

H E T D I A B E T E S P R O J E C T A A L S T

Ontwikkeling en implementatie van een regionaal zorgprogramma voor diabetes type 2 in de eerste lijn (deel 2)

P. SUNAERT, H. BASTIAENS, M. VANDEKERCKHOVE, L. FEYEN, F. NOBELS, B. SNAUWAERT,
J. WENS, E. VERMEIRE, P. VAN ROYEN, J. DE MAESENEER

Het Diabetesproject Aalst heeft samen met de zorgverleners uit de regio een zorgprogramma voor diabetes type 2 in de eerste lijn ontwikkeld op basis van het Chronic Care Model (zie *Huisarts Nu* 2008;37:76-81). In dit tweede deel wordt onderzocht welke factoren de implementatie van dit zorgprogramma bevordert dan wel belemmert hebben. Op basis van deze analyse kunnen duidelijke adviezen naar het beleid geformuleerd worden om de chronische zorgverlening in de eerste lijn beter te organiseren.

Het Diabetesproject Aalst (DPA) is een verkenning naar de voorwaarden waaronder elementen van het *Chronic Care Model (CCM)* in de Belgische context kunnen worden geïmplementeerd¹. Het project is opgevat als een kwaliteitsverbeteringsproject waarbij de verschillende stadia van de kwaliteitscirkel zijn doorlopen en waarbij de regio sterk betrokken is bij de ontwikkeling en de im-

plementatie. Bij de invoering van het zorgprogramma is rekening gehouden met de bestaande evidentie over succesvol implementeren van veranderingen in de zorg². De participatie van de regio is geleidelijk aan gegroeid. Sommige facetten van de interventie zijn beter onthaald door zorgverleners dan andere. Zo heeft 60% van de artsen de navorming in het kader van het project bijgewoond, maar heeft slechts 35% van de artsen actief meegewerkt aan de opbouw van een regionale databank. Bij de evaluatie van het project hanteerden we de volgende vraagstelling: *Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het invoeren van een regionaal zorgprogramma?* Inzicht in deze factoren laat toe de interventie en de methoden van implementatie bij te sturen³. Op basis van deze oefening worden een aantal adviezen geformuleerd in het kader van de mogelijkheden tot zorgvernieuwing voor chronische zieken in de Belgische context.

Tabel 1: Beschikbare bronnen voor triangulatie.

Evaluatiemethode	Deelaspect programma	Materiaal
Registratie patiëntengegevens op basis van het dossier	Complexe interventie	327 registraties (2004-2006)
Cohortstudie bij patiënten die hebben deelgenomen aan het educatieprogramma	Educatie, opstart insuline	340 patiënten (2004-2007)
Bevraging a.d.h.v. een semigestructureerde vragenlijst <ul style="list-style-type: none"> · Zorgverleners · Leden coördinatieceel · Zorgcoördinator · Educator · Huisartsen · Apothekers 	<ul style="list-style-type: none"> Interdisciplinair protocol Regionale structuur Regionale structuur Educatie Registratie, opstart van insuline Interdisciplinair protocol 	<ul style="list-style-type: none"> 304 vragenlijsten (2004) 4 vragenlijsten (2006); 8 vragenlijsten (2007) 1 verslag (2007) 1 verslag (2007) 67 vragenlijsten (2005) 46 vragenlijsten (2005) en (2006)
Semigestructureerd interview <ul style="list-style-type: none"> · Huisartsen · Patiënten 	<ul style="list-style-type: none"> Aanbod educatie, complexe interventie Educatie, opstart insuline 	<ul style="list-style-type: none"> 35 interviews (2006-2007) 32 interviews (2006-2007)
Focusgroep huisartsen	Opstart insuline	2 groepen (13 artsen) (2006)
Dossieranalyse patiënten	Opstart insuline	34 patiëntencases (2007)
Documentanalyse	Complexe interventie	120 verslagen (2003-2007)

Methodie

In de loop van het project is op regelmatige basis informatie verzameld om de verschillende deelaspecten van het zorgprogramma te evalueren. Hiervoor werden verschillende dataverzamelmethode gebruikt: registratie van dossiergegevens, semigestructureerde vragenlijsten, semigestructureerde interviews, focusgroepen, medische dossiers en documenten (zie tabel 1) ⁴.

Bij de analyse van alle gegevens werd als matrix het schema ontleend aan het werk van Grol en Wensing ²:

- kenmerken van het (deelaspect van het) zorgprogramma,
- kenmerken van de doelgroep van professionals,
- kenmerken van de patiënt,
- kenmerken van de sociale context,
- kenmerken van de economische, administratieve en organisatorische context,
- kenmerken van de methoden en strategieën van disseminatie en implementatie.

De informatie uit de verschillende deelonderzoeken werd samengevoegd en met elkaar vergeleken (triangulatie) ⁵. De drie onderzoekers (SP, BH, BS) bereikten een overeenstemming over de belangrijkste thema's per kenmerk. Daarna werden de eindconclusies ter toetsing voorgelegd

aan de volledige wetenschappelijke equipe ^{6,7}. De analyse van de kwalitatieve data gebeurde telkens volgens de geëigende wetenschappelijke procedures ⁸. In de discussie werden de gegevens getoetst aan de evolutie van de diabeteszorg in andere westerse landen.

Resultaten

De belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren worden in tabel 2 weergegeven.

Kenmerken van het zorgprogramma

BEVORDEREND

- Het programma sluit aan bij de noden in de regio, met name de nood aan duidelijke taak- en werkafspraken en ondersteuning van de patiënt.
- De zorgcoördinator werkt samen met de bestaande overlegstructuren in de regio.
- Het programma erkent de rol van de huisarts in de diabeteszorg. De huisarts treedt op als coördinator van de zorg in samenwerking met de andere disciplines. Patiënten kunnen enkel op verwijzing van de huisarts van het aanbod gebruikmaken. Huisartsen krijgen ondersteuning bij het opstarten van insuline.

Tabel 2: Bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van het zorgprogramma.

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Kenmerken van het zorgprogramma	<ul style="list-style-type: none"> • sluit aan bij noden in de regio • versterking bestaande structuur (zorgcoördinator) • erkenning rol van de huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> • complexiteit van de interventie • extra administratieve belasting • programma is geen afgewerkt product
Kenmerken van de doelgroep van professionals	<ul style="list-style-type: none"> • positieve attitude ten aanzien van regionale taak- en werkafspraken • steun van de tweede lijn 	<ul style="list-style-type: none"> • geen traditie van interdisciplinair 'samenwerken' • vrees voor terreinverlies • drempel om insuline op te starten is hoog • sommige artsen moeilijk bereikbaar
Kenmerken van de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> • waardering van het aanbod • erkenning van de huisarts als eerste aanspreekpunt 	<ul style="list-style-type: none"> • weerstand ten aanzien van verwijzing voor educatie • weerstand ten aanzien van insuline
Kenmerken van de sociale context	<ul style="list-style-type: none"> • stakeholders steunen project 	<ul style="list-style-type: none"> • onvrede met huidig gezondheidszorgbeleid • vernieuwing vraagt tijd
Kenmerken van de economische, administratieve en organisatorische context	<ul style="list-style-type: none"> • aanbeveling 'Diabetes mellitus type 2' • wettelijke bepalingen over taakprofielen • bestaande regionale overlegstructuren 	<ul style="list-style-type: none"> • geen gegevens over kwaliteit van zorg • geen accurate sociale kaart • beperkingen regionale overlegstructuur • beperkt mandaat van regionale organisaties • onvoldoende praktijkondersteuning • onzekerheid over de continuïteit
Kenmerken van de implementatiemethode	<ul style="list-style-type: none"> • aandacht voor noden in de regio • betrokkenheid stakeholders • maximaal aansluiten bij bestaande netwerken • prioritaire doelstellingen • sensibiliseren van zorgverleners én patiënten 	<ul style="list-style-type: none"> • informatieverstrekking onvoldoende concreet • te veel doelstellingen • geen formeel engagement vanwege zorgverleners • evaluatie interdisciplinair werken arbeidsintensief

BELEMMEREND

- De interventie is complex en omvat verschillende componenten van het Chronic Care Model. Bij de implementatie interfereren deze componenten met elkaar. Artsen die niet wensen mee te werken aan de opbouw van een regionale databank, maken ook minder gebruik van het educatieaanbod.
- De registraties en het invullen van informed consent-formulieren bij verwijzing verhogen de administratieve belasting. Een aantal artsen haakt hierop af.

Kenmerken van de doelgroep van professionals**BEVORDEREND**

- Zorgverleners staan positief tegenover de ontwikkeling van regionale taak- en werkafspraken; 41 zorgverleners uit 7 disciplines hebben aan het protocol meegewerkt.
- De tweede lijn ondersteunt het project op verschillende wijzen: ontwikkeling protocol, navorming, beleid in de regio (coördinatiecel), advisering (telefonisch of e-mail) bij casussen, coaching educatoren. Er zijn regionale taakafspraken gemaakt tussen huisartsen en de tweede lijn.

BELEMMEREND

- De traditie om interdisciplinair samen te werken aan doelstellingen ontbreekt. Zorgverleners kennen onvoldoende elkaars competenties en de communicatie tussen zorgverleners is beperkt.
- Het aanbod wordt in de opstartfase door veel artsen als bedreigend ervaren, men vreest (verder) terrein te verliezen. Deze vrees is gevoed door initiatieven die de patiënt ondersteunen en niet in nauwe samenwerking met de huisartsen zijn uitgewerkt (onder andere obesitas- en dementieklinieken).
- De drempel om insuline op te starten is hoog. Ongeveer een derde van de artsen wenst dit aspect voorlopig niet op te nemen, vooral door onvoldoende kennis en ervaring.
- Een deel van de artsen is moeilijk te bereiken. Vooral de artsen die niet aan de navorming hebben deelgenomen, ontbreken essentiële informatie over het project en blijven misvattingen hebben over wat met het project wordt nagestreefd.

Kenmerken van de patiënt**BEVORDEREND**

- Patiënten waarderen sterk de mogelijkheid van een individueel aangepast programma.

- Patiënten maken van het aanbod gebruik op aanraden van hun huisarts. Patiënten beschouwen hun huisarts als een vertrouwenspersoon en geven hem een belangrijke rol in de zorg.

BELEMMEREND

- Een belangrijk deel van de populatie heeft nog geen gebruik gemaakt van het aanbod. Huisartsen geven aan dat sommige patiënten moeilijk te motiveren zijn voor dit aanbod. Een kleine groep wil geen begeleiding, wat men ook aanbiedt.
- De meeste patiënten vertonen weerstand ten aanzien van het opstarten van insuline.

Kenmerken van de sociale context**BEVORDEREND**

- De voorzitter van de huisartsenkring, de SIT-voorzitter en de tweede lijn, zeggen van bij de start hun volle medewerking aan het project toe.
- Andere belangrijke partners in de regio (mutualiteiten, stad, Vlaamse diabetesvereniging, ...) steunen het project.

BELEMMEREND

- De eerste lijn voelt zich onvoldoende begrepen en gewaardeerd door het beleid. Deze onvrede reflecteert zich, vooral bij de huisartsen, in een negatieve houding ten aanzien van het project. Niet deelnemen is een protest-stem naar het beleid.

Kenmerken van de economische, administratieve en organisatorische context**BEVORDEREND**

- De aanbeveling Diabetes mellitus type 2 onderbouwt de interventie⁹. De wettelijke bepalingen over de taakomschrijving van de verschillende disciplines vormen de basis van de taak- en werkafspraken.
- De zorgcoördinator kan werken via bestaande overlegstructuren in de regio.

BELEMMEREND

- Er zijn geen gegevens over de kwaliteit van zorg in de regio beschikbaar. Deze gegevens zijn onmisbaar bij kwaliteitsverbeteringsprojecten.
- In de gemiddelde huisartsenpraktijk ontbreken de randvoorwaarden, administratieve ondersteuning en data-extractie, die een vlotte registratie van kwaliteitsgegevens toelaten.
- De regio beschikt niet over een accurate sociale kaart. Er is geen meldpunt waar zorgverleners zich bij vesti-

ging in de regio kunnen aanmelden en bij het stoppen van de praktijk afmelden.

- De opdracht van het SIT is momenteel beperkt tot thuiszorg in engere zin, namelijk de organisatie van de zorg aan huis bij (zwaar) zorgbehoevende patiënten. Diëtisten en podologen zijn niet vertegenwoordigd in het SIT. De huidige wetgeving laat geen uitbreiding van de opdracht toe.
- De vertegenwoordigers van de disciplines hebben een beperkt mandaat van hun leden. De afspraken die in de werkgroepen worden gemaakt, zijn vrijblijvend.
- Er heerst onzekerheid over de continuïteit van het vernieuwde zorgaanbod. Telkens het project dreigt af te lopen, door bijvoorbeeld een gebrek aan adequate financiering, daalt de participatiegraad in de regio.

Kenmerken van de implementatiemethode

BEVORDEREND

- Het programma is bottom-up ontwikkeld in overleg met de regio en sluit aan bij bestaande noden in de regio.
- Het project is pas van start gegaan na akkoord van de stakeholders in de regio.
- Het programma versterkt bestaande structuren en maakt maximaal gebruik van bestaande netwerken.
- De zorgcoördinator slaagt erin om een netwerk van zorgverleners uit te bouwen. Dit netwerk vormt de basis voor de ontwikkeling en de implementatie van de taak- en werkafspraken.
- Er zijn prioritaire doelstellingen geformuleerd in het kader van kwaliteitsverbetering.

BELEMMEREND

- Door de complexiteit van de interventie is in de opstartfase te veel informatie verspreid in de regio. Dit leidt tot onduidelijkheid over de concrete doelstellingen van het project. Zorgverleners hebben nood aan zeer concrete en onmiddellijk bruikbare informatie.
- Het aantal te behalen doelstellingen na één jaar is te groot. Het is niet realistisch gebleken dat al deze doelstellingen op dergelijke korte termijn gerealiseerd kunnen worden.
- Het aanbod in de regio is volledig vrijblijvend aangeboden aan de zorgverleners in de regio. Het is voor de zorgcoördinator niet duidelijk wie met het project wenst mee te werken.
- Interdisciplinair werken is in het veld enkel indirect te meten. In de loop van het project zijn er verschillende

evaluaties gebeurd. Dit is enkel mogelijk met extra personeelsondersteuning.

Bespreking

De doelstelling van het Diabetesproject Aalst is de overheid te adviseren over de wijze waarop de eerste lijn ondersteund kan worden bij de zorg voor chronisch zieken. Het Diabetesproject Aalst heeft hiervoor samen met de zorgverleners uit de regio een zorgprogramma voor diabetes type 2-patiënten ontwikkeld op basis van het Chronic Care Model. Tijdens het project is aandacht besteed aan de factoren die het implementeren van het programma in de regio bevorderden of belemmerden, en zo de effectiviteit (*effectivity*) van het invoeren van de componenten

van het Chronic care Model in de Belgische context mee bepalen. Veel factoren die de implementatie hebben bemoeilijkt, hangen samen met de beperkte organisatie van de eerste lijn, zowel op regio- als op praktijkniveau. Voor een aantal van deze belemmeringen heeft het project oplossingen

geformuleerd, maar niet alle barrières zijn overwonnen. Het project is niet af. Na twee jaar intensief 'samenwerken' met een regio kunnen wel duidelijke adviezen geformuleerd worden met betrekking tot verdere initiatieven om chronische zorgverlening te organiseren. Deze adviezen zijn getoetst aan de internationale ontwikkelingen op het vlak van chronische zorg. Voor meer informatie kan men het volledige rapport raadplegen.

Kader nieuwe initiatieven in een globale visie

op de rol van de eerste lijn

De meeste westerse landen investeren momenteel in chronische zorgverlening waarbij wordt gestreefd naar een maximale integratie van de zorg in de eerste lijn¹⁰. Belangrijke voordelen van integratie van chronische zorg binnen de eerste lijn zijn: continuïteit, toegankelijkheid en kosteneffectiviteit^{11,12}. Landen met een sterk uitgebouwde eerste lijn staan het verst in de doelmatige organisatie van chronische zorg¹³. De laatste jaren zijn in de Belgische context initiatieven genomen om de diabeteszorg in de eerste lijn te ondersteunen. Voorbeelden zijn: de invoering van de diabetespas (2003) en de ondersteuning door een referentieverpleegkundige bij het opstarten van insuline (2003). Daarnaast zijn er ook algemene maatregelen genomen om de eerste lijn te ondersteunen zoals de invoering van het Globaal Medisch

Landen met een sterk uitgebouwde eerste lijn staan het verst in de doelmatige organisatie van chronische zorg

Dossier (GMD), financiële stimuli voor informatisering (EMD) en een zachte, vrijblijvende vorm van echelonering. Door het feit dat deze initiatieven versnipperd worden aangeboden en niet kaderen in een globale visie op de organisatie van zorg, blijven ze momenteel onderbenut^{14,15}. Het uitblijven van beslissingen die duidelijk de kaart van de eerste lijn trekken, leidt tot ongenoegen bij veel zorgverleners in het veld, vooral bij huisartsen. Er is een discrepantie tussen de rol die men aan de huisarts geeft, namelijk coördinator van de zorg, en wat de huisarts in het veld ervaart. Dit ongenoegen is een sterk belemmerende factor geweest tijdens het project. Huisartsen geven aan dat dit ongenoegen leidt tot immobilisme en wantrouwen ten aanzien van nieuwe initiatieven; ze vrezen verder terrein te verliezen. In het project is er uitdrukkelijk voor gekozen de ondersteuning uit te bouwen vanuit de eerste lijn in tegenstelling tot andere initiatieven (obesitasklinieken, dementieklinieken,...) die vanuit de tweede lijn worden opgezet. Huisartsen die met het project hebben samengewerkt, ervaren dit als een sterke meerwaarde van het project.

Versterk het team in de eerste lijn via bestaande regionale overlegstructuren

De verschillende disciplines die zijn betrokken bij de diabeteszorg, werken momenteel relatief geïsoleerd van elkaar. Er is geen sprake van een 'team' in de eerste lijn. Bepaalde disciplines kennen elkaar nauwelijks. De bestaande interdisciplinaire overlegstructuur, het SIT, beschikt momenteel over te weinig financiële middelen om een coördinerende rol op te nemen en richt zich, vanuit zijn opdracht, slechts tot een deel van de zorgverleners. Het Diabetesproject Aalst heeft ervoor gekozen om de werking van deze overlegstructuur te versterken. Er is een zorgcoördinator aangeworven die nauw met het SIT heeft samengewerkt en de SIT-voorzitter maakt deel uit van de coördinatiecel diabetes. Ook de monodisciplinaire regionale structuren (huisartsenkring, apothekersvereniging,...) zijn van meet af aan bij het project betrokken. Door vanuit de bestaande regionale structuren te vertrekken is de zorgcoördinator erin geslaagd om op korte termijn een sociale kaart op te stellen en een netwerk van zorgverleners uit te bouwen. Vanuit dit netwerk is op één

jaar tijd het interdisciplinair zorgprotocol voor de regio ontwikkeld, met duidelijke taak- en werkafspraken voor de verschillende disciplines. Dit protocol is een belangrijk werkinstrument gebleken voor verdere initiatieven

in de regio. Het netwerk in de regio kan in de toekomst ook voor andere projecten aangesproken worden. Vanuit de regionale overlegstructuur zijn ook constructieve afspraken gemaakt met de tweede lijn. De tweede lijn heeft het project van bij de start mee ondersteund en is vertegenwoordigd in de

regionale coördinatiecel. Het interdisciplinair uitwerken van kwaliteitsverbeteringsprojecten op regionale basis wordt ook vanuit de internationale literatuur aanbevolen¹⁶.

Zorg voor ondersteuning in de huisartsenpraktijk

De zorg voor chronisch zieken vraagt meer praktijkorganisatie dan de zorg voor acute problemen. De meeste artsen in de regio werken in een solopraktijk (70%) en slechts enkele artsen beschikken over praktijkassistentie. In deze context is het moeilijk om een gestructureerd aanbod van chronische zorg (afspraken, call/recall, registratie) aan te bieden. Het gebrek aan ondersteuning in de praktijk is het

duidelijkst tot uiting gekomen in de participatie aan het registratieproject. Veel artsen hebben afgehaakt omwille van de extra administratieve belasting die dit meebrengt. Een andere indicatie is dat uit de nameting (*op basis van een beperkte steekproef in de regio (n=327); een effectevaluatie op regioniveau door een vergelijking met een controleregio is gepland, resultaten worden*

verwacht in de loop van 2008) blijkt dat de doelstellingen in het kader van de opvolging van microvasculaire complicaties niet gehaald zijn. In veel kwaliteitsverbeteringsprojecten ziet men dat de opvolging van procesparameters verbetert wanneer de arts een aantal aspecten van de zorg (opvolging afspraken, bloeddrukmeting, voetcontrole,...) kan delegeren naar andere zorgverleners¹⁷. De organisatie van de individuele praktijk viel buiten de opdracht van het project; er is vooral nagegaan hoe men vanuit een regio de huisartsen en andere zorgverleners kan ondersteunen. Het is duidelijk dat van regionale ondersteuning niet alle heil mag worden verwacht. Recent werden financiële stimuli gepland voor praktijkassistentie in de

Er is een discrepantie tussen de rol die men aan de huisarts geeft, namelijk coördinator van de zorg, en wat de huisarts in het veld ervaart

In veel kwaliteitsverbeteringsprojecten ziet men dat de opvolging van procesparameters verbetert wanneer de arts een aantal aspecten van de zorg kan delegeren naar andere zorgverleners

huisartsenpraktijk (Impulse II). Welke taken een praktijk-assistente kan opnemen, moet goed overwogen worden. Educatie, zoals in het project is aangeboden, vraagt een zeer specifieke opleiding. Een praktijk-assistente zal dit in de meeste gevallen niet kunnen uitvoeren. Daarom zal ondersteuning vanuit een regio meer aangewezen zijn voor dergelijke specifieke opdrachten die bijkomende expertise vereisen. Wel kan de educator op bepaalde tijdstippen in de praktijk van de huisarts werken. Ook in andere landen worden dergelijke initiatieven genomen ('flying matrons' en 'praktijkondersteuners').

Investeer in een territoriaal georganiseerd educatieaanbod op maat van de patiënt

In de Belgische context is tot nu vooral geïnvesteerd in de omkadering van de zorg voor diabetes type 2-patiënten die met insuline worden behandeld (diabetesconventie in de tweede lijn)¹⁸. Een belangrijke pijler van het Diabetesproject Aalst is de uitbouw van een educatieprogramma voor type 2-patiënten in de eerste lijn. Educatie is een standaardonderdeel van de meeste chronische zorgprogramma's die recent in de westerse landen zijn ontwikkeld. Educatie is het meest effectief wanneer het wordt aangeboden in nauw overleg met het behandelteam. De functie van de educator is complementair aan de opdracht van de huisarts¹⁹. In het Diabetesproject Aalst kunnen patiënten enkel op verwijzing van de huisarts van het aanbod gebruikmaken. Hierbij is de communicatie tussen de educator en de huisarts een belangrijk aandachtspunt. Zowel artsen als patiënten die van het aanbod hebben gebruikgemaakt, zijn erg positief over deze wijze van werken. Er is wel vraag naar een meer gestructureerde samenwerking waarbij de educator de patiënten ziet ter voorbereiding van het jaarlijkse consult bij de huisarts. De nood aan educatie op jaarbasis wisselt sterk in functie van de psychosociale context van de patiënt en de fase van de aandoening. Deze vaststelling pleit ervoor om bij de invoering van educatie in de eerste lijn niet met een standaardpakket te werken van bijvoorbeeld één uur educatie per jaar per patiënt, maar een regionaal aanbod uit te bouwen dat toegankelijk is in functie van de noden van de patiënt.

Een belangrijke pijler van het Diabetesproject Aalst is de uitbouw van een educatieprogramma voor type 2-patiënten in de eerste lijn

Mits het toevoegen van een zorgcoördinator en twee educatoren is het gelukt om de verschillende componenten van het zorgprogramma in de regio in te voeren

Vraag het engagement van zorgverleners bij zorgvernieuwing

De ondersteuning wordt – zoals dit in de Belgische context traditie is – geheel vrijblijvend aangeboden. Deze vrijblijvendheid vertraagt de implementatie. De zorgcoördinator heeft voor de implementatie van de taak- en werk-afspraken een beroep gedaan op de vertegenwoordigers van de monodisciplinaire organisaties. De rol die deze vertegenwoordigers op dit moment kunnen spelen, mag niet overschat worden. De traditie om als beroepsgroep in een regio bindende afspraken te maken ontbreekt. In de toekomst moet worden nagegaan hoe men het engagement van zorgverleners kan verhogen. Dit kan via een engagementsverklaring zoals momenteel in Nederland het geval is. Daar worden, in het kader van de contracten met de zorgverzekeraars, 'diabeteszorggroepen' gevormd²⁰. De wijze waarop deze groepen tot stand komen, is sterk vergelijkbaar met de wijze waarop in Aalst het interdisciplinair protocol is ontwikkeld. Het verschil is dat hier aan de artsen wordt gevraagd om hun engagement ten aanzien van het project op papier te zetten. Een andere mogelijkheid om het engagement te vergroten bestaat erin om financiële stimuli te voorzien voor wie met het programma meewerkt. In Duitsland krijgen artsen die met het diabetesprogramma werken, een kleine financiële bijdrage. Er bestaat momenteel weinig evidentie over de effectiviteit van deze financiële stimuli.

Ontwikkel programma's die de kwaliteit van zorg registreren

Gegevens over de kwaliteit van zorg zijn onmisbaar in een project dat is gericht op kwaliteitsverbetering. Omdat in de Belgische context geen gegevens beschikbaar zijn, is aan de artsen in de regio gevraagd om de kwaliteit van zorg op te volgen tijdens het project. Vijfendertig procent van de huisartsen is bereid gevonden om zowel bij de aanvang (2004) als bij het afsluiten van het project (2006) gegevens te registreren. Vooral de extra administratieve belasting heeft artsen doen afzien om de kwaliteit van zorg te registreren. In het kader van het EMD moet worden nagegaan hoe men via data-extractie aan kwaliteitsmonitoring kan doen. Voorbeelden uit het buitenland kunnen hierbij inspireren. In het GIANTT-project worden sinds 2004 in de regio Groningen en Noord-Drenthe

gegevens over de diabeteszorg verzameld. De extractie van gegevens varieert van 30 seconden tot 2 minuten per patiënt en de belasting voor de huisartsenpraktijk is minimaal. Patiënten hebben de mogelijkheid om bezwaar aan te teken tegen de anonieme gegevensverzameling²¹. Bij het opzetten van een kwaliteitsregistratiesysteem dienen de voorwaarden voor het gebruik van de gegevens en het beheer ervan duidelijk gedefinieerd te zijn, zodat oneigenlijk gebruik voorkomen wordt. Hierbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen de evaluatie van de kwaliteit op populatie-, praktijk- en patiëntenniveau²². In Engeland heeft de overheid een systeem van 'target payment' ingevoerd aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Het invoeren van 'target payment' heeft snel geleid tot een andere aanpak van diabeteszorg. Dit systeem heeft niet alleen voordelen. Het gevaar bestaat dat de patiënt eerder als een aaneenschakeling van meetresultaten wordt gezien dan als een persoon met een probleem. Ook zijn er vragen rond eventuele risicoselectie²³.

Besluit

De balans na twee jaar implementatie is positief. Het project heeft in de regio kunnen samenwerken met sterk gemotiveerde zorgverleners uit de eerste lijn die bereid waren om te investeren in een betere kwaliteit van de zorg. Mits het toevoegen van een zorgcoördinator en twee educatoren is het gelukt om de verschillende componenten van het zorgprogramma in de regio in te voeren. De participatiegraad van de huisartsen en de patiënten aan het ondersteuningsaanbod is geleidelijk toegenomen. Na twee jaar intensief 'samenwerken' met de regio kunnen naar het beleid adviezen worden geformuleerd die de kans op succes bij verdere initiatieven verhogen.

AUTEURS

P. Sunaert is huisarts in Ooigem en als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent;

H. Bastiaens is arts en onderzoeksassistent aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Interdisciplinaire Gezondheidszorg en Geriatrie van de Universiteit Antwerpen;

M. Vandekerckhove is doctor-assistent aan de Vakgroep voor Cognitieve en Biologische Psychologie, Vrije Universiteit Brussel;

L. Feyen is huisarts in Sas van Gent en als academisch consultant verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent;

F. Nobels is endocrino-diabetoloog in het Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis in Aalst en actief in de Vlaamse Diabetesvereniging (VDV);

B. Snauwaert is psycholoog doctor-assistent aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent en projectmanager van het DiabetesProject Aalst;

J. Wens is huisarts in Ekeren en tevens verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Interdisciplinaire Gezondheidszorg en Geriatrie van de Universiteit Antwerpen;

E. Vermeire is docent aan de Vakgroep huisartsgeneeskunde, interdisciplinaire zorg en Geriatrie en de Vakgroep verpleegkunde en vroedkunde van de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen;

P. Van Royen is huisarts in Antwerpen, hoogleraar aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Interdisciplinaire Gezondheidszorg en Geriatrie van de Universiteit Antwerpen, voorzitter van het European General Practice Research Network (EGPRN) en voorzitter van de commissie Aanbevelingen van Domus Medica;

J. De Maeseneer is als huisarts verbonden aan het wijkgezondheidscentrum Botermarkt in Ledeberg, gewoon hoogleraar aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent, voorzitter van het European Forum for Primary Care (EFPC) en secretaris-generaal van het Netwerk 'Towards Unity for Health' (TUFH).

S u m m a r y

Supporting factors and barriers in the implementation process of a regional program of quality improvement in primary care for people living with type 2 diabetes

SUNAERT P, BASTIAENS H, VANDEKERCKHOVE M, FEYEN L, NOBELS F, SNAUWAERT B, WENS J, VERMEIRE E, VAN ROYEN P, DE MAESENEER J

In order to improve the quality of care, a program for diabetes type 2 patients, based on the Chronic Care Model of Wagner, has been implemented in a well-defined region in Belgium. Quantitative and qualitative research methods were used to evaluate the implementation of the program in the region. The findings -using a multi-method approach- were synthesized using triangulation leading to the main supporting factors and barriers in the Belgian context. An important facilitator was the preparedness of the region to invest in quality improvement. Factors linked to the lack of a well-structured primary health care system were the main obstacles for implementing the model. Strengthening primary care is an important first step in setting up models for chronic care.

MeSH

Diabetes Mellitus, Type 2
Primary Health Care
Quality of Health Care
Chronic Care Model

Literatuur

- 1 Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Nobels F, et al. Het Diabetesproject Aalst: ontwikkeling en implementatie van een regionaal zorgprogramma voor diabetes type 2 in de eerste lijn (deel 1). *Huisarts Nu* 2008;37:76-81.
- 2 Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.
- 3 Hulscher MEJL, Laurant MGH, Grol RPTM. Process evaluation on quality improvement interventions. *Qual Saf Health Care* 2003;12:40-6.
- 4 Eindresultaten deelproject II: Diabetesproject Aalst. Implementatie van zorgvernieuwing. Universiteit Antwerpen-Universiteit Gent-Riziv, 2007.
- 5 Vermeire E. The study of research evidence synthesis, applied to adherence to treatment recommendations in people living with type 2 diabetes. Dissertation. University of Antwerp 2005.
- 6 Moran-Ellis J, Alexander VD, Cronin A, et al. Triangulation and integration: processes, claims and implications. *Qualitative Research* 2006;6:45-59.
- 7 Farmer T, Robinson K, Elliott SJ, Eyles J. Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qual Health Res* 2006;16:377-94.
- 8 Pope C, van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care* 2002;11:148-52.
- 9 Wens J, Sunaert P, Nobels F, Feyen L, et al. WVVH-VDV aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Diabetes Mellitus type 2. Berchem/Gent: WVVH/VDV, 2005.
- 10 Mathieu C, Nobels F, Peeters G, Van Royen P, et al. De kwaliteit en de organisatie van type 2-diabeteszorg. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2006. (KCE reports; 27A)
- 11 Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001;51:303-9.
- 12 Shi L, Starfield B, Politzer R, et al. Primary care, self-rated health and reduction in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002;37:529-50.
- 13 Van Eygen L, Feyen L, Sunaert P, et al. Organisation of diabetes care: a descriptive study in 7 West-European countries. IDF abstract, Cape Town, 2006.
- 14 Wens J, Nobels F. De diabetespas in België. Een evaluatie na achttien maanden. *Huisarts Nu* 2005;34:487-93.
- 15 Bastiaens H, Sunaert P, Borgermans L, Wens J, et al. Visie op de zorg voor diabetes type 2-patiënten in België: analyse van een bevraging bij achtien belangengroepen. *Huisarts Nu* 2005;34:494-9.
- 16 Wagner EH, Austin B, Coleman C. It takes a region: creating a framework to improve chronic disease care. California Health Care Foundation (www.chcf.org), november 2006.
- 17 Renders CM, Valk GD, Griffin S, et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002.
- 18 Mathieu C, Nobels F. De Diabetesconventie: levenslijn voor patiënten behandeld met insuline. *Huisarts Nu* 2005;34:474-6.
- 19 Funnell MM, Brown TL, Childs BP, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2007;30:1630-7.
- 20 Diabeteszorg beter. Rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2005.
- 21 Denig P. Reusachtige inzichten. GIANTT-project brengt kwaliteit diabeteszorg in beeld. *Medisch Contact* 2006;61:1799-1802.
- 22 Lucassen P. The quality dilemma. *Primary Care Diabetes* 2007;1:107-10.
- 23 Hughes E. Payment by results - A model for other diabetes healthcare systems? *Primary Care Diabetes* 2007;1:11-13.

Dankwoord

Met dank aan alle zorgverleners uit de regio Aalst die zich voor het project hebben ingezet. In het bijzonder willen we de leden van de lokale coördinatietel bedanken voor hun enthousiasme en engagement: Marc Amant, Caroline Haeck, Riet Hostens, Lut Jenkins, Désirée Lambrecht, Frank Nobels, Rudy Saeys, Emmanuel Samyn, Magda Wijns, Paul Van Crombrugge, Anne-Marie Vandenberk. Tevens dank aan Karin Cockx, Davy Vansteenkiste, Marie Vandekerckhove. Tot slot bedanken we Karin Cockx, Davy Vansteenkiste, Marie Vandekerckhove, Karolien Van Puyenbroeck en Sonja Vertriest voor hun bijdrage aan dit project.

Het Diabetesproject Aalst is een regionaal project, gefinancierd door het Riziv (KB 22-06-2001) met als doelstelling de overheid te adviseren met betrekking tot de organisatie van de zorg voor chronisch zieken in de eerste lijn, in casu diabetes type 2-patiënten.

Protocol spirometrie

In Huisarts Nu 2 verscheen het artikel 'Optimaliseren van zorg bij obstructief longlijden. Spirometrie door de huisarts' van Castermans S et al. (*Huisarts Nu* 2008;37:82-7). Hierin was sprake van een vast protocol dat werd opgesteld met betrekking tot het instrueren en aanmoedigen van de patiënt, de interpreteerbaarheid van curves, de reversibiliteitstest en het interpreteren van waarden. Dit protocol is nu beschikbaar op de website van Domus Medica: www.domusmedica.be/files/H37_2_4_Spirometrie_Castermans_protocol.pdf