
Hoe verloopt de samenwerking in het zorgtraject diabetes type 2?

Een critical incident analyse in de regio centraal West-Vlaanderen

Auteur

› Sara Defreyne is zorgtrajectpromotor van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Centraal West-Vlaanderen.

Inleiding

Acht procent van de volwassen Belgen heeft diabetes, waarvan meer dan negentig procent diabetes type 2.¹ Beleidsmakers gaan daarom op zoek naar manieren om deze patiënten zo goed mogelijk te begeleiden en om kosten te besparen, zowel voor de overheid als voor de patiënt.

Een systeem dat hiervoor wordt gebruikt, is het zorgtraject diabetes type 2, waar patiënten sinds 1 september 2009 onder bepaalde voorwaarden kunnen instappen.²

Bij dit zorgtraject werken de huisarts, de endocrinoloog en een aantal andere zorgverleners samen om de diabetespatiënt zo goed mogelijk op te volgen. Om al deze actoren te ondersteunen in hun samenwerking, werden de lokale multidisciplinaire netwerken (LMN's) opgericht met zorgtrajectpromotoren als medewerkers (ZTP's).

Zorgtrajectpromotoren kregen vanuit de overheid echter geen concrete tools om de kwaliteit van de zorg binnen het zorgtraject te meten. Dit onderzoek zet hierin een eerste stap.

Volgens Donabedian zijn er drie niveaus waarop de kwaliteit van zorg gemeten kan worden: structuur, proces en resultaat.³ Dit artikel focust op het proces van het zorgtraject, dat geëvalueerd werd door te vragen naar de ervaring van de zorgverleners in het werkveld. De masterproef die rond dit onderzoek werd geschreven, belichtte ook de kwaliteit van de structuur, met een analyse van het LMN als netwerk en het zorgtraject als een zorgketen.⁴ De kwaliteit op het niveau van het resultaat, namelijk of de patiënt effectief gezonder wordt door in te stappen in het systeem, werd niet gemeten.

Vraag

De vooropgestelde onderzoeksvraag gaat over de kwaliteit van het proces: hoe verloopt het verwijsbeleid en de samenwerking binnen het zorgtraject diabetes type 2 en wat zijn volgens de actoren in het werkveld de faciliterende/belemmerende factoren voor deze samenwerking?

Methode

Critical incidents

Het onderzoek werd gevoerd aan de hand van de *Critical Incident Technique* met een vragenlijst waarbij de respondenten eerst de demografische gegevens invulden aan de hand van gesloten meerkeuzevragen.⁵ Vervolgens werd gevraagd om een positieve en/of negatieve situatie (critical incident) te beschrijven die zich voordeed tussen zorgverleners binnen het zorgtraject. Dit was een open vraag. Er werd duidelijk gevraagd om geen persoonsgegevens te beschrijven. Om meer details te bekomen over deze critical incidents werden een aantal bijkomende gesloten vragen gesteld.

Daarna werd gevraagd naar elementen die cruciaal zijn voor de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. Deze essentiële elementen kunnen immers verschillen van de beschreven situaties en als controle dienen. Vragen naar verbeteringen binnen het zorgtraject en verbeteringen voor de ondersteuning door het LMN vervulden dit gedeelte. Een kader met meerkeuzevragen rond het verwijsbeleid aan de hand van een vijfpuntenchaal (nooit, meestal niet, soms, meestal wel, altijd), sloot de vragenlijst af. Er was steeds ruimte voor opmerkingen.

Steekproef

Het onderzoek werd in samenwerking met het LMN van de regio centraal West-Vlaanderen (LMN CWV) uitgevoerd, wat het verspreiden van de vragenlijst en het aansporen van de actoren tot het invullen ervan vereenvoudigde. De steekproef bestond uit alle wettelijk bepaalde actoren van het zorgtraject diabetes type 2, die bij het LMN CWV



bekend waren (februari 2015): huisartsen, endocrinologen, diabeteseducatoren, diëtisten, podologen en apothekers. Dit waren in het totaal 826 zorgverleners. Zij kregen een online vragenlijst toegestuurd die voor het invullen ongeveer tien minuten tijd vroeg.

Resultaten

Kenmerken van de respondenten

Van de 826 gecontacteerde zorgverleners vulden er 134 de vragenlijst in. Degenen die enkel invulden dat ze wensten deel te nemen en verder niets, werden niet meegenomen in de verwerking. Dit resulteerde in 115 respondenten met een responsgraad van 13,92%.

De respondenten vertoonden een gelijke verdeling naar leeftijd, geslacht en het aantal werkzame jaren. Ook waren de antwoorden hoofdzakelijk afkomstig uit de eerste lijn. Dit komt vooral door het groter aantal huisartsen en apothekers.

Het gemiddeld aantal patiënten in het zorgtraject diabetes type 2, met correctie van outliers, bedroeg 39.

Ten slotte werd nagegaan hoeveel procent van de respondenten met de documenten uit het zorgdossier van het LMN CWV werkt. Deze documenten zijn terug te vinden op de website van het LMN en moeten het (correct) voorschrijven, doorverwijzen, verslag uitbrengen en communiceren, vereenvoudigen. Aan apothekers werd deze vraag niet gesteld, omdat voor hen geen documenten in het zorgdossier zijn opgenomen. Van de overige vijf disciplines gebruikte 55% één of meerdere documenten uit het zorgdossier.

Doel van het zorgtraject

De doelstelling van het zorgtraject werd door de respondenten op verschillende manieren geformuleerd, maar een aantal thema's kwamen steevast terug.

Het doel kan daarom als volgt samengevat worden: *'Het bieden van kwaliteitsvollere zorg door in samenwerking met anderen en in communicatie met elkaar, de patiënt te informeren, motiveren en financiële voordelen te bieden om zo een gezondere patiënt te krijgen.'*

Positieve en negatieve situaties ('incidents')

Vervolgens werd gezocht naar de situaties die het vaakst gerapporteerd werden, daarna onderverdeeld in hoofd- en subcategorieën.

Bij de positieve situaties werd vooral gerapporteerd over betere opvolging door inclusie in het zorgtraject, goede

Wat is gekend?

- › Het zorgtraject diabetes type 2 bestaat sinds 2009.
- › Huisartsen werken hierbij samen met andere beroepsdisciplines om patiënten zo optimaal mogelijk bij te staan in het management van hun ziekte.

Wat is nieuw?

- › Het toepassen van het zorgtraject diabetes type 2 binnen de regio centraal West-Vlaanderen heeft reeds voor een aantal 'good practices' gezorgd.
- › De faciliterende factoren die dit versterken, zijn eensgezindheid onder de zorgverleners, beschikbaarheid van duidelijke gegevens en geregeld mogelijkheid tot overleg.
- › De belangrijkste knelpunten zijn de administratieve belasting en het feit dat de zorgverleners vaak geen zicht hebben op wat de anderen doen.

samenwerking en duidelijke communicatie, doorverwijzing, een gezondere patiënt en meer ziekte-inzicht voor de patiënt.

De negatieve situaties die het meest gerapporteerd werden, waren geen of slechte opvolging, een probleem met de rol van de actoren, misverstanden door problemen met of het gebrek aan communicatie en administratieve problemen.

Een positieve houding tegenover het zorgtraject was volgens de respondenten de belangrijkste rol voor de patiënt.

Faciliterende en belemmerende factoren

De respondenten vulden ook in wat volgens hen de oorzaak was van de situatie. Dit zijn de faciliterende factoren voor de positieve situaties, de belemmerende factoren voor de negatieve situaties.

Ook deze antwoorden werden onderverdeeld in categorieën (*tabel*).

Tabel: Belangrijkste faciliterende en belemmerende factoren.

Faciliterende factoren	Belemmerende factoren
Eensgezindheid onder de zorgverleners	Geen zicht op wat de andere zorgverleners doen
Beschikbaarheid van duidelijke gegevens voor doorverwijzing/verslag	Te veel administratieve belasting
Geregeld mogelijkheid tot overleg	Geen mogelijkheid tot overleg

Door- en terugverwijzing

Uit de resultaten blijkt dat de huisarts de patiënt in de praktijk effectief doorverwees naar de endocrinoloog en educator bij opstart. Ook voor de opvolging werd opnieuw samengewerkt met de endocrinoloog. De doorverwijzing naar de educator kon bij de opvolging nog verbeterd worden. Het uitbrengen van verslag verliep wel reeds vlot. De doorverwijzing naar de podologen bracht nog een aantal knelpunten met zich mee. De diëtisten moesten net als de podologen nog meer aandacht besteden aan het sturen van een verslagbrief naar de huisarts. De communicatie tussen huisarts en apotheker kon eveneens nog geoptimaliseerd worden. Tot slot was ook de communicatie tussen de educatoren en de diëtist/podoloog een aandachtspunt.

Verwijsbrief

Wat de verwijsbrief betreft, stonden volgens een groot deel van de respondenten de relevante zaken meestal niet vermeld. Ook de jaarlijkse vernieuwing van het voorschrift voor diëtetiek/podologie bleef vaak uit. Dit wijst op twee tekorten binnen het zorgtraject die geoptimaliseerd moeten worden.

Wat de duidelijkheid van de verslagbrief betreft, waren de resultaten positiever. De paramedici en specialisten hadden het dus al beter in de vingers om duidelijke boodschappen mee te geven naar de andere zorgverleners.

Bespreking

Doelstelling volgens het Riziv

In verband met de doelstelling van het zorgtraject stelden Vercauteren en Verstraete in hun onderzoek gelijkaardige

Aanbevelingen voor de zorgverleners

- › Als huisarts meer aandacht besteden aan het meegeven van het contract met de patiënt evenals een verwijsbrief voor de endocrinoloog en educator.
- › Als huisarts de inhoud van de verwijsbrief optimaliseren met correcte persoonsgegevens, de reden voor doorverwijzing, een korte medische achtergrond van de patiënt, de bevindingen van de huisarts en wat precies verwacht wordt van de zorgverlener.
- › Zorgverleners dienen voor ogen te houden dat samenwerking ook een doelstelling van het zorgtraject is.
- › Als arts de patiënt meer doorverwijzen naar een diabeteseducator; de voorschrijfboekjes van het LMN kunnen hierbij helpen.
- › Bij doorverwijzing een sociale kaart raadplegen om zo de concrete contactgegevens mee te geven aan de patiënt.
- › Aandacht hebben voor het correct voorschrijven van het zelfzorgmateriaal en de glucosemeter.

resultaten vast, namelijk samenwerken, de kwaliteit van zorg optimaliseren met als resultaat een gezondere patiënt.⁶

Opvallend is dat samenwerking en communicatie in ons onderzoek pas als vierde hoofddoelstelling naar voren komen. De doelstelling geformuleerd door het Riziv, focust meer op de samenwerking tussen de verschillende disciplines. Er is voor de zorgverleners dus nog ruimte om meer aandacht te besteden aan het samenwerken en communiceren.

Goede onderlinge communicatie

De eerste faciliterende factor uit ons onderzoek komt in grote mate overeen met het onderzoek van Mertens en Meuwissen over de transmurale communicatie bij het opstarten van het zorgtraject diabetes type 2 in de regio Sint-Truiden: eensgezindheid onder de zorgverleners is van cruciaal belang en kan eenvoudig bereikt worden door goede onderlinge communicatie.⁷

Dit wordt ook bevestigd vanuit de negatieve resultaten: het ontstaan van misverstanden door problemen met of het gebrek aan communicatie is de derde meest gerapporteerde situatie.

Goede onderlinge communicatie zorgt er ook voor dat alle zorgverleners duidelijke gegevens van de anderen hebben. 'Kennis van andere partners', in die zin dat er een uitgebreide lijst met gegevens van artsen en paramedici voorhanden is, wordt door Mertens en Meuwissen gezien als een zorgnood binnen het zorgtraject diabetes type 2.⁷ De bevindingen van de regio Sint-Truiden komen op dit vlak eveneens overeen met deze uit de regio centraal West-Vlaanderen.⁷

De derde en laatste faciliterende factor wordt ook door De Moor aangehaald: geregeld mogelijkheid tot overleg.⁸ Zij deed in haar onderzoek een evaluatie van het zorgtraject diabetes mellitus type 2 op mesoniveau waarbij ook de ervaringen van de educatoren en endocrinologen aan bod kwamen. De mogelijkheid tot overleg wordt als een belangrijke faciliterende factor gezien die bij afwezigheid ervan ook een belangrijke belemmerende factor is.

De juiste rol opnemen

Een volgende belemmerende factor is dat de actoren geen zicht hebben op wat de andere zorgverleners doen. Een direct gevolg hiervan is dat de rol van de actoren verkeerd begrepen wordt of de taken van een bepaalde zorgverlener overgenomen worden. Dit werd meermaals als een negatieve situatie aangehaald.

Ook bij Ariss et al. komt de rol van de actoren aan bod.⁹ Deze auteurs maakten een overzicht van tien grote principes die gevolgd moeten worden om goed samen te werken als interdisciplinair team. Eén daarvan is het respecteren van de individuele rollen en autonomie.

Als deze verkeerd begrepen worden of overgenomen worden, kan er een negatieve situatie ontstaan. 'De juiste rol opnemen' en 'beter geïnformeerde zorgverleners' werden

in ons onderzoek ook bij de essentiële elementen aangehaald, die bovenstaande bevindingen bevestigen.

Gestructureerde gegevensdeling

Vercauteren en Verstraete zien de administratieve last als één van de belangrijkste nadelen voor het implementeren van het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie.⁶ Ook bij De Moor komt te veel administratie als een belangrijk knelpunt naar voren.⁸

Er is dan ook een duidelijke vraag naar elektronische gegevensdeling, bijvoorbeeld door aanpassingen aan het EMD en het delen ervan. Dit komt eveneens aan bod in het onderzoek van Mertens en Meuwissen waar het belang van een goed onderhouden en gestructureerd EMD een voorwaarde is voor het slagen van het zorgtraject.⁷ De opsomming van de essentiële elementen in ons onderzoek bevestigt dit met 'doorverwijzing met correcte administratie' als belangrijk punt.

Mogelijke verbeteringen

Alle bovenstaande bevindingen kunnen worden getoetst aan de resultaten rond verbeteringen aan het zorgtraject. Daar komt een verbetering en/of uitbreiding van de communicatie- en opvolgingsmogelijkheden het meest aan bod. Ook aan het systeem van het zorgtraject kan nog gesleuteld worden volgens de respondenten, bijvoorbeeld door de administratieve last te verminderen/vereenvoudigen.

Dat het LMN hierin een rol kan spelen, komt naar voren uit de antwoorden op de laatste vraag van dit onderdeel. Naast de positieve bevestiging van het LMN wordt hier gevraagd naar meer ondersteuning van de communicatie/samenwerking.

Grotere rol voor diabeteseducator

Ten slotte valt op dat de opvolging door een diabeteseducator enkel aan bod komt bij de essentiële elementen. Een aantal zorgverleners zijn ervan overtuigd dat de rol van de educator in de toekomst nog vergroot moet worden.

Volgens de educatoren in het onderzoek van De Moor is het bekendmaken van het beroep van educator een taak die het LMN op zich kan nemen.⁸ Dit komt ook tot uiting in het onderzoek van Sinnesael, namelijk dat het LMN voldoende aandacht moet besteden aan educatie voor patiënten in het zorgtraject.¹⁰

De ideale door- en terugverwijzing

Er is een discrepantie tussen de formele situatie die het Riziv vooropstelt, de gerapporteerde situatie en hoe dit idealiter zou moeten zijn. In de ideale situatie zou namelijk een consultatie bij de kinesitherapeut en de oftalmoloog opgenomen moeten zijn als financieel voordeel van het zorgtraject. Een positief punt in de resultaten is het feit dat de huisartsen in de praktijk al doorverwijzen naar de oftalmologen, ook zonder de financiële stimulansen vanuit de overheid.

Aanbevelingen voor het LMN en de ZTP's

- › De zorgdossiers en voorschriftenboekjes verder verspreiden langs verschillende kanalen.
- › De zorgverleners er blijven op wijzen dat een verslag naar de huisarts van groot belang is. Tools die ervoor zorgen dat het verslag rechtstreeks in het EMD van de patiënt terechtkomt, kunnen dit vereenvoudigen
- › De sociale kaart verder bekendmaken en up-to-date houden zodat de meest recente gegevens beschikbaar zijn.
- › Overleg tussen zorgverleners organiseren zodat zij elkaar beter leren kennen en de rol van elke zorgverlener duidelijk wordt.
- › Het beroep van educator verder bekendmaken en het belang hiervan in de verf zetten.
- › Huisartsen individueel blijven bezoeken om vragen te beantwoorden en het belang van doorverwijzen in de verf te zetten, met uitleg over het gebruik van de zorgdossiers en de bijbehorende documenten.

Deze samenwerking blijkt in de praktijk vaak vlot te verlopen. Elektronische communicatie en digitale gegevensdeling zijn eveneens wenselijk. Zo kunnen de zorgverleners veel efficiënter met elkaar samenwerken en een aantal knelpunten aanpakken.

Besluit

Het toepassen van het zorgtraject diabetes type 2 binnen de regio centraal West-Vlaanderen heeft reeds voor een aantal 'good practices' gezorgd.

De faciliterende factoren die dit versterken, zijn eensgezindheid onder de zorgverleners, beschikbaarheid van duidelijke gegevens en geregeld mogelijkheid tot overleg. De belangrijkste knelpunten zijn de administratieve belasting en het feit dat de zorgverleners vaak geen zicht hebben op wat de anderen doen.

Meer samenwerking en communicatie tussen de zorgverleners, op een elektronisch veilige manier, kunnen deze knelpunten aanpakken. Openheid van alle zorgverleners naar elkaar toe, evenals naar het zorgtraject en de patiënt, is een cruciale factor voor het welslagen van het zorgtraject. Alle aanbevelingen kunnen pas slagen als er medewerking komt vanuit de zorgverleners. Dit is een opdracht die enkel door de personen op het werkveld vervuld kan worden, met ondersteuning van de zorgtrajectpromotoren die zo samen met hen het zorgtraject levendig houden. ←

- › Defreyne S. Hoe verloopt de samenwerking in het zorgtraject diabetes type 2? Een critical incident analyse in de regio centraal West-Vlaanderen. *Huisarts Nu* 2016;45:66-70. →

Literatuur

- 1 Diabetes in cijfers. www.diabetes.be/diabetes-cijfers (laatst geraadpleegd op 5 mei 2015)
- 2 Zorgtraject (2009). www.zorgtraject.be (laatst geraadpleegd op 15 november 2014)
- 3 Donabedian A. Evaluating the quality of medical Care. *Millbank Quarterly* 2005,83:691-729.
- 4 Defreyne S. Een 'critical incident analyse' van het zorgtraject diabetes type 2 in de regio Centraal West-Vlaanderen [manama-thesis]. Gent: Ugent;2015.
- 5 Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychological Bulletin* 1954,51:327-58.
- 6 Vercauteren B, Verstraete L. Voor- en nadelen bij de implementatie van het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie [manama-thesis]. Leuven: ICHO;2012.
- 7 Mertens PPA, Meuwissen R. De transmurale communicatie bij het opstarten van het zorgpad diabetes mellitus type 2 en het Huis voor Chronische Zorg (in de regio Sint-Truiden) [manama-thesis]. Leuven: KU Leuven;2013.
- 8 De Moor A. Evaluatie zorgtraject diabetes mellitus type 2 op mesoniveau : regio Waasland-West. Deel I : scriptie [manama-thesis]. Gent: Ugent;2012.
- 9 Ariss S, Booth A, Nancarrow SA, et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* 2013,11:19.
- 10 Sinnesael K. To what extent do Local Multidisciplinary Networks in Belgium represent attributes of high quality integrated care for patients with chronic conditions: A cross-sectional analysis [manama-thesis]. Brussel: VUB;2014.

Jong Domus: kom erbij!

Een nieuwe groep enthousiastelingen heeft onlangs Jong Domus, het jongere zusje/broertje van Domus Medica, nieuw leven in geblazen. Maar, deze groep moet nog wat aansterken en ze willen jou erbij!

GPMeeThink

Jong Domus organiseert tweemaandelijks een GPMeeThink: een interactieve brainstorm rond eerstelijnstopics.

Jong Domus werkt rond drie centrale thema's die iedere huisarts aanbelangen:

- wetenschap: richtlijnen en adviezen, EBM werken
- organisatie van de eerste lijn: de huisarts van de toekomst en zijn werkveld
- internationalisering

Jong Domus goes international

Vasco da Gama Movement (VdGM) is de afdeling van WONCA waarin jonge huisartsen zich verenigen. Hiermee gaat Jong Domus op internationaal vlak de uitdaging aan om deel te nemen aan uitwisseling en congressen.

Samen met VdGM Belgium maakte Jong Domus in het kader van #1WordforFamilyMedicine, net zoals een heleboel andere landen, een wordcloud. Deze wordcloud beschrijft in allerlei kernachtige woorden wat voor jonge huisartsen huisartsgeneeskunde betekent. Heb jij ook nog iets toe te voegen?

Contact

Deelnemen aan MeeThink & lidmaatschap is gratis voor alle haio's en jonge huisartsen!

 Jong Domus –  jong.domus –  info@jongdomus.be

