

Zorgtraject Diabetes: een 'magere versie' van Diabetes Project Aalst?

Dr. Frank NOBELS
endocrinologie O.L.V. Aalst

1



2



3

ZTD = DPA gestript ?

- ◆ waarom zorgvernieuwing nodig?
- ◆ inspiratie?
- ◆ DPA
- ◆ ZTD, LMN
- ◆ toekomst

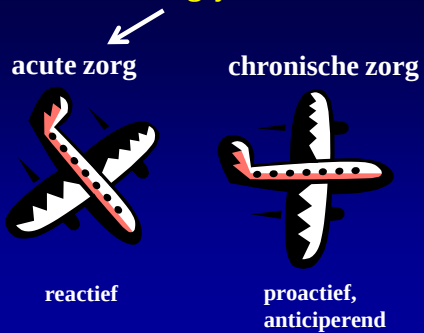
4

ZTD = DPA gestript ?

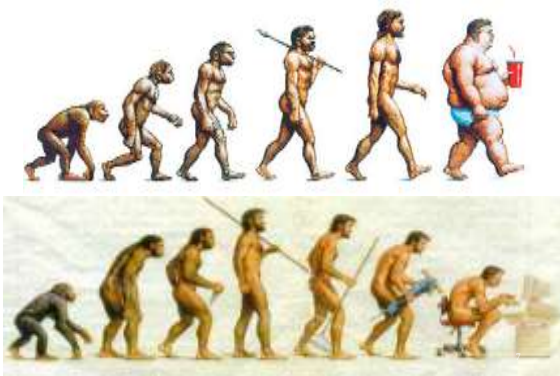
- ◆ waarom zorgvernieuwing nodig?
- ◆ inspiratie?
- ◆ DPA
- ◆ ZTD, LMN
- ◆ toekomst

5

ons zorgsysteem



6

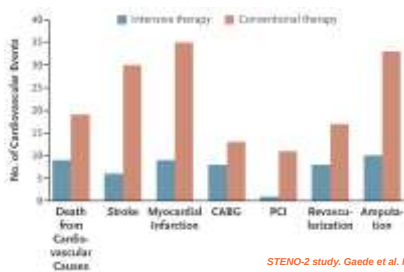


diabetes (chronische aandoeningen): moeilijk te behandelen

- ◆ veel patiënten
 - ◆ levensstijlinterventie (patient empowerment)
 - ◆ evolutief: behandeling moeilijker in de tijd
 - ◆ clustering van risico's: multifactorieel
 - ◆ vroegtijdige detectie van complicaties
 - ◆ behandeling van complicaties
- **proactief / teamwerk / organisatie**

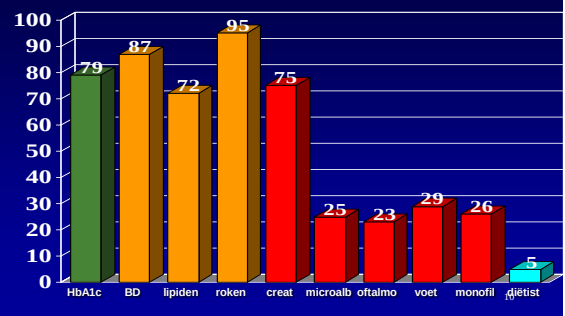
DM 2 + microalbuminurie: conventionele ↔ intensieve behandeling

interventie 7.8 j, nadien FU 5.5 j → totale FU 13.3 j



DPA: kwaliteit van zorgen bij start (2004)

procesparameters registratie van 455 patiënten, 12% op insuline



ZTD = DPA gestript ?

- ◆ waarom zorgvernieuwing nodig?
- ◆ **inspiratie?**
- ◆ DPA
- ◆ ZTD, LMN
- ◆ toekomst

11

Health Maintenance Organizations (HMO's)

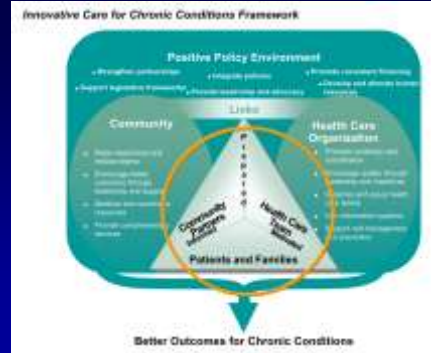


12

Kenmerken van Chronic Disease Management

- ◆ gezondheidsobjectieven
 - resultaten meten (kwaliteitsmonitoring)
 - bijsturing (kwaliteitscirkels)
- ◆ volgens richtlijnen, evidence based
 - protocols, zorgpaden gebaseerd op richtlijnen
 - opleiding van zorgverleners
- ◆ kostenefficiëntie : kwaliteit voor haalbare prijs
 - subsidiariteit (huisarts meestal coordinator)
 - complementariteit
 - taakafspraken, teamvorming
 - continuïteit van informatie
 - gezondheidseconomie
- ◆ responsabilisering
 - zorgverleners: peer review, teamdynamiek, benchmarking, P4Q
 - patiënt: empowerment, selectieve terugbetaling

13



14

The Chronic Care Model



Downloaded by The World Bank
at 12:31 11 February 2014

chronic care model: effective ?

Chronic Care Model Components	No. of Studies			
	Overall	Positive Outcomes	Positive Process	Positive Outcomes or Process
1 Components				
Self-management (SMT, decision support, DSS, delivery system design (DSD), clinical information system (CIS))	0	0/0	0/0	0
2 Components				
SMT, DSS (18)	2	1/1	1/1	2
SMT, DSD, DSS (18)	4	3/3	3/3	4
SMT, DSD, DSS (18)	2	2/2	2/2	2
SMT, DSD, DSS (18)	2	2/2	2/2	2
3 Components				
SMT, DSS (18)	2	1/1	1/1	2
SMT, DSD (18)	2	2/2	2/2	2
SMT, DSD, DSS (18)	2	2/2	2/2	2
SMT, DSS (18)	2	1/1	1/1	2
SMT, DSD (18)	2	2/2	2/2	2
4 Components				
SMT, DSS (18)	2	2/2	2/2	2
SMT, DSD (18)	2	2/2	2/2	2
SMT, DSD, DSS (18)	2	2/2	2/2	2
SMT, DSD, DSS (18)	2	2/2	2/2	2
Total	26	22/22	22/22	26

Table 1. Number of studies of chronic care model components that showed positive outcomes or positive processes. Components or studies showing no significant effect are shown in parentheses. The number of studies showing positive outcomes or positive processes is shown in parentheses.

Bodenheimer et al. JAMA 2002;288:1909-1914

16

ZTD = DPA gestript ?

- ◆ waarom zorgvernieuwing nodig?
- ◆ inspiratie?
- ◆ DPA
- ◆ ZTD, LMN
- ◆ toekomst

17

type 1

pomp
≥3 inj

type 2

≥3 inj
2 inj
1 inj
OAD
dieet
onbekend

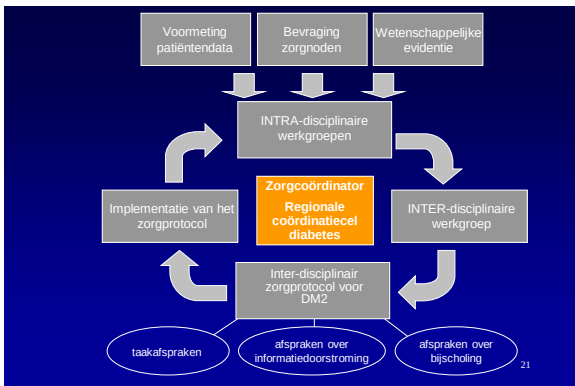
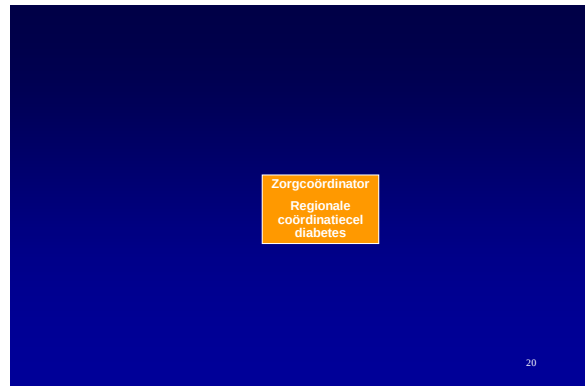
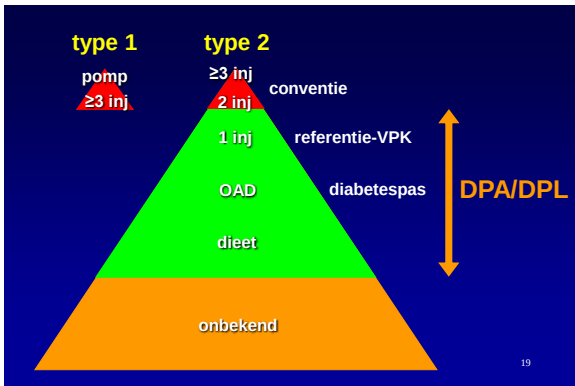
conventie (1987)

referentie-VPK (2004)

diabetespas (2003)



18



DPA : zorgcoördinator

= iemand die vaardigheden heeft om netwerk van zorgverleners uit te bouwen en proces van zorgvernieuwing te coachen.

taken :

- sensibilisatie van zorgverleners
- vergaderingen: organisatie, structureren, verslaggeving
- helpt initiatieven uitwerken en implementeren
- logistieke ondersteuning

wordt inhoudelijk ondersteund door de regionale coördinatieteel.

Gronvels et al. Huisarts Nu 2008;37:118-125

22

DPA : populatie

◆ patiënten: ± 76.000 inwoners → ± 2500 diabetici

◆ zorgverleners :

	Aantal in de regio	
Huisartsen	83	(72% solo)
Endocrinologen – Internisten	5	
Podologen	5 (+4)	
Diëtisten	1 (+5)	
Verpleegkundigen	92	
Verzorgenden	225	
Apothekers	46	
Oogartsen	13	

± 25 DM-patiënten per huisarts (3 à 4 op insuline)

23

DPA werkgroepen: bevraging zorgnoden

Knelpunten:

- ◆ geen taakafspraken: bepaalde aspecten van de zorg niet ingevuld, andere overlappen
- ◆ men kent andere zorgverleners (en hun competenties) onvoldoende
- ◆ onvoldoende informatie uitwisseling
- ◆ onvoldoende financiering van bepaalde aspecten van de zorg
- ◆ nood aan opleiding, coaching

24

Discipline	Doelstellingen	Implementatie
Acties	Meer diabetespatiënten in de regio: 1. Hebben een HbA1c-waarde onder de 7,5% 2. Nemen een statine 3. Krijgen jaarlijks een voetonderzoek met inbegrip van het monofilament 4. Krijgen het aanbod om educatie te volgen bij een educateur 5. Gaan jaarlijks op consult bij de oogarts 6. Hebben een postlogiekaart 7. Gebruiken de diabetespas	• Werkgroep huisartsen-specialisten • Nieuwsbrief • Navorming • Verandering LOK-groep voorzitters • Interdisciplinaire werkgroep
Verpleegkundigen	• Extra aandacht voor de voerhygiëne, voertuigen die en schoold en het communiceren van eventuele problemen hierbij • Aandacht voor de postlogiekaart en dit eventueel stimuleren via de patiënt	• Werkgroep verpleegkundigen • Contacten met organisaties (+ eventueel voorstelling protocol aan verzorgenden + verpleegkundigen) • Bijkomende informatie over voerhygiëne + voetspectie • Interdisciplinaire werkgroep
Verzorgenden	• Extra aandacht voor goede voeding • Extra aandacht voor voerhygiëne en schoetel • Bij wondjes, verkleuringen, ed. contact opnemen met de verantwoordelijke van de dienst.	• Werkgroep verzorgenden • Contacten met organisaties (+ eventueel voorstelling protocol aan verzorgenden + verpleegkundigen) • Bijkomende informatie over goede voeding + voerhygiëne • Interdisciplinaire werkgroep
Podologen	• Aandacht voor systematische verlaggeving naar huisartsen • Consulten terugkoppeling van 2A	• Werkgroep podologen • Interdisciplinaire werkgroep
Diëtisten	• Aandacht voor systematische verlaggeving naar huisartsen	• Werkgroep diëtisten • Verklaren in diabeteshuis DPA zelf
Apothekers	• patiënten stimuleren om hun postlogiekaart mee te nemen door er actief naar te vragen.	• Werkgroep apothekers • Kring van apothekers

25

complexe interventie

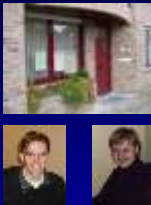
krachtlijnen:

- ◆ afspraken over taakverdeling, communicatie
- ◆ behandelingsprotocols (t/m insuline opstart 1 injectie)
- ◆ diabeteseducatoren in 1^{ste} lijn:
 - educatie (individueel, groep)
 - ondersteuning voor insuline opstart
- ◆ zelfcontrolemateriaal in 1^{ste} lijn
- ◆ coaching door diabetesteam van de 2^{de} lijn

26

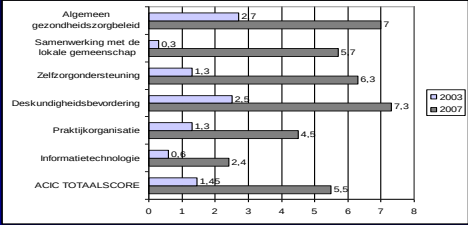
diabeteseducatie: praktische organisatie

- ◆ diabeteshuis op centrale locatie
- ◆ 1.5 VTE diabetes-educatoren
- ◆ educatie: op maat, flexibel
 - individueel (1 - ½ - ½ h)
 - groep (geselecteerde patiënten)
 - ondersteuning voor insuline-start
- ◆ zelfcontrolemateriaal: verdeeld door educatoren
- ◆ coaching door diabetesteam van 2^o lijn



27

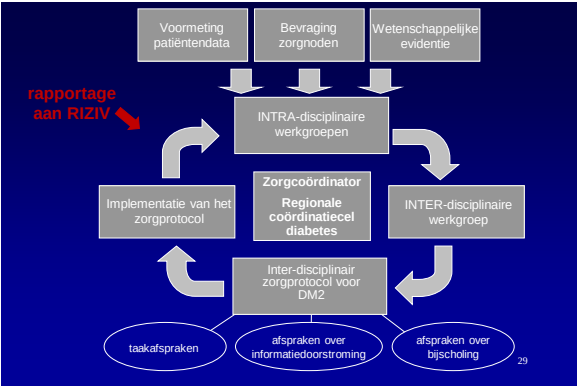
ACIC (Assessment chronic illness care)



Ondersteuning voor chronische zorgverlening
- 0-2: minimaal
- 3-5: basaal
- 6-8: redelijk
- 9-11: goed

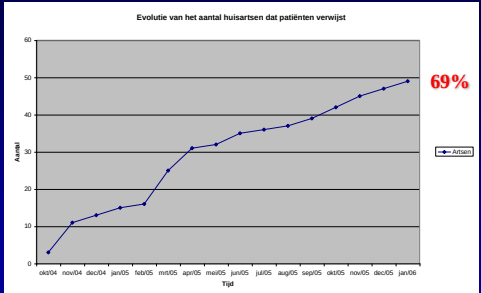
Sunaert P, et al.
BMC Health Serv Res 2009;9:152.

28



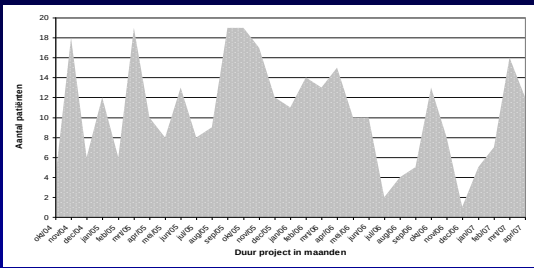
29

DPA: participatie van huisartsen



30

DPA: educatie



± 20% van de diabetici van de regio
± 1/3 van de nieuwe diabetesdiagnoses

31

DPA : doelstellingen bereikt?

% patiënten die voldoen aan volgende criteria neemt toe	T0 2004	T1 2006	T1/T0	Doelstelling gehaald?
HbA1c < 7,5%	62%	74%	+12%	ja
Statine	37%	56%	+19%	ja
Syst BD ≤ 130 mm Hg	40%	45%	+ 13%	ja
Aanbod educatie	/	22%	+22%	ja
Voetonderzoek met monofilament	28%	29%	+1%	neen
Jaarlijkse oogartscontrole	24%	24%	+0%	neen
Posologiekaart	+/- niet	+/- niet	+0%	neen

Sunaert P, Bastiaens H, Nobels F, et al. BMC Health Services Research 2010;10:207



33

DPA : conclusies (1)

De kwaliteit van de zorg voor type 2 diabetes (chronische aandoeningen) is niet goed genoeg.

“Chronic Disease management” is hard nodig.

Verbetering is mogelijk, maar vraagt brede ondersteuning, en tijd.

34

DPA : conclusies (2)

Het gehanteerde model biedt verschillende voordelen, en is ook bruikbaar voor andere chronische aandoeningen.

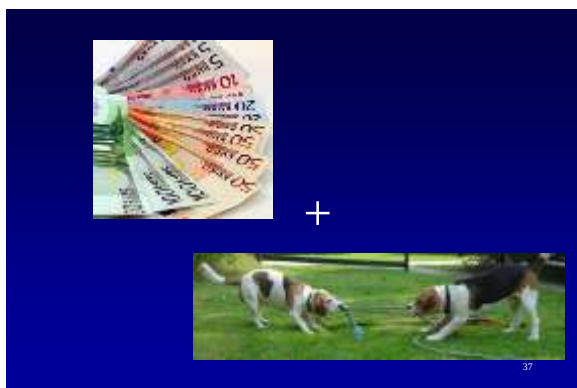
- ◆ **teamvorming, gefaciliteerd door een zorgmanager**
 - mekaar leren kennen, afspraken maken
 - regionale accenten
- ◆ **huisarts coördinator van de chronische zorg**
 - dicht bij patiënt, behoudt overzicht
- ◆ **gesteund door paramedici-educatoren**
 - educatie van patiënten
 - mogelijkheid tot delegatie van andere taken
- ◆ **gesteund door 2^{de} lijn**
 - algemene coaching
 - patiënt gebonden coaching

35

ZTD = DPA gestript ?

- ◆ waarom zorgvernieuwing nodig?
- ◆ inspiratie?
- ◆ DPA
- ◆ ZTD, LMN
- ◆ toekomst

36



DPA voorstel: locale multidisciplinaire netwerken (LMN)

- ◆ voor ondersteuning van de zorgtrajecten
- ◆ om nieuwe initiatieven te ontwikkelen

locale multidisciplinaire netwerken (LMN)

- ◆ voor ondersteuning van de zorgtrajecten
- ◆ ~~om nieuwe initiatieven te ontwikkelen~~



- ◆ 58 herkend
- ◆ ± 150.000 inwoners / LMN (17.500 – 438.900)
- ◆ budget ± 5.5 miljoen €

type 2 DM

≥3 inj

2 inj

1 inj

OAD

dieet

onbekend

diabetes
conventie

zorgtraject
diabetes
(ZTD)

type 2 DM

≥3 inj

2 inj

1 inj

OAD

dieet

onbekend

ZTD

DPA voorstel: zorgtraject diabetes (ZTD)

- ◆ contract tussen patiënt, huisarts en diabetoloog
- ◆ alle diabetici voor de diabetesconventie
- ◆ educatie:
 - betaal loon van 2 educatoren /100.000 inwoners
 - flexibele inschakeling, mogelijkheid van groepseducatie
- ◆ glycemie zelfcontrole materiaal:
 - verdelen via diabeteseducator
 - strookjes: voor patiënten op SU (8/m) en op injecties (25/m)
 - laat enige flexibiliteit toe
- ◆ geef educator belangrijke rol: # sessies, administr., jaarcontrole
- ◆ vaste vergoeding voor huisarts, diabetoloog (OAD – injectie)
- ◆ beperkte administratie
- ◆ kwaliteitsevaluatie (IT), over alle belangrijke aspecten

zorgtraject diabetes (ZTD)

- ◆ contract tussen patiënt, huisarts en diabetoloog
- ◆ ~~alle~~ diabetici ~~voor de diabetesconventie~~
- ◆ educatie:
 - ~~betaalloon van 2 educatoren /100.000 inwoners~~
 - ~~flexibele inschakeling, mogelijkheid van groepseducatie~~
- ◆ glycemie zelfcontrolemateriaal:
 - ~~verdelen via diabeteseducator~~
 - ~~strookjes: voor patiënten op SU (8/m)~~ en op injecties (25/m)
 - ~~laat enige flexibiliteit toe~~
- ◆ ~~geef educator belangrijke rol: # sessies, administr., jaarcontrole~~
- ◆ vaste vergoeding voor huisarts, diabetoloog (OAD – injectie)
- ◆ ~~beperkte administratie~~
- ◆ kwaliteitsevaluatie (IT), ~~over alle belangrijke aspecten~~

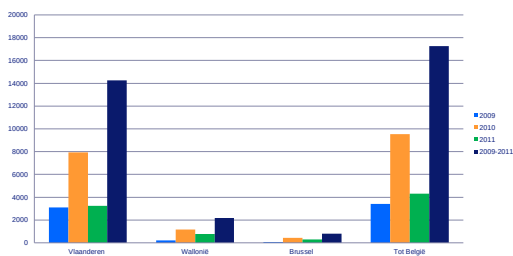
43

zorgtraject diabetes (ZTD)

- ◆ contract tussen patiënt, huisarts en diabetoloog
- ◆ diabetici op 1 of 2 injecties (RVT, huisbezoeken uitgesloten)
- ◆ educatie:
 - betaling per prestatie (alle educatoren)
 - enkel individuele educatie ($1^{ste} j \geq 2.5, \leq 5u$; vanaf $2^{de} j \geq 1 u$ als $A1c > 7.5\%, \leq 3u$)
- ◆ glycemie zelfcontrolemateriaal:
 - verdeeld door apotheker
 - strookjes: 25 /m
 - geen flexibiliteit
- ◆ educator: enkel educatie
- ◆ vaste vergoeding voor huisarts, diabetoloog
- ◆ administratie ++
- ◆ beperkte kwaliteitsevaluatie (IT)

44

Aantal ZT diabetes per gewest
Nombre TDS diabète par région
(9/2009-6/2011)



45

Aantal ZT Diabetes/arrrt/100.000 rechthebbenden
Nombre TDS diabète/arrrt/100.000 assurés
tot/jusqu'au 30/6/2011



ZTD = DPA gestript ?

- ◆ waarom zorgvernieuwing nodig?
- ◆ inspiratie?
- ◆ DPA
- ◆ ZTD, LMN
- ◆ toekomst

47

Toekomst: verbeterpunten

- gedeelde zorg ↔ prespecialistische zorg
- multimorbiditeit
- omkadering 1^{ste} lijn
- mentaliteit 1^{ste} lijn
- te vrijblijvend



gedeelde zorg ↔ prespecialistische zorg

- gedeelde zorg (= huidige zorgtrajecten)
 - optimaliseer: meer flexibiliteit, minder administratie, ...
 - breidt uit naar andere aandoeningen
- prespecialistische zorg
 - vanaf vroege stadia van chron. ziekte (ook preventie)
 - 1° lijns-educator, laat groepseducatie toe
 - specialist coacht achter de schermen
- maak van de LMN's een motor voor 'teambuilding' in de regio en voor 'vernieuwing'



Toekomst: verbeterpunten

- gedeelde zorg ↔ prespecialistische zorg
- multimorbiditeit
- omkadering 1^{ste} lijn
- mentaliteit 1^{ste} lijn
- te vrijblijvend



multimorbiditeit (oudere)

- zorgtraject waarvoor meest ondersteuning nodig is (max. 2)
- zorgtraject 'kwetsbare oudere'
- 'generische' educator



Toekomst: verbeterpunten

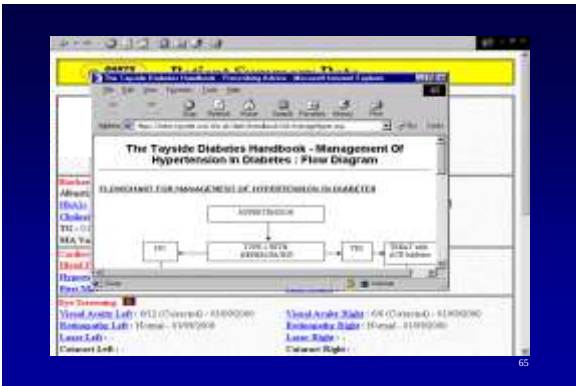
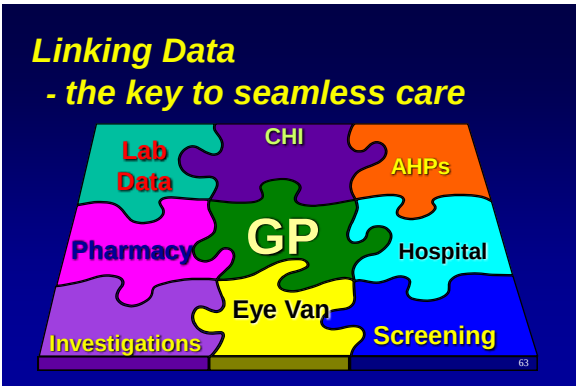
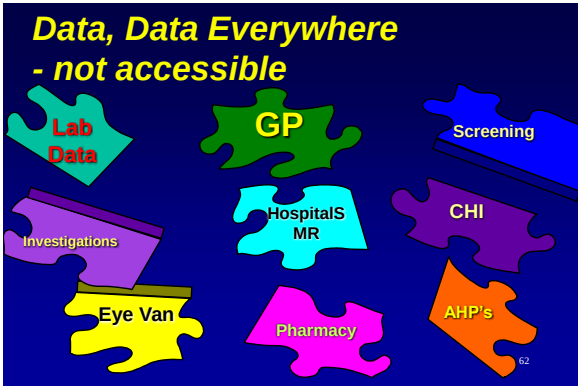
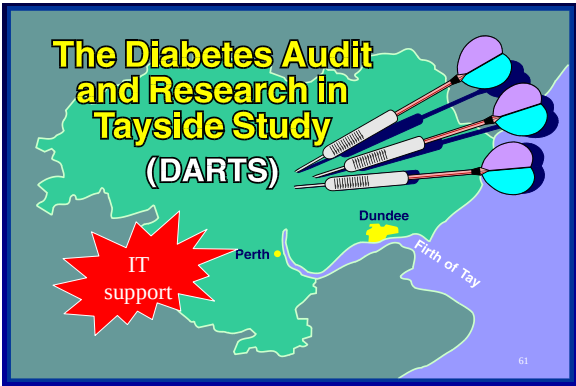
- gedeelde zorg ↔ prespecialistische zorg
- multimorbiditeit
- omkadering 1^{ste} lijn
- mentaliteit 1^{ste} lijn
- te vrijblijvend



omkadering 1^{ste} lijn

- administratieve hulp
- taakdelegatie
- IT ondersteuning

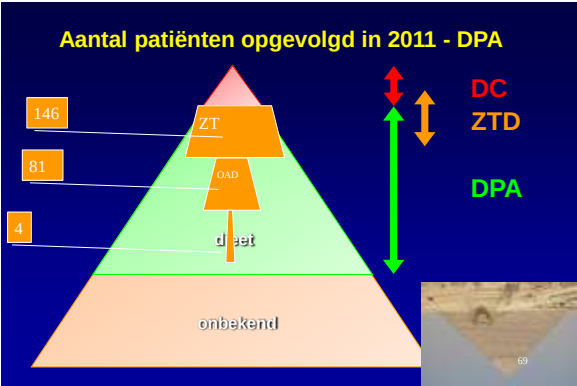
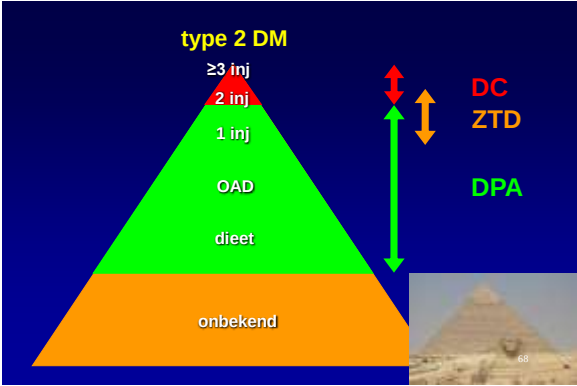




Toekomst: verbeterpunten

- gedeelde zorg ↔ prespecialistische zorg
- multimorbiditeit
- omkadering 1^{ste} lijn
- mentaliteit 1^{ste} lijn
- te vrijblijvend





Mentaliteit

Why do GPs hesitate to refer diabetes patients to a self-management education program: a qualitative study

Open Access

Abstract: Primary care doctors (GPs) often hesitate to refer patients to self-management education programs. This project aims to explore the reasons for this hesitation.

Introduction: The introduction of a new function (referral) to primary care doctors (GPs) is often met with hesitation. This project aims to explore the reasons for this hesitation.

Methods: A qualitative study was conducted using semi-structured interviews with GPs. The data was analyzed using content analysis.

Results: The results show that GPs hesitate to refer patients to self-management education programs for several reasons. First, they lack knowledge about the program. Second, they lack time to refer patients. Third, they lack motivation to refer patients. Fourth, they lack resources to refer patients. Fifth, they lack information about the program. Sixth, they lack support from their colleagues. Seventh, they lack information about the program. Eighth, they lack information about the program. Ninth, they lack information about the program. Tenth, they lack information about the program.

Conclusion: The results show that GPs hesitate to refer patients to self-management education programs for several reasons. These reasons are related to knowledge, time, motivation, resources, information, and support.

Keywords: GPs, self-management education, referral, hesitation, qualitative study.

Source: Smaert et al. BMC Family Practice 2011, 12:94



Toekomst: verbeterpunten

- gedeelde zorg ↔ prespecialistische zorg
- multimorbiditeit
- omkadering 1^{ste} lijn
- mentaliteit 1^{ste} lijn
- te vrijblijvend



pay for quality (P4Q) in UK

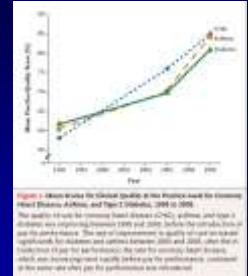
- ◆ punten voor 146 kwaliteitsindicatoren voor 10 chronische aandoeningen
- ◆ men mag patiënten uitsluiten (terminaal ziek, geen coöperatie, onvoldoende effect bij max. medicatiedosis, intolerantie medicatie, ...), maar outlyer-praktijken worden 'bezocht'
- ◆ verwacht : 75% van punten worden behaald
→ 25% loonsverhoging

Doran et al. NEJM 06;355:375-84

73

pay for quality (P4Q) in UK

- ◆ 97% van punten behaald
- ◆ 33% loonsverhoging (gemiddeld + 23.000 £ = 28.000 €)
- ◆ uitsluiting patiënten: mediaan 6% (1% van praktijken sluit > 15% uit)



Doran et al. NEJM 06;355:375-84
Campbell et al. NEJM 07;357:181-190

Not everything that can be counted counts,
not everything that counts can be counted

Albert Einstein

75

P4Q in België invoeren ?

- ◆ **aandoeningen** selecteren: vnl. chronische zorg
- ◆ **randvoorwaarden** voorzien: cdm
- ◆ **kwaliteitsindicatoren** kiezen: structuur, proces, uitkomst (evidence based)
- ◆ **IT**: automatische data-extractie uit emd
- ◆ **auditing**: opvolgen kwaliteit van de data, boetes bij fraude
- ◆ **monitoring**: doeltreffendheid, neveneffecten, kosteneffectiviteit
- ◆ **implementatie**: geleidelijk starten met pilootprogramma's als toevoeging aan bestaande initiatieven voor kwaliteitsbevordering

Annemans et al. KCE reports 118A, 2009

76

Zorgtraject Diabetes:
een 'magere versie' van
Diabetes Project Aalst?

Ja, maar ...

77

Een nieuwe lente, een nieuw geluid !



78