

This item is the archived peer-reviewed author-version of:

Diabeteszorg in verschillende praktijktypes : een mixed-methods studie gebaseerd op het Chronic Care Model

Reference:

Danhieux Katrien, Buffel Veerle, Remmen Roy, Wouters Edwin, van Olmen Josefien.- Diabeteszorg in verschillende praktijktypes : een mixed-methods studie gebaseerd op het Chronic Care Model
Huisarts nu: maandblad van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen / Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen - ISSN 0775-0501 - 53:2(2024), p. 78-82

To cite this reference: <https://hdl.handle.net/10067/2052300151162165141>

Diabeteszorg in verschillende praktijktypes

Een mixed-methods studie gebaseerd op het Chronic Care Model

Auteurs

Katrien Danhieux is verbonden aan het Departement Huisartsgeneeskunde en Volksgezondheid, Universiteit Antwerpen;

Veerle Buffel is verbonden aan het Brussels Instituut voor Sociale en Bevolkingsstudies, Vrije Universiteit Brussel;

Roy Remmen is verbonden aan het Departement Huisartsgeneeskunde en Volksgezondheid, Universiteit Antwerpen

Edwin Wouters is verbonden aan het Centrum voor Demografie, Familie en Gezondheid, Universiteit Antwerpen;

Josefien Van Olmen is verbonden aan het Departement Huisartsgeneeskunde en Volksgezondheid, Universiteit Antwerpen.

Wat is bekend?

Werken volgens het Chronic Care Model (CCM) biedt kwalitatieve zorg voor patiënten met chronische aandoeningen.

Een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk bevordert de kwaliteit van de chronische zorg.

Wat is nieuw?

Echte integratie van chronische zorg gebeurt wanneer alle zorgverleners onder één dak werken.

Forfaitaire praktijken scoren beter dan prestatiegebonden praktijken op de organisatie van chronische zorg.

Geplande afspraken bevorderen de kwaliteit van de diabeteszorg: de patiënt komt uitsluitend voor de chronische aandoening, voorbereid door een voorafgaande bloedafname.

Een secretariaatsmedewerker heeft een positieve impact op de kwaliteit van de chronische zorg.

Inleiding

De begeleiding van patiënten met diabetes type 2 vereist een proactieve aanpak. De noodzaak aan planning, educatie en empowerment leidt tot een complexer management dan het geval is voor acute aandoeningen. Het Chronic Care Model (CCM) reikt de bouwstenen aan om dit vorm te geven om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren.¹

De CCM-benadering is in sommige studies effectief gebleken bij het verbeteren van de zorgkwaliteit, ook bij de begeleiding van patiënten met diabetes.² Het succes is echter variabel en contextgebonden.³ Veel pilootprogramma's implementeerden onderdelen van CCM. Maar wat gebeurt er na het proefproject, wanneer de onderzoekers zijn vertrokken en de intensieve ondersteuning is opgehouden? In welke contexten kunnen deze programma's met succes worden opgeschaald en wat zijn de voorwaarden om dat te doen?

Dit artikel gaat dieper in op de real-life implementatie van geïntegreerde zorg voor patiënten met diabetes in verschillende eerstelijnspraktijken. Welke praktijken hebben geïntegreerde zorg beter geïmplementeerd (kwantitatief) en waarom is dit het geval (kwalitatief)?

Methode

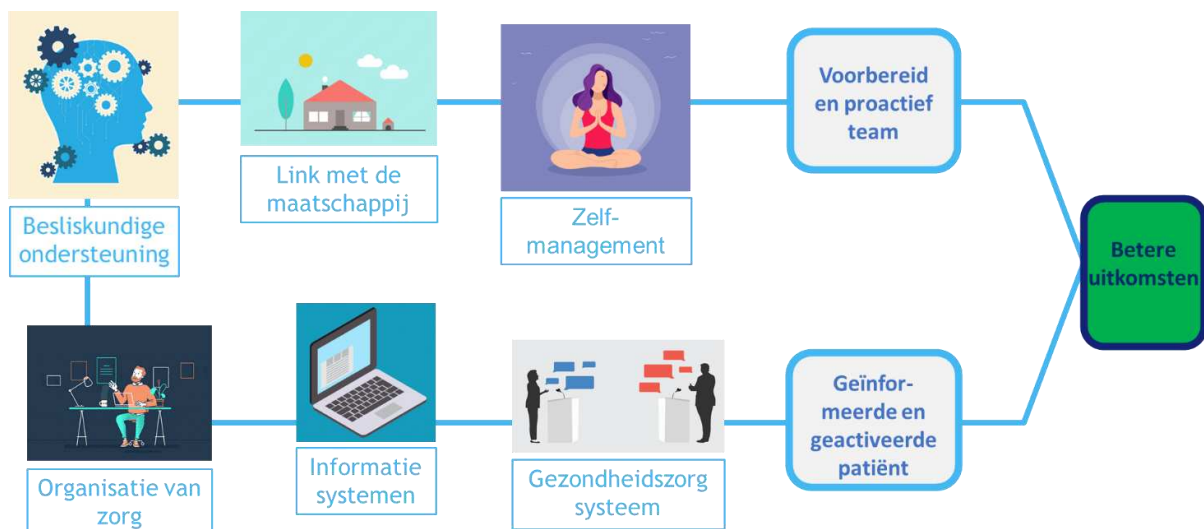
De Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) maakt het mogelijk om zorginstellingen te beoordelen op basis van het CCM, waarvan in deze studie vijf elementen werden

meegenomen: link met de maatschappij, ondersteuning van zelfmanagement, besliskundige ondersteuning, organisatie van de zorg op praktijkniveau en informatiesystemen (figuur 1).⁴ Kwantitatieve scores van de ACIC betekenen het volgende: 0 tot 2= beperkte ondersteuning voor chronische zorg; 3 tot 5= basisondersteuning voor chronische zorg; 6 tot 8= redelijk goede ondersteuning voor chronische zorg en 9 tot 11= volledig ontwikkelde chronische zorg.

De financiering van huisartsenpraktijken in België verloopt volgens een prestatiegebonden systeem of forfaitair. Een multidisciplinaire praktijk werd gedefinieerd als een praktijk waar een verpleegkundige of diëtist werkzaam is onder hetzelfde dak als de huisarts. Bij de analyse werden drie verschillende soorten praktijken in ogenschouw genomen: monodisciplinair en prestatiegebonden; multidisciplinair en prestatiegebonden; multidisciplinair en forfaitair. Het onderzoek verliep in drie regio's waar een voldoende spreiding van deze praktijktypes aanwezig is: het stedelijke Gent en Antwerpen en de semilandelijke regio Kempen.

In elke praktijk interviewden twee onderzoekers afzonderlijk de huisarts, verpleegkundige en diëtist (indien beschikbaar). Vervolgens vulden beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar de ACIC in, bespraken hun scores, waarna een consensuscore werd vastgesteld. Hierop werden bivariate analyses en multivariate regressieanalyses toegepast. Van elke praktijk werden ook nota's bijgehouden voor het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek.

Figuur 1: Elementen van het Chronic Care Model (CCM) om tot betere uitkomsten te komen.



Resultaten

In totaal namen 66 praktijken deel aan het onderzoek: 30 monodisciplinair prestatiegebonden, 19 multidisciplinair prestatiegebonden en 17 forfaitair. Een verpleegkundige was aanwezig in 27 praktijken, een diëtist in 24 praktijken en een secretariaatsmedewerker in 45 praktijken.

Forfaitaire praktijken scoorden hoger op de ACIC-evaluatie dan multidisciplinaire prestatiegebonden praktijken, die op hun beurt hoger scoorden dan monodisciplinaire praktijken (figuur 2).

De multivariate regressieanalyse toonde dat een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk de grootste impact heeft op de kwaliteit van de zorg, gevolgd door het de wijze van betaling (een forfaitaire praktijk scoorde beter dan een prestatiesysteem) en de aanwezigheid van een secretariaatsmedewerker. De aanwezigheid van een diëtist had geen significant effect. Dit model verklaarde 75% van de variantie in de ACIC-scores, wat betekent dat de belangrijkste praktijkkenmerken die de ACIC-score beïnvloeden, geïdentificeerd werden.

Link met de maatschappij

Verpleegkundigen verwezen vaker patiënten naar initiatieven van andere partners in de buurt. De meeste huisartsen hadden geen tijd hiervoor of waren niet op de hoogte van zulke initiatieven.

Maar een echte samenwerking met initiatieven buiten de eigen praktijk kwam zelden voor en wanneer dat wel gebeurde, was dat in sommige van de forfaitaire centra die daarvoor specifiek personeel in dienst hadden, zoals een gezondheidspromotor.

Ondersteuning van zelfmanagement

Verpleegkundigen bespraken met patiënten, vaker dan huisartsen dat deden, alle aspecten die voor de begeleiding van diabetes belangrijk zijn en dat aan de hand van een protocol. Sommigen gaven ook aan dat patiënten het gemakkelijker vonden hun zorgen aan de verpleegkundige te vertellen dan aan de huisarts.

Diëtisten bieden belangrijke ondersteuning bij zelfmanagement, maar werden slechts geconsulteerd door een minderheid van de patiënten. Secretariaatsmedewerkers hielpen bij het maken van afspraken met andere zorgverleners en ondersteunden zo het zelfmanagement.

Besliskundige ondersteuning

Multidisciplinaire praktijken maakten meer gebruik van richtlijnen; in forfaitaire praktijken werden richtlijnen soms verwerkt tot een specifiek praktijkprotocol om over disciplines heen samen te werken. Veel verpleegkundigen en diëtisten volgden regelmatig navorming over diabetes.

Patiënten informeren over de meest aangewezen zorg, gebaseerd op evidence based medicine, is een taak die verpleegkundigen en diëtisten op zich namen. Zij gebruikten, vaker dan artsen, folders of ander voorlichtingsmateriaal.

Organisatie van de zorg op praktijkniveau

Praktijken met de hoogste ACIC-scores vergaderden regelmatig en hadden ook afspraken over welke zorgverlener welke taken op zich neemt. De diëtist stond vaak buiten de groep, vooral in prestatiegebonden praktijken waar de diëtist meestal als zelfstandige aanbieder een spreekkamer huurde en minder betrokken was bij het praktijkteam. Dit in tegenstelling tot de verpleegkundige en de secretariaatsmedewerker, die in prestatiegebonden praktijken betaald werden uit de inkomsten van de huisartsen.

Geplande consulten waarbij uitsluitend de chronische aandoening aan bod komt, kwamen vaker voor in praktijken met verpleegkundigen. Verpleegkundigen besteedden ook meer tijd per consult dan de artsen. Opvallend was dat patiënten, wanneer zij hun arts bezochten voor hun chronische aandoening, vaak eerst andere (acute) klachten presenteerden; terwijl zij pas aan het eind van het consult om een voorschrift voor hun onderhoudsmedicatie vroegen.

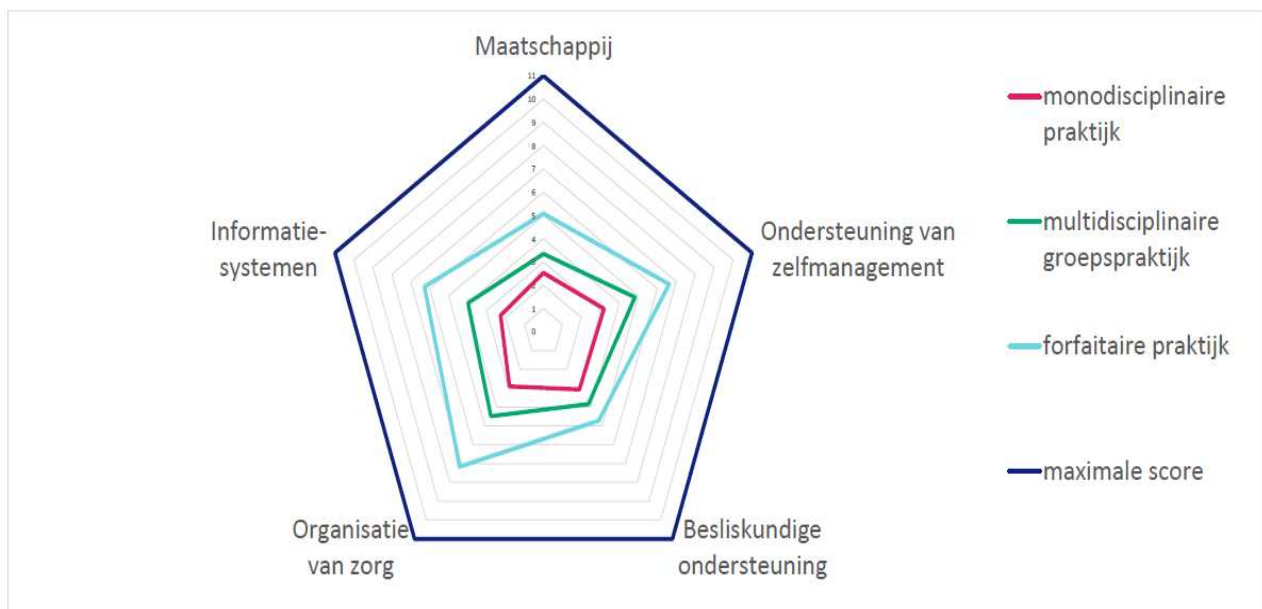
Informatiesystemen

Het elektronisch medisch dossier (EMD) was een essentieel instrument voor de communicatie tussen verschillende zorgverleners binnen een praktijk. Vooral praktijken met verpleegkundigen waren in staat om een lijst van diabetespatiënten uit het systeem te halen en werkten vaker met schema's en herinneringen.

Het ontwikkelen en vastleggen van een duidelijk zorgplan met doelen op vlak van klinische zorg en zelfmanagement kwam vaker voor in praktijken met een verpleegkundige. In praktijken waar de verpleegkundige louter technische taken uitvoerde, werden minder vaak zorgplannen opgesteld.

Praktijken die enkel samenwerkten met een diëtist deelden de medische gegevens vanuit het EMD meestal niet; communicatie tussen het praktijkteam en de diëtist(en) verliep dan via verwijsbrieven en verslagen. In forfaitaire praktijken werd specifieke medische software gebruikt voor planning en het genereren van herinneringen, die er een belangrijke rol speelden in de opvolging van de patiënt.

Figuur 2: Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in verschillende praktijktypes.



Bespreking

De scores van de prestatiegebonden praktijken komen overeen met een basisondersteuning voor zorg bij chronische aandoeningen, terwijl de scores van de forfaitaire praktijken wezen op een redelijk goede ondersteuning.

Gestructureerde aanpak door de verpleegkundige

De aanwezigheid van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk heeft een directe positieve invloed op de scores voor geïntegreerde zorg, vooral wanneer de verpleegkundige ook de verantwoordelijkheid heeft over het ziektemanagement.

Eerdere studies toonden ook het positieve effect van door verpleegkundigen geleide modellen van diabeteszorg⁵, ook op HbA1c⁶ en dit via praktijkprotocollen, empowerment van de patiënt, emotionele steun, kwaliteit van communicatie met zorgverleners en planning van de zorg. Dit onderzoek brengt bijkomende elementen aan. Verpleegkundigen in de

huisartsenpraktijk verhogen via een gestructureerde aanpak het niveau van geïntegreerde zorg door hun focus op de opvolging, integratie in het praktijkteam en hun banden met zorgverleners buiten de huisartsenpraktijk.

Huisartsen zijn bereid om verpleegkundigen in hun praktijk te integreren, maar worden geconfronteerd met een gebrek aan overheidssteun en financiering.⁷

Onverwacht is de bevinding dat een secretariaatsmedewerker ook een significant effect heeft op de implementatie van geïntegreerde zorg. De functie van een secretariaatsmedewerker of onthaalmedewerker in chronische zorg is zelden bestudeerd; deze studie is de eerste die de rol van een secretariaatsmedewerker valideert.

Alle zorg onder één dak

Diabeteszorg heeft in België een bijzondere status, mede omdat het een aandoening is waarvoor een zorgtraject in de eerste lijn bestaat. Het zorgtraject is gebaseerd op een pilootstudie waarin ook de ACIC werd gebruikt om de kwaliteit van de zorgverlening te evalueren. Destijds waren alle praktijken in de regio van het pilootproject monodisciplinair en prestatiegebonden. Er werd toen een significante stijging van de ACIC-scores waargenomen: van 1,45 vóór het project tot 5,5 nadien.⁸

Het is opmerkelijk dat in de huidige studie zowel de monodisciplinaire als de multidisciplinaire prestatiegebonden praktijken tussen deze twee scores eindigen en alleen de forfaitaire praktijken hoger scoren. En dit ondanks de inspanningen van de overheid om het project op te schalen en geïntegreerde zorg aan te moedigen via een externe diabeteseducator.

Onderzoekers waarschuwden dat het zorgtraject diabetes zou kunnen mislukken omdat zowel patiënten als artsen obstakels zouden ondervinden bij het consulteren van een extra externe zorgverlener, omdat sommige praktijken en patiënten niet willen meewerken of wegens de complexiteit van de coördinatie.⁹⁻¹¹ Zo bleek dat slechts 16% van de patiënten die in aanmerking kwamen, ook daadwerkelijk deelnam aan het zorgtraject diabetes.¹²

Zorg zo dicht mogelijk bij de patiënten brengen is cruciaal voor participatie. Voor veel patiënten is hun huisartsenpraktijk wat zij zien als hun 'medisch huis', waar ze een beroep kunnen doen op alle nodige zorg. Ook voor artsen is echt multidisciplinair teamwerk alleen mogelijk als zij samen met andere zorgverleners onder één dak werken. Dat is de sleutel tot kwaliteitsverbetering in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Meer taakdelegatie in een forfaitaire praktijk

Het financieringssysteem is een belangrijke parameter van een kwaliteitsvolle chronische zorg. Vooral forfaitaire praktijken ontwikkelen een model waarin de taakverschuiving naar verpleegkundigen omvangrijk is. In prestatiegebonden praktijken heeft zo'n aanpak meteen een impact op de inkomsten van de huisartsenpraktijk. Zorgverleners in prestatiegebonden praktijken klagen er inderdaad over dat hun financieringssysteem hen ervan weerhoudt meer taken te delegeren, want hoe meer taken worden gedelegeerd, hoe minder huisartsen zelf verdienen. In forfaitaire praktijken is er volledige vrijheid om taken te organiseren en te verdelen zoals het de praktijk het beste uitkomt.

Een alternatieve verklaring voor de verschillen tussen forfaitaire en niet-forfaitair vergoede praktijken zou kunnen zijn dat hoe langer een verpleegkundige in een praktijk werkt, hoe meer verantwoordelijkheden hij of zij spontaan toegeschoven krijgt. De forfaitaire praktijken hebben al langere tijd een traditie van teamwerk tussen artsen en verpleegkundigen, terwijl de meeste multidisciplinaire prestatiegebonden praktijken pas sinds kort verpleegkundigen in dienst hebben.

Meer chronische zorg in een forfaitaire praktijk

Een andere mogelijke verklaring voor het verschil tussen forfaitaire en prestatiegebonden praktijken is dat zorgverleners in het forfaitaire systeem meer ervaring hebben met diabeteszorg en daarom beter scoren. De forfaitaire praktijken in deze studie hebben een diabetesprevalentie van 12% tegenover 8% in de niet-forfaitaire praktijken.

Zorgverleners die in een forfaitair systeem werken, geven aan een betere balans te ervaren tussen werk en privéleven en ook een lagere werkdruk, wat een reden kan zijn dat ze meer tijd hebben voor chronische zorg.¹³ Eerdere studies hebben ook al gewezen op het dominante prestatiegebonden systeem als barrière voor geïntegreerde zorg in België en de superioriteit van het forfaitaire systeem wat de kwaliteit van zorg op het gebied van diabetesbegeleiding betreft.^{11,14}

Geïntegreerde financiering

Hoewel het forfaitaire systeem in deze studie significant beter scoort, kan worden betwist of dit het ideale systeem is om kwalitatieve chronische zorg te stimuleren omdat het zorgverleners de mogelijkheid kan bieden meer patiënten in te schrijven dan er verzorgd kunnen worden.

Hoe dan ook, dit onderzoek erkent het belang van geïntegreerde financiering, aangezien de diëtisten in de steekproef (betaald en betrokken als zelfstandige zorgverlener) veel minder geïntegreerd waren dan de verpleegkundigen (betaald uit hetzelfde budget als de huisartsen). De discussie moet dus verdergaan dan de traditionele tegenstelling prestatiegebonden versus forfaitair.¹⁵

Besluit

Multidisciplinair teamwerk en kwaliteitsvolle zorg voor patiënten met een chronische aandoening komt pas ten volle tot zijn recht als de zorgverleners onder hetzelfde dak werken. Vooral de rol van de verpleegkundige komt naar voor als belangrijkste zorgverlener om de kwaliteit van chronische zorg te garanderen.

Beleidsmakers worden aangemoedigd om de rol en de financiering van paramedici in de eerstelijnszorg te heroverwegen. De New Deal kan alvast een antwoord hierop bieden en is een stap in de goede richting.

Een interventie in uw praktijk?

Voor een gloednieuw project, JACARDI genaamd, ontwikkelt het Departement Huisartsgeneeskunde van de UAntwerpen op basis van dit onderzoek een interventie waarbij huisartsenpraktijken worden begeleid in het verbeteren van hun chronische zorg.

Interesse om mee te doen of mee te denken? Meld je aan op www.uantwerpen.be/jacardi.

- Danhieux K, Buffel V, Remmen R, Wouters E, Van Olmen J Diabeteszorg in verschillende praktijktypes: een mixed-methods studie gebaseerd op het Chronic Care Model. *Huisarts Nu* 2024;53:
- Dit artikel is een aangepaste versie van: Danhieux K, Buffel V, Remmen R, Wouters E, Van Olmen J. Scale-up of a chronic care model-based programme for type 2 diabetes in Belgium: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res* 2023;23:141.
- Correspondentie: katrien.danhieux@uantwerpen.be

Literatuur

1. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.
2. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009;28:75-85.
3. Bongaerts BW, Mussig K, Wens J, Lang C, Schwarz P, Roden M, et al. Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017;7:e013076.
4. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res* 2002;37:791-820.
5. Matthys E, Van Bogaert P, Blommaert S, Verdonck L, Remmen R. Evidence-based early stage type 2 diabetes follow-up in Belgian primary care practices: Impact of multi-professional teams and care protocols. *Prim Care Diabetes* 2021;15:249-56.
6. Crowe M, Jones V, Stone MA, Coe G. The clinical effectiveness of nursing models of diabetes care: A synthesis of the evidence. *Int J Nurs Stud* 2019;93:119-28.
7. Aerts N, Van Bogaert P, Bastiaens H, Peremans L. Integration of nurses in general practice: A thematic synthesis of the perspectives of general practitioners, practice nurses and patients living with chronic illness. *J Clin Nurs* 2020;29:251-64.
8. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: Belgian *BMC Health Serv Res* 2009;9:152.
9. Sunaert P, Vandekerckhove M, Bastiaens H, Feyen L, Bussche PV, De Maeseneer J, et al. Why do GPs hesitate to refer diabetes patients to a self-management education program: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2011;12:94.
10. Goderis G, Borgermans L, Mathieu C, Van Den Broeke C, Hannes K, Heyrman J, et al. Barriers and facilitators to evidence based care of type 2 diabetes patients: experiences of general practitioners participating to a quality improvement program. *Implement Sci* 2009;.
11. Van Durme T, Macq J, Anthierens S, Symons L, Schmitz O, Paulus D, et al. Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. *BMC Health Serv Res* 2014;14:179.
12. Van Casteren VF, Bossuyt NH, Moreels SJ, Goderis G, Vanthomme K, Wens J, et al. Does the Belgian diabetes type 2 care trajectory improve quality of care for diabetes patients? *Arch Public Health* 2015;.
13. Buffel V, Sirimsi MM, De Vriendt P, Van de Velde D, Lahousse L. General health and working conditions of Flemish primary care professionals. *BMC Primary Care* 2023;.
14. Danhieux K, Martens M, Colman E, Wouters E, Remmen R, van Olmen J, et al. *Int J Integr Care* 2021;.
15. Stokes J, Struckmann V, Kristensen SR, Fuchs S, van Ginneken E, Tsiachristas A, et al. Towards incentivising integration: A typology of payments for integrated care. *Health Policy* 2018;-9.