



Zorg voor thuiswonende ouderen: Wat brengt de toekomst?

Dr. Kim Van Camp, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2010-2012

Abstract

Zorg voor thuiswonende ouderen: Wat brengt de toekomst?

Haio: Dr. Kim VAN CAMP, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Jan DE LEPELEIRE

Praktijkopleider: Dr. Lieve DUPONCHEEL, Dr. Jo STAES, Dr. Veerle VANDERSTIGHELEN

Context: De toenemende vergrijzing en verzilvering zal tot gevolg hebben dat het aantal thuiswonende ouderen, die bijkomende hulp nodig hebben, progressief zal stijgen. Om aan deze hulpvraag tegemoet te komen moeten we eerst op adequate wijze de noden van de oudere patiënt in kaart kunnen brengen. Een manier waarop dit zou kunnen, is met MDS-HC.

Onderzoeksvraag: In het eerste deel van deze MANAMA-scriptie gingen we na welke noden er aanwezig zijn binnen de moderne thuiszorg en of MDS-HC daaraan een bijdrage kan leveren. In het tweede deel wordt gezocht naar de factoren die van invloed kunnen zijn bij de implementatie van MDS-HC in de lokale huisartsenkring. Hiertoe werd een onderzoek gedaan naar de beïnvloedende factoren bij de implementatie van het zorgtraject diabetes.

Methode: De eerste onderzoeksvraag werd beantwoord aan de hand van een uitgebreid literatuuronderzoek. Wat het tweede deel betreft, werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij de lokale stuurgroep en huisartsen in de praktijk. Door middel van interviews werden de factoren die van invloed zijn op de invoering van het zorgtraject diabetes achterhaald. De interviews werden door middel van codering geanalyseerd en de resultaten werden in een confrontatiematrix geplaatst. Aan de hand van deze matrix en kwalitatief onderzoek bij huisartsen werden factoren waarop men bedacht moet zijn bij de implementatie van MDS-HC afgeleid.

Resultaten: Het literatuuronderzoek toont aan dat MDS-HC een betrouwbaar en valide meetinstrument is om de noden van thuiswonende ouderen in kaart te brengen. Het draagt bij tot zorgplanning, zorgcontinuïteit, multidisciplinair overleg en kwaliteitsmonitoring binnen de ouderenzorg. Het kwantitatief onderzoek toont aan dat de implementatie van MDS-HC zich aan gelijkaardige problemen mag verwachten dan dat men nu bij het zorgtraject ondervindt. Multidisciplinaire samenwerking is nog onbekend terrein en krijgt veel weerstand van artsen. Belangrijke factoren om de implementatie van MDS-HC te doen slagen zijn stimulerende collega's binnen de huisartsenkring, voldoende ondersteuning (stuurgroep, centrale zorgcoördinator, overheidssteun), een gebruiksvriendelijke website en een duidelijk aantoonbare meerwaarde en kostenefficiëntie.

Conclusies: MDS-HC is een meetinstrument dat kan aangewend worden om de noden van thuiswonende ouderen in kaart te brengen. Ter ondersteuning van de implementatie van MDS-HC is het belangrijk om te verwachten belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen zodat kan geanticipeerd worden en de doelstellingen van MDS-HC hieraan aangepast kunnen worden.

E-mail: kim.vancamp@hotmail.com

ICPC-code: RAI, ouderen, thuiszorg, implementatie

Dankwoord

Het is zo ver... Voor u ligt het eindresultaat van mijn MANAMA-scriptie, niet alleen geschreven ter afronding van de Master Huisartsgeneeskunde aan de KULeuven, maar ook het einde van mijn 9 jaar durende opleiding. Een moment om terug te kijken naar een leerzame, belangrijke periode in mijn leven. Maar ook een moment om vooruit te kijken en alle kennis en ervaringen te gaan toepassen in de praktijk.

Bij deze zou ik graag de mensen bedanken zonder wie ik dit resultaat niet had kunnen bereiken.

Allereerst bedankt aan Prof. Dr. Jan De Lepeleire, de promotor van deze scriptie, voor uw eindeloze enthousiasme, de snelle reacties en inzet voor dit project. Ook dank aan lector Prof. Dr. Roy Remmen voor de moed om deze uitgebreide scriptie te doorlopen.

Verder ben ik dankbaar voor de steun en hulp van mijn collega-HAIO's, Dr. Benedicte Van Heden en Dr. Tom Boelanders, die meegewerkt hebben aan de literatuurstudie.

Tom, mijn 'partner in crime', wil ik nog bedanken voor zoveel meer, om me bij te staan in goede en slechte tijden tijdens het verwezenlijken van deze thesis, maar ook in het leven. Woorden schieten tekort om uit te drukken hoe dankbaar ik voor jou ben.

Verder zou ik willen zeggen dat dit project niet had kunnen slagen zonder de inzet en het vertrouwen die ik gekregen heb van de geïnterviewde artsen, de stuurgroepleden van LMN Zuiderkempem en de zorgtrajectpromotor. In het bijzonder zou ik Dr. Eddy Springael en Ingrid Druyts willen bedanken voor hun handige informatie, motiverende commentaren en kritische reflecties.

Ook bedankt aan mijn praktijkopleiders en collega's, Dr. Vanderstighelen, Dr. Springael, Dr. Duponcheel, Dr. Saerens en Dr. Staes voor de flexibiliteit en tijd om aan de thesis te kunnen werken.

Mijn zus, Joni Van Camp, mag ook zeker niet vergeten worden in dit dankwoord. Bedankt voor de uren tijd die je gestoken hebt om mijn thesis door te lezen en te verbeteren. Respect! Ten slotte verdienen mijn ouders een bijzonder woord van dank. Dank voor jullie onvoorwaardelijk geloof en vertrouwen in mij, de opofferingen die jullie hebben gedaan om mij door mijn studie te helpen, maar ook voor het luisterende oor dat ik vaak nodig had.

Dan rest me enkel nog de lezer veel plezier te wensen bij het lezen van mijn scriptie.

Heppen, april 2012

Kim Van Camp

Inhoudstafel

Inleiding	p.5
Keuzeverantwoording.....	p.6
Achtergrondinformatie	p.8
1. De vergrijzing en verzilvering.	p.8
2. Wat is kwetsbaarheid/frailty?	p.9
3. Comprehensive geriatric assessment: De toverformule ?	p.11
4. Toepassing van InterRAI en meerbepaald het InterRAI-Home Care (HC) instrument.	p.12
5. De rol van de huisarts in deze holistische bepaling van geriatrische patiënten.	p.14
DEEL 1: Literatuurstudie	p.16
1. Onderzoeksvragen	p.16
2. Methode	p.16
3. Antwoorden op de onderzoeksvragen	p.18
3.1. Welke noden zijn er in de moderne thuiszorg	p.19
3.1.1. Wat zijn zorgbehoeften/noden?	p.19
3.1.2. Welke noden worden ervaren in de thuiszorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen?	p.20
3.2. Op welke manier kan MDS-RAI een bijdrage leveren aan de noden van kwetsbare thuiswonende ouderen?	p.22
3.3. Voldoet de MDS-RAI aan de voorwaarden van een geschikt meetinstrument?	p.27
3.3.1. Wanneer kunnen we spreken van een geschikt meetinstrument?	p.27
3.3.2. Kan de MDS-RAI aan deze voorwaarden voldoen?	p.28
3.4. Wat zijn de beperkingen van MDS-RAI voor de toepassing in de thuiszorg?	p.29
3.5. Wat zijn kwaliteitsindicatoren? Op welke manier kan MDS-RAI door het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren bijdragen aan het verbeteren van de zorgkwaliteit?	p.31
4. Besluit	p.32
DEEL 2: Eigen onderzoek	p.34
1. Implementatie: Bevorderende en belemmerende factoren	p.34
1.1. Inleiding	p.34
1.2. Wat is implementatie?	p.35
1.3. Planning en organisatie van de implementatie	p.37
1.4. Beïnvloedende factoren bij implementatie	p.38
1.4.1. De context van de implementatie	p.39
1.4.2. Bevorderende en belemmerende factoren voor de verandering	p.39
1.4.3. Kenmerken van de doelgroep en subgroepen	p.45
1.5. Besluit	p.46

2. Onderzoeksmethodiek	p.46
2.1. Onderzoeksvragen	p.46
2.2. Doelgroep en recrutering	p.47
2.3. Data collectie techniek	p.47
2.4. Data analyse techniek	p.48
3. Resultaten	p.49
3.1. Beschrijving van de deelnemers aan de interviews	p.49
3.2. Uitgebreide resultaten en citaten	p.49
3.3. Resultaten van het interview met de zorgtrajectpromotor	p.67
3.4. SWOT-analyse voor het zorgtraject diabetes	p.72
3.5. SWOT-analyse voor MDS-HC	p.78
4. Discussie	p.79
4.1. Reflectie over onderzoeksopzet	p.80
4.2. Reflectie over de resultaten	p.82
4.2.1. Onderzoeksvraag 1: Welke factoren beïnvloeden de implementatie van het zorgtraject diabetes in onze regio?	p.82
4.2.2. Onderzoeksvraag 2: Welke van deze bevorderende en belemmerende factoren kunnen ook verwacht worden bij de implementatie van MDS-HC?	p.84
5. Besluit	p.85
6. Aanbevelingen voor de toekomst	p.86
DEEL 3: Algemeen besluit	p.88
Referenties	p.89
Bijlagen	p.95

Inleiding

Deze scriptie beschrijft een onderzoek naar de implementatie van een nieuw beoordelingsinstrument, MDS-RAI, om de noden van thuiswonende ouderen in kaart te brengen.

Met de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal ouderen in onze maatschappij toe. In België verwacht men dat het percentage 70-plussers van de bevolking zal toenemen van 12% in 2002 tot 21% in 2050. Voor de 80-plussers verwacht men een stijging van 4% in 2002 naar 10% in 2050. Hoewel de levensverwachting toeneemt ziet men dat de verhouding tussen 75-plussers in goede gezondheid en deze met functionele beperkingen relatief stabiel blijft. Men kan dus verwachten dat het absolute aantal ouderen met beperkingen zal toenemen. Dit zal tot gevolg hebben dat het aantal thuiswonende ouderen die bijkomende hulp nodig hebben progressief zal stijgen. Om tegemoet te komen aan deze hulpvraag moeten we eerst op adequate wijze de noden van de oudere patiënt in kaart kunnen brengen.

Het eerste deel omvat een uitgebreide literatuurstudie. Hier wordt nagegaan in welke mate MDS-RAI een rol kan spelen bij het identificeren en opvangen van de noden van thuiswonende ouderen.

Naar aanleiding van deze literatuurstudie werd door drie onderzoekers een onafhankelijke studie opgesteld. Deze scriptie omvat onderzoek naar de factoren die van invloed kunnen zijn op de implementatie van MDS-RAI in de lokale huisartsenkring Balen-Wezel-Rauw. Hiertoe wordt een onderzoek gedaan naar de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van het zorgtraject in deze streek. Dit vormt het tweede deel van deze scriptie.

In het derde deel wordt aan de hand van de onderzoeken uitgevoerd door de 3 onderzoekers een algemeen besluit gevormd.

Keuzeverantwoording

Fons is een vrolijke, eigenzinnige 85-jarige man die op zichzelf woont nabij het centrum van Balen. Hij is er alleen voor komen te staan nadat zijn vrouw 10 jaar geleden stierf aan de gevolgen van longkanker. Hij heeft 2 zonen en 2 dochters. Zijn oudste zoon overleed 13 jaar geleden aan een beroerte. Zijn 3 kinderen doen wat ze kunnen om Fons thuis bij te staan. Ze gaan wekelijks met hem winkelen, regelen de bankzaken, strijken en proberen zo mogelijk in het weekend nog een bezoekje te brengen. Ze vervoeren hem ook naar de doktersbezoeken, die regelmatig moeten plaatsvinden. Fons lijdt aan diabetes type 2, hypertensie en hypercholesterolemie. Hij onderging een CABG omwille van een hartinfarct. Een 12 jaar geleden heeft hij een CVA gedaan waaraan hij een globale afasie heeft overgehouden. Dit maakt dat hij naar de buitenwereld toe moeilijk verstaanbaar is. Zijn kinderen hebben elk hun eigen leven opgebouwd, dus de zorg en bezorgdheden om Fons kunnen soms zwaar doorwegen. Nochtans kan Fons zich nog vrij goed behelpen. Hij bereidt zelf zijn maaltijd en doet de was. Hij rijdt nog met de fiets naar de bakker en slager. Als hij niet meer zou kunnen fietsen, zou dit het einde betekenen, zegt hij zelf. Fons kan goed op zichzelf zijn, maar soms slaat de eenzaamheid toch toe. Op die momenten rijdt hij naar het plaatselijke dorpcafé. De kinderen hebben, gezien hun strakke tijdsschema, ervoor gezorgd dat er bij Fons ook hulp aan huis komt. Dagelijks wordt hij door de verpleegsters gewassen en worden zijn medicijnen klaargezet. Dit wassen is een vrij complex gebeuren. Fons woont in een oude hoeve zonder uitgebouwde badkamer. Dit maakt het er voor de verpleging niet makkelijk op. Wekelijks komt er een poetsvrouw over de vloer. De huisdokter komt maandelijks langs. Op deze manier wordt ook gegarandeerd dat Fons dagelijks door iemand gezien wordt.

De laatste tijd gaat het met Fons echter niet meer zo goed. Hij durft zich op café nogal eens laten gaan, waarna de burens hem dan uit de gracht kunnen komen halen. Hij valt soms ook met de fiets wanneer hij niets gedronken heeft. Hij let niet meer op zijn eten. Zijn middagmaal bestaat regelmatig uit 3 stukken vlees. Hij haalt meermaals per week taarten binnen. Zijn kinderen ontdekken dat Fons slaapt in bedlakens doordrenkt met urine en soms stoelgang. Hij draagt ook kleding die al 2 weken in de was hoort te zitten. Zijn spieren worden stram en hij lijdt onder artrose in zijn knieën en heupen. Hij vergeet waar hij belangrijke zaken zoals rekeningen gelegd heeft en begint geld te verstoppert. Zichzelf en het huis onderhouden wordt moeilijk. Zijn kinderen contacteren de sociale dienst om de problemen te bespreken. Ze wensen dat hij meer terugbetaalde hulp aan huis krijgt en dat hij op de wachtlijst van het rusthuis kan geplaatst worden. Een maatschappelijk assistente komt langs en stelt een KATZ-score op aan de hand van het verhaal van Fons. Fons is echter een

trotse man en het laatste wat hij wil is in een rusthuis eindigen. Hij doet zich dus beter voor dan hij is en liegt soms ronduit over wat hij nog wel en niet kan. Bijgevolg krijgt Fons geen bijkomende hulp.

Zijn toestand gaat zienderogen achteruit. De kinderen springen dagelijks binnen en zien dat de situatie niet meer te dragen is. Uiteindelijk contacteren ze de huisarts die beslist Fons te laten opnemen in het ziekenhuis. Hier wordt onder druk van de specialist uiteindelijk beslist om hem te laten opnemen in het rusthuis. Fons wordt goed verzorgd, maar sterft enkele maanden later...

Dit is het verhaal van mijn grootvader. Uit gesprekken met collega's, thuisverpleegkundigen, thuishulp, patiënten en hun familie blijkt dat onze gezondheidszorg onvoldoende uitgebouwd is voor thuiswonende ouderen. Het probleem stelt zich vaak al bij het inschatten van de noden en behoeften van de ouderen. Alle betrokkenen binnen het netwerk van de oudere patiënt doen hun eigen vaststellingen en ondervinden moeilijkheden op andere vlakken. Deze bevindingen worden echter niet gebundeld op een gestandaardiseerde manier. Zo gaat vaak erg nuttige informatie verloren. Hierdoor krijgt de oudere niet de mate aan zorg die hij verdient en nodig heeft om een opname in het rusthuis of ziekenhuis zo lang mogelijk uit te stellen.

De zorgafhankelijkheid wordt in België gemeten aan de hand van de KATZ-schaal. Uit bovenstaand verhaal blijkt dat dit geen optimaal systeem is.

Het verhaal van mijn grootvader en bovenstaande vaststellingen hebben ertoe geleid dat ik mij wilde toeleggen op het verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg.

Achtergrondinformatie

Het opzet van dit onderzoek is, in algemene termen, het uitklaren van de problematiek van de noden van kwetsbare ouderen in onze samenleving en hoe de huisarts daarmee kan omgaan. Dit wordt in dit hoofdstuk verder uitgediept.

Samen met Dr. Benedicte Van Heden en Dr. Tom Boelanders heb ik mij verdiept in deze problematiek. Concreet onderzoeken we elk een ander aspect van MDS-HC. De basis van onze onderzoeken loopt echter gelijk. Daarom hebben we samen deze achtergrondinformatie en het literatuuronderzoek uitgeschreven.

1. De vergrijzing en verzilvering

Met de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal ouderen in onze maatschappij toe. In België verwacht men dat het percentage 70-plussers van de bevolking zal toenemen van 12% in 2002 tot 21% in 2050. Voor de 80-plussers verwacht men een stijging van 4% in 2002 naar 10% in 2050 (*Lambrecht 1997*). Hoewel de levensverwachting toeneemt ziet men dat de verhouding tussen 75-plussers in goede gezondheid en deze met functionele beperkingen relatief stabiel blijft (*Monsieur 2009*). Men kan dus verwachten dat het absolute aantal ouderen met beperkingen zal toenemen. Daarnaast gaat verouderen ook gepaard met een hogere graad aan comorbiditeit en afhankelijkheid, wat maakt dat ouderen verantwoordelijk zijn voor een zeer groot deel van de kosten in de gezondheidszorg. Deze kosten gaan in de toekomst alleen maar toenemen (*De Lepeleire 2009*). Er zijn bijgevolg aanpassingen van zorgstructuren noodzakelijk om deze expansie (financieel) op te vangen en kwalitatieve zorg te blijven garanderen (*Monsieur 2009*).

Deze toename van de gemiddelde levensduur en de daaraan gekoppelde stijging van het zorggebruik, de individualisering van de zorg en de capaciteitstekorten van de intramurale sector hebben de vraag naar zorg aan huis in de afgelopen twintig jaar vergroot (*Schadé 1995*).

In Nederland heeft de Nationale Raad voor Volksgezondheid gesteld wat ze verstaan onder thuiszorg: *het geheel van verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de hulpvrager in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en (of) (aanvullende) professionele zorg en dat er specifiek op gericht is de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie* (*Schadé 2005, discussienota thuiszorg Nationale Raad van de Volksgezondheid 1989*).

Om in de thuiszorg van patiënten te kunnen voorzien moeten we dus op de hoogte zijn van de noden die bij onze patiënten heersen. Tegemoet komen aan de noden van patiënten is het fundament van kwaliteitszorg. Aan de hand van screening trachtte men onbeantwoorde noden van ouderen te identificeren. Met behulp van multidisciplinair case-management trachtte men risicogroepen bij bejaarden te identificeren en vermijdbare problemen bij ouderen te voorkomen. Echter, geen van beiden kon de levenskwaliteit of de gezondheid van bejaarden verbeteren (*De Lepeleire 2009*).

Momenteel vormt de Katz-schaal (*zie bijlage 1*) in België nog de basis voor het bepalen van de zorgbehoeften en het opstellen van een zorgplan (*De Lepeleire, Paquay, Jacobs, 2005*). De algemene consensus tussen Vlaamse zorgverleners is echter dat de KATZ-schaal hiervoor niet meer voldoet. Er is nood aan een nieuwe en betere procedure (*Buntinx 2004*).

Om aan zorgnoden tegemoet te komen moeten we de patiënt op een andere manier benaderen: namelijk op een holistische en individuele wijze (*Schadé 2005*). Het beoordelen van noden en problemen kan op deze manier een basis vormen voor de thuiszorg en kan de kwaliteit van zorg vergemakkelijken en verbeteren.

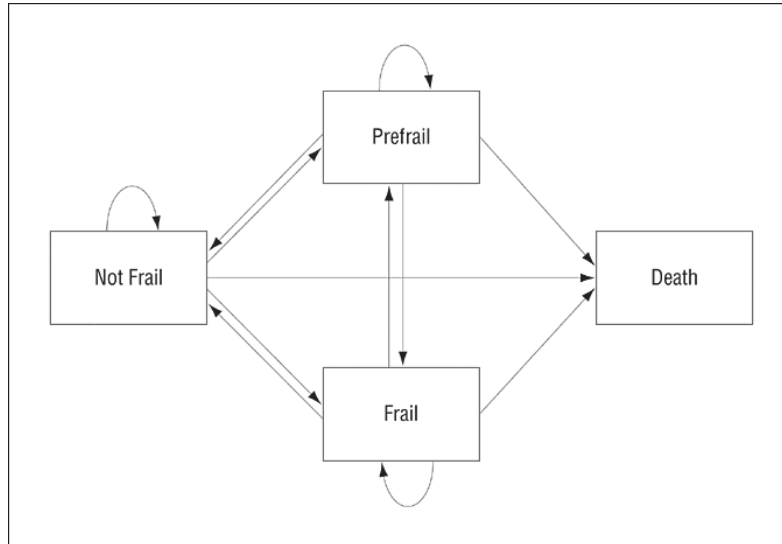
In dit perspectief is het begrip 'frailty', of 'kwetsbaarheid' ontstaan (*De Lepeleire 2009*).

2. Wat is kwetsbaarheid/frailty?

Om het begrip frailty te kunnen begrijpen is het belangrijk eerst te weten wat een stabiele gezondheid bij ouderen concreet inhoudt. *Monsieur* definieert een normale veroudering als 'een verminderd vermogen van het ouder wordend organisme om te weerstaan aan, of om adequaat te antwoorden op een uitgelokte stresssituatie. Zowel genetische als exogene factoren bepalen biologische veroudering' (*Monsieur 2009*).

Frailty is een begrip dat reeds 20 jaar bestaat en dat in tijd is geëvolueerd. Er bestaat bijgevolg geen 'vaste' definitie. *Fried* was de eerste om dit begrip te beschrijven (*Fried 2004*). Hij definieert frailty als 'een fysiologische status van toegenomen kwetsbaarheid aan stressoren, veroorzaakt door verminderde fysiologische reserves en een ontregeling van verschillende fysiologische systemen. Door de afgenomen reserves wordt het voor de ouderen moeilijk homeostase te behouden, wanneer zij geconfronteerd worden met een stoorfactor of dit nu een chronische ziekte, een acute aandoening of een verandering in zijn omgeving betreft'. *Fried* ontwierp ook een bruikbaar fenotype van frailty, waarbij er minimum drie kernelementen aanwezig moeten zijn om op frailty te duiden: zwakte, vermoeidheid, beperkt uithoudingsvermogen, gewichtsverlies, trage gang en gebrek aan fysieke activiteit.

De aanwezigheid van één of twee kernelementen duidt op een voorstadium van frailty en de afwezigheid van deze elementen sluit frailty uit. Deze stadia vormen bijgevolg een dynamisch geheel tussen een normaal verouderingsproces en het uiteindelijke overlijden (*Fried 2004*). Dit wordt weergegeven in *figuur 1* (*Gil 2006*):



Figuur 1: Dynamiek tussen de kernelementen van frailty (Gil 2006)

Een andere beschrijving van frailty werd door *Campbell* opgesteld. Hij beschrijft frailty als 'een toestand of syndroom veroorzaakt door multi-systeemverlies aan reservecapaciteit, waardoor een aantal fysiologische systemen de drempel van het klinisch falen benaderen of overschrijden' (*Campbell 1997*). Ten slotte werd frailty door *Monsieur* omschreven als 'een syndroom gekenmerkt door een verminderde weerbaarheid en verminderde reserves, waarbij een toenemende achteruitgang in de verschillende orgaansystemen zorgt voor een negatieve energiebalans met sarcopenie en verminderde kracht tot gevolg'. Dit wordt beïnvloedt door fysieke factoren (leeftijd, geslacht, mobiliteit), mentale factoren (depressie, angst, ...), sociale en omgevingsgebonden factoren (*Monsieur 2009*).

Kwetsbaarheid ontstaat dus uit fysiologische veranderingen, die niet absoluut tot ziekte leiden. Vele ouderen zijn kwetsbaar, maar hebben geen levensbedreigende aandoening. Verder werd er aangetoond dat frailty gepaard gaat met een daling van de levensverwachting, langere hospitalisatieduur en een verhoogd risico op opname in een instelling (*Rockwood 2007, Walter 2001*).

Gezien kwetsbaarheid een dynamisch en potentieel reversibel proces is, zou het opsporen en behandelen van kwetsbaarheid een belangrijke prioriteit moeten zijn binnen de huisartsgeneeskunde (*De Lepeleire 2009*). Het grote voordeel van kwetsbaarheid is

bovendien dat het de omgang met gezondheid voorspelt onafhankelijk van de comorbiditeiten. Het concept bekijkt een bejaarden op een holistische en individuele wijze.

3. Comprehensive geriatric assessment: De toverformule ?

Zorg voor ouderen is een complexe materie omwille van multi-pathologie en polyfarmacie, waarbij verschillende interacties mogelijk zijn en het risico op complicaties toeneemt. Om de zorg voor deze patiënten te optimaliseren werd eind jaren'80 voorgesteld om de verborgen noden van kwetsbare ouderen op te sporen door middel van '*Comprehensive Geriatric Assessment*' (CGA) (Epstein 1987). Studies hebben aangetoond dat CGA leidt tot een betere zorgplanning en een hogere kwaliteit van zorg bij kwetsbare ouderen (Stuck 1993). Er is onduidelijkheid over de daartoe best aangewende instrumenten. De eerste generatie CGA-instrumenten bestonden uit een verzameling van verschillende 'single domain' instrumenten en schalen (bv MMSE, ADL, ...), die elk afzonderlijk zijn gevalideerd. Het grote nadeel van CGA is vooral dat er geen 'gouden standaard' bestaat. In vele studies verschillen de CGA's in uitgekozen beoordelingsschalen, waardoor het moeilijk is de verschillende studies onderling te vergelijken (Bernabei 2008).

In 1987 vonden er grote hervormingen plaats in verpleegtehuizen in Noord-Amerika. In een grootschalig wetenschappelijk onderzoek, opgezet en gefinancierd door de overheid, moesten residenten worden beoordeeld op 18 probleemgebieden. Dit vormde de basis voor het eerste prototype van een tweede generatie van beoordelingsinstrumenten: de '*Minimum Data Set- Resident Assessment Instrument*' (MDS-RAI), specifiek bekend als de Minimum Data Set for Nursing Homes: MDS-NH. Dit is een zorgsetting-gespecialiseerd CGA instrument (Natick 1991). Het vormt de basis voor de ontwikkeling van geriatrische analyse en management. De MDS-NH werd voor het eerst geïmplementeerd in rusthuizen in de USA in 1992 (Hawes 1995). Verschillende studies toonden aan dat dit meetbare verbeteringen in de zorg voor ouderen met zich meebracht. Men zag zowel een mortaliteitsreductie als een verbetering van de functionele status (Mor 1997, Bernabei 1998). Na deze gunstige resultaten sprongen ook andere landen zoals Canada, IJsland en Finland mee op de kar (Mor 1997).

InterRAI een wetenschappelijke, internationale non-profit corporatie ontwikkelde de derde generatie beoordelingsinstrumenten: de *InterRAI-instrumenten*. Zij vormen een 'upgrade' van de gekende MDS-RAI instrumenten (Bernabei 2008). InterRAI bestaat uit een netwerk van onderzoekers uit meer dan dertig landen. Deze kwam tot stand vanuit de gemeenschappelijke visie dat 'de verzameling van accurate klinische informatie in een gemeenschappelijke format het welzijn van kwetsbare personen, de efficiëntie en distributie

van beschikbare zorg bevordert' (*Fries 2003, Gray 2009*). De doelstelling is het verbeteren van de gezondheidszorg voor oudere, kwetsbare of invalide personen aan de hand van evidence-based onderzoek (www.InterRAI.org). In 2005 werd hun eerste instrument vrijgegeven.

InterRAI ontwikkelde tot nu toe 12 setting-specifieke instrumenten (*zie bijlage 2*). Zij bevinden zich onderling in een verschillend ontwikkelingsstadium, maar allen worden uitgebreid gevalideerd en gestandaardiseerd voor zij worden vrijgegeven en geïmplementeerd (*Bernabei 2008*). De basis voor de verschillende instrumenten bestaat uit éénzelfde set van items die voor alle zorgsettings belangrijk zijn. Ze worden verder aangevuld met specifieke onderwerpen per setting. Doordat zij allen gebaseerd zijn op dezelfde set van items kunnen zij over de verschillende zorgsettings gebruikt worden. Op deze manier kan de continuïteit van zorg gegarandeerd worden. Een volwaardig instrument bestaat uit volgende onderdelen: een formulier om data te verzamelen, een handleiding, triggers, CAP's (klinische analyse protocollen) en zorgschalen. Bij sommige instrumenten wordt dit aangevuld door onder andere case mix classificatiesystemen (RUG) en kwaliteitsindicatoren.

De verschillende instrumenten worden ondertussen ook wereldwijd vertaald en geïmplementeerd. In België werd zo BelRAI opgericht. BelRAI is een Belgisch proefproject, in opdracht van de federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Het heeft als doel het aanpassen van het internationaal RAI-instrument, zowel inhoudelijk als structureel, aan de Belgische situatie (*Beraadslaging nr. 09/018 van 19 mei 2009*). In kader van dit programma werd www.belrai.org ontwikkeld, waar men via het e-health platform als hulpverlener kan aanmelden. Op de website zijn de 4 Belgische webapplicaties van de InterRAI-HC (Home Care), InterRAI-AC (Acute Care), InterRAI-LTCF (Long Term Care Facilities) en InterRAI-Palliative Care te vinden.

4. Toepassing van InterRAI en meerbepaald het InterRAI-Home Care(HC) instrument.

InterRAI-HC (2005) is de recentste upgrade van de Minimum data set for Home Care (MDS-HC) dat werd ontwikkeld in 1994 en een eerste keer werd geherevalueerd in 1999 (versie 2.0). Het werd ontworpen als een persoonsgericht beoordelingssysteem dat een leidraad wil zijn bij een allesomvattende thuiszorgplanning. Via een evaluatie van de behoeften, de sterke punten en de voorkeuren van de cliënt richt het systeem zich vooral op het functioneringsvermogen en de levenskwaliteit van de cliënt (*Morris 1997*). Wanneer het systeem vaak wordt gebruikt kan het ook een 'outcome based' beoordeling genereren van

de reactie van de patiënt op zijn verkregen zorg- en dienstverlening (wiki.belrai.org). InterRAI-HC is een instrument dat wereldwijd kan worden toegepast. Het is reeds in verschillende landen vertaald en in gebruik (*Morris 1997, Gray 2009, Carpenter 2004*). Dit zorgt voor een brede basis om wereldwijd vergelijkend onderzoek te doen naar de kwaliteit van thuiszorg bij ouderen en hoe men deze kan optimaliseren (*Carpenter 2004*). De InterRAI-HC is een gestandaardiseerd minimaal beoordelingsinstrument dat moet ingevuld worden door zorgverleners. Zij verzamelen meer dan 300 gegevens uit verschillende gebieden relevant voor zorgplanning zoals: functionele en cognitieve status, demografische eigenschappen, verkregen hulp (zowel professioneel als van mantelzorgers), emotionele status, diagnoses, medicatie, behandelingen,.... (voor een volledig overzicht: *zie bijlage 3*). Uit de antwoorden op deze vragen worden resultaten (CAP's en zorgschalen) berekend volgens internationaal gevalideerde algoritmes. Bepaalde antwoorden fungeren als triggers en koppelen de beoordelingsgegevens aan het basisprobleem dat in een CAP (Clinical Assessment Protocol of Klinisch Analyseprotocol) uiteengezet wordt (een voorbeeld van CAP-triggers: *zie bijlage 4*). Het is de bedoeling deze patiënten te selecteren die baat kunnen hebben bij de zorg die besproken wordt in de geactiveerde CAP. Per CAP wordt een zorgprobleem geëvalueerd. De zorgdoelen in de verschillende CAP's omvatten de mogelijkheid een probleem op te lossen, gevaar voor achteruitgang van de gezondheid te verminderen of een klimaat voor verbetering te scheppen. Elke CAP bevat ook 'zorgrichtlijnen' om de relevante beïnvloedende factoren en onderliggende oorzaken te achterhalen om de zorgverleners toe te laten op een flexibele manier een holistische en hoogkwalitatieve zorgplanning te realiseren. De CAP's zijn zo opgesteld dat zij zich richten op de competenties van de patiënt en niet op de tekortkomingen.

Bij één beoordeling worden een dertigtal CAP's in 4 brede domeinen beschreven: functioneel presteren, cognitie en geestelijke gezondheid, sociaal leven en klinische complicaties. (Voor een overzicht van de verschillende CAP's: *zie bijlage 5*). Het doel is dus de informatie uit de CAP-richtlijnen te gebruiken om een goed zorgplan op te stellen en, waar mogelijk en nodig, de meest geschikte dienst(en) aan te bieden of de juiste (door)verwijzing te realiseren. Tegelijkertijd moet men rekening houden met terugbetalingssystemen of toelatingseisen die de zorgopties beperken. Het is dus mogelijk dat men niet in staat is aan (alle) zorgbehoefte van de cliënt tegemoet te komen (*Gil 2006, De Lepelre 2004, wiki.belrai.org*).

Naast CAP's worden er uit de verzamelde gegevens ook verschillende (zorg)schalen berekend. Deze komen overeen met de internationaal gebruikte schalen zoals de Barthel-index of de MMSE (*Gil 2006, De Lepelre 2004*). Het is een belangrijk voordeel dat deze schalen zijn afgeleid uit MDS-RAI omdat door de informatiedoorstroming geen extra

gegevens hoeven te worden verzameld, de uitkomsten voor alle cliënten bekend zijn (en niet alleen voor een specifieke onderzoeksgroep), de uitkomsten door de tijd heen altijd beschikbaar zijn en de cliëntengroepen gemakkelijk onderling kunnen worden vergeleken (*wiki.belrai.org*). (Voor een overzicht van de verschillende zorgschalen berekend door BelRAI: zie *bijlage 6*).

Ten slotte kan InterRAI (en specifiek HC) ook kwaliteitsindicatoren (QI's) berekenen, Kwaliteitsindicatoren dienen om de kwaliteit van zorg te monitoren. De berekende scores van kwaliteitsindicatoren geven informatie over de professionele kwaliteit van zorg geleverd door een zorgorganisatie. Momenteel kunnen kwaliteitsindicatoren nog niet berekend worden in de BelRAI-HC applicatie. Het geeft een krachtige ondersteuning in besluitvorming om een persoonlijk zorgplan voor een patiënt te ontwikkelen.

Dankzij al deze verschillende toepassingen kan InterRAI (InterRAI-HC) gebruikt worden op verschillende niveaus om de zorgkwaliteit te verbeteren (zie *figuur 2*)



Figuur 2: verschillende niveaus waarop Bel-RAI kan gebruikt worden (wiki.belrai.org)

5. De rol van de huisarts in deze holistische benadering van geriatrische patiënten.

In Europa is de huisarts betrokken bij de ouderenzorg in 90% van de bevolking boven 75 jaar (*Monsieur 2009*). Hij is bijgevolg ideaal geplaatst om de kwetsbare ouderen in de maatschappij te identificeren en optimale zorg te organiseren. Echter, huisartsen zijn opgeleid om ziekten te behandelen en missen vaak de kennis over instrumenten om

complexe zorgproblemen bij bejaarden aan te pakken (*De Lepeleire 2009*). Sinds de introductie van het begrip 'frailty', het biopsychosociaal model en multidisciplinaire interventies, treedt er geleidelijk een grote verandering op in de eerste lijn. Momenteel is de eerste lijn in België nog onvoldoende georganiseerd om deze complexe problemen aan te pakken, gezien er een enorme versnippering van de verschillende instanties bestaat. De thuiszorg is ook erg 'ad hoc' gericht: pas wanneer er zich een probleem voordoet, zal er een interventie plaats vinden. Zowel de eerste lijn als de overheid voelen aan dat er veranderingen noodzakelijk zijn om optimale zorg te blijven garanderen voor oudere. Hierdoor zijn er verschillende onderzoeken en projecten lopende rond dit gegeven. Dit geldt ook voor de BelRAI, waarover er verschillende studies lopende zijn over de toepasbaarheid in de eerste lijn en de rol van de huisarts hierin.

Indien het een taak is van de huisarts om niet-gedetectede noden te achterhalen, is het de vraag of het InterRAI/BelRAI instrument daarvoor een goed hulpmiddel kan zijn. Om dit te achterhalen, hebben we een literatuuronderzoek uitgevoerd.

DEEL 1: Literatuurstudie

Het opzet van de literatuurstudie is om een concreet antwoord te verkrijgen op vragen in verband met het gebruik van de InterRAI-instrumenten in de huisartsenpraktijk. Allereerst worden de onderzoeksvragen gedefinieerd. Vervolgens wordt de zoekstrategie weergegeven om daarna de verkregen antwoorden op deze onderzoeksvragen te bespreken, gevolgd door een besluit.

1. Onderzoeksvragen

We hebben 5 concrete vragen geformuleerd:

- 1) Welke noden zijn er in de moderne thuiszorg voor kwetsbare ouderen?
- 2) Op welke manier kan de MDS-RAI een bijdrage leveren aan de noden van kwetsbare thuiswonende ouderen?
- 3) Voldoet de MDS-RAI aan de voorwaarden van een geschikt meetinstrument?
- 4) Wat zijn de beperkingen van MDS-RAI voor de toepassing in de thuiszorg?
- 5) Wat zijn kwaliteitsindicatoren? Op welke manier kan MDS-RAI door het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren bijdragen aan het verbeteren van de zorgkwaliteit?

2. Methode

De literatuurstudie startte in het voorjaar van 2011 en duurde tot 01/11/2011.

De zoektocht in de literatuur gebeurde volgens de watervalmetafoor. Concreet betekent dit dat er bij de *quaternaire bronnen* eerst wordt gezocht om vervolgens *tertiaire* en *secundaire bronnen* raad te plegen. Uiteindelijk wordt geëindigd bij *primaire informatiebronnen*. Zowel Angelsaksische als Nederlandstalige literatuur werd onder de loep genomen.

De hoofdpagina van CEBAM werd als startplaats gebruikt. Hier staan immers vele elektronische bronnen geordend. Wat betreft de *quaternaire bronnen* (veelal richtlijnen zoals Domus Medica, NHG, National Guideline Clearinghouse,...) kunnen we kort zijn. Hier werd geen informatie gevonden die enigszins zou kunnen bijdragen aan het vinden van antwoorden op onze zoekvragen. Hetzelfde probleem was er met *tertiaire bronnen*.

Secundaire bronnen zoals Medline leverden wel resultaat op. Zowel via Pubmed als Ovid werd er in de Medline-database gezocht.

De gebruikte zoektermen waren: needs assessment, health services for the aged, health services (for the aged) needs and demand, needs assessment, 'aged, 80 and over', home care services/organization, geriatric assessment, quality indicators healthcare, home bound persons, frail elderly, frailty, data collection, home nursing, independent living, quality of life, care givers, patient care planning, geriatric nursing, primary health care, general practice, family practice.

Zoeken in Medline via Pubmed-zoekmachine

Via "home care services"[Mesh] AND "geriatric assessment"[Mesh] vonden we 78 artikels, wat nog altijd vrij extensief was. De verkregen artikels werden grondig doorgelezen. Op deze manier werd het nut voor ons onderzoek beoordeeld. Zo werden 2 artikels weerhouden. (*Duyver 2010, Hirdes 2008*)

In verband met de kwaliteitsindicatoren werd er via "quality indicators, health care"[Mesh] AND "geriatric assessment"[Mesh] gezocht en bekwamen we 7 vrij verkrijgbare volledige artikels, waarvan slechts 3 artikels zouden weerhouden worden. (*Hutchinson 2010, Gray 2009, Boorsma 2011*)

Via "patient care planning"[Mesh] AND "geriatric assessment"[Mesh] AND "aged, 80 and over"[Mesh] vonden we 22 volledige artikels. Hiervan werd 1 nuttige tekst weerhouden. (*Hirde 2008*)

Er werd verder ook nog handmatig gezocht naar referenties in de gevonden artikels. Bovendien werden via de subsectie 'Related Articles' nog nuttige teksten gevonden.

Informatie over frailty en instrumenten om frailty te meten, werd gezocht met "frail elderly"[Mesh] AND "data collection/methods"[Mesh] gezocht. Uit de 39 verkregen artikels werd er 1 interessant artikel weerhouden. (*De Lepeleire 2008*) Uit dit artikel werd er extra informatie verkregen over de verschillende frailty-schalen en hun klinische waarde. (*Rolfson 2006, De Lepeleire 2004*)

Zoeken in Medline via Ovid-zoekmachine

Er werd veelal gezocht met de "Advanced Search" functie van Ovid in 'all resources'. Hierdoor kan men overzichtelijk met de AND, OR, NOT-termen werken.

Met de zoektermen "aged" AND "minimum data set" AND "geriatric assessment" AND "frail elderly" werden 32 artikels weerhouden, waarvan 5 nuttig bleken te zijn voor verder onderzoek. (*Landi 1999, Landi 2000, Landi 2001, Bernabei 1999, Bernabei 2001*)

Met als centrale termen “minimum data set” AND “home care” werd er specifiek gezocht met volgende termen:

- AND “health services” AND “care plans”: dit leverde 45 artikels op. Na analyse van deze artikels werden er 3 weerhouden. (Carpenter 2006, Landi 1999, Landi 2001)
- AND “comprehensive geriatric assessment”: er werden 32 artikels gevonden, waarvan 5 interessant bleken te zijn. (Duyver 2010, Onder 2007 (2), Fialova 2005, Bernabei 2008)

Via de zoektermen “home care” AND “needs assessment” werden er 46 artikels gevonden, waarvan 1 nuttig bleek. (Van Campen 2005)

Met “needs assessment” AND “resident assessment instrument” werden er 8 artikels verkregen. Eén artikel werd weerhouden. (Holtkamp 2001)

Met als zoekterm “resident assessment instrument” AND “home care services” werden er 23 artikels gevonden. Twee werden weerhouden. (Sorbye 2009, Howes 2007)

Bij onze zoektocht naar de waarde van de frail scale zochten we met de zoekterm “frail scale” en vonden we 23 artikels, waarvan 1 artikel de validiteit en betrouwbaarheid aantoonde. (Rolfson 2006)

Ook de website www.InterRAI.org bleek een groot aantal referenties te bevatten over het MDS-project onder de sectie 'bibliography'. Er werd geconcentreerd op die artikels die handelden over de thuiszorgversie van de MDS-RAI oftewel de MDS-HC (“home care”). Specifiek die teksten werden geselecteerd waarvan een volledige tekst beschikbaar was. (Morris 1994, Fries 1994, Hawes 1995, Morris 1997, Burrows 2000, Hirdes 2004, Landi 2000, Diwan 2004, , Onder 2007, Bos 2007)

Verder werd als *primaire bron* nog het 'Tijdschrift voor Geneeskunde' voor geraadpleegd. Er werden 3 artikels weerhouden. (Avonts 2005, Schadé 1995, Monsieur 2009)

Er werd informatie toebedeeld door onze promotor Prof Dr. De Lepeleire. Deze informatie handelende over MDS-RAI of bevatte extra informatie om ons een bredere kijk te geven op het onderwerp. (Van Houdt 2011, Boorsma 2008, Boorsma 2010, Boorsma 2011 (2), Jörg 2002, interface rapport 2005, De Lepeleire 2007)

3. Antwoorden op de onderzoeksvragen

We bespreken hier de resultaten verkregen na de zoektocht in de beschikbare literatuur.

3.1 Welke noden zijn er in de moderne thuiszorg voor kwetsbare ouderen?

Om een antwoord te kunnen geven op deze vraag moet eerst verklaard worden wat met noden bedoeld wordt. We geven hier dus eerst een antwoord op de deelvraag 'Wat zijn zorgbehoeften/noden?'. Daarna gaan we verder met de eigenlijke onderzoeksvraag.

3.1.1 Wat zijn zorgbehoeften/noden?

Dit is een erg moeilijke vraag. Over het algemeen wordt gesteld dat er vier soorten behoeften zijn (*taxonomie volgens Bradshaw*) (*Bradshaw 1977, Buntinx 2004*):

- 1) De ervaren behoeften (felt needs), die waargenomen worden door de patiënt zelf.
- 2) De uitgedrukte behoeften (expressed needs), die uitgedrukt worden door de patiënt.
- 3) De normatieve behoeften (normative needs), die waargenomen worden door de professionele zorgverlener.
- 4) De vergelijkende behoeften (comparative needs) zijn noden in vergelijking tot anderen met een vergelijkbare culturele en socio-economische status.

Zorgbehoefte kan dus gedefinieerd als 'de nood aan formele en/of informele hulp om een ervaren probleem, dat ontstaan is door een verstoring van de gezondheid in de brede betekenis, op te lossen' (*Buntinx 2004*). De fysieke en sociale omgeving waarin een persoon leeft, speelt mee in de zorgbehoefte van een persoon.

Voorgaande definitie is echter nog vaag. Men tracht deze definitie nauwkeuriger te omschrijven als volgt: 'De zorgbehoefte komt tot uiting als men niet meer in staat is de zelfzorg en zelfredzaamheid zelfstandig uit te voeren.' Onder zelfzorg verstaan we 'het in staat zijn om voor jezelf te zorgen'. De zelfredzaamheid kan worden gezien als 'het in staat zijn om zonder hulp te wonen en voor jezelf te zorgen' (*De Lepeleire 1999*).

De Lepeleire verwijst in dit verband ook naar een definitie van *Huijsmans*: 'Zorgbehoefte is het gevolg van een tegenstrijdigheid tussen de feitelijke en gewenste situatie, die verder beïnvloed wordt door de mogelijkheden van de betrokkene en de 'spiegel' waartegen deze de feitelijke situatie afzet, namelijk de situatie van de referentiegroep'. Hiermee wordt bedoeld dat men in werkelijkheid niet meer in staat is om voor zichzelf te zorgen in de mate dat de persoon zou willen. Bij het hanteren van de term zorgbehoefte moet men er zeker rekening mee houden dat deze term sterk kan variëren van persoon tot persoon. De zorgbehoefte wordt bepaald door maatschappelijke, technische, culturele en historische elementen, waardoor objectivering erg moeilijk wordt. Zorgbehoefte kan ook gedefinieerd

worden op basis van een continuüm tussen noodzaak aan zorg en verlangen naar zorg, in functie van de individuele interpretatie en invulling (*Buntinx 2004, De Lepeleire 1999*).

3.1.2 Welke noden worden ervaren in de thuiszorg voor kwetsbare ouderen?

De bevolking wordt snel ouder en het aantal ouderen neemt snel toe. Dit betekent dat er een toenemende vraag is naar medische hulp en dagelijkse verzorging, wat op lange termijn een overbelasting van het zorgsysteem zal veroorzaken en ook economische gevolgen impliceert. Het is de bedoeling dat een beter georganiseerde thuiszorg het *aantal opnames in rusthuizen en ziekenhuizen kan verminderen* en dus *de kosten voor de maatschappij kan onderdrukken* (*Elkan 2001, Stuck 2000*). Het uiteindelijke doel is elke oudere de juiste zorg te bieden, in de, voor hem, beste setting (al dan niet thuis), op het juiste moment en aan een correcte prijs (*Fried 2004*). Als men ouderen zo lang mogelijk thuis wil ondersteunen is het belangrijk te weten wat de risicofactoren zijn voor opname in rust- en verzorgingstehuizen. Een Scandinavische studie uit 2010, gebaseerd op de AdHOC studie, onderzocht dit gegeven aan de hand van de MDS-HC. 1508 thuiswonende 65-plussers werden een jaar lang gevolgd. Uit deze studie bleek dat de sterkste voorspeller het ontvangen van professionele verpleegkundige handelingen was (*Sorbye 2010*). De opname in RVT's zou mogelijks uitgesteld worden indien *hoogopgeleide verpleegkundigen en niet- medische zorgverleners een centrale rol* krijgen in de zorgplanning aan huis.

Gezien de vraag naar zorgplanning bij ouderen zal toenemen, is er een nood aan een *efficiënte zorgplanning en beleidsvoering*. Om dit tot stand te kunnen brengen is het belangrijk om een duidelijke beeld te hebben van de ouderen die deze thuiszorg ontvangen en van de verschillende zorgorganisaties: Hoe organiseren zij zich en welke hebben de beste resultaten? In een poging om deze gegevens te verzamelen gebeurde een eerste grote studie tussen 2001- 2004: Het AdHOC (Aged in HOme Care) project (*Carpenter 2004*). Er wordt besloten dat het systematisch verzamelen van deze gegevens een meerwaarde biedt bij het verder ontwikkelen van wetenschappelijk gefundeerde zorgplanning. Daarenboven, wanneer een beoordelingsinstrument zo is opgesteld dat culturele verschillen geminimaliseerd worden, geeft dit de mogelijkheid om het gebruik en de impact van *verschillende gezondheids- en sociale systemen wereldwijd te vergelijken* (*Gray 2009*).

Het doel van de gezondheidszorg is om persoonsspecifieke zorg te verlenen, in plaats van plaatsspecifieke zorg. Het is wel zo dat bepaalde ziekten en functionele gebreken op één plaats meer voor komen dan op een andere. Desondanks moeten de specifieke noden van elk individu afzonderlijk bepaald worden, ongeacht van zijn locatie. Dit vereist een *beoordeling op multi-dimensioneel niveau* (*Gray 2009, www.belrai.org*).

Kwetsbare ouderen met chronische ziekten komen in contact met verschillende zorginstellingen. Meestal is er dan ook nood aan *overdracht van klinische informatie*. Wanneer vooraf een uitgebreide beoordeling van de patiënt uitgevoerd werd, moet de betrokken zorginstelling daardoor minder of geen inspanningen doen om de huidige status van de patiënt te beoordelen. In het merendeel van de situaties gaat een verandering van zorginstelling gepaard met een verandering in status. Bijvoorbeeld, wanneer een patiënt opgenomen wordt in het ziekenhuis kan zijn functionele status achteruitgaan, geassocieerd met de recent verworven aandoening. Bovendien kan een opname in het rusthuis gepaard gaan met veranderingen in het gemoed en gedrag van de patiënt. In dit geval is vroegere informatie nuttig om inzicht te krijgen in de huidige noden van de patiënt. Het geeft ook een idee over de stabiliteit of mate van progressie van de patiënt (Gray 2009).

Bij de zorgverleners wordt een nood ervaren om informatie te verkrijgen op een gestandaardiseerde manier. Dit zou de *communicatie tussen de betrokken zorgverleners vergemakkelijken*. Bijvoorbeeld, wanneer de graad van ADL op dezelfde wijze bepaald en gescoord wordt, zal de mate van afhankelijkheid eenvoudiger te bepalen zijn (Gray 2009, Van Houdt 2010)

De mate aan zorgnood zou op een gestandaardiseerde manier bepaald moeten worden. Op die manier kan men *gelijkheid introduceren in het verkrijgen van de nodige zorg*. Er wordt bijvoorbeeld op een objectieve manier bepaald op welke plaats men komt op de wachtlijst van de rusthuizen en woonzorgcentra (Gray 2009).

Ter samenvatting wordt in onderstaande *tabel 1* weergegeven waaraan er nood is in de moderne thuiszorg, afgeleid uit de literatuurstudie.

Tabel 1: Waaraan is er nood in de moderne thuiszorg?
Aantal opnames in rusthuizen en ziekenhuizen verminderen
Centrale rol voor hoogopgeleide verpleegkundige en niet-medische zorgverleners
Efficiënte zorgplanning en beleidsvoering
Een beoordeling op multi-dimensioneel niveau
Overdracht van klinische informatie tussen verschillende zorginstellingen
Communicatie tussen verschillende zorgverleners vergemakkelijken
Gelijkheid in het verkrijgen van de nodige zorg
Administratieve vereenvoudiging
Verschillende gezondheids- en sociale systemen wereldwijd vergelijken

3.2 Op welke manier kan MDS-RAI een bijdrage leveren aan de noden van kwetsbare thuiswonende ouderen?

In het volgende deel gaan we op zoek in de literatuur of de MDS-RAI een bijdrage kan leveren aan de hierboven beschreven noden in de thuiszorg. We doen dit gestructureerd aan de hand van de noden samengevat in *tabel 1*.

1) Aantal opnames in rusthuizen en ziekenhuizen verminderen.

In 2003 werd door Britse onderzoekers een meta-analyse uitgevoerd van 15 studies (afkomstig van Groot-Britannië, VS, Denemarken, Nederland en Canada) om de efficiëntie na te gaan van thuiszorgprogramma's die de gezondheid bevorderen en preventieve zorg aan ouderen aanbieden. Deze thuiszorgprogramma's werden gebaseerd op multi-dimensionele geriatrische beoordelingen, net als de RAI. De conclusie is dat dergelijke thuiszorgprogramma's de mortaliteit en het aantal opnames in de rusthuizen kan reduceren (*Elkan 2001*). In 2000 werd in Zwitserland door *Stuck et al.* een RCT gedaan waarbij 791 thuiswonende ouderen (ouder dan 75 jaar) drie jaar lang aan een gelijkaardig thuiszorgprogramma werden onderworpen. Als interventie werd er jaarlijks een multi-dimensionele geriatrische beoordeling gedaan en elk kwartaal een opvolgingshuisbezoek door 3 verpleegkundigen, die samenwerkten met een geriater. Zo werden er problemen opgespoord, werd er raad gegeven en werd er gezondheidseducatie aan de patiënten gegeven. Ook uit deze studie blijkt dat het aantal mortaliteit en opnamen in de rusthuizen gereduceerd werd. Daarenboven bleek dat de interventiegroep meer medicatie nam, maar de irrelevante medicatie werd geschrapt en relevante medicatie werd opgestart (*Stuck 2000*). In 2009 werd door *Huss et al.* een systematisch review en meta-analyse opgesteld van 21 RCT's die het effect van multi-dimensionele thuiszorgprogramma's beschreven op mortaliteit, aantal rusthuisopnames en verlies in functionele status. Deze studie besluit dat thuiszorgprogramma's de last van vermindering aan functionele status kunnen opvangen. Het effect op het aantal rusthuisopnames is variabel en hangt af van multiple factoren zoals populatiefactoren, kenmerken van het zorgprogramma en het gezondheidszorgsysteem (*Huss 2009*).

In Italië voerde *Landi* een studie bij 115 thuiswonende kwetsbare ouderen uit om te onderzoeken of ook het aantal ziekenhuisopnames kon gereduceerd worden met behulp van MDS-RAI. Het resultaat was dat de toepassing van MDS-RAI het aantal ziekenhuisopnames significant verminderde en dus erg kosteneffectief was. De voorwaarde was dat de MDS-HC afgenomen werd door een case manager. Een case manager is meestal een verpleegkundige met ervaring in de geriatrie, met als functie het initiële afnemen van de

MDS-HC alsook de opvolging ervan. Ook coördineren ze de diensten die de patiënt moet krijgen (*Landi 1999, Landi 2001*).

2) Centrale rol voor hoogopgeleide verpleegkundige en niet-medische zorgverleners

Zoals we hierboven hebben beschreven werd aangetoond in het onderzoek van *Landi* in 1999 dat de MDS-HC het aantal ziekenhuisopnames significant kan verminderen indien MDS-RAI afgenomen wordt door een case manager (*Landi 1999, Landi 2001*). De rol van een centrale coördinator in de thuiszorg (case-management aanpak) werd later ook beklemtoond in de studie van *Onder en Liperoti*, gepubliceerd in 2007. In 11 Europese landen werd het aantal ziekenhuisopnames over het verloop van één jaar vergeleken tussen een groep van 1184 thuiswonende ouderen die thuiszorg kregen op basis van case-management met een groep van 2108 ouderen die thuiszorg verkregen op traditionele basis. Het aantal ziekenhuisopnames lag significant lager in de eerste onderzoeksgroep (*Onder 2007*). In een Belgische studie, uitgevoerd door *Duyver* en *Van Houdt*, wordt beschreven dat de MDS-RAI als nuttiger wordt ervaren door de clinicus indien de afname gebeurt door een ervaren persoon. Er is dus een leercurve in het afnemen van MDS-RAI (*Duyver 2010, Van Houdt 2011*).

3) Efficiënte zorgplanning en beleidsvoering

Zoals we reeds beschreven is er een behoefte aan een duidelijk beeld over de ouderen die de thuiszorg ontvangen en de verschillende zorgorganisaties die daarbij betrokken zijn. In een poging om deze gegevens te verzamelen gebeurde een eerste grote studie tussen 2001- 2004: Het *AdHOC* (Aged in HOme care) project, gefinancierd door de EU. In deze studie werden 4007 65-plussers, uit 11 Europese landen, die reeds thuiszorg kregen bevraagd met de MDS-HC (*Sorbye 2010, Gil 2006*). Een herevaluatie had plaats na 6 maanden en na 1 jaar. Deze studie toont de grote verschillen in thuiszorg tussen de verschillende landen. Er waren grote verschillen in zowel het aantal uren dat ouderen zorg ontvangen als tussen de ouderen onderling, onder andere op vlak van afhankelijkheid. Er woerd besloten dat het systematisch verzamelen van gegevens een meerwaarde biedt bij het verder ontwikkelen van wetenschappelijk gefundeerde zorgplanning. De nadruk ligt hierbij op het systematisch verzamelen van de gegevens. Gezien de meeste onderzoeken gebruik maken van verschillende comprehensive geriatric assessment instruments kunnen deze niet vergeleken worden (*Monsieur 2009*). Het gebruik van een uniform instrument, met name de MDS-HC, maakt het mogelijk om wereldwijd de gegevens van thuiswonende ouderen te verzamelen om zo een grote database te komen. Zodoende is verder uitgebreid onderzoek mogelijk om de kwaliteit van zorg bij ouderen te verbeteren (*Mor 1997, Van Houdt 2010, Morris 1997*). Een voorbeeld van een uitgebreide database is de SAGE data set

(Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology) (*Bernabei 1999*). Deze database bevat gegevens van 1492 inwoners van rusthuizen verspreid in de VS. De gegevens werden verzameld met behulp van de MDS-NH (MDS-Nursing Homes). Aan de hand van de AdHOC studie werd getoond dat de MDS-HC ook gebruikt kan worden voor de studie van prognostische factoren. Een voorbeeld is het verifiëren van de hypothese dat kauwproblemen tot een verhoogde mortaliteit kunnen leiden (*Onder 2007*). Een ander voordeel van de database, verzameld dankzij MDS-HC, is de mogelijkheid tot onderzoek naar resultaten van interventies. Een voorbeeld is de reeds beschreven studie van *Onder en Liperoti 2007* aan de hand het AdHOC project. Hier werd aangetoond dat een case management – aanpak (waarbij er één centrale coördinator is voor de organisatie van thuiszorg) leidt tot betere preventie en een lager risico op opname (*Onder en Liperoti 2007*).

Om een goede zorgplanning te garanderen is het noodzakelijk om alle noden van de patiënten vast te stellen en deze ook aan te pakken. Het is belangrijk na te gaan of er noden over het hoofd worden gezien. Zijn er met andere woorden blinde vlekken aanwezig? En komen deze blinde vlekken systematisch voor? De MDS-RAI zou ook hier een oplossing kunnen aanbieden (*Diwan 2004*). In deze studie werd het proces van zorgplanning bij ouderen geanalyseerd in Michigan op het ogenblik dat MDS-HC werd geïmplementeerd in de HCBS (Home and Community-Based Services). Er wordt een vergelijking gemaakt tussen het vorige 'Michigan assessment tool' en MDS-HC. Aan de hand van het vorige assessment tool, het zorgplan en notities van de verschillende instanties wordt er nagegaan of de CAP's, verkregen met MDS-HC, ook in het vorige zorgplan werden erkend en werden aangepakt. Het bleek dat verschillende probleem domeinen niet werden erkend. Bovendien werd, bij deze die wel werden erkend, vaak geen verdere aanpak voorzien. Op vlak van functioneren, mentale gezondheid, omgevingsfactoren en mantelzorg erkenden de meeste 'case managers' de problemen die ook door MDS-HC worden geactiveerd. De problemen die zij het meeste missen zijn deze op medisch gebied, op vlak van continëntie en sensorische achteruitgang. Verder zag men dat problemen op vlak van sociaal functioneren, depressie en pijn wel erkend werden door de zorgverleners, maar dat zij de zorgplanning hieraan niet aanpasten. Dit geldt ook voor visuele stoornissen en communicatieproblemen. Deze 'unmet needs', zijn niet enkel de verantwoordelijkheid van de case manager, maar ook van de patiënt zelf, die verdere hulp kan weigeren. Patiënten met een breekbaar zorgnet of een slechte IADL score kregen echter snel aangepaste hulp. Deze studie toont aan dat de MDS-HC in staat is blinde vlekken vast te stellen in de zorgplanning van thuiswonende ouderen.

In een Amerikaans onderzoek van *Dosa en Bowers* in 2009 wordt de kwaliteit van 18 resident assessment instrumenten, onder andere van de MDS-RAI, beoordeeld door te

bepalen in welke mate zij in staat zijn om criteria aan te bieden voor het opstellen van klinische richtlijnen. Hier komt de MDS-RAI niet zo goed uit. Er is reeds bewezen dat MDS-HC leidt tot goede resultaten en verbetering van de zorg, maar men stelt zich de vraag of dit effectief komt door de implementatie van de MDS-RAI of omdat men zich in de loop van de studie meer met de patiënt bezighoudt (*Dosa 2009*).

4) Een beoordeling op multi-dimensioneel niveau

In Scandinavië werd in 1999 aangetoond dat de implementatie van MDS-RAI in rusthuizen leidt tot een volledig beeld van de zorgnood van de ouderen. De invoering van MDS-RAI heeft op deze manier een positief effect op de volledigheid en juistheid van de opgestelde zorgplannen en op het fysiek en mentaal functioneren van de ouderen (*Achterberg 1999*). Dit werd in 2008 bevestigd door *Boorsma*. Zij toonde aan dat de invoering van MDS-RAI, in 10 Nederlandse rusthuizen met meer dan 500 patiënten, leidde tot een goede vaststelling van de zorgnoden bij de complexe kliniek van een kwetsbare oudere persoon. Dit leidde tot meer informatie voor de huisartsen over de gezondheidsproblemen van hun patiënten. Hierdoor kon er een efficiënte aanpak gerealiseerd worden van deze problemen (*Boorsma 2008*).

5) Overdracht van klinische informatie tussen verschillende zorginstellingen

Een ander voordeel van de MDS-HC is dat het een onderdeel vormt van de InterRAI-schalen, die worden gebruikt in verschillende zorgsettings. Zodoende wordt het mogelijk gegevens uit te wisselen tussen de verschillende settings en continuïteit van zorg te garanderen. Dit bevordert ook de ontwikkeling van een gemeenschappelijke 'klinische taal' tussen de verschillende settings (*De Lepeleire 2004, Hawes 1995*). Er is hierover nog geen specifiek onderzoek uitgevoerd, maar dit wordt in meerdere studies afgeleid als een voordeel van de MDS-RAI. Zoals we hierboven reeds beschreven bevordert het ook het systematisch verzamelen van gegevens (*Mor 1997, Van Houdt 2010, Morris 1997*).

6) Communicatie tussen verschillende zorgverleners vergemakkelijken

In België werd in 2011 een kwaliteitsstudie gepubliceerd die de meerwaarde van de RAI aantoonde in multidisciplinair overleg. Voor een kwaliteitsvol MDO (multidisciplinair overleg) is een goede voorbereiding en het stellen van duidelijke objectieven essentieel. In deze Vlaamse studie werd onderzocht of de MDS-HC hierbij een meerwaarde kan betekenen. Men gebruikte de MDS-HC als voorbereiding van het multidisciplinair overleg. Het invullen van MDS-HC door alle betrokken zorgverleners leidde tot efficiënter overleg, omdat iedereen grondiger en op dezelfde manier voorbereid was. Blinde vlekken werden door de deelnemers vastgesteld en de vergaderingen verliepen meer gestructureerd (*Van Houdt 2011*). Hiernaast

werd de zorgverleners ook gevraagd wanneer er, volgens hen, nood is aan MDO tussen professionele zorgverleners en wat de toegevoegde waarde van de MDS-HC daarbij is. Ze besloten dat MDO nodig is in complexe zorgsituaties, wanneer ze intuïtief aanvoelen dat er iets 'fout' is en wanneer preventie noodzakelijk is. Er werden 5 belangrijke voordelen van MDS-HC bij MDO weergegeven. Ten eerste werd op deze manier verschillende kennis en visie over de patiënt samengebracht om zo tot een algemeen (objectief) beeld te komen. Ten tweede werden blinde vlekken vastgesteld. Ten derde werd het als een voordeel beschouwd dat iedereen met dezelfde informatie aan het MDO begon. Ten laatste werden de berekende CAP's en schalen als nuttig beschouwd en brachten ze structuur aan in het overleg. Daarenboven werden ook enkele nadelen gerapporteerd door de betrokken zorgverleners. Zo vraagt het voorbereiden van een MDO met behulp van de MDS-HC toch een belangrijke tijdsinvestering en kent het gebruik van de MDS-HC een leercurve (*Duyver 2010, Van Houdt 2011*).

In 2011 werd door *Boorsma* ook het belang van multidisciplinair samenwerken, ondersteund door MDS-RAI, aangetoond. Zij stelde een randomised controlled trial op, waarbij in 5 rusthuizen MDS-RAI werd geïntroduceerd. In 5 andere rusthuizen, die fungeerde als controlegroep, werd er niets aangepast aan de manier van werken. Wanneer de RAI werd toegepast en de patiënt dus multidisciplinair beoordeeld werd, bekwam men een hogere zorgkwaliteit vergeleken met de controlegroep. Op deze manier kan functionele achteruitgang vertraagd worden en ziekenhuisopnames verminderd worden. *Boorsma* concludeerde dat deze resultaten ook kunnen verwacht in de thuiszorgsetting. (*Boorsma 2011*).

7) Gelijkheid in het verkrijgen van de nodige zorg

In de AdHOC studie wordt beschreven dat het systematisch verzamelen van gegevens ervoor zorgt dat gezondheidssystemen wereldwijd kunnen vergeleken worden. Op die manier zou wereldwijde gelijkheid in zorg moeten kunnen verwezenlijkt worden (*Sorbye 2010*). Ook een beschrijvende Britse studie uit 2009 haalt aan dat de MDS-RAI ertoe kan leiden dat gelijkheid geïntroduceerd wordt in het verkrijgen van de nodige zorg (*Gray 2009*) Maar dit is enkel nog maar op theoretisch vlak beschreven. Onderzoek naar dit fenomeen is nog niet gebeurd.

8) Administratieve vereenvoudiging

Dezelfde vaststelling werd gedaan in verband met administratieve vereenvoudiging. In theorie kan nieuwe software die ontwikkeld wordt om multidisciplinaire zorg te ondersteunen zich berusten op de principes van MDS-RAI (*Gray 2009*). Dit leidt tot vereenvoudigingen in de IT-

wereld. Maar of de implementatie van de MDS-RAI leidt tot administratieve vereenvoudiging in de praktijk werd nog niet onderzocht.

9) Verschillende gezondheids- en sociale systemen wereldwijd vergelijken.

Verschillende studies bewezen reeds dat de MDS-RAI erg succesvol is in comparatieve analyses tussen gelijkaardige zorginstellingen op lokaal, nationaal en internationaal niveau (*Lambrecht 1997, Gray 2009, Zimmerman 1995*). Het belangrijkste voorbeeld van een studie waarbij de MDS-RAI bijdraagt om gezondheidssystemen op internationaal niveau te vergelijken is toch wel de *AdHOC* studie. In deze studie werden 11 verschillende Europese landen vergeleken in verband met de geleverde thuiszorg en de resultaten daarvan (*Sorbye 2010*).

3.3 Voldoet de MDS-RAI aan de voorwaarden van een geschikt meetinstrument?

Als antwoord op deze vraag bespreken we de voorwaarden waaraan een geschikt meetinstrument moet voldoen. Bovendien wordt uitgelegd hoe de noden op heden gemeten worden en wat hier de tekortkomingen van zijn. Daarna geven we een antwoord op de deelvraag ‘Voldoet de MDS-RAI aan de voorwaarden van een geschikt meetinstrument?’

3.3.1 Wanneer kunnen we spreken van een geschikt meetinstrument?

Een juiste inschatting van de zorgbehoefendheid vormt nog steeds een belangrijke uitdaging voor de toekomst. Een goede schaal is een noodzakelijke permissie voor een efficiëntere opvang van ouderen in de thuiszorg en in de rusthuizen.

Een belangrijke overweging bij de keuze van een meetinstrument is de kwaliteit ervan. Deze wordt bepaald door de validiteit, betrouwbaarheid, responsiviteit en praktische hanteerbaarheid van het meetinstrument. Een *valide* meetinstrument meet wat het beoogt te meten. Om de validiteit te kunnen bepalen is het belangrijk dat van te voren duidelijk is wat er gemeten gaat worden. Een *betrouwbaar* meetinstrument kan steeds op dezelfde gestandaardiseerde wijze meten (reproduceerbaar). Onder *responsiviteit* wordt verstaan of het meetinstrument in staat is om veranderingen die optreden ook te meten. De *hanteerbaarheid* van een schaal wordt omwille van verschillende redenen bepaald. Dit kan bijvoorbeeld gaan om praktische redenen, zoals kosten en tijd, maar kan ook te maken hebben met (on)acceptabele belasting voor de patiënt. Ook zijn meetinstrumenten die gebruikt zijn bij wetenschappelijk onderzoek lang niet altijd hanteerbaar in de particuliere praktijk (*Gerritsen 2004*).

De zorgafhankelijkheid wordt vandaag nog steeds gemeten aan de hand van de KATZ-schaal. Die schaal meet voornamelijk de afhankelijkheid op de *fysieke criteria*: wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, eten en incontinentie. De Katz-schaal beantwoordt allerminst aan de hierboven vermelde criteria. Daar waar de schaal relatief goed de zorgbehoevendheid op vlak van fysieke problematiek bepaalt, geeft dit geen algemeen beeld van de zorgnood van de ouderen. De taken van zorgverleners overstijgen immers in belangrijke mate de lichamelijke verzorging van de zieke. Bovendien geeft de Katz-schaal aanleiding tot verschillende interpretaties, wat dan weer leidt tot wijzigingen in de toekenning van het forfait en onaangepaste terugbetalingen voor verstrekkingen in verband met verleende hulp aan zwaar zorgbehoevende patiënten of een oneerlijke distributie op wachtlijsten van rusthuizen en woonzorgcentra (*Buntinx 2004*).

3.3.2 Kan de MDS-RAI aan deze voorwaarden voldoen?

Zoals hierboven al beschreven werd, moet MDS-RAI voldoen aan volgende criteria: validiteit, betrouwbaarheid, responsiviteit en hanteerbaarheid. Dit is in verschillende literatuurstudies onderzocht.

In 2000 werd in Italië een studie opgezet die de subschalen van de MDS-RAI bij 95 patiënten in de thuiszorg vergeleek met de huidige gouden standaard, namelijk ADL (Barthel-score), IADL (Lawton-score) en MMSE. Na wetenschappelijke analyse was er een correlatiecoëfficiënt van 0,74 voor de MDS-ADL vs Barthel-score, 0.81 voor de MDS-IADL vs Lawton-score en 0.81 voor de MDS-CPS vs MMSE. Dit is een zeer goed resultaat waardoor er werd besloten dat MDS-RAI een *valide* instrument is om in de dagelijkse praktijk te gebruiken bij fragiele thuiswonende ouderen, op voorwaarde dat diegene die de vragenlijst afneemt getraind is hiervoor (*Landi 2000*).

Uit een studie uitgevoerd in 2008 over 12 landen (Australië, Canada, Tsjechië, Frankrijk, IJsland Italië, Japan, Zuid-Korea, Nederland, Noorwegen, Spanje en VS) kunnen we besluiten dat MDS-RAI een *betrouwbaar (reproduceerbaar)* instrument is, indien afgenomen door getrainde onderzoekers. In dit grootschalig onderzoek werden 783 thuiswonende ouderen twee maal door verschillende getrainde (geblindeerde) onderzoekers ondervraagd in 3 dagen. Uit deze studie komt het belang naar voren van één gemeenschappelijke betrouwbare klinische taal, die interdisciplinair kan gebruikt worden over de verschillende zorgsettings heen (*Hirdes 2008*). In 1997, bundelden *Carpenter et al.* de resultaten van veldstudies uitgevoerd in Japan, Tsjechië, Canada, Engeland en VS. Er werden 988 ouderen ondervraagd, waarvan 208 dubbel door verschillende onderzoekers in 10 dagen. Ook deze meta-analyse toont de betrouwbaarheid van MDS-RAI aan (*Carpenter 1997*).

In 2010 werd een Belgische studie gepubliceerd die de *haalbaarheid*, klinische relevantie, de zorgplanning en waarde van de MDS-RAI zoals gepercipieerd door de huisarts onderzocht. 56 Eerstejaarsstudenten werden opgeleid om MDS-RAI toe te passen op 2 ouderen en de gevonden resultaten in te geven in een elektronische databank. Deze databank genereerde de te behandelen CAP's. De gevonden CAP's werden dan kritisch besproken met de huisartsopleider. Door middel van de Likert-type item schaal werd onderzocht hoe de applicatie van de MDS-HC werd ervaren. Uit deze studie blijkt dat de deelnemende huisartsen geen meerwaarde ondervinden van MDS-HC om zorgplannen op te stellen. Op alle 4 de onderzochte criteria (haalbaarheid, klinische relevantie, zorgplanning en waarde van MDS-HC) scoorde MDS-HC ondermaats. De huisartsen beschreven de CAP's wel als nuttig, maar vonden dat er belangrijke outputs ontbraken of dat sommige irrelevant waren (Duyver 2010). Hawes et al. maakten in 2007 al gelijkaardige vaststellingen (Hawes 2007). Zij gaven ook mogelijke verklaringen voor deze vaststelling. Ten eerste leidt elke implementatie van een nieuw werktuig tot deze perceptie, omdat men er nog niet in getraind is en bijgevolg vaak ook niet gemotiveerd is om het te gebruiken. In een nieuwe Belgische studie blijkt dat, eens men getraind is in het gebruik van de MDS-HC, het wordt ervaren als een handig hulpmiddel (Van Houdt 2011) Ten tweede kan de opinie beïnvloed zijn geworden door het gebruik van de elektronische databank, die op het tijdstip van het onderzoek nog niet volledig op punt stond. Ten derde kan een patiënt zo spraakzaam zijn (of net niet) dat een probleem niet gedetecteerd wordt. Ten vierde kan het zijn dat de arts niet voldoende geobserveerd heeft. Ten laatste is het misschien de perceptie van de arts en de patiënt dat er toch niets te doen is aan de vastgestelde problemen.

3.4 Wat zijn de beperkingen van MDS-RAI voor de toepassing in de thuiszorg?

De beschikbaarheid van een geïntegreerd klinisch informatie systeem biedt een waaier aan mogelijkheden voor klinici, beheerders en onderzoekers. Toch moeten we stilstaan bij de moeilijkheden waarmee de implementatie van dergelijke systemen kan te maken krijgen (Gray 2009, Hawes 2007):

Het invoeren van RAI op grote schaal zal een *grote financiële investering* vanuit de overheid vragen. De betrokken diensten worden echter niet altijd vanuit federaal niveau gefinancierd en bestuurd. Dit kan ook op gewestelijk, provinciaal of regionaal niveau geregeld worden. Bovendien worden sommige diensten begeleid door private bestuurders met een variërend niveau van afhankelijkheid van de overheid. Het invoeren van één enkel geïntegreerd klinisch informatie systeem in dergelijk kluwen van diensten is niet eenvoudig (Gray 2009). Dit probleem werd beschreven in een cross-sectionele studie uitgevoerd door Landi (Landi 2000).

MDS-RAI is een webtoepassing en vereist dus het gebruik van een computer. Er is dus nood aan toegang tot computers en enige behendigheid in het gebruik hiervan. Vele zorgdiensten zijn hier nog niet klaar voor. Bovendien staat de *IT-wereld* momenteel nog niet zo ver om dergelijk systeem te *ondersteunen* (Gray 2009).

Persoonlijke informatie wordt uitgewisseld tussen verschillende diensten. De *privacy* van de patiënt moet op die manier ten alle tijde streng bewaakt kunnen worden. In Vlaanderen werden de vereisten met betrekking tot de privacy van de patiënt vastgelegd door het 'Sectoriaal Comité van de Sociale Zekerheid en de Gezondheid' in de *beraadslaging nr. 09/018 van 19 mei 2009*. Hierin wordt uitvoerig beschreven wie toegang heeft tot de BelRAI en hoe de hoedanigheid van de aanvrager wordt geverifieerd. Enkel personen die als 'gemachtigde personen' bekend zijn bij het eHealth-platform, zullen toegang krijgen tot de BelRAI. Dit is slechts een eerste veiligheidsfilter. Daarnaast is het de functie van de zorgverlener die bepaalt wat een gebruiker kan doen met een cliënt in het systeem. De BelRAI-webtoepassing bepaalt welke functie standaard toegang heeft tot welke gegevens en of deze toegang eventueel kan worden veranderd voor een specifieke vragenlijst. Momenteel hebben enkel artsen en verpleegkundigen toegang tot het systeem. Er zijn vier verschillende specifieke functies met bijhorende toegangsrechten en verantwoordelijkheden: cliëntbeheerder, groepsbeheerder, vragenlijstverantwoordelijke en eenvoudige gebruiker. Wie deze personen zijn en welke bevoegdheden ze hebben, ligt ook vast in de beraadslaging (*Beraadslaging nr. 09/018 van 19 mei 2009*). Studies naar behoud van privacy bij invoering van MDS-RAI werden nog niet uitgevoerd.

Motivatie van participerende zorgverleners is essentieel, alsook een *goede opleiding* van diegenen die met MDS-RAI gaan werken. Zoniet daalt de betrouwbaarheid en validiteit (*Landi 2001, Landi 2000*).

We beschreven hierboven reeds de Belgische studie van *Van Houdt en al.* in 2009 waarin onderzoek werd gedaan naar de haalbaarheid, de ervaren klinische relevantie, de meerwaarde voor zorgplanning en de waarde van de MDS-RAI. Hieruit blijkt dat zij de CAP's wel interessant vinden, maar dat ze, naar hun aanvoelen, geen meerwaarde zijn in het opstellen van het zorgplan. Bovendien werd het verkrijgen en invoeren van de nodige data als te tijdrovend beschouwd (*Van Houdt 2009*). Een Amerikaanse studie van 2001 die met behulp van vragenlijsten de attitude van zorgverleners ten opzichte van de MDS-RAI tracht te onderzoeken, concludeert ook dat men de MDS-RAI niet gebruikt omwille van te tijdrovend en niet nuttig. *Hawes et al.* vond eerder al gelijkaardige resultaten en gaf hiervoor ook een uitleg, die we hierboven reeds uitvoerig besproken hebben (*Hawes 1995*). Het belangrijkste argument is dat deze percepties plaats hebben bij de implementatie van elk

nieuw systeem, omdat het onbekend is. Daardoor is men niet gemotiveerd het te gebruiken. Wanneer men getraind is in het gebruik van de MDS-RAI, wordt het als een handig hulpmiddel ervaren (*Van Houdt 2011*). Hetzelfde werd aangetoond in Vlaanderen door *Van Eeno* in 2012. Hij stelt dat om de betrokkenheid van artsen te verhogen er aan vier voorwaarden moet voldaan worden: een beperkte tijdsinvestering per cliënt, ervaren van de meerwaarde van RAI, een gebruiksvriendelijke webapplicatie en een financiële tegemoetkoming (*Van Eeno 2012*).

In *tabel 2* wordt een overzicht gegeven van de beperkingen van MDS-RAI.

Tabel 2: Beperkingen van de MDS-RAI
Grote financiële investering
Ondersteuning vanuit de IT-wereld nog beperkt
Garantie bieden tot het waarborgen van de privacy
Motiveren van betrokken zorgverleners
Goede educatie over gebruik MDS-RAI is essentieel

3.5 Wat zijn de kwaliteitsindicatoren? Op welke manier kan MDS-RAI door het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren bijdragen aan het verbeteren van de zorgkwaliteit?

Om kwaliteit en efficiëntie van (thuis)zorg te verbeteren, en zo ook de kostenefficiëntie te optimaliseren, is er nood aan *methoden om de zorgkwaliteit te meten*. De data die verzameld worden dankzij de verschillende MDS-RAI instrumenten kunnen niet alleen gebruikt worden voor een patiëntgerichte beoordeling, maar ook voor de beoordeling van de verschillende zorgvoorzieningen en instellingen. De InterRAI organisatie engageert zich in onderzoek naar instrumenten om kwaliteitsmetingen uit te voeren en ontwikkelde de Quality Indicators (QI's): kwaliteitsindicatoren, gebaseerd op de InterRAI-instrumenten. Het doel van deze kwaliteitsindicatoren is het identificeren van gebieden waar het zorgproces verbeterd kan worden en de prestaties van individuele zorgvoorziening te evalueren (*Bos 2007, Hirdes 2004*). Daarnaast biedt het ook de mogelijkheid om de kwaliteit tussen verschillende zorgvoorzieningen te vergelijken.

De QI 's werden eerst ontwikkeld in long term care door *Zimmerman* in 1995 (gebaseerd op MDS) en deze werden ook door hem gevalideerd (*Zimmerman 1995*). Dit leidde tot een implementatie van de LTC-QI's in de VS en Canada. Een recente systematische review van QI's in long term care uit 2010 concludeerde dat er momenteel nog onvoldoende bewijs is voor de validiteit en betrouwbaarheid van de MDS-RAI QI's en dat verder onderzoek in dit

gebied noodzakelijk is (*Hutchinson 2010*). Zij besloten dat QI's een nuttige bijdrage leveren tot het beoordelen van de zorgkwaliteit, maar dat men voorzichtig moet zijn bij het interpreteren van deze resultaten. Zo nodig moeten andere methoden voor het bepalen van de zorgkwaliteit mee in overweging worden genomen.

Ook voor MDS-Home Care en -mental health care werden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Voor de thuiszorg betreft het de Home Care Quality Indicators (HCQI's). In totaal kunnen 22 HCQI's worden afgeleid uit de MDS-HC (*Hirdes 2004*) (zie bijlage 7). Een voorbeeld van een kwaliteitsindicator is het falen van de pijnbehandeling, wat een belangrijke aanwijzing is voor een slechte kwaliteit van zorg (*Bos 2005, Bernabei 2008*). Ook polyfarmacie en onverantwoord gebruik van medicatie vallen hieronder (*Bos 2005, Bernabei 2008*). HCQI's wijzen altijd op een slecht resultaat, dus hoe hoger de score, hoe slechter de kwaliteit van zorg.

Om HCQI's van verschillende zorginstellingen onderling te vergelijken wordt er gebruik gemaakt van een aangepaste HCQI score, waarbij er strafpunten worden gegeven per HCQI die scoren boven de 75^{ste} (1 punt) en 90^{ste} percentiel (2 punten) (*Bos 2007*). Het grote nadeel van het aangepaste puntensysteem is dat de waarde gelinkt aan het 75 en 90^{ste} percentiel niet voor alle HCQI gelijk zijn, bijvoorbeeld de aanwezigheid van misbruik kan voor alle lagen algemeen erg laag zijn, toch gaan de twee zorginstellingen die het hoogste scoren strafpunten krijgen, ook al hebben deze op zich evengoed een lage prevalentie. Dit punten systeem wordt onder andere toegepast bij de studie van *Bos et al* waar de kwaliteit van zorg tussen 11 verschillende landen werd gemeten en vergeleken (*Bos 2007*). Hier werd ook gezien dat tussen verschillende zorgsettings in hetzelfde land ook erg grote verschillen in kwaliteit van zorg aanwezig zijn. De studie bevestigde deze van *Hirdes*, dat HCQI's erg nuttig kunnen zijn in het verbeteren van de zorgkwaliteit, maar dat verder uitgebreid onderzoek noodzakelijk is (*Hirdes 2004*).

In België kan men aan de hand van BelRAI nog geen HCQI's worden berekend. Het is wel de bedoeling dat ook deze verder worden ontwikkeld in de BelRAI webapplicatie.

4. Besluit

Uit de bestudeerde literatuur kan besloten worden dat MDS-RAI kan bijdragen aan bepaalde noden die ervaren worden in de thuiszorg voor kwetsbare ouderen. Zo blijkt dat het aantal ziekenhuisopnames en de mortaliteit bij ouderen daalt wanneer MDS-RAI geïmplementeerd wordt. Ook biedt de MDS-RAI een centrale, coördinerende rol aan voor een specifiek opgeleide verpleegkundige of niet-medische zorgverlener. Bovendien is er voldoende bewijs geleverd dat MDS-RAI leidt tot een efficiëntere zorgplanning, een beoordeling op multi-

dimensioneel niveau en ondersteuning bij multidisciplinair overleg. Het instrument maakt het eveneens mogelijk om gezondheidssystemen wereldwijd te vergelijken. Echter, er moet verder onderzoek gebeuren in welke mate de MDS-RAI informatie-overdracht tussen de verschillende zorginstellingen kan vergemakkelijken. Er is nog geen bewijs geleverd dat invoering van MDS-RAI leidt tot gelijkheid binnen de verkregen zorg of tot administratieve vereenvoudiging.

Verder blijkt dat de MDS-RAI een bruikbaar meetinstrument is om de noden van ouderen in kaart te brengen. Het lijkt vooral in betrouwbaarheid en validiteit een significante meerwaarde te hebben ten opzichte van andere meetinstrumenten zoals de MMSE, ADL, IADL en Katz-schaal. Studies over de responsiviteit zijn nog onvoldoende uitgevoerd om hierover een beeld te kunnen vormen. Ook over de haalbaarheid van MDS-RAI is nog te weinig bekend om ons hierover uit te spreken. De eerste studies toonden aan dat artsen nog twijfelen aan het nut en de haalbaarheid van MDS-RAI.

Momenteel moet men er rekening mee houden dat MDS-RAI nog beperkingen heeft. Ten eerste vraagt de implementatie ervan een grote financiële investering. Verder is MDS-RAI een applicatie, die toegang tot het wereldwijde web vereist. Hiervoor is ondersteuning, die tot op heden beperkt is, vanuit de IT (informatietechnologie)-wereld onontbeerlijk. Ten derde moet ten allen tijde de privacy van de patiënt kunnen gewaarborgd worden. Ten slotte moeten de deelnemende zorgverleners gemotiveerd zijn en opgeleid worden om met MDS-RAI te werken. Indien dit niet gebeurt, daalt de betrouwbaarheid en de validiteit van MDS-RAI. Toekomstig onderzoek kan er zich op toe leggen om deze beperkingen aan te pakken.

De met MDS-RAI verzamelde data kan niet alleen aangewend worden voor een patiëntgerichte beoordeling, maar ook om de zorgkwaliteit te meten. De InterRAI ontwikkelde daartoe de HCQI's. Met behulp van deze kan men de kwaliteit van verschillende zorgsettings berekenen en onderling vergelijken. Literatuurstudie wijst uit dat HCQI's erg nuttig kunnen zijn in het verbeteren van de zorgkwaliteit, maar verder onderzoek is noodzakelijk. Het is de bedoeling dat in de toekomst aan de hand van de Belgische MDS-RAI-toepassing ook HCQI's kunnen berekend worden.

Uit de literatuurstudie blijkt dat nog vele terreinen ontgonnen moeten worden op het gebied van MDS-RAI. Hiermee gingen we aan de slag om ons eigen onderzoek uit te voeren. Dr. Benedicte Van Heden trachtte na te gaan of de afname van MDS-HC en het uitvoeren van zorgplannen leidde tot een verbetering van de zorgkwaliteit bij thuiswonende ouderen. Dr. Tom Boelenders ging na of de MDS-HC beter zorgnoden kan identificeren dan de huisarts die de patiënt begeleidt. Dr. Kim Van Camp bestudeerde de factoren die de implementatie van MDS-HC kunnen beïnvloeden.

DEEL 2: Eigen onderzoek

In dit deel van de scriptie worden de factoren nagegaan die de implementatie van MDS-HC in de huisartsenkring kunnen beïnvloeden. Eerst volgt een theoretisch hoofdstuk over implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg en de beïnvloedende factoren waarmee rekening moet gehouden worden. Daarna wordt het onderzoek beschreven, respectievelijk onderzoeksmethodiek, resultaten, discussie en besluit. Tot slot worden nog enkele aanbevelingen voor de toekomst gedaan.

1. Implementatie: Bevorderende en belemmerende factoren

Ter verwezenlijking van dit hoofdstuk heb ik me gebaseerd op het werk van *Grol en Wensing (2006): Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Hoe een verandering, in dit geval de MDS RAI, te implementeren, wordt in diverse boeken en artikels op hoog niveau besproken. Hieruit blijkt het belang van methodologisch te werk te gaan, aan de hand van een stappenplan. Een werkbaar stappenplan werd opgesteld door Grol en Wensing.

1.1 Inleiding

Een goede kennis van en inzicht in de doelgroep, de leef- en werksituatie, normen en waarden van de doelgroep, alsmede van de problemen rondom de toepassing van een innovatie zijn cruciaal als men deze met succes zou willen introduceren. Het verstrekken van informatie over nut, effecten of doelmatigheid volstaat meestal niet om een succesvolle invoering te garanderen. Men zal de echte belemmeringen moeten opsporen en op systematische wijze moeten aanpakken met een diversiteit aan goedgekozen methoden en maatregelen, die hun effectiviteit in de praktijk hebben bewezen.

Het aantal waardevolle inzichten, werkwijzen en technieken dat jaarlijks beschikbaar komt in de gezondheidszorg op basis van goed opgezet wetenschappelijk onderzoek en zorgvuldig experimenteren en evalueren in de praktijk is enorm. Het percentage daarvan dat vervolgens op korte termijn ingang vindt in de dagelijkse praktijk van de patiëntenzorg is aanzienlijk kleiner. Het gevolg hiervan kan zijn dat patiënten ten onrechte goede zorg wordt onthouden of dat ze onnodige, achterhaalde of zelfs schadelijke zorg ontvangen. Niet alle innovaties zijn uiteraard een verbetering, maar op brede schaal wordt geconstateerd dat er in de gezondheidszorg vaak sprake is van onvoldoende, overbodige en foute zorg: 'underuse, overuse and misuse of care' (*Bodenheimer 1999*). Het is dus van groot belang aandacht te besteden aan de invoering van waardevolle inzichten en werkwijzen in de praktijk. Hiermee

wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Invoering van waardevolle inzichten en werkwijzen gaat echter niet zonder slag of stoot. Implementatie blijkt in veel gevallen slechts beperkt of zelfs helemaal niet succesvol. Daarmee worden beoogde effecten bij patiënten (herstel, gezondheidswinst, betere kwaliteit van leven) vaak niet gerealiseerd. Daar zijn tal van redenen voor: het kan te maken hebben met de aard van de (nieuwe) werkwijze die wordt voorgesteld, met de doelgroep of met de setting waarin verandering moet plaatsvinden. Maar er kunnen ook structurele, financiële of organisatorische belemmeringen zijn. Maar ook de wijze waarop de implementatie wordt aangepakt kan weinig effectief zijn. We houden ons hier dus bezig met de vraag hoe de implementatie van de MDS-RAI best vormgegeven kan worden om daarmee een bijdrage aan een optimale ouderenzorg te leveren.

1.2 Wat is implementatie?

In het boek van Grol en Wensing wordt de definitie van *Hulscher* toegepast:

Een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg.

Ze bestaat uit verschillende belangrijke elementen:

1) Procesmatige en planmatige invoering

Er worden op een beredeneerde wijze strategieën en activiteiten gekozen en uitgevoerd om de toepassing van een bepaalde vernieuwing of verandering te bereiken. Dergelijke strategieën kunnen zich richten op hulpverleners, patiënten of organisatorische of structurele aspecten van de zorg. Voorlichting en educatie over innovaties kunnen leiden tot kennisvermeerdering of attitudeverandering en vormen daarom een voorwaarde voor echte toepassing. Ze leiden echter meestal niet zonder meer tot anders handelen in de praktijk. Effectieve implementatie vereist daarom een procesmatige aanpak, waarin effectieve verspreiding, kennisoverdracht, attitudeverandering,... vooraf dienen te gaan aan het bevorderen van de feitelijke toepassing van de innovatie. Planmatig betekent niet dat er voorafgaand aan de invoering een plan wordt gemaakt waarvan niet meer wordt afgeweken. Meestal zal er sprake zijn van een iteratieve benadering, waarin op basis van opgedane ervaringen de volgende stappen worden gezet en de aanpak van de implementatie wordt verbeterd.

2) Vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde)

Het gaat om het invoeren van werkwijzen, technieken of organisatievormen die nieuw, beter of anders zijn dan wat gangbaar is in een bepaalde setting. Dit kunnen nieuwe therapieën of diagnostische procedures zijn die in een goed opgezet patiëntgebonden onderzoek hun waarde hebben bewezen. Het kan gaan om een richtlijn die gebaseerd is op een systematische analyse van de wetenschappelijke literatuur. Maar het kan ook best practice betreffen, namelijk nieuwe vormen van organisatie van het zorgproces waarmee goede ervaringen zijn opgedaan en die tot de beoogde doelen blijken te leiden. Dit betekent dus niet dat de innovatie altijd uitontwikkeld moet zijn, juist tijdens het implementatieproces zal aanpassing aan en toesnijden op de specifieke omstandigheden in de praktijk vaak aan de orde zijn.

3) Structurele plaats krijgen

Implementatie moet leiden tot persisterende verandering. In de praktijk is vaak sprake van een terugval, bijvoorbeeld omdat de ondersteuning na afloop van een project wegvalt.

4) In het (beroepsmatig) handelen, het functioneren van organisatie(s) of de structuur van de gezondheidszorg.

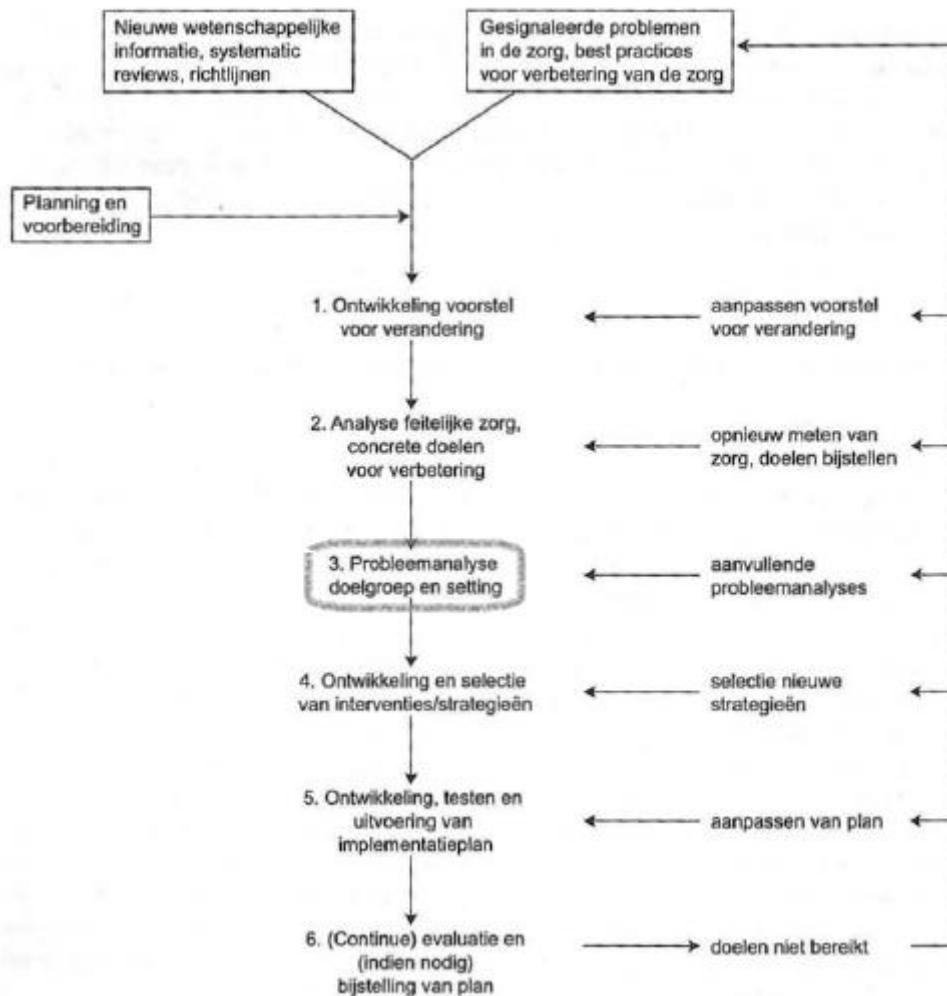
Veranderingen kunnen op verschillende niveaus plaatsvinden. Veranderingen in de organisatie of structuur van de zorg moet consequenties voor de patiënt en het primaire proces van de zorg hebben. Het gaat meestal om het vergroten van de effectiviteit, de doelmatigheid of patiëntgerichtheid van de zorg, met directe effecten voor patiënten. Implementatie bekijkt organisatorische en structurele veranderingen vanuit dat perspectief.

Wetenschappelijke onderzoeken betreffende implementatie tonen aan dat verschillende voorstellen voor verandering aan de patiëntenzorg vragen om verschillende invoeringsstrategieën. Er bestaat niet één beste methode voor alle innovaties in alle settings. Verschillende doelgroepen en situaties brengen uiteenlopende implementatieproblemen met zich mee. Een goede 'diagnostische' analyse van doelgroep en setting moet daarom richting geven aan een goed opgezet implementatieplan. Meestal betekent dit dat er een variatie aan strategieën moet worden benut die in een bepaalde volgorde worden toegepast. Tussendoor wordt voortdurend geëvalueerd of de verandering op gang komt en of men dichterbij het doel komt. Het gehele traject wordt idealiter goed voorbereid en georganiseerd. Effectieve implementatie vereist een zorgvuldige planning. Uitgangspunt is dat er sprake is van wenselijke veranderingen in de patiëntenzorg.

1.3 Planning en organisatie van de implementatie

In voorgaande paragraaf werd al beschreven dat de allereerste vereiste voor het implementeren van een verandering in de patiëntenzorg een concreet voorstel voor wenselijke verbetering is. Aanleiding daartoe kan nieuwe wetenschappelijke kennis zijn (*evidence based*), door de doelgroep zelf gesignaleerde problemen in de zorgverlening en goede ervaringen die met een bepaalde werkwijze in de praktijk zijn opgedaan (*best practice*).

Een analyse van de huidige zorg moet helpen om concrete doelen voor verandering op te kunnen stellen. Hiervoor heeft met goede gegevens uit de praktijk nodig. Een zorgvuldige analyse van de doelgroep en setting moet vervolgens inzicht geven in de bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen in een effectieve implementatie. Een dergelijke analyse levert in het algemeen een variatie aan knelpunten op. De volgende stap is het ontwikkelen of selecteren van methoden, strategieën en maatregelen, die zich richten op de belangrijkste problemen, die in staat zijn knelpunten weg te nemen. Of dit lukt wordt bij voorkeur continu geëvalueerd en waar nodig wordt de aanpak aangepast. Kortom, er moeten een aantal belangrijke stappen worden gezet om veranderingen in de patiëntenzorg te realiseren. Hoe dit hele proces het best vormgegeven kan worden en wat er precies in een concrete situatie in elk van de stappen gedaan moet worden, is niet altijd op voorhand helder. Dit vereist een zorgvuldige voorbereiding en planning van het implementatieproces, een proces dat dan specifiek wordt afgestemd op de doelgroepen de setting waar de verandering zich zal gaan afspelen. Succesvolle implementatie van verbeteringen in de patiëntenzorg blijkt uiteindelijk mede een kwestie van planning en goede organisatie van activiteiten. Dergelijk proces vraagt om systematiek, een goede voorbereiding en een stapsgewijze aanpak (zie figuur 3).



Figuur 3: Implementatiemodel (Grol et al, 2005)

1.4 Beïnvloedende factoren bij implementatie

We recapituleren even aan de hand van het implementatiemodel van Grol en Wensing 2005. Nadat men inzicht heeft gekregen in de huidige zorg en concrete verbeterdoelen heeft gedefinieerd, is de volgende stap in het model voor implementatie een analyse van beïnvloedende factoren (*figuur 3, kader*). Dit wil zeggen de factoren die de werking van de implementatiestrategie versterken of verzwakken of die het verloop van het implementatieproces beïnvloeden. Dit omvat een analyse van:

- 1) De context van de implementatie: Wie is betrokken, wie kan er een rol in spelen en welke belangen spelen een rol?
- 2) Bevorderende en belemmerende factoren voor de beoogde verandering.
- 3) Kenmerken van de doelgroep en subgroepen daarbinnen.

Beïnvloedende factoren in een diagnostische analyse kunnen empirisch of pragmatisch worden bepaald, bijvoorbeeld door analyse van gegevens over het handelen van professionals of met behulp van open vragen in interviews met zorgverleners. Zij kunnen ook worden afgeleid uit theorieën over gedragsverandering die zijn ontwikkeld in verschillende disciplines, zoals de psychologie, economie en sociologie. Veel experts bepleiten een beter gebruik van theorie in implementatieprojecten voor een beter begrip van implementatie en om betere implementatiestrategieën te kunnen ontwikkelen.

In onderstaande paragrafen beschrijven we de drie verschillende onderdelen van de diagnostische analyse, die we reeds hierboven vermeldden.

1.4.1 De context van de implementatie

Een systematische benadering van implementatie omvat een analyse van individuen en organisaties, die een belang of doel hebben bij een veranderingsproces. Er wordt een zogenoemde 'sociale kaart' van de situatie gemaakt.

Elk van de betrokken partijen kan de implementatie bevorderen of belemmeren, afhankelijk van de belangen en doelen. Het is onvermijdelijk dat doelen en belangen van verschillende partijen soms botsen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het relatieve belang dat elke partij hecht aan de effectiviteit van een klinische interventie, de doelmatigheid, de individuele keuzemogelijkheden en de verdeling van het aanbod over de bevolking. Patiënten willen meestal de individuele voorkeur realiseren, ongeacht hoe adequaat deze is en hoeveel deze kost. Artsen, die voor een populatie zorgen, stellen veelal de effectiviteit en een rechtvaardige verdeling van zorg boven doelmatigheid en keuzevrijheid. Autoriteiten en financiers prefereren meestal doelmatigheid en een rechtvaardige verdeling boven effectiviteit en keuzevrijheid. Een dergelijke variatie is bijvoorbeeld aan de orde bij het voorschrijven van antibiotica. Hier kan een conflict ontstaan tussen gepaste zorg en kostenbeheersing of een conflict tussen de belangen van de maatschappij als geheel en die van individuele zorgverleners en patiënten. Het is dus belangrijk een overzicht te krijgen van relevante personen en organisaties die zijn betrokken bij een implementatieproces, om op basis hiervan te bepalen op welke wijze het best met belangen kan worden omgegaan en welke rol zij zouden kunnen spelen in het proces van invoeren van de innovatie.

1.4.2 Bevorderende en belemmerende factoren voor de verandering

In deze paragraaf worden de factoren beschreven die een implementatieproces kunnen bevorderen of belemmeren. Uitgangspunt is dat de betrokken personen en organisaties helder zijn, dat de belangrijkste problemen in de zorgverlening of preventie zijn

geïdentificeerd en dat de doelstellingen voor een verbeterprogramma zijn gedefinieerd. De volgende stap is dan dat knelpunten en prikkels voor verandering in detail worden geanalyseerd. Sommige van deze factoren zijn generiek (ze beïnvloeden vele implementatieprocessen), terwijl andere betrekking hebben op een specifieke verandering. In veel gevallen zijn verschillende factoren van belang. De knelpunten en prikkels worden geordend naar een aantal inhoudelijke domeinen, die naar voren zijn gekomen in een brede analyse van theorieën van gedragsverandering (*Wensing 2005*).

- **Individuele factoren**, gerelateerd aan zorgverleners, burgers/patiënten, managers of anderen
- **Sociale factoren**, die te maken hebben met de teams en netwerken van zorgverleners.
- **Organisatorische factoren**, gerelateerd aan zorginstellingen of andere organisaties
- **Maatschappelijke factoren**, die te maken hebben met het zorgsysteem en maatschappelijke of politieke ontwikkelingen.

Hieronder wordt op elk van deze domeinen, aangezien dit deel belangrijk is voor de uitwerking van mijn scriptie, uitgebreid op ingegaan.

Individuele factoren

1) Cognitieve factoren

Deze categorie omvat individuele kennis, gebruik van informatie en beslissingen door professionals. Het gebruik van een richtlijn, nieuwe technologie of andere werkwijze vraagt vaak specifieke kennis en vaardigheden. Dus zowel het signaleren van de nieuwe inzichten als het verwerven van kennis hierover is van belang voor een succesvolle implementatie. Dit geldt zowel voor zorgverleners als patiënten en leidinggevenden in zorginstellingen. Voor het belang van de scriptie concentreren wij ons vooral op de zorgverleners. Zelfbeoordeling van de competentie of prestaties door zorgverleners is vaak niet erg adequaat (*Allen 1998*).

Een belangrijke voorwaarde voor implementatie van innovaties is dat de professionals nieuwe inzichten daadwerkelijk vinden en begrijpen. Dit vraagt specifieke cognitieve vaardigheden op het gebied van zoeken en interpreteren van informatie. Uit een Brits onderzoek blijkt dat veranderingen in de organisatie van de praktijk, gevolgde nascholingen en contacten met collega's door artsen het vaakst opgegeven wordt als redenen voor verandering in de klinische routines (*Allerly 1997*).

2) Motivationale factoren

Motivationale factoren hebben invloed op de intentie om een bepaald gedrag of een bepaalde gedragsverandering te realiseren. Deze factoren kunnen bij zorgverleners zeer verschillend zijn (Scott 1997). Bij een specifieke vernieuwing hoeven niet alle factoren een even grote rol te spelen. Het is echter zinvol om het belang van deze factoren te overwegen of te onderzoeken.

Verschillende motieven van zorgverleners om hun gedrag te veranderen (Scott 1997)

1. Inkomen: hoeveel inkomen en financiële problemen
2. Vrije tijd: aantal gewerkte uren, verplichtingen tijdens weekends en nachten, belasting voor de familie en sociale leven, en wens om niet thuis te werken.
3. Werkdruk: aantal consulten per uur, aantal spoedeisende contacten en huisbezoeken, hoeveelheid administratief werk en onrealistische verwachtingen van patiënten
4. Ethische overwegingen: beducht van klachten van patiënten, beducht voor foutieve diagnoses, de mate waarin de patiënt echt geholpen kan worden en de mate waarin zelfzorg kan worden bevorderd.
5. Maatschappelijke overwegingen: neiging om als zorgverlener deel te nemen in activiteiten buiten de directe patiëntenzorg.
6. Status in de ogen van collega's: geen negatieve publiciteit, steun van collega's
7. Tevredenheid over eigen functioneren
8. Intellectuele satisfactie: behoefte om nieuwe kennis en vaardigheden toe te passen of om vakliteratuur te lezen.
9. Autonomie: vrijheid om zelf werk te bepalen en verantwoordelijk te zijn voor de eigen werkwijze en activiteiten, zonder externe controle.

Dit onderwerp is binnen de psychologie al uitgebreid onderzocht. Ontevredenheid met het eigen presteren kan het startpunt zijn van een veranderingsproces (*Geertsma 1982*). Deze ontevredenheid kan veroorzaakt worden door een discrepantie tussen individuele doelstellingen en de huidige praktijk, of door het krijgen van negatieve opmerkingen van anderen. Individuen hebben uiteraard een verschillende tolerantie voor dergelijke discrepanties. In veel gevallen neemt de motivatie om te veranderen geleidelijk toe onder invloed van ervaringen in de praktijk of (herhaalde) informatie over een specifieke (afwijkende) werkwijze. Soms kan een specifieke gebeurtenis, zoals een incident of een ernstige fout (bijvoorbeeld het overlijden van een patiënt door een medicatie-interactie), plotseling leiden tot een sterke motivatie om te veranderen (*Armstrong 1996*).

De attitude van een individu ten opzichte van een vernieuwing is een andere factor die de implementatie van die vernieuwing kan beïnvloeden. Bij een beoordeling van een vernieuwing kijken individuen gewoonlijk naar kenmerken als complexiteit (hoe ingewikkeld het is om te doen), zichtbaarheid van de verandering (hoe duidelijk een verandering is en hoe snel deze optreedt) en de mogelijkheid om deze op kleine schaal uit te proberen. De houding van zorgverleners ten opzichte van het invoeren van nieuwe richtlijnen en

protocollen is al onderzocht. Het is echter nog niet duidelijk hoe dit ligt bij andere vernieuwingen, zoals zorgprogramma's. Wat in het geval van deze scriptie toch wel het belangrijkste is.

Het is overigens nog onduidelijk in hoeverre attitudes en meningen daadwerkelijk invloed hebben op de navolging van een voorgestelde werkwijze. Een studie naar preventieve zorg liet bijvoorbeeld zien dat de feitelijke prestaties maar zeer beperkt samenhangen met de wens om meer aan preventie te doen of de behoefte om preventie te steunen (*Solberg 1997*). De mening over specifieke handelingen hangt wellicht sterker samen met het feitelijk professioneel gedrag dan algemene opvattingen over richtlijnen of innovaties.

Kenmerken en voorkeuren van patiënten hebben eveneens invloed op de motivatie van zorgverleners om met een innovatie aan de slag te gaan. Patiënten hebben bepaalde prioriteiten ten aanzien van zorg, die kunnen afwijken van de prioriteiten van professionals. Zulke meningen hebben invloed op het hulpzoekend gedrag van individuen en het volgen van adviezen en instructies van de zorgverlener.

3) Gedragmatige factoren en persoonskenmerken

Zowel routinematig gedrag als het beschikken over specifieke vaardigheden is in veel gevallen van belang voor het toepassen van nieuwe inzichten. Routinematig gedrag hangt voor een deel samen met stabiele persoonskenmerken, hoewel het onderzoek niet altijd eenduidige verbanden aantoot. Sommige studies laten bijvoorbeeld zien dat oudere artsen meer diagnostiek aanvragen (*Winkens 1994, Kristiansen 1992*), terwijl andere studies het tegendeel laten zien (*Winkenwerder 1993, Woo 1985*). Artsen die lid zijn van beroepsorganisaties zijn vaker positiever over richtlijnen en andere vernieuwingen (*Grol 1995, Siriwardena 1995*). De aard van de (medische) discipline waartoe men behoort, kan ook invloed hebben op de aanpak van een klinisch probleem. Zo vroegen internisten een breder spectrum van diagnostiek aan bij niet-acute cardiologische problemen dan cardiologen (*Glassman 1997*) en vroegen huisartsen meer diagnostiek aan dan cardiologen (*Young 1987*). Bepaalde persoonskenmerken kunnen ook van belang zijn. Zo verklaart de neiging om risico te accepteren een deel van de variatie in zowel het aanvragen van diagnostiek als het verwijzen van patiënten naar andere zorgverleners (*Holtgrave 1991, Zaat 1992*).

Sociale factoren

1) Professionele ontwikkeling

Een beroep, zoals geneeskunde, heeft specifieke kenmerken. Het is een beroep met professionals. Professionals hebben toegang tot kennis die moeilijk toegankelijk is voor

leken, maar maatschappelijk van groot belang wordt geacht. Professionals hebben vaak een zekere mate van autonomie verworven in hun beroepsmatig handelen en oriënteren zich vaak primair op hun beroepsgroep. Daarom lijkt het toch van belang om de mate van professionalisering van de betrokken beroepsgroepen in kaart te brengen. Bij professionele beroepsgroepen verloopt implementatie van een vernieuwing moeilijk als deze in strijd is met professionele inzichten of normen.

2) Professionele teams

Veel patiëntenzorg en preventie worden verleend door multiprofessionele teams of samenwerkingsverbanden. Vaak komen deze teams periodiek (dagelijks, wekelijks, ...) bij elkaar, maar soms bestaat de samenwerking uit verwijzing/terugverwijzing of consultatie van een andere professional. Het functioneren van teams kan van invloed zijn op de invoering van vernieuwingen.

Factoren die een rol spelen bij het functioneren van een team.

- Doelgerichtheid
- Omvang van het team
- Psychologische veiligheid om zich te uiten
- Leiderschap
- Mate van cohesie
- Ontbreken van procedures
- Attitude ten opzichte van innovaties

3) Professionele netwerken

Zorgverleners nemen vanwege hun beroep deel aan verschillende professionele netwerken, zoals het netwerk op de werkplek, een nationaal netwerk van gelijk opgeleide beroepsbeoefenaars en soms ook een internationaal netwerk van collega's. Kenmerken van deze netwerken hebben invloed op de mate waarin vernieuwingen verspreid en ingevoerd raken. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar de rol van sleutelpersonen en (lokale) opinieleiders.

Veel zorgverleners worden sterk beïnvloed door de opinies van collega's in hun directe omgeving. De belangrijkste voorwaarden voor implementatie blijken lokale communicatie over het nut en de risico's van een nieuwe werkwijze, de beschikbaarheid van lokale demonstratie en educatie en positieve verwachtingen bij relevante personen. (*Greer 1988*)

Organisatorische factoren

1) Organisatiestructuren en werkprocessen

Een organisatie kan een zorginstelling zijn, zoals een ziekenhuis, maar ook een afdeling daarbinnen. Het onderscheid met een team van professionals is niet altijd helder te maken, vooral niet bij kleine organisaties zoals een huisartsenpraktijk. In een organisatie is de macht op een bepaalde manier verdeeld (organisatiestructuur) en het werk op een bepaalde manier ingericht (werkprocessen). In de gezondheidszorg speelt een grote rol dat zorgverleners als professionals een zekere mate van autonomie hebben om de werkprocessen naar eigen inzichten te laten verlopen.

Organisatiekenmerken die de kans op vernieuwing vergroten

- Algemene neiging om vernieuwingen te ontwikkelen of van elders over te nemen.
- Differentiatie in functies
- Specialisatie van de werknemers
- Spreiding van macht
- Veel tijd vrijmaken per patiënt
- Opleidingsplaatsen

2) Organisatieprocessen

Organisatieprocessen omvatten de communicatieprocessen in een organisatie, zowel intern als extern. De leiding speelt hierbij een belangrijke rol. Interne communicatie in een organisatie is nodig om ideeën uit te wisselen en een kruisbestuiving op gang te brengen. Een organisatiecultuur waarin nieuwe ideeën worden gewaardeerd, zou gunstig zijn voor de innovativiteit. Externe communicatie is nodig om nieuwe producten of diensten te signaleren en om de voorkeuren en behoeften van patiënten te bepalen. Kwaliteitsmanagement wordt onder meer bepaald door het verbeteren van de interne en externe communicatie van een organisatie. In een overzicht van het onderzoek op dit gebied werd geconcludeerd dat een niet-bestrafende organisatiecultuur, waarin fouten openlijk kunnen worden besproken, gepaard ging met beter functioneren en meer innovatie in de acute zorg, in de chirurgie en in verpleeghuizen (*National Institute of Clinical Studies 2003*).

3) Beschikbare middelen

Een cruciale voorwaarde voor de implementatie van nieuwe werkwijzen is uiteraard dat de noodzakelijke faciliteiten en materialen beschikbaar zijn. Bepaalde organisatiekenmerken zoals de beschikbaarheid van technische hulpmiddelen of de financiële armslag en omvang van de organisatie kunnen van invloed zijn op de innovativiteit van organisaties. Studies naar invloed van dergelijke factoren op de implementatie van vernieuwingen is beperkt aanwezig. Maar de relevantie van de beschikbaarheid van middelen als factor in een veranderingsproces is plausibel.

Maatschappelijke factoren

1) Financiële prikkels

Het is ook plausibel dat (risico's op) negatieve en positieve financiële consequenties van implementatie van invloed zijn op een veranderingsproces. Het is niet duidelijk is hoeverre dit daadwerkelijk een knelpunt is voor verandering.

2) Wet- en regelgeving

Wet- en regelgeving bepaalt de kaders waarbinnen zorgverleners en burgers/patiënten opereren. Ook contracten met zorgverzekeraars kunnen hiertoe worden gerekend, hoewel hierbij meer sprake kan zijn van onderhandeling en ze vaak voor een beperkte duur gelden.

1.4.3 Kenmerken van de doelgroep en subgroepen

In elke groep die een nieuwe werkwijze invoert, kunnen 'segmenten' worden onderscheiden. Dit zijn subgroepen die in verschillende fasen van het veranderingsproces zitten en daarom verschillende problemen en behoeften ervaren.

Voordat implementatie en integratie van een nieuwe werkwijze kan worden bereikt, maakt het individu, groep of organisatie een aantal stappen door (*tabel 3*). Verschillende subgroepen in een doelgroep zijn vaak in verschillende fasen van een veranderingsproces en in elke fase kunnen andere problemen van invloed zijn op de feitelijke implementatie. De afwezigheid van deze problemen maakt verandering daarentegen makkelijker.

Tabel 3: Beïnvloedende factoren bij implementatie van richtlijnen en innovaties (Grol en Wensing 2004)

Stappen	Voorbeelden van mogelijke knelpunten
<i>Oriëntatie</i> <ul style="list-style-type: none">Bewust zijn, op de hoogte zijnInteresse, betrokkenheid	<ul style="list-style-type: none">Niet lezen, geen nascholing volgenWeinig contact met collega'sGeen behoefte aan innovatie, niet ervaren als relevantBeperkt inzicht in tekorten in eigen functioneren
<i>Inzicht</i> <ul style="list-style-type: none">Kennis, begripInzicht in eigen werkwijze	<ul style="list-style-type: none">Gebrek aan specifieke kennisGeen begrip van de nieuwe informatieVergeten van de precieze informatieOntkennen van tekorten in het eigen functionerenDefensieve attitude
<i>Acceptatie</i> <ul style="list-style-type: none">Positieve houding, motivatieIntentie, besluit te veranderen	<ul style="list-style-type: none">Meer nadelen dan voordelen zienTwijfels over de wetenschappelijke onderbouwingTwijfels over de geloofwaardigheid van de ontwikkelaarsGeen betrokkenheid bij het ontwikkelprocesProblemen bij toepassing nieuwe werkwijze verwachtGebrek aan vertrouwen in eigen vaardigheden om te

	implementeren.
<i>Verandering</i> <ul style="list-style-type: none"> • Invoering in de praktijk • Bevestiging van nut 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktische knelpunten (tijd, geld) • Gebrek aan vaardigheid voor nieuwe werkwijze • Geen mogelijkheid om op kleine schaal uit te proberen • Eerste ervaringen zijn niet positief • Patiënten of collega's werken niet mee of reageren negatief • Negatieve neveneffecten
<i>Behoud</i> <ul style="list-style-type: none"> • Integratie in routines • Verankering in organisatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Terugval in oude routines • Vergeten van nieuwe inzichten • Gebrek aan hulpmiddelen • Geen ondersteuning vanuit het (top)management

1.5 Besluit

Het is belangrijk een goed inzicht te krijgen in de doelgroep en setting voor implementatie alvorens verandering door te voeren. Zonder dit inzicht bestaat het risico dat ineffectieve interventies worden gebruikt of dat implementatieactiviteiten zich richten op minder cruciale aspecten van de patiëntenzorg. Er zijn vaak verschillen tussen individuen en groepen van zorgverleners, praktijken en ziekenhuizen ten aanzien van hun motivatie om nieuwe werkwijzen in te voeren. Daarom is het belangrijk om een goede analyse van de situatie te maken en niet meteen te starten met implementatieactiviteiten. De situatie moet worden geanalyseerd vanuit het perspectief van de organisaties, zorgverleners en patiënten die betrokken zijn. Op deze manier moet een effectieve implementatiestrategie worden ontwikkeld.

2. Onderzoeksmethodiek

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd hoe het onderzoek opgesteld en uitgevoerd werd. In de eerste paragraaf worden de onderzoeksvragen verwoord. Daarna wordt uitgelegd hoe de doelgroep geselecteerd werd. In de derde paragraaf wordt ingegaan op de manier waarop de nodige data verkregen werden en tenslotte de manier waarop deze data geanalyseerd werden. De resultaten van het onderzoek worden in het volgende hoofdstuk besproken.

2.1 Onderzoeksvragen

Er is nog niet vele ervaring met implementatie van geïntegreerde zorgverlening in België. De eerste ervaringen hiermee worden opgaan met de invoering van de proeftrajecten diabetes en chronische nierinsufficiëntie. Gezien we hieruit kunnen leren voor de implementatie van MDS-RAI, heb ik me verder verdiept in de belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van het zorgtraject diabetes. Dit heeft geleid tot volgende onderzoeksvragen.

- 1) Welke factoren beïnvloeden de implementatie van het zorgtraject diabetes met als focus de huisarts, binnen de lokale huisartsenkring VHKZ?
- 2) Welke van deze bevorderende en belemmerende factoren kunnen ook verwacht worden bij de implementatie van MDS-HC?

2.2 Doelgroep en recrutering

Alle artsen die op het moment van recrutering lid waren van de stuurgroep van LMNZ (Lokaal Multidisciplinair Netwerk Zuiderkempen) werden geïnterviewd (4 artsen). Daarenboven werden huisartsen 'ten velden' ondervraagd (5 artsen). Deze waren lid van Huisartsenkring Balen-Wezel-Rauw (VHKZ: Vlaamse HuisartsenKring Zuiderkempen). Om een globaal beeld te verkrijgen over de werking van het LMNZ werd ook de zorgtrajectpromotor geïnterviewd. (zie bijlage 8: *Overzicht van alle betrokken partijen binnen zorgtraject diabetes*) Deze zorgverleners werden telefonisch uitgenodigd om deel te nemen aan het interview. Indien men akkoord was met een interview, werd een gesprek in persoon geregeld. De bedoeling was in totaal 10 zorgverleners te interviewen en deze groep uit te breiden indien er geen saturatie van informatie optrad na deze 10 interviews.

2.3 Data collectie techniek

Er werden semi-gestructureerde interviews uitgevoerd met huisartsen en de zorgtrajectpromotor. Bij de start van het interview stelde de interviewer zich voor en legde deze het doel van het interview nogmaals uit. Daarna volgde een korte voorstelling van MDS-HC. Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden werd beroep gedaan op het implementatiemodel van Grol en Wensing (*Grol en Wensing (2006): Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg.*). Hierin worden de factoren besproken die de implementatie beïnvloeden (zie hoofdstuk 4). Aan de hand van deze vastgelegde factoren werd volgende interviewschema opgesteld.

Hoofdvragen interviewschema (in verband met eerste onderzoeksvraag)

1. Welke relevante personen en organisaties zijn betrokken bij het implementatieproces? (*context van implementatie*)
2. Hoe werd u ingelicht over het zorgtraject diabetes? Waar haalt u uw huidige kennis vandaan? (*Individuele factoren: cognitie*)
3. Wat is uw motivatie om het zorgtraject te implementeren? (*Individuele factoren: motivatie*)
4. Welke personen staan (niet) open voor het zorgtraject? (*Individuele factoren: gedragsmatige en persoonskenmerken*)

5. Is het zorgtraject tegenstrijdig met bepaalde professionele inzichten die u heeft? Wat met uw autonomie? (*Sociale factoren: professionele ontwikkeling*)
6. Hoe verloopt de onderlinge communicatie? (*Organisatorische factoren: organisatieprocessen*)
7. Hoe functioneert de stuurgroep als team? (*Sociale factoren: professionele teams*)
8. Op welke manier wordt u door de LMN/kring beïnvloed bij de implementatie van het zorgtraject? (*Sociale factoren: professionele netwerken*)
9. Welke middelen en faciliteiten zijn beschikbaar om de implementatie te verwezenlijken? (*Organisatorische kenmerken: beschikbare middelen*)
10. Welke financiële middelen zijn er? (*Maatschappelijke factoren: financiële prikkels*)
11. Worden de wetten en contracten nageleefd? (*Maatschappelijke factoren: wet- en regelgeving*)
12. Uit wat bestaat de interesse en de kennis bij de zorgverleners en de patiënten om het zorgtraject te implementeren? Hoe staat men ten opzichte van het zorgtraject? Positieve elementen, negatieve elementen? (*Kenmerken van de doelgroep en subgroepen*)
13. Welke factoren zullen het behoud van het zorgtraject positief/negatief beïnvloeden?

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden werd volgend interviewschema opgesteld:

Hoofdvragen interviewschema (in verband met tweede onderzoeksvraag)

1. Wat had u al gehoord over MDS-RAI? Hoe?
2. Wat zijn uw ideeën hierover?
3. Welke parallellen ziet u tussen de implementatie van het zorgtraject en MDS-RAI?

Alle interviews werden afgenomen door dezelfde niet-getrainde interviewer. Van de gesprekken werden geluidsopnames gemaakt, na instemming van de geïnterviewde zorgverlener. Deze gesprekken werden vervolgens uitgeschreven. De mogelijkheid van member check werd uitgelegd. Dit wil zeggen dat het uitgeschreven interview per mail opgestuurd werd voor eventuele wijzingen of aanvullingen door de geïnterviewde. Door 2 geïnterviewde werd hiervan gebruik gemaakt. De gesprekken vonden plaats in de lokalen van Welzijnszorg Kempen of op de praktijk van de huisarts. Alle huisartsen stemden in met de vraag om later nog telefonisch contact te mogen opnemen, moest dit nodig zijn.

2.4 Data analyse techniek

De uitgetypte interviews werden thematisch geanalyseerd door twee onafhankelijke onderzoekers. De thema's (of codes) zijn in dit geval de beïnvloedende factoren bij implementatie volgens Grol en Wensing. Boven deze vooraf bepaalde codes werd nog één bijkomende code overeengekomen.

Codes die vastgelegd werden na analyse van de interviews door 2 onafhankelijke onderzoekers

1. Context van de implementatie
2. Cognitieve factoren
3. Motivationale factoren
4. Gedragmatige factoren/persoonskenmerken
5. Professionele ontwikkeling
6. Professionele teams
7. Professionele netwerken
8. Organisatiestructuren en werkprocessen
9. Organisatieprocessen
10. Beschikbare middelen
11. Financiële prikkels
12. Wet- en regelgeving
13. Kenmerken van de doelgroep/subgroepen
14. Intrinsieke kenmerken van het zorgtraject

Daarna werden de coderingen ingevoerd in weft QDA, een elektronische toepassing voor kwalitatieve data-analyse. Wanneer elke code bij elk interview minstens één maal aanbod kwam, werd saturatie van informatie bekomen. Dit was het geval na de afname van 10 interviews.

3. Resultaten

3.1 Beschrijving van de deelnemers aan de interviews

Uiteindelijk werden 9 huisartsen en 1 zorgtrajectpromotor gecontacteerd. Deze stemden alle 10 toe om geïnterviewd te worden. In *tabel 4* wordt een overzicht gegeven van de kenmerken van de geïnterviewde personen, respectievelijk het geslacht, de leeftijd en praktijksetting.

Tabel 4: Kenmerken van de geïnterviewde artsen

Geslacht	5 mannen, 5 vrouwen
Leeftijd (gemiddelde en range)	53 (33-61)
Praktijksetting	2 solo, 4 duo, 3 groep, 1 zorgtrajectpromotor

3.2 Uitgebreide resultaten en citaten

Antwoord op onderzoeksvraag 1:

Welke factoren spelen een rol bij de implementatie van het zorgtraject diabetes binnen de lokale huisartsenkring VHKZ vanuit de focus van de huisarts?

1. Context van de implementatie

- **Het opstellen van de sociale kaart was tijdrovend.**
- **Onvoldoende betrokkenheid van huisartsen, specialisten en patiënten.**
- **Diabetoloog heeft er financieel voordeel bij om patiënten uit het zorgtraject te houden.**
- **Voldoende betrokkenheid van de andere zorgverleners.**

Voordat met de implementatie kon gestart worden, moest een sociale kaart opgesteld worden van alle betrokken partijen. In dit geval gaat het om een diversiteit aan zorgverleners, namelijk huisartsen, specialisten, thuisverpleegkundigen, diëtisten, diabeteseducatoren, podologen, kinesisten, apothekers en oogartsen (zie bijlage 8). De stuurgroep en zorgtrajectpromotor hebben veel tijd en energie moeten steken in het opstellen van deze sociale kaart. Dit heeft naar hun gevoel teveel tijd in beslag genomen, aangezien de proefperiode slechts 4 jaar is. (1) Op dit moment is men bezig met alle betrokken zorgverleners warm te maken om het zorgtraject toe te passen. De geïnterviewde artsen merken hierbij op dat vooral huisartsen, specialisten en de patiënten een struikelblok vormen. (2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9) Het zijn net deze personen die onderling het contract om toe te treden tot het zorgtraject afsluiten. Uit de gesprekken blijkt dat de artsen vermoeden dat de specialist er financieel belang bij heeft om de patiënten uit het zorgtraject te houden. (4)(7) Wanneer de huisarts de patiënt doorverwijst om het contract te laten ondertekenen door de specialist, merken de huisartsen op dat sommige specialisten de patiënten in de diabetesconventie plaatsen in plaats van in het zorgtraject. Daartegenover voelen de artsen wel aan dat de educatoren, verpleegkundigen, podologen en apothekers betrokken zijn bij de implementatie van het zorgtraject, dit wil zeggen dat ze zich ervoor engageren om het op een correcte wijze toe te passen in de praktijk. (10)(11)(12)

Box 1.

- (1) *“Onze taak is er voor zorgen dat er over 4 jaar multidisciplinair samengewerkt wordt. Maar wij hebben eerst alle groepen moeten oplist. Dat is een heel titanenwerk geweest” (arts 10).*
- (2) *“We moeten nog de actoren allemaal bereiken. De huisartsen vooral, warm maken, stimuleren en ge bereikt die nog altijd moeilijk, omdat die allemaal nog apart op hun eilandje zitten...Maar dat is andere regio's ook. Zijn de huisartsen het moeilijkst...allé, te bereiken, omdat die het gewoon zijn van individualistisch te werken” (arts 10).*
- (3) *“...Want voldoende betrokken dat zou ik durven betwijfelen of bijvoorbeeld alle huisartsen voldoende betrokken zijn.” (arts 7)*
- (4) *“Want dus bijvoorbeeld de eerste keer dat we bijeenkwamen dan merkten we bij de specialisten een spanningsveld... Zij moeten ook een stuk van...euh...van hunne koek afgeven aan ons hé. Dus nu krijgen zij, denk ik ook, veel subsidies van de overheid, en een stuk van de patiënten worden meer naar de huisarts en andere mensen verwezen, dus voor hun was dat ook een beetje een moeilijk gegeven.” (arts 10).*

- (5) “Ik denk niet dat alle neuzen in dezelfde richting wijzen en ik denk ook niet dat het slechte wil is. De diabetologen hebben nogal de neiging het naar zich toe te trekken. Maar dat is een veralgemeend probleem bij specialisten. Er zijn heel veel specialisten die nooit huisartsenstage gedaan hebben of die niet goed weten wat ne huisarts doet. Die dus totaal niet op de hoogte zijn van wat wij kunnen en die dus automatisch ons bekijken als een blindelings uitvoeren van wat zij voorschrijven. Specialisten hebben heel weinig ideeën of zeker een generatie specialisten heeft totaal geen idee van wat wij kunnen en wat wij doen. En op die manier onderschatten die ons werk nogal eens” (arts 4).
- (6) “Ik heb de...niet de indruk dat onze plaatselijke diabetoloog stond te springen om de zorgtrajecten. Ik denk dat hij...ik heb meer de indruk dat hij dat als een last dan als een voordeel ziet momenteel.” (arts 7)
- (7) “Het doel moet zijn dat de patiënt het best geholpen is. Maar soms merk je toch wel dat er ander agenda's zijn, gelijk als het er daarnet op de vergadering over ging, dat de internist blijkbaar toch daar een eigen draai aangeeft soms.” (arts 9)
- (8) “Patiënten zijn nog het moeilijkste te overtuigen, soms. Die vinden dat een heel gedoe en die vinden dat ingewikkeld en dat is zo'n moeite en..” (arts 4).
- (9) “Maar ik heb al wel gehoord van mensen die ik probeer in het zorgtraject te krijgen en die kennen dan iemand die in het zorgtraject zit dat de rem eigenlijk bij de patiënten zit, want dat ge daar toch eigenlijk ik weet niet wat voor moet doen en dat het niet moet voor hen” (arts 5).
- (10) “De apothekers en de podologen zeker wel hé. De educatoren, ja tot nu toe hebben wij alleen, of tot voor dat ding ook kwam, waren er alleen de educatoren in het ziekenhuis, die dus altijd uiteraard verwezen naar een diabetoloog. En die totaal niet de reflex hadden van door te verwijzen naar de huisarts. Dat is nu wel aan het veranderen, omdat er dus ook perifere educatoren zijn hé.” (arts 4).
- (11) “Ge hebt de huisartsen, ge hebt de diëtisten, ge hebt de verpleegkundigen diegenen die de mensen de uitleg gaan geven : de diabeteseducatoren...En dan hebt ge de algemene zorgcoördinator. Ge hebt daar een hele werkgroep van huisartsen rond. Ik denk dat wel. Hier in de regio loopt ‘t” (arts 5).
- (12) “Ik denk dat die diabeteseducatoren dat die dat heel goed doen. Wij doen ons best, maar dat zal niet optimaal zijn, denk ik. Ja en de apothekers die staan daar ook altijd zo van dat kan en dat moet. Allé die kennen die regels beter dan wij, denk ik” (arts 6).

2. Individuele factoren

2.1 Cognitieve factoren

- **Belangrijkste informatiebronnen: website, zorgtrajectpromotor, collega-artsen.**
- **Er heerst een grote tevredenheid over de kwaliteit van de website.**
- **LMNZ organiseert bijscholingen die bijgewoond worden door huisartsen.**
- **Centrale rol voor zorgtrajectpromotor in het verspreiden van informatie.**

Bij nood aan informatie over het zorgtraject wendden de geïnterviewde artsen zich tot de website van LMN Zuiderkempem (80%), de zorgtrajectpromotor (80%) en de collega-artsen (40%). (1)(2)(3)(4)(5)(6) Er is een grote tevredenheid over de kwaliteit van de website. (7)(8)

De LMNZ draagt bij in het geven van informatie aan de huisartsen door bijscholing te organiseren.(9)(10) Ook hier wordt de centrale rol van de zorgtrajectpromotor benadrukt. (11)(12)(13)(14) Zij bezorgt de stuurgroepleden de nodige informatie over de recente ontwikkelingen binnen het zorgtraject. Bovendien is zij vaak de spreker op dergelijke bijscholing.

Box. 2

- (1) "Het is dus vooral de website die we consulteren" (arts 4).
- (2) "Daar is een website waar dat ge alles kunt op vinden. En als ge het dan nog niet vindt, kunt ge het altijd bevragen bij de zorgcoördinator..." (arts 5).
- (3) "Bij die *naam* toch, die zorgtrajectcoördinator" (arts 6).
- (4) "Als het papierwerk is dan ga ik ne keer op de website kijken. Als het praktische vragen zijn, of iets dat ik niet vind op de website dan stuur ik een mailtje naar de zorgtrajectpromotor" (arts 7).
- (5) "Op de website van de LMN, daar staat al een heel pakje en op de website van de RIZIV. Of ne keer vragen hé... Aan *naam*, de zorgtrajectpromotor ofwel aan een collega, hé" (arts 8).
- (6) "De website van het zorgtraject. ... dan vraag ik het aan iemand hé" (arts 9).
- (7) "Maar we hebben bijvoorbeeld heel wat tijd en energie gestoken in de oprichting van een website, waar dat ge alles vindt...ge echt wilt, vindt ge daar als patiënt, of als collega, alles wat dat ge nodig hebt" (arts 2)
- (8) "Vooral om die website van de Zuiderkempen heel goed is, hé" (arts 4).
- (9) "Ja, ge promoot dat hé, ge probeert dat te promoten...wetenschappelijke vergaderingen inrichten enzo of bijscholing, en dan ja" (arts 8).
- (10) "Maar de huisartsen hier in de streek zijn aangesproken geweest vanuit het LMN-Z, dus onze stuurgroep, de zorgtrajectpromotor. Wie hebben nascholing, wij hebben bijeenkomsten georganiseerd en daar zijn we dan begonnen met uit te leggen wat de zorgtrajecten waren, waarvoor ze dienden, wat erbij aan te pas komt. Dus er zijn toch al die veralgemeende bijeenkomsten geweest voor alle artsen waar dat dus uitgelegd werd..." (arts 1)
- (11) "Eigenlijk onze zorgtrajectpromotor is eigenlijk degene die de nieuwe informatie overal haalt op haar vergaderingen, ook met het RIZIV en zo vanalles. Euh...En die gaat die dan ook in de stuurgroep brengen en dan wordt dat allemaal op onze website gezet..Maar wij halen al onze informatie door de RIZIV-richtlijnen, door bijeenkomsten, door vergaderingen. Euh...door onze zorgtrajectpromotor, die niet anders doet dan door het heel land naar al die vergaderingen gaan, waar dat alle nieuwigheden en veranderingen gemeld worden." (arts 10)
- (12) "Meestal is dat via onze zorgtrajectpromotor, *naam*, die contact opneemt, die heeft ondertussen ook al een behoorlijk netwerk uitgebouwd. Die heeft ook contact met andere zorgtrajectpromotoren." (arts 2)
- (13) "Euh...zijn op de hoogte, want onze zorgtrajectpromotor is op LOK-groepen gaan spreken. Overal hebben wij langsallerhande dat zorgtrajectstelsel gepromoot, hoe dat ineens zit, wij hebben bijscholing georganiseerd" (arts 2)
- (14) "Ja, in het begin is de zorgtrajectpromotor dat komen voorstellen..." (arts 7)

2.2 Motivationale factoren

- **Motivatie stuurgroepleden: structuur aanbrengen in de chronische zorg, positie van de 1^e lijn binnen de chronische zorg verzekeren.**
- **Weerstand bij huisartsen: angst voor verlies aan therapeutische vrijheid, angst voor de administratieve werkbelasting, geen voordeel aan zorgtraject.**
- **Motivatie bij huisartsen: geloof in meerwaarde voor de patiënt (financieel en pathologisch), ondersteuning door multidisciplinaire samenwerking.**

1. Motivatie om actief deel te nemen aan de ontwikkeling van LMN Zuiderkempen (stuurgroep)

Elk stuurgroeplid heeft zijn persoonlijke motivatie. Maar de meerderheid van de artsen vermeldt dat ze de problematiek van de chronische zorg voelen toenemen. Daarom willen zij hierin structuur aanbrengen. (1)(2) Een aantal artsen wil betrokken zijn in dit proces om de centrale (1^e lijn) positie van de huisarts binnen de chronische zorg te verzekeren. (2)(3)(4)(5)

Box 3.

- (1) *“Het is duidelijk dat de organisatie van de chronische zorg in de 1e lijn op punt moet gezet worden.... die problematiek van de chronische zorg is enorm aan het toenemen. En de wijze waarop we nu werken kan dat niet bolwerken. Wij zijn gewoon om vanuit acute zorg te denken. En we moeten nu echt naar chronische zorg toe. En dat is een totaal andere manier van ziek zijn en van zorg. En ja, euh, daar moet een structuur komen, dat moet op punt gezet worden” (arts 1).*
- (2) *“Mijn motivatie is, omdat chronische zorg gaat veranderen. En ofwel ging dat hospitalocentristisch worden ofwel ging er...moest er echt iets veranderen en ging dat naar de 1e lijn. Maar dan moest dat georganiseerd worden, moeten we ook structuren maken, de huisartsen helpen, want het wordt allemaal veel te moeilijk. Daarom eigenlijk, omdat het heel belangrijk is dat niet alles...allé, van die chronische zorg...niet verhuist naar de hospitalen” (arts 10).*
- (3) *“Dus zorgen dat wij een beetje de spilfiguren in het midden zitten van het zorggebeuren, het chronisch zorggebeuren” (arts 10).*
- (4) *“Als huisarts zijt ge nog altijd een 1e lijnsspeler en ik vind dan ook dat ge u daarin moet engageren” (arts 4).*
- (5) *“Omwille van de samenwerking tussen 1e en 2e lijn toch zo te promoten. En ons plaatsje te vrijwaren in het medische landschap” (arts 8).*

2. Motivatie om het zorgtraject (niet) toe te passen in de huisartsenpraktijk

Er wordt veel weerstand ondervonden, van de huisartsen uit om het zorgtraject te implementeren. De meest vermelde oorzaken hiervoor zijn angst voor verlies aan therapeutische vrijheid en administratieve werkbelasting. (1)(2)(3)(4)(5)(6) Bovendien zien sommige artsen geen voordeel in het hebben van een zorgtraject. (7)(8)(9) Ondanks de hevige weerstand geven de meeste huisartsen van het VHKZ de zorgtrajecten toch een kans. Ze geloven dat het een meerwaarde voor de patiënt kan betekenen, omdat het financieel voordelig is en diabetes beter gecontroleerd wordt. (10)(11)(12)(13)(14) Een deel

van de artsen ervaart de multidisciplinaire samenwerking als ondersteunend in de begeleiding van diabetespatiënten en voor de contacten met andere disciplines.
(15)(16)(17)(18)

Box 4.

- (1) *"Men weet niet wat men kan verwachten, men verwacht dat er een hoop papieren gaan bijkomen, dat het nog eens extra belastend gaat zijn, dat het controlerend gaat zijn, dat ge uw vrijheid..." (arts 1).*
- (2) *"...maar het nadeel is dat ge geen therapeutische vrijheid meer hebt, dat ge u aan bepaalde regels gaat moeten houden...Dus in het begin is dat een beetje, denk ik, geeft dat een beetje angst. Dat controle-gevoel. En ook, denk ik, heel veel angst voor de administratie..." (arts 10).*
- (3) *"Te veel werk. Ingewikkelde structuur" (arts 4).*
- (4) *"Ik ben bang tegen dat er zo iemand een zorgtraject tekent dat ik denk `Amai, wat een werk ga ik daar weer mee hebben om te zeggen en ge moet dees en ge moet dat en en..." (arts 6).*
- (5) *"Er zijn een aantal collega's die zeggen `Weeral ne hoop papierwerk erbij, waarom zouden we het doen'" (arts 7).*
- (6) *"Zie ik veel collega's... Allé staan er niet zo voor open, omdat het extra werk betekent voor hun" (arts 8).*
- (7) *"Ge ziet daar niet direct concreet veel nut van in" (arts 1).*
- (8) *"Ik vond dat ik dat vrij goed deed, zonder al die ambras van contracten tekenen en ge moet naar hier en naar daar" (arts 6)*
- (9) *"We zullen het ne keer uitproberen', maar dat ik dat nu echt zo... massale voortuitgang voor mijn patiënten vind, dat eigenlijk niet" (arts 7).*
- (10) *"Ja, voor de patiënten denk ik dat het echt een meerwaarde biedt voor hun pathologie ook" (arts 10).*
- (11) *"'t Is eerst en vooral in het voordeel van de patiënt, want de patiënt krijgt veel meer terugbetaald" (arts 2).*
- (12) *"Ik denk dat het de patiënt ten goede komt, die erin meegaat" (arts 5).*
- (13) *"Ja, ze moeten niet betalen. Allé. Allé ja. Ze krijgen alles terug van het ziekenfonds. Allé, das een grote, groot voordeel voor de patiënt dan hé" (arts 8).*
- (14) *"Ik denk het werk voor de patiënten ook wel stimulerend, omdat als ge zegt `Ge moet dan en dan op controle komen', dat ze dat ook...euh, iets consequenter doen. Terwijl ze daarvoor soms zegden `Ik ben wel een paar maanden te laat. Mja'. Ik heb die indruk, ja." (arts 9)*
- (15) *"Ge krijgt meer ondersteuning door die diabetes-educatoren... Ge moet het niet allemaal zelf niet meer uitleggen hoe ze hun insuline moeten toedienen" (arts 8).*
- (16) *"Dat is daarom ook niet slecht hé, want als ge alles alleen beredderd, zoals het vroeger was, ja, dan weet ge op een duur ook niet meer wanneer ge iets fout doet" (arts 9).*
- (17) *"Ja, positief is dat ge inderdaad al die mensen stillekesaan bereikt, dat ge leert samenwerken...euh... dat ge het voordeel ziet van samenwerken" (arts 10).*
- (18) *"En veel beter samenwerking met de specialisten ook" (arts 4).*

2.3 Gedragmatige factoren en persoonskenmerken

- **Huisartsen zijn gewoon individualistisch te werken, niet multidisciplinair.**
- **Artsen die zich engageren binnen de kring, engageren zich ook voor het zorgtraject.**
- **Diabetologen hebben weinig vertrouwen in het kennen en kunnen van de huisarts wat betreft de aanpak van diabetespatiënten.**

Uit de gesprekken blijkt dat de huidige huisartsen nog gewoon zijn van alleen te werken. Dit maakt dat zij moeilijk te stimuleren zijn om multidisciplinair samen te werken, omdat dit voor hen een nieuw gegeven is. (1)(2)(3) Er is geen eenduidigheid of de leeftijd van de arts een rol speelt in de wil of de kunde om een zorgtraject te implementeren. (4)(5)(6) Wel wordt opgemerkt dat artsen die zich voor andere zaken binnen de geneeskunde engageren, zich ook voor het zorgtraject zullen inzetten. (7)(8) Ook de diabetologen hebben geen ervaring in het samenwerken met de huisartsen. (9) De geïnterviewde artsen rapporteren een gevoel van wantrouwen van de specialisten uit om meer verantwoordelijkheid bij de huisarts te leggen. (10)(11)

Box 5.

- (1) *“De huisartsen vooral, warm maken, stimuleren en ge bereikt die nog altijd moeilijk, omdat die allemaal nog apart op hun eilandje zitten...omdat die het gewoon zijn van individualistisch te werken” (arts 10).*
- (2) *“Het grote nadeel van huisartsen zijn, die werken alleen hé” (arts 8).*
- (3) *“Ze moeten nog leren samenwerken en durven” (arts 10).*
- (4) *“Ge zou zeggen, jongere huisartsen. Ja, maar ook oudere huisartsen...Ja, 't is heel wisselend” (arts 2).*
- (5) *“Ik merk dat jonge mensen daar...euh... rapper mee weg zijn dan ikzelf. Ge begint zelf te voelen dat het iets trager binnensijpelt en dat het iets minder blijft hangen” (arts 9).*
- (6) *“En zagen we een verjonging van het publiek. In het begin hadden we eigenlijk altijd de oudere huisartsen, die gewoon waren van naar alle vergaderingen te gaan” (arts 10).*
- (7) *“Ja, ge hebt mensen die met alles meedoen en ge hebt mensen die met niets meedoen. Dat zal wel aan het karakter liggen, denk ik” (arts 5)*
- (8) *“Ge hebt er die altijd mee zijn met het nieuwste van het nieuwste en er zijn er altijd die achterkomen” (arts 8).*
- (9) *“De diabetologen zijn gewoon op hun manier te werken en zijn dus niet gewoon om met de huisarts afspraken te beginnen maken over bepaalde patiënten enzo. Das allemaal nieuw” (arts 1).*
- (10) *“De diabetologen hebben nogal de neiging het naar zich toe te trekken. Maar dat is een veralgemeend probleem bij specialisten. Er zijn heel veel specialisten die nooit huisartsenstage gedaan hebben of die niet goed weten wat ne huisarts doet. Die dus totaal niet op de hoogte zijn van wat wij kunnen en die dus automatisch ons bekijken als een blindelings uitvoeren van wat zij voorschrijven. Specialisten hebben heel weinig ideeën of zeker een generatie specialisten heeft totaal geen idee van wat wij kunnen en wat wij doen. En op die manier onderschatten die ons werk nogal eens” (arts 4).*

(11) *“Diabetologen die dat zo gewoon zijn om dat allemaal zelf te regelen, dat ze dat allemaal geregeld gaan hebben voor dat de patiënten bij u gaan komen...Maar dan zei *naam* uitdrukkelijk ‘Het eerste jaar zet ik daar niemand in, want jullie kunnen dat niet’. Allé, dus het enthousiasme van de diabetologen lijkt mij bijzonder klein. Die hebben daar geen enkel vertrouwen in dat wij dat fatsoenlijk doen.” (arts 7).*

3. Sociale factoren

3.1 Professionele ontwikkeling

- **Artsen ervaren een daling in hun autonomie door de invoering van de LMN Zuiderkempen.**
- **De meerderheid van de huisartsen heeft geen problemen met een verminderde professionele vrijheid bij implementatie van het zorgtraject.**
- **Een deel van de artsen vreest toenemende controle over het professioneel handelen.**
- **Verlies aan professionele vrijheid mag in ruil voor feedback en begeleiding.**

De geïnterviewde artsen ervaren een daling in persoonlijke autonomie door de invoering van een lokaal multidisciplinair netwerk. Sommige hebben het gevoel dat ze gecontroleerd gaan worden. (1)(2)(3) Andere voelen een verandering opkomen die van invloed is op hun professionele vrijheid, maar zij ervaren dit als positief. (4)(5)(6) Er wordt ingeboet aan vrijheid, maar men krijgt er feedback en begeleiding in het professioneel functioneren voor in de plaats. (4)(6) De meerderheid van de geïnterviewden hebben geen problemen met het verlies aan vrijheid door het zorgtraject. (7)(8)(9)

Box 6.

- (1) *“Maar ik kan mij levendig voorstellen dat als vaderke staat een hele boel gegevens van patiënten gaat beginnen opvragen, dat ge wel de hete adem in uwe nek gaat beginnen voelen. En er wordt al op allerlei manieren gecontroleerd, als ik het zo mag noemen...Ik ben op mijn hoede. Laat ik het me zo zeggen. Ik ben op mijn hoede. En ik kan begrijpen dat er bepaalde dingen gecontroleerd moeten worden. Maar aan de andere kant, ge zijt ne huisarts. Ge hebt daar negen jaar voor gestudeerd om huisarts te kunnen worden. 't Is nu niet dat dat vanzelf in uwe schoot is geworpen en dat ze...Ze moeten een klein beetje vertrouwen hebben in uw kennen en uw kunnen, hé. Anders hadden ze uwe diploma maar niet moeten geven hé” (arts 2).*
- (2) *“...maar het nadeel is dat ge geen therapeutische vrijheid meer hebt, dat ge u aan bepaalde regels gaat moeten houden. Dus dat is een andere manier van werken, hé. Dus in het begin is dat een beetje, denk ik, geeft dat een beetje angst. Dat controle-gevoel” (arts 10).*
- (3) *“Dus de diabetoloog zit daar zo'n beetje als controleur. En iedereen beleeft dat zo'n beetje als ‘Moet dat nu echt’” (arts 1)*

- (4) *“Goh, misschien is dat een klein beetje zo, maar dat is...dat hoort er dan bij hé. Dat is daarom ook niet slecht hé, want als ge alles alleen beredderd, zoals het vroeger was, ja, dan weet ge op een duur ook niet meer wanneer ge iets fout doet. Want ge moddert maar aan of of ge doet maar in ieder geval...euh...Zonder dat er kritiek op kan komen, want niemand weet ge doet. Dus ge kunt beter, lijkt mij, dees is wel zinvol, dat ge daar met een aantal mensen rond werkt, ja” (arts 9)*
- (5) *“Euh... er is iets aan het veranderen in mijn autonomie. In mijn zorg heb ik altijd op mijn ééntje heel veel kunnen beslissen... ik weet nu dat die autonomie dat dat niet meer verder kan. In chronische zorg... euh... en ook de bejaardenzorg, weet ik nu dat ik te maken ga krijgen met vele andere zorgverleners. En dus...euh...mijn autonomie gaat daar voor een stuk mee in schieten... Dat kan heel zinvol zijn, maar dan hangt het er ook vanaf hoe goed men het invult en welke verantwoordelijkheid ik dus blijf bewaren” (arts 1)*
- (6) *“Terwijl dat wij een beetje denken van de chronische zorg gaat meer en meer zo evolueren. Dus door er nu instappen en die gewoontes stillkesaan, ja, gaat ge ook die chronische zorg kunnen blijven beheersen hé” (arts 10).*
- (7) *“Neen, dat heb ik nog nooit gedacht. Echt van 'Ik zou dat niet doen als het niet moest van het zorgtraject.' Neen” (arts 7).*
- (8) *“Iedereen is vrij hé” (arts 8).*
- (9) *“Neen, geen moeite mee” (arts 5).*

3.2 Professionele teams

- **Bij de start verliep de samenwerking binnen de stuurgroep stroef door een gebrek aan ervaring in het ontwikkelen van een netwerk.**
- **Teamleden zijn tevreden over de het functioneren van de groep.**
- **Als ondersteunend wordt ervaren: verscheidenheid aan leeftijd en expertises, coach, zorgtrajectpromotor.**

Bij de start van het zorgtraject was een LMN ontwikkelen voor een deel van de artsen een nieuwe functie, waarin ze geen ervaring hadden. Daarom moest er nog gezocht worden naar een goede manier van samenwerken. (1)(2)(3) Op het moment van het interview zijn de stuurgroepleden tevreden over het functioneren van hun team. (4)(5)(6). De groep dankt zijn sterkte aan de verscheidenheid aan leeftijd en expertises van de leden. (7)(8)(9) Er werd ook een coach ingehuurd om te leren samenwerken en vergadertechnieken aan te leren. (10) Bovendien wordt de centrale rol van de zorgtrajectpromotor binnen het team als ondersteunend ervaren door het team. (11)

Box 7.

- (1) *“Omdat we mensen zijn die, er zijn er een paar in de stuurgroep die nog nooit zo'n functie gedaan hebben...Maar in het begin is dat stroef en nu loopt dat vlot” (arts 10).*
- (2) *“Ja, absoluut. 't Is een zoekende stuurgroep. We moeten het leren” (arts 1).*
- (3) *“Ik moet eerlijkheidshalve toegeven voor mij was dat allemaal heel nieuw hé” (arts 2).*
- (4) *“...wij hebben in die twee jaar een aantal dingen gerealiseerd. En die zijn ook gebeurd. En die zijn goed gegaan. Dus we halen daar een stuk tevredenheid uit” (arts 1).*

- (5) "Ja, daar heb ik geen klagen van. Dat macheert" (arts 2).
- (6) "...nu loopt dat allemaal op wieltjes" (arts 8).
- (7) "En dan zijn er oudere huisartsen die dat wel kennen...Zij hadden heel veel expertise, maar het was toch ook belangrijk dat er jongere mensen ook op de kar sprongen" (arts 10).
- (8) "Er zit een zekere dynamiek in. En er zitten ook verschillende karakters in...Daar zijn allemaal veel mensen die daar bepaalde zaken al jaren hebben gedaan. Die de nodige know-how hebben...Maar dat is een samenspel van die verschillende actoren, die daar wel zijn nut in heeft en die zorgen voor een schoon geheel" (arts 2).
- (9) "Ja, iedereen heeft speciale interesses..." (arts 8).
- (10) "...door in het begin weerstand te voelen en daar dan ook iets aan te willen doen. Dus dan hebben we eigenlijk ook een coach, die ons leerden vergaderen en samenwerken en daar dan ook aangewerkt. Niet alleen aan het ...allé, puur theoretische, maar ook aan het menselijke, aan vergadertechnieken enzo..." (arts 10).
- (11) "Bwa, een goede verstandhouding en dan hebt ge toch ook iemand die fulltime in dienst is, die toch ook kan, die ondersteunt. Want als *naam* er niet was..." (arts 8).

3.3 Professionele netwerken

- **Goed functionerende huisartsenkring betekent meer interesse van de arts voor het zorgtraject.**
- **Enthousiaste collega's: stimulans voor meerderheid, 'aanmanend' voor minderheid.**

De geïnterviewde artsen merken op dat de interesse in het zorgtraject samenhangt met al dan niet goed functioneren van de lokale huisartsenkring. (1) Door de artsen van VHKZ wordt er een groepsdruk ervaren om het zorgtraject in de eigen huisartsenpraktijk te implementeren. (2)(3) De grote meerderheid van de geïnterviewde artsen ervaart het enthousiasme van collega-artsen als een positieve stimulans. (4)(5) Een kleine minderheid voelt zich hierdoor gepusht om het zorgtraject te gebruiken. (6)

Box 8.

- (1) "De Zuiderkempen, dat zijn redelijk grote kringen van een 200 tal huisartsen en daar zijn er een hele boel die wel gemotiveerd zijn, maar er zijn er ook een groot aantal die totaal niet geïnteresseerd zijn. En dat is precies een beetje per gemeente,... Dat dat een beetje samenhangt met het al dan niet goed functioneren van de kringwerking op regionaal niveau, heb ik de indruk..." (arts 2).
- (2) "Dus er is een soort groepsdruk" (arts 4)
- (3) "Ja, ge moet mee met al die rompslomp hé...Ik vind hier bij ons wel dat die druk heel groot is" (arts 6).
- (4) "Ja, ik denk dat dat wel een stimulans is als ge van andere mensen hoort 'We zijn daar mee bezig' en euh... 'We hebben dit probleem. En we hebben dat probleem'. Het...Het, ja...Het prikkelt wel om te zeggen 'Ik moet daar ook mijn best voor doen', ja" (arts 9).
- (5) "Maar ik kan mij voorstellen dat sommige mensen... dat toch wel een zekere aansporing is om mensen in het zorgtraject te zetten..." (arts 7).

(6) *“En dat stoort mij zo een beetje dat dat te hard gepusht wordt. Vind ik hé. Ik zeg niet dat dat slecht is hé. Misschien is dat een te kort van mij, maar ik voel mij daar niet goed bij” (arts 6).*

4. Organisatorische factoren

4.1 Organisatiestructuren en werkprocessen

- **Het RIZIV legt doelstellingen op die de stuurgroep moet verwezenlijken, maar biedt geen toereikende basisstructuur aan.**
- **Multidisciplinaire zorgverlening gaat overgeheveld worden van federaal naar Vlaams niveau.**

Het RIZIV heeft doelstellingen in verband met het zorgtraject opgelegd aan de huisartsenkringen, die verwezenlijkt moeten worden binnen 4 jaar. VHKZ heeft een stuurgroep (huisartsen) aangesteld om deze doelen waar te maken. (1) Maar de stuurgroep meldt dat het RIZIV geen toereikende basisstructuur geleverd heeft om van te starten. Hierdoor hebben ze kostbare tijd verloren. (2) Bovendien bestaat een onzekerheid bij de geïnterviewde artsen over het voortbestaan van het zorgtraject. Dit is het resultaat van de nieuwe regeringsvorming. De zorgtrajecten zullen namelijk niet meer vanuit federaal niveau geregeld worden, maar deze bevoegdheid zal overgeheveld worden naar het Vlaamse gewest. (3)(4)

Box 9.

- (1) *“ Omdat we doelstellingen hebben en we dus ook kunnen checken of die doelstellingen uitgevoerd worden” (arts 1).*
- (2) *“Wel, ik vind dat vooral de overheid en het RIZIV, allé, nog geen structuur opgezet heeft. Nog geen goei kader, die laten ons maar los en dan moeten we het maar doen en dan hinken we altijd achter en dat is een beetje vervelend...Ze roepen iets in 't leven dat nog niet goed uitgedokterd is, ...En dan wordt ge straks beoordeeld op uw werk dat ge gedaan hebt en ge zit daar met bepaalde hindernissen die niet aan ons liggen, die wij niet moeten oplossen hé” (arts 10).*
- (3) *“Dus euh...de zorgtrajecten komen van de federale overheid en dat gaat nu in de handen komen van het Vlaams Gewest. Dus de overheid...er komt een andere overheid. En dat gaat dus andere accenten met zich meebrengen. Dus er gaan enorme verschuivingen gebeuren in wat...maar ik denk niet dat het gaat verdwijnen” (arts 1).*
- (4) *“Ook was de plannen, of waren de plannen, om daar ook nog andere chronische ziektes aan toe te voegen, maar nu door dat vlinderakkoord van Elio Di Rupo gaat waarschijnlijk, gaan de zorgtrajecten geen verderzetting meer kennen zoals het nu is. Multidisciplinair samenwerken gaat naar de Vlaamse gemeenschap en dan... ja, goed, hoe het er dan gaat uitzien weten we nog niet hé” (arts 2).*

4.2 Organisatieprocessen

- **Zorgtrajectpromotor is het aanspreekpunt voor alle actoren.**

- **Artsen zijn tevreden over de communicatie met andere zorgverleners wat betreft het zorgtraject.**
- **Er wordt een gemis ervaren aan een elektronisch platform om gegevens te registreren.**

In een multidisciplinair netwerk is goede communicatie essentieel. (1)(2) Ook hierin heeft de zorgtrajectpromotor een centrale functie. Zij is het aanspreekpunt van alle betrokken partijen. (3)(4) De geïnterviewde artsen zijn tevreden over de communicatie betreffende het zorgtraject binnen de huisartsenkring. Ze voelen zich vrij om alle ondervonden problemen te bespreken met collega-artsen en met de andere betrokken zorgverleners. Bovendien zijn ze tevreden over de feedback die ze krijgen van de andere betrokkenen binnen het zorgtraject. (5)(6)(7)(8)(9) Meerdere stuurgroepleden melden daarentegen wel een gemis aan een elektronisch platform. Dergelijk platform zou de communicatie met andere zorgverleners faciliteren, maar ook een mogelijkheid zijn om gegevens door te geven aan de overheid ter evaluatie van het zorgtraject. (10)(11)(12)(13)

Box 10.

- (1) *“Er moet goed over gecommuniceerd worden en ieder moet zijne rol daar goed in weten” (arts 1).*
- (2) *“Feitelijk is het een overleg, dat gebeurt hé. ‘t Is een echt overleg” (arts 1).*
- (3) *“Meestal is dat via onze zorgtrajectpromotor, *naam*, die contact opneemt, die heeft ondertussen ook al een behoorlijk netwerk uitgebouwd. Die heeft ook contact met andere zorgtrajectpromotoren” (arts 2).*
- (4) *“En ge moogt niet vergeten die zorgtrajectpromotor neemt ons veel werk uit de handen. Die doet dat allemaal. Die zorgt ervoor dat al die vergaderingen gebeuren, dat er agenda's ingevoerd worden. Die gaat spreken met de mensen in het terrein, die brengt ze bijeen...” (arts 1)*
- (5) *“Het gesprek gaat hier nu vooral over de zorgtrajecten en ... Wat dat betreft vind ik dat er heel goed gecommuniceerd wordt” (arts 2).*
- (6) *“De communicatie...ja, das goed hé” (arts 6).*
- (7) *“Ahjajaja, dat verloopt goed, ja” (arts 8).*
- (8) *“Dat wil niet zeggen dat er geen conflicten zijn, dat er geen spanningen zijn, maar de communicatie loopt goed”. (arts 1).*
- (9) *“Ja, bij ons in de kring is dat geen probleem. Dat loopt heel goed, ja” (arts 9).*
- (10) *“En dus één van de grote dingen die er moet gebeuren is de informatie-technologie. We hebben nu wel de zorgtrajectpromotor, dat werkt enorm ondersteunend, maar op informatie-technologisch vlak moeten er van alle dingen ontwikkeld worden waardoor de communicatie tussen al die zorgverleners zeer vlot verloopt. En dat bestaat nog amper iet op hé” (arts 1).*
- (11) *“Negatief is dat we binnen 4 jaar onze gegevens aan het RIZIV moeten geven en dat er nog geen platformen bestaan via elektronische EMD's die dat faciliteren. Ze hadden ons dat beloofd. Wij moeten die gegevens geven, maar wij geraken niet aan die gegevens... Dus ge gaat bepaalde waarden moeten doorgeven, maar er is nog geen platform hoe we die waarden moeten doorgeven enzo, dus... En dat is een heel belangrijke struikelblok voor ons, nu” (arts 10).*

- (12) "Op het einde van de zorgtrajecten verwachten ze ook dat er een boel gegevens worden doorgegeven aan het RIZIV. Maar de computerprogramma's, de dossiers, die zijn niet aangepast. Dus het grote probleem is dat het allemaal eigenlijk nog niet voorzien is..." (arts 2).
- (13) "Het zou natuurlijk veel eenvoudiger kunnen als het allemaal elektronisch zou zijn, dat zou veel gemakkelijker zijn voor, voor iedereen" (arts 8).

4.3 Beschikbare middelen

- **Stuurgroepleden: faciliteiten zijn in orde, budgetten onvoldoende, gemis aan elektronisch platform.**
- **Huisartsen: ervaren geen bijkomende nood, voldoende middelen om het zorgtraject te kunnen implementeren (website en bijscholingen).**

1. Beschikbare middelen voor de stuurgroep

De stuurgroep is tevreden met de faciliteiten van Welzijnszorg Kempen, die ze aangeboden krijgen om in te vergaderen. (1)(2) De budgetten om het zorgtraject te implementeren worden door de meerderheid van de artsen als ontoereikend bevonden. (3)(4)(5) Hierbij voelen ze zich onrecht aangedaan omdat het RIZIV geen loon voor de stuurgroepleden voorziet. (4) Bovendien merken zij ook een nood aan educatie in het vergaderen en samenwerken. Ook hiervoor worden geen budgetten voorzien. (6)(7) Bovendien is er geen elektronisch platform om gegevens te verzamelen. (8)(9)(10)(11)

Box 11.

- (1) "Dus dat is heel interessant omdat we dan ook meteen zitten in het gebouw waar dat de andere mensen bezig zijn die ook betrokken zijn op welzijn en gezondheidszorg" (arts 1).
- (2) "We kunnen er niet over klagen" (arts 8).
- (3) "En dan ik toch dat de budgetten...Allé dan, wordt het toch echt knokken. Ik zou zelfs zeggen, moesten wij in het voorbije jaar...moesten de farmaceutische firma's niet een deel van de kosten hebben overgenomen enzo, dan zouden we bepaalde dingen niet gedaan hebben...ik denk niet dat er geld teveel is" (arts 1).
- (4) "In het begin dachten we 'Amai, we krijgen grote budgetten.' Maar die budgetten... 60% gaat uit naar lonen van zorgtrajectpromotoren, dan is er nog een werkingsbudget,... Hier in de Zuiderkempen vergoeden we onze huisartsen wel goed, maar dat is weer niet, door het RIZIV niet aanvaard. Dus er wordt weer verondersteld dat de huisarts overal vrijwillig en gratis zit, maar dat kan niet, dus... Nee, dus de ondersteuning is zeker niet wat het is, neen... of wat het zou moeten zijn. Financieel, dat die artsen hun praktijken in de steek kunnen laten en dat die zich daar ook mee kunnen bezig houden. Het wordt, in heel veel plaatsen is het nog vrijwilligerswerk, maar zo kan het niet hé" (arts 10).
- (5) "Ik ben er zelf van vershoten hoe snel de kosten oplopen" (arts 2).
- (6) "Soms is het ook zo dat ge als stuurgroep moet kunnen gecoached worden...Want wij zijn tenslotte geen professionals. Dus wij moeten les volgen...Dus de opleiding van de zorgtrajectpromotor wordt betaald, maar de opleiding van de stuurgroepleden dat wordt al wat moeilijker" (arts 1).

- (7) "Dus dan hebben we eigenlijk ook een coach, die ons leerden vergaderen en samenwerken en daar dan ook aangewerkt" (arts 10).
- (8) "En dus één van de grote dingen die er moet gebeuren is de informatie-technologie. We hebben nu wel de zorgtrajectpromotor, dat werkt enorm ondersteunend, maar op informatie-technologisch vlak moeten er van alle dingen ontwikkeld worden waardoor de communicatie tussen al die zorgverleners zeer vlot verloopt. En dat bestaat nog amper iet op hé" (arts 1).
- (9) "Negatief is dat we binnen 4 jaar onze gegevens aan het RIZIV moeten geven en dat er nog geen platformen bestaan via elektronische EMD's die dat faciliteren. Ze hadden ons dat beloofd. Wij moeten die gegevens geven, maar wij geraken niet aan die gegevens... Dus ge gaat bepaalde waarden moeten doorgeven, maar er is nog geen platform hoe we die waarden moeten doorgeven enzo, dus... En dat is een heel belangrijke struikelblok voor ons, nu" (arts 10).
- (10) "Op het einde van de zorgtrajecten verwachten ze ook dat er een boel gegevens worden doorgegeven aan het RIZIV. Maar de computerprogramma's, de dossiers, die zijn niet aangepast. Dus het grote probleem is dat het allemaal eigenlijk nog niet voorzien is..." (arts 2).
- (11) "Het zou natuurlijk veel eenvoudiger kunnen als het allemaal elektronisch zou zijn, dat zou veel gemakkelijker zijn voor, voor iedereen" (arts 8).

2. Beschikbare middelen voor de huisartsenpraktijk

De geïnterviewde artsen ondervinden in de huisartsenpraktijk niet echt nood aan een extra middel om het zorgtraject te kunnen implementeren. (1) Zij vinden dat ze voldoende informatie aangeboden krijgen. Hierin biedt de website de belangrijkste ondersteuning. (2)(3)(4) Bovendien was er ook voldoende mogelijkheid tot bijscholing. (5)

Box 12.

- (1) "Ik heb niet echt nood gevoeld aan iets" (arts 5).
- (2) "Vooraf om die website van de Zuiderkempen heel goed is, hé" (arts 4).
- (3) "Daar is een website waar dat ge alles kunt op vinden" (arts 5).
- (4) "Jaja, er is een goeie website, dus dat is het middel, denk ik" (arts 9).
- (5) "Ik denk dat we genoeg bijscholing krijgen en genoeg...euh...allé informatie krijgen om het te gebruiken" (arts 6).

5. Maatschappelijke factoren

5.1 Financiële prikkels

- **Artsen: geen financiële stimulans**
- **Andere zorgverleners en patiënten: wel financiële stimulans**
- **Internisten: stimulans om het zorgtraject niet te implementeren.**

Artsen ervaren de vergoeding die ze krijgen om het zorgtraject toe te passen niet als een extra stimulans. (1)(2)(3) Andere betrokken zorgverleners en patiënten worden volgens de geïnterviewden wel financieel gestimuleerd om in het zorgtraject te stappen. (4)(5)(6)(7)(8)

De diabetoloog daarentegen wordt financieel gestimuleerd om de patiënten uit het zorgtraject te houden. (9)(10)

Box 13.

- (1) *"Ja, financieel. Ik zou het zeggen daar doet ge 't niet voor of daar laat ge 't niet voor hé" (arts 7).*
- (2) *"'t Is meegenomen dat ge daar een extra vergoeding voor krijgt. Maar of ge daar nu wel of niet een vergoeding voor ontvangt, ik denk dat dat niet uitmaakt" (arts 9).*
- (3) *"Als ge ziet wat een extra tijd ge daar in steekt dan is dat onderbetaald hé. En van mij mochten ze die 80 euro ook weglaten ook hé" (arts 6).*
- (4) *"Eigenlijk is het drempelverlagend bij de patiënt dat die in het begin horen 'Het is gratis'. En door het gratis vooral stappen ze erin mee" (arts 10).*
- (5) *"'t Is eerst en vooral in het voordeel van de patiënt, want de patiënt krijgt veel meer terugbetaald" (arts 2).*
- (6) *"Patiënten die vinden het fijn dat ze niet moeten betalen en wat meer terugkrijgen" (arts 7).*
- (7) *"Ik denk die educatoren dat die hun best wel doen, zonne. Daar ben ik van overtuigd. Toch zeker degene die ik zo ken of van gehoord heb. Zo heel gedreven... Ja, ik denk dat die betaald worden...De apotheker is ook heel gedreven om alles na te kijken in de computer en al z'n wetgevingskes en dat kan en dat kan niet. Maar dat is eerder ook voor zijne portemonnee, denk ik, dan voor zijn patiënten." (arts 6).*
- (8) *"...apothekers zeker, want anders kunnen ze die lancetjes en die teststrips niet meegeven en dan krijgen ze hun centjes niet" (arts 8).*
- (9) *"En bij de internisten is dat moeilijker omdat zij subsidies hebben voor de conventie, dat valt nu een stuk weg, dat moet anders" (arts 10).*
- (10) *"Maar soms merk je toch wel dat er ander agenda's zijn... dat de internist blijkbaar toch daar een eigen draai aangeeft soms...en das vooral voor het financiële" (arts 9).*

5.2 Wet- en regelgeving

- **Regels en doelen worden aan de stuurgroep opgelegd door het RIZIV: een deel hiervan zijn bereikt. Moeilijkheden om taken te verwezenlijken door gebrek aan elektronisch platform.**
- **Meerderheid van de patiënten houdt zich aan het contract tussen patiënt, arts en diabetoloog.**

De stuurgroep krijgt doelstellingen opgelegd vanuit het RIZIV. Deze doelstellingen zijn al deels gerealiseerd. (1)(2)(3) Zoals reeds vermeld is de belangrijkste hinderpaal om de doelen te verwezenlijken de afwezigheid van een elektronisch platform. (4)(5) Het contract voor het zorgtraject wordt afgesloten tussen patiënt, diabetoloog en huisarts. De geïnterviewde artsen ondervinden dat de meeste patiënten zich houden aan de regels binnen het contract, een minderheid niet. (6)(7)(8)(9)

Box 14.

- (1) "Omdat we doelstellingen hebben en we dus ook kunnen checken of die doelstellingen uitgevoerd worden...wij hebben in die twee jaar een aantal dingen gerealiseerd...Dus de stuurgroep werkt met doelstellingen. Die zijn ons opgelegd door het RIZIV" (arts 1).
- (2) "Het is natuurlijk zo dat het RIZIV heeft gezegd wat er moet gebeuren" (arts 1).
- (3) "Op het einde van de zorgtrajecten verwachten ze ook dat er een boel gegevens worden doorgegeven aan het RIZIV" (arts 2).
- (4) "Negatief is dat we binnen 4 jaar onze gegevens aan het RIZIV moeten geven en dat er nog geen platformen bestaan via elektronische EMD's die dat faciliteren" (arts 10).
- (5) "Maar de computerprogramma's, de dossiers, die zijn niet aangepast. Dus het grote probleem is dat het allemaal eigenlijk nog niet voorzien is..." (arts 2).
- (6) "Sowieso moeten ze toch allemaal toch een paar keer bloed laten nemen op het jaar. En dan moeten ze ook elk jaar naar de specialist gaan en de meeste doen dat toch" (arts 8).
- (7) "Als een patiënt...euh, niet twee keer per jaar op consultatie komt, dan is zijn deel van het contract niet nagekomen. Dus ge hebt er altijd wel die zeggen 'foert', die dan ne keer denken ik heb er een jaar profijt van en die ondanks ne goede uitleg en ondanks de regels die er gesteld zijn, die niet naleven. Dat hebt ge altijd, maar voor de rest heb ik het gevoel van wel, ja" (arts 2)
- (8) "Ja, door sommige patiënten hé. Door sommige niet, die komen maar als het contract dreigt te vervallen" (arts 10).
- (9) "Als ge er wat achterzit wel. Maar ge moet ze daar echt aan het handje houden hé. 't Is ook vrij ingewikkeld hé. En ge moet ze dus ook regelmatig zeggen, nu moet ge dit, nu moet ge dat, nu moet ge naar de specialist enzo" (arts 4)

6. Kenmerken van de doelgroep en subgroepen

Hier worden twee belangrijke doelgroepen binnen het zorgtraject besproken: De huisarts en patiënt. Over de andere betrokken zorgverleners werd onvoldoende informatie verzameld om onderbouwde uitspraken te doen.

- **Huisartsen: verdeelde groep, volgen normaal veranderingsproces, positieve evolutie.**
- **Patiënten: eveneens verdeelde groep: deel staat ervoor open, deel weet niet dat het bestaat, deel wil niet in het zorgtraject.**

1. Artsen

De groep van de huisartsen is heel verdeeld. Er zijn er die makkelijk te bereiken zijn en het zorgtraject van in het begin toepassen in de praktijk. Er zijn er die in de loop van de tijd mee op de kar springen. Daartegenover zijn er artsen die heel terughoudend ingesteld zijn. (1)(2)(3)(4) Toch wordt er een positieve evolutie vastgesteld waarbij meer en meer artsen het zorgtraject invoeren in de praktijk. (3)(4)

Box 15.

(1) "Neen, die groep is heel verdeeld nu hé" (arts 10).

- (2) "Ge hebt er die dat direct mee waren, die zeiden van `Ah, de zorgtrajecten, een interessant concept, die er direct mee begonnen. En dan hebt ge `r die zo stillekensaan op gang komen, in de loop van de jaren. En dan hebt ge degene, die er bij wijze van spreken, niets van moeten weten" (arts 2)
- (3) "Maar er is een curve, van Roger, die de veranderingscurve genoemd wordt. En wij kunnen nu nog maar 2 jaar zien dat de zorgtrajecten die curve mooi volgen. Dus dat het er in begin heel weinig zijn die het doen, dan ziet ge dat goed toenemen en ge gaat natuurlijk altijd een groep van mensen hebben die nooit willen veranderen. Mja, dat is dan 5%. Maar goed het loopt, het is een veranderingsproject en dat loopt normaal. Volgens verwachting" (arts 1).
- (4) "Ge hebt er die altijd mee zijn met het nieuwste van het nieuwste en er zijn er altijd die achterkomen" (arts 8).
- (5) "Op de laatste bijscholing...iedereen betrokken in het zorgtraject was uitgenodigd. En daar hadden we toch een hele grote opkomst. Dus dat was al een mooi signaal, dat we goed bezig waren. Of dat het toch meer en meer begint te evolueren" (arts 2).

2. Patiënten

Vele patiënten staan ervoor open om in het zorgtraject te stappen. (1)(2)(3) Er zijn echter nog diabetici die in het zorgtraject kunnen opgenomen worden, maar dat (nog) niet gebeurd is. Een deel hiervan weet niet dat het zorgtraject bestaat of dat zij er recht op hebben. (4)(5) Een ander deel weigert erin te stappen om diverse redenen, onder andere omdat ze het teveel verantwoordelijkheid vinden, het teveel inspanningen vraagt, ze geen verandering willen of ze zien er het voordeel niet van in. (6)(7)(8)(9)(10)(11)

Box 16.

- (1) "De patiënten staan ervoor open. Omdat die natuurlijk, eens ze in het zorgtraject zitten, zien ze dat ze ook veel meer hulp krijgen" (arts 10).
- (2) "Ze krijgen alles terug van het ziekenfonds...Dat vinden ze leuk zal ik het zo stellen hé (arts 8).
- (3) "Meeste mensen waar ik het aan voorstel, die in aanmerking komen, die zeggen ook wel `ja'...Ik heb nog maar ene patiënt gehad die over het diabetes zorgtraject zei `Nee, ik doe dat niet'" (arts 7).
- (4) "...dat heel wat huisartsen zich daar niet moe in maken en die mensen systematisch gaan zoeken om die erin te zitten" (arts 1).
- (5) "...maar patiënten die weten van het zorgtraject, die weten daar toeten noch blazen van" (arts 8).
- (6) "...dus op één of andere manier zijn er nog heel wat patiënten die uit de boot vallen. Dus die er recht op hebben, maar er niet in zitten...En ook heel wat, dat is zo met alle dingen, heel wat patiënten zijn niet geïnteresseerd erin, laat me met rust. Ik hoef dat allemaal in" (arts 1).
- (7) "...maar ik denk misschien aan aan, aan de discipline, aan het dieet, voor diabetes dat dat toch niet simpel is. Dat is een ziekte veel zelf verantwoordelijkheid. En misschien willen ze dat niet allemaal zelf nemen eh" (arts 10).
- (8) "...er wordt een groot stuk verantwoordelijkheid bij de patiënten gelegd hé. En die kunnen dat precies niet vastpakken" (arts 6).
- (9) "De patiënten, denk ik, dat ze niet genoeg inzien wat voor voordeel het voor hun kan hebben. En die vinden het meestal nogal een gedoe, van dit en dat, dat ze allemaal moeten doen" (arts 4).

(10) "Maar ik heb al wel gehoord van mensen die ik probeer in het zorgtraject te krijgen en die kennen dan iemand die in het zorgtraject zit dat de rem eigenlijk bij de patiënten zit, want dat ge daar toch eigenlijk ik weet niet wat voor moet doen en dat het niet moet voor hen (arts 5).

(11) "Voor de patiënten is dat ook nieuw en dan merkte wel, het gaat dikwijls over oudere mensen en oude mensen en verandering dat gaat niet goed samen" (arts 9)

7. Intrinsieke kenmerken van het zorgtraject

- **Oneerlijke inclusie- en exclusiecriteria**
- **Te grote inspanningen in verhouding tot het aantal patiënten**
- **Te ingewikkeld**

De geïnterviewde artsen hebben op de eerste plaats problemen met de inclusie- en exclusiecriteria van het zorgtraject diabetes. Zo vinden ze het onrechtvaardig dat een patiënt die niet 2x per jaar op spreekuur kan komen uit het zorgtraject wordt gehouden of gezet.

(1)(2)(3) Bovendien beschouwen ze het als oneerlijk dat een patiënt eerst op 2 inspuitingen insuline moet staan voor hij/zij in het zorgtraject kan. (4)(5) Ten tweede leveren de artsen te grote inspanningen om het zorgtraject onder de knie te krijgen in verhouding tot het aantal patiënten. (6)(7)(8) Ten laatste halen ze aan dat het zorgtraject te ingewikkeld in elkaar zit. (9)(10)(11)(12)

Box 17.

(1) "Eén van de voorwaarden om in het zorgtraject te zitten is 2 keer per jaar op consultatie bij de huisdokter gaan. Goed, maar wat met de oude mensen, waar je bij wijze van spreken altijd op huisbezoek komt... Die er idd nog dikwijls slechter aan toe zijn dan de gezondere, tussen haakjes jongere patiënt, die wel vlot op consultatie geraakt" (arts 2).

(2) "...dat vind ik een struikelblok nu dat de patiënten geëxcludeerd worden die thuis zitten, want het zijn die dikwijls die chronische zorg nodig hebben en die zitten er niet in" (arts 10).

(3) "Eén van de dingen die het zorgtraject tegenwerkt is dat vrij veel mensen er buiten vallen...Of ze hebben geen 7,5 of ze zitten in een rusthuis" (arts 4).

(4) "En dus, feitelijk is dat soms heel raar, als mensen goed hun best doen, draaien ze op voor de kosten. Laten ze het gaan en gaan ze op insuline, dan kunnen ze ineens hun kosten terugbetaald krijgen. Dat motiveert niet goed...alle, daar is iets niet juist" (arts 1).

(5) "Mensen die goed hun best doen...die dus met andere woorden goed geregeld zijn...en die dus bijgevolg geen insuline gaan moeten spuiten, die vallen eruit...dus die hebben niet recht op al die voordelen waardat een, platgezegd, ongehoorzame patiënt of een patiënt die zegt 'foert' zich niets van aantrekt, die valt er dan wel in. Dus ja, dat is iets dat vind ik persoonlijk een oneerlijkheid die erin zit" (arts 2).

(6) "In een gemiddelde praktijk gaat het om 5 mensen. Dus al die drukte...dus het is een beetje het gevoel...er is zoveel aandacht geweest voor die zorgtrajecten. Als ge ziet dat dat maar over 5 mensen gaat...dat is een beetje buiten verhouding" (arts 1).

(7) "...bij diabetes gaat het gemiddeld over 5 patiënten per arts. Dus dat is heel weinig om uw werkgewoontes voor te veranderen. Das een hele grote drempel" (arts 10).

- (8) *“Maar het grote nadeel is dat het zo weinig van de diabetespatiënten zijn. Ja, dat dat dus globaal de kwaliteit van mijn diabetespatiënten, bij die ene op honderd, niet zoveel verschil maken hé” (arts 7).*
- (9) *“Ik denk dat er, als ge optimaal wilt gebruik maken van al de diensten dat ge toch ne hele slimme mens moet zijn, om dat allemaal te volgen, want dat zit ingewikkeld ineem...Het is soms te complex” (arts 6).*
- (10) *“Ik moet zeggen dat lang geduurd heeft, tegen dat ik daar iets of wat inzicht in kreeg, ook omdat er nogal eens veel zaken veranderde en er ook veel onduidelijkheid is” (arts 2).*
- (11) *“Ingewikkelde structuur. Hoe moet ge dat nu weer doen” (arts 4).*
- (12) *“...het kon even goed, goedkoper en veel eenvoudiger op een ander manier” (arts 7)*

3.3 Resultaten van het interview met de zorgtrajectpromotor

Er werd gekozen om de resultaten van het interview met de zorgtrajectpromotor apart te bespreken. Citaten van het interview worden ook niet gegeven. Dit doen we om de privacy van de zorgtrajectpromotor te waarborgen. Haar ervaringen en ideeën zijn belangrijk omdat zij een centrale functie binnen het zorgtraject bekleedt. Hierdoor heeft zij een overkoepelende visie over de factoren die de implementatie van het zorgtraject bevorderen of belemmeren.

1. Context van de implementatie

Bevestiging

- **Het opstellen van de sociale kaart was tijdsrovend.**
- **Onvoldoende betrokkenheid van de huisartsen.**
- **Voldoende betrokkenheid andere zorgverleners.**

De zorgtrajectpromotor haalt aan dat het opstellen van een sociale kaart, om een beeld te hebben van alle betrokken spelers in de streek, erg arbeidsintensief en tijdsrovend was. Bovendien ondervindt ze ook dat het een uitdaging is om de huisartsen te motiveren om het zorgtraject te implementeren in de huisartsenpraktijk. Ze ondervindt dat een groot deel van de huisartsen geïnteresseerd en betrokken is, maar dat een deel ook erg weerstandig is om het te implementeren. De andere betrokken zorgverleners zijn makkelijker te motiveren.

2. Individuele factoren

2.1 Cognitieve factoren

Bevestiging

- **Belangrijkste informatiebronnen: website, zorgtrajectpromotor.**
- **De zorgtrajectpromotor organiseert bijscholingen die bijgewoond worden door huisartsen.**

- **Centrale rol voor zorgtrajectpromotor in het verspreiden van informatie.**

Extra factor

- **Zorgtrajectpromotor is bereid om persoonlijk advies aan huisartsen te komen geven indien hier nood aan is.**

Informatie over het zorgtraject wordt volgens de zorgtrajectpromotor via veel verschillende kanalen bezorgd. Ze vermeldt de website van de overheid (www.zorgtraject.be), de website van LMN Zuiderkempen en de bijscholingen die georganiseerd worden door de zorgtrajectpromotor. Ook stelt ze zichzelf voor als het centraal aanspreekpunt voor alle vragen in verband met het zorgtraject. Ze is het zorgtraject en zichzelf gaan voorstellen op de LOK-groepen. Bovendien benadrukt ze dat alle artsen haar ten alle tijden mogen bellen en mailen. Indien het nodig is, is ze bereid om persoonlijk uitleg te komen verstrekken.

2.2 Motivationale factoren

Bevestiging

- **Weerstand bij huisartsen: angst voor de administratieve werkbelasting, geen voordeel aan zorgtraject.**

Er wordt ook door de zorgtrajectpromotor ondervonden dat huisartsen moeilijker te motiveren zijn om het zorgtraject te implementeren in de praktijk. Ze heeft de motivaties van de huisartsen nog niet in kaart kunnen brengen. Daarentegen vermoedt ze dat het te maken heeft met de te verwachten weerstand bij vernieuwing: angst voor het onbekende, het gevoel 'Deed ik het dan niet goed?', onzekerheid over de deskundigheid van de andere zorgverleners die de zorg voor 'hun' patiënt voor een deel zal overnemen,... Daarnaast speelt ook de te ingewikkelde structuur van het zorgtraject diabetes.

2.3 Gedragmatige factoren en persoonskenmerken

Bevestiging

- **Artsen die zich engageren binnen de kring, engageren zich ook voor het zorgtraject.**

Extra factor

- **Huisartsen hebben weinig vertrouwen in de kennis en kunde van de diabeteseducator.**

Artsen die taken op zich nemen binnen de gezondheidszorg en het huisartsennetwerk engageren zich vaak ook voor het zorgtraject. De geïnterviewde artsen vermelden in het interview dat diabetologen weinig vertrouwen hebben in de kennis en kunde van de huisarts

wat betreft diabeteszorg. Daarentegen merkt de zorgtrajectpromotor op dat huisartsen soms ook weinig vertrouwen hebben de kennis en kunde van de diabeteseducator.

3. Sociale factoren

3.1 Professionele ontwikkeling

Bevestiging

- **Artsen ervaren een daling in hun autonomie door de invoering van de LMN Zuiderkempen.**

Extra factor

- **De angst bij artsen om in te boeten in autonomie kan de zorgtrajectpromotor belemmeren in haar werk.**

Artsen ervaren een daling in de persoonlijke autonomie door de implementatie van het zorgtraject. Ook de zorgtrajectpromotor ervaart dat artsen dit zo waarnemen. De weerstand die hieruit voortkomt bij de artsen, kan de zorgtrajectpromotor belemmeren in haar werking.

3.2 Professionele teams

Extra factor

- **Een multidisciplinaire stuurgroep zou een meerwaarde kunnen zijn.**
- **De positie van de zorgtrajectpromotor is ingewikkeld: Zij is de centrale figuur binnen de stuurgroep, de leden zijn haar werkgevers.**

De stuurgroep zou nog beter kunnen functioneren. De zorgtrajectpromotor haalt aan dat het een aanvullende waarde zou zijn om met een multidisciplinaire stuurgroep te kunnen werken. Ook zit zij in een minder ideale positie, want zij begeleidt de personen die haar werkgevers zijn. De werkgever van de stuurgroepleden en de zorgtrajectpromotor is VHKZ. Deze formuleert ook de doelstellingen. Eén daarvan is het oprichten van een LMN. Ter ondersteuning van de zorgtrajectpromotor is er een stuurgroep om dit mee te helpen realiseren. Op het moment van het interview zijn een belangrijk deel van de stuurgroepleden ook lid van het VHKZ. Dit leidt tot een complexe verhouding tussen de leden van de LMNZ.

3.3 Professionele netwerken

Bevestiging

- **Goed functionerende huisartsenkring betekent meer interesse van de arts voor het zorgtraject.**
- **Enthousiaste collega's: stimulans voor meerderheid**

Extra factor

- **Diabeteseducatoren haken af omdat huisartsen te weinig doorverwijzen.**

Hierin heeft de zorgtrajectpromotor dezelfde ervaringen als de geïnterviewde artsen. Interesse in het zorgtraject hangt samen met het goed functioneren van de lokale huisartsenkring. Bovendien merkt ook zij dat enkele enthousiaste collega's in de kring de andere huisartsen stimuleren om het zorgtraject in te voeren. Zij merkt op dat de diabeteseducatoren afhaken omdat de huisartsen te weinig doorverwijzen naar hen. Dat is een groot verlies, want zij hebben een belangrijke taak in het zorgtraject diabetes. Bovendien hebben zij tijd en geld geïnvesteerd in hun opleiding en waren zij erg gemotiveerd bij de start.

4. Organisatorische factoren

4.1 Organisatiestructuren en werkprocessen

Bevestiging

- **Multidisciplinaire zorgverlening zal overgeheveld worden van federaal naar Vlaams niveau.**

Net zoals bij de geïnterviewde artsen is de zorgtrajectpromotor onzeker over de toekomst van de zorgtrajecten. Dit is het gevolg van het vlinderakkoord van minister Di Rupo, waardoor multidisciplinaire samenwerking onder de bevoegdheid van de Vlaamse gemeenschap zal komen te staan.

4.2 Organisatieprocessen

Bevestiging

- **Zorgtrajectpromotor is het aanspreekpunt voor alle actoren.**
- **Er wordt een gemis ervaren aan een elektronisch platform om gegevens te registreren.**

Extra factor

- **Communicatie wordt gefaciliteerd door overlegmomenten, formats voor verwijsbrieven en verslagen en stappenplannen opgesteld door de zorgtrajectpromotor.**
- **Er is nog te weinig communicatie en nog teveel miscommunicatie.**

De zorgtrajectpromotor is het aanspreekpunt voor alle betrokken zorgverleners binnen het zorgtraject. Zij tracht de communicatie tussen de verschillende disciplines te faciliteren door overlegmomenten te organiseren. Zij stelt ook formats voor verwijsbrieven, verslagen en stappenplannen op. De mate aan communicatie tussen de verschillende zorgverleners die vereist is voor een multidisciplinair netwerk is volgens haar nog niet bereikt. Ze stelt ook vast

dat er regelmatig miscommunicaties gebeuren tussen de verschillende actoren. Ook mist zij een elektronisch platform om gegevens in te voeren en uit te wisselen.

4.3 Beschikbare middelen

Bevestiging

- **Stuurgroepleden: budgetten onvoldoende, gemis aan elektronisch platform.**

De budgetten die vrijgesteld zijn aan de stuurgroep om hun taken te verwezenlijken wordt ook door de zorgtrajectpromotor als ontoereikend ervaren. Ze vraagt zich af of er niet een herverdeling moet gebeuren. Op dit moment is er onvoldoende budget ter beschikking om de nodige bijscholingen te organiseren en vernieuwingen binnen de technologische wereld te ondersteunen. Zoals al vermeld, mist zij ook een elektronisch platform om de uitwisseling van gegevens te faciliteren.

5. Maatschappelijke factoren

5.1 Financiële prikkels

Bevestiging

- **Patiënten: financiële stimulans**

Volgens de zorgtrajectpromotor worden vooral de patiënten financieel gestimuleerd om in het zorgtraject te stappen.

5.2 Wet- en regelgeving

Extra factor

- **Contract zorgtraject wordt niet altijd goed nageleefd doordat arts en patiënt niet vertrouwd zijn met hun functie hierin.**

Het contract tussen arts, patiënt en specialist wordt niet altijd goed nageleefd. De oorzaak hiervan is dat de verschillende spelers hun rol hierin nog niet kennen. Voor de huisarts is het een nieuw gegeven om aan multidisciplinaire sturing te doen. En de patiënt is niet gewoon om de verantwoordelijkheid voor zichzelf op te nemen.

6. Kenmerken van de doelgroep en subgroepen

Bevestiging

- **Huisartsen: verdeelde groep, positieve evolutie.**
- **Patiënten: grote groep weet niet dat het zorgtraject bestaat.**

In het aantal huisartsen dat de bijscholingen bijwoont en de zorgtrajecten toepast, is een positieve evolutie merkbaar. Ze heeft gelijkaardige ervaringen hiermee als de geïnterviewde artsen. Er zijn namelijk artsen, die onmiddellijk enthousiast zijn en eraan willen meewerken. Daarentegen zijn er huisartsen die helemaal niet openstaan voor de implementatie van het zorgtraject. Bij de patiënten is er een belangrijke groep die nog niet weet dat het zorgtraject bestaat.

7. Intrinsieke kenmerken van het zorgtraject

Bevestiging

- **Te grote inspanningen in verhouding tot het aantal patiënten**
- **Te ingewikkeld**

De kenmerken van het zorgtraject die artsen tegenhouden om ermee te werken kan de zorgtrajectpromotor begrijpen. Ze treedt erin bij dat het zorgtraject te ingewikkeld is. Dit is voor haar zelf de grote contradictie binnen het zorgtraject. Namelijk het feit dat het te ingewikkeld is, maar men toch verwacht van alle zorgverleners om erin te stappen en zich te engageren. Ze begrijpt ook dat het voor artsen heel wat inspanning vraagt om een erg klein aantal patiënten te begeleiden.

3.4 SWOT-analyse voor het zorgtraject diabetes

De resultaten afgeleid uit het interview worden hier opgelijst in een confrontatiematrix volgens de principes van de SWOT-analyse (zie *tabel 5*). In deze matrix wordt op een overzichtelijke manier de sterktes (Strength), zwaktes (Weaknesses), kansen (Opportunities) en bedreigingen (Threats) bij de implementatie van het zorgtraject diabetes weergegeven. Factoren die hun oorsprong hebben binnen het project worden onder intern geplaatst. Dit zijn bijvoorbeeld (communicatie) processen, bekwaamheden van het project en financiële mogelijkheden. Factoren die we niet kunnen beïnvloeden, die niet onderhevig zijn aan het project, worden extern geplaatst bijvoorbeeld omgevingsfactoren, veranderingen binnen de gezondheidszorg en eigenschappen van zorgverleners. Het doel van deze thesis was om de beïnvloedende factoren in kaart te brengen. De factoren die uit de interviews werden afgeleid, werden in overleg met de voorzitter van LMNZ in onderstaande confrontatiematrix geplaatst. Dit geeft een overzichtelijk en bruikbaar overzicht van de belemmerende en beïnvloedende factoren bij de implementatie van het zorgtraject diabetes in VHKZ.

Tabel 5: SWOT-analyse zorgtraject diabetes

	Extern	Intern
	Kans	Sterkte
Positief	<p>De lokale huisartsenkring functioneert goed. Daarbij zijn er enkele enthousiaste collega's die de andere artsen stimuleren tot het uitproberen van vernieuwingen binnen de praktijk. Artsen die zich engageren voor nevenactiviteiten binnen de kring, engageren zich ook voor het zorgtraject en stimuleren de anderen om het ook toe te passen.</p> <p>Huisartsen voelen zich ondersteund door multidisciplinaire samenwerking. In ruil voor feedback en begeleiding is een verlies aan therapeutische vrijheid dus aanvaardbaar voor de artsen.</p> <p>Huisartsen stappen in stuurgroep om verschillende redenen. Ten eerste voelen zij veranderingen opkomen in hoe de chronische zorg in de toekomst gaat geregeld worden. Zij willen meehelpen aan het aanbrengen van structuur in de chronische zorg. Ten tweede willen zij op deze manier ook de positie van de 1^e lijn binnen de chronische zorg verzekeren.</p> <p>Het aanstellen van een centrale coördinator, de zorgtrajectpromotor, wordt door de huisartsen als een ondersteuning ervaren. Ze is er om te informeren, maar ook om de communicatie tussen de verschillende zorgverleners te vergemakkelijken.</p>	<p>Huisartsen volgen het normale veranderingsproces. Er is een positieve evolutie merkbaar in het aantal huisartsen dat het zorgtraject toepast. Steeds meer huisartsen geloven in de meerwaarde van het zorgtraject voor de patiënt.</p> <p>Artsen zijn tevreden over de communicatie met andere zorgverleners wat betreft het zorgtraject. Er heerst een open sfeer rond. Ze voelen zich vrij om hun ervaringen met de collega's te bespreken en om te overleggen met de andere betrokken zorgverleners indien nodig.</p> <p>Andere zorgverleners (niet huisartsen, specialisten en patiënten) zijn voldoende betrokken bij de implementatie. Ze zetten zich ervoor in om het zorgtraject toe te passen in de praktijk, omdat dit volgens de artsen voldoende voordeel opbrengt voor hen. Ze worden er ook financieel toe gestimuleerd. Patiënten worden volgens de artsen ook voldoende financieel gestimuleerd, toch nemen zij niet altijd deel aan het project. Eens de patiënten een contract hebben afgesloten, houdt die zich wel aan het contract volgens de huisartsen.</p> <p>Er heerst een zeer grote tevredenheid over kwaliteit van de website van de LMN Zuiderkempen. Dit is de belangrijkste informatiebron voor de artsen.</p> <p>Zowel de huisartsen in de praktijk als de stuurgroepleden zien de zorgcoördinator als een meerwaarde binnen het project. Zorgtrajectpromotor heeft een centrale rol in het verspreiden van informatie. Bovendien is de zorgtrajectpromotor het aanspreekpunt voor alle actoren. Ze is bereid om persoonlijk advies aan huisartsen te komen geven indien hier nood aan is. Communicatie tussen de zorgverleners onderling wordt gefaciliteerd door overlegmomenten, formats voor verwijsbrieven en verslagen en stappenplannen opgesteld door de zorgtrajectpromotor.</p> <p>Stuurgroepleden zijn tevreden over het huidig functioneren van de stuurgroep. De verscheidenheid aan leeftijd en expertises, de coach en zorgtrajectpromotor worden als ondersteunend ervaren. Een deel van de doelen opgelegd aan de stuurgroep door het RIZIV zijn ook reeds bereikt. Bovendien is de stuurgroepen tevreden over de middelen die zij ter beschikking hebben om vergaderingen te organiseren.</p>

Negatief	Bedreiging	Zwakte
	<p>Er is onvoldoende betrokkenheid van de huisartsen, specialisten en patiënten bij de implementatie van het zorgtraject.</p> <p>Huisartsen zijn gewoon individualistisch te werken en niet multidisciplinair. Artsen ervaren dan ook een daling in hun autonomie door invoering van LMN Zuiderkempen. Een aantal van de artsen vreest toenemende controle over het professioneel handelen. Ze hebben dus angst om aan therapeutische vrijheid te verliezen, maar ook voor de administratieve werkbelasting.</p> <p>Een deel van de huisartsen ervaart het enthousiasme van collega's voor nieuwigheden als aanmanend om hun gedrag ook te veranderen.</p> <p>Er heerst een gebrek aan vertrouwen tussen de zorgverleners onderling. Zo hebben diabetologen te weinig vertrouwen in de huisarts wat betreft de aanpak van diabetespatiënten. Huisartsen hebben dan weer weinig vertrouwen in de kennis en kunde van de diabeteseducator. Zij verwijzen ook onvoldoende naar de educatoren, zodat zij door geldgebrek, afhaken. Dit is jammer want zij hebben veel tijd en geld geïnvesteerd in hun opleiding en waren erg gemotiveerd bij de start van het project.</p> <p>Er is nog te weinig communicatie en nog teveel miscommunicatie tussen de verschillende zorgverleners.</p> <p>Multidisciplinaire zorgverlening is recent overgeheveld van federaal niveau naar de Vlaamse gemeenschap. De toekomst van het zorgtraject is daardoor onzeker.</p>	<p>De positie van de zorgtrajectpromotor is ingewikkeld: Zij is de centrale figuur binnen de stuurgroep, de leden zijn haar werkgevers. Hierdoor gedraagt zij soms wat meer terughoudend dan ze zou willen. Een multidisciplinaire stuurgroep zou een meerwaarde kunnen zijn.</p> <p>Er zijn verschillende redenen waarom huisartsen het zorgtraject niet zouden toepassen. Ten eerste worden ze er niet financieel toe gestimuleerd. Ten tweede zien sommige artsen er het voordeel niet van in. Ze vinden dat ze diabeteszorg al onder de knie hadden. Ten derde ervaren ze de inclusie- en exclusiecriteria als oneerlijk. Ten vierde is de implementatie een te grote inspanning in verhouding tot het aantal patiënten waarvoor het toepasbaar is. En ten slotte wordt het zorgtraject te ingewikkeld bevonden door vele artsen.</p> <p>Diabetoloog heeft er financieel voordeel bij om patiënten uit het zorgtraject te houden, zodus worden internisten financieel gestimuleerd om het zorgtraject niet te implementeren.</p> <p>Nog niet alle patiënten weten dat het zorgtraject bestaat, een deel wil niet in het zorgtraject.</p> <p>Contract wordt niet altijd goed nageleefd door arts en patiënt daar zij nog onvoldoende vertrouwd zijn met hun 'nieuwe' functie in het zorgtraject.</p> <p>Het RIZIV legt doelstellingen op aan de stuurgroep, maar biedt geen deftige basisstructuur en middelen aan. Ten eerste moest de sociale kaart nog opgesteld worden, wat een zeer tijdrovende bezigheid was. Ten tweede werd men onvoldoende ondersteund in zijn taak als stuurgroeplid door professionelen in vergadertechnieken. Vergaderen was nog relatief onbekend terrein voor de artsen, waardoor de samenwerking in het begin stroef verliep. Ten derde zijn de budgetten vrijgesteld aan de stuurgroep ontoereikend om alle doelen te verwezenlijken en zijn leden voldoende te vergoeden. Ten slotte is er geen elektronisch platform om gegevens te registreren aangemaakt, zodat de overdracht van gegevens bemoeilijkt wordt.</p>

Antwoord op onderzoeksvraag 2:

Kunnen deze bevorderende en belemmerende factoren ook verwacht worden bij de implementatie van MDS-HC binnen VHKZ?

1. Bekendheid met MDS-HC

- **Via dit project kwamen de artsen voor het eerst in contact met MDS-RAI en MDS-HC.**

Voor dit project gestart werd, was geen enkele van de geïnterviewde artsen met MDS-HC in aanraking geweest. Ook over het bestaan van MDS-RAI in het algemeen was niemand op de hoogte. (1)(2)(3)(4)

Box 18.

(1) *“Nee, niets, nog nooit” (arts 2).*

(2) *“Ja. Via de MANAMA” (arts 5).*

(3) *“Nee, nog nooit” (arts 6.)*

(4) *“Nee. Nee. Van de MDS-schaal wel eh. Maar dat is iets anders hé” (arts 8).*

2. Eerste opvattingen over MDS-HC

- **Een kleine meerderheid van de artsen vindt de toepassing van MDS-HC op het eerste zicht een interessant concept.**
- **Nut: chronische zorg neemt toe, nood aan multidisciplinaire aanpak, nood aan instrument ter ondersteuning.**
- **Bedenkingen: extra werkbelasting voor de arts, privacy van de patiënt, nood aan informed consent, gevaar voor autonomie van de arts, leidt het in kaart brengen van de noden ook tot verbetering van de zorg?**

55% van de geïnterviewde artsen zegt het een interessant idee te vinden om de noden van thuiswonende ouderen met behulp van MDS-HC in kaart te brengen. (1)(2)(3)(4)(5) Artsen voelen dat de chronische problematiek toeneemt. Bovendien zal multidisciplinaire zorg hier in de toekomst een centrale rol in gaan spelen en hebben we instrumenten nodig om dit te ondersteunen. (1)(6)(7) Doch hebben de artsen enkele kritische bemerkingen. Ten eerste schrikt de lengte van de vragenlijst af. Ze vragen zich af wat de extra werkbelasting hiervan voor de arts gaat zijn. (8)(9)(10)(11) Nochtans als het nuttig bewijst te zijn, is een groot deel van de huisartsen wel bereid hier extra tijd en moeite in te steken. (12)(13)(14) Op de tweede plaats benadrukken de artsen dat de privacy van de patiënt moet gewaarborgd worden en dat alles in informed consent moet gebeuren. (15)(16) Ten derde vragen sommige artsen zich af of er daadwerkelijk iets gedaan gaat worden met de informatie die men uit de MDS-HC verkrijgt. (17)(18) Ten laatste is men bedachtzaam om niet te sterk aan autonomie in te boeten. (19)(20)

Box 19.

- (1) "...dus het is heel duidelijk wat het nut zou kunnen zijn van zoiets. Dat is heel evident. De bevolking veroudert zienderogen. Chronische zorg neemt toe. Dus het is heel interessant dat ge goed in kaart kunt brengen wat de noden zijn van de mensen en dat ge dus ook de nodige diensten kunt organiseren" (arts 1).
- (2) "Ik vind het idee nobel. En ik vind het heel mooi, maar ik weet niet hoe praktisch haalbaar dat dat gaat zijn..." (arts 2).
- (3) "Ja, dat is zeer positief...zeker voor de chronische zorg, hé" (arts 10).
- (4) "Positief, maar ik denk dat het een onderschatte hoeveelheid werk is, om het in te voeren" (arts 5).
- (5) "Dat lijkt mij heel nuttig. Hmm, want dat is dikwijls een probleem. Hier hebt ge een globaal zicht van de problematiek van die persoon...dat lijkt me heel interessant" (arts 9).
- (6) "Ik denk dat multidisciplinaire zorg de komende 10-15 jaar voortdurende in de aandacht staan en dat er langs alle kanten gaat gesleurd en getrokken worden, omdat uit te bouwen, te ontwikkelen, te ondersteunen. De RAI is daar een voorbeeld is. Dat is het zoveelste voorbeeld van multidisciplinaire zorg die zich aankondigt hé" (arts 1).
- (7) "Ik denk dat als ge bijvoorbeeld de bejaardenzorg wilt structuren, als ge dat goed wilt doen, dat we dan zoiets gaan nodig hebben om te kunnen praten met elkaar over wat er nodig is, en hoeveel, waar en wanneer enzo" (arts 1).
- (8) "Ik ben wel een beetje onder de indruk van het feit dat het 200 vragen zijn. En als huisarts denk ik dan meteen, dat het toch niet de bedoeling kan zijn dat de huisdokter die vragen gaat stellen, dat moet door professionelen gedaan worden" (arts 1).
- (9) "...als ge veel werk hebt dat dat heel veel tijd is om daar efkens een heel uitgebreide vragenlijst in te vullen en met de patiënten te overlopen" (arts 2)
- (10) "...maar 't is niet simpel, denk ik, om het bovenop ons bestaande werk in te vullen, als huisarts" (arts 5).
- (11) "Dat het precies heel uitgebreid is en dat er nogal veel tijd inkruipt" (arts 8).
- (12) "...anderzijds als het zijn nut heeft geen probleem" (arts 2).
- (13) "Het moet ook bewezen worden omdat het zoveel werk is. Want als het nu weinig werk was zou ik nu...Het moet bewezen worden dat het efficiënter is dan de standaardzorg" (arts 7).
- (14) "...als dat iets is dat mij wel zinvol lijkt, dan wil ik daar wel tijd in steken... zelf al is dat administratief werk" (arts 9).
- (15) "...ik heb dus zo'n beetje het gevoel dat de patiënten zich bevraagd gaan weten en ook zich zullen afvragen wat er met die informatie gedaan wordt. Gaat dit tegen hen gebruikt worden? Voor hen gebruikt worden? Ze gaan daar toch met vragen zitten" (arts 1).
- (16) "...over de privacy...en dat er bepaalde echelons zijn om toegang te krijgen tot al die gegevens, dat vind ik heel belangrijk. En dat het natuurlijk is met medeweten van de patiënt of de familie..." (arts 10)
- (17) "Gaat men nu weer het zoveelste ding creëren en waardat de middelen er niet voor zijn om er gevolg aan te geven. We gaan goed in kaart gebracht hebben wat er allemaal scheelt, maar er zijn geen centen, geen infrastructurele voorzieningen om al die problemen die we goed in kaart gaan gebracht hebben, er iets mee te kunnen doen. We gaan weten wat er scheelt, maar we gaan niets kunnen doen" (arts 1).

(18) "... en wat ermee gedaan wordt achteraf hé...er staat in dat er een verhoogd risico is op vallen ook denk ik. Wat ga je dan doen? Ga je dan zeggen aan de mensen doe uw tapijtje...die moet weg. Ja, ...maar dat zal zo zijn doel voorbij schieten, vrees ik hé" (arts 8).

(19) "Wie gaat het voor het zeggen hebben en wie gaat er verantwoordelijk zijn..."(arts 1)

(20) "En dat zal, de bedoeling zal dan zijn om controle uit te oefenen dan, denk ik,..." (arts 6)

3. Parallellen tussen zorgtraject en MDS-HC

- **Meer actoren bij MDS-HC & grotere doelgroep = complexere implementatie.**
- **Meer duidelijkheid nodig over doelstellingen van MDS-HC.**
- **Nog meer administratieve werkbelasting bij MDS-HC.**
- **Nog meer financiële belasting op arts en maatschappij door MDS-HC.**
- **Arts die positief is over zorgtraject staat ook meer open voor MDS-HC.**

De artsen merken op dat bij de implementatie van MDS-HC nog meer actoren betrokken zijn dan bij het zorgtraject. (1)(2) Ook is de doelgroep (patiënten) groter dan in het zorgtraject. (3)(4)(5) Dit maakt deze implementatie nog meer complex dan die van het zorgtraject. Daarom is er duidelijkheid nodig wat men wil bereiken met de implementatie van de MDS-HC. (6) De geïnterviewde artsen verwachten zich bij MDS-HC aan nog meer administratieve werkbelasting dan bij het zorgtraject. (7)(8)(9) Bovendien ligt de financiële belasting zowel op de arts als op de maatschappij groter bij het zorgtraject. (10)(11)(12)(13)

Veel artsen vonden het moeilijk uitspraken te doen over mogelijke parallellen tussen het zorgtraject en MDS-HC, omdat ze hiervoor te weinig informatie en kennis over MDS-HC hadden of omdat ze geen parallel tussen beide zagen. (14)(15)(16)

Het is wel opvallend dat artsen die ervoor openstaan om het zorgtraject te implementeren zich ook positiever opstellen ten opzichte van MDS-HC.

Box 20.

(1) "Hoe meer mensen er bij een patiënt komen hoe moeilijker de problemen zijn. Dus er ontstaan altijd problemen en dat is zelfs exponentieel hé. Dus ik verwacht mij aan heel veel communicatiestoornissen en misverstanden" (arts 1).

(2) "Ten eerst heel veel meer mensen in het veld moeten ermee bezig zijn en dat is al iets anders. Het is ook veel uitgebreider. Euh...ik heb er zo mijn twijfels over" (arts 8).

(3) "Ja, ik denk dat de Belrai is voor elke bejaarde mens hé. Dus daar steekt enorm veel werk in hé" (arts 1).

(4) "Kandidaten genoeg, denk ik, want de vergrijzing van de bevolking" (arts 5).

(5) "Het zijn waarschijnlijk wel meer patiënten die in aanmerking komen" (arts 7).

(6) "Het is onduidelijk hoe dat instrument gaat gebruikt worden. En wat niet duidelijk is, ja, dat geeft direct problemen hé. Het moet zeer duidelijk is wat de bedoeling is van dat instrument en wat men ermee kan bereiken, wat men ermee wil doen ook" (arts 1).

- (7) “...want ik vraag me toch altijd een klein beetje af in hoeverre gaat ge nog over uw patiënt bezig zijn en in hoeverre gaat ge na verloop van tijd bezig zijn met vragenlijsten en documenten en met papieren en met lijsten en begint dat allemaal niet een beetje door te wegen” (arts 2).
- (8) “t Is nog meer papierwerk en theoretisch dan de zorgtrajecten” (arts 7).
- (9) “Dit is nog meer administratief dan dat ander zorgtraject hé” (arts 9).
- (10) “We gaan goed in kaart gebracht hebben wat er allemaal scheelt, maar er zijn geen centen, geen infrastructuurle voorzieningen om al die problemen die we goed in kaart gaan gebracht hebben, er iets mee te kunnen doen...Kijk eens naar al die bejaarden. Waar gaan die wonen? En als gij daar die problemen tegenkomt, van huisvesting dit en dat, wie gaat dat huis aanpassen, wie gaat dat betalen?” (arts 1).
- (11) “Wij vragen ons wel dat als ze zoveel van die zorgtrajecten gaan maken of dat daar wel voldoende financies voor zijn...En als al die mensen vrijstelling krijgen van remgeld enzo, dan vragen wij ons af hoe dat financieel op lange termijn gaat haalbaar blijven...” (arts 5).
- (12) “Langs de andere kant moet ge ook ne keer het kosten-baten plaatje ervan maken ook hé. Ge zijt nog altijd bezig met uw broodwinning en als ge betaald wordt om onderzoek te doen en ge wordt betaald om zo'n lijstjes te maken is dat allemaal geen probleem” (arts 2).
- (13) “en ik denk ook niet, dat daar financiële initiatieven aan vasthangen en dat heeft het zorgtraject dus wel” (arts 5).
- (14) “Wat is dat? Wat is dat? Wat gaan we ermee doen?” (arts 1)
- (15) “Daar heb ik te weinig zicht op op dieje MDS-RAI, dus ik kan daar moeilijk op antwoorden. Ik zie ook de link er niet van in tussen de twee” (arts 4).
- (16) “dat is een moeilijke vraag” (arts 9)

3.5 SWOT-analyse voor MDS-HC

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, wordt gebruik gemaakt van de SWOT-analyse opgesteld op basis van de bevindingen bij het zorgtraject diabetes. De externe factoren die van invloed zijn bij de implementatie van het zorgtraject zullen waarschijnlijk ook aanwezig zijn bij de implementatie van MDS-RAI. Deze factoren zijn namelijk omgevingsfactoren, die niet inherent zijn aan het zorgtraject. Op basis van de gegevens opgesteld in bovenstaande SWOT-matrix en de factoren die naar boven kwamen tijdens het interview werd een SWOT-analyse gemaakt die kan gebruikt worden bij de implementatie van MDS-HC (zie tabel 6).

Tabel 6: SWOT-analyse voor MDS-RAI

		Extern	Intern
		Kans	Sterkte
Positief		<p>De lokale huisartsenkring functioneert goed. Daarbij zijn er enkele enthousiaste collega's die de andere artsen stimuleren tot het uitproberen van vernieuwingen binnen de praktijk. Artsen die zich engageren voor nevenactiviteiten binnen de kring, zijn ook enthousiaster over MDS-HC en zullen de anderen ook stimuleren om het ook een kans te geven.</p> <p>Huisartsen voelen zich ondersteund door multidisciplinaire samenwerking. In ruil voor feedback en begeleiding is een verlies aan therapeutische vrijheid dus aanvaardbaar voor de artsen.</p> <p>Huisartsen stappen in stuurgroep om verschillende redenen. Ten eerste voelen zij veranderingen opkomen in hoe de chronische zorg in de toekomst gaat geregeld worden. Zij willen meehelpen aan het aanbrengen van structuur in de chronische zorg. Ten tweede willen zij op deze manier ook de positie van de 1^e lijn binnen de chronische zorg verzekeren. Artsen ervaren dus noden waaraan MDS-HC mogelijks kan aan voldoen.</p> <p>Het aanstellen van een centrale coördinator zal door de huisartsen als een ondersteuning worden ervaren. Deze heeft als functie om te informeren, maar ook om de communicatie tussen de verschillende zorgverleners te vergemakkelijken.</p>	<p>Huisartsen zullen waarschijnlijk het normale veranderingsproces volgen (curve van Rogers). Men merkt bij de voorstelling met MDS-HC al veel weerstand, maar men moet zich hierdoor niet laten afschrikken.</p> <p>Een gebruiksvriendelijke website waar al de nodige informatie op te vinden is, kan als een grote meerwaarde ervaren worden. Bovendien kunnen gegevens rechtstreeks geregistreerd worden, wat de informatieoverdracht vergemakkelijkt. Belangrijk daarbij is dat de privacy van de patiënt en het informed consent gegarandeerd wordt.</p> <p>Wanneer een stuurgroep aangesteld wordt, is het een meerwaarde als deze ondersteund wordt door een coach, die helpt om te vergaderen. Bovendien wordt diversiteit in leeftijd en expertise binnen de stuurgroep ook gewaardeerd. Ook het aanstellen van een centrale coördinator kan noodzakelijk zijn.</p>
		Bedreiging	Zwakte
Negatief		<p>Huisartsen zijn gewoon individualistisch te werken en niet multidisciplinair. Artsen vrezen voor een daling in hun autonomie door invoering van MDS-HC. Een aantal van de artsen vreest toenemende controle over het professioneel handelen. Ze hebben dus angst om aan therapeutische vrijheid te verliezen, maar ook voor de administratieve werkbelasting. Dit zal de betrokkenheid van de artsen doen verminderen bij start van MDS-HC.</p> <p>Een deel van de huisartsen ervaart het enthousiasme van collega's voor nieuwigheden als aanmanend om hun gedrag ook te veranderen.</p> <p>Multidisciplinaire zorgverlening is recent overgeheveld van federaal niveau naar de Vlaamse gemeenschap. De toekomst van het MDS-HC is daardoor onzeker.</p>	<p>Er zijn verschillende redenen waarom huisartsen MDS-HC niet zouden toepassen. De huisarts en de maatschappij moeten er financieel voordeel bij hebben. Bovendien moet er duidelijkheid zijn over de doelstellingen en het nut van MDS-HC</p>

4. Discussie

In dit hoofdstuk worden het onderzoek en de bekomen resultaten kritisch besproken. In de eerste paragraaf wordt een reflectie gegeven over de gebruikte onderzoeksmethoden. In de tweede paragraaf vindt een reflectie plaats over de gevonden resultaten respectievelijk naar aanleiding van onderzoeksvraag 1 en onderzoeksvraag 2.

4.1 Reflectie over onderzoeksopzet

Voor dit onderzoek werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, namelijk semi-gestructureerde interviews. De interviews werden bij elke geïnterviewde afzonderlijk afgenomen door de onderzoeker.

Dit bracht enkele *voordelen* met zich mee. Op de eerste plaats gaf het de mogelijkheid om een meer gedetailleerd antwoord op de vragen te krijgen, omdat de vragen konden aangepast worden aan de gegeven antwoorden en we dieper op de antwoorden konden ingaan indien gewenst. De onderzoekstechniek gaf dus de mogelijkheid om diep te graven in de problematiek, eerder dan in de breedte. Bovendien behield de geïnterviewde controle over het interview, want hij besliste wat er al dan niet gezegd werd. De afname van interviews gaf de onderzoeker ook de mogelijkheid actief deel te nemen aan het verzamelen van de data. Op deze manier voelde de onderzoeker zich sterker betrokken bij het onderzoek. Dit maakte het ontwikkelen van deze scriptie voor de onderzoeker des te meer interessant.

Daarentegen brengt deze onderzoekstechniek ook *nadelen* met zich mee. Ten eerste was dit heel arbeidsintensief. De meerderheid van de interviews kostte de onderzoeker een tweetal uur om af te nemen, de verwerking ervan nam nog veel meer tijd in beslag. Dit maakte dat maar een selecte groep van 10 personen kon geïnterviewd worden. Bovendien is het afnemen van interviews onderhevig aan interpretatiebias. Vragen kunnen misbegrepen of verkeerd geïnterpreteerd worden door de geïnterviewde. Daarenboven kan bij de analyse ook misinterpretatie optreden door de onderzoekers. Er werd getracht om interpretatiebias door de onderzoeker te minimaliseren door de interviews te laten analyseren door twee onafhankelijke onderzoekers. Er werd ook ondervonden dat het interview beïnvloed werd door de wil van de geïnterviewde om accurate en complete antwoorden op de vragen te geven. Men zou anders kunnen antwoorden door schaamte, angst voor de gevolgen, een gebrek aan kennis, zenuwachtigheid of verwarring. Daartegenover geeft men soms ook heel uitgebreide antwoorden. Dit zou kunnen om de exacte bedoeling van het onderzoek te achterhalen, om op een bepaalde manier over te komen naar de buitenwereld toe of om iets gedaan te krijgen via het onderzoek. Dit kan de validiteit en betrouwbaarheid van deze studie beïnvloeden. Ten slotte dient ook interviewer bias opgemerkt te worden. De onderzoeker was in dit geval niet getraind in het afnemen van interviews. De vragen die gesteld werden, waren dan ook niet gestandaardiseerd, wat veralgemeningen op grote schaal moeilijk maakt. Bovendien is het een vereiste dat de interviewer volledig objectief is. De onderzoeker merkte voor zichzelf op dat dit niet altijd eenvoudig was. Zij is ook werkzaam binnen de betrokken

huisartsenkring, waardoor zij een deel van de geïnterviewde artsen persoonlijk kende. Dit leidde tot een ander soort interview dan bij personen die zij nog niet eerder ontmoet had. Bovendien is zij ook arts van beroep, wat het niet altijd makkelijk maakt om afstand te nemen wanneer er kritieken op deze beroepsgroep worden geleverd. Er werd getracht om de interviewer bias in de mate van het mogelijke te reduceren door de interviews door één en dezelfde persoon te laten afnemen.

Ondanks de vele nadelen die verbonden zijn met semi-gestructureerde interviews werd toch gekozen voor deze techniek. De onderzoeker had hier verschillende redenen voor. Ten eerste werd geopteerd voor kwalitatieve informatie in plaats van kwantiteit aan gegevens. De onderwerpen die werden besproken, waren soms delicaat van karakter. Dit maakt dat kwalitatief onderzoek meer gepast was. Bovendien vond de onderzoeker het interessant om een persoonlijk gesprek te hebben met de betrokken personen. Er is een wezenlijk verschil tussen het lezen van het interview en er actief bij betrokken zijn. De intonatie, mimiek, non-verbale communicatie geeft nog bijkomende informatie. De geïnterviewde personen hadden ook de vrijheid om zelf te beslissen hoe ver ze wilden gaan in het geven van commentaar. Wanneer ze openstonden voor een kritische reflectie over het eigen functioneren of het functioneren van anderen, kwamen soms nog interessante factoren naar boven bij verder doorvragen. Dit was bij een enquête niet mogelijk geweest. Tenslotte wilde de onderzoeker met deze studie ook een beter zicht krijgen over de organisatie rond de implementatie van het zorgtraject, de taakverdeling, de dynamiek binnen de huisartsenkring, extra taken die langs het huisartsgebeuren kunnen opgenomen worden zoals management, leiden van vergaderingen, netwerking... Door contact op te nemen met de spilfiguren binnen het zorgtraject en de interviews af te nemen, heeft zij hierop ook een betere visie gekregen.

Uiteindelijk werden 10 interviews afgenomen, bij de 4 stuurgroepleden, 5 huisartsen uit de kring en 1 zorgtrajectpromotor. Dit is maar een *kleine streekproef* wat maakt dat de resultaten niet veralgemeend kunnen worden. De selectie van de huisartsen gebeurde ook op een niet-gerandomiseerde wijze. Er werd gekozen voor artsen, die een duidelijke positie innamen ten opzichte van het zorgtraject. Ook dit kan de resultaten vertekenen. Dit werd gedaan om duidelijke meningen te verkrijgen. Tenslotte dient vermeld te worden dat enkel de leden van de stuurgroep, zorgtrajectpromotor en huisartsen geïnterviewd werden. Dit is maar een kleine subgroep van het aantal betrokken actoren (*zie bijlage 8*), wat maakt dat niet alle beïnvloedende factoren aan het licht zijn gekomen. Er werd bewust gekozen om enkel deze 3 groepen te interviewen. Dit werd vooral gedaan vanuit tijdsoverwegingen. Interviews afnemen is tijdrovend, dus er kunnen er door één onderzoeker maar een beperkt aantal gedaan worden. Bovendien was het voor de onderzoeker, die zelf arts is, interessant om de gedachtegang en beweegredenen van huisartsen te analyseren. Daarenboven is de huisarts

de initiator van het zorgtraject. Als zij niet bereid zijn om het contract met de patiënt af te sluiten, kan het zorgtraject niet van start gaan en kunnen de andere zorgverleners hun medewerking niet verlenen. De stuurgroepleden werden geïnterviewd, ten eerste omdat zij ook huisarts zijn en ten tweede omdat zij feedback krijgen van collega-artsen over het werken met het zorgtraject. Dit maakt dat zij een algemene visie hebben over de huisarts en het zorgtraject. Ten laatste werd de zorgtrajectpromotor geïncorporeerd in het onderzoek omdat zij een overkoepelende visie heeft, als centrale persoon, over heel het zorgtraject met al zijn actoren. Zij krijgt ook feedback van alle betrokken groepen en heeft zo een brede visie. Het is ook daarom (en om privacyredenen) dat haar interview apart werd geanalyseerd en daardoor meer doorweegt dan die van de afzonderlijke artsen.

4.2 Reflectie over de resultaten

4.2.1 Onderzoeksvraag 1: Welke factoren beïnvloeden de implementatie van het zorgtraject diabetes in onze regio?

Het is niet de bedoeling met dit onderzoek een aantal axioma's voor te stellen die in elke streek toepasbaar zijn. Het dient nogmaals benadrukt te worden dat de factoren die vermeldt staan in de SWOT-analyse enkel de resultaten zijn van dit onderzoek en dus niet noodzakelijk veralgemeend kunnen worden. Toch blijkt uit literatuuronderzoek dat bepaalde factoren verwacht kunnen worden bij introductie van elke vernieuwing. Bovendien komen in dit onderzoek, naast plaatsgebonden factoren, ook factoren naar boven die voor andere streken belangrijk kunnen zijn. Daarnaast zijn er nog de factoren die ontstaan zijn door de intrinsieke eigenschappen van het zorgtraject.

Een groot deel van de gevonden resultaten zijn *voorspelbaar*, daar deze *bevindingen in de literatuur* beschreven werden. Zo is het bijvoorbeeld binnen de lijn van de verwachtingen dat men weigerachtig staat ten opzichte van vernieuwingen in de praktijk. Hierdoor is de betrokkenheid bij de introductie van een vernieuwing vaak beperkt. Men ziet echter bij de invoering van het zorgtraject een positieve evolutie in het aantal artsen dat deelneemt aan het zorgtraject. Het verloop volgt de curve van Rogers (*zie bijlage 9*). Dit is een perfect te verwachten verloop bij de introductie van een nieuw project (*Grol en Wensing, 2006*). Een tweede punt is het belang van een centrale coördinator (zorgtrajectpromotor), met als taak contacten leggen, communicatie bevorderen, informeren en delegeren. Dit komt duidelijk naar voren in dit onderzoek. Dus dit is zeker iets waar we rekening mee moeten houden bij implementatie van MDS-RAI. Het belang van een centrale rol voor opgeleide personen in de materie van InterRAI werd ook al in het literatuuronderzoek aangetoond (*Landi 1997, Onder en Liperoti 2007, Duyver en Van Houdt 2009*). Men kan zich dus de vraag stellen of het een

uitgebreide analyse van interviews vereist om tot deze conclusies te komen. Echter dit zijn duidelijke factoren die de implementatie van een multidisciplinair netwerk in de praktijk kan beïnvloeden en horen hierbij dus ook zeker in het onderzoek aan bod te komen. Deze factoren kunnen verwacht worden bij invoering van elke vernieuwing volgens de literatuur (*Grol en Wensing, 2006*), maar hier worden deze theoretische bevindingen ook bevestigd in de praktijk.

Uit het onderzoek wordt er tot enkele *vaststellingen* gekomen die ook van belang kunnen zijn voor andere streken, daar dit factoren zijn die hun oorsprong vinden op macroniveau. Er wordt vanuit het RIZIV onvoldoende ondersteuning geboden aan de stuurgroepen. Zo wordt er geen loon voorzien (vanuit het RIZIV) voor de stuurgroepleden van LMN, geen sociale kaart aangeboden, is er geen ondersteuning voor educatie in vergadertechnieken en samenwerking voor de stuurgroep. Bovendien wil de federale overheid gegevens over het zorgtraject krijgen, maar zij voorzien geen elektronisch platform waarop deze ingevoerd kunnen worden. Het is echter niet zeker dat men op het macroniveau op de hoogte is van de problemen die men op mesoniveau ondervindt. Dit kan duiden op een mogelijk communicatieprobleem tussen de verschillende niveaus. De samenwerking tussen macro-(overheid) en mesoniveau (LMN) wordt ook allesbehalve bevorderd doordat de multidisciplinaire zorgverlening overgeheveld gaat worden naar de Vlaamse gemeenschap, zodat geen zekerheid voor continuïteit in ondersteuning kan geboden worden. Op dit vlak moet dringend duidelijkheid geschept worden.

In dit onderzoek worden ook *plaatsgebonden factoren* achterhaald. De lokale organisatiecultuur is gunstig om een nieuwigheid te introduceren. De lokale huisartsenkring functioneert namelijk goed, de communicatie verloopt er vlot en open. Bovendien zijn er enkel innovators aanwezig, die de andere artsen kunnen stimuleren. Het belang hiervan werd reeds in de literatuur onderstreept (*Grol en Wensing 2006*). De artsen in deze regio staan ook open voor multidisciplinaire samenwerking, in ruil voor meer feedback en begeleiding. Toch blijkt dat het terrein hiervoor nog niet ontgonnen is. Huisartsen geven toe dat ze het gewoon zijn van individueel te werken en multidisciplinaire samenwerking is nog moeilijk voor hen. Bovendien heerst er nog wantrouwen tussen de zorgverleners onderling. Men vraagt zich af of de andere wel bekwaam is om hun taak voor de patiënt op te nemen. Dit kan de implementatie van het zorgtraject bemoeilijken. Naarmate de zorgverleners meer met elkaar in contact komen, groeit het vertrouwen. Dit kan een argument zijn om meer multidisciplinaire bijscholing en overlegmomenten te organiseren. Wat nog opvalt uit de resultaten is dat huisarts, diabetoloog en patiënt onvoldoende betrokken zijn bij de implementatie van het zorgtraject diabetes, maar dit zijn net de personen die onderling een contract afsluiten. Men kan zich de vraag stellen of het een goede strategie is om hen de

controle te laten over het feit dat het zorgtraject al dan niet afgesloten wordt. Bovendien wordt de diabetoloog in verhouding meer vergoed om patiënten in de conventie te plaatsen dan in het zorgtraject. Dit is geen goede manier om de betrokkenheid van de diabetoloog te versterken.

Tenslotte zijn er ook *intrinsieke kenmerken van het zorgtraject diabetes* die de arts tegenhoudt. Zo is het zorgtraject slechts toepasbaar voor gemiddeld vier patiënten per praktijk. Het vraagt de arts te veel inspanning om dergelijk kleine populatie van patiënten te ondersteunen. Bovendien ervaart de huisarts de inclusie- en exclusiecriteria van het zorgtraject als onrechtvaardig. Zo vinden ze het onjuist dat een thuisgebonden diabeticus, die niet één keer per jaar op raadpleging kan komen, niet tot het zorgtraject kan toegelaten worden. Dit zijn eigenschappen van de vernieuwing zelf die de implementatie belemmeren. Het is waarschijnlijk dat in andere streken gelijkaardige kritieken worden gegeven. Na het afnemen en verwerken van de resultaten, zijn de criteria inderdaad al aangepast. Vanaf nu worden patiënten die wegens omstandigheden niet meer bij de huisarts op consultatie kunnen komen niet meer uitgesloten uit het zorgtraject.

Er komen uit dit onderzoek dus interessante gegevens naar boven die van belang zijn voor de implementatie van het zorgtraject in onze regio.

4.2.2 Onderzoeksvraag 2: Welke van deze bevorderende en belemmerende factoren kunnen ook verwacht worden bij de implementatie van MDS-HC?

Aan de hand van de SWOT-analyse opgesteld voor het zorgtraject diabetes en het interview werden de factoren opgelijst die ook kunnen verwacht worden bij implementatie van MDS-HC binnen de huisartsenkring. Hier worden achtereenvolgens de externe en interne factoren besproken.

Uit de *externe factoren* blijkt dat deze streek een goed milieu is om de MDS-HC te introduceren. Ten eerste is er een goed functionerende huisartsenkring, waarin enkele collega's enthousiast zijn om vernieuwingen in de huisartsenpraktijk uit te proberen. Zij stimuleren de andere collega's om dit ook te doen. Bovendien wordt er door bepaalde artsen een nood ervaren om veranderingen aan te brengen binnen de chronische zorg en de positie van de huisarts hierin te verzekeren. De MDS-HC kan mogelijk aan deze noden binnen de streek beantwoorden. Het dient wel benadrukt te worden dat het belangrijk is dat de implementatie ondersteund moet worden van op macro- en mesoniveau. Er moet een zorgcoördinator en multidisciplinaire stuurgroep aangesteld worden, die de implementatie in al zijn facetten stuurt. De overheid kan deze zorgcoördinator en stuurgroep ondersteuning bieden, zowel financieel als materieel (coach, sociale kaart, voorzieningen, ...). Hiertoe

moet er wel eerst duidelijkheid komen in de toekomst van multidisciplinaire zorgverlening op federaal niveau.

Het moet ook opgemerkt worden dat er aantal *interne factoren* zijn die de implementatie van de MDS-HC kunnen beïnvloeden. Op dit moment staan de artsen nog meer weigerachtig ten opzichte van MDS-HC dan het zorgtraject. Ze verwachten nog meer administratieve werkbelasting, nog minder voordeel, nog meer verlies aan autonomie en een nog complexere implementatie. Deze reactie is een logische reactie, waardoor men niet dient afgeschrikt worden. De betrokken artsen hadden voor het interview nog niet te maken gehad met MDS-HC en weten nog niet exact wat het inhoudt. Bij elke nieuwe implementatie wordt veel weerstand ervaren. Bij het zorgtraject is dit al minder, omdat ze hier al wat vertrouwd mee zijn. MDS-HC is volledig nieuw en moet zijn introductie nog krijgen. Net zoals bij het zorgtraject zullen enkele enthousiastelingen het vermoedelijk een kans geven en zal het gebruik van MDS-HC progressief toenemen eens het geïmplementeerd word (*zie bijlage 9: curve van Rogers*). Of artsen MDS-RAI zullen blijven gebruiken, zal door andere factoren beïnvloed worden, bijvoorbeeld door de meerwaarde voor de kwaliteit van zorgverlening, gebruiksvriendelijkheid en mate van ondersteuning (*Van Eeno 2012*). Artsen steunen voor het zorgtraject vooral op de informatie die ze kunnen terugvinden op de website van LMN Zuiderkempen. De uitbouw van een ondersteunende informatieve website kan de implementatie van MDS-HC ten goede komen. Hiervoor bestaat al een basis waarop men kan inloggen via het eHealth platform. Doordat de gegevens onmiddellijk elektronisch geregistreerd worden, staat MDS-RAI al een beetje voor op het zorgtraject. Op deze manier zijn gegevens die overgedragen moeten worden aan de overheid voor verder onderzoek makkelijk te registreren en te raadplegen. Dit zorgt voor een verminderde belasting aan de stuurgroep en de betrokken zorgverleners. Een mogelijk obstakel kan zijn dat MDS-HC bij thuiswonende ouderen afgenomen wordt. Zodoende moet de arts beschikken over draagbaar internet wil hij de vragenlijst ter plaatse consulteren. Zoniet moeten de gegevens achteraf op de praktijk geregistreerd worden, wat een mogelijks belemmerende factor kan zijn. Tenslotte blijkt uit dit onderzoek dat de financiële stimulans om MDS-HC te implementeren groot genoeg moet zijn. Artsen vrezen dat de invoering niet kostenefficiënt zal zijn voor hen en voor de maatschappij. MDS-HC zal zich nog moeten bewijzen in ons land.

5. Besluit

De gezondheidszorg staat voor een nieuwe uitdaging: Implementatie van multidisciplinaire zorgverlening. In dit onderzoek werd op zoek gegaan naar factoren die de implementatie van

MDS-HC in de huisartsenkring kunnen belemmeren of bevorderen. Deze factoren moeten in kaart gebracht worden zodat men kan anticiperen op hindernissen.

Artsen staan op dit moment nog erg weigerachtig ten opzichte van MDS-HC. Ze vrezen voor de administratieve werkbelasting, verlies aan autonomie, toenemende controle en verminderde inkomsten in vergelijking tot werktijd. Dit is echter een te verwachte fenomeen, dat terugkomt bij introductie van alle nieuwigheden in de praktijk. Men moet zich hierdoor dus niet laten afschrikken. Daarentegen merken de artsen wel een nood op aan verandering binnen de chronische zorg. Het wordt complexer en multidisciplinair samenwerken kan dan een meerwaarde hebben. Bovendien willen artsen de 1^e lijnpositie binnen de gezondheidszorg vrijwaren door mee te werken aan het uitbouwen van de chronische zorg.

Er zijn verschillende factoren waarmee rekening moet gehouden worden volgens dit onderzoek. Ten eerste wordt het belang benadrukt van een goed functionerende huisartsenkring met enkele stimulerende collega's die openstaan voor vernieuwing. Ten tweede is een goede ondersteuning erg belangrijk. Hiermee wordt een centrale zorgcoördinator bedoeld, die informeert, contacten legt, communicatie bevordert en delegeert. Bovendien blijkt het aanstellen van een multidisciplinaire stuurgroep ook belangrijk te zijn. Ook van op het macroniveau, de overheid, moeten voldoende middelen (financiële vergoedingen, educatie, sociale kaart, communicatiemogelijkheden, ...) voorzien worden. Ten derde ervaren artsen een onderbouwde, gebruiksvriendelijke website waarop de gegevens van de patiënten ook elektronisch geregistreerd kunnen worden als een ondersteunende factor bij het opzoeken van informatie en registreren van gegevens. Ten slotte moet MDS-HC ook kunnen aantonen dat het een meerwaarde in de ouderenzorg. De efficiëntie in vergelijking met de kosten voor de maatschappij is een belangrijke motivationele factor om de MDS-HC te implementeren in de huisartsenpraktijk.

De bovenstaande factoren kunnen gebruikt worden om de doelstellingen van MDS-HC scherp te stellen.

6. Aanbevelingen voor de toekomst

Persoonlijk vond ik dit een interessant project omdat ik te maken kreeg met vele competenties binnen de huisartsgeneeskunde. Zo leerde ik behalve over het medisch handelen, professionaliteit en wetenschappelijke kennis ook bij over communicatie, management en maatschappelijk handelen. Dit zijn topics die tijdens de opleiding in mindere mate aan bod komen. Bovendien kreeg ik meer inzicht in de opbouw van de wereld rond de huisarts, meer bepaald de instellingen en de organisaties waarbinnen de huisarts functioneert. Een huisarts zit niet (enkel) in zijn ivoren toren, tegenwoordig zijn er vele

overlegmomenten en overkoepelende organisaties ontwikkeld waardoor een arts niet meer volledig onafhankelijk kan functioneren. Dit maakt een scriptie maken rond implementatie van nieuwe instrumenten in de huisartsenpraktijk interessant. Ik kan aan studenten dus zeker aanbevelen om in de toekomst onderzoek over implementatie van de zorgtrajecten en MDS-RAI verder te zetten. In ieder geval zijn er nog vele aspecten die nog open staan voor verdere studie.

Ten eerste kan verder onderzoek gedaan worden naar de factoren die de implementatie van een lokaal multidisciplinair netwerk beïnvloeden. Het zou interessant zijn om ook resultaten te hebben van studies uitgevoerd bij de andere betrokken zorgverleners en actoren binnen het zorgtraject. Bovendien zou het een vollediger beeld geven van de beïnvloedende factoren als de resultaten van interviews aangevuld worden met resultaten verkregen uit enquêtes, zodat gegevens van zorgverleners op grotere schaal kunnen verkregen worden. Daarenboven zijn aanvullende resultaten van andere streken noodzakelijk om veralgemeende conclusies te kunnen trekken. Ten tweede lijkt het opportuun om bij de invoering van MDS-HC ook op regelmatige basis een analyse te maken van de bevorderende en belemmerende factoren zodat hierop tijdig ingegrepen kan worden. De gevonden resultaten zouden ook regelmatig geherevalueerd moeten worden eens de MDS-HC in gebruik is. Bij elk nieuw gesprek zullen nieuwe factoren naar boven komen of andere wegvallen. Dit kan een verandering in de doelstellingen van MDS-RAI tot gevolg hebben.

Een belangrijke vraag is of het nuttig is om de belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie in kaart te brengen. Het antwoord is 'ja'. Aan de hand van de SWOT-matrix kan de stuurgroep van het zorgtraject zich nu enkele vragen stellen, namelijk 'Zijn er kansen die onbenut worden, die we mogelijks toch kunnen benutten dankzij de sterktes?', 'Zijn er sterktes die voor een zwakte kunnen compenseren?', 'Zijn er kansen die voor een bedreiging kunnen compenseren?'. Op die manier worden ideeën van de stuurgroepleden opgelijst. Daarna wordt nagegaan welke van deze ideeën de belangrijkste zijn om aandacht aan te besteden om een succesvolle implementatie van het zorgtraject te verwezenlijken. Achterliggende gedachte is dat het geen zin heeft om aan alles aandacht te besteden. Dat zou veel te complex zijn. Hiervoor worden de kritische succesfactoren geïntroduceerd (KSF). In hoofdzaak gaat het erom dat iets zo belangrijk is dat we er extra aandacht aan moeten besteden. Op basis van deze factoren kunnen dan doelstellingen voor de toekomst opgesteld worden.

Het onderwerp is bij deze dus zeker niet uitgeput. Er zijn nog vele interessante invalshoeken die tot verder onderzoek kunnen leiden.

DEEL 3: Algemeen besluit

Wat volgt is een besluit over de literatuurstudie en de drie persoonlijk uitgevoerde onderzoeken.

Het literatuuronderzoek toont aan dat MDS-HC een betrouwbaar en valide meetinstrument is om de noden van thuiswonende ouderen in kaart te brengen. Het draagt bij tot zorgplanning, zorgcontinuïteit, multidisciplinair overleg en kwaliteitsmonitoring binnen de ouderenzorg.

In de drie persoonlijke onderzoeken werd telkens een aspect van de MDS-HC onderzocht. Dr. Tom Boelanders ging na of de MDS-HC beter zorgnoden kan identificeren dan de huisarts die de patiënt begeleidt. Dit onderzoek wees uit dat MDS-RAI Home Care kwalitatief en kwantitatief een meerwaarde kan betekenen in de identificatie van zorgnoden bij kwetsbare ouderen, vergeleken met de eigen huisarts. Verder moet er opgemerkt worden dat de MDS-RAI zorgbehoeften van kwetsbare ouderen beter kan inschatten dan de KATZ-schaal.

Dr. Benedicte Van Heden trachtte na te gaan of de afname van MDS-HC en het uitvoeren van zorgplannen leidde tot een verbetering van de zorgkwaliteit bij thuiswonende ouderen. Dit onderzoek toonde na drie maanden een significante vermindering in het aantal zorgnoden bij de patiënten gemeten met MDS-HC. Echter, voor deze daling was er geen causaal verband te vinden met de uitgevoerde zorgplannen. Vermoedelijk wordt deze daling veroorzaakt doordat men tijdens de onderzoeksperiode intensiever met de patiënt bezig is.

Dr. Kim Van Camp bestudeerde de factoren die de implementatie van MDS-HC kunnen beïnvloeden. Aan de hand van kwantitatief onderzoek werd aangetoond dat multidisciplinaire samenwerking nog onbekend terrein is voor de huisarts en veel weerstand krijgt. Belangrijke factoren om de implementatie van MDS-HC te doen slagen zijn stimulerende collega's binnen de huisartsenkring, voldoende ondersteuning (stuurgroep, centrale zorgcoördinator, overheidssteun), een gebruiksvriendelijke website en een duidelijke aantoonbare meerwaarde en kostenefficiëntie van MDS-HC. Het is belangrijk de belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen zodat hierop kan geanticipeerd worden en de doelstellingen van MDS-HC hieraan aangepast kunnen worden.

In alle drie de onderzoeken wordt duidelijk dat MDS-HC ook een meerwaarde kan betekenen in de huisartspraktijk, zowel voor de identificatie van zorgnoden bij ouderen als voor het structureren en vervolledigen van de zorgplanning. Een succesvolle implementatie van de MDS-HC is mogelijk mits voldoende ondersteuning en met de medewerking van gemotiveerde zorgverleners.

Referenties

- (1) Achterberg W. Effects of the Resident Assessment instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1999; 31(3):131-137
- (2) Allen J, Rashid A. What determines competence within a general practice consultation? Assessment of consultation skills using simulated surgeries. *Br J gen Pract* 1998; 48:1046-51
- (3) Allerly LA, Owen PA, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ* 1997; 314:870-4
- (4) Armstrong D., Reyburn H., Jones R. A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behavior. *BMJ* 1996; 312:949-52
- (5) Avonts M. Wat leren zorgplannen ons over de pathologie en de hulpverleners in de complexe thuiszorg? *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2005; 61(5):354-360
- (6) Beraadslaging nr. 09/018 van 19 mei 2009, gewijzigd op 15 december 2009 en 20 april 2010, met betrekking tot de uitwisseling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen tussen de betrokken verstrekker en de database Belrai met tussenkomst van het ehealth-platform. Sectoriaal Comité van de Sociale Zekerheid en de Gezondheid. *SCSZ/10/079*
- (7) Bernabei. Characteristics of the SAGE database: a new resource for research on outcomes in long-term care. SAGE (Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology) Study Group. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999; 54(1):25-33
- (8) Bernabei R. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *Bmj* 1998; 316(7141):1348-1351
- (9) Bernabei R. Second and third generation assessment instruments: the birth of a standardization in geriatric care. *Journal of Gerontology* 2008; 3: 308-313
- (10) Bodenheimer T. The American health care system. The movement for improved quality in health care. *N Engl J Med* 1999; 340:488-492
- (11) Boorsma M. Depression in Dutch homes for the elderly: under-diagnosis in demented residents? *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:712-718
- (12) Boorsma M. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2011; 183(11):724-732
- (13) Boorsma M. The cost-effectiveness of a new disease management model for frail elderly living in homes for the elderly, design of a cluster randomized controlled clinical trial. *BMC Health Services Research* 2008; 8:143
- (14) Boorsma M. The prevalence, incidence and risk factors for delirium in Dutch nursing homes and residential care homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011

- (15) Bos. Variations in quality of home care between sites across Europe, as measured by home care quality indicators. *Aging Clin. Exp. Res.* 2007; 19:323-329
- (16) Bradshaw J. The concept of social need. *Specht, editors. Planning for Social Welfare, Issues, Models and Tasks. Englewood Cliff: Prentice Hall, 1977:290-6*
- (17) Buntinx F. Options for a new procedure for determining care needs in Belgium: an initial exploration. *J. Arch Public Health* 2004; 62,173-184
- (18) Burrows M.A. Development of an MDS-based depression rating scale for use in nursing homes. *J Age Ageing* 2000; 29:165-172
- (19) Campbell A. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing.* 1997; 26:315-318
- (20) Campen C. Eligibility for long-term care in the Netherlands: Development of a decision support system. *Health and Social Care in the community* 2005; 13(4):287-296
- (21) Carpenter. Accuracy, validity and reliability in assessment and in evaluation of services for older people: the role of the InterRAI MDS assessment system. *Age Ageing* 2006; 35(4):327-329
- (22) Carpenter I. Community care in Europe. The Aged in Home Care project(AdHOC). *Aging* 2004; 16:259-269
- (23) Carpenter I. Standardised assessment for community care field-testing of the RAI-HC. *Age Ageing* 1997; 26:23
- (24) Dawn M.D. Risk adjustment methods for Home Care Quality Indicators based on the minimum data set for home care. *BMC Health Services Research* 2005; 5:7
- (25) De Lepeleire J. A combination of tests for the diagnosis of dementia has a significant diagnostic value. *J Clin Epidemic* 2005; 58: 217-225
- (26) De Lepeleire J. De definitie en het bepalen van zorgbehoefte en zorgafhankelijkheid.. *Qualidem I, jaargang 1 (1999), p.1-24*
- (27) De Lepeleire, Paquay, Jacobs. De verschillende schalen voor ADL-activiteiten voor volwassenen in de Vlaamse gezondheidszorg. Een overzicht. *Huisarts Nu* 2005; 34(2):58-68
- (28) De Lepeleire et al. Family physicians need easy instruments for frailty. *Age Ageing* 2008; 37(4):384
- (29) De Lepeleire et al. Het effect van een multidisciplinair zorgplan in de thuiszorg: Versie 1.0. *Studie in opdracht van Mevr. Inge Vervotte* 2007
- (30) De Lepeleire J. Kwetsbaarheid, een concept dat in de huisartsgeneeskunde aan belang wint. *Huisarts Nu.* 2009; 38(10):401-406
- (31) De Lepeleire J. The validity of the Frail instrument in general practice. *Arch Public Health* 2004; 62:185-196
- (32) Discussienota thuiszorg Nationale Raad van de Volksgezondheid (NVR). *NRV, 1989*

- (33) Diwan. Problem Identification and Care Plan Responses in a Home and Community-Based Services Program. *Journal of Applied Gerontology* 2004; 23(3):193-211
- (34) Dosa. The Nursing Home Minimum Data Set Assessment Instrument: Manifest Functions and Unintended Consequences—Past, Present, and Future. *The Gerontologist* 2009; 49(6):727-735
- (35) Duyver C. The perception of the clinical relevance of the MDS-Home Care tool by trainers in the general practice in Belgium. *Family practice* 2010; 27:638-643
- (36) Elkan R. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ Volume* 2001; 323:29
- (37) Epstein A.M., Hall J.A. et al. The emerge of geriatric assessment units: 'The new technology of geriatrics'. *Ann. Intern Med.* 1987; 106:299-303
- (38) Fialova D. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 2005;293(11):1348-1358
- (39) Fried LP. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implementations for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59(3):255-263
- (40) Fries BE. Implementing the Resident Assessment Instrument: Case studies of policymaking for long-term care in eight countries. *Milbank Memorial Fund* 2003:129
- (41) Geertsma RH, Parker Rc, Krauss S. How physicians view the process of change in their practice behavior. *J Med Educ* 1982;57:752-61
- (42) Gerritsen D. Drie nieuwe observatieschalen in het verpleeghuis: schalen uit het Resident Assessment Instrument voor Activeiten van Dagelijks Leven, cognitie en depressie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2004; 35:55-59
- (43) Gil TM, Gahbauer EA, et al. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med* 2006; 166:418-423
- (44) Glassman PA, Kravits RL, Petersen LP, et al. Differences in clinical decision making between internists and cardiologists. *Arch Intern Med* 1997;157:506-12
- (45) Gray LG, Berg K, et al. Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. *BMC Health Services Research* 2009; 9:71
- (46) Greer AL. The state of the art versus the state of the science. *Int J TEchnol Assess Health Care* 1988;4:5-26
- (47) Grol en Wensing. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. *Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen* 2006
- (48) Grol R, Wensing M. Implementation of quality assurance and medical audit: general practitioners' perceived obstacles and requirements. *Br J gen Pract* 1995;45:548-52
- (49) Hawes C. Prospects and pitfalls: use of the RAI-HC assessment by the Department of Veterans Affairs for home care clients. *Gerontologist* 2007; 47(3):378-87

- (50) Hawes C. Reliability estimates for the minimum data set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *Gerontologist* 1995; 2:172-178
- (51) Health Management Groep at La Trobe University, NICS, Melbourne. Factors supporting high performance in health care organizations. *National Institute of Clinical Studies* 2003
- (52) Hirdes J. Home Care Quality Indicators (HCQI's) based on the MDS-HC. *Gerontologist* 2004; 44:665-679
- (53) Hirdes J. Reliability of the InterRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research* 2008, 8:277
- (54) Holtgrave DR, et al. Physicians' risk attitudes, laboratory usage, and referral decisions: the case of an academic family practice center. *Med Decis Making* 1991;111:125-30
- (55) Holtkamp C. Effects of the implementation of the resident assessment instrument on gaps between perceived needs and nursing care supply for nursing home residents in the Netherlands. *International Journal of Nursing Studies* 2001;38(6):619-628
- (56) Hulscher M., Wensing M., Grol R. Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën. *Den Haag: ZON, 2000*
- (57) Huss A. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64(2):318
- (58) Hutchinson A. The resident assessment Instrument- Minimum Data Set 2.0 Quality Indicators: a systematic review. *BMC Health Research* 2010:166-180
- (59) Interface rapport 2005
- (60) Jörg F. Objectivity in needs assessment practice: Admission to a residential home. *Health and Social Care in the Community* 2002;10(6):445-456
- (61) Kristiansen IS, Hjortdahl P. The general practitioner and laboratory utilization: why does it vary? *Fam Pract* 1992;9:22-7
- (62) Lambrecht M. De vergrijzing van de bevolking. *Planning paper 81. Brussel: Federaal Planbureau, 1997*
- (63) Landi F. Impact of a New Assessment System, the MDS-HC, on Function and Hospitalization of Homebound Older People: A Controlled Clinical Trial. *JAGS* 2001; 49:1288-1293
- (64) Landi F. Impact of the integrated home care services on hospital use. *J Am Geriatric Soc* 1999; 47(12):1430-4
- (65) Landi F. Minimum Data Set for Home Care: A Valid Instrument to Assess Frail Older People Living in the Community. *Medical Care* 2000; 38:1184 - 1190

- (66) Monsieur G. Fragiele ouderen: verschillen ten opzichte van normale veroudering: evaluatie en maatregelen om fysiologische functies te behouden. *Tijdschrift voor geneeskunde* 2009; 65(17):783-787
- (67) Morris J.N. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *Journal of the american geriatrics society* 1997; 45(8):1017-1024
- (68) Morris J.N. Scaling ADL's within the MDS. *J Gerontol* 1994; 4:546-553
- (69) Morris J.N. The MDS cognitive performance scale. *J Gerontol* 1994;49:147-182
- (70) Mor V. Changes in hospitalization associated with introducing the Resident Assessment Instrument. *J Am Geriatr Soc* 1997, 45(8):1002-1010
- (71) Mor V. Improving the quality of long-term care with better information. *Milbank Q* 2005, 83(3):333-364
- (72) Mor V. The quality of quality measurement in US nursing homes. *The Gerontologist* 2003, 43:37-46
- (73) Natick M.A. Minimum data set plus training manual. *Eliot Press* 1991
- (74) Onder G. Case management and Risk of Nursing Home Admission for Older Adults in Home Care: Results of the AgeD in Home Care Study. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(3):439-444
- (75) Onder G. Chewing problems and mortality in older adults in home care: results from the Aged in Home Care study. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(12):1961-1966
- (76) Rockwood K. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62:722-726
- (77) Rolfson DM. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006; 35:526-529
- (78) Roubenoff R. Sarcopenia: A major modifiable cause of frailty in the elderly. *J Nutr Health Ageing* 2000; 4:140-142
- (79) Scott A. Agency, incentives and the behavior of general practitioners: The relevance of principal agent theory in designing incentive for GPs in the UK. *Departments of Public Health and Economics, Aberdeen Univesity, 1997.*
- (80) Schadé E. Thuiszorg: tussen idee en werkelijkheid. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 1995; 139:2444-8
- (81) Siriwardena AN. Clinical guidelines in primary care: a survey of general practitioners' attitudes and behavior. *Br J gen Pract* 1995; 45:643-7
- (82) Solberg LI, Brekke ML. How important are clinican and nurse attitudes to the delivery of clinical preventive services. *J Fam Pract* 1997; 44:451-61
- (83) Sorbye et al. Home care patients in four Nordic capitals-predictors of nursing home admission during one year follow up. *Journal of multidisciplinary healthcare* 2010; 3:11-18

- (84) Sorbye et al. Shaping home care in Europe: The contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas* 2009;62(3):235-232
- (85) Stuck. A randomized trial of in home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med* 2000; 160:977-986
- (86) Stuck. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-1036
- (87) Van Eeno, Vesentini et al. De betrokkenheid van huisartsen bij een BelRAI-beoordeling in de Vlaamse woonzorgcentra en de thuiszorg. *Geron geriatrie* 2012;43:66
- (88) Van Houdt S. Does the use of care plans improve the quality of home care? *Qual Prim Care* 2010;18(3):161-172
- (89) Van Houdt S. Multidisciplinary team meetings about a patient in primary care: An explorative study. *Journal of primary care and community health* 2011; 2:72
- (90) Walter LC. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA* 2001; 285:2750-2756
- (91) Wensing M, Bosch, M, Foy R et al. Factors in theories on behavior change to guide implementation and quality improvement in healthcare. *Nijmegen: Center for Quality of Care Research, 2005*
- (92) Winkens R. Improving test ordering in general practice. The effects of feedback. *Proefschrift. Maastricht: Maastricht University, 1994*
- (93) Winkenwerder W. Variation in physicians' decision-making thresholds in management of a sexually transmitted disease. *J Gen Intern Med* 1993;8:369-73
- (94) Woo B, Cook F et al. Screening procedures in the asymptomatic adult. Comparison physicians' recommendations, patients' desires, published guidelines, and actual practice. *JAMA* 1985;254:1480-4
- (95) Young MJ, Fried LS, Eisenberg J, et al. Do cardiologists have higher thresholds for recommending coronary arteriography than family physicians? *Health Serv Res* 1987;22:623-35
- (96) Zaat JO, Eijk JT. General practitioners' uncertainty, risk preferences, and use of laboratory tests. *Med Care* 1992;30:846-54
- (97) Zimmerman. Development and testing of nursing home quality indicators. *Health Care Financing Review* 1995; 16(4):107-27

Bijlagen

Bijlage 1: Katz-schaal

CRITERIUM	Oude score	Nieuwe score	1	2	3	4
ZICH WASSEN			kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
ZICH KLEDEN			kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
TRANSFER en VERPLAATSI NGEN			is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
TOILETBEZOEK			kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINENTIE			is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunsttaars)	is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
ETEN			kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

CRITERIUM			1	2	3	4
TIJD			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren

Categorieën van zorgenbehoevendheid

RUSTOORD VOOR BEJAARDEN EN RUST- EN VERZORGINGTEHUIS

Op basis van het evaluatieschema, zoals opgenomen op de recto-zijde, worden de categorieën

van zorgenbehoevendheid als volgt bepaald (een rechthebbende wordt als afhankelijk beschouwd als hij «3» of «4» scoort voor het desbetreffende criterium) :

categorie O : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die: fysiek volledig onafhankelijk en niet dement zijn.

categorie A : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die:

- fysiek afhankelijk zijn :zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden.
- psychisch afhankelijk zijn :zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en zij zijn fysisch volledig onafhankelijk.

categorie B : daarin zijn ondergebracht die:

- fysiek afhankelijk zijn :zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan.
- psychisch afhankelijk zijn :zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, en zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden.

categorie C : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :

fysiek afhankelijk zijn :zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, en zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten.

categorie C dement : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :
psychisch afhankelijk zijn : zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en zij zijn afhankelijk wegens incontinentie, en
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.

Bijlage 2: Overzicht van de 12 verschillende InterRAI instrumenten (bron: InterRAI.org)

- **InterRAI HC** - Home Care
- **InterRAI CHA** - Community Health Assessment
- **InterRAI CA** - Contact Assessment
- **InterRAI LTCF** - Long Term Care Facility
- **InterRAI AL** - Assisted Living
- **InterRAI AC** - Acute Care
- **InterRAI PAC** - Post-Acute Care
- **InterRAI MH** - Mental Health
- **InterRAI CMH** - Community Mental Health
- **InterRAI ESP** - Emergency Screener for Psychiatry
- **InterRAI PC** - Palliative Care
- **InterRAI ID** - Intellectual Disability

Bijlage 3: Overzicht van de verschillende beoordelingsitems van de MDS/RAI-HC

(bron: belrai.org)

HC Sectie A: Persoonlijke gegevens
HC Sectie B: Intake en voorgeschiedenis
HC Sectie C: Cognitie
HC Sectie D: Communicatie en gezichtsvermogen
HC Sectie E: Stemming en gedrag
HC Sectie F: Psychosociaal welzijn
HC Sectie G: Algemeen Dagelijks Functioneren
HC Sectie H: Continentie
HC Sectie I: Ziektebeelden
HC Sectie J: Gezondheidstoestand
HC Sectie K: Toestand van mond en voeding
HC Sectie L: Toestand van de huid
HC Sectie M: Geneesmiddelen
HC Sectie N: Behandelingen en procedures
HC Sectie O: Verantwoordelijkheid
HC Sectie P: Mantelzorg en steun
HC Sectie Q: Beoordeling van de omgeving
HC Sectie R: Ontslagmogelijkheden en algemene toestand
HC Sectie S: Ontslaginformatie

Bijlage 4: Voorbeelden van CAP – triggers (bron: belrai.org)

1. Voor het berekenen van de **CAP pijn** moeten volgende gegevens worden ingevuld:
 - a. Frequentie waarmee over pijn wordt geklaagd of pijn wordt getoond
 - b. Intensiteit van de ergste pijn
2. Voor het berekenen van de **CAP hart en ademhaling** moeten volgende gegevens worden ingevuld:
 - a. Duizeligheid
 - b. Pijn in de borst
 - c. Dyspneu
3. Voor het berekenen van de **CAP urine-incontinentie** moeten volgende gegevens worden ingevuld:
 - a. Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming
 - b. Wandelen
 - c. ADL-toestand ten opzichte van 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling)
 - d. Urinecontinentie
 - e. Urine-opvangsysteem
 - f. Heupfractuur in de laatste 30 dagen (of sinds de laatste beoordeling daarna)
 - g. Longontsteking
 - h. Diarree
 - i. Mictie- of blaastraining

*Bijlage 5: Overzicht van alle CAP's per domein en per zorgsetting, berekend door BelRAI
(bron: belrai.org)*

Domeinen	<u>CAP's</u>	<u>HC</u>	<u>LTCF</u>	<u>AC</u>
Functioneel presteren	Bevordering van de lichaamsbeweging	X	X	...
	Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL)	X	...	...
	Activiteiten van het dagelijks leven (ADL)	X	X	X
	Thuisomgeving	X	...	...
	Kans op opname in een instelling	X	...	X
	Fysieke fixatie	X	X	...
Cognitie en geestelijke gezondheid	Cognitieverlies	X	X	X
	Delirium	X	X	X
	Communicatie	X	X	X
	Stemmingsstoornissen	X	X	X
	Gedrag	X	X	X
	Mishandeling	X	...	...
Sociaal leven	Activiteiten	...	X	...
	Mantelzorg	X	...	...
	Sociale omgang	X	X	...
Klinische complicaties	Valincidenten	X	X	X
	Pijn	X	X	X
	Decubitus	X	X	X
	Hart en ademhaling	X	X	...
	Ondervoeding	X	X	X
	Dehydratatie	X	X	...
	Sondevoeding	X	X	...
	Juist en verantwoord medicatiegebruik	X	...	...
	Tabak- en alcoholgebruik	X	X	...
	Urine-incontinentie	X	X	...
	Darmproblemen	X	X	...
Heropname	...	...	X	

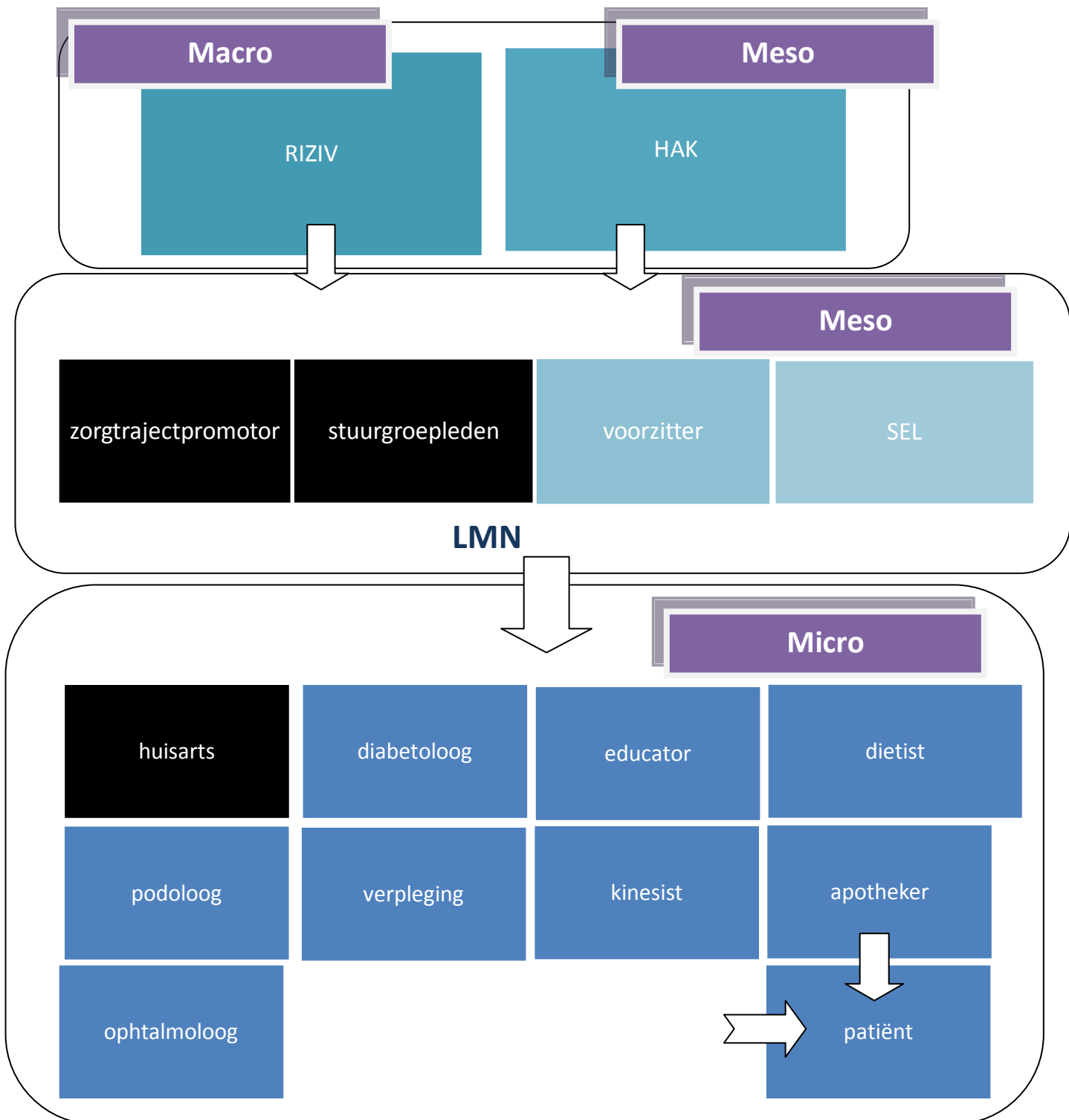
Bijlage 6 : Zorghalen berekend door BelRAI. (bron: belrai.org)

- Hiërarchische ADL
- Leeftijd
- BMI
- Communicatie
- IADL-uitvoering
- IADL-mogelijkheden
- Cognitieve performantie 2
- Depression Rating Scale
- Pijn
- CHES (changes in health, end state disease and symptoms and signs scale)
- MAPLe (method for assigning priority levels)
- Decubitus
- PURS (pressure ulcer risk scale)

Bijlage 7: Kwaliteitsindicatoren in de thuiszorg (versie MDS-HC 2.0)

22 Kwaliteitsindicatoren MDS-thuiszorg	
Voeding	Prevalentie van inadequate maaltijden Prevalentie van gewichtsverlies Prevalentie van deshydratatie
Medicatie	Prevalentie van het niet opvolgen van medicatie door de arts
Incontinentie	Falen in verbetering incidentie blaasincontinentie Falen in verbetering incidentie huidulcera
Fysieke toestand	Prevalentie van het gebrek aan hulpmiddelen voor patiënten met locomotorische problemen Prevalentie van ADL/revalidatiepotentieel maar geen behandeling Falen in verbetering van incidentie van ADL-daling Falen in verbetering van incidentie van verstoorde beweging in rusthuis Valprevalentie
Cognitieve functie	Prevalentie van sociale isolatie Falen in verbetering van incidentie van cognitief verlies Prevalentie van delirium Prevalentie van negatieve stemming Falen van verbetering in incidentie moeilijke communicatie
Pijn	Prevalentie van storende of intense dagelijkse pijn Prevalentie van onvoldoende pijncontrole onder diegenen met pijn
Veiligheid/Omgeving	Prevalentie van verwaarlozing/misbruik Prevalentie van kwetsuren
Andere	Prevalentie van personen zonder griepvaccinatie Prevalentie van hospitalisatie

Bijlage 8: Overzicht van alle betrokken partijen binnen het zorgtraject (personen in de zwarte kaders werden geïnterviewd)



Bijlage 9: Innovatiecurve van Rogers

