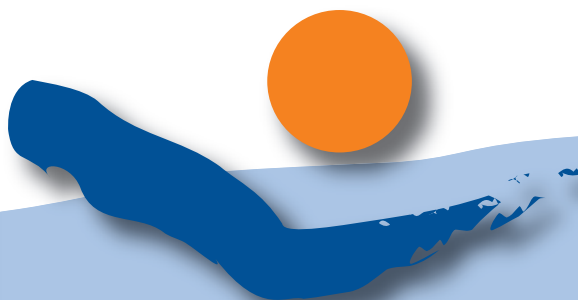


INNOVATIE

ZorgTv 

Een innovatie in de  
medische zorg





Een publicatie van de ***Onafhankelijke Ziekenfondsen***

Sint-Huibrechtsstraat, 19 - 1150 Brussel

T 02 778 92 11 - F 02 778 94 04

info@mloz.be

—

Redactie > Jan Van Emelen - Irina Odnoletkova - Erwin Legiest

Foto's > Reporters

[www.mloz.be](http://www.mloz.be)



# Inhoud

- **Voorwoord** ..... 5
- **ZorgTV - Project achtergrond en positionering** ..... 7
  - 1. Het aantal patiënten met diabetes type 2 neemt toe
  - 2. Belgische initiatieven gericht op verbetering van diabetes type 2 behandeling
  - 3. Enkele theoretische beschouwing over educatie en coaching
  - 4. Analyse van bestaande educatie en coaching in België
  - 5. ZorgTV - een innoverend concept van patiënteneducatie en coaching op afstand
- **ZorgtTV - Project Methodologie** ..... 12
  - 1. Onderzoeksconcept, partners en financiering
  - 2. Selectie van patiënten en medewerking van huisartsen
  - 3. Projectverloop
- **ZorgtTV - Project Evaluatie** ..... 15
  - 1. Doel van de evaluatie van het pilootproject ZorgTV
  - 2. Interviews met actoren
- **ZorgtTV - Bespreking** ..... 21
- **Belangrijkste conclusies** ..... 23





# Een innovatie in de medische zorg

**“Innovation is the ability to translate ideas into practice in such a way as to add value. Innovation concerns the search for and the discovery, experimentation, development, imitation and adoption of new products, new processes and new organisational setups.”  
(Frater, P., Stuart, G., Rose D. and Andrews, G.)**

De gezondheidszorg in België, net zoals in de andere Europese lidstaten, staat voor grote uitdagingen. Chronische aandoeningen, budgettaire restricties, het proportioneel tekort aan zorgverstrekkers en hoge kosten van de nieuwe technologieën zetten het gezondheidszorgsysteem progressief onder druk. De vraag stelt zich of oplossingen mogelijk zijn binnen de bestaande zorgsystemen (zorgvraag, zorgverstrekking en terugbetaling), ofwel buiten de bestaande zorgsystemen via nieuwe projecten. Dit vergt een nieuwe cultuur, nieuwe partnerships, nieuwe afspraken, misschien nieuwe vergoedingen voor zorg..., kortom dit vergt “zorginnovatie” of zorgvernieuwing.

Zorginnovatie is absoluut noodzakelijk om de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de Belgische gezondheidszorg ook morgen te garanderen aan alle burgers. Voor chronische aandoeningen hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen reeds meerdere innoverende initiatieven genomen: de idee van de zorgtrajecten, de publicaties en voorstellen rond de chronische MAF, de aanvullende verzekeringen voor chronische aandoeningen (platforms) en het onderzoek naar de beheersing van het cariërisico.

**Het pilootproject zorgTV beoogt innovatie in educatie en coaching voor de patiënt met een chronische aandoening, in dit specifiek pilootproject voor de patiënt met diabetes type 2. Twintig patiënten werden geselecteerd, kregen een technische uitrusting voor tele - educatie en -coaching, en werden gedurende zes maanden gevolgd. Een videobibliotheek met materiaal voor educatie werd ontworpen.**

Deze brochure geeft een overzicht van de problematiek van educatie en coaching, van het volledige verloop van het project, van de resultaten en tenslotte van de perspectieven die ZorgTV biedt. Met de partners van dit project zal Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ) dit pilootproject verder uitwerken tot een volledig product educatie en coaching voor de chronische patiënt.



MLOZ heeft dit gerealiseerd samen met verschillende partners in de zorg. Solidariteit voor het Gezin, de geïntegreerde dienst voor thuiszorg heeft het project mee ontworpen en leverde de belangrijkste dienstverlening, namelijk de coaching. Met Domus Medica en met de voorzitters van 3 huisartsenkringen werden de procedures afgesproken en het educatiemateriaal gevalideerd.

VDV, de Vlaamse Diabetes Patiënten Vereniging, leverde de basis voor het educatiemateriaal en participeerde actief in de medische stuurgroep. Belgacom leverde de technische infrastructuur die teleconferentie en video op aanvraag mogelijk maakte.

EFRO, de Vlaamse Regering en MLOZ financierden dit pilootproject en de communicatie ervan. Zonder deze partners is innovatie uitgesloten.

MLOZ dankt alle partners voor deze unieke samenwerking en rekt op allen om dit initiatief verder te ontwikkelen tot een concreet product "ZorgTV".

**Dr. Jan Van Emelen**  
Directeur Innovatie MLOZ



## ZorgTV - Project achtergrond en positionering

### 1. Het aantal patiënten met diabetes type 2 neemt toe

Het **aantal** patiënten met een chronische aandoening in Europa en in België stijgt ontegensprekelijk en bedraagt vandaag ongeveer 30% van de totale Belgische bevolking. Het aandeel van type 2 diabetes, en in het algemeen van wat doorgaans het "metabole syndroom" wordt geheten, is hierbij zeer groot, quasi 8% van de totale bevolking. De Belgische cijfers met betrekking tot prevalentie en incidentie van type 2 diabetes zijn beperkt en onvolledig, er bestaat immers geen formele opsporing noch registratie van diabetes type 2.

Volgens de professionele patiëntenvereniging VDV wordt de prevalentie van type 1 en type 2 diabetes in 2007 samen geschat op 7,9 % van de volwassen Belgische bevolking, wat concreet wil zeggen 800.000 patiënten (ongeveer 90% hiervan is van type 2). Dit zal verder oplopen tot 9,7%, of 1 op 10 volwassen Belgen in 2025. De helft van die groep mensen, blijkt uit studies, loopt waarschijnlijk zonder diagnose rond. Daarnaast bevindt nog eens 6,4% van de volwassen bevolking zich in de "grijze zone" (GGT of "gestoorde glucose tolerantie" - zogenaamde "prediabetes"<sup>1</sup>).

Die groep loopt een aanzienlijk risico om op relatief korte termijn diabetes te ontwikkelen. Nemen we alle cijfers samen, dan blijkt dat in 2007 1 miljoen Belgen te hoge bloedsuiker-

waarden heeft en dus in aanmerking komt voor preventie en behandeling van diabetes en gerelateerde complicaties.

Een publicatie in het Tijdschrift voor geneeskunde verwoordt het als volgt:

Vooral diabetes type 2, nu al verantwoordelijk voor meer dan 90% van de gevallen, kent een sterke toename. Dit is grotendeels te wijten aan onze westerse levensstijl met hoge calorie-inname en gebrek aan lichaamsbeweging. Het resulterend overgewicht geeft een zeer uitgesproken verhoging van het risico van diabetes type 2. Bij een body mass index (BMI = gewicht / lengte<sup>2</sup>) groter dan 35 kg/m<sup>2</sup> ligt het risico 40 ≈ hoger dan bij een BMI lager dan 23 kg/m<sup>2</sup>. Omdat diabetes type 2 toeneemt met de leeftijd, speelt de vergrijzing van de bevolking in geïndustrialiseerde landen ook een belangrijke rol.<sup>2</sup>

Anderzijds is er een "schrijnend **gebrek aan kennis**" over diabetes bij de patiënten<sup>3</sup> ondanks een aantal interessante projecten die vrij ongecoördineerd tot stand kwamen en op de markt beschikbaar zijn.

<sup>1</sup> Website VDV – epidemiologie van diabetes.

<sup>2</sup> Tijdschr. voor Geneeskunde, 61, nr. 22, 2005; preventie en vroegtijdige opsporing van diabetes type 2 in vlaanderen F. Nobels en alii.

<sup>3</sup> Mevr. Mimi Theunissen – Diabetes Educator KULeuven, Diabetes Werelddag 2007



## 2. Belgische initiatieven gericht op verbetering van diabetes type 2 behandeling

**De Diabetespas<sup>4</sup>** werd op 1 maart 2003 in België ingevoerd. Via deze pas worden patiënten aangemoedigd om voor hun diabeteszorg de huisarts te raadplegen. Hoewel het gebruik van de diabetespas steeds wordt aanbevolen, verloopt de implementatie ervan in België erg moeizaam. Door een gebrekkige promotiecampagne, een stuntelige opstartfase en het uitblijven van ondersteunende maatregelen is er intussen tegenover de diabetespas veel weerstand gegroeid bij de zorgverleners.

**De Zorgtrajecten diabetes**, gelanceerd op 1 september 2009, vertrekken van een samenwerking tussen patiënt, huisarts en specialist. Het traject begint na ondertekening van een "zorgtrajectcontract" door deze 3 partijen en loopt gedurende 4 jaar.

De belangrijkste voordelen voor de patiënt zijn:

- de raadplegingen bij de huisarts en bij de specialist van zijn aandoening worden volledig terugbetaald door het ziekenfonds tijdens de duur van het zorgtraject
- hij krijgt alle nodige informatie om zijn ziekte zo goed mogelijk aan te pakken (gezonde levensstijl, geneesmiddelen, regelmatige medische controle, ...) door middel van een persoonlijk zorgplan
- naargelang de evolutie van de ziekte krijgt hij toegang tot specifiek materiaal, tot raadplegingen bij een diëtist, een podoloog, diabeteseducator, ...
- hij krijgt de garantie dat zijn huisarts en specialist nauw met elkaar zullen samenwerken bij de aanpak, de behandeling en de opvolging van zijn ziekte, op maat van zijn specifieke situatie<sup>5</sup>.

**DIEP** werd gelanceerd op 11 februari 2010 als audiovisuele ondersteuning voor arts en patiënt op het web, doch zonder actieve begeleiding van patiënt en van huisarts is dit onvoldoende.

**Gestructureerde educatie** door professioneel opgeleide verpleegkundigen bestaat in het kader van het conventiesysteem (gebonden aan het ziekenhuis met eigen conventie - educatoren) en in het kader van de thuiszorg door specifiek hiervoor opgeleide en erkende diabetes educatoren (en referentieverpleegkundigen) in de thuisverpleging. Doch de toegankelijkheid tot educatie voor de patiënt in de thuisomgeving is beperkt tot specifieke doelgroepen, gebaseerd op het vergevorderd stadium van de aandoening.

De toegang tot educatie is mogelijk voor:

- 1 De patiënten die in aanmerking komen voor de zorgtrajecten: personen met type 2 diabetes, op 1 of 2 injecties insuline of incretinemimeticum, in bezit van GMD;
- 2 Patiënten die niet in aanmerking komen voor zorgtrajecten, maar die toch reeds dagelijks insuline nodig hebben.

<sup>4</sup> Zie aanbevelingen op website Domus Medica

<sup>5</sup> <http://www.riziv.fgov.be/care/nl/infos/tdszt/index.htm>

## 3. Enkele theoretische beschouwing over educatie en coaching

**Educatie en coaching zijn voor een chronische patiënt essentiële elementen in de "totale behandeling en beheer" van zijn aandoening.<sup>6</sup>**

Rond de effectiviteit en de ineffectiviteit van gezondheidseducatie werd reeds veel onderzoek gepubliceerd. De conclusie is dat educatie niet eenvoudig is en een professionele aanpak vergt. Het wordt best gekaderd in een totaalaanpak van een chronische aandoening.

Een enkel citaat van een onderzoek ter zake:

Hafstad (1992) identificeerde de volgende factoren die van invloed zijn op de 'outcome' van patiënteducatie :

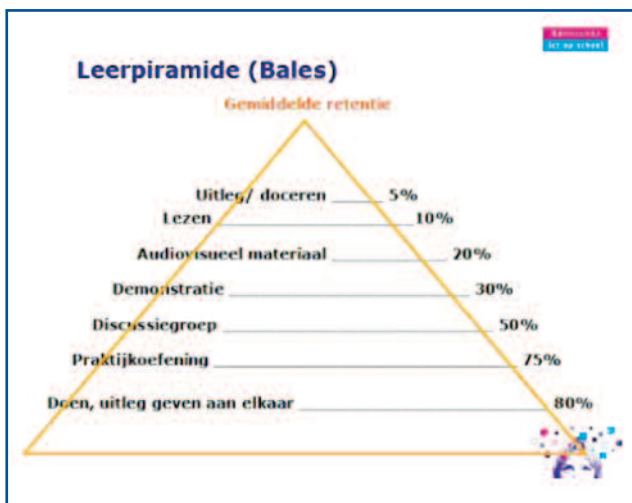
- Degene die de educatie uitvoert moet de materie goed beheersen en moet goed in staat zijn de mogelijkheden van de patiënten te peilen.
- Het educatieve proces veronderstelt een goede afstemming over wat er wordt geleerd tussen degene die de educatie uitvoert en de doelgroep.
- De gebruikte (visuele) materialen moeten geschikt zijn.
- Het geven van (en vragen om) feedback is van groot belang. Daarbij gaat het - van de zijde van de programmaleider - zowel om het aanbrenge van correcties als het geven van complimenten. De patiënt kan in dit proces gevraagd worden aan te geven welke onderwerpen om een verheldering vragen.
- Een flexibele aanpak en veel herhalingen zijn van groot belang voor het bereiken van resultaat. De reden hiervoor is dat het overtuigen van een patiënt tot duurzame gedragsverandering zo ontzettend moeilijk is.

<sup>6</sup> Physician Assist. 1992 Feb;16(2):37-8, 40-1. Outcome factors in patient education. Hafstad L. University of North Dakota, Grand Forks.

**Gezondheidseducatie** is het specifieke proces van transmissie van kennis en inzichten en van het aanleren van vaardigheden die nodig zijn om de patiënt zelf de kans te geven de kwaliteit van zijn leven optimaal te bevorderen. Dit proces wordt door een deskundige gerealiseerd en kan ondersteund worden door educatiemateriaal: teksten, afbeeldingen en audiovisueel materiaal, aangereikt via het voor de patiënt meest geschikte kanaal.

Uit onderzoek (piramide van Bales) blijkt dat de effectiviteit van de transmissie sterk beïnvloed wordt door de vorm en het kanaal van het aangeboden materiaal.

Van een gelezen tekst wordt slechts een beperkt percentage van de boodschap opgenomen door de lezer. De combinatie van tekst, geluid en beeld, verhoogt dit percentage. Gecombineerd met een individuele coaching van de patiënt volgens een gestructureerd schema, kan dit percentage nogmaals sterk worden verhoogd.



**Coaching** binnen ZorgTV is het specifieke proces van ondersteuning van een patiënt door een professioneel opgeleide deskundige die gebruik maakt van "motivational interviewing" technieken. Motivational Interviewing (MI) is een gestructureerde persoongerichte gesprekstechniek, bedoeld om verandering van gedrag te bevorderen door twijfel en onbeslistheid ten opzichte van verandering weg te nemen. Hierbij wordt de patiënt gestimuleerd om zelf verantwoordelijkheid voor zijn behandeling te nemen. Het "Stages of Change Model" van O. Prochaska (1977) vormt de theoretische basis voor het aansturen van het veranderingsproces.

## 4. Analyse van bestaande educatie en coaching in België

De bestaande initiatieven van educatie zijn in essentie gericht op het overbrengen van vaardigheden, zoals het injecteren van insuline en self-testing, en in tweede instantie op het bijbrengen van inzichten rond de aandoening zelf en haar complicaties, maar steeds bij de vergevorderde patiënt en onder strikte voorwaarden.

Het is duidelijk dat deze beperkingen vooral ingegeven worden door budgettaire grenzen, en vooral als oogmerk hebben het aantal medische prestaties van verpleegkundigen te reduceren, namelijk het bezoek aan huis voor de dagelijkse injectie van insuline. Nochtans zou het logisch zijn vanuit een beleid dat hoofdzakelijk gericht is op de verhoging van de levens- en de zorgkwaliteit van de patiënt, te investeren in vroegtijdige educatie en zeker in coaching, die het mogelijk maken medische behandelingen en complicaties uit te stellen. Bij een patiënt met een pas gediagnosticeerde diabetes, of meer nog bij de patiënt met slechts een verhoogd risico op diabetes, kan alleen al een aanpassing aan de levensstijl onder correcte begeleiding, de medicatie en de complicaties gedurende jaren uitstellen. De doelstelling van de educatie en de coaching is hier dus totaal anders, vertrekt vanuit een "patiënt centric" model, is niet meer in eerste instantie gericht op het uitsparen van medische prestaties van verpleegkundigen, maar is gericht op het verbeteren van de actuele medische toestand van de patiënt en op het voorkomen van verdere complicaties.

Op 13 november 2008 werden door het Diabetesforum een aantal belangrijke aanbevelingen geformuleerd die volledig meegaan in bovengenoemde analyse.

In het actuele Belgische zorgmodel is geen ruimte voor een professionele "coach". Een professionele coach houdt rekening met de motivatiefase waarin de patiënt zich bevindt volgens het model van Prochaska, en stelt in samenwerking met patiënt vast welke individuele doelstellingen kunnen worden bereikt. Het realiseren van deze doelstellingen wordt opgevolgd door een samenwerkingsverband tussen betrokken zorgverstrekkers en patiënt.

**De diabeteseducatie en coaching in België schiet dus tekort: ze komt te laat, ze richt zich hoofdzakelijk op de diabetes type 1 patiënt en de reeds verder gevorderde type 2 patiënt met insuline injecties, en een echte coaching ontbreekt.**

**Voor de pas gediagnosticeerde diabetespatiënt is geen structurele financiering voorzien noch voor educatie noch voor coaching.**

Voor de risicopatiënten (overgewicht, te grote abdominale buikomtrek, ...) is dit identiek: geen structurele screening bij de risicogroepen, geen terugbetaling van specifieke preventieve acties gericht op het vertragen van de ziekte- evolutie en het uitstellen van medicatie-inname. Complicaties kunnen nochtans door vroegtijdige totale behandeling via educatie en coaching worden voorkomen. Juist deze groepen risicopatiënten met metabool syndroom en pas gediagnosticeerde diabetespatiënten stijgen sterk in aantal. Zij hebben het meest nood aan gestructureerde en gevalideerde informatie. De effecten van educatie en coaching zullen het hoogst zijn in deze groepen, zowel vanuit medisch als vanuit economisch standpunt.

Binnen de bestaande educatie zijn er bovendien een aantal knelpunten, die door Solidariteit voor het Gezin als volgt werden verwoord:

- Verplaatsingen van de diabeteseducator naar het huis van de patiënt zijn tijdrovend en dus kostelijk.
- De patiënt wordt overstelpt met informatie gedurende sessies van gemiddeld één uur; deze tijdsduur is erg lang voor optimale overdracht van informatie. De patiënt projecteert elke boodschap onmiddellijk op zichzelf en luistert vaak niet naar het vervolg.
- De begeleiding is weinig flexibel: huisbezoeken worden vastgelegd in een organisatieschema dat weinig flexibiliteit toelaat. Ook inhoudelijk is de educator gebonden aan de wettelijke opdrachten en flexibiliteit is ook hier laag.
- Hoofddoelstelling blijft educatie in de curatieve zorg en is veel te weinig gericht op preventie.

Educatie en coaching vormen een onderdeel van de integrale aanpak in de behandeling van chronische aandoeningen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen werken samen met verschillende partners sinds meerdere jaren aan een totaaloplossing voor de chronische patiënt, met innovatieve ontwikkeling van processen in verschillende domeinen:

- Instaprocedures in disease management programma's.
- Ondersteuning van patiënt - "patient empowerment".
- Ondersteuning van verstrekkers, inhoudelijk en IT.
- Evaluatie van medische en economische resultaten van programma's.

In dit kader, en als onderdeel van de "patient empowerment" werd dit pilootproject zorgTV geïnitieerd in 2007 en verder uitgewerkt met partners op het terrein.

## 5. ZorgTV – een innoverend concept van patiënteneducatie en coaching

Gestructureerde telegzorg biedt de mogelijkheid om enerzijds chronische patiënten beter inzicht in hun eigen ziekte te geven en anderzijds de persoonlijke contacten met zorgverstrekkers betaalbaar te houden. Vanuit deze vaststellingen werd door MLOZ en Solidariteit voor het Gezin in samenwerking met Domus Medica, VDV en 3 huisartsenkringen in Vlaanderen het pilootproject ZorgTV voorbereid.

### Projectvisie

- Vanuit recente internationale literatuur wordt duidelijk dat informatica op zichzelf nauwelijks verbetering van de zorgkwaliteit realiseert. Technische mogelijkheden zijn er in overvloed en zijn op een relatief eenvoudige manier te installeren bij patiënten en bij artsen. Het is echter niet het technische instrument op zich dat een verbetering garandeert van de kwaliteit van zorgen en een verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt<sup>8</sup>. Het is wel de globale organisatieverbetering van de zorg aan de chronische patiënt, die mogelijk wordt dank zij informatica, die een gevoelige vooruitgang betekent voor patiënt en zijn familie.
- Diabeteszorg in de eerste lijn moet gemoderniseerd worden. Zorgtrajecten zijn een goed initiatief in deze richting. Patiënteneducatie is een belangrijk onderdeel van het zorgtraject en moet een goede plaats en een moderne vorm in de zorgketen krijgen. Het project sluit aan bij het concept van de Zorgtrajecten door de multidisciplinaire aanpak van diabetes type 2 in de eerste lijn.
- Waar de zorgtrajecten beperkt zijn tot groep 3, richt dit project zich naar een bredere doelgroep van patiënten met diabetes type 2, waar het effect van educatie en coaching vooral in het begin van de aandoening belangrijke complicaties kan voorkomen.
- De huisarts staat centraal in het opvolgen van de patiënt. Hij verwijst de patiënt naar een persoonlijk begeleidingstraject en voert regelmatige controles uit.
- Goede afspraken op basis van gestandaardiseerde procedures in de samenwerking tussen de huisarts en educator zijn noodzakelijk.
- Educatie moet modern en toegankelijk zijn: diabeteseducatie onder de vorm van audiovisueel multimediamateriaal, ondersteund door gepersonaliseerde coaching, aangeboden via tele-technieken, is een eigentijds alternatief aan de face2face educaties en kan deze in vele gevallen vervangen.
- Patiënten zullen meerwaarde halen uit de begeleiding op

maat – persoonlijke leefstijlcoaching in plaats van een standaard informatiepakket. Door een bijkomende training in coachingtechnieken kan de educator naar een nieuwe functie evolueren: in plaats van hoofdzakelijk informatieoverdracht zal de educator persoonlijke begeleiding uitvoeren.

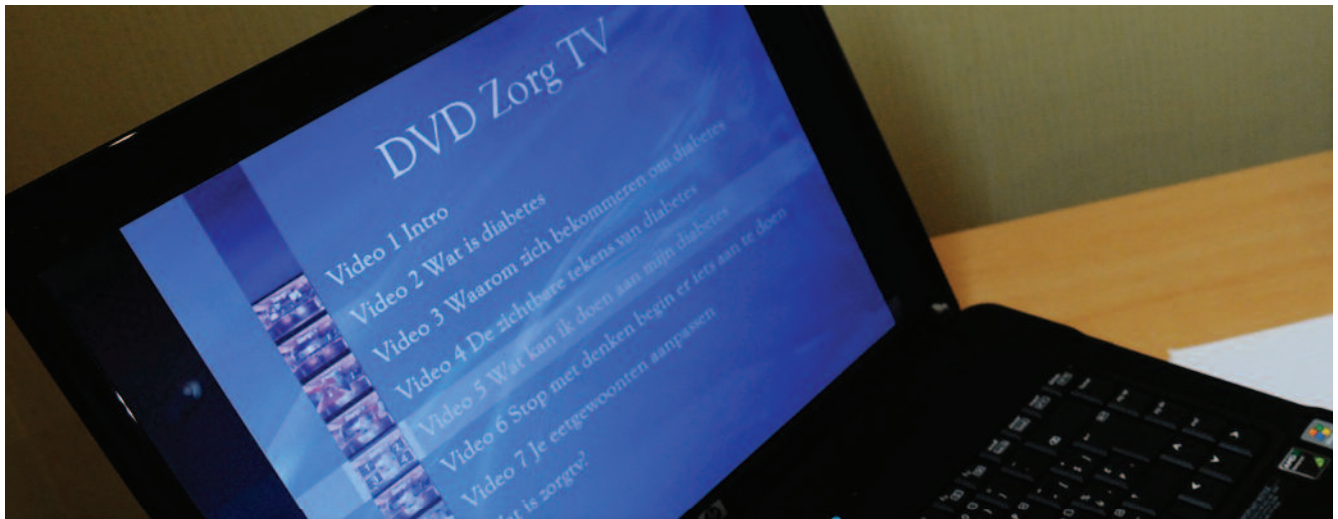
- De persoonlijke begeleiding kan op afstand gebeuren (met behulp van telefoon, videofoon, mail, skype en andere ICT toepassingen aanvaard door de patiënt).
- De projectpromotoren veronderstellen dat persoonlijke leefstijlbegeleiding van diabetici een positief effect zal hebben zowel in termen van medische uitkomsten als in termen van economische efficiency. Deze hypothese is gebaseerd op ervaringen van andere landen.
- Als leefstijlbegeleiding ingevoerd wordt, moet de kwaliteit ervan gegarandeerd worden. Bovendien is structurele inbedding in de gebruikelijke zorg in de toekomst noodzakelijk.
- Het concept van leefstijlcoaching is een algemeen concept en leent zich tot toepassing op patiënten met andere chronische aandoeningen. Telemonitoring is een technologie die voor sommige chronische aandoeningen binnen het concept van leefstijlcoaching kan toegepast worden.

Patiënt-empowerment staat binnen ZorgTV centraal. Een bewuste leefstijlverandering kan patiënten met chronische aandoeningen aanzienlijk helpen in de controle van hun eigen ziekte. Zelfs kleine dalingen van HBA1c hebben een belangrijke weerslag op complicaties van diabetes. Veranderingen in leefstijl kunnen de HBA1c doen dalen. Het klassieke concept van educatie wordt binnen dit project daarom gemoderniseerd en gepersonaliseerd: de kennisoverdracht, die nu bij iedere patiënt aan huis plaatsvindt, wordt in dit project onder vorm van een audiovisueel product op televisie aangeboden. Op deze manier kunnen niet alleen de patiënt maar ook de mantelzorgers de informatie ten allen tijden raadplegen. De educator krijgt in het project een nieuwe rol - die van een persoonlijke leefstijlcoach. Hiervoor krijgen de educatoren een training in motivational interviewing technieken. De persoonlijke ondersteuning van de patiënt gebeurt tijdens op voorhand geplande telefooncontacten. Deze aanpak geeft de mogelijkheid om patiënten langer en gericht te ondersteunen, en interactief het audiovisueel educatiemateriaal te gebruiken en de kennis en vaardigheden te toetsen.

Het project sluit aan bij het concept van de Zorgtrajecten door de multidisciplinaire aanpak van diabetes type 2 in de eerste lijn.

**7** Securing Europe's healthcare future: Chronic disease Management and health technology assessment – Prof. Dr. Reinhard Busse, Berlin University of Technology.

**8** The initiative for Sustainable Healthcare Financing in Europe – Second report. February 2009.



## ZorgTV - Project Methodologie

### 1. Onderzoeksconcept, partners en financiering

Het pilootproject ZorgTV is gestart als partnerschap tussen de partners:

- MLOZ: Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen
- Solidariteit voor het Gezin, dienst voor geïntegreerde thuiszorg
- Domus Medica, huisartsenorganisatie in Vlaanderen
- Voorzitters/vertegenwoordigers van drie huisartsenkringen
- VDV - Vlaamse diabetes vereniging : de grootste patiëntenorganisatie van Vlaanderen.

Het initieel overeengekomen onderzoeksconcept was vrij eenvoudig: het bij diabetes type 2 patiënten uittesten van educatie en coaching op afstand, gebruik makend van televisie. Op die basis wordt door de partners een projectfiche met budget opgemaakt en ingediend bij EFRO (Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling) in het voorjaar 2008.

In juli 2008 wordt het project mits voorwaarden goedgekeurd. Dit betekent dat het budget gedragen wordt door 3 financiële bijdragen: EFRO voor 40%, de Vlaamse Gemeenschap voor 40% en MLOZ voor 20%. De definitieve goedkeuring van het budget volgt in maart 2009, na correcties zodat aan de voorwaarden is voldaan.

In 2008 wordt een technisch lastenboek "ZorgTV" opgemaakt en overgemaakt aan 5 bedrijven. Geen van hen was in staat een volledige kant en klare oplossing aan te bieden die de

combinatie maakte van video op aanvraag en van videoconferentie in één enkel toestel.

Na het analyseren van de lastenboeken wordt besloten samen te werken met Belgacom, leverancier van tele-infrastructuur, digitale TV, videofooninstellingen, telefoon en GSM, ondersteund door de nodige software ontwikkelingen.

Een contractuele overeenkomst tussen het MLOZ als project promotor en Belgacom wordt opgesteld. Belgacom levert bij de testpatiënt en bij de diabetes-educator thuis een digitale modem met een abonnement op digitale televisie en installeert een videofoon voor de teleconferentie.

Bij die patiënten die geen digitale televisie wensen te ontvangen of waar dit onmogelijk is, wordt met een DVD speler en DVD gewerk, en wordt de begeleiding via een vaste telefoon verzorgd.

Met de partners wordt een medische stuurgroep opgericht met als leden:

- Vertegenwoordigers van de artsen
  - Ann Verhaeghen, voorzitter van VDV en endocrinologe ZNA
  - Jos Desmedt, ondervoorzitter Domus Medica
  - Alain Van Hevele, kring coördinator OMEHAK
  - Koen Van Den Abeele, kring coördinator HSL
  - André Franck, kring coördinator Wilrijk
- Vertegenwoordigers van de copromotor Solidariteit voor het Gezin:
  - An Debaere, verpleegkundig coördinator
  - Florence Colpaert, Stafmedewerker
  - Willy Vertongen, Directeur Gezondheidszorg
- Vertegenwoordigers van de promotor en initiatiefnemer MLOZ:
  - Irina Odnoletkova, Project Manager ZorgTV
  - Jan Van Emelen, directeur Innovatie

Op 10.01.2009 wordt tijdens de eerste vergadering van de medische stuurgroep het onderzoeksconcept verfijnd en verder uitgetekend. Er worden maximaal 25 patiënten geselecteerd op basis van inclusie- en exclusiecriteria.

Gezien het klein aantal patiënten dat kan worden begeleid in dit pilootproject (maximaal 25) wordt het onderzoeksopzet beperkt tot een technische haalbaarheidsstudie van tele-educatie en tele-coaching.

Het noteren en documenteren van weigeringen, incidenten, kritiek, reacties wordt als een registratie oefening door alle betrokken verstrekkers aangenomen. Het geheel van deze elementen wordt gebundeld in een beperkte kwalitatieve evaluatie. Medische resultaten worden niet geëvalueerd gezien het beperkte aantal patiënten, de beperkte middelen en het beperkte tijdsschema. Na het project kunnen wel hypothesen geformuleerd die mogelijks verder in andere onderzoeksopzetten kunnen getoetst worden.

### Videobibliotheek

Audiovisueel educatiemateriaal voor de videobibliotheek wordt geproduceerd aan de hand van de teksten van VDV. 7 modules van educatie (3 tot 5 minuten duur per module) worden gerealiseerd tegen begin juni 2009 en worden ingebracht in het portaal zorgtelevisie. Daarnaast worden fragmenten van de "Voedingsatlas" van Prof. Raoul Rooman en Annemie Vandesompele in de videobibliotheek opgenomen. Nuttige administratieve informatie vervolledigt het portaal. Medewerkers van MLOZ volgen hiervoor een specifieke opleiding bij Andromede. Een manuele voedingsatlas wordt ter beschikking gesteld van elke patiënt.

## 2. Selectie van patiënten en medewerking van huisartsen

Voor de deelname aan het project werden 3 huisartsenkringen gecontacteerd: Schelde-Leie, Oost-Meetjesland en Wilrijk.

Voor patiënten en voor de huisartsen werden informatiebrochures opgemaakt en verspreid via de huisartsenkringen (zie bijlagen).

De selectieprocedure werd gezamenlijk besproken en vastgelegd. MLOZ bezorgt aan de huisartsen de lijst van patiënten met een GMD (Globaal Medisch Dossier), die lid zijn van een van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Uit deze lijst kan de huisarts de patiënten selecteren en met hen de deelname aan dit onderzoeksproject bespreken. Indien de patiënt akkoord gaat wordt een informed consent ondertekend door de patiënt (in bijlage).

Door de stuurgroep wordt de selectie van de patiëntenpopulatie op punt gesteld en gevalideerd. In oorsprong werden

strikte inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Na verder overleg en praktische beschouwingen wordt bepaald dat de doelgroep zeer breed is en vooral bestaat uit beginnende diabetespatiënten en patiënten die op orale antidiabetica staan. Enkele exclusiecriteria worden weerhouden.

De weerhouden inclusiecriteria voor de patiënt:

- medisch
  - de patiënt is voldoende mobiel
  - de patiënt doet beroep op thuisverpleging van SVHG of er is nog geen thuisverpleging ingeschakeld
  - de patiënt heeft nog geen educaties gekregen
- administratief
  - de patiënt is lid van een van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
  - de patiënt heeft voldoende kennis van de Nederlandse taal
  - de patiënt woont thuis of op een service-flat
- technisch
  - de patiënt beschikt over een televisietoestel
  - de patiënt heeft een analoge telefoonlijn van Belgacom

De exclusiecriteria zijn:

- de patiënt heeft meer dan 2 insuline-inspuitingen per dag (deze patiënten komen in andere structuren terecht)
- de patiënt heeft zintuiglijke beperkingen (zicht, gehoor, ...)
- de patiënt is palliatief
- de patiënt heeft cognitieve beperkingen
- de patiënt is hoogbejaard
- de patiënt verblijft in een ROB/RVT

Uiteindelijk worden gedurende zes maanden 9 patiënten via Belgacom digitale televisie en videofoon begeleid, en 9 patiënten via DVD en vaste telefoon.

## 3. Projectverloop

Het projectverloop wordt juridisch ondersteund door ICRI, Interdisciplinary Centre for Law and ICT. Het project werd ingediend bij de ethische commissies van het ZNA ziekenhuis Jan Palfijn en van Domus Medica.

De diabeteseducatoren volgen bij ISW- Instituut voor Stress op het Werk (prof. W. Van Der Borgt) een gespecialiseerde bijkomende vorming van anderhalve dag in individuele patiëntenbenadering.

Na de rekrutering via de betrokken huisartsenkringen en de installatie van de videofoon en digitale televisie of DVD-speler (bij patiënten waar digitale televisie nog niet beschikbaar is) kan de educatie van op afstand door de diabetesverpleegkundigen starten.

Voor de aanvang van de educatiesessies wordt de huisarts

door de diabetesverpleegkundige gecontacteerd om de belangrijkste gegevens door te geven en af te spreken welke onderwerpen door de diabetesverpleegkundige zeker dienen besproken te worden.

Voor aanvang van de educatiesessies is een huisbezoek bij de patiënt door de educator noodzakelijk. Dankzij dit persoonlijk contact de diabeteseducator in staat om de nodige afspraken te maken en na te gaan of de patiënt overweg kan met de apparatuur.

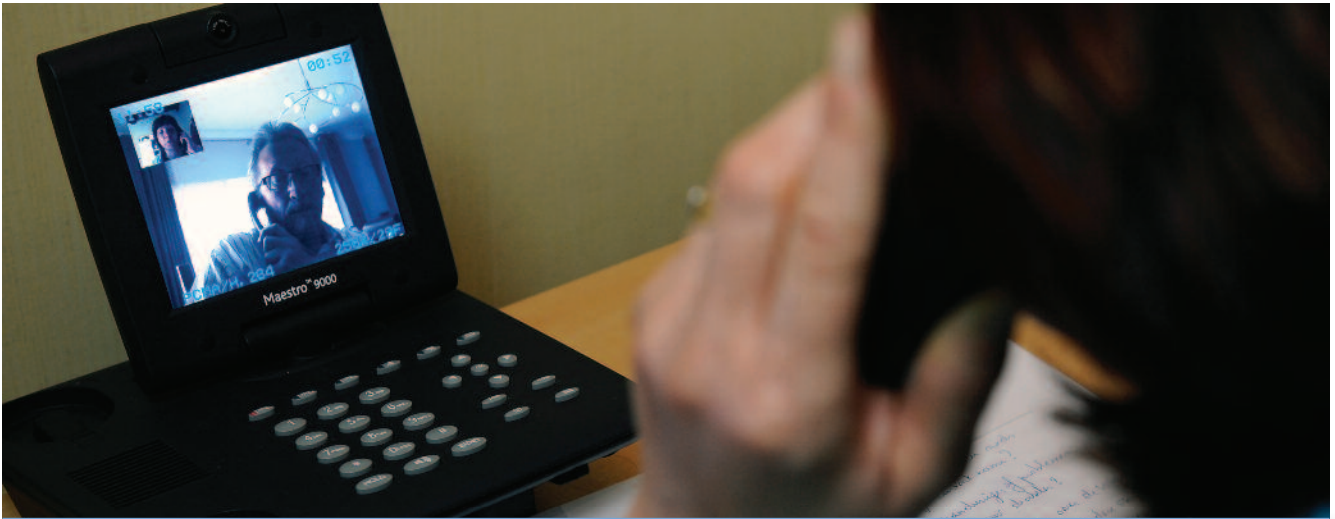
De diabetesverpleegkundige bepaalt samen met de patiënt én na overleg met de huisarts de te behalen doelstellingen.

De diabetesverpleegkundigen spreken met de patiënt datum en uur af van de educatiesessies. Deze vinden meestal overdag plaats op een vast tijdstip in de week, maar kunnen ook 's avonds plaatsvinden. Een educatiesessie duurt telkens ongeveer 30 minuten. De frequentie van de educatiesessies wordt met de patiënt afgesproken en verliep volgens een degressief systeem. Bij de aanvang zijn de contacten met de patiënt frequenter. Naast de afgesproken contacten met de patiënten, wordt haar/hem ook de mogelijkheid gegeven om bij problemen of vragen de hulp van de diabetesverpleegkundige in te schakelen. Van deze gelegenheid wordt weinig gebruik gemaakt.

In overleg met de Medische Stuurgroep wordt door de studiecél van MLOZ, een protocol ontworpen dat goedgekeurd wordt in maart 2009.

In het kader van de EFRO administratieve verplichtingen worden twee tussentijdse rapporteringen gerealiseerd en positief beoordeeld. Het project wordt verlengd tot eind juni 2010, wat toelaat de effectieve testperiode bij patiënten te realiseren.

Persconferenties worden georganiseerd op 21.06.2009 en op 29.06.2010 bij begin en einde van het project.



## ZorgTV - Project Evaluatie

### 1. Doel van de evaluatie van het pilootproject ZorgTV

Het pilootproject ZorgTV is als haalbaarheidsstudie opgestart om na te gaan welke mogelijkheden en obstakels zich kunnen voordoen om het concept "coaching en educatie op afstand" te implementeren.

Meer specifiek werden de doelstellingen van het project als volgt omschreven:

- 1 Onderzoeken of educatie en coaching op afstand via een videotelefoon een persoonlijk contact met de patiënt kunnen vervangen.
- 2 Onderzoeken of een laagdrempelig telefonisch contact met een deskundig persoon en de beschikbaarheid van gevalideerde informatie bijdragen tot een beter inzicht in de ziekte en leiden tot "empowerment" van de persoon.

De evaluatie is in deze context opgezet als een kwalitatief explorerend onderzoek en richt zich enerzijds op het bijsturen van het proces als dit nodig is, anderzijds op het identificeren van leermomenten met het oog op de uitbreiding van het project in structurele dienstverlening.

De kwalitatieve gegevens werden op een gestandaardiseerde wijze verzameld op een aantal vooraf opgestelde registratieformulieren en via semi-gestructureerde interviews met de diverse betrokken actoren.

Een wetenschappelijke studie naar gezondheidseffecten van tele-educatie en tele-coaching was niet mogelijk in het kader van dit project door een te beperkte interventiegroep en duur van het project.

Hieronder vindt u het verslag van de feedback van projectdeelnemers op de door ons gestelde evaluatievragen.

Deze samenvatting geeft een idee over de ervaringen en percepties van ZorgTV vanuit het perspectief van de patiënt, de verpleegkundige en de huisarts – actoren die bij het testen van deze innovatieve interventie betrokken zijn geweest.

### 2. Interviews met actoren

#### A. Educatoren

#### Verschil tussen educaties aan huis en sessies van tele-coaching.

Tele-coaching verloopt anders dan de klassieke aan huis "diabetes-educatie" waarbij de verpleegkundige een aantal huisbezoeken aflegt om aan de patiënt de nodige uitleg te geven. Binnen de diabetes-educatie is kennisoverdracht de belangrijkste doelstelling. Bij een tele-coaching sessie wordt de patiënt zelf zoveel mogelijk aan het woord gelaten. Door de techniek van "motivational interviewing" wordt de persoon met diabetes gestimuleerd om in het omgaan met zijn aandoening een actieve en assertieve positie aan te nemen en concrete doelstellingen te formuleren die aan zijn persoonlijke levenswijze gebonden zijn.

Het aansturen van zo'n gesprek vereist speciale vaardigheden. Educatoren kunnen zich slechts deels op het gesprek voorbereiden. Aangezien de reacties van de patiënt centraal staan moet de educator voldoende flexibel zijn om op de verschillende wendingen van de conversatie te kunnen inspelen.

Een educatiesessie duurt 30 à 40 minuten. De frequentie wordt door de educator en de patiënt gezamenlijk bepaald in functie van de kennis en de begeleidingsbehoefte van de patiënt. In het begin wordt het contact gemiddeld één keer per week gelegd, daarna ter opvolging één keer per maand.

Bij telefonisch contact gaat men efficiënter om met de tijd dan bij de klassieke educatie.

"Op het moment dat men inbelt (en dus de sessie begint) moet alles klaar liggen, - schrijfgerei, documenten. Bij een patiënt thuis kan men nog even op dreef komen, koffie drinken... Bij een telefoon begint alles onmiddellijk". "Daarom is het ook belangrijk om die tijdstippen exact af te spreken, met de agenda's erbij."

"Omwille van het feit dat slechts 30 minuten voorzien is, wordt de sessie beter gepland. Beide partijen zijn gefocust op die korte tijdsperiode om iets af te werken."

Tele-coaching kan huisbezoeken gedeeltelijk vervangen.

*"Een eerste huisbezoek is wel noodzakelijk en kan niet overgeslagen worden."*

"Voor educatie over theorie kan alles via de videofoon, voor informatie over insluiting, voor informatie over hoe een flacon te veranderen kan dit beter nog met face tot face bezoek, d.w.z. voor insuline-afhankelijke patiënten is soms contact ter plekke nodig."

Bij het maken van afspraken werd rekening gehouden met de privé-agenda van patiënt.

"Mensen hebben andere afspraken, willen niet speciaal thuis blijven om op een telefoon te wachten voor die educatie, willen hun vrijheid houden om andere activiteiten te kunnen doen; de kantooruren van educatoren moeten flexibeler zijn dan bij de gewone educatie; kantooruren "breiden uit".

### Rol van de videobibliotheek en de videocommunicatie

Samen met de patiënt bekijkt de educator een fragment van de videobibliotheek. Vervolgens bespreken ze samen dit stuk "theorie" om een omslag ervan in de praktijk te kunnen maken. De videobibliotheek op zich kan de persoonlijke begeleiding niet vervangen:

"Het contact is belangrijker dan de filmpjes, maar de filmpjes zijn wel de kers op de taart."

De videobibliotheek heeft bij patiënten de behoefte aan meer informatie aangewakkerd.

"Men verwacht een uitgebreider bibliotheek, bv. over dieet, recepten, over voeding in het algemeen, meer praktische informatie over mogelijke complicaties bij diabetes."

Het gebruik van videofoon zorgt voor een intenser contact tussen educator en patiënt.

"Mensen zijn meer gefocust dan wanneer er face to face contact is. Mensen zijn meer geconcentreerd op de telefoon, ook omdat ze weten dat er slechts een sessie is van 30 minuten. Bij een huisbezoek lijken patiënten minder gefocust en makkelijker afgeleid door de omgeving."

"Het is zeer goed om de reacties van de persoon te zien; bij enkel telefonisch contact is er minder contact, het visueel contact is een groot gemis."

### Wat zou in de toekomst moeten verbeteren?

Educatoren moesten teveel energie steken in het oplossen van technische problemen te wijten aan de installatie en het functioneren van de apparatuur.

Samenwerking met de huisarts is een belangrijk element in het behandelingstraject. Voor het opstarten van de coaching sessies is bepaalde medische informatie vanuit het Globaal Medisch Dossier noodzakelijk. Voor deze reden werd een informatie-overdrachtsformulier ontworpen die de huisartsen aan de verpleegkundigen overmaken. Het bekomen van het informatie-overdrachtsformulier liep niet altijd vlot waardoor tijd verloren ging. Duidelijke afspraken in communicatie tussen huisarts en verpleegkundige zijn wenselijk.

Samenwerking met andere zorgverstrekkers werkt ook in het voordeel van de patiënt. Er zijn immers afspraken nodig met een podoloog of met een diëtiste.

### Conclusies:

- **Educatie op afstand lukt. Er is geen afstand met de patiënt voelbaar.**
- **De opleiding in "motivational interviewing" is een belangrijke vorming voor de educatoren.**
- **De voorkeur van educatoren gaat uit naar video-communicatie.**

### B. Patiënten

#### Waarom beslist een patiënt deel te nemen aan Zorg TV?

- *Behoeft aan informatie en begeleiding*  
Mensen willen meer weten over hun aandoening, maar willen ook weten wat ze zelf concreet kunnen doen om hun diabetes beter onder controle te krijgen en hoe ze dit moeten doen.
- *Toegang tot laagdrempelige ondersteuning*  
Respondenten geven aan dat ze eigenlijk vermijden om naar de huisarts te gaan wanneer het niet hoogdringend is.

"Was er iets dat u speciaal aantrok in dat project?"

"Eerst en vooral de kennismaking met mijn ziekte, ( ...) kennismaking met diabetes, dat was wat mij boeide op dat moment, hoe dat eigenlijk ontstaat bij ons." "Maar dan ook ten tweede, de mogelijkheden om er iets aan te doen. (...) en vooral, het dieet dat moet gevolgd worden, en dat is moeilijker om met de dokter over te praten."

"(...) Omdat je meer uitleg zou hebben over wat zulke ziekte eigenlijk is. (...) want de mensen durven daar niet over spre-

ken, nu durven ze al eens zeggen, wij hebben ook suiker. Vroeger zou je dat niet geweten hebben.(...) En van wat dat eigenlijk voortkomt, en wat je er tegen kan doen allemaal ook.”

“Ik heb direct positief geantwoord omdat ik me vragen stelde, suiker, akkoord, maar wat moet ik doen en hoe moet ik dat doen? En hoe kan je het volhouden?”

“Wel, interessant, ne keer kijken wat dat geeft. Tenslotte, misschien een verbetering voor de conditie en voor het suiker... (...)Maar je had er niet direct nood aan? Neen, zeker niet, want had de educator dat niet gevraagd, ik had er niet aan gedacht, ik wist niet dat dit bestond.”

### Algemene beoordelingen en effecten

- Meer inzicht in de aandoening en de effecten van eigen acties op de gezondheid.
- Verandering van gedrag: men past voedingsstijl aan en men let meer op ingrediënten.
- De coaching wordt geapprecieerd; voor sommigen had deze veel vroeger moeten komen.

### Wat heeft Zorg TV voor u betekend?

“Je bent er meer mee bezig (diabetes), dat is het verschil.”

“(...) het is een vorm van een druk. Je voelt u nooit niet meer op uw gemak; ge denkt altijd ben ik nu wel aan het goed doen of ben ik niet goed aan het doen? Dat heeft mij wel een beetje gefrappereerd, dat ik een beetje onder druk stond.”

“Het spijtige is dat we zo lang hebben moeten wachten voor zoiets... ik ben 72, ik heb dat al een hele tijd (diabetes), het is natuurlijk langzaam verlopen, ik had veel cholesterol, ik had een zittende job. Had dat een beetje vroeger geweest, ik had me misschien wat vroeger ingehouden. Qua eten, bv. een beetje meer dieet.

“Het bijzonderste dat ik er aan vind is dat als je dat volgt, dat je meer bewust bent, als je dan niet doet, je weet dan misschien wel dat je een probleem hebt, maar je staat er absoluut niet bij stil. En door dat te zien, dan zeg je, inderdaad, ik moet opletten.”

“Meer bewegen, dat dat goed is, bewegen is altijd goed, maar dat dat effectief een invloed heeft, stond ik ook niet bij stil. Kleine zaken, die de medische wereld heel normaal is, maar die als patiënt, waar je niet bij stil staat. Vandaar, een eenvoudige uitleg, eenvoudige verwoording, bij een dokter heb je dat ook, als ze medische termen spreken dat je dat niet verstaat, maar begrijpbare taal is veel aannemelijker voor iemand die niet in die wereld zit.”

“Ik ben zeer verbaasd geweest wat ik allemaal kan doen. Als je dat bekijkt, die filmpjes, (...) het is enorm wat je er allemaal kunt voor doen, en welke symptomen je dan herkent en dan nadien kunt weglaten! Dat je zelf kunt, volledig op uw eigen, kunt doen, zodat je niet alle vijf voeten naar de dokter moet gaan.”

“... ik ben zeer content dat ik daar aan mee gedaan heb. En ook, ik loop misschien vooruit, dat ik de educator mag oppellen als ik een probleempje heb. Of dat ik aan iets twijfel.. of eventueel dan aan de huisarts, dat ze mij doorverwijst. Dat is positief.”

“Meestal als ik ergens kom, dat ik eerst kijk wat er op de pakjes staat. (...) Vroeger deed ik dat niet. En nu ga ik zelfs de kleine letters bekijken. En ik denk, dat ik na zo een tijd, wanneer ik iets toevallig zou eten of drinken met suiker, dat ik het wel zou proeven.”

“(...) zodra de educator gekomen is, hebben we het eten aangepast. Vroeger at ik laat ons zeggen 6 sneden brood, en dat ik er nu nog 2 eet. Een beetje minder vlees, toespisjes een beetje aanpassen. Mevrouw: dessert wordt anders gemaakt met een andere zoetstof, waar je ook mee mag bakken. Dat is beter dan de gewone zoetstof.”

“Ja, eigenlijk ik denk er meer over na, ik denk meer na over wat ik doe. Als ze dat u zeggen, de dokter, opletten, dat niet en dat niet, dat laten, in het begin, ja, maar na een tijdje, gaat dat naar beneden. (de aandacht ervoor). Maar als je constant daarmee geconfronteerd wordt, als je naar Zorg TV zit te kijken, dan ben je daar mee bezig. Je bent er constant mee bezig. Nu controleer ik elke dag mijn voeten, inwrijven, naar een podoloog gaan. Dat deed ik vroeger niet, nu is dat routine geworden.”

### Wat is precies de behoefte aan contact (met educator maar ook met anderen)?

- Het contact met de educator is een essentieel element om nieuwe verworven inzichten te verwerken of zelfs te verwerven.
- Het liefst heeft men dezelfde contactpersoon als coach.
- Behoefte om door een deskundige opgevolgd te worden.
- De mogelijkheid om iemand op te kunnen bellen met een vraag is belangrijk.
- Er is nood aan ontmoeting en gesprek met andere “lotgenoten”.

### Vraag: Zou de videobibliotheek alleen voldoende zijn? Heb je dan nog iemand nodig om af en toe te kunnen bellen? Of mag de begeleiding wegvallen?

“(...) er zou moeten nog altijd de mogelijkheid bestaan om in contact te treden met iemand.”

“Neen, dat is uitgesloten. Omdat die uitleg onvoldoende is (...) men begint te formuleren met termen, waar wij geen jota van afweten, (...) het is niet nodig dat ze ons die medische termen geven, eigenlijk, daar hebben wij als gewone mensen toch niets aan, je moet dat in leken taal kunnen omzetten, (...) wat dat betekent...”

“Het contact, is veel intenser met iemand aan de telefoon, dan dat ge begint naar Tv te kijken. Ja, je zal het zo rap niet doen, alleen beginnen naar TV te kijken. En je vraagt regelmatig uitleg aan Karin (educator), bij wat je ziet; en dat kan je bij een TV niet.”

“Voor mij is het belangrijkste... wel, het een kan niet zonder het andere, jij kijkt er naar, en jij vraagt, dat en dat, en zij geeft er uitleg over. Dat vind ik interessant; voor mij kan je het niet splitsen.”

“Nu ik heb die filmpjes gezien, en in combinatie omdat te kunnen bespreken met de educator is dat wel goed, je kan niet blijven herhalen (de filmpjes). (...) Je gaat er zo diep niet op in. Het is meer oppervlakkig als je het filmpje alleen ziet, zonder dat je het daarna eens kunt becommentariëren.”

“Weten dat ik zou gevolgd worden, dat ze altijd gereed sta. Dat is een ruggesteun voor mij. Ik kan me indenken dat het voor bepaalde mensen ook niet voldoende is. Dat ze meer een bezoekje of meer een telefoontje willen. Ik ga mij niet als de sterkste voorstellen, maar mensen die minder in de sociale contacten zijn, en die wat tekort hebben, dat ze rapper loslaten.”

“Ik ben zeer blij geweest dat ik daar met haar kon over praten en dat ze me helpt.”

“Je houdt u een beetje in om naar de educator te bellen, en beetje uit fierheid, zeg je, omdat je het zelf wil doen. Nu ook, ik wil bewijzen dat ik daar mee bezig ben, dat ik onthou wat ze zegt, maar als het nodig is zal ik ze bellen. Maar ik weet wel dat ze het mij niet kwalijk zal nemen dat ik bel, integendeel. Nu wacht ik tot ze zelf belt.”

“Wat heb je liefst, dat je de educator kunt bellen of dat die bij jou thuis komt? - “Ik heb er geen bezwaar tegen dat die persoon komt, maar ik heb het even gemakkelijk met de telefoon.”

“Wat ik wel goed vind is dat ik eerst eens persoonlijk contact heb gehad met die educator. Dat het niet uitsluitend op beeldscherm is dat je die persoon kent. Dat doet veel. De educator is hier maar een keer geweest. Je hebt meer vertrouwen als je die eens gezien hebt.”

“Ik heb de educator een voorstel gedaan op een bepaald moment, om de mensen die erbij betrokken zijn (bij het project) bij elkaar te verzamelen en ze vragen te laten stellen tegelijkertijd. (...) In groepsverband, ja. En ook kunt ge dan tegelijk eens van gedachten wisselen met uw burens (...). Ik zou daar iets aan hebben. Ik denk dat, want ik praat graag eens met iemand anders ook, en wat zijn belevissen zijn daarop...”

“(...) in gemeente ken ik momenteel niemand die diabetes is, het is mogelijk dat er hier in de straat 2 of 3 zijn, en ik weet het niet. En je kan mensen in contact laten komen.”

### Visueel contact of telefonisch?

Het is overduidelijk dat de voorkeur uitgaat naar een visueel contact met de coach; dit kan geenszins vervangen worden door een uitbreiding van de bibliotheek of door wat dan ook.

“De educator is hier dikwijls geweest”.  
Echtgenoot: “Hij is maar één keer geweest hier thuis.  
(Respondent:) “Ah, ja, het is juist, aan de telefoon is educator elke week geweest. ... Alsof dat die hier geweest is. Dat is

juist. De educator is maar een keer geweest en de rest was via het scherm (videofoon).”

“Ik denk dat het beter is om (visueel) contact te hebben met iemand, je kan gemakkelijker een vraag stellen.”

“Ja, persoonlijk contact... het is hetzelfde, moest jij me nu de vragen stellen per telefoon, dat zou hetzelfde niet zijn. (...)”

“Ik vind dat zo goed als in huis komen (videocontact); je ziet elkaar, he, je ziet wel niet veel, elkaars hoofd, maar je ziet elkaar toch, hé.”

### Inhoud van de bibliotheek

Er zijn respondenten die de videobibliotheek ter beschikking hadden, anderen hadden de DVD ter beschikking. We maken hier geen onderscheid.

- De videobibliotheek is een goede steun voor de patiënt, - de wetenschap dat men terug kan keren naar de basisinformatie.
- De bibliotheek mag uitgebreider zijn en moet voorzien worden van meer praktische voorbeelden en leefstijltips.
- De bibliotheek is nog te medisch-technisch, te moeilijk voor veel respondenten (de respondenten die deelnamen zijn geen actieve 50-ers).
- Men verwacht dat de bibliotheek regelmatig bijgevuld of up to date gehouden wordt, zo niet verdwijnt de aandacht.

“Het scherm was nogal medisch verantwoord waarschijnlijk wel, maar voor mijn part een beetje te hoogstaand, qua formulering. Het is mooi en eenvoudig uitgelegd in dat filmpje, maar toch, die termen ... zijn wij niet gewoon om te gebruiken, ik zal het zo zeggen.”

“Het zou een beetje langer mogen zijn, het zou wat uitgebreider mogen zijn.”

“Aanvullingen? “Misschien voor de bereidingen van gerechten... Ik heb boeken gekocht voor bereidingen te hebben. Dergelijke zaken zijn er niet bij op de bibliotheek. (...)”

“Versta je, dat moet ik aanpassen; het volume en het vetgehalte. Daar heb ik een beetje meer problemen mee dan met het suiker te laten. (...) Wel, ja, hoe zou ik zeggen, die hoeveelheden, kijk, dat is, daar geraak ik nog soms niet aan wijs.”

“Ik vind dat goed genoeg. Ja. Natuurlijk, je kan niet weten dat er iets beter is, maar ik zou niet weten wat. Ook om verder te doen, voor mij geen probleem om verder te doen, maar ik zou niet weten wat er verder kan gebeuren om beter en verder te doen.”

“Maar er is ook al veel veranderd op de TV buiten in het begin. Er komen regelmatig nieuwe dingen bij. Ik kijk regelmatig.”

“Ze (Zorg TV) hebben een beginstadium gemaakt, beginvideootjes, maar ze gaan niet verder. Het wordt niet snel genoeg aangepast. Want als ge gaat kijken, is er iets nieuws? Neen, het is nog altijd hetzelfde...”

“Het is nogal sober, bv. sexualiteit, daar staat niets over erectiestoornissen, alsof ze benauwd zijn om het uit te spreken. (...) Van de ogen hebben ze ook niet zoveel gezegd. (...) Dat blindheid ook tot de risico's hoort zou ook moeten duidelijker aangegeven worden.”

### Zorg TV en huisarts

- Patiënten zijn terughoudend voor een frequent of uitgebreid consult bij hun huisarts. Zij realiseren zich dat de huisarts drukbezet is.
- Er is de perceptie dat een huisarts doorgaans geen tijd heeft om de diabetes patiënt voldoende lang te kunnen begeleiden
- Een huisarts kan zich ook niet voldoende specifiek bezighouden met één persoon of met één aandoening.

“Onze huisarts, hij legt graag uit als het nodig is, als je vragen stelt krijgt ge een grondige uitleg, maar ge begrijpt ook op een consult, kan je niet beginnen praten tot en met, he. En dat was het voordeel van dat hier (het project).”

“Stel dat er geen educator is, en dat het allemaal via uw huisarts moet doen? Niet te doen, niet te doen. Ik zou dat die mens niet willen aandoen trouwens. (...) als er 5 of 6 mensen in de wachtzaal zitten, om daar een uur bij te blijven praten, dat gaat eenvoudig niet..”

“... een heel goede dokter, niets van te zeggen, maar die mens heeft zodanig veel werk dat hij ook niet altijd specifiek iedere persoon dagelijks kan begeleiden, en een curve geven, omdat je dan vier keer moet gaan...”

“Mocht ik nu zeggen, we gaan de educator wegdoen, en je moet het allemaal met de dokter doen, wat zou je daar van zeggen? (...) De dokter, wanneer ga je daar ook naartoe, he. Je geraakt er ook moeilijk bij, he, versta je. Dat is nu zeer gemakkelijk, je hebt de telefoon, maakt dat je thuis bent, ik denk dat ik op gans die tijd slechts een keer niet thuis was, dat ik niet op tijd thuis geraakt was.”

### Intentie om verder te doen

- Over het algemeen wil men verder gaan, onder bepaalde voorwaarden:
  - ✓ regelmatige aanpassing van de inhoud van de videobibliotheek met aanvulling van concrete tips
  - ✓ mogelijkheid om telefonisch contact te hebben
  - ✓ eenvoudige installatie zonder technische problemen
- De reeds beter geïnformeerde respondenten zijn eerder terughoudend, willen niet verder doen, omdat het hen niets nieuws heeft gebracht aan informatie.

### Heb je de intentie om het verder te zetten?

“Absoluut, ja, er zou nog een CD opgemaakt worden, en ik ga hem bekijken, en als ik vragen heb ga ik ze stellen., desnoods aan de dokter zelf. Maar er over studeren ga ik niet doen, ik wil zo lang mogelijk gezond blijven en zo lang mogelijk niet dat spuitje moeten krijgen. Ook daarover zou ik graag eens met andere mensen praten.”

“Ik kan het moeilijk zeggen, ik denk dat je na zes maanden al veel hebt opgestoken. Ik weet niet hoe ver in dan ga staan.”

“Ja, niet alle weken, maar toch, ja. Voor meer te weten.”

“... het brengt verplichtingen mee en ik zie niet in dat men mij kan vooruit helpen. Behalve dan die voedingstips? Ja, dat wel, maar voor de rest...”

“Ja, ja, ik zou dat wel verder willen doen. Ja, zeker, in mijn geval. Omdat ik gewaar word dat ik begeleiding nodig heb, omdat het anders niet lukt. Bij mij is dat voldoende, dat je elke week eens een gesprek kan hebben. Ja, maar nu is maar alle maanden meer. Terwijl alle 14 dagen beter is voor mij. Alle maanden is wat te weinig. (...) Ik ben eventueel bereid om zelf de kosten te dragen(...) Hoe dat dat in de toekomst zal zijn, hoeveel dat zal kosten? Dat zou ik graag eens weten.”

## C. Huisartsen

### Hoe verliep de rekrutering van huisartsen voor deelname aan ZorgTV?

Huisartsen werden via 3 huisartsenkringen aangesproken om aan het project (tegen vergoeding) deel te nemen. 27 artsen hebben op dit aanbod positief gereageerd. Via kringverantwoordelijken werd feedback van huisartsen verzameld. Als belangrijkste redenen van weigering zijn de volgende aangegeven:

- ✓ Het project zal extra werkbelasting met zich meebrengen;
- ✓ Het project is niet voor alle patiënten opgezet maar enkel voor leden van MLOZ;
- ✓ Patiënten moeten technologie van Belgacom gebruiken. Huisartsen willen geen promotor van een bepaald bedrijf zijn;
- ✓ Het project is een mooi initiatief maar patiënten zijn nog niet klaar voor actief gebruik van innovatieve technologieën.

### Welke drempels zagen de kringverantwoordelijken bij de rekrutering?

“...Vele artsen zagen in ZorgTV een opportuniteit om iets over multidisciplinaire samenwerking te leren en hun patiënt extra begeleiding aan te bieden. Het blijkt echter niet gemakkelijk te zijn om alle huisartsen enthousiast te maken voor een nieuw project of initiatief. De reden hiervoor is onder meer de reeds goed gevulde consultatieagenda's van huisartsen. De rekrutering via de kring is niet evident omdat niet iedere arts de kringvergaderingen bezoekt. Daarnaast zijn huisartsen maatschappelijk overvraagd. Projecten waarin ze worden geëngageerd, dragen veelal niet bij tot bereiken van de vooropgestelde doelen (zorgtrajecten bijvoorbeeld brengen vooral administratief werk en weinig echte multidisciplinaire samenwerking). Dit zou soms een negatieve houding veroorzaken ten opzichte van nieuwe projecten....”

### Wat vond u als huisarts van ZorgTV?

“Het project Zorg TV kan ik alleen aanraden aan mensen indien het verder opgevolgd wordt. Indien het project na enkele maanden stopgezet wordt, zal er geen blijvend resultaat zijn; het effect zal snel verloren gaan. Er zou minimum tweemaal per jaar een opvolging moeten zijn van de personen.”

“Zorg TV heeft zeker een meerwaarde; de persoon die ik door- gaf is meer gemotiveerd om iets te doen aan zijn diabetes en is zich meer bewust van de noodzaak om er iets aan te doen. Het is wel aangewezen om een aantal aanpassingen te doen zodat mensen makkelijker kunnen instappen; het gaat om de technische voorwaarden, zodat mensen van beide netten (Telenet en Belgacom) er kunnen instappen zonder te veel technische problemen.”

“Goede resultaten, patiënt is tevreden. Ik zou het niet zomaar aan iedereen aanraden, bv. niet aan patiënten van 80+ in een landelijke omgeving, omwille van de technologische ele- menten die erbij komen. Wel aan te raden voor actieve 50-ers of 60-ers, die wat begeleiding kunnen gebruiken en willen.

“Hoe meer uitleg en informatie, hoe beter, want iedereen is geïnteresseerd in zijn gezondheid. Het was ook positief dat mensen konden informatie verwerken op hun eigen tempo...”

“Ja, ik zou het wel aanraden, mensen zijn er wel mee gediend. Het helpt hen om te focussen, om meer aandacht te hebben en meer te volgen. Het is wel belangrijk om te screenen vooraf wie daarvoor in aanmerking komt. Verder heb ik geen concrete verbetervoorstellen. Het is goed gelopen. Het werk voor de huisarts was niet te zwaar.”

“Het is wel belangrijk om de kosten tegenover de baten af te wegen, wanneer het project op brede schaal zou opgezet worden. Voor sommige mensen zal het baat hebben, voor andere mensen niet...”

“Uiteindelijk is het doel van zo'n programma om de compli- caties van diabetes te vermijden of uit te stellen. De uitda- ging is om niet alleen de enthousiastelingen mee te krijgen, maar ook de moeilijke groep die vanaf het begin niet gemo- tiveerd is...”

“Dat is super goed gelopen bij mijn patiënt, ik had de indruk dat ik tegen de muren aan het spreken was, maar sinds hij in het project zit, zijn de medische labwaarden spectaculair ver- beterd. Het is een man met een heel druk leven, had niet veel tijd om met zijn diabetes bezig te zijn. Dus het feit dat het voor jullie (het project) na zijn werkuren kon, heeft veel verschil ge- maakt. De man hoopt natuurlijk op een verdere begeleiding. Dus het mag zeker verder gezet worden voor hem.”

## Conclusies

- **Tele-coaching is een toegevoegde waarde voor perso- nen met diabetes. Dat mensen de informatie en bege- leiding op maat krijgen en op hun eigen tempo kunnen verwerken, zijn belangrijke elementen voor het succes van het programma.**
- **Verdere opvolging van de huidige projectdeelnemers via tele-coaching is wenselijk. De continuïteit van de bege- leiding is cruciaal.**
- **De doelgroep moet goed gedefinieerd worden. Huisart- sen zouden ZorgTV ook aan andere patiënten met dia- betes adviseren die in aanmerking komen voor het programma.**

- **De technische voorwaarden moeten vereenvoudigd worden zodat de toegankelijkheid voor de ganse markt verzekerd kan worden.**
- **Tele-coaching ondersteunt de zorg voor patiënt in de eerste lijn. Selectie en rekrutering van patiënten is een bijkomende taak voor de huisarts. Maar eens het project gestart is, wordt van de huisarts niet veel gevraagd.**



## ZorgTV - Bespreking

Terwijl in hoofdstuk "Evaluatie" de feedback van individuele actoren in kaart is gebracht, worden in dit hoofdstuk standpunten van de deelnemende organisaties opgenomen. Deze plaatsten het project ZorgTV in een breder perspectief van de evolutie in de zorgsector.

Bij de bespreking staan de volgende vragen centraal:

- Vanuit welke visie heeft uw organisatie deelgenomen aan het project ZorgTV?
- Welke zijn de leermomenten?
- Hoe ziet u de ontwikkeling van educatie coaching (op afstand) van patiënten met chronische aandoeningen in het strategische perspectief?



### De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen en ZorgTV

**Irina Odnoletkova, Project Manager Innovaties:**

"De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen kijkt naar de evolutie van de traditionele rol van de ziekenfondsen. Onze strategische focus ligt op ontwikkeling en aanbod van nieuwe services met toegevoegde waarde voor onze leden. Dit aanbod moet zich in eerste instantie vormen door een permanente zoektocht naar "evidence based" praktijken, d.w.z. services met bewezen positieve effect. Met het solidariteitsprincipe als basis van het gezondheidszorgsysteem zien we onze verantwoordelijkheid in het steeds efficiënter gebruik van de bijdragen van onze leden.

Met ZorgTV wilden we de haalbaarheid van het concept "tele-educatie en -coaching" in België toetsen, en dit is ons gelukt. Het concept heeft zich in andere landen al bewezen. Toch moet de aanpassing aan de lokale praktijk niet worden

onderschat. Als technologie op zich eerder gemakkelijk geïmporteerd kan worden, eist de organisatie van een nieuw samenwerkingsmodel veel inspanningen, en vooral goede afspraken tussen huisartsen, educatoren en patiënten."

**Jan Van Emelen, Directeur Innovatie:**

"Het is duidelijk dat de Onafhankelijke Ziekenfondsen dit initiatief samen met partners verder wil ontwikkelen tot een degelijke service- aanbod van tele-educatie –coaching. Dit kan enkel door ZorgTV te plaatsen in het brede kader van Disease Management. De volgende stappen zijn de ontwikkeling van website gebonden services van educatie en coaching, en verbreding van de scope zowel voor de diabetes type 2 patiënt als voor patiënten met andere pathologieën.

Aan de patiënt zal de technische keuze worden gelaten beïndt te worden via televisie, via web en/of via telefoon.

De kostprijs per proces-unit en per resultaat van educatie en coaching kon in het kader van dit project niet worden geanalyseerd. Het is duidelijk dat verdere exploratie dient te gebeuren. De betaalbaarheid voor de patiënt kan gewaarborgd worden door enerzijds door een combinatie van verzekeringen en eigen bijdragen, anderzijds door de grootteschaal van ZorgTV dienstverlening.

Belangrijke vaststelling is dat enkele patiënten op het eind van dit project de wens hebben geuit verder van deze service te willen genieten en bereid zijn hiervoor te betalen.

Met ZorgTV krijgen patiënten een betere begeleiding en een groter inzicht in hun aandoening waardoor ze in de toekomst minder complicaties zullen ontwikkelen. Als ledenorganisatie evolueren we op deze manier van ziekenfonds naar gezondheidsfonds."



## Thuisverpleging van Solidariteit voor het Gezin en ZorgTV

**Willy Vertongen, Directeur Gezondheidszorg Solidariteit voor het Gezin:**

“De dienst thuisverpleging van Solidariteit voor het Gezin heeft al heel wat ervaring met de educatie en de begeleiding van personen met diabetes en kan hiervoor beroep doen op een team van diabetesverpleegkundigen. Deze verpleegkundigen hebben een aanvullende opleiding gevolgd rond diabeteszorg. In het kader van het project ZorgTV werden enkele diabetesverpleegkundigen opgeleid om educatie van op afstand te geven aan diabetes type 2-patiënten.

Aan een dienst voor thuisverpleging biedt ZorgTV de mogelijkheid om de diabetesverpleegkundigen veel efficiënter in te zetten: de diabetesverpleegkundigen konden meer tijd spenderen aan het effectief geven van educatiesessies dan bij de traditionele werkwijze via huisbezoeken voor educatie. In dit project kon het aantal verplaatsingen sterk beperkt worden door enkel bij aanvang van de educatie een huisbezoek bij de patiënt af te leggen. Dit eerste huisbezoek bij de aanvang was zowel voor de patiënten als voor de diabetesverpleegkundigen belangrijk. De basis voor de educatiesessies werd gelegd: er werden afspraken in verband met de timing van de sessies gemaakt, de werking van de videofoon en de videobibliotheek via digitale televisie werd toegelicht.

Hoewel deze aanpak nog niet volledig op punt staat (voornamelijk het technisch aspect), is het duidelijk dat deze manier van werken voordelen met zich kan meebrengen voor de patiënt en de zorgverstreker.

Naast het uitvoeren van verpleegkundige handelingen (zowel eenvoudige als complexe) zal in de toekomst ook meer en meer coaching en begeleiding van de patiënt tot het takenpakket van de verpleegkundige behoren. Dit past volledig in de vraag naar functiedifferentiatie, waarbij verpleegkundigen zich specialiseren in de verzorging, monitoring en begeleiding van patiënten met een bepaalde aandoening. Deze evolutie zal ongetwijfeld leiden tot een verrijking van het verpleegkundig beroep, dat op dit moment met een ernstig imago probleem kampt.”

HVW  
OMEHAK  
HSL

## Huisartsenkringen en ZorgTV

**Koen Van den Abeele, project coördinator van huisartsenkring Schelde en Leie:**

“Rekening houdend enerzijds met het dalend aantal huisartsen, en met het streven naar een correcter behandeling en een multidisciplinaire benadering van de diabetespatiënt (en andere chronische patiënten) is dit één van de mogelijkheden om efficiënter te werken, en los te komen van ‘elk doet het zelf, en op zijn/haar manier’, en beter in te spelen op wat de individuele patiënt vraagt of zou willen vragen.

Het leek tevens interessant in het kader van de actuele aandacht voor ‘zorgtrajecten’.

Anderzijds was er een geringe respons zowel van collega’s huisartsen als van patiënten. Er was er een rem door de

nieuwe technologie; voor sommige patiënten misschien ook schrik voor ‘meer controle’.

De nadruk binnen het project lag vooral op voedingsaanpassingen, in tweede instantie op levenshygiëne in de bredere zin van het woord. Natuurlijk is dit zeer belangrijk voor de patiënt. Bij ons huisartsen ontbreekt dikwijls de tijd en ook wel de opleiding om daarmee echt voldoende en op een patiëntvriendelijke manier mee bezig te zijn.

Coaching op afstand zal wel een belangrijker plaats moeten krijgen, al heb ik niet het gevoel dat de doorsnee huisarts daar nu al echt van overtuigd is. Voor jongere patiënten die thuis zijn in informatica is dit meer vanzelfsprekend dan voor ouderen, die precies over de techniek gaan struikelen. Maar voor iedereen blijft het regelmatig persoonlijk contact (hetzij thuis, hetzij telefonisch, hetzij via videofoon) onontbeerlijk - motiverend, openstaand voor vragen, corrigerend en gewoon sociaal!”

**Alain Van Hevele, project coördinator van huisartsenkring Oost-Meetjeslandse (OMEHAK):**

“Onze kring is in het project gestapt vanuit de projectvisie van ZorgTV, die wonderwel aansloot op onze eigen plannen om zorgtrajecten en een multidisciplinair netwerk op te zetten. Het project biedt de mogelijkheid om een belangrijk aspect van multidisciplinaire samenwerking te verbeteren, namelijk de consistentie van de informatie aan de patiënt over alle disciplines heen. De specialist, de huisarts, de verpleegkundige, de educator en de diëtist, ze geven telkens dezelfde informatie aan de patiënt.

Toch zitten we nu nog in de innovatie fase van “early adopters”. Het is aangeraden om het project voorzichtig op te schalen, door geleidelijk meer gebruikers aan de kant van verstrekkers en patiënten te betrekken.”



## Technologie ontwikkeling en ZorgTV

**Luc Beyaert, Belgacom Senior Strategie Consultant:**

“Een combinatie van innovatie, convergentie en klantenzorg is voor ons de sleutel tot succes. Belgacom was dan ook zeer enthousiast wanneer haar in 2009 door de Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ) de opdracht werd toegewezen voor de realisatie van het pilootproject Zorg TV voor diabetes patiënten.

Voor Belgacom was het de eerste integratie van een interactieve applicatie op het Belgacom TV platform. Dankzij Zorg TV kan de diabetespatiënt door middel van een videotelefoon in contact komen met een coach. Deze kan met de patiënt overleggen, en specifieke informatie en ondersteuning bieden via de televisie. Verder kan de diabetespatiënt ook via zijn televisie en decoder de interactieve videobibliotheek raadplegen met informatie over diabetes.

Het is voor ons als bedrijf belangrijk om inspanningen te doen in het kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen. Het project ZorgTV draagt bij tot de promotie van een gezonde en evenwichtige levensstijl voor alle medeburgers. Bovendien wordt met dit project de initiële stap gezet in de ontwikkeling van tele-geneeskunde – een sector waarin Belgacom een actieve rol wenst te spelen.”



## Belangrijkste conclusies

### Educatie en coaching op afstand zijn technisch haalbaar

#### Huisarts

- Tele-coaching is een toegevoegde waarde voor personen met diabetes. De continuïteit van de begeleiding is cruciaal.
- De doelgroep moet goed gedefinieerd worden.
- De technische voorwaarden moeten vereenvoudigd worden.
- Tele-coaching ondersteunt zorg voor patiënt in de eerste lijn.

#### Coach

- Educatie op afstand lukt. Er is geen afstand met de patiënt voelbaar.
- De opleiding "motivational interviewing" is een belangrijke vorming voor de tele-coaches.
- De voorkeur van educatoren gaat uit naar video-communicatie.

#### Patiënt

- Er is behoefte aan informatie en begeleiding die op een laagdrempelige manier wordt aangeboden.
- De huisarts is te druk bezet om deze begeleiding te kunnen geven.
- ZorgTV was een toegevoegde waarde en gaf als effect meer inzicht in de eigen aandoening en zette aan tot een grotendeels bewuste verbetering van de leefstijl.
- Het persoonlijk contact met de coach kan niet vervangen worden door een videobibliotheek.
- De videobibliotheek is een goede steun maar moet regelmatig uitgebreid of vernieuwd worden.
- Visueel contact op afstand met de coach is prettig en vervangt het huisbezoek.

#### Betrokken organisaties

Het pilootproject ZorgTV heeft duidelijk **meerwaarde** gecreëerd in verschillende domeinen. Dit geeft aanleiding tot een mogelijke opschaling van "tele-educatie en -coaching" naar een structurele dienstverlening voor patiënten met diabetes type 2 en andere chronische aandoeningen.

De meerwaarde van "tele-educatie en -coaching" moet worden gemeten in het kader van een **gezondheidseconomische evaluatie**. De resultaten hiervan kunnen een basis bieden voor erkenning en financiering door de verplichte ziekteverzekering.

Het **overlegplatform** tussen huisartsenkringen, patiëntenvereniging, thuiszorgaanbieder en ziekenfondsen, is de basis van informatie uitwisseling over innoverende oplossingen en moet structureel worden verlengd.

Brochures en praktische  
info om u te helpen

[www.mloz.be](http://www.mloz.be)

