

Waarom een lokaal multidisciplinair netwerk ?

Dr. Frank NOBELS

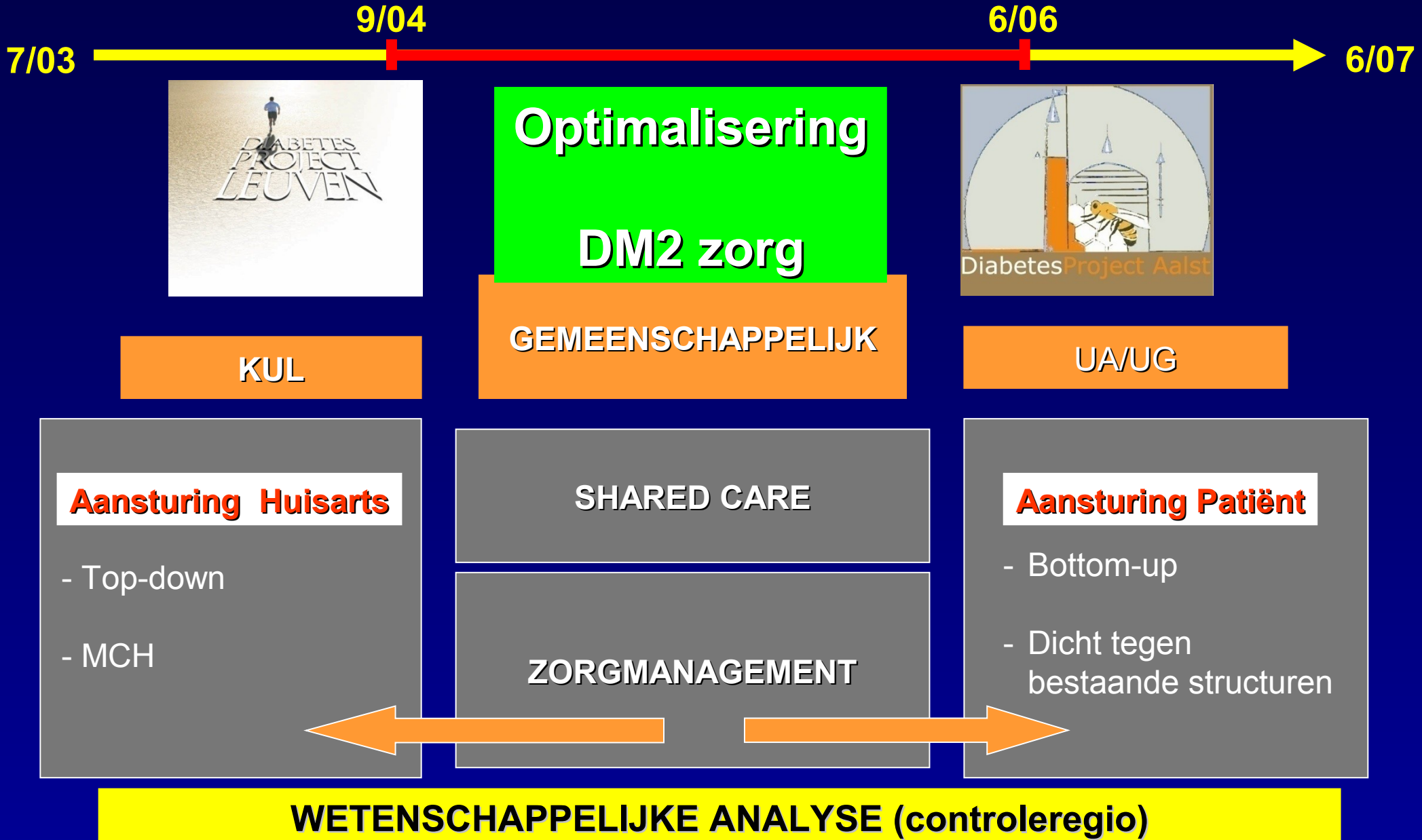
endocrinologie O.L.V. Aalst

Kenmerken van Chronic Disease Management

voor een welomschreven populatie

- ◆ **gezondheidsobjectieven vooropstellen**
 - **kwaliteit meten**
- ◆ **kwaliteitsvolle zorg**
 - **volgens richtlijnen**
 - **opleiding, kwaliteitsbevordering**
- ◆ **kostenefficiënt: kwaliteit voor haalbare prijs**
 - **subsidiariteit (zorgen op laagst haalbare echelon)**
 - **complementariteit (aanvullen, niet overlappen)**
 - **taak-, samenwerkingsafspraken**
 - **health technology assessment**
- ◆ **aanmoediging/responsabilisering**
 - **van zorgverleners**
 - **van patiënt**

Hoe cdm organiseren in België ?





DPA : zorgcoördinator

Désirée Lambrecht



- ≠ inhoudsdeskundige
- = iemand die de vaardigheden heeft een netwerk van zorgverleners uit te bouwen en een proces van zorgvernieuwing te coachen.

taken :

- logistieke ondersteuning
- organiseert vergaderingen, bereidt ze voor en verzorgt de verslaggeving
- helpt initiatieven uit te werken en te implementeren.

wordt inhoudelijk ondersteund door de regionale coördinatiecel.

DPA : populatie

◆ patiënten : ± 76.000 inwoners → ± 2500 diabetici

◆ zorgverleners :

Aantal in de regio

Huisartsen	83 (72% solo)	3 à 4 pat. op insuline
Endocrinologen – Internisten	5	
Podologen	5 (+4)	
Diëtisten	1 (+5)	
Verpleegkundigen	92	
Verzorgenden	225	
Apothekers	46	
Oogartsen	13	

DPA: interventie

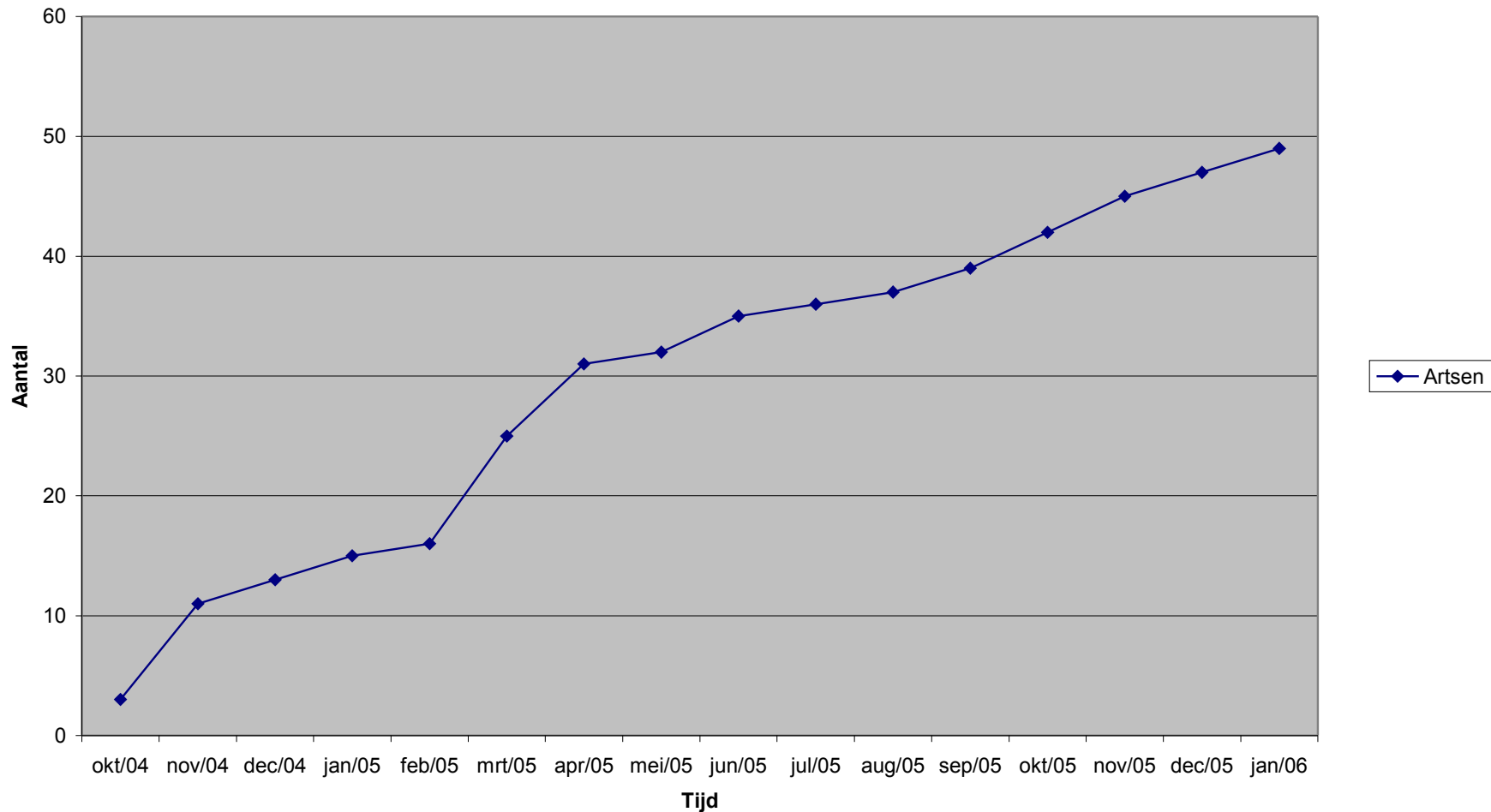


krachtlijnen:

- ◆ mekaar leren kennen en appreciëren
- ◆ afspraken over taakverdeling, manier van samenwerken
- ◆ behandelingsprotocols (t/m insuline opstart 1 injectie)
- ◆ diabeteseducatie in 1^{ste} lijn (individueel, groep)
- ◆ coaching door diabetesteams van de 2^{de} lijn

DPA: participatie huisartsen

Evolutie van het aantal huisartsen dat patiënten verwijst



Momenteel participeert 69% van de huisartsen

DPA : bereiken van de doelstellingen

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

^[1] beperkte steekproef : 28 huisartsen (35%) hebben zowel op T0 en T1 geregistreerd : 327 patiënten.

	GEËDUCEERDE PATIËNTEN			NIET-GEËDUCEERDE PATIËNTEN		
	T0	T1	n	T0	T1	n
HbA1c	7,48 %	6,84 %	58	7,31 %	7,07 %	
LDL	115,1 mg/dl	96,7 mg/dl	51	123,35 mg/dl	105,23 mg/dl	
BMI	31.0 kg/m²	30.9 kg/m²	25	30.0 kg/m²	29.7 kg/m²	
Gebruik statines	39%	60%	72	37%	55%	255

DPA : conclusies

Cdm is mogelijk in de Belgische setting.

Het gehanteerde model biedt verschillende voordelen

✂ **teamvorming, gefaciliteerd door een zorgmanager**

- mekaar leren kennen, afspraken maken
- regionale accenten

• **huisarts coördinator van de chronische zorg**

- dicht bij patiënt, behoudt overzicht

• **gesteund door 'educatoren'**

- educatie van patiënten
- mogelijkheid tot delegatie van andere taken

✂ **gesteund door diabetesteams van 2^{de} lijn**

- algemene coaching
- patiënt gebonden coaching

RIZIV: lokaal multidisciplinair netwerk

- ◆ contract met één of meerdere huisartsenkringen of een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) of een door deze gemachtigde organisatie
- ◆ voor zorg aan populatie van 75 à 100.000 inwoners
- ◆ taken, gecoördineerd door netwerkmanager
 - netwerk creëren
 - taakafspraken, communicatiestrategie, opleidingen
 - zorgtrajecten bekend maken
 - educatie organiseren
 - zelfcontrole materiaal leveren
 - nieuwe zorgtrajecten voorbereiden