dichter bij huis
	  o Financiële vergoeding bijscholing
	  o Aandacht in de opleiding voor werken met EMD
	  o Mogelijkheid tot opvragen van lijst via zoekopdracht

Selectie patiënten diabetes mellitus type 2	**Selectie kandidaten zorgtraject via EMD**
- Handmatige notities - Aan de hand van medicatie - Aan de hand van ICPC code	- HbA1c waarde - ICPC code waarna manueel

4.5.1 Introductievragen

A. Ervaringen met het eigen softwarepakket

Ik vroeg de aanwezige huisartsen naar hun ervaringen met het eigen softwarepakket. Hierbij liet ik iedereen vrij aan het woord. Zowel positieve als negatieve ervaringen mochten naar voor gebracht worden. Spontaan kwamen er bij deze vraag al opmerkingen over het coderen van pathologie via ICPC codes naar boven. Het onderwerp van de avond was dan ook dataregistratie en -selectie. Dit thema wordt dan ook hier al teruggevonden in de resultaten.

Het eerste wat aan bod kwam, waren de ervaringen van de huisartsen met de **prijs** die ze betalen voor hun softwarepakket. Globaal wordt het EMD pakket als duur ervaren en hebben de huisartsen gevoel te betalen voor iets wat weinig evolueert. Wat de prijs betreft, zijn er eveneens grote verschillen tussen

de verschillende pakketten. Medidoc, Accrimed en Medsoft worden als duur ervaren. Windoc daarentegen is goedkoper. Voor de softwarepakketten zijn er nationale criteria en is er een labelingprocedure. Sinds 2003 krijgen huisartsen die gebruik maken van een gelabeld softwarepakket hiervoor elk jaar een subsidie. Sedertdien hebben de huisartsen het gevoel dat ze steeds meer gaan betalen voor hun pakket. Hierdoor ontstaat het gevoel dat de subsidie die de overheid aan de huisartsen geeft, integraal wordt doorgefactureerd aan het product.

(10)"Ik heb het gevoel dat ik blijf betalen voor iets wat eigenlijk weinig evolueert."

(2)"Ik vind mijn programma Medidoc erg duur. Ik betaal er ongeveer 93 euro per maand voor."

(1)"Windoc is veel goedkoper. Ik betaal daarvoor ongeveer 300 euro per jaar."

(4)"Heel veel collega's gebruiken Medidoc, Accrimed en Medsoft, maar dit vind ik enorm duur en het is enorm moeilijk om de mensen van Corilus te bereiken."

(10)"Alles wat gesubsidieerd wordt door de staat, daar gaat de prijs enorm van omhoog. De subsidie wordt doorgefactureerd aan het product."

Zoals hierboven reeds werd aangegeven, kwam al snel het onderwerp **ICPC codering** aan bod. Hierbij gaf meteen al één arts aan dat hij niet in staat is pathologie te coderen. Hierop werd gerepliceerd door een aantal huisartsen die hiertoe wel in staat zijn. De huisartsen die coderen, geven aan dat dit niet moeilijk is, maar vooral een frequente toepassing vereist. Eveneens bestaat er verwarring over het al dan niet vanbuiten moeten kennen van de codes om ze te kunnen toepassen. Anderen coderen zelden of nooit of vinden de mogelijkheden die hieraan verbonden zijn overbodig.

(1)"Coderen van pathologieën kan ik niet."

(2)"Eigenlijk is het coderen van gegevens niet moeilijk, het is omdat je het niet doet dat het moeilijk lijkt."

(3)"Moet je de codes niet vanbuiten kennen om ze te kunnen gebruiken?"

<u>Antwoord:</u> (4)"Dit is niet zo. Je kan een pathologie ingeven en dan geeft het dossier u de ICPC code."

(5)"Als je codes ingeeft is het gemakkelijk om achteraf te selecteren, maar je moet ze wel ingeven."

(6)"Ik geef al 20 jaar vrije gegevens in. Daardoor kan ik niets opsporen. Ik vind de statistiek die je hiermee kan doen niet nodig."

Ook het thema **gebruiksvriendelijkheid** kwam aan bod. Voor bepaalde artsen blijft het toch moeilijk om mee te zijn met de mogelijkheden van het pakket. Eveneens is er een grote verscheidenheid in de ervaren gebruiksvriendelijkheid van de verschillende pakketten. Windoc wordt door de huisartsen die hiermee werken als eenvoudig ervaren.

(7)"Je zou moeten computerfreak zijn om mee te zijn met je dossier."

(1)"Windoc is een zeer eenvoudig programma."

(9)"Vroeger werkte ik met Health One, maar ik vond dat veel moeilijker dan Windoc."

Huisartsen **benutten niet** steeds **alle mogelijkheden** van hun programma.

> *(1)"Je kan er wel veel meer mee doen dan wat ik er mee doe."*
> *(11)"Medidoc is een vrij groot programma. Ik benut als arts niet alle mogelijkheden."*

Het dossier bevat momenteel nog **onvoldoende mogelijkheden** voor een goede **registratie** van **zorgtrajectgegevens**.

> *(8)"Mijn dossier laat registratie van zorgtrajectgegevens niet toe. Je kan geen zorgtrajectrapport genereren waardoor je eigenlijk dubbel werk moet doen. Dit was ook het geval bij de diabetespas."*

Om het programma goed onder de knie te krijgen, heeft men nood aan bijscholing en heropfrissing. De **uitleg** van de **firma** gaat hierbij echter vaak te snel.

Verschillende artsen maken gebruik van het **medicatiebewakingssysteem**. Dit wordt als een nuttige applicatie ervaren, zeker wat betreft nevenwerkingen en intoleranties. Momenteel echter ontbreekt er nog een bewaking van identieke geneesmiddelen, wat als een tekort ervaren wordt. Hierdoor gebeurt het soms dat patiënten zowel het generische als het originele geneesmiddel innemen.

> *(11)"Binnen Medidoc vind ik ook het medicatiebewakingssysteem nuttig. Het toont mij nevenwerkingen en intoleranties. Naar de toekomst toe kan je nevenwerkingen en wisselwerkingen zelf als arts niet meer gaan bijhouden door de overvloed aan mogelijke medicatie."*
> *(1)"Er zou ook een bewaking moeten zijn over identieke geneesmiddelen. Nu gebeurt het soms dat patiënten zowel het generische als het originele geneesmiddel innemen."*

Verder bestaat er naar het gevoel van de artsen een discrepantie tussen de elementen waar zij zelf nood aan hebben in het EMD en de mogelijkheden die er aan worden toegevoegd omdat ze vereist zijn voor de labeling van het pakket. Men heeft het de indruk dat er in vergelijking met vroeger onvoldoende geluisterd wordt naar de specifieke noden van de huisartsen in het veld.

> *(1)"De overheid wil accrediteringsrondes waarbij bepaalde dingen absoluut gedaan worden zoals gegevens opvragen. Dit botst met de stroom van programma's die proberen in te spelen op noden. Er is geen tijd om dergelijke zaken te kunnen. Men wacht daarvoor altijd op accreditering."*
> *(11)"Vroeger kon je opmerkingen mailen naar de softwarefirma en werden suggesties opgenomen en aangepast. Nu wordt er weinig naar de artsen geluisterd."*

De huisartsen ervaren eveneens een **gebrek** aan een zekere vorm van **uniformiteit** tussen de verschillende pakketten.

> *(5)"In principe zou de basisinvoer van gegevens voor chronische aandoeningen binnen elk programma uniform moeten zijn, wil men aan goede registratie en selectie doen."*

Tot slot stelt er zich een probleem op het gebied van **uitwisseling van een EMD** tussen collega's. Binnen eenzelfde pakket is dit zonder al te veel moeilijkheden mogelijk. Tussen verschillende pakketten onderling vormt dit echter een probleem.

> *(8)"Het doorsturen van een volledig dossier naar een collega gaat vrij eenvoudig binnen Windoc zelf. Dit kan echter niet tussen andere programma's."*

B. Ervaring op het gebied van begeleiding door de firma.

Er werd eveneens gepolst naar de ervaringen van de huisartsen op het gebied van begeleiding door de firma. Er stelt zich voor huisartsen een probleem wat betreft de **snelheid van de bijscholingen**. De bijscholingen gaan soms zo snel dat de arts niet kan volgen. *(4)"Bij Windoc kan je een opleiding krijgen in Aalter of Kruibeke. Soms gaat het tijdens deze opleiding zo snel dat ik niet kan volgen."*
Een andere belemmerende factor is het feit dat men deze **bijscholingen** vaak **na de werkuren** dient te volgen. *(4)"Deze bijscholingen komen er ook nog eens bij na de werkuren en dit is niet evident."*
De ervaringen met de **helpdesk** zijn globaal positief. Alleen de beperking van de bereikbaarheid tijdens kantooruren is een minpunt. *(1)"Ik vind dat de helpdesk bij Corilus heel goed werkt. Het nadeel hiervan is dat dit enkel geldt tijdens de kantooruren. De mensen van de helpdesk loggen in op uw computer en werken voor u zodat je kan volgen."* De artsen erkennen dat er mogelijkheid is tot **bijstand in de praktijk**, maar vinden dit vaak te duur.

C. Wijze van bijscholing in het EMD

Hier nam hoofdzakelijk één arts het woord. Deze huisarts gaf aan zeker bij te leren in het gebruik van het EMD. Dit doet de arts via het **experimenteren** met het programma. Toch ervaart deze arts een **ontoereikend autodidactisch leerproces**, waarbij verworven vaardigheden snel terug vergeten zijn.
(4)"Ja bijgeleerd, maar dan voornamelijk door het experimenteren. Het nadeel is dat je dan iets kan op dat eigenste ogenblik, maar het dan vaak opnieuw vergeten bent op het moment dat je het opnieuw nodig hebt."

4.5.2 Transitievragen

A. Al dan niet coderen van gegevens via ICPC

Zeven van de vijftien aanwezige artsen codeert of probeert te coderen via ICPC.
Het **aantal diagnoses** dat aanwezig is **tijdens een consultatie** is een belemmerende factor bij het coderen. Wanneer er meerdere diagnoses aanwezig zijn tijdens één consultatie, heeft men het moeilijk om dit allemaal te coderen.
Ook de **snelheid** van het al dan niet **terugvinden van de juiste code**, bepaalt of artsen coderen tijdens de consultatie. Artsen coderen vaak niet wanneer ze niet meteen de juiste omschrijving of diagnose vinden. De meesten geven aan wel een trefwoord te zoeken.

De weergave van ICPC codes is bij bepaalde softwarepakketten in alfabetische volgorde. De artsen die met Medidoc werken, geven aan dat ze dit vervelend vinden. Zij zouden graag een **lijst** te zien krijgen **volgens frequentie** waarmee deze code reeds gecodeerd werd. Wanneer een arts dan tijdens het griepseizoen reeds verschillende malen de diagnose 'griepaal syndroom' gecodeerd heeft, zal dit ook als eerste verschijnen wanneer de arts bij de volgende patiënt met griep deze diagnose wenst te coderen.
Verder wordt er volgens de artsen soms **niet voldoende gedetailleerd gecodeerd**. Hiermee bedoelt men dat men bijvoorbeeld bij de klachten van de rug 'rugpijn' als code ingeeft zonder heel specifiek te zijn (hernia/discusprotrusie/facetartrose).

B. Registratie medicatie

Alle artsen bevestigen dat ze de medicatie registreren bij het voorschrijven tijdens de consultatie. Toch zijn er hier ook enkele knelpunten te weerhouden.
Elk softwareprogramma heeft volgens de artsen meestal een vaste medicatie databank. Echter, de **posologie** die men automatisch krijgt, is **niet steeds correct**.
Wat de **startdatum** betreft, geven de artsen aan dat ze vaak geen echte startdatum terugvinden, maar wel wanneer de medicatie het laatst werd voorgeschreven.
Daarnaast worden **aanpassingen** in de **chronische medicatie** nogal eens vergeten.
Tot slot werd er aangegeven dat er eigenlijk een **tijdlijn** van het voorschrift zou moeten kunnen gemaakt worden. Hiermee bedoelt men een visuele voorstelling van startdatum en herhalingsvoorschriften.

4.5.3 Sleutelvragen

A. Selectie van patiënten met diabetes mellitus type 2

We stelden de artsen de vraag hoe ze te werk zouden gaan indien ze hun diabetes type 2 patiënten in de praktijk zouden moeten selecteren. Daarna stelden we hen ook de vraag, hoe ze dit zouden doen vanuit hun EMD. Er werd gevraagd naar een stapsgewijze benadering en de moeilijkheden die ze hierbij zouden ondervinden. Antwoorden hierop kwamen slechts traag op gang en een duidelijke structuur konden we niet weerhouden. We weerhouden 3 methodes die artsen zouden toepassen.
Deze zijn het **handmatig** aanleggen van een **papieren lijst**, een selectie **op basis van de medicatie** geregistreerd in het EMD en een selectie al dan niet op basis van **ICPC code**.

> *(8)"Ik zou gedurende een paar maanden mijn diabetespatiënten handmatig op een papier noteren wanneer ze langskomen."*

(12)"Aan de hand van medicatie, want dit staat bij ons in het dossier goed geregistreerd. Via ICPC codering kan ik ze moeilijk selecteren want ik kan niet selecteren welk type diabetes patiënten het zijn; insuline dependent, niet-insuline dependent…"

(1)"Bij Windoc kan ik bij de ICPC codering een keuze maken tussen insuline en niet-insuline dependent. Van de niet-insuline dependent maak ik type 2 en ik probeer ze dan zo te selecteren. Op die manier haal ik in 30 seconden al mijn type 2 diabetespatiënten eruit."

B. Selectie kandidaten zorgtraject via EMD

In het kader van deze masterproef was ik niet alleen geïnteresseerd in de wijze van selectie van patiënten met diabetes mellitus type 2, maar eveneens in de wijze waarop artsen hun patiënten die in aanmerking komen voor het zorgtraject zouden selecteren.

De meeste huisartsen wisten niet of ze de mogelijkheid hadden met het softwarepakket diabetespatiënten te selecteren die in aanmerking komen voor het zorgtraject. Hier weerhouden we twee methodes die de artsen zouden toepassen. Dit is een selectie op basis van **HbA1 waarden** (>7,5%) die men opvraagt bij het labo en een primaire selectie op basis van de **ICPC code diabetes waarna** men **manueel** de overige criteria nakijkt.

(5)"Ik zou het labo opbellen en alle patiënten opvragen waarbij ik een HbA1c geprikt heb met een waarde van meer dan 7,5%."

(2)"Ik zou enkel via mijn ICPC codering kijken wie mijn diabetespatiënten zijn in het algemeen en zou dan manueel verder kijken of ze in aanmerking komen voor het zorgtraject."

4.5.4 Afrondende vragen

Op het einde werden er nog drie afrondende vragen gesteld.

Ten eerste peilde ik naar de elementen die noodzakelijk zijn voor een vlottere registratie en extractie van gegevens in het EMD. We vroegen wat er volgens de artsen bij zichzelf of inhoudelijk in het EMD zou moeten veranderen.

We kunnen hierbij enkele **interne factoren** weerhouden. Dit zijn elementen die de huisarts zelf in de hand heeft. De huisartsen zouden een betere kennis moeten hebben van het gebruik van het EMD en deze mogelijkheden ook frequent en optimaal gaan benutten. Hiertoe behoort ook het coderen via ICPC codes.

Als **externe factoren**, factoren die de huisarts zelf niet in de hand heeft, weerhouden we enkele suggesties. Het EMD zou eenvoudiger en gebruiksvriendelijker moeten zijn. Men zou eenvoudig een lijst via een specifieke zoekopdracht moeten kunnen opvragen via het EMD. De bijscholingen zouden dichter bij huis moeten plaatsvinden en vergoed worden en tot slot zou er meer aandacht moeten geschonken worden in de opleiding voor het werken met het EMD.

Ten tweede vroeg ik de huisartsen of ze zichzelf klaar achtten om op het einde van 2011 op een snelle en liefst automatische manier de gegevens die het RIZIV zal opvragen in kader van het zorgtraject, aan te leveren. In een persbericht van 16 februari 2012 verscheen wat meer informatie over de gegevens die de huisartsen zullen moeten overmaken. De huisartsen zullen deze via een beveiligde webtoepassing die de basisdiensten van het e-Health-platform gebruikt, kunnen doorsturen. De huisarts stuurt zijn gegevens door tussen 1 maart en uiterlijk 31 augustus 2012. De datum van 1 maart moet nog bevestigd worden. Het RIZIV zal zelf elke betrokken huisarts op de hoogte brengen vóór de start van de periode waarin de gegevens worden verzameld.[15] De gegevens die men zal moeten doorsturen zijn; lengte, gewicht, bloeddruk en LDL-cholesterol.[26] Globaal werd hier een negatief antwoord op gegeven. Laboparamaters worden vaak niet automatisch geïntegreerd in het medisch dossier of de artsen registeren deze parameters vaak onvoldoende of niet op de juiste plaats.

Ten derde vroeg ik aan de huisartsen of ze bij het uitbreken van de Mexicaanse griep in 2009 in staat waren hun patiënten die in aanmerking kwamen voor vaccinatie te selecteren. Hier gaf slechts één arts aan dat hij in staat was om al zijn patiënten te gaan selecteren per categorie via het EMD. Deze arts gaf dan ook aan op dat ogenblik te ervaren dat het systematisch correct registreren en coderen zijn vruchten afwerpt. De andere artsen gaven aan willekeurig te vaccineren maar ook te vaccineren op uitdrukkelijke vraag van de patiënt die geïnformeerd was via de media.

4.6 Samenstellen 'patiëntenmap zorgtraject': pilootproject Waasland-West

Uit de interviews met de endocrinologen en educatoren kwam er een duidelijke vraag naar een communicatiemap om de onderlinge communicatie te verbeteren en de administratie voor de huisartsen te gaan bundelen. Dit om als positieve stimulans bij het opstarten te fungeren. Ik deed binnen de stuurgroep het voorstel tot de ontwikkeling van een patiëntenmap voor het zorgtraject diabetes, wat positief onthaald werd. Voor de samenstelling van deze map zat ik op 18 oktober 2011 samen met de zorgtrajectpromotor. We bekeken twee voorbeelden van patiëntenmappen van andere LMN's in Vlaanderen. Het waren de mappen van Dendermonde en Zuid-West-Vlaanderen. Dit met de bedoeling te kijken welke elementen we hieruit nuttig vonden. Het is namelijk niet de bedoeling om het warm water opnieuw uit te vinden. Daarnaast werd er overleg gepleegd over welke elementen zeker in onze map vervat zouden moeten worden. Op die manier stelden we de inhoud van onze map samen.

Er werd bewust gekozen voor de naam "patiëntenmap zorgtraject". Hiermee geven we aan dat het gaat om een map voor de patiënt en specifiek voor zijn/haar zorgtraject. We kozen er met het LMN voor om het niet "patiëntenmap zorgtraject diabetes" te noemen omdat deze map eventueel later ook nog kan dienen voor het zorgtraject nierinsufficiëntie of wie weet welk ander zorgtraject dat ons nog te wachten staat. Aan de binnenzijde vindt men een overzicht van de gegevens van de verschillende zorgverleners en de legende van deze map. Een voorbeeld van een map werd meegestuurd in bijlage

(Bijlage 11). De map bevat 4 tabbladen waarvan de inhoud in de legende terug te vinden is. De bedoeling is dat de patiënt deze map thuis bewaart.

Vooraan vinden we het **informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt** terug. Hierbij willen we de patiënt er op wijzen dat er medische en persoonlijke informatie in de map verzameld wordt. Er wordt vermeld dat het aan de patiënt zelf overgelaten wordt de keuze te maken welke hulpverlener deze informatie al dan niet mag inkijken. Waarom werd hiervoor gekozen? De meeste formulieren in de map bevatten geen gegevens die onderhevig zijn aan het medisch beroepsgeheim. Dit is echter wel het geval bij het startformulier. Idealiter wordt dit door de huisarts ingevuld en door de patiënt in de map bewaard. De patiënt op zijn beurt neemt dit startformulier dan mee naar de endocrinoloog op consultatie, voor wie het bedoeld is. De patiënt bewaart op deze manier persoonlijke medische gegevens in de map die potentieel bekeken kunnen worden door zorgverleners of externen die niet gebonden zijn aan het medisch beroepsgeheim (diëtist, podoloog, familie, enz.). Dit informatie- en toestemmingsformulier werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent.

Het eerste luik bevat de **werkdocumenten**. Als stappenplan gebruiken we het schema dat ontwikkeld werd door de Huisartsenkoepel Waasland i.s.m. AZ Nikolaas. De keuze voor het medicatieschema ging uit naar het schema dat ontwikkeld werd na overleg tussen het AZ Nikolaas, de apothekers en de huisartsen. De afsprakenkaart en het overzichtsblad voor de zorgverleners voor de opvolging gedurende 1 jaar werden door mijzelf ontworpen.

Het tweede luik bevat de **administratieve formulieren.** Hierin vinden we het zorgtrajectcontract, het start- en opvolgformulier dat ontwikkeld werd door de Huisartsenkoepel Waasland i.s.m. AZ Nikolaas, het rijgeschiktheidsattest en een verwijsbrief voor de oogarts.

Het derde luik bevat voorbeelden van **voorschriften** voor educator, diëtist, podoloog en het zelfzorgmateriaal. Als voorbeelden voor de voorschriften gebruiken we deze die terug te vinden zijn bij de documenten op de website (http://www.zorgtraject-ovl.be) .

Na het uitwerken van het voorstel door mezelf en de zorgtrajectpromotor werd dit ter goedkeuring aan de stuurgroep voorgelegd op 9 november 2011. Oorspronkelijk speelden we met de idee om in de map nog een sectie toe te voegen waarin de zorgverleners hun verslagen zouden kwijt kunnen. Dit was eveneens niet mogelijk aangezien de map kan bekeken worden door zorgverleners of externen die niet gebonden zijn aan het medisch beroepsgeheim. Om die reden werd gekozen voor het overzichtsblad dat kan dienen als communicatiemiddel tussen de verschillende zorgverleners. Het hoofddoel van dit overzichtsblad is dat alle zorgverleners een overzicht behouden van de te plannen onderzoeken en activiteiten in het kader van de gestructureerde chronische zorg voor diabetes mellitus type 2 bij deze patiënt. Ook kan het dienen als hulpmiddel bij het invullen van het opvolgformulier één jaar na het

lopen van het huidige zorgtraject. Praktisch wordt gevraagd aan de zorgverleners bij het uitvoeren van een bepaald consult, klinisch onderzoek of plannen van een technisch onderzoek dit aan te vinken en datum aan toe te voegen. Het werd opgesteld aan de hand van de aanbevelingen van Domus Medica over de opvolging van diabeteszorg.[27] Enkele aanpassingen gebeurden na het voorleggen van de inhoud aan de endocrinologen en huisartsen die deel uitmaken van de stuurgroep. Zo werd een jaarlijkse of vijfjaarlijkse TSH bepaling toegevoegd aangezien niet alleen bij diabetes type 1 de prevalentie van schildklierproblemen hoger is dan in de algemene bevolking maar ook bij patiënten met diabetes type 2. Dit kwam aan bod tijdens de diabetesbijscholing van 18 november 2011. Zo is de prevalentie voor schildklierpathologie in de algemene bevolking 6,6% en is dit 10,8% bij diabetespatiënten.[28]

Zelf legde ik de contacten voor de vormelijke keuze van de map. In samenspraak met de leden van de stuurgroep werd gekozen voor de vorm zoals meegestuurd in bijlage (Bijlage 11). De map werd als een pilootproject binnen Waasland-West geïntroduceerd op 8 maart 2012. Het gebruik van de map zal in het najaar 2012 geëvalueerd worden binnen de stuurgroep. Er zal hierbij gekeken worden naar de ervaringen en eventuele tekortkomingen om zo continu zorgverbeterend te blijven werken. Bij positieve respons zal het gebruik verder uitgebreid worden naar de Huisartsenkoepel Waasland.

4.7 Aanpassen start- en opvolgformulier.

De educatoren en endocrinologen gaven ook duidelijk aan dat het start- en opvolgformulier, ontwikkeld door het LMN, vaak onvolledig, foutief of niet ingevuld wordt. Dit geldt des te meer voor het opvolgformulier. Naar aanleiding hiervan besloten we dit met een aantal leden van de stuurgroep (endocrinologe Dr. Ballaux, huisarts Dr. Selleslags en de zorgtrajectpromotor Dhr. Michaël Maenhout) en mezelf te herevalueren en waar nodig aan te passen. Dit vond concreet plaats op de vergadering van 9 november 2011. Beide documenten besloegen voorheen elk 4 voltallige bladzijden. Concreet werd zowel de inhoud als de lay-out aangepast om alles zo overzichtelijk mogelijk te maken. Overbodige elementen werden geschrapt. Zo werden ze gereduceerd tot 2 bladzijden. Door het beperken van deze administratie tot het noodzakelijke poogt dit incentive ook een stimulans te zijn voor de huisartsen om in de toekomst deze formulieren beter in te vullen. In bijlage (Bijlage 5) is het oorspronkelijke start- en opvolgformulier terug te vinden en eveneens het herwerkte start- en opvolgformulier (Bijlage 12). Deze nieuwe formulieren werden ter goedkeuring voorgelegd aan de stuurgroep die haar zegen gaf. Ze werden op 16 december 2011 tijdens de diabetesbijscholing voorgesteld. Vanaf 16 december 2011 konden deze nieuwe formulieren ook teruggevonden worden op de website (www.huisarts-diabetestype2.be) en ze werden eveneens onder deze vorm geïntegreerd in de patiëntenmap.

5. Bespreking

In deze masterproef heb ik geprobeerd een antwoord te vinden op een aantal vragen. Ten eerste stelde ik mij de vraag wat de visie is van huisartsen en endocrinologen op de organisatie van de diabeteszorg door de eerste lijn. Ten tweede vroeg ik mij af welke factoren bepalend zijn om een nieuw initiatief, zoals het zorgtraject, ingang te doen vinden binnen een huisartsenkring. Ten derde ging mijn interesse uit naar de ervaringen die de eerstelijnseducatoren, actief in de regio Waasland-West, en de endocrinologen van het AZ Nikolaas hebben met het zorgtraject tot op heden. Hierbij peilde ik naar de knelpunten en zocht naar voorstellen tot verbetering. Ten vierde ging ik via een rondetafelgesprek na hoe huisartsen de patiënten die in aanmerking komen voor het zorgtraject selecteren via hun elektronisch medisch dossier (EMD).

Finaal wou ik komen tot het identificeren van incentives die de opstart van het zorgtraject kunnen faciliteren. Daarbij heb ik me gefocust op twee elementen van het CCM, namelijk beslissingsondersteuning en klinische informatiesystemen.

Waar dit relevant is, verwijs ik eveneens naar de resultaten van mijn thesispartner Gudrun Deconinck.

Het betreft hier kwalitatief onderzoek en de resultaten kunnen niet veralgemeend worden. We kunnen hier hypotheses genereren, maar niet bevestigen.

Vooraleer te starten met de interpretatie en analyse van de resultaten wens ik een bemerking te maken over de online enquête. Deze enquête vertoonde een goede respons rate. Van de 30 aangeschreven artsen vulden 18 de enquête volledig in (60%). De verhouding tussen mannen en vrouwen is evenwichtig verdeeld (9/9).

5.1 Analyse en interpretatie

Binnen mijn regionaal project werden de huisartsen uit de kring Waasland-West, 3 eerstelijnseducatoren werkzaam in de regio Waasland-West en de 4 endocrinologen van het AZ Nikolaas bevraagd.

Tabel 7 op de volgende pagina toont een vergelijking tussen de visie op de organisatie van de diabeteszorg volgens 18 huisartsen en 4 endocrinologen. Bij de huisartsen weerhoud ik enkel de taken die door de meerderheid (minstens +/- 90%) als belangrijk aangegeven worden.

Tabel 7: visie op organisatie diabeteszorg volgens huisarts en endocrinoloog

Huisarts	Endocrinoloog
- Opvolging HbA1c, lipiden en bloeddruk	- Opvolging bloeddruk en metabole controle
- Opstart en aanpassing orale antidiabetica	- Adequaat opstarten en optitreren therapie
- Educatie en dieetvoorlichting voorzien	- Organiseren en aanbieden educatie en dieet
- Administratie rijbewijs	- Rijbewijs in orde brengen
- Opvolging micro-albuminurie en oftalmologie (complicaties)	- Opvolging chronische complicaties
	- Screening naar diabetes
	- Uitleg aan de patiënt over de diagnose
	- Tijdig doorverwijzen naar de tweede lijn

De ***onderlinge visie op de organisatie van diabeteszorg*** door de eerste lijn is **globaal gelijklopend** bij zowel de huisartsen uit de kring Waasland-West als de endocrinologen van het AZ Nikolaas. Voor de huisarts zijn de belangrijkste **punten tot verbetering** het beter screenen naar diabetes mellitus type 2, uitleg verschaffen aan de patiënt omtrent de diagnose, het adequaat opstarten en optitreren van therapie en tijdig doorverwijzen bij onvoldoende controle. Men zou kunnen stellen dat huisartsen misschien een goeie start missen en hieraan meer tijd zouden moeten besteden. Verder is er bij de huisartsen een vorm van *'klinische traagheid'* aanwezig. Huisartsen mogen dan misschien wel hun takenpakket goed kennen, toch moeten ze deze taken ook effectief uitvoeren en geregeld het beleid bijstellen. We merken dat de 18 huisartsen enthousiaster zijn voor het opstarten en aanpassen van orale antidiabetica dan van insuline. Misschien kunnen, zoals in de literatuur beschreven, het niet toepassen van de evidence-based richtlijnen en het niet intensifiëren van de behandeling zonder medische contra-indicaties de arts gerelateerde factoren bij deze vorm van 'klinische traagheid' zijn.[5]
Een te hoge workload kan volgens mij eveneens een verklaring zijn voor de elementen, zoals de 'klinische traagheid', die binnen de diabeteszorg momenteel nog wat mank lopen.
Een andere verklaring kan liggen in de manier van organisatie van de zorg. Huisartsen zijn sterk in het aanpakken van acute zorg, maar minder bedreven in de organisatie van chronische zorg.[1]

Hoewel de educatoren aangeven geen nood te hebben aan ***overlegmomenten*** met de huisarts, lijkt mij dit toch zinvol. De zorgverleners in de diabeteszorg moeten beter op elkaar afgestemd zijn en er is een duidelijke nood aan een meer geïntegreerde zorg. Er wordt nog teveel in hokjes gewerkt in plaats van in teamverband. Wat een patiënt aan de huisarts vertelt, strookt bijvoorbeeld niet steeds met de informatie die de educator verkrijgt. In een conclusie kunnen we stellen dat de samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de eerste lijn en de tweede lijn, met andere woorden 'shared care', een conditio sine qua non is voor een goede diabeteszorg. Goede taakafspraken vormen hiervoor de basis. Dit

werkingsprincipe staat vaak in tegenstelling met een diep ingeworteld paradigma in de huisartsgeneeskunde waarbij elke arts zoveel mogelijk zelf probeert in te staan voor de zorg van de patiënt en alle taken op zich neemt. De ervaringen van het 'Diabetes Project Leuven' leren eveneens dat een goede relatie tussen zorgverleners een belangrijk onderdeel is van kwalitatief hoogstaande patiëntenzorg.[29] De haalbaarheid naar tijdsinvestering van alle zorgverleners in een dergelijk overleg moet natuurlijk per praktijk bekeken worden.

We kunnen de ***redenen waarom één arts niet gestart is***, correleren met de elementen die door Greenhalgh et al. beschreven werden.[17]
Deze huisarts ziet momenteel geen voordeel in het starten met het zorgtraject, omdat hij niet overtuigd is van betere outcome voor de patiënt. Wanneer we het zorgtraject zien als een vernieuwing passend binnen het CCM, dan hoeft de doelstelling niet zozeer een verbetering van de outcome te zijn. Het kan gezien worden als een manier om in te grijpen in de structuur, de organisatie en de omgeving waarbinnen artsen en patiënten functioneren.[13] Het starten van het zorgtraject is momenteel niet compatibel met de waarden, normen en actuele noden van deze arts. Het zou dus interessant zijn te weten wat dan wel de actuele noden zijn van deze arts. Hiervoor was er echter binnen de masterproef onvoldoende ruimte om dit verder te exploreren. Daarnaast ervaart hij geen behoefte om dit op te starten en staat hij ook weigerachtig tegen een verandering in de huidige manier van werken. Dit rigide denken is volgens mij niet typisch eigen aan de huisartsgeneeskunde, maar aan onze humane mentaliteit. We vallen vaak terug op routinehandelingen die we goed onder de knie hebben. Verder ervaart deze arts het zorgtraject als een administratieve belasting waarbij hij onvoldoende ondersteuning krijgt in de praktijk. Ook de educatoren en endocrinologen zijn van mening dat bij vele huisartsen hier een drempel ligt. Dit wordt nog verder uitgebreid beschreven. Als belangrijkste drempel geeft de arts toch aan dat hij zich moeilijk kan vinden in vaste regeltjes. Ik heb de indruk dat we deze arts toch in de categorie van 'laggards' kunnen classificeren. Het is een arts die zweert bij het reeds uitgeprobeerde. Dit wil echter niet zeggen dat hij/zij daarom een minder goede huisarts is. Ik durf ook de hypothese te maken dat de andere 12 artsen die niet deelgenomen hebben aan de enquête tot de 'late majority' en de 'laggards' behoren. Het zijn artsen die niet meteen openstaan voor nieuwe projecten of hierin pas zullen meegaan wanneer dit echt niet anders kan. Harde bewijzen kan ik hiervoor echter niet aangeven. Om een verandering te realiseren bij mensen die eerder conservatief ingesteld zijn, is er tijd nodig. Het zorgtraject is dan ook nog maar van start gegaan in september 2009. Verder onderzoek, specifiek in deze groep lijkt niet alleen interessant, maar ook nodig om een snelle opstart van zorgtrajecten of andere vernieuwingen vlot te laten verlopen in de toekomst.

17 huisartsen uit de huisartsenkring Waasland-West, die in totaal 30 leden telt, waren ***wel reeds gestart*** met het zorgtraject. We kregen een zicht op hun motivatie tot het opstarten van het zorgtraject diabetes en kunnen dit eveneens correleren met elementen beschreven door Greenhalgh et al.

Zij zien in het opstarten van het zorgtraject de volgende **voordelen**: een *betere outcome* voor de patiënt en *betere samenwerking en informatiedoorstroming met de 2e lijn*. Het kunnen zien van een voordeel in het starten van het zorgtraject werd in de literatuur beschreven als de krachtigste eigenschap die bepaalt of een individu een vernieuwing al dan niet overneemt.[17]

In de enquête wordt eveneens weerspiegeld dat het starten met een nieuw project moet overeenstemmen met de **actuele noden van de arts en zijn/haar normen en waarden**.[17] Belangrijk worden hier aanzien het *als huisarts krijgen van een centrale rol binnen de gezondheidszorg*, het *creëren van een continuïteit van zorg voor de patiënt*, het *tegemoetkomen aan de nood voor educatie* en tot slot het *vergroten van de patiënt empowerment*. Toch zijn hun voorlopige bevindingen sedert de start van het zorgtraject dat ze niet ervaren dat ze door het zorgtraject *'klinische traagheid'* bij zichzelf vermijden, dat het leidt tot een *betere structurering van de consultatie of specifieke aandacht voor diabetes tijdens de consultatie*. Dit stemt overeen met het gevoel van de endocrinologen. Voor patiënten is het vaak moeilijk het schema van de verschillende consultaties op verschillende momenten bij diverse zorgverleners te volgen. Om aan kwaliteitsvolle diabeteszorg te doen, zou volgens mij het organiseren van 'diabetesraadplegingen' in een aangepaste infrastructuur met een ondersteunende equipe van educatoren en diëtisten een goed initiatief kunnen zijn. Op deze manier investeert men in de organisatie van de zorgverlening ('delivery system design'). Een vlotte samenwerking en communicatie is essentieel om te komen tot 'shared care'. Deze manier van werken zou eveneens gedeeltelijk kunnen bijdragen tot het beperken van 'klinische traagheid'. Ik zou hier de hypothese durven maken dat er 2 soorten huisartsen zijn, wat een verklaring kan zijn waarom dit model van 'diabetesraadplegingen' momenteel niet evident is. Enerzijds zijn er artsen die zeer goede clinici zijn, maar zich niet graag bezighouden met administratieve en organisatorische taken en anderzijds zijn er artsen die van nature organisatorisch sterk zijn en bewust op zoek gaan naar een praktijk waar ze deze troeven kunnen uitspelen. Het werken in een groepspraktijk en het daarin ontwikkelen van complementaire aandachtspunten voor diabetes van bepaalde collega's zou een goede werkomgeving zijn. In een dergelijke praktijk vinden we misschien zowel een arts uit de 'innovators', de 'early adopters' , de 'early majority', de 'late majority' en de 'laggards' terug. Op zeer korte termijn zal dit echter niet de meerderheid van de praktijken zijn. Vandaag de dag functioneert de meerderheid van de huisartsen nog in een solopraktijk. In 2007 was dit ongeveer 70%.[30] Uit gegevens van het RIZIV blijkt ook dat op 31 december 2010, bijna een derde (3.021) van de 9.778 erkende huisartsen die in aanmerking komen voor praktijkondersteuning, deel uitmaakt van een geregistreerde artsengroepering. Het gaat om groepspraktijken en samenwerkingsverbanden.[31] Voor de soloartsen die vaak weinig ondersteuning hebben, is net die combinatie van sterke organisatorische én klinische capaciteiten niet evident in de dagdagelijkse praktijk. Tot dan moeten we, mijns inziens, vooral net de groep soloartsen gaan ondersteunen waarbij zij taken kunnen delegeren. Dit dient door de overheid gestimuleerd te worden met initiatieven zoals praktijkondersteuning van de huisarts met paramedici tijdens deze georganiseerde consultaties. Het LMN kan hierbij een belangrijke rol spelen via het

inschakelen van een administratief medewerker. Een andere mogelijkheid ligt volgens mij in de wachtpost die binnen het Waasland zal worden opgericht. De lokalen van een wachtpost worden meestal tijdens weekdagen onvoldoende benut. Men zou de infrastructuur die hier aanwezig is, kunnen benutten om de diabetesconsultaties te houden waarbij zowel huisarts, diëtist en educator aanwezig zijn.

> Tijdens het uitwerken van haar lokaal project, kwam ook Gudrun samen met haar collega's tot de vaststelling dat het zinvol kan zijn 'diabetesraadplegingen' te organiseren en zeker een 'jaarlijks diabetesconsult'. In deze groepspraktijk zouden de artsen ondersteund kunnen worden door de diëtist en de secretaresse.

De *grote bereidheid tot samenwerking en overleg* van de endocrinologen in de regio en *voldoende informatie over de inhoud en de praktische werking* van het zorgtraject, reduceren de **complexiteit** van het zorgtraject.

Er is in de regio zeker **voldoende informatie over de inhoud en de praktische werking van het zorgtraject**. Dit blijkt uit de voldoende ondersteuning die huisartsen vanuit het LMN ervaren. De huisartsen worden uitgebreid geïnformeerd op bijscholingen en symposia. Deze initiatieven kan men dan ook best behouden. Vanaf 1 januari 2012 organiseert men nog driemaandelijks bijscholingen in plaats van maandelijks. Dit om de inhoud van de onderwerpen voldoende ruim en boeiend te houden.

Slecht één derde van de artsen vindt dat ze **zicht hebben op de voordelen** van de zorgtrajecten via collega's die er al mee werken. Dit is dus een element waaraan nog gewerkt kan worden. Ik zie hier de mogelijkheid tot het brengen van het topic 'zorgtraject' binnen een LOK groep. Op deze manier kunnen ideeën en ervaringen uitgewisseld worden. Een ander incentive zou, zoals de endocrinologen aangeven, een nieuwsbrief kunnen zijn met daarin feedback vanwege de specialisten.

Het is natuurlijk belangrijk te kijken naar **de ruime context** van gezondheidszorg op het macroniveau waarin huisartsen werken. Twee derden van de deelnemende artsen hebben het gevoel dat het implementeren van zorgtrajecten van hem/haar verwacht wordt door de overheid en 1 op de 3 artsen door de patiënt. *Artsen ervaren dus op heden eerder een druk vanuit de overheid, maar niet vanuit de patiënt zelf*. Misschien ligt de verklaring hier in een discrepantie tussen wat de arts denkt wat van hem verwacht wordt door de overheid en wat door de patiënt. Het is mogelijk dat de patiënt dit momenteel niet verwacht van de arts omdat hij/zij onvoldoende geïnformeerd is. Daarnaast is het best mogelijk dat de mantelzorger van de patiënt dit misschien net wél verwacht van de huisarts. We schatten als huisarts onze patiënten en zijn/haar omgeving soms verkeerd in en maken op deze manier foutieve veronderstellingen. Het zou zinvol zijn bijkomend inzicht te verkrijgen in de verwachtingen van de patiënt en zijn/haar mantelzorger met betrekking tot het zorgtraject. Educatoren daartegen hebben het gevoel geconfronteerd te worden met een onvoldoende geïnformeerde patiënt. De media zou hierbij een informerende rol kunnen spelen, maar als huisarts mogen wij hieraan zelf uiteraard niet verzaken.

Zowel huisartsen, educatoren en endocrinologen zien een voordeel in het uitbreiden van de **inclusiecriteria** naar patiënten waarbij men uitsluitend op huisbezoek gaat en RVT patiënten. Ik ben van mening dat ook deze patiënten wel degelijk nog aan hun diabetes kunnen werken en dat het zorgtraject voor hen een meerwaarde kan betekenen. Sommige patiënten kunnen zich nu eenmaal om praktische redenen niet verplaatsen naar de consultatie. Waarom dit op heden niet zo is, heeft waarschijnlijk te maken met een gebrek aan financiële slagkracht vanwege de overheid om dit allemaal te bekostigen. Zowel educatoren als endocrinologen zijn het er unaniem over eens dat huisartsen vaak nog een fout beeld hebben van de inclusiecriteria. Hierdoor worden patiënten foutief (huisbezoek of RVT patiënten) of te laat geïncludeerd (pas vanaf wanneer ze op insuline komen te staan). We zouden dus kunnen denken dat huisartsen onvoldoende geïnformeerd zijn. Dit zou echter een al te vlotte conclusie zijn. Waarschijnlijk is de huisarts wel geïnformeerd, maar is deze informatie niet lang genoeg blijven hangen. Nochtans is deze informatie terug te vinden op het stappenplan. Ligt dit stappenplan te diep in de kast en wordt dit niet genoeg bovengehaald?

> Ook in de groepspraktijk van Gudrun is het voor 1 collega nog steeds niet duidelijk wie in aanmerking komt voor het zorgtraject.

Wat mij opvalt, is dat het in orde brengen van de **administratie** door zowel educatoren als endocrinologen als een ***knelpunt*** naar voor wordt gebracht. Huisartsen proberen vaak een *beroep* te *doen op de educatoren* voor het in orde brengen van deze papierberg, wat niet tot hun takenpakket behoort. Ook verloopt het *verkrijgen van de voorschriften* niet van een leien dakje. Het zou dan ook een oplossing kunnen zijn, zoals hierboven reeds vermeld werd, dat de huisarts hiervoor ondersteund wordt door een administratieve kracht. De idee die momenteel groeit binnen het LMN om de nieuwe administratieve kracht, die begin november 2011 werd aangeworven, hiervoor in te schakelen, zou een stap in de goeie richting kunnen zijn. Zij zou bij de opstart bij de huisartsen langsgaan, indien ze dit wensen, en waar ze kan ondersteuning bieden bij het invullen van formulieren uit de patiëntenmap. De financiële steun, die huisartsen vanaf 1 april 2012 kunnen krijgen voor hun administratie via Impulseo III, zou eveneens een stap in de goeie richting kunnen zijn. Het bedrag van de tegemoetkoming is gelijk aan de helft van de werkelijke loonkost met een maximum van 6047 euro per jaar. De tegemoetkomingen voor deze loonkosten mogen niet worden gecumuleerd met de tegemoetkomingen bestemd voor de kosten van een telesecretariaat bij een individuele huisarts. Dit komt met andere woorden maximaal neer op een 500 euro per maand.[32] Toch wil ik hier de kanttekening maken dat dit ook terug extra administratie betekent voor de huisarts, die met het aanwerven van een bediende ook werkgever wordt en deze bediende eveneens dient op te leiden in het zorgtraject.

> Binnen de groepspraktijk van Gudrun zou de secretaresse kunnen instaan voor deze administratieve taken.

Daarnaast is er eveneens nood aan het *optimaliseren van de elektronische communicatie*. Het vervangen van papieren attesten door elektronische attesten zou niet alleen een besparing in tijd en geld kunnen opleveren, maar komt eveneens de kwaliteit ten goede. Door het wegvallen van de administratieve rompslomp krijgt de arts meer tijd voor zijn patiënten, wat in wezen zijn kerntaak is. Het feit dat men het papieren contract naar de mutualiteit dient te versturen, zorgt momenteel voor een bijkomend probleem. Vanaf de datum dat het contract aankomt bij de mutualiteit, gaat het zorgtraject met de financiële incentives van start.[33] Vandaag de dag ervaart men in het Waasland echter vaak een vertraging tussen de wens tot opstart van het zorgtraject, het starten met educatie en het versturen van het contract door de huisarts. Dit zorgt er voor dat de educatoren hun vergoeding vaak pas heel laat of uiteindelijk niet verkrijgen. Een oplossing hiervoor zou een systeem van a-posteriori controle op de goedkeuring van het contract kunnen zijn. Met andere woorden, eens het contract getekend is, kan de patiënt reeds bij de apotheker terecht voor materiaal en kan de educator vergoed worden.

In deze masterproef werden twee elementen van het ***CCM*** vooropgesteld als focus.

Ten eerste wou ik met de ontwikkeling van **een patiëntenmap** en het **reduceren van het opstart- en opvolgformulier** van 4 naar 2 bladzijden aan de huisartsen een tool bieden om een aantal administratieve knelpunten te beperken. Via het overzichtsblad voor de diabetesopvolging gedurende 1 jaar wens ik de communicatie tussen de verschillende zorgverleners te bevorderen. Een doel van deze map is beslissingsondersteuning (‘decision support’) te bieden voor de huisarts. Een gebrek aan beslissingsondersteuning kan namelijk eveneens bijdragen tot ‘klinische traagheid’.[5] Daarnaast is het ook zo dat diabetes een chronische aandoening is waarbij het voor de patiënt niet eenvoudig is om gemotiveerd te blijven en de behandeling te blijven volgen. Patiënten responsabiliseren door hen meer te betrekken bij het zorgproces kan de patiënt bewuster maken van de noodzaak tot frequente opvolging van diabetes en zo de motivatie versterken. We beogen met de patiëntenmap eveneens een toename van de ’patiënt empowerment’ dankzij ‘self-management support’. Idealiter zou alle informatie uit de patiëntenmap op elektronische wijze moeten geregistreerd en geraadpleegd worden. Zo kan men zelfmanagementdoelstellingen koppelen aan informatiesystemen. Medipath beoogt deze koppeling. MediBridge ontwikkelde de software ‘Medipath’. ‘Medipath’ is een platform dat in ontwikkeling is en waarbij zorgverleners toegang hebben tot informatie over de patiënt en zelf bijkomende parameters en informatie kunnen toevoegen.[34] Momenteel zijn slechts een beperkt aantal pakketten hiermee compatibel (Health One, Medidoc, Prodoc, iCure en Epicure). De patiëntenmap poogt echter reeds een stimulans te zijn, vooraleer ‘Medipath’ veralgemeend in werking kan treden.

Een tweede focus was het gebruik van het **EMD** door de huisarts. Zowel Gudrun als ikzelf onderzochten de mogelijkheden en moeilijkheden van de huidige klinische informatiesystemen ('clinical information systems'). Het element 'clinical information systems' van het CCM blijkt het meest uitdagende om te implementeren. [11] Sunaert et al. kwamen tijdens de implementatie van een zorgprogramma, gebaseerd op het CCM, ook tot de vaststelling dat er verdere verbetering noodzakelijk is in 'clinical information systems'.[35] In mijn regionaal project stonden huisartsen ambivalent ten opzichte van het gebruik van hun EMD in het kader van het zorgtraject.

De *mogelijkheden* van het EMD zijn vaak *onvoldoende gekend en benut* door de huisartsen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan het gesprek was ongeveer 50 jaar. Dit kan een verklaring zijn voor de discrepantie tussen de mogelijkheden die het EMD biedt en deze die door de artsen daadwerkelijk benut worden. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat deze artsen autodidactisch en dus zonder gestructureerde opleiding hun weg hebben moeten vinden in de computerwereld. Het is dus mogelijk dat de huisartsen hun capaciteiten onderschatten.

Ook is er een *gebrek aan uniformiteit*, wat artsen er kan van weerhouden om te veranderen van pakket. Om dit probleem op te lossen zie ik twee mogelijkheden. Het eerste is de diversiteit van de verschillende pakketten behouden maar tegelijkertijd naar enige vorm van uniformiteit te streven voor de wijze van registratie en selectie van gegevens zoals bloeddruk, lengte, gewicht, hartslag en laboratoriumgegevens. Het creëren van 1 dossiersysteem voor de eerste lijn is een tweede hypothetische mogelijkheid, maar is moeilijker te realiseren aangezien dit de bestaansreden van de pakketten en firma's in het gedrang brengt in een economisch vrije markt.

Ook zijn ze onvoldoende vertrouwd met het *coderen via ICPC* en zijn sommige softwarepakketten op heden onvoldoende aangepast om eenvoudig te werken met het zorgtraject. Dit leidt ertoe dat men onvoldoende nauwkeurig gegevens in het kader van het zorgtraject registreert en extraheert.

> Ook Gudrun ging in haar groepspraktijk na hoe de artsen gebruik maken van het EMD in het kader van diabetes. Codering en registratie van parameters, medicatie en onderzoeken bleek een belangrijk probleem waardoor het voor haar een moeilijke opdracht was om alle patiënten met diabetes mellitus type 2 en daarna alle kandidaten voor het zorgtraject te selecteren.

5.2 Kritieken

Deze masterproef heeft zeker ook een aantal tekorten.

Mijn resultaten zijn gebaseerd op een beperkte steekproef bij18 huisartsen uit de kring Waasland-West, 4 endocrinologen uit het AZ Nikolaas en 3 eerstelijnseducatoren werkzaam in de regio Waasland-West. We kunnen hierdoor de verbanden die in deze masterproef gelegd worden met het CCM niet extrapoleren naar andere huisartsenkringen of regio's. Het is eveneens mogelijk dat er bij grotere studies extra informatie naar boven zou komen.

Ook werd de visie op de organisatie van diabeteszorg en op het zorgtraject vanuit het standpunt van 3 diverse zorgverleners bekeken. Dit waren huisartsen, educatoren en endocrinologen. Een zwakte is dat we geen inzicht hebben in de visie van apothekers, diëtisten, podologen en niet te vergeten de patiënt. Het kan zinvol zijn hierover in de toekomst nog verder onderzoek te doen binnen het LMN Waasland.

Ik ken momenteel hoofdzakelijk de redenen waarom de huisartsen in mijn kring wel gestart zijn met het zorgtraject. Via mijn anonieme enquête ben ik er dus vooral in geslaagd gemotiveerde artsen te bereiken. Ik besef dat dit een zwakte is van de enquête. Het was zeker zinvol geweest de niet-deelnemende artsen ook nog te kunnen bereiken om te peilen naar de redenen waarom ze al dan niet gestart zijn met het zorgtraject. Er werd echter beslist dit niet meer in deze masterproef te integreren. Het kan zinvol zijn om dit in de toekomst nog te onderzoeken.

Verder wil ik hier toch aanstippen dat de interviews door mijzelf werden afgenomen en ik dan ook niet getraind ben in gesprekstechnieken en een onervaren onderzoeker ben. Hierdoor is het mogelijk dat er elementen gemist werden. Eveneens kan het zijn dat de antwoorden van de deelnemers onbewust beïnvloed werden door mijn aanwezigheid als interviewer. Dezelfde opmerking geldt voor het rondetafelgesprek.

De patiëntenmap werd geïntroduceerd op 8 maart 2012. Spijtig genoeg kon de patiëntenmap nog niet geëvalueerd worden. Deze evaluatie wordt gepland in het najaar 2012 waarbij men binnen het LMN Waasland gaat kijken of het zinvol is om het gebruik van de map uit te breiden tot de Koepel Waasland.

6. Besluit

Tijdens het verloop van deze masterproef heb ik mij verdiept in het zorgtraject diabetes mellitus type 2. Hierbij evalueerde ik het zorgtraject op het mesoniveau van de regio Waasland-West. Hierbij kreeg ik een zicht op de visie van 18 huisartsen uit de kring Waasland-West, 3 eerstelijnseducatoren werkzaam in de regio Waasland-West en de 4 endocrinologen van het AZ Nikolaas. Het EMD en de daaraan gekoppelde mogelijkheden tot dataregistratie en -extractie werd een bijkomende focus.
Mijn thesispartner Gudrun Deconinck startte complementair op het microniveau van de eigen praktijk een lokaal project waarbij ze op zoek ging naar kandidaten voor het zorgtraject en de diabeteszorg binnen haar groepspraktijk evalueerde. Voor de besluiten hieromtrent, verwijs ik naar haar scriptie.

Ik kom tot de volgende besluiten. Een vlotte samenwerking en heldere communicatie zijn essentieel om te komen tot 'shared care'. Op deze manier investeert men in de organisatie van de zorgverlening ('delivery system design'). De patiëntenmap integreert elementen van 'decision support' en 'self-management support'. Het EMD ('clinical information systems') schiet momenteel tekort om deze elementen in de praktijk te realiseren.

Om af te ronden wens ik nog enkele nieuwe onderzoeksvragen te formuleren. Dit zowel voor de regio Waasland-West als het Waasland in het algemeen. Het zou interessant zijn om verder de redenen tot het niet starten met het zorgtraject te exploreren, de actuele noden van huisartsen in het kader van diabeteszorg te identificeren, de visie van de patiënt, apotheker, diëtist en podoloog in kaart te brengen en de patiëntenmap te evalueren.

7. Referenties

[1] Goderis G, Mathieu C. Het transmurale zorgtraject diabetes mellitus type 2. Tijdschrift voor Geneeskunde 2010;22:1094-1101.

[2] Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Nobels F, Snauwaert B, Wens j, et al. Het diabetesproject Aalst: ontwikkeling en implementatie van een regionaal zorgprogramma voor diabetes type 2 in de eerste lijn (deel 2). Huisarts NU 2008;37 (5):253-260.

[3] Wagner EH. Academia, chronic care, and the future of primary care. J Gen Intern Med 2010;25 (4):636-638.

[4] O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE, Rush WA, Blitz G: Clinical Inertia and outpatient medical errors. Advances in Patient Safety 2007;2:293-308.

[5] Borgermans L, Goderis G, Van Den Broeke C, Mathieu C, Aertgeerts B, Verbeke G et al. A cluster randomized trial to improve adherence to evidence-based guidelines on diabetes and reduce clinical inertia in primary care physicians in Belgium: study protocol (TNR 1369). Implementation Science 2008;3:42.

[6] Harris MF, Zwar NA. Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. MJA 2007;187 (2):104-107.

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

[8] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. JAMA 2002;288 (15):1909-1914.

[9] Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millenium. Health Affairs 2009;28 (3):75-85.

[10] Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagnher EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. Qual Saf Health Care 2004;33:299-305.

[11] Smith SA, Bryant SC, Christianson TJ, Bjornsen SS, Giesler PD, Krause K, et al. Chronic Care Model and Shared Care in Diabetes: Randomized Trial of an Electronic Decision Support System. Mayo Clin Proc 2008;83 (7):747-757.

[12] Mathieu C, Nobels F, Peeters G, Van Royen P, Dirven K, Wens J, et al. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. KCE reports 2006;27A:3-308.

[13] Oprea L, Braunack-Mayer A, Rogers WA, Stocks N. An ethical justification for the Chronic Care Model (CCM). Health Expectations 2009;33:55-34.

[14] Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Nobels F, Snauwaert B, Wens j, et al. Het diabetesproject Aalst: ontwikkeling en implementatie van een regionaal zorgprogramma voor diabets type 2 in de eerste lijn (deel 1). Huisarts NU 2008;37 (2):76-81.

[15] De zorgtrajecten evalueren: akkoord over de methode voor het inzamelen en evalueren van de gegevens. Beschikbaar via: URL: http://www.riziv.be/news/nl/press/pdf/press2012021601.pdf Laatst Geraadpleegd 9 april 2012

[16] Berwick DM. Disseminating Innovations in Health Care. JAMA 2003;289(35):3939-3975.

[17] Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organisations: Systematic Review and Recommendations. The Milbank Quarterly 2004;82 (4):583-329.

[18] Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M: Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. The Milbank Quarterly 2007;85:96-138.

[19] http://en.wikipedia.org/wiki/Diffusion_of_innovations Laatst geraadpleegd 9 april 2012

[20] Verbeke M, Schrans D, Deroose S, De Maeseneer J. The International Classification of Primary Care (ICPC-2): an essential tool in the EPR of the GP. Stud Health Technol Inform. 2003;324:809-34.

[21] Naessens K, Jacobs A, Schrans D, Duysbergh P, Verbeke M, Avonts D. Current use of the Electronic Medical Record (EMR) among informatized GPs in Belgium. 3rd Biannual conference on the Future of Primary Care in Europe; 2010 Aug 30-31; Pisa Italy. European Forum for Primary Care; 2010. Abstracts: 2nd workshop, Theme 2 p63.

[22] Het Elektronisch Medisch Dossier: we willen wel coderen, maar we kunnen niet! Oproep van afstuderende huisartsen K.U.Leuven aan de producenten van Elektronisch Medische Dossiers en de overheid. Beschikbaar via: URL: http://www.kuleuven.be/nieuws/berichten/2011/pb27_06_2011.html Laatst geraadpleegd 9 april 2012.

[23] Maenhout M, zorgtrajectpromotor. Activiteitenverslag 2010 LMN Waasland.2010.

[24] Ceulemans F. Riziv evalueert zorgtrajecten. De Huisarts 2011 Nov 3;1031:8.

[25] Maenhout M, zorgtrajectpromotor. Gegevensregistratie LMN Waasland van oktober 2009 tot en met eind september 2011.

[26] http://www.zorgtraject.be/NL/Professioneel/Huisarts/Diabetes/data.asp Laatst geraadpleegd 9 april 2012

[27] Wens J, Sunaert P, Nobels F, Feyen L, Van Crombrugge P, Bastiaens H, Van Royen P. WVVH-VDV Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Diabetes Mellitus type 2. Berchem/Gent: WVVH/VDV, 2005.

[28] Wu P. Thyroid Disease and Diabetes. Clinical Diabetes 2000;18(1):38-39. Beschikbaar via: URL: http://journal.diabetes.org/clinicaldiabetes/v18n12000/Pg38.htm Laatst geraadpleegd 9 april 2012

[29] Goderis G, Borgermans L, Mathieu C, Van Den Broeke C, Hannes K, Heyrman J, Grol R. Kwaliteitsverbetering in de diabeteszorg: de ervaringen van het Diabetes Project Leuven. Huisarts NU 2010;39(3):98-104.

[30] Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: 'the Belgian experience'. BMC Health Services Research 2009;9:152.

[31] De Meyere A. Huisarts niet langer solo. De Huisarts nr. 1001 10/03/2011.

[32] http://www.riziv.be/care/nl/doctors/specific-information/impulseo/index_impulseoIII.htm Laatst geraadpleegd 10 april 2012

[33] http://www.zorgtraject.be/NL/Patienten/Diabetes/contract.asp Laatst geraadpleegd 21 april 2012

[34] http://www.medibridge.be/nl/medipath/index Laatst geraadpleegd op 10 april 2012

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