

Zorgtrajecten

Arstenkrant, 29 mei 2009, jaargang 30, speciale editie

Inhoud:

Een start in mineur	2
Zorgtrajecten: een gebruiksaanwijzing	2
Van theorie naar praktijk	5
Een duurzaam engagement voor diabetes	7
Domus Medica predikt geduld	8
ASGB: 'Geen virtuele patiënten meer'	9
SVH staat op de rem 'Niet onvoorbereid in experiment stappen'	10
Standpunt Bvas - 'Team arts-patiënt is sleutel tot succes'	11
Roche kondigt de lancering aan v/d Accu-Chek Compact Plus in het zorgtraject diabetes type 2.....	13
Mededeling van Novo Nordisk	13
Diabetologen betreuren discriminatie	14
Educatoren: wie zijn ze, wat doen ze?	15
FOD Volksgezondheid investeert in diabeteseducatie.....	16
Nefrologen voorzichtig positief	18
'Zorgtrajecten niet op maat van het emd'	19
Een pad is geen traject.....	20
De mening van de ziekenfondsen: de Onafhankelijke Ziekenfondsen.....	22
'De coördinerende rol van de arts wordt belangrijker'	22
De mening van de ziekenfondsen: de Christelijke Mutualiteiten.....	23
Een gouden kans voor een gezonde samenwerking.....	23
Zorgtrajectcontract diabetes type 2.....	25
Zorgtraject contract chronische nierinsufficiëntie.....	28

Een start in mineur

De langverwachte start van de zorgtrajecten op maandag 1 juni zal voor een stuk in mineur verlopen. Alleen het zorgtraject voor de circa 7.000 patiënten met chronische nierinsufficiëntie raakte tijdig klaar. Op de valreep beslisten artsen en ziekenfondsen om het andere traject, dat voor 72.000 diabetici van het type 2, nog eens drie maanden 'on hold' te zetten tot september.

Dat dreigt de geloofwaardigheid van het project te ondermijnen. Want nadat de zorgtrajecten voordien al een jaar of twee hadden liggen sudderen in de kookpotten van de medicomut, is dit het zoveelste uitstel op een rij. Maar het was minister Onkelinx zelf die erop aanstuurde. Tijdens een hoorzitting in het parlement was het haar beginnen te dagen dat er nog te veel vragen openstonden. Het voorbeeld van de geflopte echelonnering indachtig, wilde de beleidsvrouw zich behoeden voor een tweede mislukking.

De artsenbonden stemden node in met de nieuwe startdatum voor het diabetestrajct. Niet omdat uitstel afstel kan worden - het andere traject vertrekt sowieso maandag - maar omdat het de indruk geeft dat men in Brussel maar blijft aanmodderen. Officieel luidt het dat het diabetestrajct nog niet rijp genoeg is omdat de afschaffing van het remgeld en de terugbetaling van glucosestrips niet tijdig geregeld raken. Puur technische redenen dus.

Dat is maar gedeeltelijk waar. Dat er op luttele weken voor het startschot nog volop aan de trajecten gesleuteld diende te worden, heeft vooral ook te maken met het geruzie tussen huisartsen en specialisten. Vooral aan Franstalige kant is een bitsige strijd uitgevochten.

Uit vrees dat de specialisten massaal patiënten zouden afsnoepen, kondigde de GBO met veel omhaal amendementen aan die de zorgtrajecten wat huisartsvriendelijker zouden maken. Maar de GBO dreef het zo ver dat van de weeromstuit de diabetologen het niet meer vertrouwden. Aangestoken door de vrees dat de huisartsen hun patiënten wilden inpikken, dreigden ze massaal af te haken.

Als een toonbeeld van vlotte besluitvorming zullen de zorgtrajecten dus wellicht niet de geschiedenis in gaan. In plaats van de geoliede samenwerking tussen huisarts en specialist die ze beogen, hebben ze vooralsnog vooral tweespalt teweeg gebracht.

Maar wellicht komt er in de volgende maanden een vergelijk tot stand. We leven nu eenmaal in een land waar het compromis en het vergelijk het altijd halen van de grote principes. Slaagt men er dan ook nog in om de vrees voor meer bureaucratie de kop in te drukken, door bijvoorbeeld ook elektronische contracten aan te bieden, dan krijgen de zorgtrajecten de kans die ze verdienen.

Met deze speciale editie wil de redactie van Artsenkrant alvast haar steentje bijdragen tot een beter begrip van het concept zorgtrajecten. Veel leesplezier.

Peter Backx, hoofdredacteur

Zorgtrajecten: een gebruiksaanwijzing

Vincent Claes

Enkele dagen voor de officiële start van de zorgtrajecten lichten Dr. Claire Janssens, coördinator zorgtrajecten bij het Riziv, en communicatieverantwoordelijke Geneviève Speltincx de werking van het nieuwe systeem toe. Zoals gekend gaat het om de opvolging van patiënten met chronische nierinsufficiëntie. Het diabetestrajct gaat pas in september van start.

Is alles klaar voor de lancering van het systeem? Kunnen de artsen vanaf 1 juni het contract invullen dat op 21 april in het Staatsblad verscheen?

Geneviève Speltinx: Het zorgtraject nefrologie gaat inderdaad op 1 juni van start en de artsen kunnen dan al contracten afsluiten. Nog voor die datum krijgen de huisartsen en nefrologen specifieke informatie van het Riziv. Er komt ook een aparte website over de zorgtrajecten, www.zorgtraject.be. De artsen krijgen verder een brochure en exemplaren van de contracten tussen huisarts, specialist en patiënt. Die contracten zijn ook te downloaden op de site in word- en pdf-formaat. De site voorziet ook een rubriek 'frequently asked questions'. Via een mailadres kunnen de artsen met hun vragen terecht bij de verantwoordelijken voor de zorgtrajecten bij het Riziv.

En artsen die geen computer hebben?

Die gebruiken de contracten die ze via de post ontvangen. Ze mogen ze kopiëren en ze kunnen bij het Riziv nieuwe documenten aanvragen.



De huisarts en specialist in kwestie nemen het contract met de patiënt door en ondertekenen de verschillende onderdelen. De patiënt overhandigt het dan aan zijn dossierhoudende huisarts.

Claire Janssens: Inderdaad. Zowel de huisarts als de specialist kunnen het zorgtraject opstarten. De contacten met de huisarts en de specialist verlopen gedurende twee raadplegingen tijdens dewelke elke arts het systeem van het zorgtraject aan de patiënt kan uitleggen. De huisarts stuurt een kopie van het ondertekende contract naar de raadgevend arts van het ziekenfonds van zijn patiënt.

Kunnen de contracten al elektronisch worden doorgestuurd?

In eerste instantie verloopt alles via de gewone post. Tegen december 2011 plannen we ook een elektronische transmissie, maar de medische software moet dat aankunnen. Dat gebeurt later in de kader van de labeling van de software. De ziekenfondsen moeten de contracten dan ook elektronisch kunnen ontvangen.

▲ Dr. Claire Janssens: "Ik denk niet dat dit systeem de opvolging van de patiënten ingewikkelder maakt."

Programma Educatie en Zelfzorg

Het Waalse huisartsensyndicaat GBO dokterde de formule 'behandeling door de autonome huisarts' uit. Stelt het Riziv dat alternatief voor de zorgtrajecten, dat werd aanvaard door de medicomut, ook aan de artsen voor?

Wij noemen dat het programma Educatie en Zelfzorg. Het is geen zorgtraject maar de informatie over deze formule staat in onze brochure. Aan de hand van teksten en vergelijkende tabellen leggen we aan de artsen het verschil uit tussen beide systemen. In dat programma heeft de patiënt toegang tot zelfcontrole materiaal en zorgt de huisarts voor de educatie. Net zoals in het verleden kan de huisarts een beroep doen op een diëtist of pololoog als de patiënt over een diabetespas beschikt. Als de doelstellingen niet worden behaald, kunnen huisarts en patiënt beslissen om in een zorgtraject te stappen.

Wat is de rol van de educator in het zorgtraject diabetes?

Die ondersteunt de huisarts. De huisarts schrijft de educatie voor en verwijst de patiënt door naar de educator. Die laatste werkt dus niet autonoom, maar altijd samen met de huisarts. De educator stelt een verslag op voor de huisarts. In het kader van het zorgtraject is educatie enkel verplicht in een aantal cruciale fasen: de start van de insulinebehandeling, de overstap van één naar twee injecties, of voor patiënten met een HbA1c hoger dan 7,5.

Ook bij de overhandiging van een glucometer is educatie voorzien. Bij het eerste voorschrift stelt de educator alle op de markt beschikbare glucometers aan de patiënt voor. Op basis van de visuele en motorische functies van de patiënt kiest hij dan het model dat het best past. Bij de vernieuwing van het materiaal, na zes maanden, is er enkel nog contact met de educator als de patiënt moet overstappen van één naar twee injecties omdat zijn diabetes niet goed onder controle is.

Sommige artsen vragen zich af of er wel voldoende educatoren zullen zijn bij de start van het systeem.

De overgrote meerderheid van de educatoren zijn verpleegkundigen. Zij kregen een basisopleiding maar niet exact dezelfde vorming als de diabeteseducatoren, die 150 uur les hebben. In een overgangsfase tot september 2011 kunnen de verpleegkundigen diabeteseducatie aanbieden als ze een bijkomende opleiding van 60 uur volgen. In regio's waar er educatoren te kort zijn, kunnen de conventiecentra tijdelijk instaan voor de educatie, maar dan op voorschrift van de huisarts.

Hoe zit het met de educatie in het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie?

Er zijn eveneens ondersteunende maatregelen voorzien: raadplegingen bij de diëtist en gratis gebruik van een gevalideerde bloeddrukmeter. Afhankelijk van het stadium van hun ziekte krijgen de patiënten een aantal raadplegingen bij de diëtist terugbetaald.

Wat moet er na 1 juni nog gerealiseerd worden om het systeem te vervolledigen?

De vlottere toegang tot geneesmiddelen is op 1 juni nog niet van kracht. In theorie hebben patiënten in het zorgtraject gemakkelijker toegang tot geneesmiddelen in hoofdstuk IV of voorgeschreven in categorie Bf. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen zoekt uit hoe dat kan. De artsen krijgen ten gepaste tijde de nodige informatie daarover. En de elektronische transmissie van de contracten staat gepland voor 1 december 2011.

In 2012 is er een evaluatie van het systeem voorzien.

De gegevens van de contracten worden tot dan geregistreerd. De medicomut moet het systeem vervolgens evalueren.

Hoe worden de patiënten geïnformeerd over het bestaan van de zorgtrajecten?

Geneviève Speltincx: Het Riziv voert geen grootscheepse informatiecampagne voor de bevolking. De ziekenfondsen zullen hun leden zeker wel goed op de hoogte brengen. Een onderdeel van de site www.zorgtraject.be staat ook open voor patiënten.



De opvolging van de diabelesparieni is gebaseerd op de aanbevelingen van Domus Medica en de SSMG. ▲

Heel wat artsen vinden dat het nieuwe systeem de administratieve overlast nog zal vergroten. Is die vrees gegrond, denkt u?

Claire Janssens: Dat zal de praktijk uitwijzen. Concreet wordt het contract ondertekend voor vier jaar. Als aan de voorwaarden is voldaan, worden het contract en de rechten van de patiënt automatisch verlengd. De opvolging van de diabetespatiënt is gebaseerd op de aanbevelingen van Domus Medica en de SSMG, gevalideerd door het Belgisch centrum voor evidence-based medicine (Cebam).

Voor nierinsufficiëntie was er een update van de aanbevelingen die het Cebam tegen 1 juni nog moet goedkeuren. De aanbevelingen van de NRKP werden goedgekeurd door de medicomut maar de Nederlandstalige en Franstalige nefrologen brengen tegen juni nog een Belgische richtlijn uit.

Voor diabetes blijft de opvolging dezelfde als wat de artsen nu al doen. Het is mogelijk om de zorgtrajecten aan te passen in functie van de persoonlijke doelstellingen van de patiënt. Ik denk niet dat dit systeem de opvolging van de patiënten ingewikkelder maakt. Dat je het contract samen met de patiënt leest en ondertekent, betekent tegelijk ook een motivatie.

Vergeet niet dat ook de patiënt zich engageert. Die aanpak kan een extra voordeel vormen. De zorgtrajecten geven een aantal diabetespatiënten nu toegang tot educatie, terwijl ze daar voordien geen recht op hadden. In de praktijk zullen er wellicht enige vragen rijzen. Daarop kunnen we inspelen met onze rubriek 'FAQ' op de site.

'Een onderdeel van de site www.zorgtraject.be staat ook open voor patiënten'

Van theorie naar praktijk

Vincent Claes

Het zorgtraject nierinsufficiëntie gaat over drie dagen van start, met twee maanden vertraging dus op de aanvankelijk voorziene datum van 1 april 2009. Het diabetestraject werd nogmaals uitgesteld, nu tot 1 september.

Wat is een zorgtraject? Het KB van 21 januari, dat op 6 februari werd gepubliceerd, kunnen we parafraseren als volgt: "Onder zorgtraject verstaan we de georganiseerde tenlasteneming van een chronische patiënt met een welbepaalde pathologie op basis van een zorgtrajectcontract. Daarin is voor een initiële periode van vier jaar de samenwerking tussen de huisarts, de specialist en de rechthebbende bepaald met het oog op verbintenissen en gepersonaliseerde doelstellingen die gestoeld zijn op evidence based aanbevelingen van goede praktijk. Dat is ondersteund door geïntegreerde tegemoetkomingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de rechthebbende, de huisarts en de specialist en onderbouwd door klinische gegevens. Bedoeling is om de kwaliteit en de doelmatigheid van de geleverde zorg te evalueren en feedback te geven."

In een eerste fase komen, onder bepaalde voorwaarden, patiënten met chronische nierinsufficiëntie en met diabetes type 2 in aanmerking. De medicomut bepaalt op initiatief of op voordracht van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie voor elke categorie begunstigden de medische inclusiecriteria.

Nog andere chronische ziekten komen in aanmerking voor de zorgtrajecten. Op termijn is er sprake van acht aandoeningen.

Drie partijen

Het zorgtraject voorziet een samenwerking tussen drie partijen: de huisarts, zijn patiënt en de specialist. Het traject gaat van start na de ondertekening van het zorg trajectcontract door de drie partijen, voor een termijn van vier jaar. (1)

Volgens de initiatiefnemers van het project, onder wie het Riziv, hebben de zorgtrajecten meerdere voordelen. Volgens het Riziv zijn de belangrijkste voordelen voor de **patiënt**:

- ⇒ de garantie van een kwaliteitsvolle verzorging;
- ⇒ de raadplegingen bij de huisarts en specialist worden volledig terugbetaald door het ziekenfonds tijdens de duur van het zorgtraject;
- ⇒ makkelijker toegang tot materiaal, educatie en raadplegingen (bv. diëtetiek, podologie) indien noodzakelijk;
- ⇒ bijkomende informatie over wat de patiënt zelf kan doen om de ziekte zo goed mogelijk aan te pakken (gezonde levensstijl, geneesmiddelen, regelmatige medische controle,...).

Voor de **artsen**:

- ⇒ hun patiënten die deelnemen aan een zorgtraject beter kunnen ze opvolgen en zo de kwaliteit van de zorg nog verder verbeteren;
- ⇒ voor elke patiënt die bij hen een zorgtrajectcontract afsluit, ontvangen ze een jaarlijkse forfaitaire vergoeding van 80 euro.

19 miljoen euro

Een budget van bijna 19 miljoen euro per jaar is vrijgemaakt voor de zorgtrajecten.

Tussen 72.000 en 75.000 patiënten met diabetes type 2 en 6.000 tot 7.000 patiënten met chronische nierinsufficiëntie zouden kunnen genieten van een zorgtraject.

Het Riziv voorziet verschillende acties om de start van de zorgtrajecten voor te bereiden. Deze acties zijn het resultaat van een samenwerking tussen artsenorganisaties, ziekenfondsen en het Riziv. Een website (www.zorgtraject.be) komt online. De huisartsen en de betrokken specialisten ontvangen een informatiemap met uitleg, overzichtsfiches en voorbeelden van de zorgtrajectcontracten. De verpleegkundigen en apothekers worden geïnformeerd over de aanpassing van de overeenkomsten met de ziekenfondsen in verband met de zorgtrajecten. Het Riziv brengt ook andere partners zoals de educatoren, podologen, diëtisten,... op de hoogte van hun rol in de zorgtrajecten.

◀ Een van de voordelen voor de patiënt: de garantie van een kwaliteitsvolle verzorging.



U vindt deze contracten, die op 21 april in het Staatsblad verschenen, in deze editie op blz. 26-28 en 29-30.

De laboratoria Lilly

Een duurzaam engagement voor diabetes

De Internationale Diabetes Federatie (IDF) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schatten het aantal diabetespatiënten tegen 2025 op meer dan 380 miljoen. Iedere diabetespatiënt legt een eigen traject af en heeft zijn eigen specifieke behoeften, objectieven en moeilijkheden die kunnen veranderen naargelang de ziekte of de jaren evolueren. De laboratoria Lilly zijn zich ervan bewust dat er meer nodig is dan medicatie alleen om een antwoord te bieden op de diabetesproblematiek. Om die reden tracht dit bedrijf diabetes in drie belangrijke domeinen te benaderen: het aanbieden van een uitgebreid aanbod geneesmiddelen, het ontwikkelen van wetenschappelijke en klinische kennis, en het zorgen voor ondersteuning van de patiënten op humanitair en educatief gebied .

Blijven innoveren

Al meer dan 85 jaar ontwikkelt Lilly innovatieve geneesmiddelen voor diabetes: in 1923 was het bedrijf de eerste die insuline op industriële schaal produceerde. In 1982 ontwikkelden zij een biogenetisch humaan insuline, het eerste geneesmiddel dat werd geproduceerd via genetische manipulatie. In 1996 lanceerde Lilly insuline lispro, het eerste snelwerkend insulineanalooq, ontwikkeld via genetische manipulatie, en dat in 1998 gevolgd werd door het eerste voorgemengde analooq Sinds 2008 brengt Lilly in België het eerste synthetisch incretinomimeticum, exenatide (Byetta®) op de markt, dat de overschakeling op insuline kan uitstellen.

Deze producten hebben een meerwaarde dankzij hun gamma innovatieve injectiepen, waaronder een geheugenpen die de datum, het uur en de dosis van de laatste inspuitingen weergeeft. Lilly blijft ook andere moleculen ontwikkelen om tegemoet te komen aan de behoeften van patiënten, waaronder nieuwe behandelingen voor de glycemiecornrole, meer performante toedieningsdevices, of medicatie die zich toespitst op de behandeling van diabetescomplicaties.

Wetenschappelijke en klinische kennis ontwikkelen en delen

Diabetes is een aandoening die constant evolueert. Iedere patiënt die de ziekte heeft, kan baat hebben bij het delen van kennis en informatie. Om de ziekte beter te begrijpen, en om nieuwe oplossingen te vinden en doeltreffende strategieën te ontwikkelen voor de aanpak van diabetes ondersteunt Lilly intensief de verspreiding van kennis via publicaties, symposia, medische vorming en ook door het meedelen van resultaten van hun klinisch onderzoek. De laboratoria Lilly hebben het aldus mogelijk gemaakt dat de IDF het BRIDGES-programma kon ontwikkelen (Blinging koala in Diabetes to Global Environments and Systems). Sinds december 2006 wordt dit programma voor translationeel onderzoek ondersteund door een financiële gift van 10 miljoen dollar. Het programma draagt bij tot het identificeren, uittesten en publiceren van nieuwe niet-medische strategieën in de strijd tegen diabetes, en aan het verbeteren van een betere levenskwaliteit van diabetespatiënten.

Sinds 15 jaar is Lilly een partner van de EASD (European Association for the Study of Diabetes) teneinde het onderzoek over diabetes in Europa te stimuleren en te ondersteunen. Het programma omvat enerzijds de vorming betreffende het onderzoek en anderzijds het verstrekken van onderzoeksbeurzen. Het partnerschap strekt zich uit over andere domeinen van vorming, met behulp van programma's, opgesteld door de IDF en haar afdelingen voor de educatie van diabetespatiënten. Het fonds helpt ook jonge kinderartsen die zich willen specialiseren in diabetes via de ISPAD (International Society for Pediatrics and Adolescent Diabetes).

De patiënt leren om voor zichzelf te zorgen

De problemen van diabetes kunnen niet uitsluitend worden opgelost via medicatie. Door patiënten praktische middelen, duidelijke informatie en continue bijstand te verlenen wil Lilly hen het juiste gedrag aanleren om hun diabetes met succes te managen in het dagelijks leven.

Lilly steunt, in partnerschap met de IDF Europe en met Healthy Interactions, het programma 'Diabetes Gesprekken', een educatief programma specifiek voor patiënten. Interactieve methodes kunnen educatoren helpen om patiënten nauwer te betrekken bij de aanpak van hun diabetes. Leven met diabetes, omgaan met de gevoelens en emoties die de aandoening met zich brengt, aandacht vestigen op de ernst van de complicaties, gezond eten en bewegen, en het opstarten van insulinothérapie... zijn thema's die deel uitmaken van dit intensieve communicatieprogramma. Dit werkinstrument is bestemd voor zorgverstrekkers, artsen en gespecialiseerde verpleegkundigen en heeft uitsluitend een educatieve bedoeling voor alle patiënten.

Acties stimuleren voor een betere diabeteszorg

Lilly ondersteunt het 'Life for a Child'-programma van de IDF. Dit programma biedt kinderen en jongeren uit landen als Bolivia, Nepal, Rwanda en Tanzania klinische zorg, educatie, surveillance-materiaal en geneesmiddelen. Hiervoor werd ook een documentaire wereldwijd uitgezonden.

Lilly is een officiële partner van de campagne 'Unite for Diabetes', een initiatief van de IDF, dat de wereld wil sensibiliseren en in de verschillende landen een nationaal diabetesbeleid op poten wil zetten, meer bepaald via de organisatie van de Werelddiabetesdag op 14 november. Het bedrijf steunt vele andere programma's zoals het HOPE- project in China en India voor educatieprogramma's over diabetes en de vorming van gezondheidswerkers, en - via een continue schenking van geneesmiddelen- 'Insulin for Life', een project dat insuline en andere producten inzamelt die noodzakelijk zijn voor de behandeling van diabetes.

Voor vragen of informatie over de producten van Lilly, contacteer de medische informatiedienst tel.: 02/548 84 94.



Domus Medica predikt geduld

Peter Backx

“Wij adviseren onze leden om nog even geduld te hebben met de concrete opstart van de zorgtrajecten. De zorgtrajecten kunnen gedurende het hele jaar gestart worden om uitbetaling te krijgen voor 2009. Er is dus nog even tijd.”

Dat liet het bestuur van Domus Medica halfweg maart weten. De oproep om even de kat uit de boom te kijken was in zekere zin profetisch nu het diabetestraject andermaal vertraging heeft opgelopen tot 1 september. Maar het betekent niet dat Domus Medica niet in de slaagkansen van de zorgtrajecten gelooft. Integendeel, de vereniging ziet er een unieke kans in om multidisciplinaire samenwerking te ondersteunen.

Financiële steun

Maar het welslagen van de trajecten hangt af van de mate waarin de overheid een aantal randvoorwaarden voor de huisartsen vervult. Huisartsenkringen die een netwerkmanager willen aanwerven is financiële steun toegezegd. De inbedding van de zorgtrajecten in een georganiseerd lokaal netwerk, opgericht door de erkende huisartsenkringen, is een conditio sine qua non, vindt Domus Medica. De proefprojecten in Leuven en Aalst hebben het belang van zo'n lokale netwerken voldoende bewezen.

Voor de netwerken zelf is een financiering van 75.000 euro voorzien per 100.000 inwoners. Daarnaast staat er voor kringen die een manager aan werven een toelage van 18.000 euro opzij per schijf van 200.000 inwoners. Die belofte mag geen dode letter blijven want anders draaien de trajecten uit op een zoveelste administratieve verplichting.

Draaiboek

Dankzij een amendement dat in de medicomut werd aanvaard, kunnen huisartsen ook los van het zorgtraject diabetes over het nodige zelfcontrolemateriaal beschikken. Dat is alvast een goede zaak. Een verwijzing naar de tweede lijn voor diabeteseducatie, zoals aanvankelijk voorzien, zou volgens DM een brug te ver geweest zijn.

Enmaal alle details uitgeklaard zijn, neemt Domus Medica zich voor om draaiboeken voor de kringen en informatiepakketten voor de Lok's te verspreiden.

ASGB: 'Geen virtuele patiënten meer'

Veerle Caerels

De huisarts, die het gmd van de patiënt beheert, vormt de spil in de zorgtrajecten. "Hij is verzekerd van terugverwijzing en wordt geruggensteund door de specialistische equipe. Dat houdt het beroep mee interessant", zegt Reinier Hueting, voorzitter van de huisartsenvleugel van het ASGB.

Zijn syndicaat heeft van in het begin het initiatief genomen en zeer actief meegewerkt aan de talloze vergaderingen die nodig bleken om het concept van de zorgtrajecten uit te werken, legt hij uit. "Het vertrekpunt, namelijk shared care, is voor ons een mogelijkheid om een antwoord te bieden op het probleem van het altijd maar toenemende aantal chronische patiënten die de huisarts met lede ogen ziet verdwijnen naar de tweede lijn. Zo dreigen ze virtuele, papieren patiënten te worden."

Door het concept van shared care, waarbinnen huisarts, specialist en paramedicus op zijn niveau doet wat noodzakelijk is voor de patiënt, krijgt die patiënt toegang tot up-to-date-zorgverstrekking, licht Hueting toe.

Remgeldvoordeel

Het grote voordeel is dat de taakafspraken vastliggen in een contract, dat ondertekend is door de drie partijen, zegt hij. "Via de huisarts is de patiënt verzekerd van wetenschappelijk verantwoorde optimale zorg en heeft hij toegang tot eventueel vereiste paramedische zorg en bijkomend materiaal zoals glucometer, strips of een bloeddrukmeter. De specialist is verzekerd van optimale opvolging door de huisarts, volgens een vastgelegd plan. Voor de patiënt is er het remgeldvoordeel, met andere woorden drempelverlaging, wat voor het ASGB zeer belangrijk is."

De huisarts en de specialist krijgen 80 euro per jaar, gedurende vier jaar, automatisch verlengd, gaat hij verder. “En er is voor alle partijen minder rompslomp, denk maar aan de Bf medicatie.”

Het ASGB wil zich volledig inzetten voor het welslagen van dit totaal nieuwe zorg- concept, al moet de elektronische uitwisseling van gegevens wel nog verder worden uitgewerkt, benadrukt Hueting ten slotte.

Reinier Hueting: “Door het concept van shared care krijgt die patiënt toegang tot up-to-date-zorgverstrekking.” ►



SVH staat op de rem ‘Niet onvoorbereid in experiment stappen’

Peter Backx

Het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH) maakte al herhaaldelijk voorbehoud bij de invoering van de zorgtrajecten. Tien dagen voor de aftrap van het nieuwe systeem was dat niet anders. “Wij roepen op om niet onvoorbereid aan dit experiment mee te werken”, zei SVH-voorzitter Herman Moeremans aan Artsenkrant.

U merkt het als u de andere bijdragen in deze speciale editie leest: in de huisartsenwereld is er een strekking die in de zorgtrajecten een hefboom ziet voor multidisciplinaire zorg waarin de huisarts centraal staat. Huisartsen nemen hun toekomst in handen als ze voluit meestappen op de trein van de zorgtrajecten, luidt het dan hoopvol.

Een andere strekking, met de GBO als exponent in het Franstalige landsgedeelte en het SVH in Vlaanderen, heeft zich tot dusver schrap gezet tegen de zorgtrajecten. De GBO, die in de medicomut zit, kon belangrijke toegevingen voor huisartsen uit de brand slepen. Het SVH is genoodzaakt aan de zijlijn toe te kijken. Vanuit dit van meet af aan al niet bijster enthousiaste syndicaat vallen steeds meer bezwaren tegen de zorgtrajecten te noteren.

Dat huisartsen en patiënten nauwelijks geïnformeerd werden door de overheid, is zo'n kanttekening. Herman Moeremans: “De enige boodschap die af en toe doorsijpelde, was het verhaal van de gratis zorg voor diabetes- en nierpatiënten. Maar wie beseft dat de afschaffing van het remgeld maar geldt voor 80.000 patiënten? Dat is niet eens 1% van de bevolking.”

Bureaucratische angel

Het SVH waarschuwt al langer voor de administratieve pletwals die op de huisartsen afkomt. Het contract dat de patiënt aangaat met zijn huisarts, met de specialist en het ziekenfonds is “een bureaucratische angel” in het zorgtrajectenverhaal, zegt Moeremans. Hoewel de zorgtrajecten alles samen al ettelijke jaren vertraging opliepen - en dat voor diabetes nu nog eens enkele maanden extra - heeft blijkbaar niemand eraan gedacht om de hele contractprocedure elektronisch te laten verlopen. Het SVH eist dat het contract ten laatste vanaf september in elektronische vorm beschikbaar is, dat is op het moment dat het diabetestraject van start gaat.

Van de huisartsen wordt verwacht dat ze de hele administratie voor hun rekening nemen. Maar er is meer. De vergoeding van 80 euro is gelijk voor huisartsen en specialisten. Maar de huisarts moet daar vier patiëntencontacten per jaar tegenover stellen, voor de specialist volstaat één

contact per jaar. Aangenomen wordt dat een huisarts in de beginfase gemiddeld acht patiënten in een zorgtraject zal hebben, goed voor een jaarlijkse 640 euro extra. Dat is maar een fractie van wat bijvoorbeeld een diabetoloog aan de trajecten kan verdienen: uitgaande van gemiddeld 400 patiënten ligt er voor hem of haar 32.000 euro klaar.

Ook de volgorde van de contractanten in de modelcontracten - zoals ze op 21 april in het Staatsblad verschenen (zie blz. 26-30) - zint het huisartsensyndicaat helemaal niet. Wie wordt er namelijk als tweede vermeld na de patiënt? Niet de huisarts maar de internist: meer bepaald de internist-diabetoloog voor het zorgtraject diabetes type 2 en de internist-nefroloog voor het zorgtraject nierinsufficiëntie. De huisarts komt in de modelcontracten pas op de derde plaats. Terwijl de correcte volgorde precies andersom is: eerst de patiënt, dan de huisarts en vervolgens de internist, zegt het SVH.



Recuperatie

Dat hameren op die volgorde kan pietluttig lijken. Maar het geeft aan dat het syndicaat oren heeft voor de vrees van nogal wat huisartsen dat de zorgtrajecten een inbraakpoging zijn van de tweede op de eerste lijn. Als de specialist belangrijker wordt geacht dan de huisarts loert het gevaar voor hospitalocentrische recuperatie om de hoek, is de redenering.

Volgens het SVH kunnen zorgtrajecten enkel lukken mits goede afspraken over de juiste taakverdeling tussen huisartsen en specialisten. Zo'n 'echelonnering' is een voorwaarde om van de trajecten een succesverhaal te maken, luidt het. "Nu die taakafspraken er niet zijn, dreigen de zorgtrajecten opnieuw nodeloos patiënten van het eerste naar het tweede echelon te draineren."

◀ Herman Moeremans: "De zorgtrajecten dreigen opnieuw nodeloos patiënten van het eerste naar het tweede echelon te draineren."

De correcte volgorde is: eerst de patiënt, dan de huisarts en vervolgens de specialist

Standpunt Bvas - 'Team arts-patiënt is sleutel tot succes'

Vincent Claes

Wat is de filosofie achter de zorgtrajecten? Hoe moet het systeem geëvalueerd worden? Dr. Jacques de Toeuf (Bvas) schetst geschiedenis en perspectieven.

De Brusselse chirurg benadrukt dat een decennium geleden - en nu soms nog - de communicatie tussen de verscheidene medische disciplines niet voldoende geformaliseerd was. "Vroeger was het gangbaar dat als een huisarts een brief stuurde naar de specialist, hij slechts het jaar daarop een antwoord ontving. Het heersende gevoel bij huisartsen was dat ze niet langer hun verworven competenties in de praktijk mochten omzetten. Een aantal Nederlandstalige artsen beweerde niet de brievenbus te willen zijn voor de rapporten van experts."

Patiënten leven steeds langer met hun ziekte, en dat rechtvaardigt de invoering van zorgtrajecten, vindt de Toeuf. "Het is niet aan de specialisten om de opvolging van die patiënten te verzekeren. De rol van de patiënt is belangrijker geworden. Vandaag kan men zich niet meer indenken aan

geneeskunde te doen zonder participatie van de zieken. We moesten dus naar een systeem van gedeelde beslissing.”

Stabiele relatie

Jacques de Toeuf benadrukt dat het beoogde doel was om de verantwoordelijkheid te delen. “Delen betekent niet dat alles in stukken moet worden verdeeld, waarbij dan iedereen zijn plan trekt met zijn eigen stuk. Het gaat er echt om samen het probleem van de zieke aan te pakken. We willen ook stabiele - en indien mogelijk aangename - relaties creëren tussen de drie partijen en de vrije keuze respecteren. Chronische ziekten zijn het goede voorbeeld om daarin te slagen, aangezien er nood is aan een systeem dat het imago van de zorgverstrekkers versterkt: hun ervaring moet in de verf worden gezet. Ook belangrijk is dat er een meerwaarde in zit. Het ideale model om die doelstellingen te bereiken, waren de zorgtrajecten.”

De Toeuf wijst erop dat het systeem van de zorgtrajecten erg open is, je stapt er wel of niet in. Aan de patiënten moeten worden uitgelegd dat ze een team vormen met de arts, benadrukt hij. Dat wordt de sleutel tot succes.

Eerste evaluatie in 2012

Voor de evaluatie zijn specifieke instrumenten nodig om de rapporting te realiseren. “Wat duidelijk is, is dat één enkel systeem niet mag claimen kwaliteitsvol te zijn als dat niet aan een interne en externe evaluatie wordt onderworpen. Specialisten wilden ooit hun moeilijkheden en problemen niet delen. Dat is nu voorbij. Er is nood aan een constante evaluatie. Daardoor kan het systeem blijven bestaan. Het gaat om een collectieve verantwoordelijkheid tegenover de miljoenen euro's die erin gestopt worden.”

Het doel van de evaluatie is niet partijen uit het systeem te lichten, maar om het aan te passen aan de nieuwe behoeften en onvolkomenheden uit te vlakken. “We moeten focussen op zij die niet in het systeem binnenraken en op het gebruik van medische gegevens. In 2012 komt er een eerste evaluatie. Dat betekent niet dat de zorgtrajecten op die datum ophouden te bestaan. De evaluatie mag geen machtsmiddel zijn. De opbouw van het systeem en de resultaten moeten worden gedeeld. Ook met de patiëntenverenigingen. Er is nood aan vertrouwen in de verscheidene partners.”

Jacques de Toeuf: “Het systeem van de zorgtrajecten is erg open, je stapt er wel of niet in.” ►



Huisartsen Bvas geven meer en meer tegengas

Pascal Selleslagh

Niet iedereen staat 100% achter de zorgtrajecten. Het verzet, dat eerst werd gesitueerd bij de Franstalige diabetologen, groeit ook bij de huisartsen zienderogen. Bvas-huisarts Michel Vermeylen is een van de vaandeldragers van de tegenstanders. Hij beschuldigt Philippe Vandermeeren (GBO) ervan dat hij met dit systeem de administratieve last verzwaart en dat men zo een kans laat voorbijgaan voor de huisartsen.

Hilde Roels (Vlaams Artsensyndicaat) laat zich kritisch uit: “Elke administratie die niet door ons zelf kan opgevolgd worden en waarbij we afhankelijk worden van anderen, is te mijden. Keep it simple”,

luit haar devies. Roels staat 100% achter de lezersbrief van Roger Bunnens, die verscheen in Artsenkrant van 12 mei met als titel: "Zorgtrajecten verloochenen essentie van de huisartsgeneeskunde." Bunnens verwijt de initiatiefnemers onder meer dat ze de patiënten verdelen 'in meerdere pathologieën'. De essentie van de huisartsgeneeskunde is evenwel dat er geen ziekten bestaan, wel ziekén, argumenteert hij. De administratieve overlast van het project noemt hij 'niet te overzien'. Hij verdenkt de bedenkers van de zorgtrajecten ervan dat ze zo de artsen onder controle willen krijgen van de overheid en de ziekenfondsen. Als een groot deel van de patiënten in meerdere zorgtrajecten terechtkomt in de toekomst, zal dat voor de huisartsen uitmonden in een ware nachtmerrie, besluit hij.

Roche kondigt de lancering aan van de Accu-Chek Compact Plus in het zorgtraject diabetes type 2.

Vanaf 1 juni 2009 zullen personen met diabetes type 2, die bij hun huisarts toetreden tot een zorgtraject diabetes, gratis een Accu-Chek Compact Plus kunnen bekomen voor het meten van hun glycemie.

De Accu-Chek compact plus is het enige volledig geïntegreerde systeem voor het meten van bloedglucose op de Belgische markt. Het toestel combineert op een unieke manier een bloedglucosemeter, een prikker én 17 teststroken gebruiksklaar in één handig systeem. Op die manier heeft men met één toestel steeds alles bij de hand voor het meten van de bloedglucose. Daarenboven hoeft een persoon met diabetes met een Accu-Chek Compact Plus nooit meer te werken met losse teststroken. Op die manier verloopt het meten van de bloedglucose sneller en eenvoudiger dan ooit mogelijk was.

Tot op de dag van vandaag werd de Accu-Chek Compact plus enkel gratis aangeboden aan personen met diabetes onder behandeling in een diabetesconventie. Vandaag voegt Roche daar dus ook de zorgtrajecten aan toe. Op voorschrift van de huisarts en in samenspraak met de diabeteseducator kan een persoon, die is toegetreden tot een zorgtraject diabetes, vanaf 1 juni 2009 de AccuChek compact plus afhalen in de apotheek, bij het ziekenfonds of bij de diabetesvereniging. Het Accu-Chek Compact Plus Startpakket wordt volledig terugbetaald. De persoon met diabetes betaalt zelf helemaal niets.



Voor meer informatie, contacteer: Klaas Gutschoven, Channel Marketing Manager Roche Diabetes Care, Phone: 02/247 48 56 E-mail: klaas.gutschoven@roche.com of surf naar: www.accu-chek.com

Mededeling van Novo Nordisk

In het kader van de zorgtrajecten, staat Novo Nordisk te uwer beschikking voor meer informatie met betrekking tot NovoMix® 30, of voor de aanvraag van een NovoPen® 3 voor elke nieuwe Penfill® gebruiker. U kan hiervoor altijd terecht bij de Customer Service op het nummer 02 556 06 07 of via email: info.nobelux@novonordisk.com.

Een zorgtraject kan afgesloten worden bij type 2 diabetespatiënten onder behandeling met 1 of 2 insulinetoedieningen, of onder maximale orale behandeling met onvoldoende controle waarbij de opstart van insuline wordt overwogen.

NovoMix® 30 is volledig terugbetaald in 1 of 2 injecties buiten conventie, voor de patiënt met type 2 diabetes, met een HbA1c waarde > 7.5% onder een behandeling met orale antidiabetica en/of insuline.

Diabetologen betreuen discriminatie

Veerle Caerels

Type 1 diabetici en patiënten met type 2 in een intensief behandelingschema blijven verstoken van een remgeldafschaffing. Het vroege stadium van type 2 zit bovendien niet vervat in het zorgtraject. Dat is samengevat de kritiek van de Vlaamse Diabetes Vereniging op het zorgtraject diabetes.

De zorgtrajecten zijn een belangrijke stap voorwaarts in de aanpak van chronische ziekten, maar er is meer nodig, argumenteren endocrinologen Ann Verhaegen (ZNA Palfijn), Chantal Mathieu (UZ Leuven) en Frank Nobels (OLV-ziekenhuis Aalst) van de VDV. “Wij willen onderstrepen dat het zorgtraject, met aandacht voor zorgverbetering en zorgcontrole aan de hand van shared care en educatie, zeker een belangrijke positieve stap is naar betere diabeteszorg. En wij juichen die stap zeker toe”, zegt VDV-voorzitster Ann Verhaegen.

Toch haalt ze enkele pijnpunten aan. “Type 2 diabetici zouden van bij de diagnose moeten worden ondersteund met aandacht voor begeleiding in dieetmaatregelen en voldoende lichaamsbeweging. Dat



kan worden gestimuleerd door een betere terugbetaling van de diëtiste. Tevens komt educatie in het algemeen bij type 2 diabetes te laat indien dat pas gebeurt op het moment van omschakeling naar insulinetherapie, incretinomimetica of maximale PO therapie.” Het zou eenvoudiger, efficiënter, kwalitatiever en goedkoper zijn als het zorgtraject zich prioritair richt tot patiënten op orale antidiabetica. Maar voor dat standpunt vinden ze weinig gehoor, klagen de endocrinologen.

◀ Dr. Ann Verhaegen: “Het werd van meet af aan duidelijk dat er een onwerkbaar en bijzonder duur systeem uit de bus zou komen.”

De verspreiding van controlemateriaal koppelen aan educatie is essentieel voor de zorgkwaliteit, benadrukt Verhaegen. Zonder professionele educatie is het immers onmogelijk om tot een goede diabetesregulatie te komen. “Wij menen dat alle patiënten vanaf het begin recht hebben op voldoende en professionele educatie. Naarmate de aandoening vordert, zijn specifieke ondersteunende maatregelen en intensievere educatie noodzakelijk.”

Geen remgeld

Dat voor patiënten in het zorgtraject het remgeld bij huisarts en endocrinoloog wegvalt, zorgt voor heel wat wrevel bij de andere diabetici, gaan de diabetologen verder. “Type 1 diabetespatiënten ervaren het zorgtraject als discriminerend en stellen zich een heleboel vragen. Waarom moeten zij om bepaalde insulines terugbetaald te krijgen, jaarlijks opnieuw een aanvraag indienen? Waarom krijgen zij slechts recht op drie uur professionele educatie per jaar, terwijl dat voor de patiënten in het zorgtraject vijf uur is? Waarom kunnen zij niet gratis naar de dokter?” Ook type 2 diabetespatiënten in een intensief behandelingschema vallen uit de boot.

De Vlaamse Diabetes Vereniging dringt daarom aan op snelle maatregelen voor deze patiënten. “Zij hebben geen zorgtraject nodig maar kwijtschelding van het remgeld bij de endocrinoloog,

toegang tot voldoende en kwalitatieve educatie en vooral tot de allerbeste zorg. En opheffing van sociale discriminatie.”

Laagdrempelig

De Vlaamse diabetologen zijn overigens helemaal niet gelukkig met de besluitvorming over de zorgtrajecten: “Men heeft een hele hoop mensen rond de tafel gezet: naast huisartsen en specialisten ook vertegenwoordigers van opleidingscentra voor diabeteseducatoren, thuisverpleegkundigen, apothekers, firma’s van zelf- controlemateriaal, enzovoort. Zo werd van meet af aan duidelijk dat er een onwerkbaar en bijzonder duur systeem uit de bus zou komen.”

De professionele zuil van de VDV ondersteunt alle maatregelen die de zorg verbeteren voor alle diabetespatiënten op een zo laagdrempelig mogelijke manier, besluit Verhaegen.

Educatoren: wie zijn ze, wat doen ze?

Heidi Van de Keere

Diabeteseducatoren staan vooral in om voedingsadvies en leefstijladvies te geven, en om patiënten aan te leren om zichzelf te injecteren. Voorlopig komen alleen verpleegkundigen in aanmerking. Wellicht zullen in een latere fase ook diëtisten die een opleiding diabeteseducator volgden, ingeschakeld worden.

Dat zegt Dr. Frank Nobels, endocrinoloog OLV Aalst. Wat er tot op vandaag misloopt in de zorg voor type 2 diabetespatiënten is volgens Frank Nobels dat het gros van de patiënten pas educatie krijgt vanaf het moment dat ze moeten overschakelen op insulinetherapie. De huidige referentieverpleegkundigen-diabetes in de eerste lijn kunnen die taak van educator volgens Nobels maar ten dele op zich nemen. “Ze zijn immers niet breed genoeg opgeleid om dit optimaal te doen. Bovendien missen ze de nodige omkadering voor een degelijke coaching, waardoor deze mensen moeilijk kunnen groeien in hun vak.”

“Wat wij het liefst hadden gezien, is dat educatie al zou worden ingebouwd van zodra de diagnose is gesteld. Dat is echter niet opgenomen in het zorgtraject. Het is enkel mogelijk via de diabetespas waarin een uurtje diëtistenadvies wordt voorzien. Dat is echter erg beperkt en het wordt niet veel gebruikt, omdat er momenteel weinig diëtisten actief zijn in de eerste lijn, en omwille van het feit dat die mensen geen deel uitmaken van een multidisciplinair team.”



Frank Nobels: “Het is evident dat mensen die pas ontdekken dat ze diabetes hebben, erg open staan voor advies.”

Goed opgeleide diabeteseducatoren

Erg positief aan de zorgtrajecten is volgens Nobels dat de educatie in de eerste lijn voor het eerst op een goede manier wordt georganiseerd. “Met name door goed opgeleide diabeteseducatoren.” Voorlopig zijn het alleen verpleegkundigen die een opleiding tot diabeteseducator (100 uur theorie + 40 uur praktijk) hebben gevolgd. Ze kunnen bij het Riziv een specifiek registratienummer aanvragen waardoor ze worden erkend in het raam van de zorgtrajecten. Er wordt bovendien een overgangsregeling van 2,5 jaar voorzien waarbij referentieverpleegkundigen-diabetes alvast de rol van educator op zich kunnen nemen, mits ze een bijkomende vorming van 10 uur theorie en 40 uur praktijk volgen.

Voordeel is dat deze mensen in een systeem terecht zullen komen waarbinnen ze wel coaching krijgen, namelijk door de diabetoloog en diens team. “Wij krijgen een forfait om deze mensen op te leiden, om hen advies te geven bij problemen. Bedoeling is dat we een band creëren en dat de educator deel wordt van het regionale eerstelijnsdiabetesteam.”

In de toekomst - maar daarvoor moet nog de nodige regelgeving worden uitgewerkt - moet het mogelijk zijn om deze job ook over te laten aan diëtisteducatoren.”

Enkel voor insulinepatiënten?

Het Riziv zal de werking van deze zorgtrajecten van nabij opvolgen en evalueren tegen eind 2012. Dan beslist men of het project al dan niet wordt verlengd. “Als het concept werkt, dan is het de bedoeling om af te dalen in de piramide van diabetes en om ook in de vroegere fases van diabetes al educatie te geven”, merkt Frank Nobels op. “Het is evident dat mensen die pas ontdekt hebben dat ze diabetes hebben, erg open staan voor advies. Wat is diabetes? Waarom volstaat het niet om een pilletje voor de suiker te nemen, maar moet er ook aan levensstijl en cardiovasculair risicomangement gewerkt worden? Educatie daarrond kan dan uiterst effectief zijn.”

Hoeveel educatoren zijn er nodig?

Volgens Frank Nobels is voor het zorgtraject anderhalve educator per 100.000 inwoners een realistische inschatting. In de praktijk zullen er echter meer nodig zijn vanwege de verzuiling van het Belgische systeem. “Ik denk dat we dit streefdoel moeten kunnen bereiken, mede dankzij de overgangsmaatregel waarbij referentieverpleegkundigen de opleiding kunnen volgen. Bovendien zullen de hogescholen, althans in Vlaanderen, de komende jaren twee opleidingen per jaar organiseren.”

Langs Waalse kant tot slot verwacht Nobels dat er veel minder educatoren zullen zijn. “In Wallonië is er overigens meer weerstand dan in Vlaanderen tegen het concept van de zorgtrajecten, en dat zowel vanuit de eerste als tweede lijn.”

FOD Volksgezondheid investeert in diabeteseducatie

Henk Van Nieuwenhove

Twaalf Belgische ziekenhuizen, netjes verdeeld over Noord en Zuid, werden door de FOD Volksgezondheid geselecteerd om deel te nemen aan het proefproject ‘diabeteseducatie’. Elk deelnemend ziekenhuis krijgt financiële ondersteuning om een fulltime diabeteseducator aan te stellen. Het gaat niet om een hospitalocentrische reflex, wel om een complementair aanbod op het zorgtraject diabetes, klinkt het bij Volksgezondheid.

De diabetescoördinator in het proefproject verbetert de educatie van type 2 diabetes mellitus patiënten binnen het ziekenhuis, maar gehospitaliseerd buiten de afdeling endocrinologie-diabetologie. De doelgroep bestaat uit patiënten met tijdelijke hyperglycemie (met een hoog risico om de volgende jaren diabetes te ontwikkelen), miskende diabetici (niet bekend voor de hospitalisatie) en gekende diabetici (behandeld met dieet alleen, met orale antidiabetica, één insuline-injectie per dag of een combinatie).

De behandelend huisarts wordt op de hoogte gehouden van eventuele therapiewijzigingen. In een schrijven naar huisartsen door een van de deelnemende ziekenhuizen wordt er zelfs aan toegevoegd dat “artsen die niet wensen dat hun patiënten worden geïncorporeerd voor dit project of artsen die alleen therapieaanpassingen toelaten na persoonlijk overleg” dit zo spoedig mogelijk

aan de superviserende arts dienen te melden. De huisarts krijgt bij ontslag ook een document mee met praktische richtlijnen, tips en resultaten.

Rol van de huisarts

Het Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo, een van de 12 geselecteerden, heeft voorgerekend dat gedurende de tien maanden dat het project loopt, ongeveer 400 á 450 patiënten kunnen worden geëvalueerd. Over het hele land kunnen met het zorgtraject diabetes circa 70.000 patiënten worden bereikt, dat zijn de patiënten met één en twee insuline-injecties per dag.

De grote groep diabetespatiënten die aangewezen zijn op lifestyle interventies of orale antidiabetica, en dat zijn er naar schatting 150 tot 180.000, komt dus niet in aanmerking voor het zorgtraject diabetes. Ook deze groep patiënten wordt geconfronteerd met opnames in het ziekenhuis.



“Zowel voor deze patiënten als voor de patiënten op één of twee insuline-injecties per dag evalueert de diabetoloog bij opname in het ziekenhuis samen met de huisarts de educatiestatus van de patiënt”, zegt Chris Decoster, directeur-generaal van de Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen. Hij voorziet een belangrijke rol voor de huisarts én de specialist in het project. “Wij vinden het concept positief omdat het een essentiële verantwoordelijkheid legt bij de huisarts voor de diabeteszorg van bepaalde patiëntengroepen, waar tevens de specialist in een rol van partner van de huisarts wordt gepositioneerd.” Patiënten die in de thuiszorg al een volwaardig educatie-aanbod hebben ontvangen, en die getuigen van een goed ziekte-inzicht, zelfzorgvermogen en tevens doeltreffend aanpassingen in de levensstijl hebben doorgevoerd, komen niet in aanmerking voor educatie in het ziekenhuis, stelt Decoster nog.

◀ Chris Decoster: “De enorme stijging van het aantal diabetespatiënten in ons land die verwacht wordt, laat niet meer toe dat we gefragmenteerd op de problematiek van diabetes reageren.”

Toch ziet men in huisartsenkringen de bui al hangen. De hospitalocentrische beweging is reeds ingezet, horen we daar. “Als de eerste en tweede lijn echt willen investeren in de noodzakelijkheid van geïntegreerde diabeteszorg, dan is het een conditio sine qua non dat beide partijen beter gaan samenwerken”, dient Decoster de sceptici van antwoord. “De enorme stijging van het aantal diabetespatiënten die in ons land wordt verwacht voor de komende jaren, laat niet meer toe dat we gefragmenteerd op de problematiek van diabetes reageren.”

Twaalf ziekenhuizen in één proefproject

De twaalf ziekenhuizen waar het proefproject Diabeteseducatie loopt zijn:

- ⇒ O.L.V.-Ziekenhuis, Aalst
 - ⇒ Gezondheidszorg Oostkust, Knokke-Heist
 - ⇒ Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk
 - ⇒ Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo, Sint-Truiden
 - ⇒ Universitaire Ziekenhuizen Gasthuisberg, Leuven
 - ⇒ GZA Sint-Augustinus, Antwerpen
 - ⇒ Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre, Brussel
 - ⇒ Centre Hospitalier Jolimont, Lobbes
 - ⇒ Providence des Malades et Mutualité Chrétienne, Hornu
 - ⇒ Clinique André Renard, Herstal
 - ⇒ Clinique St. Elizabeth, Namen
- Voor de provincie Luxemburg werd één contract toegekend aan drie ziekenhuizen die samen één project hebben ingediend. Dat zijn: Cliniques du Sud-Luxembourg, Ziekenhuisintercommunale Famenne Ardenne Condroz, Centre Hospitalier de l'Ardenne.

Nefrologen voorzichtig positief

Veerle Caerels

De Vlaamse nefrologen zijn voorzichtig positief over de zorgtrajecten. Ze zijn vooral blij in naam van de vele duizenden patiënten die ze in nierfunctievervangende therapie volgen. Toch moet nog een aantal pijnpunten uit de weg worden geruimd.

Een eerste punt van kritiek is dat het contract enkel vanuit de eerste lijn kan worden geïnitieerd”, zegt Dr. Bart De Moor (nefroloog in het Virga Jesseziekenhuis Hasselt en voorzitter van de Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie). “Terwijl studies net aantonen dat meer dan 30% van de patiënten minder dan één maand voor het starten van nierfunctievervangende therapie aan de nefroloog worden voorgesteld. Dat is te laat om een belangrijke meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak te concretiseren. Het doorverwijsgedrag van andere specialisten is eveneens voor verbetering vatbaar.”

Verschuiving

Verder zou het werkelijke aantal patiënten wel eens beduidend hoger kunnen liggen dan de officiële cijfers die het op 6.000 tot 7.000 houden, vreest De Moor. “De NBVN maakt zich sterk dat ze daarover snel duidelijkheid kan scheppen.”

Bovendien is er momenteel geen elektronisch verkeer mogelijk tussen de actoren in het zorgtraject, gaat de Limburgse nefroloog verder. “Aanpassingen in een gezamenlijk bewaakte medicatielijst, snelle respons op nieuwe labuitslagen, antwoorden op praktische vragen van huisarts en patiënt, voorlopig lijken deze kwaliteitsbevorderende aspecten technisch niet haalbaar.” (zie ook verder)



Bart De Moor: “Het werkelijke aantal patiënten zou wel eens hoger kunnen liggen dan de officiële cijfers.” ▲

Een groot probleem is overigens het gebrek aan grootschalige studies in de nefrologie, zodat vooral een beroep wordt gedaan op mechanism-based medicine: dat is de integratie van fysiopathologische kennis en eigen expertise met patiëntgebonden context. “Deze methode laat zich moeilijk in standaardaanbevelingen vertalen, maar is geenszins minderwaardig. Vandaar dat de NBVN pleit voor een verschuiving van de medische eindverantwoordelijkheid naar de orgaanspecialist, naarmate de nierziekte naar ernstiger vormen evolueert.”

Attestenstroom

De medicatietrouw van de patiënt baart de nefrologen ook zorgen. “Nierinsufficiëntie graad IIIb (klaring < 45 ml/min/1.73 m²) geeft zelden klachten. Patiënten motiveren tot volgehouden inname van gemiddeld drie antihypertensiva, een plaatjesremmend middel, een statine, een aantal vitamines, een ijzerpreparaat en enkele supplementen zal een uitdaging blijven. Dat probleem krijgt weinig aandacht in het zorgtraject; verpleegkundigen nierfalen of predialyseeducatoren worden niet vernoemd noch gehonoreerd. Er is terecht aandacht voor professionele dieetbegeleiding, maar dat is slechts één aspect in de nefroprotectieve aanpak. Over rookstopbegeleiding en terugbetaling van nicotinevervangmiddelen of stimuleren tot beweging via bijvoorbeeld opname in een gestructureerd revalidatieprogramma wordt met geen woord gerept”, betreurt De Moor.

“Het zorgtraject biedt daarnaast een uitgelezen kans om de maalstroom aan attesten (voor statines, actief vitamine D, hepatitisvaccinatie, erythropoëties) een halt toe te roepen. Wat dat betreft blijven huisarts en nefroloog evenwel op hun honger zitten.”

Ten slotte vraagt de NBVN nog opheldering over enkele onduidelijkheden in het KB over de zorgtrajecten. “Wanneer een nefroloog als individu het zorgtraject ondertekent, kan dan zijn collega binnen de associatie een zorgtrajectraadpleging uitvoeren? Er is ook nog onduidelijkheid over de definitie van het eerste jaar opvolging en de looptijd van deze periode. De vermelding van het aantal bezoeken bij de nefroloog wordt vrij minimalistisch benaderd, terwijl zijn inzet zal toenemen bij verder verglijdende nierfunctie.”

De nefrologen sluiten zich overigens aan bij de kritiek van de Vlaamse Diabetes Vereniging over het uitsluiten van type 1 diabetici uit het zorgtraject diabetes (zie eerder). “Ook de renaal getransplanteerden en dialysepatiënten blijven immers verstoken van de persoonlijke en financiële incentives eigen aan het zorgtraject nierfalen.” - www.nbvn.be

‘Zorgtrajecten niet op maat van het emd’

Veerle Caerels

De meeste softwarepakketten voor het beheer van medische dossiers kunnen de vereiste informatie in het kader van de zorgtrajecten registreren en opvolgen. Omgekeerd ziet de situatie er evenwel totaal anders uit: de zorgtrajecten zijn niet echt bedacht op maat van het emd.

Dokter Herwig Van Pottelbergh (Domus Medica) zette op het druk bijgewoonde ASBG-symposium over zorgtrajecten in maart de pijnpunten op een rij.

Het principe van shared care is Van Pottelbergh zeker genegen. De zorgtrajecten noemt hij een positief initiatief dat de huisarts als volwaardige partner betreft bij de zorg voor chronische patiënten. “Maar zonder een gebruiksvriendelijk en performant emd is het onmogelijk om alles te doen wat ons, huisartsen, gevraagd wordt, om onze nieuwe rol waar te maken als coach en spilfiguur in de gezondheidszorg”, stak hij van wal. Doordat we de emd-mogelijkheden niet kunnen gebruiken in de zorgtrajecten, worden die laatste een nieuwe zware administratieve belasting, zei hij.

Platte tekst

Zo is het bijvoorbeeld niet mogelijk om het zorgtrajectcontract, dat moet worden ondertekend door de huisarts, de patiënt en de specialist, elektronisch te versturen en/of te ondertekenen.

Ook qua communicatie loopt er een en ander mank. Vanuit de tweede lijn valt het meestal wel mee, ook al sturen sommige specialisten en ziekenhuizen, zelfs universitaire, nog steeds hun resultaten niet elektronisch door, klaagde Van Pottelbergh aan.

Communicatie van de huisarts naar de tweede lijn is een ander paar mouwen, ondanks het feit dat alle emd's de informatie perfect kunnen doorsturen. “Veel specialisten hebben geen elektronisch adres. Heel wat ziekenhuizen werken met portaalsites waarop je als huisarts dient in te loggen om dan de resultaten via een ingewikkelde procedure te posten in het juiste dossier. Er bestaat ook geen universele labstandaard; transfer van HbA1c is dus uitgesloten. En de MDRD-curves of bloeddrukwaarden die we geacht worden uit te wisselen in het zorgtraject nierinsufficiëntie worden door de huidige verzendsystemen vernalen tot platte tekst.”

Communicatie met verpleging, educatoren en diëtisten kunnen we ook vergeten, benadrukte Van Pottelbergh. Alle bestaande systemen zijn immers gebruiksonvriendelijk en te duur voor hen.

Werkwoord

Hoe komt het toch dat goede concepten zoals de zorgtrajecten of het multidisciplinair oncologisch consult zo moeilijk van de grond raken? “Omdat men de mogelijkheden van het emd onvoldoende benut, waardoor zulke systemen veel te belastend en gebruiksonvriendelijk worden. Men ontwerpt een nieuw concept, werkt dat volledig uit op papier, en in laatste instantie moet het emd het dan implementeren. Dat is een foute strategie. Het komt erop aan het emd van bij de aanvang te betrekken bij de ontwikkeling van het concept.”



Huisartsen zijn zich eigenlijk veel te weinig bewust van de mogelijkheden die het emd biedt, betreurde hij. Voorwaarde is uiteraard dat de dossiers in orde zijn, en dat vergt de nodige discipline. “Het emd is wel degelijk een werkwoord. De nieuwe taken die dat voor de huisarts meebrengt vergen dan ook de nodige waardering en ze moeten een meerwaarde bieden. De zorgtrajecten zijn daarvoor zeker een kans.”

Aan de overheid gaf hij ten slotte een niet mis te verstane boodschap mee: betrek het emd en de gebruikers in de ontwerp- fase van nieuwe concepten; waardeer niet alleen het bezit maar vooral het gebruik van het emd, voorzie een extra rubriek in de accreditering voor emd-opleiding; en steek meer geld en middelen in het emd en de opleiding. “Zoniet dreigen de zorgtrajecten het zoveelste goede initiatief te worden dat strandt in administratieve overlast en door de huisartsen wordt gezien als zuivere regelgeving van de overheid en bemoeienis van de tweede lijn in ons werk.”

▲ “Het komt erop aan om het emd van bij de aanvang te betrekken bij de ontwikkeling van het concept.”

Een pad is geen traject

Veerle Caerels

Vaak worden zorgpaden en zorgtrajecten door elkaar gehaald. Er bestaat nochtans een wezenlijk verschil tussen beide.

Om begripsverwarring te vermijden, zetten Dr. Kris Vanhaecht en Prof. Walter Sermeus van het Leuvense Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap het onderscheid tussen zorgpaden en zorgtrajecten uiteen.

De European Pathway Association definieert een zorgpad als een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een welbepaald tijds kader. Eigenschappen van een zorgpad zijn:

- ⇒ een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op evidentie, best practice en patiëntverwachtingen en patiëntkenmerken;
- ⇒ het faciliteren van de communicatie tussen teamleden en met patiënten en hun familie;
- ⇒ het stroomlijnen van het zorgproces door coordinatie van de rol en opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie;

- ⇒ het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten;
- ⇒ het identificeren van de verantwoorde middelen.

Het streefdoel van een zorg pad is de zorgkwaliteit, over de grenzen van een organisatie heen, te bevorderen door 'riskadjusted' resultaten te verbeteren, patiëntveiligheid te bevorderen, de patiënttevredenheid te verhogen en het middelengebruik te optimaliseren.

Niet nieuw

Zorgpaden werden voor het eerst ingevoerd in het New England Medical Centre in Boston in 1987. Wereldwijd wordt deze methode gebruikt voor de organisatie van tal van ziektebeelden, voornamelijk chirurgie of goed voorspelbare zorgprocessen. In de literatuur zijn ze bekend als clinical pathway, care pathway of de MeSH term in pubmed: critical pathway.

Sinds 1998 wordt dit concept toegepast binnen Vlaanderen en momenteel sleutelen meer dan 110 organisaties uit België en Nederland aan de uitwerking ervan wat resulteert in meer dan 1000 projecten. Uit onderzoek blijkt dat het één van de methoden is die gebruikt kan worden om de coordinatie en opvolging van een zorgproces beter te organiseren. Het hoofddoel van de zorgpaden is en blijft om multidisciplinaire teams beter op elkaar af te stemmen. Binnen het Netwerk Klinische Paden, een vormingsinitiatief van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KULeuven, zijn er de voorbije jaren trouwens meer dan 25 zorgpaden voor diabetes uitgewerkt.

Een zorgtraject is een nieuw begrip dat vanuit het Riziv geïntroduceerd werd voor een gestructureerde aanpak van patiënten met een chronische aandoening zoals diabetes en nierinsufficiëntie.

“De relatie tussen zorgpaden en zorg- trajecten is nog niet helemaal duidelijk en dient verder onderzocht te worden. Wellicht kan de methodologie van zorg- paden helpen om een zorgtraject concreet uit te werken en gestalte te geven. Een zorgpad houdt immers rekening met de lokale kenmerken en beschikbare middelen van een specifieke organisatie. Daardoor zullen de verschillende zorgpaden voor diabetes die uitgewerkt worden door de lokale teams, op basis van de inhoud van het zorgtraject, van elkaar kunnen verschillen”, leggen Vanhaecht en Sermeus uit.

De Leuvense onderzoekers dringen erop aan om deze concepten in hun juiste context en draagwijdte te gebruiken. “We willen vermijden dat begripsverwarring aanleiding zou geven tot onduidelijkheid waardoor degelijke initiatieven om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en te ondersteunen, worden ondergraven. Het zou bovendien jammer zijn mochten klinici hun ondersteuning aan zorgpaden opgeven of minimaliseren omdat er momenteel slechts voor twee zorgprocessen een financiële incentive bestaat.”



Het faciliteren van de communicatie tussen teamleden en met patiënten en hun familie is één van de eigenschappen van een zorgpad.

Vanhaecht, K., De Witte, K., Sermeus, W. (2007). The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. Doctoraatscriptie Faculteit Geneeskunde, KULeuven, Acco Leuven, 154 pp. www.nkp.be en www.czv.kuleuven.be en www.E-P-A.org

De mening van de ziekenfondsen: de Onafhankelijke Ziekenfondsen

‘De coördinerende rol van de arts wordt belangrijker’

Nicolas de Pape

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn al langer enthousiast over de zorgtrajecten. Ze menen immers dat zo de samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijnszorg structureel verbeterd kan worden. Bovendien is de aanpak van chronische aandoeningen dé gezondheidsuitdaging van de 21ste eeuw.

Nationaal en internationaal bestaat er een sterke consensus dat de eerste lijn de voornaamste rol moet spelen in de zorgtrajecten. Dat is echter enkel mogelijk als die voldoende middelen en steun krijgt. Geneesheer- deskundige Chris Van Hul geeft een woordje uitleg.

“De zorgtrajecten zijn vooral wenselijk voor de chronisch zieken. Bij hen kan het verloop van de ziekte (en dus ook van de daaraan verbonden kosten) gunstig beïnvloed worden door een georganiseerde, integrale aanpak”, legt Van Hul uit. Denk maar aan COPD en ernstig astma, hartinsufficiëntie, kanker, chronische psychiatrische aandoeningen en osteoporose. Daaruit ontsproot de idee om van start te gaan met twee goed bekende doelgroepen: bepaalde type 2-diabetici en patiënten met chronische nierinsufficiëntie stadium 3b.

Identificeerbare doelgroep

“Voor diabetes type 2 werd gekozen omdat het zeker is dat de prevalentie van deze aandoening sterk zal toenemen. Bovendien is het noch wenselijk noch mogelijk dat die toevloed voornamelijk wordt opgenomen door de diabetes- centra. De keuze voor twee injecties beantwoordt aan het aloude verlangen van artsen om opnieuw meer betrokken te worden bij de behandeling. Chronische nierinsufficiëntie werd gekozen omdat de doelgroep gemakkelijk te definiëren is en dus gepast is voor een proefproject. Verwacht wordt ook dat een snellere verwijzing en een betere opvolging ervoor zullen zorgen dat dialyse of transplantatie vermeden wordt.”

Chris Van Hul herinnert aan de complexiteit die gepaard gaat met de implementatie van het systeem, zowel bij de artsen (de administratie mocht niet te complex worden en het privéleven moest gerespecteerd blijven) als bij de verzekeringen (combinatie van twee zorgtrajecten voor dezelfde patiënt, informatica- aanpassingen). “Voor een benadering die zich richt op de toekomst van chronisch zieken zijn de voorwaarden nog onvoldoende vervuld. De automatisering van het medisch korps is niet veralgemeend, de coördinerende functie van de kringen zit nog in een experimentele fase en het gmd is niet overal een succes.”

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn duidelijk: dit is slechts een eerste stap. “De zorgtrajecten vormen de aanleiding voor de opstart of de voortzetting van initiatieven als de lokale netwerken van artsenkringen. En ze vormen een blikvanger voor Disease Management (DM).”

Stemmen zorgtrajecten dan overeen met Disease Management? “Je vindt er ontegensprekelijk een aantal elementen in die afkomstig zijn uit een model van DM. Zo heb je de meer gecombineerde benadering van zorg, de herverdeling van taken, de verwijzing naar richtlijnen, de betrokkenheid van de patiënt. Maar om tot een echt DM te komen moet men een aantal maatregelen opstarten. Zo kan de patiënt nog meer begeleid worden en dient zijn verantwoordelijkheidsbesef nog verder te worden aangescherpt. Ook kunnen de zorgverleners van de eerste lijn nog meer betrokken wor-

den of kan het technologisch onderhoud worden aangescherpt. Ten slotte moet meer aandacht geschonken worden aan preventie.”

De verstevigde positie van de arts

Volgens Van Hul zal de rol van de arts geleidelijk aan belangrijker worden:



- ⇒ De arts heeft het voorrecht om materiaal voor te schrijven.
- ⇒ De arts staat in voor de vorming van de patiënt.
- ⇒ De arts bepaalt de prioritaire doelstellingen.
- ⇒ De patiënten met één injectie zullen snel in getale toenemen binnen de trajecten.

Besluit van Van Hul: “Op middellange termijn zullen de bestaande zorgtrajecten waarschijnlijk ook worden uitgebreid. Ofwel door een toename van de doelgroep binnen de huidige pathologie, ofwel door uitbreiding naar andere pathologie. In de twee gevallen zal de coördinerende rol van de arts versterkt worden.”

▲ Chris Van Hul: “Dit is slechts een eerste stap.”

Naar een artikel verschenen in Fax Medica - februari 2009.

De mening van de ziekenfondsen: de Christelijke Mutualiteiten

Een gouden kans voor een gezonde samenwerking

Nicolas de Pape

De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten is een fervente aanhanger van de zorgtrajecten. Wel dringt hij erop aan dat alles stapsgewijs verloopt. De CM vindt de zorgtrajecten een gouden kans om een horizontale, duurzame samenwerking te creëren tussen artsen en ziekenfondsen.

Dr. Jacques Boly, adviserend geneesheer bij de CM, volgde de zorgtrajecten van bij het begin. Een interview.

Welke rol speelde de CM bij de aanvang van de zorgtrajecten?

Sinds de jaren 2000 vinden we dat er opnieuw moet worden gefocust op de eerstelijnszorg. Vroeger draaide het er vooral om de relaties en de communicatie tussen huisartsen en specialisten te verbeteren. In die context kwam er de werkgroep ‘complexe pathologie’ die werd voorgezeten door Philippe Vandermeeren, voorzitter van het Kartel. Toen beseften we dat chronische ziekten niet behandeld kunnen worden zonder de betrokkenheid van de patiënt en zonder een even onbetwistbare kwaliteitsbenadering. Het is niet langer alleen zaak van artsen.

Is de angst van de huisartsen om buitenspel gezet te worden dan niet gerechtvaardigd?

Bij onze ontmoetingen met de huisartsenvertegenwoordigers vertelden ze het contact te verliezen met een aantal diabetici, omdat die zich steeds meer richten tot diabetescentra. De zorgtrajecten zetten de artsen dus allerminst buitenspel. Integendeel: de huisarts wordt opnieuw de piloot. Hij stelt al dan niet aan de patiënt voor om in het zorgtraject te stappen, zonder enige verplichting.

Wat staat administratief gezien op het menu?

Het strikte minimum. Eén enkel document, drie handtekeningen en de verplichting van een gmd, iets waarop de CM heeft aangedrongen. Het ging er gewoon om meer inhoud en een nieuw elan te geven aan het concept.

De huisarts houdt niet van verplichtingen, van sancties, ...

De onderhandelaars hebben een maximale soepelheid voorzien. Het draait er niet om de artsen te controleren. De evaluatie gebaseerd op het niveau van geglyceerd hemoglobine wil enkel de manier waarop de zorgtrajecten moeten evalueren nauwkeurig weergeven (onder meer vorming, sensibilisering, aanpassing). Er is geen enkele sanctie voor de arts.

De spanning blijft tussen de huisartsen en de geconventioneerde centra.

Die spanning en de nakende epidemie - in de Verenigde Staten wordt diabetes een enorm probleem van volksgezondheid - maken de zorgtrajecten net onmisbaar. Zo wordt die uitdaging aangegaan en wordt een kwaliteitsbehandeling van de eerstelijnszorg gegarandeerd.

Tijdens de studiedag van 7 februari van het Riziv zei een prof van de KULeuven dat de doelgroep voor de zorgtrajecten slecht gekozen was.

We hebben dat doel net gekozen door de heersende spanning tussen de huisartsen en de geconventioneerde centra over die fameuze groep 3A van de conventie. En dat breiden we van in het begin uit naar de diabetespatiënten met één enkele insuline-injectie. Natuurlijk zal de overgang in alle rust moeten plaatsvinden.



Jacques Boly: "De huisarts wordt opnieuw de piloot." ▲

Vreest u geen noord-zuidtegenstelling?

Dat is een mogelijke angst. Maar we hebben voldoende krachtige incentives gegeven. 80 euro is niet niets. Alles moet zo symmetrisch mogelijk evolueren. Het is waar dat sommige Franstalige huisartsen, meer verknocht aan het 'medische liberalisme', zich minder enthousiast zullen tonen.

Waarom denkt u dat de zorgtrajecten zullen slagen?

Ik ben ervan overtuigd dat de eerste lijn het even goed kan doen als de tweede lijn, of zelfs beter. Alles hangt echter af van haar betrokkenheid. Het is nodig dat de huisarts let op een continue vorming en goed materiaal gebruikt zoals een emd. Het is een gouden kans om de samenwerking te stimuleren tussen verzekeringen, artsen en patiënten, voor wie de toegankelijkheid van zorg een prioriteit blijft. Vandaar het kapitale belang van de verkregen maatregelen voor de afschaffing van remgeld, en de ziekteverzekering die de kosten van de diabeteszelfregulatie (suikerweger, bloeddrukmeter, ...) op zich neemt.

Zorgtrajectcontract diabetes type 2

Kleefbriefje ziekenfonds van de patiënt

Verbintenissen van de patient

- ⇒ Mijn huisarts, die ik verzoek om deze aanvraag aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds te bezorgen, heeft mij vandaag de voorwaarden voor het zorgtraject diabetes type 2 uitgelegd;
- ⇒ Ik werd op de hoogte gebracht door mijn huisarts dat de voordelen en het welslagen van het zorgtraject afhangen van mijn actieve deelname aan het zorgplan. Ik verbind mij ertoe de praktische organisatie van dat zorgplan vast te leggen met mijn huisarts.
- ⇒ Mijn huisarts besprak met mij de behandelingsdoelen en hoe ze te bereiken, gebaseerd op pagina 2 van dit contract;
- ⇒ Bovendien geef ik mijn huisarts de toestemming om de volgende geanonimiseerde gegevens die op mij betrekking hebben: geslacht, leeftijd, gewicht, lengte, arteriële bloeddruk, en de resultaten van sommige bloedonderzoeken (HbA1c, LDL-cholesterol) over te maken aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid met als doel een wetenschappelijke evaluatie en met naleving van de reglementering van de persoonlijke levenssfeer

Datum en handtekening

- Ik vraag aan mijn huisarts die dit contract ondertekent, mijn globaal medisch dossier te beheren: hij/zij moet daartoe binnen het jaar na de start van het zorgtraject het honorarium aanrekenen

Verbintenissen van de diabetoloog/internist

Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep (1), en meer bepaald om :

- ⇒ in onderlinge overeenstemming de huisarts te ondersteunen bij de uitwerking, de evaluatie en de aanpassing, van een individueel zorgplan voor de patiënt met diabetes type 2. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken;
- ⇒ de verslagen van mijn raadplegingen en technische onderzoeken aan de huisarts te bezorgen;
- ⇒ met de huisarts een doeltreffende communicatie te onderhouden, meer bepaald via e-mail en telefonisch, ofwel op verzoek van de huisarts, ofwel naar aanleiding van de overdracht van klinische of biologische parameters;

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Verbintenissen van de huisarts

Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt die behoort tot de doelgroep (1) en meer bepaald om :

- ⇒ in onderlinge overeenstemming met de endocrino-diabetoloog, een individueel zorgplan uit te werken, te evalueren en aan te passen. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken voor de patiënt met diabetes type 2;

- ⇒ mijn observaties en de resultaten van relevante onderzoeken voor de opvolging van de patiënt aan de geneesheer-specialist te bezorgen;
- ⇒ indien de patiënt deze niet via een geconventioneerd diabetescentrum krijgt, de nodige educatie betreffende de ziekte, de behandeling en de follow-up, zelf of via de diabetes-educator aan de patiënt te geven en te onderhouden;
- ⇒ het medisch dossier van de patiënt te gebruiken
- ⇒ kopie van dit behoorlijk ingevuld contract aan de adviserend geneesheer te bezorgen.

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Adviserend geneesheer van het ziekenfonds

Ik bevestig ontvangst van dit contract conform de reglementering betreffende het zorgtraject diabetes type 2 dat geldt vanaf (datum ontvangst conforme aanvraag) tot

Naam + Stempel

Datum en handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

- ⇒ huisarts : titularis : nummer :
- ⇒ specialist : titularis : nummer :

Contract zorgtraject diabetes type 2 (pagina 2)

INFORMATIE OVER DE AANPAK VAN SUIKERZIEKTE (DIABETES TYPE 2)

Algemene doelstelling

Een goede aanpak van uw suikerziekte verzekert u een langer én gezonder leven. Deze aanpak houdt verwickelingen, die ontstaan door het dichtslibben van bloedvaten, ook langer tegen.

Persoonlijke doelstellingen

Uw persoonlijke doelstellingen vormen de leidraad voor de aanpak van uw suikerziekte. Op basis van onderstaande doelstellingen maken u en uw huisarts een concreet zorgplan voor uw zorgtraject:

- ⇒ Gezonde leefstijl met aandacht voor
 - ✓ Regelmatig bewegen
 - ✓ Stoppen met roken
 - ✓ Gezonde voeding
 - ✓ Gewicht
- ⇒ Opvolgen en behandelen, zo nodig met geneesmiddelen, van
 - ✓ Bloedsuiker
 - ✓ Cholesterol en vetten in het bloed
 - ✓ Bloeddruk
 - ✓ Het dichtslibben van bloedvaten voorkomen met medicatie
 - ✓ Overgewicht
 - ✓ Tabakgebruik : stoppen met roken
- ⇒ Bloedonderzoek: HbA1c (2)
- ⇒ Controle bij uw huisarts om eventuele verwickelingen op te sporen:

- ✓ Ondervraging (risico op hartlijden, zenuwpijnen,..)
- ✓ Onderzoek van de voeten
- ✓ Bloed- en urineonderzoek
- ⇒ Oogonderzoek bij de oogarts
- ⇒ Inenting tegen griep en pneumokokken (3)
- ⇒ Beter begrijpen van uw ziekte en de geplande zorg, met de hulp van diabeteseducatie

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 6 april 2009 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De leidend ambtenaar
H. DE RIDDER

De Voorzitter
G. PERL

Nota's

(1) Inclusiecriteria voor een zorgtraject diabetes type 2

- ✓ één of twee insuline-injecties per dag
- ✓ onvoldoende controle bij maximale orale behandeling waarbij insuline behandeling moet overwogen worden
- ✓ Exclusiecriteria
- ✓ zwanger of zwangerschapswens
- ✓ meer dan 2 insuline-injecties per dag
- ✓ type 1 diabetes

(2) Hemoglobine A1c: geeft aan of uw bloedsuiker gedurende de voorbije 3 maanden goed geregeld was

(3) door suikerziekte vermindert uw afweer tegen griep en infectieziekten; griep kan uw suikerziekte ontregelen

Zorgtraject contract chronische nierinsufficiëntie

Kleefbriefje ziekenfonds van de patiënt

Verbintenissen van de patient

- ⇒ Mijn huisarts, die ik verzoek om deze aanvraag aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds te bezorgen, heeft mij vandaag de voorwaarden voor het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie uitgelegd;
- ⇒ Ik werd door mijn huisarts op de hoogte gebracht dat de voordelen en het welslagen van het zorgtraject afhangen van mijn actieve deelname aan het zorgplan. Ik verbind mij ertoe om de praktische organisatie van het zorgplan vast te leggen met mijn huisarts.
- ⇒ Mijn huisarts besprak met mij de behandelingsdoelen en hoe ze te bereiken, gebaseerd op de gegevens op pagina 2 van dit contract;
- ⇒ Bovendien geef ik mijn huisarts de toestemming om de volgende geanonimiseerde gegevens die op mij betrekking hebben : leeftijd, geslacht, renale diagnose, arteriële bloeddruk, de resultaten van sommige bloedonderzoeken (hemoglobine, creatinine, eGFR, parathormoon) over te maken aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid met als doel wetenschappelijke evaluatie en met naleving van de reglementering van de persoonlijke levenssfeer;

Datum en handtekening

- Ik vraag aan mijn huisarts die dit contract ondertekent, mijn globaal medisch dossier te beheren: hij /zij moet daartoe binnen het jaar na de start van het zorgtraject het honorarium aanrekenen

Verbintenissen van de nefroloog/internist

Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep (1), en meer bepaald om :

- ⇒ in onderlinge overeenstemming de huisarts te ondersteunen bij de uitwerking, de evaluatie en de aanpassing, van een individueel zorgplan voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken;
- ⇒ de verslagen van mijn raadplegingen en technische onderzoeken aan de huisarts te bezorgen;
- ⇒ met de huisarts een doeltreffende communicatie te onderhouden, meer bepaald via e-mail en telefonisch, ofwel op verzoek van de huisarts, ofwel naar aanleiding van de overdracht van klinische of biologische parameters;

Naam + Stempel

Datum - handtekening

Verbintenissen van de huisarts

Ik stem ermee in om deel te nemen aan het zorgtraject van deze patiënt, die behoort tot de doelgroep (1), en meer bepaald om:

- ⇒ in onderlinge overeenstemming met de nefroloog, een individueel zorgplan uit te werken, te evalueren en aan te passen. Dit omvat doelstellingen, een geplande follow-up, medische raadplegingen, paramedische tussenkomsten en technische onderzoeken voor de patiënt met chronische nierinsufficiëntie;

- ⇒ mijn observaties en de resultaten van relevante onderzoeken voor de opvolging van de patiënt aan de geneesheer-specialist te bezorgen;
- ⇒ het medisch dossier van de patiënt te gebruiken;
- ⇒ een kopie van dit behoorlijk ingevuld contract aan de adviserend geneesheer te bezorgen.

Naam + Stempel

Datum handtekening

Adviserend geneesheer van het ziekenfonds

Ik meld ontvangst van dit contract conform de reglementering betreffende het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie dat geldt vanaf (datum ontvangst conforme aanvraag) tot

Naam + Stempel

Datum - Handtekening

Bankrekeningnummer voor de betaling van het zorgtrajecthonorarium

- ⇒ huisarts : titularis : nummer :
- ⇒ specialist : titularis : nummer :

Contract zorgtraject chronische nierinsufficiëntie (pagina 2)

Informatie over de aanpak van de chronische nierinsufficiëntie

Algemene doelstelling

Een goede aanpak van uw nierziekte verzekert u een langer én gezonder leven.

Deze aanpak kan de evolutie van uw nierziekte sterk vertragen, wil de werking van uw nieren zolang mogelijk behouden en uw kans op hart en vaatziekten verminderen.

Uw persoonlijke doelstellingen

Uw persoonlijke doelstellingen vormen de leidraad voor de aanpak van uw nierziekte.

Op basis van onderstaande doelstellingen maken u en uw huisarts een concreet zorgplan voor uw zorgtraject.

- ⇒ Gezonde leefstijl
 - ✓ Regelmatig bewegen
 - ✓ Stoppen met roken
 - ✓ Gezonde voeding
 - ✓ Gewicht verliezen indien nodig
 - ✓ Geen geneesmiddelen gebruiken (b.v. pijnstillers) zonder advies van uw dokter : zij kunnen schadelijk zijn voor uw nieren
- ⇒ Opvolgen en behandelen, zo nodig met geneesmiddelen, van
 - ✓ Bloedsuiker
 - ✓ Bloeddruk
 - ✓ Cholesterol en vetten in het bloed
 - ✓ Proteïnurie : eiwit in de urine
 - ✓ Bloedarmoede
 - ✓ Toestand van uw beenderen en gewrichten
 - ✓ Tabakgebruik : stoppen met roken
 - ✓ Aangepast dieet : met de hulp van een ervaren diëtist
 - ✓ De nodige geneesmiddelen innemen zoals voorgeschreven
- ⇒ Bloedcontrole

Uw specialist en huisarts bepalen de regelmaat waarmee de bloedcontroles moeten gebeuren

- ⇒ Controle: opsporen van verwickelingen in andere organen
- ⇒ Inenting: tegen griep, hepatitis en pneumokokken

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 6 april 2009 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De leidend ambtenaar
H. DE RIDDER

De Voorzitter
G. PERL

Nota

(1) Inclusiecriteria voor een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie:

- ⇒ een chronische nierinsufficiëntie hebben, gedefinieerd als
 - ✓ een berekende glomerulaire filtratiesnelheid $< 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ volgens de vereenvoudigde MDRD-formule minstens 2x bevestigd met een tussentijd van ten minste 3 maanden
- en/of
 - ✓ een proteïnurie van $>1 \text{ g/dag}$ minstens 2x bevestigd met een tussentijd van ten minste 3 maanden
- ⇒ ouder zijn dan 18 jaar
- ⇒ niet in dialyse zijn en niet getransplanteerd zijn
- ⇒ in staat zijn tot ambulante follow up, d.w.z. nefroloog/internist raadplegen in diens spreekkamer