

Zorgtrajecten : Globaal evaluatierapport

Inhoudstabel

A.	Situering	4
B.	Samenvatting van de evaluatierapporten zorgtrajecten	5
1.	Zorgtrajecten diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie: evaluatie van de impact op processen en uitkomsten (ACHIL WIV)	5
2.	Evaluatie van de patiënttevredenheid en perceptie van de ervaringen (VDV-ABD en KBS)	6
3.	Rapport bevraging diabeteseducatoren eerste lijn en diabetes-conventiecentra (RIZIV)	6
4.	Lokale multidisciplinaire netwerken	7
a)	Resultaten onderzoek VUB.....	7
b)	Analyse jaarverslagen LMN	8
5.	Knelpunten	9
6.	Analyse van de RIZIV gegevens	9
C.	Conclusies Aanbevelingen	10
1.	De evaluatie moet verder lopen om de verbetering te bevestigen, moet in de toekomst performanter zijn en ondersteund worden door een globaal evaluatieplatform	10
a)	Verbeteren en uitbreiden van de evaluatie van de impact op zorgprocessen	10
b)	Omstandig evalueren van de impact op de klinische uitkomsten	11
c)	Koppelen van de gegevens van de centrale pijler aan de IMA pijler	12
d)	Communicatie naar de huisartsen m.b.t. gegevensinzameling verbeteren	12
e)	Feedback en kwaliteitscirkels naar de huisartsen en de LMN verder uitwerken	12
f)	Uitbouwen prospectieve evaluatie van de LMN en feedback	12
g)	Globaal evaluatieplatform.....	12
h)	Pilootprojecten multimorbiditeit	13
i)	Communicatie	13
2.	Herkaderen en versterken.....	13
a)	Versterken rol huisarts: de huisarts is de initiator van het zorgtraject.....	13
b)	Benadrukken van de doelstelling van proactief geplande multidisciplinaire zorg.....	13
c)	Inclusiecriteria aanpassen	14
d)	Versterken rol diabeteseducatoren	15
e)	Versterken rol apothekers.....	15
f)	Empowerment patiënt	15

g) Diabetesconventie.....	16
h) Afzonderlijk model huisarts –patiënt (buiten context ZT) in vroegere fase DM2 met toegang tot educatie en materiaal.....	17
3. Ondersteunen.....	17
a) IT.....	17
b) LMN.....	18
c) Informeren over ZT: patiënten en huisartsen.....	18
d) Opleiding.....	18
4. Vereenvoudigen.....	19
a) Reglementering.....	19
b) Voorschrijven zelfzorgmateriaal.....	20
c) Voorschrijven medicatie.....	20
d) Zorgtraject contract.....	21
5. LMN.....	22
a) Herkaderen.....	22
b) Ondersteunen.....	23
c) Evaluatie: prospectieve evaluatie en feedback uitbouwen.....	23
d) Communicatie: promotie ZT naar zorgverleners en patiënten.....	23
D. Bijlagen.....	24
1. Zorgtrajecten diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie: evaluatie van de impact op processen en uitkomsten (ACHIL WIV).....	24
2. Evaluatie van de patiënttevredenheid en perceptie van de ervaringen (VDV-ABD en KBS).....	24
3. Rapport bevraging diabeteseducatoren eerste lijn en diabetesconventiecentra (RIZIV).....	24
4. Lokale multidisciplinaire netwerken: Resultaten onderzoek VUB.....	24

A. Situering

De zorgtrajecten, een project van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, zijn in 2009 gestart voor een initiële periode van 4 jaar. Er bestaat een zorgtraject (ZT) voor 2 chronische ziekten: diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie. Niet alle patiënten met deze ziekten komen in aanmerking voor een ZT maar subgroepen patiënten die aan bepaalde inclusiecriteria beantwoorden.

De zorgtrajecten betekenen een nieuwe aanpak van chronische ziekten, namelijk een proactieve geïntegreerde multidisciplinaire aanpak onderbouwd door wetenschappelijke richtlijnen en geïnspireerd door het chronic care model. Zij beogen een betere samenwerking tussen huisarts, specialist en alle betrokken zorgverleners en een verbetering van de kwaliteit van zorgverlening. De huisarts is de spilfiguur en de specialist heeft een ondersteunende rol. De patiënt krijgt een actieve rol via empowerment en self-management.

De pilotprojecten lokale multidisciplinaire netwerken (LMN) werden tevens in 2009 gestart ter ondersteuning van de zorgtrajecten met als doelstellingen lokaal een multidisciplinair netwerk uit te bouwen en alle actoren die meewerken aan de zorgtrajecten te ondersteunen.

Na deze initiële periode van 4 jaar wordt op basis van de resultaten van de evaluatie beslist over de verderzetting van de zorgtrajecten.

De evaluatie van deze complexe interventie gebeurde via verschillende invalshoeken. Dit rapport begint met een korte samenvatting van de methodologie en resultaten van de verschillende evaluatierapporten. Vervolgens worden op basis van de resultaten conclusies en aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd.

De integrale versie van elk evaluatierapport zit in bijlage.

B. Samenvatting van de evaluatierapporten zorgtrajecten

1. Zorgtrajecten diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie: evaluatie van de impact op processen en uitkomsten (ACHIL WIV)

Het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) kreeg de opdracht, via het ACHIL project, om de doeltreffendheid van de zorgtrajecten te onderzoeken.

Het onderzoek was gebaseerd op 4 pijlers. De centrale pijler analyseerde de klinische en biologische gegevens die de huisartsen overmaakten voor hun zorgtrajectpatiënten. Voor de eerste maal in België namen artsen deel aan een systematische datacollectie van gegevens uit de EMD en hebben zij op grote schaal patiëntengegevens elektronisch overgemaakt via een beveiligde webtoepassing. 79% van de patiënten met een zorgtraject werden geregistreerd en de kwaliteit van de geregistreerde gegevens was uitstekend. Voor 82% van de patiënten met een ZT DT 2 werd minstens 1 volledige set parameters overgemaakt. 75% van de artsen met zorgtrajectpatiënten hebben gegevens overgemaakt: 60% voor al hun patiënten en 15% voor een deel van hun patiënten.

De IMA pijler analyseerde procesparameters en het gebruik van medicatie. Twee perifere pijlers, namelijk de huisartsenpeilpraktijken en Intego, dienden als bronvalidatie en gaven longitudinale gegevens over langere periodes of informatie die in de andere pijlers niet beschikbaar waren.

Resultaten

Omdat de gegevens van de huisartsen bij deze eerste inzameling op anonieme wijze werden overgemaakt was er geen koppeling mogelijk tussen de gegevens van de artsen en de IMA pijler. Toch is het belangrijk te melden dat de resultaten gelijklopend zijn in de verschillende pijlers.

Een aanzienlijk aantal patiënten werd opgenomen in een zorgtraject in de periode 2009-2011. De patiënten die meer aandacht vergden en intensiever werden opgevolgd in de jaren voor de start van de zorgtrajecten hadden het meest nood aan een ZT, en het zijn ook deze patiënten die werden geïncorporeerd in een zorgtraject.

De resultaten wijzen op een zekere doeltreffendheid van de ZT, namelijk een verbetering van de kwaliteit van zorg in de opvolging van de zorgprocessen (een betere overeenstemming met de aanbevelingen van goede praktijk). Er kunnen echter geen uitspraken gedaan worden over de verbetering van de gezondheidsuitkomsten.

Om na te gaan of er een verbetering is van de gezondheidsuitkomsten moeten de zorgtrajecten en de evaluatie verdergezet worden. De verbeteringen van de zorgprocessen dienen bevestigd te worden en men moet nagaan of deze duurzaam zijn, en welk deel van de verbeteringen het gevolg is van de zorgtrajecten. Bovendien is er nood aan de ontwikkeling van feedback en kwaliteitscirkels voor de huisartsen en de betrokken LMN.

2. Evaluatie van de patiënttevredenheid en perceptie van de ervaringen (VDV-ABD en KBS)

Deze evaluatie werd uitgevoerd in opdracht van de Koning Boudewijnstichting (KBS) en de diabetesverenigingen VDV en ABD met een financiering van de KBS.

Het onderzoek was gebaseerd op een documentenanalyse, focusgroepen en een online bevraging van patiënten.

Resultaten

In totaal hebben meer dan 600 personen de online enquête nauwgezet ingevuld, waarvan een 300-tal met een zorgtraject diabetes.

De tevredenheid van de patiënten met een zorgtraject is groot: 77% is tevreden, 74% voelt zich beter behandeld en 65% zou het ZT DM2 ook aanraden aan andere patiënten.

De voornaamste informatiebron voor de patiënt over het ZT is de diabeteseducator (35%), gevolgd door de specialist (32%) en tot slot de huisarts (28%), terwijl 47 % van de patiënten verwacht dat de huisarts hiervoor instaat.

Desondanks de hoge tevredenheidscijfers bleek dat zowel de huisartsen als de patiënten nog nood hebben aan meer informatie over de zorgtrajecten, dat de diabeteseducator nog te weinig gekend is en dat de huisarts gemotiveerd moet worden om zijn coördinerende rol op zich te nemen.

Bovendien is het "Stappenplan" ontwikkeld door de diabetesverenigingen nog onvoldoende gekend en gebruikt.

3. Rapport bevraging diabeteseducatoren eerste lijn en diabetesconventiecentra (RIZIV)

Van oktober tot december 2012 heeft het RIZIV een online bevraging van de diabeteseducatoren in de eerste lijn en de diabetesconventiecentra georganiseerd met 2 aparte vragenlijsten.

Op de vragenlijst voor de diabeteseducatoren in de eerste lijn was er 30% respons en voor de vragenlijst diabetesconventiecentra bedroeg de respons 60%.

Resultaten

De diabeteseducatoren zijn over het algemeen tevreden over de inhoudelijke aspecten van hun werk, zij zijn zeer gemotiveerd en spenderen meer tijd per diabeteseducatiesessie dan het voorziene half uur. Er zijn echter ook een aantal knelpunten die een snelle oplossing vragen, omdat er anders een reëel risico bestaat dat de diabeteseducatoren afhaken. Het is absoluut noodzakelijk dat er meer tijd en een betere vergoeding per educatiesessie voorzien worden en dat de huisartsen beter doorverwijzen naar de diabeteseducatoren.

De samenwerking tussen de diabetesconventiecentra en de eerstelijnseducatoren wisselt sterk naargelang de locoregionale context. In gebieden waar er regelmatige contacten zijn tussen de eerste en tweede lijn is men tevreden over de samenwerking. Maar er zijn ook gebieden met weinig of geen contacten. De LMN spelen een belangrijke rol als facilitator van deze samenwerking.

4. Lokale multidisciplinaire netwerken

a) Resultaten onderzoek VUB

Dit onderzoeksproject liep van oktober 2012 tot juni 2013. De focus van het onderzoek lag op de organisatie van de LMN, de rol van de zorgtrajectpromotor (ZTP) en de samenwerking met de geïntegreerde dienst thuiszorg (GDT).

De analyse was transversaal en retrospectief: de projecten werden niet individueel geëvalueerd en men kijkt terug naar de ervaring. De resultaten van dit kwalitatief onderzoek zijn niet statistisch representatief maar het betreft wel veralgemeenbare inzichten.

De methodologie is gebaseerd op documentenanalyse en focusgroepen. In totaal werden 12 verschillende focusgroepen georganiseerd: 6 Nederlandstalige en 6 Franstalige. Via de focusgroepen zijn operationele problemen naar boven gekomen die ook opgenomen zijn in het rapport en die kunnen vertaald worden naar actiepunten voor de toekomst.

Resultaten

Er is een algemeen positieve attitude: alle betrokkenen wensen zowel de LMN als de zorgtrajecten verder te zetten met behoud van de experimentele bottom-up benadering.

Het RIZIV heeft tot nu toe een ruim kader geboden met veel mogelijkheden om de werking van het LMN autonoom te organiseren in functie van de lokale context. De functie van de ZTP werd naargelang de projecten op verschillende wijze ingevuld met de nadruk op de opbouw van een netwerk of op concrete realisaties van ZT. De mate waarin de LMN vormings- en andere activiteiten organiseren en de tevredenheid van de zorgverleners over het LMN kunnen erg wisselen. Het bestuursmodel van het LMN evolueerde naar een multidisciplinaire stuurgroep maar de facto is er weinig multidisciplinaire samenwerking op strategisch of operationeel vlak. Hetzelfde geldt voor de samenwerking met de GDT. Er is op het terrein ook weinig sprake van multidisciplinaire samenwerking: deze is eerder sequentieel met multidisciplinair doorverwijzen, maar men merkt wel een gunstige evolutie van de samenwerking in de tijd. De paramedici ervaren problemen in de samenwerking met de huisartsen en er zijn soms rol- en taakconflicten tussen de paramedici onderling.

In de toekomst moet het RIZIV een duidelijker kader scheppen met concrete verwachtingen naar multidisciplinariteit, rol en taken van de stuurgroep en van de zorgtrajectpromotoren. In dit kader moet er ruimte zijn voor de lokale context.

De LMN stuurgroepen en de ZTP zijn vragende partij voor coaching, aansturing en ervaringsuitwisselingen ondersteund door het RIZIV. De coaching kan gekoppeld worden aan een prospectieve evaluatie met regelmatige tussentijdse feedback naar de projecten.

De GDT hebben meestal geen actieve rol in het LMN omwille van onduidelijke taakafbakening en concurrentie.

Randvoorwaarden

De promotie van de zorgtrajecten blijft een aandachtspunt, zowel naar de professionelen als naar de patiënten. ICT ondersteuning is een belangrijk hulpmiddel bij de multidisciplinaire samenwerking en er is vraag naar een geïntegreerde ICT infrastructuur. Diabeteseducatoren vragen een adequate tegemoetkoming waarbij rekening gehouden wordt met administratie en verplaatsingen. Alle zorgverleners vragen administratieve vereenvoudiging.

b) Analyse jaarverslagen LMN

De analyse van de jaarverslagen van de LMN toont resultaten die in grote mate gelijklopen met de resultaten van het onderzoek van de VUB. In 2012 is het merendeel van de stuurgroepen LMN geëvolueerd naar een multidisciplinaire stuurgroep, slechts 15% is monodisciplinair. Toch had 32% van de stuurgroepen geen enkele en 23% slechts één multidisciplinaire stuurgroepvergadering in 2012.

Uit de jaarverslagen van 2012 blijkt dat er twee belangrijke nieuwe tendensen zijn waarmee in de toekomst rekening moet gehouden worden:

1. Bredere werking

Volgens de jaarverslagen 2012 heeft een belangrijke proportie van de LMN een werking die breder reikt dan louter de zorgtrajecten. 48 % van de Nederlandstalige en 33% van de Franstalige projecten ontwikkelt bredere acties gaande van acties naar alle diabetespatiënten tot acties voor andere chronische ziekten.

2. Regiohuizen

In 2012 heeft 33% van de projecten een regiohuis, eerstelijns huis of maison du diabète. In deze settings worden paramedische activiteiten zoals diëtetiek, diabeteseducatie en podologie maar soms ook rookstopbegeleiding of psychologische consulten georganiseerd voor zorgtrajectpatiënten. Dikwijls zijn deze activiteiten ook bedoeld voor de grotere groep diabetespatiënten en soms zelf voor patiënten met andere chronische ziekten. Dit fenomeen breidt zich verder uit. Volgens de jaarverslagen 2012 was een aantal andere LMN zich in 2012 aan het voorbereiden om een regiohuis op te starten.

5. Knelpunten

In de loop van de eerste 4 jaar werden een aantal knelpunten opgelost door de reglementering aan te passen:

- De regelgeving voor de jaarlijkse verlenging van de zorgtrajecten werd versoepeld. De voorwaarde tot consultatie bij de huisarts werd vervangen worden door een contact: raadpleging of bezoek.
- Bij de specialisten komt een contact met een specialist die een ZT voor de betrokken pathologie mag ondertekenen in aanmerking voor de jaarlijkse verlenging. Bij patiënten met een ZT CNI komen de forfaits dialyse ook in aanmerking voor de jaarlijkse verlenging.
- Diabeteseducatie wordt toegelaten in de praktijkruimte van de diabeteseducator op voorwaarde dat de helft van de sessies opstarteducatie en de eerste 2 sessies aan huis bij de patiënt gegeven worden.
- De toepassing van de derdebetalersregeling voor alle diëtietiek- en podologieprestaties werd vereenvoudigd zodat de diëtist of podoloog geen individuele aanvraag voor derdebetalersregeling per mutualiteit meer moet indienen.

6. Analyse van de RIZIV gegevens

Bij de start van de zorgtrajecten in 2009 werd de doelgroep voor het ZT CNI geschat op ongeveer 7.000 en voor het ZT DM 2 op ongeveer 70.000 patiënten. Van juni 2009 tot april 2013 werden in totaal 56.128 zorgtrajectcontracten gesloten : 22.599 ZT CNI en 33.529 ZT DM2. Elke maand worden nog nieuwe zorgtrajecten DM2 en CNI afgesloten, in 2013 ongeveer 600 ZT DM 2 en 400 ZT CNI per maand. De grote meerderheid van de ZT werden in Vlaanderen gesloten maar men merkt men een geleidelijke stijging van het aantal nieuwe ZT in Wallonië en Brussel. De meerderheid van de patiënten met een ZT DM is tussen 60 en 75 jaar oud, bij CNI is de meerderheid tussen 75 en 84 jaar.

Tussen september 2009 en april 2013 werden in totaal 94.699 educatiesessies gegeven, 75% van deze waren sessies opstarteducatie. Dit betekent dat er gemiddeld 2,8 diabeteseducatiesessies per patiënt met een ZT DM2 gegeven werden. De meerderheid van de educatiesessies werd door verpleegkundige diabeteseducatoren gegeven. Het aandeel gegeven door niet verpleegkundige diabeteseducatoren bedraagt 2,8 % van het totaal.

Voor 57% van de patiënten met ZT DM 2 werd een glucometer afgeleverd, waarvan het merendeel via de apotheken. Slechts 2% van de glucometers werd door andere erkende leveranciers afgeleverd.

Voor 33 % van de patiënten met een ZT CNI werd een gevalideerde bloeddrukmeter afgeleverd. Het merendeel werd via de apotheken afgeleverd en slechts 6% door andere erkende leveranciers.

In de diabetesconventie merkt men sinds de start van het ZT DM2 een daling van het aantal patiënten in groep 3A en een stijging in de andere groepen. Mogelijks is er een verschuiving van groep 3A naar groep 1,2 en groep 3B.

Van juni 2009 tot april 2013 werden in totaal 2.342 glucometers afgeleverd in het kader van het programma "Educatie en zelfzorg": ongeveer de helft in Vlaanderen, 25 % in Wallonië en 25% in Brussel.

C. Conclusies Aanbevelingen

De zorgtrajecten werden vanuit verschillende invalshoeken geëvalueerd. Hierbij werden zowel pluspunten als minpunten geïdentificeerd. Uit meerdere evaluatieverslagen en vanwege verschillende betrokkenen is duidelijk de vraag gebleken naar een verderzetting van het systeem van zorgtrajecten. Daarnaast wijzen de resultaten van de ACHIL studie in de richting van een zekere doeltreffendheid van de zorgtrajecten, meer bepaald een verbetering van de kwaliteit van de zorgprocessen (een betere overeenstemming met de aanbevelingen van goede praktijk). Deze studie laat echter nog niet toe om een oordeel te vormen over een verbetering van de gezondheidstoestand van de zorgtrajectpatiënten (verbetering van de kwaliteit van zorgen in termen van uitkomsten). Hiervoor is een langere observatieperiode nodig.

Op basis van de resultaten van de evaluatie wordt aanbevolen het systeem van zorgtrajecten verder te zetten.

Er wordt niet aanbevolen het systeem van zorgtrajecten uit te breiden naar andere doelgroepen vooraleer de verbetering van de kwaliteit van zorgen (deels in termen van zorgprocessen maar voornamelijk in termen van uitkomsten) duidelijker bevestigd wordt.

Er wordt aanbevolen om aan de verderzetting van de zorgtrajecten de volgende voorwaarden te verbinden:

1. De evaluatie moet verder lopen om de verbetering te bevestigen, moet in de toekomst performanter zijn en ondersteund worden door een globaal evaluatieplatform

a) Verbeteren en uitbreiden van de evaluatie van de impact op zorgprocessen

Om de evaluatie van de impact van de zorgtrajecten op de zorgprocessen te verbeteren en uit te breiden moeten de IMA dataset en de onderzoeksvragen verfijnd worden:

Identificeren alle specialisten ZT diabetes (endocrino-diabetologen + specialisten inwendige geneeskunde door het RIZIV geregistreerd als werkzaam in een diabetesconventiecentrum) en alle specialisten ZT CNI (nefrologen + specialisten inwendige geneeskunde gereregistreerd als werkzaam in een dialysecentrum) (via SZV bestand)

Identificeren groepsverbanden en hun geregistreerde huisartsen (via SZV bestand)

Actualiseren van de lijst geneesmiddelen bij de behandeling van diabetes (incretinemimetica, DPP4 inhibitoren,..) en bij CNI (RAAS ,...)

Opnemen van processen betreffende de specialisten

Opnemen van processen betreffende de diabetesconventiecentra: diabeteseducatieforfaits, coachingforfaits, enz

Koppelen van zorgprocessen onderling : multidisciplinariteit onderzoeken door het koppelen van zorgprocessen met tussenkomst van verschillende zorgverleners, impact van multidisciplinaire opvolging op procesuitkomsten,..

Kenmerken van de LMN bepalen en opnemen in evaluatie

Opnemen van socio-economische patiëntengegevens om toegankelijkheid en equity te onderzoeken: Via de exhaustieve permanente IMA dataset kunnen indicatoren over de etnische afkomst of geaggregeerde socio-economische kenmerken, gelinkt aan de statistische sector van de woonplaats van de patiënt, onderzocht worden.

Men zou ook kunnen onderzoeken welke socio-economische gegevens via het medisch dossier kunnen aangeleverd worden.

Machtigingsaanvraag sectoraal comité

b) Omstandig evalueren van de impact op de klinische uitkomsten

i. *aanleveren van longitudinale data door de huisartsen stimuleren*

i. **Uitbreiding dataset en betere structurering in EMD**

- administratieve gegevens arts,
- administratieve gegevens ZT,
- code HAK ,
- identificatie ZT patiënt, INSZ nummer patiënt,
- identificatie laboresultaten (unieke identifier)

Deze specificaties zijn voorzien in de homologatiecriteria en de acties zijn voorzien in de roadmap e-Gezondheid)

ii. **Bevorderen van automatische data-extractie uit EMD**

- manuele transcriptie van gegevens uit het dossier moet zoveel mogelijk vermeden worden
- de artsen moeten kunnen beschikken over een extractiemodule (of plug-in) die toelaat, onder hun controle, de gevraagde dataset te extraheren. De artsen beslissen nadien wanneer ze deze dataset versturen of uploaden via de webtoepassing.
- meer softwareleveranciers stimuleren om extractiemodule in te bouwen
- export formaat moderniseren : KHMER in plaats van CSV
- klinische en biologische gegevens van de huisartsen zouden kunnen geleverd worden via gegevensinzamelingen die georganiseerd worden door het terrein, bijvoorbeeld via RSW (Inter-Med), Abrumet, Vitalink,..

iii. **IT ondersteuning van de huisartsen bij transmissie**

- ondersteuning bij gebruik e-ID: handleiding gebruik e-ID
- ondersteuning bij gebruik pc : handleiding configuratie pc of updates via softwareproducenten
- ondersteuning bij transmissie: actualiseren handleiding voor de gegevenstransmissie huisartsen en PPT presentatie
- informeren en ondersteunen huisartsen door zorgtrajectpromotoren via opleiding, LOK, verspreiding handleiding gegevensregistratie, PPT
- performante telefonische helpdesk voor de individuele huisartsen (eranova, RIZIV)
- mailbox

iv. **Uitbreiden dataset manuele registratie**

Zolang de manuele registratie blijft bestaan moeten de overgemaakte gegevens minstens 2 datasets (snapshots) bevatten

ii. uitbreiding / aanpassing van de parameters in centrale pijler

Toevoegen van de parameter proteïnurie voor het ZT CNI als inclusiecriteria en belangrijke klinische parameter in de opvolging

Weglaten van de parameter parathormoon : omdat er geen standaardisering is van de laboresultaten

Toevoegen van (nieuwe) relevante parameters (klinische parameters, biologische parameters, concomitante diagnoses,...) om het onderzoek te verrijken op basis van een reflectie in de WG medische gegevens, met aandacht voor de mogelijke administratieve overlast voor de huisartsen

Aanpassing van het ZT contract en een machtigingsaanvraag aan het sectoraal comité

c) Koppelen van de gegevens van de centrale pijler aan de IMA pijler

In de huidige context was het onmogelijk de relatie tussen zorgprocessen en uitkomstparameters te analyseren. De koppeling tussen klinische en biologische patiëntengegevens uit de centrale pijler en procesgegevens van de patiënten uit de IMA pijler wordt aanbevolen.

Aanpassing van het ZT contract en machtigingsaanvraag aan het sectoraal comité

d) Communicatie naar de huisartsen m.b.t. gegevensinzameling verbeteren

Tijdig en helder communiceren naar de huisartsen welke gegevens over welke periode zij gegevens moeten overmaken.

Communicatie via de LMN en de huisartsenkringen en andere kanalen zoals eHealthbox, individuele brief, persbericht.

e) Feedback en kwaliteitscirkels naar de huisartsen en de LMN verder uitwerken

Om kwaliteitsverbeteringen te behouden moeten kwaliteitscirkels ontwikkeld worden (Plan, do, check, act) gebaseerd op de feedback huisartsen. Dit kan via het ACHIL project WIV in samenwerking met de huisartsenverenigingen, de LMN

In de toekomst moet dit continu mogelijk zijn via een webtoepassing.

f) Uitbouwen prospectieve evaluatie van de LMN en feedback

Het evaluatie onderzoek van de VUB wijst op de noodzaak om de werking van de LMN prospectief in plaats van retrospectief te evalueren. Daarnaast zijn de lokale multidisciplinaire netwerken zelf ook vragende partij voor evaluatie en regelmatige feedback. Deze evaluatie kadert in de brede evaluatie door een globaal platform.

g) Globaal evaluatieplatform

De zorgtrajecten zijn complexe interventies en vragen een brede wetenschappelijke omkadering. Voor de volgende periode van 4 jaar wordt een wetenschappelijk consortium opgericht. Dit is verantwoordelijk is voor de evaluatie en opvolging van de zorgtrajecten in al zijn facetten: de

zorgprocessen en uitkomsten, de rol van de diabetesconventiecentra, de structuren (LMN), de patiëntentevredenheid, de tevredenheid van de zorgverleners, de regionale verschillen ...

Het evaluatieplatform zal ook instaan

Maken deel uit van dit consortium: WIV, IMA, verzekeringsinstellingen, universiteiten, beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen,...

h) Pilootprojecten multimorbiditeit

Er is nood aan een nieuw chronisch zorgmodel, niet pathologie gebonden, waarbij rekening gehouden wordt met multimorbiditeit. Er moeten pilootprojecten ontwikkeld worden rond een generieke aanpak van chronische ziekten rekening houdend met multimorbiditeit, in beperkte settings en met een correct onderzoeksdesign om snel de meerwaarde van deze pilootprojecten te kennen. Het globaal evaluatieplatform zal instaan voor de opvolging en evaluatie van deze pilootprojecten.

i) Communicatie

Een gestructureerde communicatie wordt voorzien naar de artsen en andere zorgverleners over het belang van deze nieuwe zorginterventie die de moeite loont verder gezet te worden. De zorgtrajecten dragen bij in het verbeteren van de kwaliteit van zorgprocessen. Zij zijn ondersteund door een nieuw model, het lokaal multidisciplinair netwerk, waar de verschillende zorgverleners ook samenwerken. De patiënten tevredenheid was zeer groot. De gegevensinzameling bij de huisartsen was een primeur voor België, de kwaliteit van de gegevens uitstekend en de artsen kunnen hun individuele anonieme feedback ophalen via de webtoepassing.

2. Herkaderen en versterken

a) Versterken rol huisarts: de huisarts is de initiator van het zorgtraject

De doelstelling van het zorgtraject is proactieve geplande multidisciplinaire zorg met de huisarts als spilfiguur. De specialist heeft een ondersteunende rol als coach en in het kader van opleidingen. De rol van de huisarts als initiator moet opnieuw benadrukt worden.

b) Benadrukken van de doelstelling van proactief geplande multidisciplinaire zorg

- i. ***Multidisciplinaire samenwerking*** tussen zorgverleners in de 1^e lijn met een gedeeld zorgplan, afspraken rond verantwoordelijkheid en taken en integratie 1^e en 2^e lijn Momenteel is er niet echt sprake van multidisciplinaire samenwerking maar gaat het eerder over seriële doorverwijzing. In de toekomst moet dit evolueren naar reële multidisciplinaire samenwerking met afspraken rond taken en verantwoordelijkheden en een gedeeld zorgplan. De samenwerking tussen huisarts en specialist moet verbeteren alsook de samenwerking met alle betrokken zorgverleners uit de eerste en tweede lijn. De LMN hebben hier een belangrijke taak ondermeer door het organiseren van multidisciplinaire opleidingen en overleg.

IT ondersteuning met een gedeeld dossier is een randvoorwaarde.

Een lid merkt op dat multidisciplinaire samenwerking ook bestaat in de pluridisciplinaire praktijken

ii. ***IT ondersteuning met gedeeld dossier***

Het “gedeeld dossier” is te beschouwen als een coördinatiedossier dat gegevens coördineert die door verschillende zorgverstrekkers worden ingebracht én gebruikt voor de **proactieve** opvolging van een patiënt met een **chronische pathologie** door een **multidisciplinair team**. Deze 3 voorwaarden zijn verenigd bij een zorgtrajectpatiënt.

Voorbeelden hiervan in de omliggende landen zijn VitalHealth KIS (Multidisciplinair Informatiesysteem voor ondersteuning diabetes) in Nederland en het Diabetes Managed Care Network van Tayside (Schotland). In beide gevallen heeft ook de patiënt toegang tot een gedeelte van zijn dossier.

In België werd een schuchtere poging ondernomen door Medipath om een dergelijk initiatief op commerciële basis op te starten.

Een gedeeld dossier zou minstens volgende functies moeten ondersteunen:

- Het elektronisch beheer van het contract tussen de 3 partijen, met notificatie naar de V.I.
- De samenstelling van het multidisciplinair team
- Het uitzetten van een behandelplan met persoonlijke doelstellingen
- Het delen van de relevante gegevens tussen de leden van het multidisciplinair team
- Het opvolgen van de geplande acties
- Een dashboard met gebruiksvriendelijke melding van afwijkende waarden, afwijkingen in de planning, enz. Dit gedeelte zou toegankelijk moeten zijn voor de patiënt, niet alleen ter informatie maar tevens ter motivatie.

c) **Inclusiecriteria aanpassen**

i. ***Betere inclusiecriteria CNI***

Volgens de huidige inclusiecriteria is de doelgroep voor het ZT CNI groot. Deze wordt geschat op 185.000 patiënten ouder dan 70 jaar. De gemiddelde leeftijd van de patiënten met een ZT CNI is hoog. Aangezien de ziekte trager evolueert bij oudere patiënten moet er onderzocht worden of de inclusiecriteria verbeterd kunnen worden door rekening te houden met andere factoren

Aanpassing van de inclusiecriteria via het ZT contract

ii. ***Niet-mobiele patiënten en patiënten die verblijven in woonzorgcentra of andere instellingen***

In de loop van de eerste 4 jaar ZT werd het feit dat niet mobiele patiënten of patiënten die verblijven in woonzorgcentra of andere instellingen geen recht hebben op een ZT meermaals aangehaald als knelpunt. Deze patiënten hebben ook nood aan geïntegreerde zorg en komen dikwijls in de diabetesconventie terecht omdat zij geen toegang hebben tot een ZT.

Men stelt voor de inclusiecriteria te versoepelen zodat ook niet mobiele patiënten recht hebben op een ZT. De zelfzorg en de voorwaarde van minstens één contact met de geneesheer specialist per jaar moeten behouden worden.

Niet mobiele patiënten en patiënten in woonzorgcentra moeten opgenomen worden in de evaluatie en vergeleken worden in de 3 systemen : ZT DM 2, programma “educatie en zelfzorg” en diabetesconventie

Aanpassing van de inclusiecriteria via het ZT contract.

d) Versterken rol diabeteseducatoren

i. Administratieve vereenvoudiging

Verschillende bronnen tonen dat de diabeteseducatoren een spilfiguur zijn in het ZT diabetes. De educatoren zijn zeer gemotiveerd en investeren veel tijd per patiënt, maar er zijn een aantal knelpunten die dringend moeten opgelost worden. Er komen signalen van het terrein dat een groeiend aantal diabeteseducatoren afhaken. De reglementering moet aangepast worden met een eenvoudiger voorschrift voor de huisarts.

De werkomstandigheden van de diabeteseducatoren moeten ook verbeteren : meer tijd per sessie, betere vergoeding per sessie en educatie toelaten in de praktijkruimte.

Zie ook punt 4a

ii. Beter doorverwijzing van de huisartsen

De enquête bij de diabeteseducatoren en de RIZIV cijfers tonen dat educatie onderbenut is. De administratieve overlast voor de huisarts bij het voorschrijven van educatie in de eerste lijn moet verminderen door het voorschrift te vereenvoudigen (zie 4 a) en ondersteuning van het voorschrift in het EMD.

De doorverwijzing en samenwerking tussen huisarts en diabeteseducator moet verbeteren. De LMN en de zorgtrajectpromotoren spelen hier een belangrijke rol

iii. Beter doorstroming van tweede naar eerste lijn

De samenwerking tussen de diabetesconventiecentra en de eerste lijn in het algemeen en met de eerstelijnsdiabeteseducatoren in het bijzonder is te verbeteren Zie ook f) diabetesconventie.

e) Versterken rol apothekers

Uit het VUB onderzoek blijkt dat de apothekers, alhoewel zij in hoge mate vanuit de beroepsvereniging gemobiliseerd zijn geweest, nood hebben aan meer informatie over de ZT en dat hun rol opnieuw benadrukt moet worden.

Zie ook punt 4b

f) Empowerment patiënt

i. Informeren met focus op gezondheidswinst

Uit de patiëntenbevraging en het VUB onderzoek blijkt dat de patiënten nog onvoldoende op de hoogte zijn van het zorgtraject. Er moeten acties ondernomen worden om de patiënten beter te informeren met focus op de voordelen verbonden aan de gezondheidswinst in plaats van louter de financiële voordelen.

De patiëntenbrochure “Stappenplan voor uw ZT” kan een belangrijk hulpmiddel zijn voor de patiënten met een ZT DM2
Zie ook “ondersteunen” in 3c

ii. Groepseducatiesessies

Groepseducatiesessies hebben een meerwaarde en moeten terugbetaald worden. De verantwoordelijkheid voor de organisatie van groepsessies kan een opdracht van de LMN worden Zie ook punt 4

iii. Toegang tot gedeeld dossier

Op zijn minst moet de patiënt toegang hebben tot een dashboard, waarvan voorbeeld:

Zorgoverzicht (12/02/2009)										
Patiënt					Planning					
Intake	Naam		Vandenborne Kathleen		Nummer		12345678A134			
Controle huisarts	Huisarts		Desmedt Els		Geslacht		M V			
Controle diabetoloog	Details		Geboortedatum		13-04-1955					
Controle oftalmoloog	Labowaarden					Vitale parameters				
Leefgewoonten	Lijst		Streefdoelen			Lijst		Streefdoelen		
Antecedenten	HbA1c	8	9	12-09-2008	Lengte	187	187	12-09-2008	Controle oftalmoloog	15-12-2008
Vitale parameters	Totaal cholesterol	250	220	24-02-2009	Gewicht	87,4	98,6	24-02-2009	Controle diabetoloog	15-10-2008
Labowaarden	HDL	40	38	24-02-2009	BMI	25	28,2	24-02-2009	Voetonderzoek	15-06-2008
Medicatie	Triglyceriden	220	350	24-02-2009	Systolische BD	140	156	24-02-2009		
	GFR	60	74	07-12-2008	Diastolische BD	90	94	07-12-2008		
Zorgoverzicht	Leefgewoonten					Planning				
Behandelteam										
Planning										
Streefwaarden						Medicatie				
Alle patiënten	Alcoholgebruik	Ja			Controle huisarts					
	Roken	Neen			Controle diabetoloog					
	Lichaamsbeweging	Onvoldoende			Educatie					Mixtard 30/70 20 IE 's morgens, 20 IE 's av
	Therapietrouw	Voldoende			Controle oftalmoloog					Selectol 1 tablet per dag
	Educatie	Onvoldoende			Controle oftalmoloog					Acenterine 1 tablet 3 x per week

Via pilotprojecten kunnen patiënten zelf gegevens ingeven of kunnen gegevens van telemonitoring opgeladen worden.

g) Diabetesconventie

i. Toekomst van groep 3A

Het ZT DM 2 en groep 3A van de diabetesconventie zouden naast elkaar kunnen blijven bestaan als complementaire modellen. Het profiel van de nieuwe patiënten die in groep 3A instromen en van de patiënten in groep 3A die niet naar een ZT zijn overgestapt, moet onderzocht worden.

Indicatoren over patiënten in groep 3A moeten in de evaluatie opgenomen worden

ii. *Betere doorstroming van tweede naar eerste lijn*

Volgens de enquête bij de diabeteseducatoren krijgen teveel patiënten educatie via de 2^olijn. De Riziv cijfers tonen dat het aandeel patiënten dat via conventiecentra educatie krijgt in de loop van de 4 jaar daalt.

Men merkt ook dat er een verschuiving is van diabetesconventiepatiënten van groep 3A van de diabetesconventie naar groep 1 en 2. Men zal aan de Akkoordraad te vragen dit verder te onderzoeken.

Het verbeteren van de samenwerking tussen diabetesconventiecentra en de eerste lijn en de doorstroming van de patiënten zijn aandachtspunten voor de LMN.

Tevens moet onderzocht worden welke coachingactiviteiten georganiseerd worden door de diabetesconventiecentra die coachingforfaits aanrekenen.

Daarnaast is het nodig de endocrinologen te informeren en sensibiliseren. Beroepsverenigingen en organen zoals de akkoordraad of het college geneesheren directeurs kunnen een rol spelen in deze sensibilisatie.

h) *Afzonderlijk model huisarts –patiënt (buiten context ZT) in vroegere fase DM2 met toegang tot educatie en materiaal*

Patiënten met diabetes hebben ook in een vroegere ziektefase nood aan diabeteseducatie en soms zelfzorgmateriaal, indien de meerwaarde van het vroegtijdig ter beschikking stellen van materiaal bewezen werd via wetenschappelijk onderzoek. Er moet nagedacht worden over een systeem waarbij alle diabetespatiënten toegang hebben tot educatie. Men kan een “pretraject” ontwikkelen gekoppeld aan een versterkt elektronisch model van de diabetespas met een hoger honorarium. De huisarts staat in dit model in voor de opvolging van de patiënt en engageert zich om elektronisch patiëntengegevens over te maken ter evaluatie. De patiënt krijgt via de diabetespas toegang tot educatie via individuele sessies en groepsessies. Er moet onderzocht worden of het efficiënt is om ook toegang tot materiaal te geven.

Dit programma zou het programma “Educatie en zelfzorg” opnemen.

De LMN hebben een rol in de ondersteuning van dit systeem en er moet ook nagedacht worden over eventuele coaching van de eerste door de tweede lijn.

Aanpassing nomenclatuur diabetespas, overeenkomst VPK –VI en revalidatienomenclatuur

3. Ondersteunen

a) IT

i. *Automatische data-extractie uit de EMD en datatransmissie bevorderen*

Ontwikkelen van een generieke oplossing voor datatransmissie (kadert binnen de acties van de roadmap).

De mogelijkheid om ingevoerde foute gegevens te corrigeren moet voorzien worden.

De bevestiging van het verzenden van de gegevens moet verbeterd worden

ii. *Gedeeld elektronisch dossier met uitwisseling van gegevens en taken*

Zie hoger

Vermits GMD = EMD in de roadmap voorzien is als actiepunten 1, en vermits ZT = GMD, zouden we dit automatisch kunnen uitbreiden naar ZT = EMD

iii. *Elektronische transmissie van het ZT contract*

De beste oplossing lijkt ons het elektronisch contract te beheren binnen het gedeeld dossier (de te doorlopen workflow kan hierin afgedwongen worden, bijvoorbeeld enkel de huisarts kan een zorgtrajectdossier openen / de patiënt ondertekent bij de huisarts / de huisarts duidt de specialist aan in het multidisciplinair team en de patiënt wordt doorverwezen / de specialist heeft toegang tot het dossier van de patiënt vermits hij deel uitmaakt van het multidisciplinair team / hij ondertekent het contract en vervolledigt het behandelplan, de doelstellingen, enz. zoals opgesteld door de huisarts / de V.I. worden automatisch genotificeerd).

b) LMN

Alle actiepunten betreffende de LMN worden afzonderlijk beschreven in punt 5 LMN

c) Informeren over ZT: patiënten en huisartsen

Nog steeds kennen een groot aantal patiënten, huisartsen en zorgverleners de zorgtrajecten niet of onvoldoende en blijft het nodig hen te informeren over het bestaan van de zorgtrajecten en hun concrete werking. De accenten moet men verplaatsen van het aspect “gratis” naar de voordelen qua gezondheid. Verschillende belanghebbenden zijn hierbij betrokken: de verzekeringsinstellingen, de LMN, de patiëntenverenigingen, ..

Het “Stappenplannen zorgtraject diabetes” is een frequent gebruikt instrument en er moet onderzocht worden of actualisering en herdruk nodig zijn.

d) Opleiding

i. *Inhoudelijke aspecten ZT*

LMN

ii. *Multidisciplinaire samenwerking*

Er wordt aanbevolen multidisciplinaire samenwerking op te nemen in de studies van alle zorgverleners. Daarnaast behoort het organiseren van multidisciplinaire opleidingen ook tot het takenpakket van de zorgtrajectpromotor.

iii. *Opleiding IT* kan voorzien worden langs diverse kanalen

Opleidingsmodule “registreren in EMD” in samenwerking met huisartsenverenigingen met accreditering

e-learning: de module e-learning (optimaal gebruik EMD) is beschikbaar

4. Vereenvoudigen

a) Reglementering

- i. **Diabetes educatie** : 1 type educatie met aantal sessies/jaar of een forfaitaire vergoeding/patiënt/Jaar, herwaarden prestaties educatie, toelaten groepseducatie

Het huidige systeem bestaat uit 3 verschillende modules educatie met elk een verschillend aantal terugbetaalde sessies per jaar waarbij de periodes van een jaar ook inhoudelijk verschillen naargelang het een periode van 12 maanden of een kalenderjaar betreft. De instapvoorwaarden voor de patiënt variëren naargelang er al dan niet ooit voorheen educatie gegeven werd in een ander systeem zoals de diabetesconventie of de thuisverpleging. Het systeem is te complex voor de patiënt, de diabeteseducator en de voorschrijvende huisarts en moet vereenvoudigd te worden. Deze complexiteit kan één van de redenen zijn dat diabeteseducatie nog te weinig aan bod komt.

De vereenvoudiging kan door één type educatiesessies te bepalen, met voor elke patiënt eenzelfde maximum aantal terugbetaalde sessies per kalenderjaar ongeacht de voorgeschiedenis que educatie . Hierbij moet evenwicht met de diabetesconventie bewaard worden.

Bij de besprekingen rond vereenvoudiging moet ook de herwaardering van de diabeteseducatoren en educatieprestaties aanbod komen met betere vergoedingen, meer tijd per sessie.

Er dient ook nagedacht te worden over de terugbetaalbaarheid van diabeteseducatie vanaf de goedkeuring van het contract of zelfs in een periode voorafgaand aan het begin het ZT contract. Deze mogelijkheid zou kunnen overwogen worden via de rechten verbonden aan het diabetespaspoort

Groepseducatiesessies hebben een meerwaarde en moeten terugbetaald worden. De verantwoordelijkheid voor de organisatie van groepsessies kan een opdracht van de LMN worden.

Aanpassing overeenkomst VPK –VI , revalidatienomenclatuur

- ii. **Diabeteseducatie in medische huizen en woonzorgcentra** toelaten

Patiënten met ZT DM 2 ingeschreven in een medisch huis kunnen in de huidige context alleen diabeteseducatie krijgen gegeven door een niet verpleegkundige diabeteseducator. Zij moeten ook toegang krijgen tot diabeteseducatie gegeven door een verpleegkundige diabeteseducator.

Aanpassing van het forfait medische huizen en de wijzigingsclausule nationale overeenkomst verpleegkundigen

Patiënten met ZT DM 2 die in een woonzorgcentrum verblijven kunnen in de huidige context alleen diabeteseducatie krijgen gegeven door een niet verpleegkundige diabeteseducator. Ook zij moeten toegang krijgen tot diabeteseducatie gegeven door een verpleegkundige diabeteseducator

Aanpassing van het forfait rusthuizen en de wijzigingsclausule nationale overeenkomst verpleegkundigen

iii. Jaarlijkse verlenging en voordelen op basis van inhoudelijke criteria in plaats van administratieve

De huidige jaarlijkse verlenging op basis van een controle van administratieve criteria (contacten met huisarts en specialist) kan in de toekomst evolueren naar een systeem waar de verlenging jaarlijks gebeurt op basis van het overmaken van gegevens door de huisarts. Bij de jaarlijkse datatransmissie zou er een signaal vertrekken naar de VI.

Er werd door een lid van het Begeleidingscomité voorgesteld dat een jaarlijks elektronisch consult specialist van de specialist de voorwaarde tot consult bij de specialist zou kunnen vervangen.

iv. Programma educatie en zelfzorg

Het ACHIL onderzoek doet een minder sterke opvolging vermoeden van de zorgprocessen bij de patiënten die in dit programma werden opgenomen dan bij patiënten in een ZT of diabetesconventie. RIZIV data tonen dat het programma ook in beperkte mate wordt gebruikt: in deze eerste periode van 4 jaar werden 2.342 bloedglucosemeters afgeleverd. Dit programma zou kunnen opgenomen worden in het "pretraject". Zie punt 2h

v. Unieke reglementering

De multidisciplinaire aanpak op het terrein moet op termijn gebaseerd zijn op een unieke reglementering en goedgekeurd door een uniek multidisciplinair beslissingsorgaan waarin vertegenwoordigers van alle zorgverleners zetelen namelijk leden van NCGZ, OC VPK , OC apothekers-VI , akkoordraad, Commissie medische huizen , commissie woonzorgcentra, college geneesheren directeurs

Er is nood aan een breder platform zoals het Begeleidingscomité met een duidelijker statuut en adviesmogelijkheden, eventueel met advies van het Observatorium chronische ziekten

b) Voorschrijven zelfzorgmateriaal

Vereenvoudigen van het voorschrift materiaal: materiaal educatie en zelfzorg voor 1 jaar, materiaal ZT DM 2 voor 6 maanden, glucometer, hernieuwing glucometer en integratie van het voorschrift ZT in software EMD

Onderzoeken of er voor sommige patiënten meer strips kunnen vergoed worden

Verduidelijken van de rol van de apotheker en sensibilisering van de apothekers via de apothekersverenigingen

Informereren, opleiden huisartsen via ZTP

Aanpassing KB 's medische hulpmiddelen

c) Voorschrijven medicatie

Vereenvoudigen van het voorschrift van geneesmiddelen H IV voor patiënten in dialyse

De vermelding op het voorschrift dat de patiënt in dialyse is opgenomen volstaat voor groepen geneesmiddelen waar er vroeger, voor elk geneesmiddel afzonderlijk, een voorafgaande toelating vereist was (naar analogie met de vermelding DC voor diabetespatiënten in de conventie)

d) Zorgtraject contract

i. Informatiseren overdracht contract aan de VI *notificatie vanuit gedeeld dossier* :

Zie hoger: het elektronisch contract wordt beheerd in het gedeeld dossier: de V.I. worden automatisch genotificeerd vanuit dit dossier

ii. Inhoudelijke aanpassingen contract

- i. Overmaken van gegevens door de huisarts opnemen in het contract
- ii. Uitbreiding klinische en biologische parameters opnemen in contract (toevoegen proteïnurie,)

iii. Regels bij niet overmaken gegevens door de huisartsen

Er zijn geen regels bij het niet overmaken van gegevens. Regels of sancties moeten vastgelegd zijn vóór de start van een nieuwe datacollectie: het ZT wordt stopgezet wanneer geen gegevens werden overgemaakt

Aanpassing van KB zorgtrajecten en van het contract

5. LMN

Aangezien de organisatie van de eerste lijn wordt overgedragen aan de deelstaten is het belangrijk verder na te denken over de beste articulatie tussen de verschillende bestaande structuren (GDT, Sel, SISD, Centres de coordination,) en de LMN.

a) Herkaderen

Na een eerste experimentele fase van 4 jaar is het nodig het programma te herkaderen en de verwachtingen van de opdrachtgevers te verduidelijken.

De LMN moeten bij hun aanvraag voor een nieuwe overeenkomst 2014 een nieuw actieplan indienen met een gefaseerd activiteitenplan waarin de taken van zowel de stuurgroep als de zorgtrajectpromotor gedetailleerd beschreven worden.

i. **doelstellingen LMN actualiseren**

De doelstelling van een LMN is het ondersteunen van de zorgverleners bij het implementeren van de zorgtrajecten en het ontwikkelen van een multidisciplinair netwerk in de eerste lijn. Uit het evaluatieonderzoek van de VUB blijkt dat sommige LMN hun activiteiten beperken tot één van beide aspecten. Elk LMN moet in de toekomst volgens beide assen werken en deze concreet uitwerken in het nieuw actieplan.

ii. **actieve rol LMN in verbetering van de resultaten :**

Het LMN kan een actieve rol spelen bij het verbeteren van de resultaten door mee te werken aan de monitoring van het aantal ZT, de proces- en uitkomstindicatoren en het geven van feedback aan de zorgverleners

iii. **rol en samenstelling stuurgroep, multidisciplinariteit, samenwerking met GDT**

Uit het evaluatieonderzoek blijkt dat sommige stuurgroepen niet of weinig actief zijn en dat zij dikwijls louter pro forma multidisciplinair samengesteld zijn. De GDT worden zeer weinig betrokken bij de stuurgroep. De stuurgroepen moeten geactiveerd worden, een multidisciplinaire visie en samenstelling krijgen en de GDT betrekken bij de stuurgroep.

iv. **verduidelijken rol en opdrachten van de ZTP**

De rol en opdrachten van de ZTP moeten verduidelijkt worden. De ZTP krijgen ondermeer verantwoordelijkheid bij de opvolging van de procesgegevens van de huisartsen en een actievere rol bij de feedback

v. **richtlijnen over multidisciplinaire activiteiten rond vorming en overleg**

De ZTP is verantwoordelijk voor het organiseren van vormingsactiviteiten over inhoudelijke aspecten van de zorgtrajecten en over multidisciplinaire samenwerking voor de huisartsen én de andere betrokken beroepsgroepen. Op het terrein is er een zeer grote variatie in de invulling van deze taken naargelang het LMN. Richtlijnen worden aanbevolen.

vi. **Regelgeving rond de werkingskosten, standaardisering/begrenzing van de werkingskosten**

Het aanwenden van de financiering voor andere doelstellingen moet zoveel mogelijk te beperkt worden. In de nieuwe overeenkomsten LMN 2014 moet zoveel mogelijk verduidelijkt worden welke werkingskosten toegelaten zijn en welke niet.

Nieuwe overeenkomst LMN

vii. ***Toekomst van andere initiatieven m.b.t. chronische zorg en regiohuizen.***

De realiteit op het terrein toont dat een groot aandeel van de LMN andere initiatieven betreffende chronische zorg ontwikkelen. In 2012 had 33 % van de LMN een regiohuis waar activiteiten met paramedici georganiseerd worden voor een doelgroep die soms breder is dan de ZT patiënten. De initiatieven zijn antwoorden op concrete noden van het terrein maar mogen geen verschuiving van de doelstellingen te weeg brengen.

De LMN hebben een rol bij de ondersteuning van zowel de zorgtrajecten als andere chronische ziekten, maar andere initiatieven voor chronische ziekten mogen niet prioritair worden ten opzichte van de ZT.

Alle activiteiten moeten gedetailleerd opgenomen worden in het actieplan.

b) Ondersteunen

i. Ondersteuning en coaching stuurgroep

ii. Ondersteuning en coaching ZTP

iii. ervaringsuitwisselingen tussen projecten

Uit het evaluatieverslag van de VUB en contacten met de stuurgroepleden van de LMN en de ZTP blijkt dat zowel de stuurgroepleden als de ZTP nood hebben aan professionele ondersteuning en coaching. Tevens is er vraag naar een ervaringsuitwisselingsplatform tussen de projecten.

Deze coaching kan gedelegeerd worden naar één of meerdere instanties. Een percentage van het budget van de LMN zou hiervoor gereserveerd kunnen worden

iv. IT: beperkte toegang tot gedeeld elektronisch dossier voor monitoring

De zorgtrajectpromotoren zouden toegang kunnen krijgen tot het gedeeld dossier voor monitoring en planningsdoeleinden. Dit is perfect mogelijk zonder ze toegang te geven tot medische gegevens. De lijsten van zorgverstrekkers (nodig om een multidisciplinair team te kunnen samenstellen) kan beheerd worden door de zorgtrajectpromotoren.

c) Evaluatie: prospectieve evaluatie en feedback uitbouwen

De noodzaak om de werking van de LMN prospectief te evalueren werd reeds aangehaald. De lokale multidisciplinaire netwerken zijn zelf ook vragende partij voor evaluatie en regelmatige feedback.

Deze evaluatie is één van de taken die het globaal evaluatieplatform op zich zal nemen.

d) Communicatie: promotie ZT naar zorgverleners en patiënten

De ZT blijven nog onvoldoende gekend door de zorgverleners en de patiënten en de promotie blijft nog steeds een taak van de ZTP. Bij de promotie moet de nadruk eerder gelegd worden op de gezondheidswinstdoelen dan op de verhoogde tegemoetkomingen.

D. Bijlagen

1. Zorgtrajecten diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie: evaluatie van de impact op processen en uitkomsten (ACHIL WIV)
2. Evaluatie van de patiënttevredenheid en perceptie van de ervaringen (VDV-ABD en KBS)
3. Rapport bevraging diabeteseducatoren eerste lijn en diabetesconventiecentra (RIZIV)
4. Lokale multidisciplinaire netwerken: Resultaten onderzoek VUB