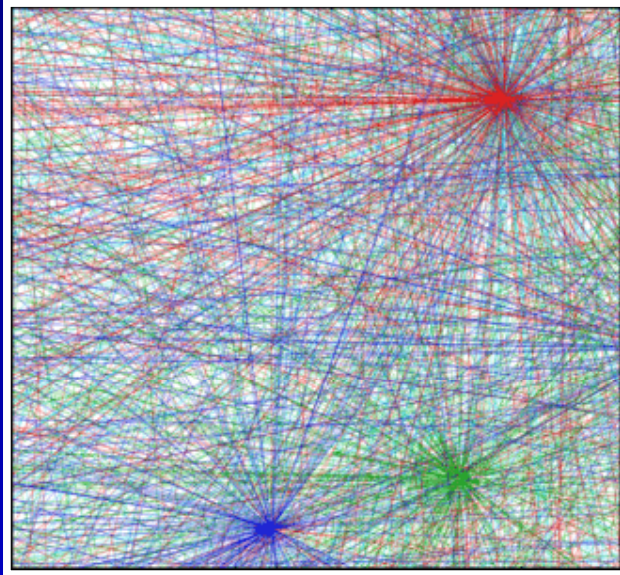


Manon H. Schrage- Jellema



‘Samen beter’

Een studie naar samenwerking tussen huisartsenpraktijken, (revalidatie)ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in de zorg voor mensen met *diabetes mellitus* in de regio Twente

Universiteit Twente
Enschede, juni 2008



‘Samen Beter’

Een studie naar samenwerking tussen huisartsenpraktijken,
(revalidatie)ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in de zorg
voor mensen met diabetes mellitus in de regio Twente.

**Afstudeeronderzoek in opdracht van:
Universiteit Twente**

Auteur:

M.H. Jellema (0130990)
Universiteit, Twente
Faculteit Management en Bestuur
Opleiding Gezondheidswetenschappen, Master of Health Sciences

De studie is begeleid door:

Prof. Dr. W. van Rossum
Dr. H.G.M. Oosterwijk

Voorwoord

King Whitney Jr. stated, "Change has a considerable psychological impact on the human mind. To the fearful it is threatening because it means that things may get worse. To the hopeful it is encouraging because things may get better. To the confident it is inspiring because the challenge exists to make things better."

Door de dubbele vergrijzing en doordat mensen steeds ongezonder leven stijgt de zorgvraag van chronische patiënten explosief. Hierdoor staat de gezondheidszorg voor een aantal uitdagingen waar op korte termijn oplossingen voor moeten worden gevonden. De oplossingen voor problemen binnen de gezondheidszorg kunnen worden gezocht op verschillende terreinen, waaronder op het gebied van organisatie van zorg en toepassing van technologie. Naast organisatorische, technologische en beleidsmatige aspecten hebben deze veranderingen ook betrekking op de individuele hulpverleners die hierbij betrokken zijn. De mate waarin een veranderingsproces een verbetering van de kwaliteit van zorg bewerkstelligd hangt ook af van de attitude van hulpverleners ten opzichte van het veranderingsproces.

Deze veranderingen en uitdagingen binnen de gezondheidszorg hebben mijn interesse gewekt en uiteindelijk geleid tot het uitvoeren van een afstudeeronderzoek en daarmee het afsluiten van de Master Health Sciences aan de Universiteit Twente.

Graag wil ik alle hulpverleners en organisaties die aan dit onderzoek hebben meegewerkt bedanken voor hun bijdrage. Zonder hen zou het niet mogelijk zijn geweest om het onderzoek uit te voeren. Tevens wil ik prof. dr. van Rossum en dr. Oosterwijk van de Universiteit Twente bedanken voor hun directe betrokkenheid bij mijn onderzoek. De opbouwende kritiek, hun waardevolle aanwijzingen, maar bovenal de inspirerende gesprekken hebben ertoe geleid dat ik geprikkeld werd dit onderzoek op een zo goed mogelijke manier uit te voeren en dit zo nauwkeurig mogelijk te rapporteren. Daarnaast wil ik van deze gelegenheid gebruik maken om Karen Mentink en Wencke Eijkelkamp te bedanken voor de samenwerking. Met hen heb ik het project opgezet waarna ieder zijn eigen deelonderzoek heeft uitgevoerd. Tot slot, een dankwoordje voor mijn familie en vrienden. Dank voor jullie interesse en steun tijdens mijn afstudeerperiode!

Manon Schrage-Jellema
Enschede, juni 2008

Abstract

Background and research question

Several studies have pointed out that the care for people with a chronic condition in the Netherlands isn't optimal. Many chronic patients are not treated effectively and the quality of healthcare is not sufficient (WHO, 2002). There is currently a gap between demand and supply; this requires a proper solution (Rosendal, 2006). One of the largest problems in the healthcare sector is that capacity problems (will) exist. The community is getting greyer (rags), on average people become older and people live there lives unhealthier. These and other factors raise the pressure on healthcare. Diverse solutions, including better cooperation between healthcare workers, a different care organisation and the use of ICT are mentioned in literature to prevent bottlenecks. Just like the other regions in the Netherlands, the region Twente has to find solutions for their capacity problems. There are various bottlenecks.

In order to guarantee the quality of the healthcare for patients with a chronic condition in the region Twente it is of crucial importance to gain knowledge about the current situation of cooperation within healthcare according to people with a chronic condition and to establish what the bottlenecks are. For this it's also important that the network of healthcare workers is mapped out. Only in that way is it possible to conduct effective interventions like ICT or maybe other interventions to reach the desired level of healthcare and to use ICT on a more effective and efficient way.

Because few studies have been conducted about cooperation and synchronization in the care of chronically ill people (Janssen Duyghuysen, 2005), it is interesting to take this subject as a starting point in this study. This partial study aims at the chronic illness 'diabetes' and is a part of a study where the chronic conditions Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Cerebrovasculair Accident (CVA) are also represented. For each chronic condition there is a separate written report, which is comparable with regards to the construction and the content. This study aims to research the chronic condition diabetes. Diabetes is a condition where the body is unable to automatically regulate blood glucose levels, resulting in too much glucose (a sugar) in the blood. Diabetes is expected to become the number one illness in the Netherlands. In the Netherlands there are already 600.000 people diagnosed with diabetes.

In this study a research has been conducted with regards to the cooperation between healthcare workers (and organisations) in the chronic illness care sector. Another objective of the study was to find points of action which can be improved within the care for diabetes mellitus in the region Twente.

The central research question of this study is:

'What does the current network of healthcare organisations (healthcare workers) in Twente look like and what issues can be improved within the care process of the chronic condition diabetes mellitus?'

The study will contribute to the increase of knowledge about the current situation regarding the care for diabetes patients in the region Twente. The study provides an insight into what the network of healthcare workers in diabetes care looks like in Twente. Besides that, it will give insight into the desired organisation for diabetes care in Twente. The research also provides insight into how the cooperation between the involved healthcare workers takes place within the diabetes network in Twente. A fourth objective of the research was to inform the project team of IZIT (Innovation in healthcare by means of ICT) about the way information is exchanged between healthcare workers (information systems). Finally the research will give insight into the problems and issues which can be improved in the diabetes care sector in Twente.

Research methodology

In order to answer the central research question several methods of data collection have been used namely a literature study, semi-structured interviews and questionnaires. For the development of the questionnaire, the Chronic Care Model of Wagner (CCM) (1996) has been used. The CCM is an evidence based, conceptual framework. The model describes changes to the healthcare system that help practices, particularly those in primary care settings, to improve outcomes amongst patients with chronic conditions. The CCM has been alongside the use for the development of the questionnaires, dually applied; The model has been used as an 'ideal model' and has also been used as an 'analyse model' in order to research to what extent the current situation according to diabetes care in Twente corresponds to the 'ideal model'. The questionnaires were obtained on an operational level within the region Twente. In total 1060 questionnaires were distributed amongst various healthcare workers groups. The visions of the general practitioners, nurses and specialists on the cooperation between themselves were a central issue in the completion of the questionnaire.

Conclusions

On the basis of this enquiry, the following can be concluded. The network of healthcare workers around the diabetes patient is rather large and mainly occurs in the primary care sector. The 'diabetes nurse' appears to be the most important healthcare worker within the diabetes network (according to the healthcare workers). In contrast the 'local practice nurse' (praktijkverpleegkundige) appears to have an inferior role within the diabetes network. It appears that the opportunities to use of the 'local practice nurse' are not yet optimally utilized.

Within the network around the diabetes patient it appears that there is minimum cooperation for the good of the patient. Also community resources are not optimally used. The research shows that currently the use of resources such as 'informal care' and 'alternative' care is minimal. Also the utilization of 'informal homecare workers' ('Mantelzorgers') is insufficient and healthcare workers cooperate too little with them. An important bottleneck is that there is a shortage in the amount of 'informal homecare workers'.

In Twente many initiatives for cooperation projects have been taken. However it appears that the most cooperation projects do not structurally take place and not all of the important players in diabetes care are involved in these projects.

It also seems that a clear 'director' within the network is missing. An important gap in the current organisation of healthcare is that the patient does not have a central position in his own care process. Besides that, it seems that the patient doesn't have optimal freedom of choice in the offer of care available. The resources for self management support are still insufficient. Another remarkable aspect in diabetes care is that there is too little attention for the psycho-social side of the condition. A cause can be that the care is often aimed on 'cure' and less often on 'care'. Currently it seems that a transformation with regards to this issue is underway.

The cooperation between healthcare workers in Twente is not yet optimal. Cooperation occurs but it seems that the cooperation is greatly fragmented. Cooperation often takes place between people who know each other and referrals often occur selectively. Also there is a lack of structural cooperation agreements, which involve all the relevant cooperation partners within the diabetes network. The research shows that the healthcare workers work too little (or not at all) according to shared protocols regarding cooperation. Also tasks, roles and responsibilities of the healthcare workers are insufficient defined. In diabetes care there are many tasks which can be executed by multiple healthcare workers. The research shows that both the cooperation and the coordination of care is insufficiently structured. Healthcare workers are often not informed about which fellow healthcare workers are involved in the network of diabetes care. Interactions are not always adjusted to each other, each individual healthcare worker provides his own share of the care within the care process of the patient, and is often unaware of their colleague's treatment results. Information is not shared unambiguously and there is no integrated way of documentation.

Besides that, the information seems to be shared selectively. When you look at the information flows it's the crisscross of information flows which is remarkable. There seems to be little structure. The lack of coordination and cooperation within the diabetes network can be an explanation for this lack of structure. The literature showed that ICT can be important for the improvement of coordination and adjustment in healthcare. In Twente the project IZIT (Innovation in healthcare by means of ICT) tries to connect, optimize and to innovate the care in Twente. However the use of ICT in diabetes care is not yet optimal. Currently it is not possible for every important healthcare worker to share information via the Electronic Patient's Dossier (EPD). Few healthcare workers use this system.

In the current situation information is not always timely available. The optimal use of ICT within the diabetes network seems to be very difficult. There is too much vagueness about which player belongs to the diabetes network in Twente. Besides that, there seems to be many differences between the healthcare workers with regards to the demands, stakes and conditions for the use of ICT. There seems to be a diversity across the region. However there does seem to be a consensus for the application of ICT and healthcare workers realise the importance of ICT for increasing the efficiency and effectiveness of the healthcare system. ICT will mostly play an important role in the sharing of information.

Recommendations

On the basis of the completed inquiry four recommendations can be made. Firstly it is important that the transformation in healthcare from 'acute' care to chronic illness care is continued. It is important

that the care is organised around the diabetes patient. Besides that, healthcare workers should emphasise the central position of the patients more strongly and the interest of the patient should be the priority. It is therefore necessary to implement cooperation in the best interest of the patient. Possible examples are the cooperation with healthcare workers from the 'alternative' care sector, for example the homoeopathist. Besides that the patient's access to information should be improved. There should also be more attention for the psycho-sociological side of the condition. Homecare workers' should be also assigned a more eminent role within the network and the possibilities of the 'local practice nurse' should be optimised.

A second recommendation is that there should be more invested in structural cooperation networks. The project to improve cooperation in diabetes care should be more integrally applied. Besides that, a clear 'director' in diabetes care is necessary. For optimization of the quality of diabetes care it is important that all (important for the diabetes patient) players are involved in such a project. Also, more 'evidence based' protocols and guidelines according to coordination and adjustment in healthcare, should be shared among all involved healthcare workers.

A third recommendation is that ICT can deliver potentially an important contribution to the quality of diabetes care. Information systems can contribute to an effective and efficient coordination of diabetes care. Currently the care seems mainly dependent on individual healthcare workers and depends less on the system. This causes arbitrariness which is an obstructing factor for the informatization/ computerization of the diabetes network in Twente. Only when structural improvements have made within the organisation of healthcare in Twente, can the EPD function optimally. For the optimal use of ICT, it is necessary that *all* involved players are willing to interact with each other via a certain information system. Within the network, agreement should be made about which information will be shared with whom.

Discussion

The validity of the results of the research is low. Only 8,7 % of the approached healthcare workers participated in the study and returned their questionnaires. Also the percentage of the healthcare workers who participated in the semi-structured interviews was low. Besides that, there are big differences between the amounts of representation of the various healthcare worker groups. Because of this the results can present a (slightly) twisted representation of the reality. There are also questions, in the questionnaire, developed from the perspective of the various players and for some questions it was not possible to divide per chronic condition. Because of that it was not possible to specify some research results and therefore the content validity of the instrument is negatively influenced. It's not possible to generalise the results with respect to a larger population.

Samenvatting

Achtergrond en vraagstelling

Uit onderzoeken is gebleken dat de zorg voor mensen die langdurig ziek zijn (mensen met een chronische aandoening) in Nederland niet optimaal is. Veel chronische patiënten worden onvoldoende effectief behandeld en de kwaliteit van zorgverlening schiet daardoor tekort (WHO, 2002). Er bestaat momenteel een kloof tussen vraag en aanbod, wat vraagt om een goede oplossing (Rosendal, 2006). Eén van de grootste problemen binnen de gezondheidszorg is dat er capaciteitsproblemen aan het ontstaan zijn. De samenleving vergrijsst (ontgroent), mensen worden gemiddeld ouder en zijn steeds ongezonder gaan leven. Onder andere deze factoren leiden ertoe dat de druk op de gezondheidszorg stijgt. Diverse oplossingen, waaronder betere samenwerking tussen hulpverleners, een andere organisatie van zorg en gebruik van ICT worden in de literatuur genoemd om knelpunten tegen te gaan. Net als in andere regio's in Nederland heeft de regio Twente te maken met capaciteitsproblemen waar oplossingen voor gezocht moeten worden. Er is sprake van een aantal knelpunten. Om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor chronisch zieken in de regio Twente in de toekomst te kunnen waarborgen, is het van cruciaal belang om te weten hoe de huidige situatie van samenwerking binnen de gezondheidszorg met betrekking tot chronische aandoeningen er voor staat en wat de knelpunten hierbij zijn. Hiervoor is het tevens belangrijk dat het netwerk van hulpverleners in kaart wordt gebracht. Alleen op die manier is het mogelijk om doeltreffende interventies, zoals ICT of wellicht andere, uit te kunnen voeren om tot het gewenste niveau van gezondheidszorg te komen én om ICT effectiever en efficiënter in te kunnen zetten.

Omdat op het gebied van samenwerking en afstemming van zorg voor chronisch zieken weinig onderzoek is uitgevoerd (Janssen Duyghuysen, 2005), is het interessant om dit onderwerp als uitgangspunt te nemen voor het onderzoek. Dit deelonderzoek betreft een onderzoek dat zich richt op het ziektebeeld diabetes mellitus en maakt onderdeel uit van een onderzoek waarin ook de chronische aandoeningen Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en Cerebrovasculair Accident (CVA) vertegenwoordigd zijn. Voor ieder ziektebeeld is een apart onderzoeksrapport geschreven, dat wat betreft opbouw en inhoud vergelijkbaar is. Dit onderzoek richt zich op het ziektebeeld diabetes mellitus ofwel suikerziekte. Diabetes mellitus is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Diabetes mellitus is hard op weg om volksziekte nummer 1 te worden. In Nederland is bij ongeveer 600.000 mensen diabetes mellitus gediagnosticeerd.

In deze scriptie is onderzoek gedaan naar samenwerking tussen hulpverleners bij de zorg voor chronisch zieken. Bij het onderzoeken van de huidige samenwerking tussen hulpverleners is tevens onderzocht waar aangrijpingspunten liggen voor verbetering van het zorgproces voor mensen met diabetes mellitus binnen de regio Twente.

De centrale vraag van het onderzoek is:

'Hoe ziet het huidige netwerk van zorginstellingen(-verleners) in Twente er uit en waar liggen aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van het zorgproces van het chronische ziektebeeld diabetes mellitus?'

Het onderzoek draagt bij aan de uitbreiding van kennis over de huidige situatie ten aanzien van de zorg rondom diabetespatiënten binnen de regio Twente. Het geeft ten eerste inzicht in hoe het netwerk van hulpverleners er uit ziet rondom patiënten met diabetes mellitus in de regio Twente. Ten tweede geeft het een beeld van de wenselijke organisatie van de gezondheidszorg rondom patiënten met diabetes mellitus in Twente. Ten derde geeft het onderzoek inzicht in hoe de samenwerking tussen betrokken hulpverleners georganiseerd is binnen het netwerk rondom patiënten met diabetes mellitus in de regio Twente. Ten vierde zal het onderzoek gebruikt kunnen worden om IZIT te informeren over de manier waarop informatie tussen hulpverleners wordt gedeeld (informatiesystemen). Als laatste geeft het onderzoek inzicht in problemen en aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van de zorgverlening rondom mensen met diabetes mellitus in de regio Twente.

Onderzoeksmethode

Om tot beantwoording van de centrale vraag te komen is er gebruik gemaakt van drie onderzoeksmethoden namelijk literatuurstudie, semi-gestructureerde interviews en enquêtes. De enquête is ontwikkeld aan de hand van het Chronic Care Model van Wagner (1996). Dit conceptuele model, dat op wetenschappelijk bewijs is gebaseerd, beschrijft veranderingen in het zorgsysteem waarmee de kwaliteit van zorg voor chronische zieken verbeterd kan worden. Het model belicht de organisatie van de gezondheidszorg vanuit meerdere invalshoeken en kan breed worden toegepast. Het CCM is in het onderzoek naast de toepassing voor de enquêtes tweeledig gebruikt: het is als normatief model toegepast en het is tevens als analysemodel gebruikt om te onderzoeken in hoeverre de huidige gezondheidszorg met betrekking tot diabetes mellitus overeenkomt met het 'ideaalmodel' dat geschetst wordt in het CCM. De enquêtes zijn afgenomen op operationeel niveau binnen de regio Twente. In totaal zijn 1060 enquêtes onder de diverse hulpverlencategorieën verspreid. Bij het invullen van de enquête stond de visie van de huisartsen, verpleegkundigen en specialisten op de onderlinge samenwerking centraal.

Conclusies

Gebleken is dat het netwerk rondom patiënten met diabetes mellitus tamelijk groot is en zich voornamelijk in de eerste lijn afspeelt. De diabetesverpleegkundige wordt als meest belangrijke hulpverlener gezien. In tegenstelling tot de diabetesverpleegkundige lijkt de praktijkverpleegkundige nog een ondergeschikte rol in het netwerk van de diabetespatiënt te spelen. De mogelijkheden van de praktijkverpleegkundige lijken nog niet optimaal benut te worden. Binnen het netwerk rondom de diabetespatiënt lijkt van samenwerken in het belang van de patiënt nog nauwelijks sprake en worden

bronnen vanuit de maatschappij nog niet optimaal benut. Zo is uit het onderzoek gebleken dat op dit moment nog te weinig gebruik wordt gemaakt van zowel 'informele' als van 'alternatieve' zorg. Zo worden mantelzorgers nog onvoldoende ingezet maar ook worden zij nog onvoldoende bij de zorg betrokken door de hulpverleners. Een belangrijk knelpunt is dat er ook daadwerkelijk een tekort is aan het aantal mantelzorgers.

In Twente worden veel initiatieven ten aanzien van samenwerkingsprojecten genomen. Echter lijken de meeste samenwerkingverbanden en projecten weinig structureel plaats te vinden en worden niet alle belangrijke actoren voor diabeteszorg bij de projecten betrokken. Tevens lijkt een duidelijke regisseur binnen het netwerk te ontbreken. Een belangrijke hiaat in de huidige organisatie van zorg is dat de patiënt (nog) niet centraal lijkt te staan in zijn eigen zorgproces. Daarnaast lijkt de patiënt nog geen optimale keuzevrijheid te hebben in het aanbod van zorg. Tevens schieten voorzieningen die de patiënt zouden moeten ondersteunen bij zelfzorg nog te kort. Een ander opvallend aspect bij de diabeteszorg is dat de psychosociale kant van de zorg onderbelicht lijkt te zijn. In de zorg voor mensen met diabetes mellitus wordt de nadruk vaak gelegd op de somatische kant van de aandoening, terwijl psychosociale behandeling ook van belang is. Een oorzaak hiervan kan zijn dat de zorg vaak gericht is op 'cure' en minder op 'care'. Hier lijkt momenteel al wel een omslag in plaats te vinden. Wanneer wordt gekeken naar de samenwerking tussen hulpverleners binnen het netwerk van de diabetespatiënt valt op dat de huidige manier van samenwerken en de kwaliteit van samenwerking tussen hulpverleners niet optimaal is. Er wordt tussen hulpverleners wel samengewerkt, maar de samenwerking is sterk versnipperd. Er vindt vaak slechts samenwerking plaats tussen hulpverleners die elkaar kennen en doorverwijzingen vinden regelmatig selectief plaats. Tevens worden er nauwelijks structurele samenwerkingsafspraken gemaakt, die van toepassing zijn op alle samenwerkingspartners binnen het netwerk van de diabeteszorg. Zo blijkt dat er door de hulpverleners niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt van gedeelde richtlijnen en protocollen die gericht zijn op coördinatie van zorg en samenwerking. Tevens zijn taken, rollen en verantwoordelijkheden van hulpverleners nog niet voldoende afgebakend en zijn ze binnen het netwerk dan ook niet bij iedereen bekend. Zo zijn er in de diabeteszorg veel taken die door meerdere hulpverleners uitgevoerd zouden kunnen worden.

Uit het onderzoek is gebleken dat zowel de samenwerking als coördinatie van zorg weinig structureel plaats lijkt te vinden. Hulpverleners zijn vaak niet op de hoogte van welke collega hulpverleners betrokken zijn in de zorg rondom mensen met diabetes mellitus. Interacties zijn niet altijd op elkaar afgestemd, iedere hulpverlener levert zijn individuele onderdeel van zorg in het behandeltraject, terwijl er vaak geen zicht is op behandelresultaten van collega's. Informatie wordt niet op eenduidige wijze gedeeld en er is geen sprake van een geïntegreerde manier van documenteren. Daarnaast wordt informatie slechts selectief gedeeld en niet met alle in de diabeteszorg belangrijke actoren.

Wanneer gekeken wordt naar informatiestromen valt op dat er een 'wirwar' van informatiestromen bestaat. Er lijkt weinig structuur in te zitten. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat de samenwerking 'versnipperd' is en doordat er vaak een duidelijke regisseur ontbreekt. Tevens zijn er weinig gedeelde protocollen en zijn taken, bevoegdheden nog onvoldoende duidelijk en afgebakend.

In Twente wordt middels het project IZIT ('Innovatie van zorg door ICT') getracht om zorg en ICT in Twente te koppelen, te optimaliseren en te innoveren (IZIT). Het gebruik van ICT in de diabeteszorg in Twente lijkt echter nog niet optimaal te zijn. Op dit moment is het nog niet voor iedereen mogelijk om via het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) behandelinformatie te delen. Slechts een beperkt aantal hulpverleners maakt gebruik van het EPD. In de huidige situatie blijkt dan ook dat benodigde gegevens in de praktijk vaak niet altijd tijdig beschikbaar zijn. Een optimaal gebruik van ICT binnen het netwerk van diabetespatiënten lijkt een lastige opgave te zijn. Er zijn nog veel onduidelijkheden wat betreft welke actoren wel of niet tot het netwerk van informatie delen behoren. Ook lijkt de patiënt nog onvoldoende toegang te hebben tot informatie. Tevens lijken er grote verschillen tussen hulpverleners te bestaan in de eisen, belangen en voorwaarden voor het gebruik van ICT. Er lijkt een grote diversiteit in de hele regio te bestaan. Wel blijkt er veel draagvlak te bestaan voor het gebruik van ICT in de zorg en zien de meeste hulpverleners het belang voor het verbeteren van efficiëntie en effectiviteit van zorg in. ICT kan vooral op het gebied van informatie uitwisseling een belangrijke rol kan spelen. Tevens zal ICT een rol (kunnen) spelen bij de afstemming en coördinatie van zorg. Echter zijn er voor een optimaal gebruik van ICT om de samenwerking te verbeteren tussen hulpverleners een aantal belangrijke randvoorwaarden noodzakelijk.

Aanbevelingen

Op grond van het verrichte onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan. Ten eerste is het van belang dat de omslag in diabeteszorg van 'acute' zorg naar chronische zorg wordt doorgezet. Zo is het van belang dat de zorg wordt ingericht rondom de patiënt. Tevens dienen hulpverleners de centrale rol van patiënten sterker te benadrukken en moet het belang van de patiënt vooropstaan. Zo zouden daarom samenwerkingsverbanden kunnen worden aangegaan in het belang van de patiënt. Hierbij kan worden gedacht aan hulpverleners uit het alternatieve circuit zoals een homeopaat. Daarnaast zal de toegankelijkheid van informatie voor de patiënt moeten worden verbeterd. Ook zal meer aandacht moeten komen voor de psychosociale kant van de ziekte. Tevens moeten mantelzorgers een meer prominente rol krijgen binnen het netwerk. In Twente kunnen de mogelijkheden van praktijkverpleegkundigen nog beter benut worden.

Ten tweede zal er geïnvesteerd moeten worden in structurele samenwerkingsverbanden. Projecten voor het verbeteren van samenwerking en coördinatie van diabeteszorg zouden meer integraal en structureel moeten worden toegepast. Tevens zal er een duidelijke regisseur binnen het netwerk van de diabetespatiënt moeten komen. Voor optimalisatie van de kwaliteit diabeteszorg is het van belang dat alle, voor de *patiënt*, belangrijke actoren in een dergelijk project betrokken worden. Hierbij is een open houding van hulpverleners, om samenwerkingsverbanden aan te gaan met 'nieuwe' partners, noodzakelijk. Tevens zouden meer waar mogelijk 'evidence based' protocollen en richtlijnen ten aanzien van coördinatie en afstemming van zorg, gedeeld moeten worden door alle relevante actoren. Ten derde kan ICT in potentie een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van diabeteszorg. Zo kunnen informatiesystemen bijdragen aan een effectieve en efficiënte coördinatie van diabeteszorg. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat vooral de coördinatie en afstemming van zorg voor mensen met diabetes mellitus in Twente op veel punten nog sterk kan verbeteren. De zorg lijkt vooral

afhankelijk van individuen en in mindere mate van het systeem. Daardoor ontstaat willekeur wat een belemmerende factor is voor het informatiseren van het diabetesnetwerk in Twente. Alleen wanneer structurele verbeteringen worden bewerkstelligd, binnen de organisatie van zorgverlening in Twente, kan het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) optimaal fungeren. Het is noodzakelijk dat *alle* betrokken actoren bereid zijn om via een bepaald informatie systeem met elkaar te interacteren wil ICT optimaal werken. Binnen het netwerk moeten tevens afspraken worden gemaakt over hoe door alle betrokken hulpverleners informatie wordt gedeeld en welke informatie met wie wordt gedeeld.

Discussie

De betrouwbaarheid van de resultaten uit het 'Samen Beter' onderzoek is laag. Slechts 8,7 procent van de benaderde hulpverleners heeft uiteindelijk deelgenomen aan het invullen en retourneren van de enquêtes. Ook het percentage van de gevraagde hulpverleners die uiteindelijk geïnterviewd zijn is laag. Daarnaast kan worden zijn er grote verschillen aanwezig in de mate van deelname aan het onderzoek tussen de verschillende categorieën hulpverleners. Hierdoor kunnen uitkomsten een incorrect beeld geven van de werkelijkheid. Tevens zijn de vragen ontwikkeld vanuit het perspectief van de verschillende hulpverlencategorieën en was het bij een aantal vragen niet mogelijk om onderscheid te maken tussen de drie chronische aandoeningen. Hierdoor kunnen een aantal onderzoeksresultaten niet worden gespecificeerd naar ziektebeeld diabetes mellitus en is daarmee de validiteit van het meetinstrument (de inhoudsvaliditeit) in een aantal opzichten laag. De onderzoeksresultaten zijn daardoor niet zonder meer te generaliseren naar populatieniveau.

Inhoudsopgave

Inleiding	15
Aanleiding en verantwoording van het onderzoek	17
Hoofdstuk 1 Diabetes mellitus	20
1.1 Ziektebeeld.....	20
1.2 Diabeteszorg in Nederland.....	22
Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet	23
2.1 Keuze van chronische aandoening.....	23
2.2 Keuze van actoren	23
2.3 Onderzoeksvraag.....	25
2.4 Subvragen	26
2.5 Doelen	26
2.6 Methoden van onderzoek.....	26
- Literatuurstudie	27
- Semi-gestructureerde interviews	27
- Enquête	27
2.7 Operationalisatie	28
Hoofdstuk 3 Gewenste situatie volgens het Chronic Care Model (CCM)	29
3.1 Het Chronic Care Model (CCM).....	29
3.2 De toepassing van het Chronic Care Model	31
3.3 Gewenste situatie diabetes mellitus volgens CCM.....	31
3.3.1 Community.....	31
3.3.2 Healthsystem	33
3.3.3 Delivery System Design.....	34
3.3.4 Selfmanagement support.....	36
3.3.5 Decision Support	37
3.3.6 Clinical Information Systems	38
3.3.7Verwachtingen voor diabeteszorg in Twente.....	39
Hoofdstuk 4 Resultaten	40
4.1 Respons	40
4.2 De huidige situatie ten aanzien van diabeteszorg in Twente.....	40
4.2.1 Community.....	40
4.2.2 Health system	44
4.2.3 Delivery System Design.....	48
4.2.4 Selfmanagement support.....	53

4.2.5 Decision Support	55
4.3.6 Clinical Information Systems	57
Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen	63
5.1 Conclusies.....	63
5.2 Aanbevelingen	67
5.3 Discussie.....	69
Literatuurlijst.....	70

Bijlage 1: ‘Samen Beter’ enquête

Inleiding

Uit onderzoeken is gebleken dat de zorg voor mensen die langdurig ziek zijn (mensen met een chronische aandoening) in Nederland niet optimaal is. Veel chronische patiënten worden onvoldoende effectief behandeld en de kwaliteit van zorgverlening schiet daardoor tekort (WHO, 2002). Er bestaat momenteel een kloof tussen vraag en aanbod, dit vraagt om een goede oplossing (Rosendal, 2006). Eén van de grootste problemen binnen de gezondheidszorg is dat er capaciteitsproblemen aan het ontstaan zijn. De samenleving vergrijsst (ontgroent), mensen worden gemiddeld ouder en zijn steeds ongezonder gaan leven. Onder andere deze factoren leiden ertoe dat de druk op de gezondheidszorg stijgt. Diverse oplossingen, waaronder betere samenwerking tussen hulpverleners, een andere organisatie van zorg en gebruik van ICT worden in de literatuur genoemd om knelpunten tegen te gaan.

Net als in andere regio's in Nederland heeft de regio Twente te maken met capaciteitsproblemen waar oplossingen voor gezocht moeten worden. Er is sprake van een groot aantal knelpunten.

Het onderzoek richt zich op zorgnetwerken binnen de regio Twente voor mensen met chronische aandoeningen waarbinnen verschillende actoren met elkaar samenwerken. Dit deelonderzoek richt zich op het ziektebeeld diabetes mellitus. Het maakt onderdeel uit van een onderzoek waarin ook de chronische aandoeningen Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en Cerebrovasculair Accident (CVA) vertegenwoordigd zijn. Voor ieder ziektebeeld is een apart onderzoeksrapport geschreven, dat wat betreft opbouw en inhoud vergelijkbaar is.

Door middel van onderzoeksresultaten die uit semi-gestructureerde interviews en uit enquêtes zijn verkregen, heeft er beeldvorming plaats kunnen vinden van hoe de samenwerking tussen hulpverleners en organisaties in zorg voor chronisch zieken in Twente er uit ziet rondom de drie chronische aandoeningen.

Leeswijzer

Deze scriptie is onderverdeeld in verschillende hoofdstukken, paragrafen en subparagrafen. Na de inhoudsopgave volgen de aanleiding en verantwoording van het onderzoek. In hoofdstuk 1 wordt uitgelegd wat het chronische ziektebeeld diabetes mellitus is en welke aspecten de ziekte kenmerken die van invloed zijn op samenwerking en netwerkvorming. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 de onderzoeksopzet weergegeven. De onderzoeksvraag en de gebruikte methoden zijn hierin beschreven. Tevens volgt in dit hoofdstuk een uiteenzetting van de keuze van het ziektebeeld diabetes mellitus voor het onderzoek, wat het ziektebeeld inhoudt en welke actoren bij het onderzoek betrokken zijn. Tevens wordt kort de diabeteszorg in Nederland besproken.

Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van het analysemodel dat binnen het onderzoek toegepast is. Het Chronic Care Model (CCM) wordt in dit hoofdstuk beschreven en wordt toegepast om een beeld te geven van de wenselijke zorg voor mensen met diabetes mellitus in Twente.

In hoofdstuk 4 wordt aan de hand van de verkregen onderzoeksresultaten vergeleken in hoeverre de werkelijke gezondheidszorg binnen Twente overeenkomt met het ideaalbeeld dat het CCM schetst.

Door de praktijk met de theorie te vergelijken kunnen in hoofdstuk 5 tenslotte conclusies worden getrokken en kunnen aanbevelingen worden gedaan die mogelijke aangrijpingspunten vormen om de gezondheidszorg in Twente rondom het chronische ziektebeeld diabetes mellitus in de toekomst te kunnen verbeteren.

Aanleiding en verantwoording van het onderzoek

In Nederland is sprake van een sterke toename van het aantal mensen dat lijdt aan een chronische aandoening. Deze stijging is, zo is uit diverse onderzoeken gebleken, voor een groot gedeelte te wijten aan een ongezonde levensstijl die veel mensen hebben en aan de dubbele vergrijzing waar Nederland mee te kampen heeft (RIVM, 2002). De ongezonde levensstijl speelt binnen de maatschappij vooral een rol onder jongeren. Onder hen wordt relatief veel gerookt en veel alcohol genuttigd. Andere oorzaken van deze ongezonde levensstijl zijn veelal een tekort aan beweging en eenzijdige en ongezonde voeding.

De dubbele vergrijzing echter wordt veroorzaakt door een toename van het aantal mensen boven de leeftijd van 65 jaar en het feit dat mensen gemiddeld steeds ouder worden. Beide groepen veroorzaken een grote stijging van de vraag naar langdurige zorg. Dit legt een grote druk op de gezondheidszorg en vraagt dan ook om een gedegen oplossing.

Verondersteld wordt dat een andere organisatie (Van der Kraan, 2006) en volumegroei van het aantal hulpverleners (Rosendal, 2006) binnen de gezondheidszorg noodzakelijk zijn om problemen te verhelpen. Vooral voor de categorie chronisch zieken- mensen die veelal langdurige zorg nodig hebben- blijkt de gezondheidszorg niet optimaal ingericht te zijn om hen effectief te behandelen. De kwaliteit van zorgverlening schiet tekort (WHO, 2002) en er bestaat een kloof tussen vraag en aanbod. Een effectieve aanpak is noodzakelijk om deze kloof te dichten (Rosendal, 2006) (VWS, 2007).

Volumegroei van het aantal hulpverleners binnen de gezondheidszorg wordt als een van de oplossingen gezien om hier in bij te dragen. Het wordt tevens als noodzakelijk geacht omdat het aantal ouderen over enkele jaren op zijn hoogtepunt is en het aantal potentiële verzorgenden dan minimaal is. Dat zal waarschijnlijk resulteren in een personeelstekort waarbij de zorg onbetaalbaar dreigt te worden (Rosendal, 2006). Naast het tekort aan potentiële verzorgenden blijft ook het aanbod van huisartsenzorg en mogelijk ook de thuiszorg achter (Nivel, 2005).

Er zijn dus een aantal knelpunten aanwezig binnen de gezondheidszorg waar op korte termijn oplossingen voor moeten worden bedacht.

Een andere organisatie van zorgverlening zou naast volumegroei van het aantal hulpverleners kunnen bijdragen aan het tegengaan van deze problemen. Veel mensen zijn van mening dat er binnen de gezondheidszorg beter moet worden samengewerkt tussen hulpverleners om de genoemde kloof tussen vraag en aanbod te dichten. Daarnaast moet volgens hen afstemming tussen hulpverleners meer vorm krijgen, zodat het verwachte capaciteitsprobleem en het kwaliteitsverlies van zorg kunnen worden tegengegaan (Van der Kraan, 2006). Samenwerking en afstemming van de zorg tussen hulpverleners uit de eerste, tweede en derde lijn wordt als belangrijk ervaren bij het leveren van zorg aan chronisch zieken. Daarnaast erkent de overheid dat er een andere organisatie van zorg (Van der Kraan, 2006) binnen de gezondheidszorg noodzakelijk is om ook chronisch zieken optimale zorg te kunnen bieden. Zowel patiënten als zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden hierbij gebaad zijn door de te behalen kwaliteitswinst en doelmatigheidsoverwegingen (Van Ede, 2007).

Het belang van samenwerking en afstemming binnen de gezondheidszorg wordt door veel mensen erkend. De wenselijkheid van goede samenwerking wordt dan ook door alle relevante partijen binnen de gezondheidszorg ondersteund (Rosendal, 2006) (Atwal,2002).

Het is opvallend dat ondanks alle voordelen die samenwerking volgens veel literatuurbronnen zou bieden én de wil die onder hulpverleners lijkt te bestaan om samen te werken, de huidige samenwerking tussen hulpverleners binnen gezondheidszorgnetwerken niet optimaal is. Zowel zorgaanbieders als zorgvragers bestempelen de huidige samenwerking tussen hulpverleners als onvoldoende (RIVM, 2004) en zijn van mening dat het veel beter kan.

Hier liggen een aantal belangrijke oorzaken aan ten grondslag. Eén van de oorzaken kan zijn dat organisaties die binnen netwerken participeren vaak in grootte verschillen en eigen doelstellingen hebben. Dit maakt netwerken complex en veelzijdig. Daarnaast is er in Nederland binnen de gezondheidszorg sinds enkele jaren sprake van gereguleerde marktwerking waar een zekere mate van concurrentie tussen onder andere zorgaanbieders een kenmerk van is (Van der Linden, 2001).

Patiënten hebben nu meer keuzevrijheid dan enkele jaren geleden, zij worden steeds mondiger en stellen meer eisen ten aanzien van zorgaanbieders. Het systeem van aanbodsturing heeft plaatsgemaakt voor vraagsturing met als doel om doelmatigheidsproblemen binnen de gezondheidszorg te verhelpen (Van den Broek, 2004). Door deze ontwikkelingen is het fenomeen samenwerken tussen organisaties binnen de gezondheidszorg er wellicht niet eenvoudiger op geworden wat gevolgen heeft voor de manier waarop netwerken stand hebben. Deze complexiteit heeft verstrekende gevolgen voor het wel of niet slagen van samenwerking en afstemming tussen hulpverleners in de praktijk.

Ondanks de complexiteit worden samenwerking en afstemming gezien als mogelijke oplossingen voor de (verwachte) problemen. Om samenwerking en afstemming meer vorm te geven wordt ICT vaak als hulpmiddel geopperd. ICT zou kunnen bijdragen aan het garanderen van goede, toegankelijke en betaalbare zorg (de Bakker et al., 2005).

Binnen heel Nederland zijn er binnen de gezondheidszorg veel initiatieven gaande op het gebied van ICT. Dit geldt ook voor de regio Twente; deze regio heeft namelijk het project IZIT ('Innovatie van zorg door ICT') opgezet, waarmee getracht wordt om zorg en ICT in Twente te koppelen, te optimaliseren en te innoveren (IZIT).

Er is echter, ondanks de inzet van ICT om samenwerking en afstemming tussen hulpverleners binnen de gezondheidszorg te verbeteren, in Nederland nog weinig onderzoek verricht naar welke organisaties er op dit moment precies betrokken zijn bij bepaalde chronische aandoeningen tijdens de verschillende fasen van het ziekteproces. Ook binnen de regio Twente is dit het geval. De mate waarin organisatie samenwerken is onduidelijk, net als de vorm en inhoud van interacties en coördinatie tussen betrokken actoren in relatie tot bepaalde chronische aandoeningen. Er blijkt nauwelijks inzicht te zijn in welke (potentiële) problemen er spelen binnen netwerken, wie deze knelpunten ondervindt en welke consequenties deze knelpunten hebben voor de zorgverlening van

chronisch zieken. Tevens is het de vraag of meer samenwerking en afstemming in deze regio leiden tot betere kwaliteit van zorgverlening voor chronisch zieken.

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor chronisch zieken in de regio Twente in de toekomst te kunnen waarborgen, is het van belang om te weten hoe de huidige situatie van samenwerking binnen de gezondheidszorg met betrekking tot diabetes mellitus er uit ziet en wat de knelpunten hierbij zijn. Op het gebied van samenwerking en afstemming van zorg voor chronisch zieken is tot op heden weinig onderzoek uitgevoerd, (Janssen Duyghuysen, 2005) waardoor het interessant is om dit onderwerp als uitgangspunt te nemen voor dit onderzoek. Om de gewenste onderzoeksresultaten te verkrijgen, is het belangrijk dat het netwerk van hulpverleners in kaart wordt gebracht. Momenteel is het namelijk onduidelijk hoe het netwerk van organisaties en hulpverleners in Twente er uit ziet rondom het chronische ziektebeeld diabetes mellitus. Alleen wanneer deze kennis aanwezig is, is het mogelijk om aangrijpingspunten te vinden om het zorgproces te verbeteren en daarmee doeltreffende interventies, zoals de toepassing van ICT of wellicht andere, uit te voeren om tot het gewenste niveau van gezondheidszorg te komen in Twente.

De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt dan ook:

'Hoe ziet het huidige netwerk van zorginstellingen(-verleners) in Twente er uit en waar liggen aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van het zorgproces van het chronische ziektebeeld diabetes mellitus?'

Hoofdstuk 1 Diabetes mellitus

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de ziekte diabetes mellitus inhoudt en worden een aantal belangrijke cijfers genoemd. Tevens zullen specifieke kenmerken van de aandoening die de organisatie van zorg beïnvloeden besproken worden. Als laatste zal kort beschreven worden wat de huidige stand van zaken is ten aanzien van diabeteszorg in Nederland is.

1.1 Ziektebeeld

Diabetes mellitus ofwel suikerziekte, is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Bij diabetes mellitus is het lichaam niet meer in staat om glucose goed te verwerken. Dat komt omdat er te weinig of geen insuline wordt aangemaakt of omdat het lichaam ongevoelig is geworden voor de insuline. Insuline is nodig voor het transport van glucose uit het bloed naar de lichaamsweefsels. Bij geen of onvoldoende insuline heeft het lichaam moeite om de glucose uit het bloed te krijgen en stijgen de bloedglucosewaarden. Hierdoor ontstaan allerlei klachten en complicaties. Er zijn twee vormen van diabetes mellitus te onderscheiden, namelijk diabetes mellitus type 1 en type 2. Diabetes mellitus type 1 is een auto-immuun- ziekte, waarbij de alveesklier te weinig insuline maakt. Dit type ontstaat vooral op jonge leeftijd. In tegenstelling tot type 1 is diabetes mellitus type 2, geen auto-immuunziekte, maar wordt veroorzaakt door een combinatie van insulineresistentie (lichaamscellen zijn minder gevoelig voor insuline dan normaal) en een tekort aan productie van insuline. Erfelijke en exogene factoren zoals vetzucht, infectie, zwangerschap e.d. spelen een begunstigde rol bij het ontstaan van type 2 diabetes. Diabetes type 2 ontstaat geleidelijk en komt vooral op middelbare en oudere leeftijd veel voor. Ongeveer 80- 90 procent van de diabetespatiënten heeft type 2 diabetes (Tacken, 2002).

Het onderscheid tussen type 1 en type 2 diabetes mellitus is in veel gevallen lastig te maken. Daarom wordt in deze scriptie gesproken over diabetes mellitus, waarmee beide types worden aangeduid. Er zal echter waar mogelijk onderscheid worden gemaakt tussen de twee types

Diabetes Mellitus is hard op weg om volksziekte nummer 1 te worden. In Nederland is bij ongeveer 600.000 mensen diabetes mellitus gediagnosticeerd. In verschillende bevolkingsonderzoeken is aangetoond dat deze getallen nog hoger liggen als ook de niet gediagnosticeerde patiënten worden meegeteld (RIVM, 2005). Het aantal ongediagnosticeerde diabeten wordt geschat op 250.000 mensen.

De incidentie van diabetes mellitus type 2 is gelijk voor mannen en vrouwen en neemt toe van 3 per 1000 per jaar voor de leeftijdscategorie 45-65 jaar tot 5-10 per 1000 voor 75 plussers.

De incidentie van diabetes mellitus type 1 en 2 samen is voor mannen en vrouwen ook nagenoeg gelijk: 4,5 per 1000 personen per jaar en neemt toe met de leeftijd. In 2003 kwamen er naar schatting 72.500 nieuwe patiënten met diabetes bij (NHG standaard, 2006) (RIVM, 2005). Sinds enkele jaren neemt ook de prevalentie van diabetes mellitus toe. In 2000 ging het om 29 per 1000 personen en in 2003 waren dat 36 per 1000 mannen en 39 per 1000 vrouwen (schattingen op

basis van huisartsen registraties), (RIVM, 2005) (Tacken, 2002). De prevalentie van diabetes mellitus neemt toe met de leeftijd. Verwacht wordt dat het aantal diabetespatiënten nog met tientallen procenten zal toenemen. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen zal het absolute aantal personen met diabetes mellitus tussen 2005 en 2025 met 32,5% stijgen. De verklaring van de stijging ligt vooral in de toenemende vergrijzing en veranderde leefstijl van de Nederlandse bevolking (voedingsgewoontes, beweging). De verwachting is dat door een toename van mensen met overgewicht het aantal patiënten met diabetes mellitus nog verder zal toenemen (RIVM, 2005). Overgewicht en gebrek aan voldoende beweging zijn verantwoordelijk voor de toename van het aantal mensen met diabetes type 2. Bovendien blijkt er een tendens gaande dat de leeftijd van mensen bij wie diabetes type 2 wordt geconstateerd steeds lager wordt. Het sterkst is op dit moment de groei bij mensen tussen de 40 en 60 jaar. Naast de 'driedubbele' vergrijzing kan de verbeterde screening tevens leiden tot een toename van het prevalentiecijfer. Van alle bekende diabeten had ongeveer 80-90 % in 2000-2004 type 2 diabetes (Tacken, 2002).

De kosten voor diabeteszorg bedroegen in 2003, 735 miljoen euro. Dat komt neer op 1,3% van de totale kosten voor de gezondheidszorg in Nederland. Het grootste aandeel van de kosten (45%) wordt besteed aan genees- en hulpmiddelen. Van alle kosten voor diabetes in 2003 ging 55% naar de zorg voor vrouwen en 45% naar de zorg voor mannen (RIVM, 2005).

Diabetes mellitus heeft een zeer ingrijpend karakter. De ziekte is onomkeerbaar en vraagt van de patiënt 24 uur per dag aandacht voor zijn ziekte. Het heeft hierdoor grote gevolgen voor het fysieke, psychische, sociale, emotionele en maatschappelijke welbevinden van de patiënt en zijn kwaliteit van leven.

De behandeling voor patiënten met diabetes mellitus is ingewikkeld. De behandeling van diabetes mellitus bestaat uit verschillende onderdelen. In de literatuur wordt beschreven waaruit diabetesbehandeling dient te bestaan. De behandeling van diabetes is primair gericht op het reguleren en controleren van het glucosegehalte in het bloed (HbA1c) en het voorkómen van complicaties. De belangrijkste pijlers hierbij zijn; voeding, gewichtsvermindering/ controle, leefstijlaanpassing en medicamenteuze behandeling. Er wordt gestreefd naar het voorkómen en behandelen van risico's voor hart en vaatziekten door het controleren en onderzoeken van de bloeddruk, (over)gewicht en cholesterol. Tevens streeft men ernaar om andere complicaties zoals neuropathie (schade aan de zenuw(en)), nefropathie (schade aan de nieren), oogaandoeningen en amputaties te voorkómen dan wel te behandelen. Deze behandeling (preventie) bestaat uit onder andere een jaarlijks oogheelkundig onderzoek naar de aanwezigheid van retinopathie (netvlies afwijkingen), een voetonderzoek naar de aanwezigheid van onderbeen- en/of voetafwijkingen en uit diverse waardebepalingen in de urine om mogelijk nierfalen te constateren (Struys, 2004). Diabetes mellitus is een onzichtbare ziekte en vraagt veel van de patiënt zelf op het gebied van behandeling en leefstijl.

Kenmerkend voor de behandeling van diabetes is dat de zorg voor een zeer groot gedeelte uit zelfzorg door de patiënt bestaat (Baan, 2003). Omdat een groot deel van de behandeling van

diabetespatiënten uit zelfzorg door de patiënt bestaat is het heel belangrijk dat de patiënt zijn ziekte zelf kan managen. Belangrijke aspecten van de behandeling zijn dan ook educatie, instructie en voorlichting en begeleiding van de patiënt. Zo zijn er een aantal aspecten waarvan de patiënt op de hoogte moet zijn namelijk, de streefwaarden voor zijn/ haar gewicht, de diabetesregulering, de bloeddruk en dergelijke en de mate waarin de streefwaarden worden benaderd. Daarnaast moet de patiënt de mogelijkheid hebben om binnen zekere grenzen flexibel om te gaan met voeding, beweging en insuline gebruik (Baan, 2003). Intensieve begeleiding van patiënten met diabetes mellitus heeft een positieve invloed op de uitkomsten van zorg (UK Prospective Diabetes Study, 1998).

De ziekte diabetes mellitus brengt dus een aantal kenmerken met zich mee die van invloed zijn op de organisatie van zorg. Zo bestaat de behandeling van diabetes naast het verlagen van de bloedsuikers ook uit een algehele reductie van de risicofactoren voor complicaties bij diabetes. Hierbij zijn *regelmatige interacties* met professionals van belang om bijvoorbeeld bloeddruk controle en bloedwaarde bepalingen uit te voeren. Diabetes vereist een *levenslange zorg* en management van de ziekte. Een ander belangrijk kenmerk van diabetes is dat de meeste diabeteszorg bestaat uit *zelfzorg* door de patiënt en dus niet wordt verricht door de professional. Hierdoor speelt diabetes educatie een sleutelrol bij het, doormiddel van kennisoverdracht en het aanleren van vaardigheden, de patiënt in staat te stellen om zelf zijn aandoening effectief te managen.

1.2 Diabeteszorg in Nederland

In Nederland heeft er ten aanzien van diabeteszorg een verschuiving plaats gevonden van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg binnen de gezondheidszorg. De behandeling van diabetes type 1 kan bijvoorbeeld steeds vaker in de eerste lijn plaatsvinden. Ook worden complexere problemen steeds meer in de eerstelijnszorg behandeld (de Bakker et al, 2005). Dit samen met de groei van het aantal diabetes patiënten (voornamelijk type 2) heeft vooral de afgelopen tien jaar geleid tot een explosieve zorgvraag van personen met diabetes mellitus in de eerste lijn (Masurel, 2006). Dit wordt tevens veroorzaakt doordat mensen steeds vaker (en langer) thuis verzorgt/verpleegt kunnen worden en zoals genoemd omdat het aantal chronisch zieken toeneemt. Hierdoor wordt er steeds meer een beroep gedaan op de huisartsenzorg. Deze verschuiving zorgt ervoor dat de (ervaren) werkdruk van de huisartsen groeit (Meeuwissen, 2007). Vooral de stijgende zorgvraag van personen met diabetes mellitus in de eerste lijn roept de vraag op wat er moet gebeuren om de zorg goed te kunnen (blijven) leveren. Uit landelijke gegevens blijkt dat momenteel niet veel meer dan een derde van de diabetespatiënten in Nederland deze goede diabeteszorg (zoals in de zorgstandaard wordt beschreven) ook daadwerkelijk krijgt. Hoewel het uitgangspunt van de Nederlandse overheid is om goede diabetes zorg toegankelijk te maken voor iedereen, blijkt dat op dit moment de diabeteszorg nog niet optimaal is ingericht om hen effectief te behandelen.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de onderzoeksopzet van het onderzoek. De keuze voor de chronische aandoeningen die onderzocht zijn wordt weergegeven, net als de keuze welke actoren bij het onderzoek zijn betrokken. Tevens wordt de onderzoeksvraag weergegeven, worden de methoden van onderzoek beschreven en is de operationalisatie van gebruikte begrippen vermeld.

2.1 Keuze van chronische aandoening

Het onderzoek richt zich op chronische ziektebeelden. De reden voor deze keuze is dat chronische aandoeningen een steeds grotere druk op de gezondheidszorg leggen. In tegenstelling tot patiënten met acute gezondheidszorgproblemen, is de vraag naar zorg van mensen met een chronische aandoening van langdurige aard. Aangezien er sprake is van een dubbele vergrijzing en verandering in leefstijl komt er een steeds grotere vraag naar zorg. Geschat wordt dat ongeveer 10 – 20 procent van de Nederlandse bevolking aan een chronische ziekte leidt. Dit aantal chronische zieken is gezamenlijk verantwoordelijk voor ongeveer 80 procent van alle zorgvragen (Baan, 2003).

Veel chronisch zieken ontvangen niet de zorg die ze eigenlijk nodig hebben, doordat het aantal mensen dat lijdt aan een chronische ziekte groeit en omdat het huidige gezondheidszorgsysteem voornamelijk is gericht op acute zorg.

Aangezien er veel chronische aandoeningen bestaan en het onderzoek moet worden afgebakend is er een keuze gemaakt om één ziektebeeld bij dit deelonderzoek te betrekken, namelijk diabetes mellitus. Er is een keuze gemaakt om het onderzoek te richten op het ziektebeeld diabetes mellitus, omdat diabetes mellitus een van de meest voorkomende chronische ziektebeelden in Nederland is en er verwacht wordt dat dit aantal nog fors zal stijgen. Tevens zijn er op regionaal niveau veel samenwerkings- en afstemmingsafspraken voor deze aandoening. In Twente behoort diabetes mellitus zelfs tot de top drie (Baan, 2003). Een andere reden is dat slechts eenderde van alle diabetespatiënten de kwalitatief goede zorg ontvangt die zij zouden moeten ontvangen.

De toename van het aantal diabetespatiënten zal een enorme druk op de gezondheidszorg leggen en de kosten voor diabeteszorg zullen gaan stijgen. Er wordt verwacht dat er al diverse initiatieven zullen zijn ontplooid ten aanzien van het verbeteren van de diabeteszorg. Diabetes mellitus is een ziektebeeld wat veel in de belangstelling staat. Interessant is om te kijken hoe het netwerk rondom de diabetes patiënt in Twente stand heeft gekregen en hoe de samenwerking momenteel verloopt.

2.2 Keuze van actoren

Er zijn een aantal semi-gestructureerde interviews gebruikt om de onderzoeksvraag af te bakenen. Naar aanleiding van een literatuurstudie en de interviews is ervoor gekozen om voor drie soorten organisaties te kiezen waarbinnen hulpverleners werkzaam zijn die belangrijk zijn in de zorg voor

chronisch zieken. De volgende vier actoren zijn voor het onderzoek geselecteerd; huisartsen(praktijken), thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen en het revalidatieziekenhuis. Hieronder volgt per betrokken actor een korte toelichting.

Huisartsenpraktijken

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg neemt de huisarts een centrale positie in. De huisarts verwijst patiënten wel of niet door naar de eerste en tweede lijn. De behandeling in de huisartsenpraktijk strekt uit van preventie, diagnostiek tot behandeling. Bij patiënten met diabetes vindt de behandeling vooral plaats in de eerste lijn, echter bij diabetes type 1 speelt tevens de tweede lijnszorg een belangrijke rol. In de huisartsenpraktijk wordt volgens de NHG-standaard, diabeteszorg verleend wat inhoudt dat geprobeerd wordt om alle diabetespatiënten te 'zien', door de huisarts of eventueel de praktijkverpleegkundige.

De laatste jaren is er een trend waarneembaar dat er meer duo- en groepspraktijken komen in plaats van solistische huisartsenpraktijken. Het percentage huisartsen dat ondersteunende medewerkers zoals praktijkverpleegkundigen in dienst heeft neemt fors toe (Baan, 2003).

Wanneer wordt gekeken naar de regio Twente, dan blijkt dat hierbinnen ongeveer 300 huisartsen werkzaam zijn. Van dit aantal is de meerderheid vrijgevestigd (I & O research). De overige huisartsen werkt als 'hidha', wat inhoudt dat zij in dienst zijn van een andere huisarts of zijn werkzaam als waarnemer. Een groot aantal huisartsen is aangesloten bij de Huisartsenkring Twente.

(revalidatie)ziekenhuizen

Patiënten met diabetes worden in principe niet specifiek voor hun ziektebeeld behandeld in het revalidatieziekenhuis, echter in het algemeen ziekenhuis kan diabetes wel een reden voor opname zijn. Omdat diabetes ook kan voorkomen in combinatie met andere aandoeningen of letsel heeft het revalidatieziekenhuis wel degelijk met diabetespatiënten te maken.

Naast organisatorische veranderingen binnen de huisartsenzorg, vinden er ook veranderingen plaats binnen ziekenhuizen. Zelfstandig werkende specialisten worden steeds meer geïntegreerd binnen de ziekenhuisorganisatie en de organisatiestructuur wordt steeds meer opgebouwd vanuit processen van de patiëntenzorg in plaats van een indeling in medisch specialismen. Bij verpleegkundigen is ook een verschuiving te zien. Ook zij gaan meer patiëntgericht werken, het taakgerichte werken vormt steeds minder het uitgangspunt. Verpleegkundigen werken zoveel mogelijk met dezelfde patiënten waar zij verantwoordelijk voor zijn. Voor 'hun' patiënten stellen ze het zorgplan op en houden ze het patiëntendossier bij. Binnen de verpleegkundige zorg zijn er in veel ziekenhuizen de laatste jaren ook transferverpleegkundigen werkzaam. Zij trachten de overgang van ziekenhuiszorg naar bijvoorbeeld de thuiszorg of naar het verzorgings- of verpleeghuis te bevorderen (Baan, 2003).

De Regio Twente heeft de beschikking over drie ziekenhuizen, Twenteborg Almelo, Midden Twente Hengelo en Medisch Spectrum Twente te Enschede (inclusief vestiging Oldenzaal). Tevens heeft Twente de beschikking over één revalidatieziekenhuis, namelijk het Roessingh. Een interessant verschil tussen de drie algemene ziekenhuizen en het revalidatieziekenhuis is dat de drie algemene ziekenhuizen zich vooral richten op acute kortdurende zorg. Het Roessingh echter houdt zich uitsluitend bezig met chronische, langdurig zorg.

Het Medisch Spectrum Twente heeft de beschikking over ruim 1000 bedden, Streekziekenhuis Midden Twente beschikt over ongeveer 350 bedden en het Twenteborg ziekenhuis in Almelo over ongeveer 600 bedden (i & O -research). In het Roessingh zijn in de kliniek voor volwassenen ruim 100 bedden beschikbaar.

Thuiszorg

Zoals genoemd speelt diabeteszorg zich vooral in de eerste lijnszorg af, zo kunnen verpleegkundigen van de thuiszorg een rol spelen bij de toediening van insuline en het geven van voorlichting en educatie met betrekking tot diabetes. Tevens hebben zij een signalerende functie. Binnen de thuiszorg zijn ook trends te signaleren. De laatste jaren is vooral sprake van schaalvergroting binnen de thuiszorg. Het takenpakket wordt steeds uitgebreider; er worden steeds vaker zowel generalistische als specialistische functies uitgevoerd. Daarnaast vindt er steeds meer integratie tussen verpleging en verzorging plaats. Zo wordt er steeds meer gewerkt binnen geïntegreerde teams van verpleging en verzorging, al verschilt dit tussen organisaties (Baan, 2003). Binnen de regio Twente zijn veel verschillende thuiszorgorganisaties werkzaam. Het aantal thuiszorgorganisaties dat zijn deuren heeft geopend is de laatste jaren fors toegenomen. Dit is een van de redenen dat er vooral binnen de thuiszorg sprake is van onderlinge concurrentie.

2.3 Onderzoeksvraag

Omdat er binnen de regio Twente op het gebied van samenwerking en afstemming van zorg voor diabetespatiënten weinig onderzoek is uitgevoerd, is het interessant om dit onderwerp als uitgangspunt te nemen voor het onderzoek. Tevens is er nog weinig bekend over hoe het netwerk van diabeteszorg er momenteel uit ziet. Er is dan ook voor gekozen om het onderzoek te richten op de samenwerking tussen hulpverleners binnen het netwerk van de diabetespatiënt. Het onderzoek is kwalitatief van aard en kenmerkt zich door een verkennend karakter. Bij het onderzoeken van de huidige samenwerking tussen hulpverleners is een theoretisch model gebruikt, namelijk het Chronic Care Model van Wagner. Door de toepassing van het model kunnen aangrijpingspunten voor verbetering van het zorgproces voor mensen met diabetes mellitus binnen de regio Twente worden benoemd.

De onderzoeksvraag luidt als volgt:

'Hoe ziet het huidige netwerk van zorginstellingen(-verleners) in Twente er uit en waar liggen aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van het zorgproces van het chronische ziektebeeld diabetes mellitus?'

2.4 Subvragen

1. Hoe ziet het huidige netwerk van zorgaanbieders in Twente eruit rondom het chronische ziektebeeld diabetes mellitus?
2. Op welke wijze wordt er door de zorgaanbieders samengewerkt binnen het beschreven netwerk wanneer, dit geanalyseerd en geïnterpreteerd wordt met behulp van het Chronic Care Model?
3. Waar liggen aangrijpingspunten tot verbetering van het zorgproces van het chronische ziektebeeld diabetes mellitus, wanneer de praktische situatie wordt geanalyseerd en geïnterpreteerd met behulp van het Chronic Care Model?

2.5 Doelen

Het centrale doel van deze studie is om inzicht te krijgen in de huidige situatie ten aanzien van de zorg rondom het chronische ziektebeeld diabetes mellitus binnen de regio Twente.

De *subdoelen* zijn om:

- inzicht krijgen in hoe het netwerk van hulpverleners er uit ziet rondom patiënten met diabetes mellitus in de regio Twente
- inzicht krijgen in de wenselijke organisatie van de gezondheidszorg rondom patiënten met diabetes mellitus in de regio Twente
- inzicht krijgen in hoe de samenwerking en het delen van informatie tussen betrokken hulpverleners georganiseerd is binnen het netwerk rondom patiënten met diabetes mellitus in de regio Twente
- IZIT informeren over de manier waarop informatie tussen hulpverleners wordt gedeeld (informatiesystemen)
- inzicht krijgen in problemen en aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van de zorgverlening rondom mensen met diabetes mellitus in de regio Twente

2.6 Methoden van onderzoek

Deze paragraaf omvat een beschrijving over de methodiek en de structuur van het onderzoek. De gegevens van het onderzoek zijn verzameld met behulp van drie methoden, namelijk literatuurstudie, semi-gestructureerde interviews en enquêtes. Hieronder wordt per methode de procedure

beschreven. De variabelen die zijn onderzocht zijn afgeleid van het Chronic Care Model (CCM) van Wagner. Enkele onderzochte variabelen zijn: mate van samenwerking, regie, coördinatie en afstemming binnen de zorgverlening.

- Literatuurstudie

Door middel van een literatuurstudie is zowel voorafgaand als tijdens het onderzoek getracht om op een systematische wijze gegevens te verzamelen. Enkele doelen zijn hierbij nagestreefd: Ten eerste is geprobeerd om ontbrekende kennis te identificeren (dit houdt in dat hiaten in bestaande onderzoeksliteratuur worden gezocht), ten tweede heeft de literatuurstudie plaatsgevonden om duplicatie te voorkomen (dus dat hetzelfde onderzoek niet al eerder is uitgevoerd), ten derde is er literatuur gezocht om het denkkader van het onderzoek vorm te geven en ten vierde heeft literatuur ertoe geleid dat complementair op resultaten uit semi-gestructureerde interviews en enquêtes antwoord kon worden gegeven op de onderzoeksvraag. Voor het denkkader is voornamelijk gezocht naar relevante onderzoekstheorieën en modellen die als theoretische 'bril' voor het onderzoek konden dienen.

Mede aan de hand van de literatuurstudie is de probleemstelling in de loop van het onderzoek afgebakend en zijn de subvragen geformuleerd.

De informatie is verkregen via internetbronnen, boeken, rapporten, artikelen, ministeries en instituten. Ook is via bijvoorbeeld bepaalde huisartsenverenigingen, regiokaarten Twente, belangenverenigingen geprobeerd om kwantitatieve gegevens van de betrokken actoren te achterhalen. Voorbeelden van deze kwantitatieve gegevens zijn: het aantal werkzame actoren, type actor, adressen en telefoonnummers

- Semi-gestructureerde interviews

Er is gekozen om te starten met semi-gestructureerde interviews, omdat deze manier van interviewen geschikt is om in de beginfase van een onderzoek toe te passen (Wester, 1995). Door deze manier van interviewen toe te passen kan er een globale indruk worden verkregen van wat er speelt betreffende het hoofdonderwerp en kan de richting voor het onderzoek verder worden gedefinieerd. Het is daarmee goed toe te passen tijdens de exploratieve fase van het onderzoek. Een kenmerk van semi-gestructureerde interviews is dat de onderwerpen van tevoren wel vastliggen, maar de vragen en antwoorden niet (Baarda en de Goede, 2000).

- Enquête

Nadat de onderzoeksvraag aan de hand van de semi-gestructureerde interviews en de literatuurstudie kon worden afgebakend, is ervoor gekozen om het empirische onderzoek verder uit te voeren aan de hand van enquêtes (zie bijlage 1). De enquêtes zijn afgenomen op operationeel niveau binnen de regio Twente. Het voordeel van de enquête boven de semi-gestructureerde interviews is dat een groter aantal onderzoekseenheden betrokken kunnen worden bij het onderzoek en dat de gegevens vergelijkbaar zijn. Enquêtes zijn vergeleken met mondelinge dataverzameling gemakkelijker te

organiseren (Baarda en de Goede, 2000). Dit is voor het onderzoek van belang gezien het grote aantal betrokken actoren en de geografische verspreiding van hen.

Voor het ontwikkelen van de enquête worden de uitkomsten van de semi-gestructureerde interviews gebruikt. Om een goede structuur en een gefundeerde basis in de enquête aan te brengen is deze opgesteld aan de hand van het Chronic Care Model (CCM) van Wagner. Er is gekozen om van dit model gebruik te maken, omdat Wagner binnen zijn model alle aspecten binnen de gezondheidszorg voor chronisch zieken belicht. De vragen van de enquête zijn met behulp van dit model geordend onder zes hoofdonderwerpen (de zes elementen van het CCM), zodat onderwerpen elkaar logisch opvolgen en een volledig beeld van het onderzoeksonderwerp kon worden verkregen. In bijlage 1 is één van de enquêtes als voorbeeld opgenomen. De enquêtes worden toegespitst op iedere categorie hulpverleners per actor die betrokken is bij het onderzoek.

De gekozen onderzoekspopulatie waarnaar (eventueel) gegeneraliseerd kan worden betreft de volgende onderzochte hulpverlenercategorieën; alle huisartsen, alle specialisten en verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in één of meerdere van de onderzochte chronische ziektebeelden. Tevens naar specialisten en verpleegkundigen die in hun werk veel met deze specifieke ziektebeelden te maken hebben. Al deze hulpverleners vertegenwoordigen een van de volgende organisaties binnen de regio Twente, namelijk: huisartsenpraktijken, (revalidatie)ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties. In deze studie zijn de 'units of analysis' de genoemde specifieke hulpverlenercategorieën en de 'units of observation' zijn de benaderde individuele hulpverleners. De uiteindelijke rapportage vindt plaats op groepsniveau.

2.7 Operationalisatie

Omdat het onderzoek zich richt op een chronisch ziektebeeld, volgt hieronder de operationalisatie van het begrip.

Chronische aandoening

Wat betreft chronische aandoeningen bestaat er geen algemeen aanvaarde definitie. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS, 2007) omschrijft het als een: 'Onomkeerbare aandoeningen, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur'. Een meer precieze definitie is afkomstig van de Nationale Commissie Chronische Ziekten: 'Chronische ziekten zijn ziekten die niet binnen zes maanden volledig genezen, of te genezen zijn, of ziekten waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledige genezing'. Andere belangrijke kenmerken zijn een variabel ziektebeloop en het feit dat de ziekte een forse impact heeft op het dagelijks functioneren van de patiënt (Rosendal, 2006). Dit deelonderzoek richt zich op het ziektebeeld diabetes mellitus. De ziekte diabetes mellitus brengt een aantal kenmerken met zich mee brengt die van invloed zijn op de organisatie van zorg.

Hoofdstuk 3 Gewenste situatie volgens het Chronic Care Model (CCM)

In dit hoofdstuk zal eerst worden besproken wat het theoretische model dat bij dit onderzoek is gebruikt precies inhoudt. Daarna zal dit model worden toegepast op het ziektebeeld diabetes mellitus. Vervolgens zal aan de hand van de zes elementen van het Chronic Care Model een gewenste situatie voor de zorg voor diabetes mellitus worden geschetst. Als laatste zullen er verwachtingen worden geformuleerd ten aanzien van de organisatie van diabeteszorg in de regio Twente.

3.1 Het Chronic Care Model (CCM)

Niet alleen in Nederland groeit het aantal chronisch zieken met de daarmee samenhangende problemen in hoog tempo; ook elders in de wereld ontwikkelen zich problemen binnen de gezondheidszorgsystemen ten gevolge van een toename van het aantal chronisch zieken (Epping-Jordan, 2004). Overal worden chronisch zieken geconfronteerd met een onzekere toekomst vol beperkingen. Daarbij hebben ze te maken met de lasten en de ongemakken die het onder controle houden van de ziekte met zich meebrengt om zo goed mogelijk te kunnen functioneren in hun dagelijks leven (Wagner, 1996). Doordat het aantal mensen dat lijdt aan een chronische ziekte groeit én omdat veel huidige gezondheidszorgsystemen voornamelijk zijn gericht op acute zorg, ontvangen veel chronisch zieken niet de zorg die ze eigenlijk nodig hebben. Wagner (2001) is naast vele anderen van mening dat er bepaalde veranderingen aan het zorgsysteem moeten worden aangebracht om aan deze zorgvraag te kunnen voldoen en om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het zorgsysteem moet worden omgevormd van een reactief naar een proactief systeem, waarbij het zwaartepunt ligt bij het zo lang mogelijk gezond houden van mensen in plaats van het pas in actie komen wanneer iemand al ziek is (Wagner, 1996).

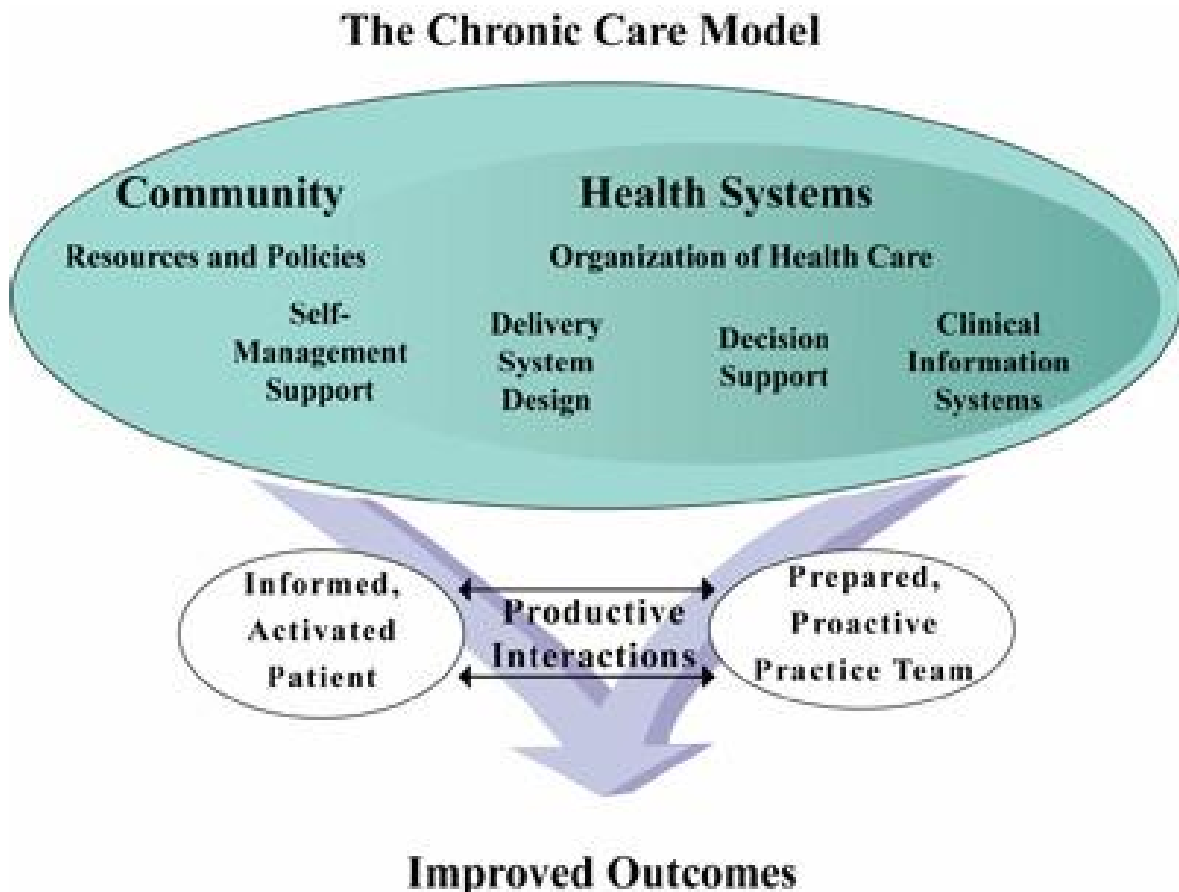
In 1998 richtte Wagner met zijn team het Chronic Care Model (CCM) op dat een hulpmiddel is om de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken te verbeteren (Lucking). Sindsdien is het CCM geïmplementeerd in vele zettingen. In feite is het meeste chronische gezondheidszorg beleid in ontwikkelde landen tot op zekere hoogte op dit model gebaseerd (Lucking).

Het model is het resultaat van intensieve literatuurstudies en toegepast onderzoek (Wagner, 2002) en wordt gebruikt als instrument dat er op gericht is om essentiële verbeteringen mee te genereren (Epping-Jordan, 2004). Wagner ziet het model als een gids die de weg leidt naar verbetering van de zorg voor chronisch zieken (Wagner, 2001). Over de effectiviteit van het model zegt Wagner het volgende: "The Chronic Care Model is not a quick fix or a magic bullet, it is a multidimensional solution to a complex problem" (Bodenheimer, 2002). Het model belicht de organisatie van de gezondheidszorg dan ook vanuit meerdere invalshoeken.

Het CCM kan worden toegepast op verschillende chronische aandoeningen, binnen diverse gezondheidszorgsettings en verschillende doelgroepen. In de essentie draait het bij het CCM om het verkrijgen van gezondere patiënten, meer tevreden gezondheidszorgaanbieders en kostenbesparingen.

In verschillende, veelal Amerikaanse, gezondheidszorgsystemen en gezondheidszettingen is het model al succesvol in de praktijk toegepast (Bodenheimer, 2002). Zo is onder andere in Canada het CCM gebruikt bij een aantal projecten in de eerste lijn met goede resultaten (Roerink, 2006). Voor dit onderzoek is aangenomen dat gezien de brede toepasbaarheid van het model en de positieve ervaringen van de toepassing van het model in andere landen (Lucking,) dat het model ook toegepast kan worden op het gezondheidszorgnetwerk van dit onderzoek.

In figuur 1 staat het Chronic Care Model (CCM) afgebeeld. Het model omvat zes verschillende elementen die er bij een juiste invulling ervan in samenhang toe leiden dat de organisatie van de zorg voor mensen met een chronische aandoening geoptimaliseerd wordt. De elementen zijn van essentieel belang in initiatieven om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. De zes elementen zijn: 'community', 'health system', 'selfmanagementsupport', 'delivery system design', 'decision support' en 'clinical information systems'. Het doel van het CCM is om zorg te leveren dat veiligheid garandeert, de patiënt centraal stelt en effectief, tijdig, efficiënt en eerlijk is. Veranderingen in het systeem kunnen aan de hand van de criteria van het model in kaart worden gebracht.



Developed by The MacColl Institute
© ACP-ASEM Journals and Books

Figuur 1: Het Chronic Care Model (CCM) (Wagner, 1998)

Het CCM stelt dat effectieve zorg voor chronisch zieken zich kenmerkt door productieve interacties tussen geactiveerde patiënten (en familie) en een voorbereid team van professionals. Deze zorg wordt geboden binnen een gezondheidszorgsysteem dat optimaal gebruik maakt van maatschappelijke bronnen (bijvoorbeeld patiëntenorganisaties) (Institute for Healthcare improvement, 2005). Het model onderkent dat een groot deel van de zorg voor chronisch zieken buiten de formele gezondheidszorgzettingen plaatsvindt (Lucking).

3.2 De toepassing van het Chronic Care Model

Het Chronic Care Model van Wagner kan op verschillende wijzen worden toegepast. Zo kan het CCM zowel als analyse-, normatief-, als verklaringsmodel worden gebruikt. Binnen dit onderzoek is het CCM op deze diverse wijzen toegepast. Zo heeft het CCM als analyse model gefungeerd bij het op systematische wijze verzamelen en analyseren van gegevens. Tevens heeft het CCM als normatief en verklaringmodel gediend bij het analyseren en interpreteren van de resultaten en het doen van aanbevelingen. Het CCM is gebruikt als 'ideaal model' waarmee de huidige zorg in Twente is vergeleken. Door de huidige organisatie van diabeteszorg in Twente te vergelijken met het normatieve beeld dat in het CCM 'geschetst' wordt, kan onderzocht worden waar aangrijpingspunten liggen om de kwaliteit van diabeteszorg in Twente te verbeteren. Hierdoor kan de kwaliteit van de zorg voor mensen met diabetes mellitus in de regio Twente worden verbeterd. Tevens is het model gebruikt als middel om het gezondheidszorgnetwerk voor de chronische aandoening diabetes mellitus in Twente in kaart te brengen.

Per element zal beschreven worden hoe optimale zorg voor diabetespatiënten eruit zou zien indien het is ingericht volgens het CCM. Daarna zullen per element verwachtingen voor diabeteszorg in Twente worden benoemd.

3.3 Gewenste situatie diabetes mellitus volgens CCM

3.3.1 Community

Wagner (1996) is van mening dat binnen de maatschappij de krachten moeten worden gebundeld om de kwaliteit van zorg voor mensen met een chronische aandoening te verbeteren. De zorg wordt geboden binnen een gezondheidszorgsysteem dat optimaal gebruik maakt van maatschappelijke bronnen (bijv. Patiëntenorganisaties) (Institute for Healthcare improvement, 2005) en waarbij de patiënt centraal staat. Op deze manier kan de druk op de gezondheidszorg worden ontlast. De Nederlandse overheid probeert om waar mogelijk de verantwoordelijkheden te decentraliseren en probeert om de positie van de patiënt te versterken. Zo zou de patiënt de keuzevrijheid moeten hebben om zelf te bepalen van wie hij zijn zorg wil ontvangen. Hierdoor kan het zorgaanbod beter aansluiten op de behoeften van de patiënt.

Volgens Wagner zouden samenwerkingsverbanden met maatschappelijke organisaties een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg. Het model onderkent dat een groot deel van de zorg voor chronische zieken buiten de formele gezondheidszorgzettingen plaatsvindt. Er is dan ook volop aandacht voor patiëntenorganisaties. De Nederlandse overheid streeft er ook naar om bronnen uit de

maatschappij optimaal te benutten. Zo trachten zij met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in 2007, om de samenhang op lokaal niveau te bevorderen en maatschappelijke participatie door mensen met een beperking (aandoening) te stimuleren. Deze 'vermaatschappelijking' zou de zorg in een breder kader moeten plaatsen waardoor nieuwe samenwerkingsrelaties kunnen ontstaan tussen zorg en andere sectoren.

Volgens Wagner moeten patiënten worden aangemoedigd om te participeren in effectieve zorgprogramma's en educatieprogramma's die worden aangeboden vanuit de maatschappij. Voor adequate diabeteszorg zijn structurele programma's, die zich richten op zelfmanagement en gedragverandering van belang. Zij zullen de resultaten van diabeteszorg aanzienlijk kunnen verbeteren (Wagner, 1996). Daarnaast wordt er veel aandacht besteed aan het informeren van de hele bevolking door het geven van voorlichting. Voor zowel optimale preventie als behandeling van diabetes is het van belang dat er zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van beschikbare bronnen uit de maatschappij. Voor het optimaal benutten van deze bronnen is het van belang dat naast de initiatieven vanuit de overheid ook in de maatschappij zelf initiatieven ontplooid worden. Preventie kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Uit onderzoek is gebleken dat in 90 procent van de gevallen, type 2 diabetes voorkomen kan worden. Bovendien kan in een vroege fase vaak ook nog een verdere ontwikkeling van diabetes voorkomen worden. Daarnaast is bij zowel type 1 als type 2 diabetes preventie van belang om complicaties te voorkomen. Bij diabetes kunnen drie vormen (niveaus) van preventie worden onderscheiden namelijk primaire, secundaire en tertiaire preventie. Het doel van primaire preventie is om kennis van diabetes en bewustwording van eigen risico op diabetes te vergroten. Tot de doelgroep behoren vooral de hoogrisico groepen, zoals mensen met overgewicht. Aangezien type 1 diabetes niet te voorkomen is richt deze preventie zich voornamelijk op diabetes type 2. Om te voorkomen dat men de ziekte krijgt dient men te weten hoe ernstig de aandoening kan zijn, wat de risicofactoren zijn en wat zelf gedaan kan worden om de aandoening te voorkomen. Secundaire preventie is gericht op het vroegtijdig opsporen van de ziekte. Deze vorm van preventie kan bijvoorbeeld plaatsvinden door het invoeren van een (systematische) screening. Tevens kan het verhogen van de alertheid bij huisartsen een bijdrage leveren aan een snelle opsporing van de ziekte. Tertiaire preventie is vooral gericht op het regelen van het bloedglucosegehalte en het voorkomen van complicaties. Van belang is dat bij diabetes mellitus deze vormen van preventie zoveel mogelijk worden geïntegreerd in de maatschappij. Het is dus van groot belang dat er gezondheidszorgprogramma's en educatieprogramma's worden opgezet zodat iedereen die de ziekte heeft of een verhoogd risico op de ziekte heeft of in contact staat met een diabetespatiënt over voldoende kennis beschikt om adequate diabeteszorg te realiseren.

Voor diabeteszorg in Twente wordt verwacht dat er door de overheid een aantal effectieve preventieprogramma's voor diabetes zijn geïnitieerd. Tevens wordt verwacht dat bronnen uit de maatschappij, zoals mantelzorg en patiëntenverenigingen optimaal benut worden. Daarnaast wordt verwacht dat door de invoering van de 'gereguleerde marktwerking' de patiënt de vrijheid heeft om zelf zijn zorgverlener te kiezen. Dit zou de centrale positie van de patiënt in het zorgproces benadrukken. Verwacht wordt dat de zorg voor diabetespatiënten in Twente nog niet optimaal is. Uit landelijke

gegevens is immers gebleken dat momenteel niet veel meer dan een derde van de diabetespatiënten in Nederland goede diabeteszorg (zoals in de zorgstandaard wordt beschreven) ook daadwerkelijk krijgt. Verwacht wordt dat dit beeld ook voor Twente geldt.

3.3.2 Healthsystem

Het tweede element uit het CCM heeft betrekking op de manier waarop de organisatie van de gezondheidszorg is vormgegeven. Het element is een overkoepeling van vier elementen, namelijk 'selfmanagement support', 'delivery system design', 'decision support' en 'clinical information systems'. Deze vier elementen worden in de volgende subparagrafen nader uiteengezet.

Wagner noemt in zijn Chronic Care Model een aantal kenmerken van gezondheidszorgsysteem die de kwaliteit van zorg positief zouden beïnvloeden. Het doel van het CCM is om zorg te leveren dat veiligheid garandeert, de patiënt centraal stelt en effectief, tijdig, efficiënt en eerlijk is (Institute for Healthcare Improvement, 2005). Het zwaartepunt van de zorg moet volgens Wagner liggen bij het zo lang mogelijk gezond houden van mensen in plaats van pas in actie komen wanneer zij al ziek zijn (Wagner, 1996). Om optimale zorg te kunnen bieden is het van belang dat het zorgsysteem is ingericht rondom de zorgvraag van de patiënt. Wagner (1996) stelt dat bij een goede organisatie van de zorgverlening rondom mensen met een chronische aandoening de patiënt met zijn wensen en behoeften in het zorgproces centraal behoort te staan. De patiënt dient dus een centrale positie in te nemen binnen het zorgsysteem. Tevens bestaat een adequaat zorgsysteem uit een cultuur, een organisatie en mechanismen die veiligheid en een hoge kwaliteit van zorg bevorderen (Lucking). Belangrijke instrumenten hiertoe zijn het bestaan van effectieve beleidsmaatregelen. De cultuur en structuur van het zorgsysteem dienen zodanig te zijn ingericht dat er voldoende 'aandacht' en tijd is om de chronische patiënt te helpen om zelf zijn ziekte te managen en om complicaties te voorkomen (Wagner, 1996). De focus van het zorgsysteem ligt naast de acute en urgente zorg ook op zorg met een meer chronisch karakter. De nadruk ligt niet langer op diagnose en de daarbij behorende (genezende) behandeling maar het belang van adequate chronische zorg wordt ingezien.

Om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren dient het zorgsysteem gemotiveerd en voorbereid te zijn op veranderingen binnen de gehele organisatie van zorg. Het zorgsysteem voor chronisch zieken dient proactief te zijn en dat erop gefocust is om de patiënten zo gezond mogelijk te houden (Wagner, 1996). Om de patiënt heen moet een team (netwerk) van hulpverleners ingeschakeld worden dat op de juiste wijze met elkaar communiceert. Dit team van hulpverleners moet inhoudelijk vakbekwaam zijn (competent), moet de zorg op een juiste manier rond de patiënt weten te organiseren en moet goed kunnen communiceren met zowel patiënten als met collega hulpverleners. Een belangrijke eigenschap van een succesvol zorgsysteem is ook dat er systematisch taken worden gedelegeerd aan verpleegkundigen (en paramedici) (Wagner, 1996). Voor optimale diabeteszorg zou dit kunnen betekenen dat veel taken worden uitgevoerd door verpleegkundigen.

Zoals in de 'aanleiding en verantwoording van het onderzoek' is genoemd, is de gezondheidszorg voor chronisch zieken nog niet optimaal ingericht om hen effectief te behandelen. Zo schiet de

kwaliteit van zorgverlening tekort (WHO, 2002) en bestaat er een kloof tussen vraag en aanbod. Verwacht wordt dan ook dat het zorgsysteem in Twente nog niet optimaal is ingericht. Hierdoor wordt tevens verwacht dat de diabetespatiënt nog onvoldoende centraal staat in het zorgproces. Daarnaast wordt verwacht dat de zorg in Twente (net als in de rest van Nederland) nog onvoldoende is afgestemd op langdurige zorg zoals het ziektebeeld diabetes vereist. Wel wordt verwacht dat een groot deel van de diabeteszorg door verpleegkundigen wordt uitgevoerd.

3.3.3 Delivery System Design

Optimale diabeteszorg vraagt vanwege het complexe en veelomvattende karakter om een goed gestructureerde en multidisciplinaire aanpak waarin kennis en mogelijkheden van verschillende betrokken actoren worden gecombineerd. Wagner (1996) noemt een aantal kenmerken voor adequate diabeteszorg. Zo zou de diabeteszorg moeten worden aangeboden aan de hand van een expliciet plan. Dit (behandel)plan dient onder andere te bestaan uit regelmatige follow-up, systematische controles, aandacht voor zelfmanagement behoeften van de patiënt (Wagner, 1996). Tevens is Wagner van mening dat de zorg zoveel mogelijk 'evidence based' dient te zijn. Naast de verschillende effectieve gezondheidsprogramma's is het van belang dat er tevens wordt samengewerkt met diverse (maatschappelijke) organisaties. De afspraken die tussen hulpverleners worden gemaakt moeten worden vastgelegd en moeten bij iedereen bekend zijn. Alle betrokken hulpverleners moeten bereid zijn om op de afgesproken manier samen te werken, om taken op elkaar af te stemmen en zij moeten vertrouwen hebben in elkaar. Alleen dan is een goede samenwerking mogelijk. Goede samenwerking tussen hulpverleners is van groot belang in de zorg voor mensen met diabetes mellitus, omdat uit diverse onderzoeken blijkt dat het voordelen oplevert voor de kwaliteit van zorg (Struijs, 2004) (de Bakker et al, 2005) (Rosendal, 2006). Ook patiënten zijn van mening dat samenwerking tussen hulpverleners belangrijk is (de Bakker et al, 2005). Volgens Kerkhoff (2005) is het voor een goede samenwerking, waarbij men goed op elkaar inspeelt, noodzakelijk dat de betrokken hulpverleners een gemeenschappelijk doel voor ogen hebben. Hulpverleners moeten daarbij weten hoe zij elkaars kennis kunnen inpassen tot een samenhangend geheel. In de ideale situatie wordt de verantwoordelijkheid van het zorgproces van de diabetespatiënt, door alle betrokken hulpverleners gedragen. Hierbij hebben zij allen expliciete deelverantwoordelijkheden. Om samenhang aan te brengen in de coördinatie van zorg wordt door veel bronnen verondersteld dat een regierol binnen een keten of een netwerk onontbeerlijk is. Een regisseur binnen een keten of netwerk zou de keten of het netwerk op gang zou houden (Bornhof en Peters).

Naast goede samenwerking is het van belang dat 'evidence-based' programma's en gezondheidszorgbeleid ontwikkeld wordt dat is afgestemd op chronische patiënten.

Volgens Wagner kunnen de zorgverzekeraars een belangrijke coördinerende rol vervullen. Hierbij wordt gedacht aan het opstellen van richtlijnen, het verzamelen van gegevens en het coördineren van het zorgaanbod.

Het CCM gaat uit van een situatie waarbij naast een optimale samenwerking binnen het betrokken team van professionals ook sprake is van optimale interacties met de patiënt. De samenwerking

tussen professionals en de patiënt kenmerkt zich door een gestructureerd en continu karakter welke de voordelen van zelfmanagement ondersteuning ook op lange termijn ten goede zullen komen (Epping-Jordan, 2004).

Van de patiënt wordt verwacht dat deze goed geïnformeerd en een actieve rol aanneemt. Aan de andere kant wordt van de betrokken gezondheidszorgteams verwacht dat zij proactief zijn en goed voorbereid (Epping-Jordan, 2004). De individuele hulpverleners, binnen de teams, dienen competent te zijn (zowel inhoudelijk, organisatorisch als communicatief) en moeten bereid zijn om informatie te delen met collega hulpverleners. Volgens Wagner is het van groot belang dat naast het werken met 'evidence based' richtlijnen en protocollen, dat zorgteams toegang hebben tot professionals die beschikken over expertise en ervaring op een bepaald gebied, zoals een medisch specialist. (Epping-Jordan, 2004). Tevens is het van belang dat de kennis en vaardigheden van de betrokken professionals zoveel mogelijk up-to-date zijn en moeten de hulpverleners bereid zijn om gebruik te maken van moderne technologie. Een ander kenmerk dat van positieve invloed op de zorg van chronisch zieken is dat het (zorg)plan voor het grootste deel wordt uitgevoerd door de verpleegkundigen (en paramedici) van het behandelteam. Een belangrijke eigenschap van een succesvol zorgsysteem is dan ook dat er systematisch taken worden gedelegeerd aan verpleegkundigen (en paramedici) (Wagner, 1996). Voor optimale diabeteszorg zou dit kunnen betekenen dat zoveel mogelijk taken door bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige of praktijkverpleegkundige zouden moeten worden uitgevoerd.

Volgens Wagner is het noodzakelijk dat het zorgsysteem voor chronisch zieken zich transformeert richting een proactief systeem dat erop gefocust is om de patiënten zo gezond mogelijk te houden (Wagner, 1996). Rondom de zorgverlening van diabetes zijn vaak veel paramedici betrokken die van cruciaal belang zijn om effectieve zorg voor deze categorie zieken te bereiken. Voor effectieve zorg is het van belang dat de taken duidelijk omschreven zijn en dat de rollen van de betrokken hulpverleners duidelijk gedefinieerd en afgebakend zijn. Binnen netwerken rondom chronisch zieken moeten de taken van de betrokken hulpverleners goed verdeeld zijn en daarbij is het belangrijk dat er gebruik wordt gemaakt van geplande interacties en regelmatige follow-up. Op die manier is de afstemming van zorg beter en wordt 'evidence-based' zorg ondersteund. Uit literatuur blijkt dat de kwaliteit van de diabeteszorg binnen de eerste en tweede lijn, door de aanwezigheid van multidisciplinaire teams die de zorg gezamenlijk boden, positief werd beïnvloed (Masarel, 2006).

Verwacht wordt dat binnen Twente de zorg nog niet voldoet aan het ideaalbeeld dat hierboven is geschetst. De zorg voor chronisch zieken in Nederland is nog niet optimaal georganiseerd en zowel zorgaanbieders als zorgvragers bestempelen de huidige samenwerking tussen hulpverleners als onvoldoende (Westert, 2004). Voor Twente wordt dan ook verwacht dat het diabetesnetwerk in Twente zich onvoldoende vormt rondom de patiënt en dat er niet altijd samenwerkingsverbanden worden aangegaan in het belang van de patiënt. Doordat vooral chronische patiënten in de praktijk afstemmingsproblemen tussen hulpverleners ervaren (IGZ, 2006), wordt verwacht dat de samenwerking tussen de bij diabeteszorg betrokken hulpverleners nog niet optimaal is en dat er niet altijd sprake is van een duidelijke taakverdeling. Wel wordt voor Twente verwacht dat een duidelijke

regierol in het diabetesnetwerk aanwezig zal zijn. Daarnaast wordt verwacht dat er in Twente gewerkt wordt met 'evidence based' protocollen en richtlijnen in de diabeteszorg.

3.3.4 Selfmanagement support

Een zeer belangrijk aspect voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg is dan ook dat patiënten (en hun familie) in staat worden gesteld om zelf hun ziekte te managen. Hierbij is het van belang dat de juiste informatie aangeboden wordt en dat de patiënten aangemoedigd worden tot zelfmanagement (Epping-Jordan, 2004). Zelfmanagement is belangrijk voor het verbeteren van de resultaten van zorg. Het is bekend dat patiënten met een chronische ziekte zich aanpassen aan hun ziekte in zowel hun gedrag als het maken van keuzes waardoor hun gezondheid direct beïnvloed wordt.

Succesvolle zelfmanagement ondersteuning kan effectief geleverd worden in 'stand alone' programma's, maar uit recentelijk bewijs is gebleken dat om de voordelen van zelfmanagement ondersteuning ook op langere termijn te handhaven daarvoor een meer gestructureerde en continue vorm van samenwerking tussen patiënten en professionals noodzakelijk is (Epping-Jordan, 2004). De zelfmanagement ondersteuning benadrukt de centrale rol van de patiënt bij het managen van zijn gezondheid. Effectieve zelfmanagementstrategieën bestaan bijvoorbeeld uit toepassing, doelen stellen, plan van aanpak maken, problemen oplossen en follow-up. Patiënten moeten onbeperkte toegang tot beschikbare hulpbronnen voor zelfmanagement hebben. Effectieve zelfmanagement ondersteuning betekent dat de centrale rol van de patiënt in hun zorg erkend wordt. Deze centrale rol zorgt ervoor dat het verantwoordelijkheidsgevoel van chronisch zieken aangemoedigd wordt (Last, 2006). Wagner pleit voor structurele zorgprogramma's die gericht zijn op zelfmanagement en gedragverandering (Wagner, 1996). Tevens is hij van mening dat het belangrijk is dat patiënten onbeperkt toegang hebben tot ondersteunende mogelijkheden voor zelfmanagementsupport. (Wagner, 1996). Zoals is genoemd speelt educatie een sleutelrol bij de behandeling van diabetes en is dan ook een integraal onderdeel van goede diabeteszorg. Uit een evaluatiestudie van Wagner (1996) kwam het grote belang van adequate educatie van de patiënt (en familie) naar voren voor optimale diabeteszorg. Educatie (volgens de zorgstandaard) richt zich op de overdracht van kennis, inzicht en vaardigheden die nodig zijn voor adequaat zelfmanagement van diabetes. Er is veel bewijs dat structurele programma's die gericht zijn op zelfmanagement en gedragverandering de resultaten van diabeteszorg aanzienlijk kunnen verbeteren (Wagner, 1996). Tevens dient er aandacht te zijn voor psychosociale problemen bij diabeteszorg. Er zijn aanwijzingen dat psychosociale problemen veelvuldig voorkomen bij mensen met diabetes. Deze psychosociale problemen hebben vaak een sterk nadelige invloed op het zelf zorggedrag van patiënten (NDF,2000). Door vroegtijdige herkenning van psychosociale problemen in de praktijk van de diabeteszorg en het aanbieden van werkzame psychosociale interventies kan een belangrijke bijdrage worden geleverd aan de verbetering van zowel het lichamelijk als psychologisch welzijn van de mens met diabetes. Er dient dus optimaal gebruik gemaakt te worden van de beschikbare middelen en mogelijkheden van psychosociale hulpverlening binnen de diabeteszorg (NDF, 2000).

Er wordt verwacht dat er in Twente diverse voorzieningen en middelen zijn ter ondersteuning van de zelfmanagement van de diabetespatiënt. Waarbij de patiënt toegang heeft tot 'zijn' gegevens. Verwacht wordt dat deze voorzieningen en middelen zich vooral richten op educatie van patiënten en familie. Tevens wordt verwacht dat er in Twente aandacht is voor psychosociale kant van de ziekte. Ook wordt verwacht dat er in Twente aandacht is voor andere 'maatschappelijke bronnen als patiëntenverenigingen en 'alternatieve geneeswijzen'.

3.3.5 Decision Support

Verondersteld wordt dat zorgaanbieders toegang moeten hebben tot de benodigde kennis en ervaring(en) om goede zorg te kunnen verlenen. (Epping-Jordan, 2004) Ook hierbij staat de patiënt centraal; de voorkeuren van de patiënt en het bespreken van richtlijnen en protocollen met de patiënt wordt als belangrijk ervaren. Naast het werken met 'evidence based' richtlijnen en protocollen moeten zorgteams toegang hebben tot professionals die beschikken over expertise en ervaring op een bepaald gebied, zoals een medisch specialist. (Epping-Jordan, 2004)

Het CCM schetst het ideaalbeeld dat het behandelteam voorbereid en proactief is. Hulpverleners moeten voldoende informatie hebben, voordat zij de behandeling starten en er moet op de juiste wijze overleg plaatsvinden. De betrokken hulpverleners moeten competent zijn (zowel inhoudelijk, organisatorisch als communicatief) en moeten bereid zijn om informatie te delen met collega hulpverleners.

Daarbij is het van belang dat men collega professionals moet kennen of tenminste weet te vinden. Op die manier hebben hulpverleners makkelijker toegang tot professionals die beschikken over expertise en ervaringen op een bepaald gebied, zoals een medisch specialist (Wagner, 1996). Dit bevordert het samenwerkingsproces en verhoogt de kwaliteit van zorg. Daarbij is het noodzakelijk dat hulpverleners ook vertrouwen hebben in elkaars expertise. Wanneer dit niet het geval is, zullen zij niet snel informatie inwinnen bij collega professionals en worden kennis en ervaringen onderling niet gedeeld.

Wagner vindt dat het gebruik van actuele, multidisciplinair gedragen 'evidence based' (waar mogelijk) richtlijnen in de zorg voor een chronische aandoening als diabetes noodzakelijk is. Deze richtlijnen kunnen helpen om diabetes te voorkomen, tijdig op te sporen en adequaat te behandelen, waardoor de kwaliteit van zorg verhoogd wordt. In Nederland zijn een aantal richtlijnen ingepast in de algemene beleidslijnen zoals vastgelegd in de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). In de zorgstandaard worden afspraken tussen de bij de diabeteszorg betrokken zorgverleners over de inhoud en uitvoering van zorg omschreven. Een ander voorbeeld van een belangrijke standaard in de diabeteszorg in Nederland is de NHG standaard diabetes. In deze richtlijn staan bepaalde afspraken ten aanzien van de behandeling van diabetes mellitus. Deze richtlijnen zouden als hulpmiddel kunnen dienen in het afstemmen en afbakenen van rollen en taken en zo een bijdrage kunnen leveren aan het optimaliseren van coördinatie van zorg.

Verwacht wordt dat hulpverleners in Twente toegang hebben tot collega professionals en dat zij optimaal gebruik maken van de expertise van hun collega's. Tevens wordt verwacht dat zij veelvuldig

zullen werken volgens protocollen en richtlijnen die veelal gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs. Dit zou de kwaliteit van zorg verhogen.

3.3.6 Clinical Information Systems

Moderne technologie kan op verschillende manieren een bijdrage leveren aan de optimalisering van de diabeteszorg. Ten eerste kan ICT worden ingezet bij de preventie van diabetes. Zo kunnen bijvoorbeeld relevante subpopulaties geselecteerd en bereikt worden zoals hoogrisico groepen. Daarnaast kan technologie ingezet worden bij het beschikbaar en toegankelijk maken van data. Hierbij kan gedacht worden aan informatie van en voor de patiënt zodat het zelfmanagement ondersteund wordt (Lucking). Echter kan ICT ook worden ingezet om het mogelijk te maken voor professionals onderling (eventueel met patiënt) om informatie te delen over bijvoorbeeld individuele patiënten, patiëntenpopulaties, nieuwe behandelingen, ervaringen etc. Daarnaast leveren informatiesystemen een bijdrage aan de coördinatie van zorg en de effectiviteit van zorgprogramma's (Epping-Jordan, 2004). Een geïntegreerde manier van documenteren leidt ertoe dat de zorg beter gecoördineerd kan worden en dat communicatie onderling effectiever is (Atwal, 2002). Er zijn veel mogelijkheden op het gebied van ICT toepassingen (bijvoorbeeld het Elektronisch Patiënten Dossier). Ondersteuning in de vorm van ICT-toepassingen wordt voorgesteld als middel bij het opvangen van het (dreigend) capaciteitsprobleem. (de Bakker et al, 2005) Rosendal (2006) stelt in zijn lectoraat dat moderne ICT zelfs een onmisbare rol speelt bij adequate afstemming en coördinatie van zorg. Zo kunnen Informatiesystemen tijdige 'reminders' sturen voor zowel zorgverleners als patiënten zodat er gestructureerde en geplande zorg kan worden geleverd. Tevens helpen de systemen om de patiënt in het zorgproces te kunnen traceren en om de zorg te plannen. Daarnaast helpen ze ook om de zorg te coördineren door het uitwisselen van informatie met zowel patiënten als met zorgaanbieders. Atwal (2002) is van mening dat er een informatiesysteem aanwezig moet zijn die door alle betrokken hulpverleners wordt gebruikt om informatie te delen. Dit systeem moet op de juiste wijze worden geïmplementeerd, omdat er anders fragmentatie van zorg ontstaat. Alleen door volledige participatie van alle betrokken hulpverleners kan multidisciplinaire documentatie slagen. Wanneer dit niet gebeurt dan ontstaat er bijvoorbeeld vertraging in de verstrekking van de gegevens wat de informatievoorziening belemmert. Als laatste kunnen prestaties van bijvoorbeeld behandelteams of een gezondheidszorgsysteem in kaart worden gebracht zodat fouten kunnen worden opgespoord (Institute for Healthcare improvement, 2005). Wagner geeft aan dat het opsporen van fouten belangrijk is om verbeteracties in gang te kunnen zetten. Op die manier zal de kwaliteit van zorg en de veiligheid voor de patiënt verder toenemen (Wagner, 1996). In Nederland zijn er binnen de gezondheidszorg veel initiatieven gaande op het gebied van ICT. Dit geldt ook voor de regio Twente; deze regio heeft namelijk het project IZIT ('Innovatie van zorg door ICT') opgezet, waarmee getracht wordt om zorg en ICT in Twente te koppelen, te optimaliseren en te innoveren. Eén van de projecten die door IZIT is geïnitieerd is het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Het ziektebeeld diabetes is een van de eerste ziektebeelden waar IZIT het zorgtraject voor wil optimaliseren en innoveren. Zo wil IZIT met onder andere het project "e-ketendossier", door middel van ICT- ondersteuning volgens de geaccepteerde zorgstandaard goede 'ketenzorg' voor de gehele populatie in Twente bewerkstelligen.

Twente lijkt voorop te lopen in Nederland op het gebied van ICT in de zorg. Hierdoor wordt verwacht dat er in Twente gebruik wordt gemaakt van ICT en nieuwe technologieën bij het delen van informatie. Vooral op het gebied van uitwisseling van informatie tussen betrokken hulpverleners wordt verwacht dat informatiesystemen een belangrijke rol spelen bij de coördinatie van zorg. Tevens wordt verwacht dat de toepassing van ICT en nieuwe technologieën, oplossingen kan bieden bij bestaande en verwachte problemen. Verwacht wordt dat innovatie in de zorg nodig is om goede, toegankelijke en betaalbare zorg te (blijven) leveren.

3.3.7 Verwachtingen voor diabeteszorg in Twente

In bovenstaand hoofdstuk is aan de hand van het CCM de ideale situatie geschetst voor diabeteszorg in Twente. Vervolgens zijn de verwachtingen voor de diabeteszorg in Twente genoemd. Hoewel bekend is dat de organisatie van zorg en samenwerking tussen hulpverleners in Nederland niet optimaal is, bestaan er veel onduidelijkheden over de aard van de problemen. Zo is er weinig informatie beschikbaar over hoe hulpverleners samenwerken, welke knelpunten er bestaan er welke consequenties dit heeft voor de kwaliteit van diabeteszorg. Naar aanleiding van de analyse van het ideaalbeeld van het CCM is de verwachting ontstaan dat in Twente de zorgverlening in Twente niet op alle elementen van het ideaalbeeld zal aansluiten. In dit onderzoek zal gekeken worden naar de aanwezigheid van preventieprogramma's ten aanzien van diabetes en wordt er gekeken welke positie de patiënt inneemt in het zorgproces. Daarnaast wordt er gekeken wat de stand van zaken is betreffende zelfmanagement ondersteuning voor de diabetespatiënt en zijn familie. Wat betreft coördinatie van zorg wordt gekeken of er voldoende afstemming plaatsvindt tussen de hulpverleners en in hoeverre benodigde kennis aanwezig en toegankelijk is. Hierbij wordt gekeken in hoeverre de huidige situatie in Twente aan het ideaalbeeld dat in het CCM wordt geschetst voldoet. Als laatste wordt gekeken of het belang van ICT in Twente inderdaad wordt ingezien en in hoeverre ICT als hulpmiddel wordt toegepast. Tevens wordt gekeken naar de wijze waarop afstemming van zorg plaatsvindt en of ICT een oplossing kan bieden voor (verwachte) problemen of hiaten in de diabeteszorg.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de analyses van de enquêtes weergegeven.

Als eerste worden algemene kenmerken van de onderzoekspopulatie weergegeven. Het betreft de respons op de enquêtes. Daarna wordt ingegaan op de analyse van de resultaten aan de hand van het Chronic Care Model. De huidige situatie wat betreft het netwerk van diabetespatiënten en samenwerking hierbinnen zullen nader worden besproken. Aan de hand van de resultaten in vergelijking met het normatieve beeld dat geschetst is in hoofdstuk 3 zullen per 'element' deelconclusies worden getrokken voor Twente.

4.1 Respons

Er zijn in totaal zeven semi-gestructureerde interviews afgenomen bij een aantal, dat werkzaam is binnen de regio Twente. De geïnterviewde personen hebben verschillende functies binnen de gezondheidszorg; er is gesproken met verschillende huisartsen, een persoon uit de thuiszorg, een verpleegkundige en een homeopathische arts. Tijdens deze interviews is getracht om opheldering te krijgen over wat er binnen de regio speelt rondom de samenwerking tussen hulpverleners en welke knelpunten er bestaan. Gebleken is dat de geïnterviewde hulpverleners een aantal knelpunten ervaren in de samenwerking met andere hulpverleners.

Omdat relatief weinig benaderde hulpverleners bereid waren om mee te werken aan de semi-gestructureerde interviews, is ervoor gekozen om zoveel mogelijk hulpverleners te benaderen voor de schriftelijke enquête. Hiermee is getracht om uiteindelijk zoveel mogelijk hulpverleners te betrekken bij het onderzoek en om het netwerk zo volledig mogelijk in kaart te kunnen brengen.

In totaal zijn 1060 enquêtes onder de diverse hulpverlencategorieën verspreid over heel Twente. Hierbij zijn zoveel mogelijk hulpverleners persoonlijk benaderd.

De totale respons van de enquêtes uit het onderzoek bedraagt slechts 8,7 procent. De respons per actor is sterk gevarieerd. De respons onder de huisartsen is het laagst; namelijk 2,5 procent. Bij de thuiszorgorganisaties was de respons 8,2 procent. De (revalidatie)ziekenhuizen hadden de hoogste respons met 11,6 procent. Hierbij moet echter wel opgemerkt worden dat de specialisten ook een vrij lage respons hadden, namelijk 7,5 procent. De revalidatieverpleegkundigen waren verreweg het best vertegenwoordigd met een respons van maar liefst 36 procent.

4.2 De huidige situatie ten aanzien van diabeteszorg in Twente

4.2.1 Community

Bekend is dat integraal gezondheidszorgbeleid en integrale zorgvormen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de gezondheid, de kwaliteit van zorg en van leven. Zo bestaat er langzamerhand landelijke consensus over de inhoudelijke vormgeving van ketenzorg diabetes. Het ministerie van VWS wil een integraal zorgmodel introduceren door het vormen van zogenaamde 'diabeteszorggroepen'. Deze multidisciplinair samengestelde en conform de NDF Zorgstandaard werkende zorggroep zou de beste waarborg bieden voor het leveren van optimale diabeteszorg tegen

een aanvaardbare prijs. Tevens wordt in deze zorggroepen 'het community aspect' van diabeteszorg benadrukt. De overheid wil de ontwikkeling van ketenzorg in het veld verder gaan stimuleren. Het uitgangspunt van de Nederlandse overheid is om goede diabetes zorg toegankelijk te maken voor iedereen. Inmiddels zijn er in Nederland diverse 'Diabetes Zorggroepen opgestart'. Zo hebben, in Twente ongeveer 75 van de 80 huisartsen in de regio Almelo zich verenigt in vijf 'Diabetes Zorggroepen'.

Bij vraagsturing in de gezondheidszorg is het van belang dat de zorg aansluit bij de behoeften van de patiënt. Uit literatuur blijkt dat de zorg niet altijd goed aansluit en dat het lastig is voor patiënten om informatie te vinden over kwalitatief de 'beste' zorgaanbieders. (inspectie GGZ). De overheid beoogt door het invoeren van 'gereguleerde' marktwerking dat de cliënt meer keuzevrijheid heeft dan voorheen (aanbodsturing). De cliënt zou de mogelijkheid moeten hebben om de zorgaanbieder te kiezen die voor hem het beste aanbod heeft. Een belangrijk aspect van keuzevrijheid is dat de patiënt ook daadwerkelijk wat te kiezen heeft. Zo is er in dit onderzoek aan hulpverleners gevraagd of het gezondheidszorgaanbod in Twente voor de verschillende patiëntengroepen voldoende divers is. Opvallend was dat de meerderheid van de respondenten hierover geen duidelijke mening had (neutraal). Het zou kunnen dat bij veel betrokken hulpverleners geen goed overzicht hebben van het aanbod van zorgaanbieders ten aanzien van diabetes. Slechts een kwart van de hulpverleners vindt dat het gezondheidszorgaanbod voor patiënten met diabetes mellitus voldoende divers is. Opvallend is dat geen enkele ondervraagde huisarts van mening is dat deze patiënten voldoende keuze hebben in het zorgaanbod.

Uit de open interviews is gebleken dat naast het zorgaanbod ook andere factoren een rol spelen bij de keuzevrijheid van de patiënt. Zo gaf een van de geïnterviewden aan dat zij de verschillen tussen thuiszorgorganisaties als een obstakel ziet. Sommige thuiszorgorganisaties zijn volgens haar veel minder flexibel dan andere. De hulpverlener zei: "Officieel hoort de patiënt te bepalen naar welke thuiszorgorganisatie hij gaat, maar in de praktijk informeren verpleegkundigen de patiënten slechts over twee thuiszorgorganisaties waarmee zij veel samenwerken". Ook hebben enkele huisartsen tijdens de interviews aangegeven dat zij regelmatig patiënten doorverwijzen naar een specialist die zij kennen. Zij hebben aangegeven dat zij vaak naar 'bekenden' doorverwijzen of verwijzen naar bepaalde collega's omdat zij van mening zijn dat daar de kwaliteit van zorg hoog is. Van de ideaalsituatie waarbij de patiënt keuzevrijheid heeft en er gebruik van kan maken is hierbij dus geen sprake. Selectief doorverwijzen past niet in het concept van de 'gereguleerde marktwerking'. Dit vereist namelijk een grote transparantie over het aanbod en de kwaliteit van de zorg om keuzemogelijkheden voor zorginkopers (de verzekeraars) en patiënten te vergroten.

Ook uit de literatuur blijkt dat het lastig is voor patiënten om informatie te (ver)krijgen over kwalitatief de 'beste' zorgaanbieders. Tevens sluit informatie die hulpverleners aan cliënten geven niet altijd goed aan op de behoefte van de cliënt. Informatie wordt vaak nog voor patiënten in onbegrijpelijke taal overgedragen en er wordt vaak zelfs onvoldoende informatie met betrekking tot risico's en alternatieven gegeven.

Naast het ontplooiën van initiatieven om de coördinatie en organisatie van diabeteszorg te verbeteren richt het overheidsbeleid zich ook op preventie.

Zoals in hoofdstuk 1 is vermeld wordt verwacht dat het aantal diabetespatiënten nog met tientallen procenten zal toenemen. Om deze toename in te perken en om complicaties te voorkomen is preventie zeer belangrijk. Hierbij zijn zowel primaire- als secundaire- als tertiaire preventie van belang. Er worden in Nederland, ten aanzien van de verschillende vormen van preventie, verschillende initiatieven ontplooid om patiënten te traceren en aan te moedigen om deel te nemen aan een één (of meerdere) effectieve programma('s). Initiatieven ten aanzien van primaire preventie richten zich voornamelijk op gezonde voeding en lichamelijke activiteit. De overheid probeert mensen bewuster te maken van de risicofactoren als overgewicht. Zo zijn er diverse campagnes gevoerd die zich richtten op het voorkomen en/of terugdringen van overgewicht, bijvoorbeeld "Weet wat je eet". Zoals genoemd zijn gezondheidszorgprogramma's en educatieprogramma's van groot belang voor adequate diabeteszorg.

Vanuit de overheid worden in Nederland diverse samenwerkingsverbanden aangegaan met (maatschappelijke) organisaties en worden diverse diabetescampagnes gevoerd waarbij zowel primaire, als secundaire als tertiaire preventie aan bod komen. Hierbij worden verschillende organisaties betrokken (Limburg, 2005). Zo is er in 2006 een grootschalige diabetes campagne van start gegaan waarbij het doel was om de kennis van diabetes en bewustwording van eigen risico op diabetes te vergroten. Deze campagne richtte zich vooral op hoogrisicogroepen, zoals mensen met overgewicht en allochtonen.

In Nederland speelt op landelijk niveau de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) een belangrijke rol bij de primaire preventie van diabetes (voorkomen van diabetes). Op het gebied van secundaire preventie worden maatschappelijke organisaties zoals patiëntenverenigingen (bijv. Diabetes Vereniging Nederland (DVN)) en stichtingen ingezet. Deze organisaties helpen bijvoorbeeld om ongediagnosticeerde diabetes onder de aandacht van de bevolking te brengen. Zij kunnen mensen met een verhoogd risico op de ziekte adviseren om zich bij hun huisarts te laten testen op diabetes. Naast de patiëntenverenigingen wordt ook van de betrokken hulpverleners verwacht dat ze een bijdrage leveren aan een vroege opsporing van diabetes. Zo kan voornamelijk de alertheid van huisartsen op de aanwezigheid van risicofactoren en symptomen een positieve bijdrage leveren aan de vroege opsporing. Het beleid richt zich naast het informeren en adviseren van de betrokken hulpverleners ook op mensen met een verhoogd risico. Het is van belang dat mensen met een verhoogd risico op diabetes zich bewust worden van de ernst van de aandoening, wat de risicofactoren zijn en wat zelf gedaan kan worden om diabetes te voorkomen. Tevens ziet de Nederlandse overheid het belang in dat mensen die de ziekte hebben adequaat kunnen omgaan met hun ziekte en daarmee complicaties kunnen voorkomen.

Voor het optimaal benutten van de maatschappelijke bronnen is het van belang dat naast de initiatieven vanuit de overheid ook in de maatschappij zelf initiatieven ontplooid worden. Dit kan op verschillende niveaus plaatsvinden.

In Nederland bestaan er diverse patiëntenverenigingen en diverse vormen van lotgenotencontact ten aanzien van diabetes mellitus, waarvan de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) de grootste is. Ook bestaan er diverse vrijwilligersorganisaties die bij de zorg voor diabetespatiënten kunnen worden ingezet. Uit een onderzoek van Baan (2003) blijkt dat zowel patiëntenverenigingen als mantelzorgers weinig betrokken worden door professionals bij het zorgproces van de patiënt. Dit lijkt een ongewenste situatie te zijn aangezien aspecten als patiëntgerichtheid, psychosociale zorg en informele zorg juist erg belangrijk zijn voor de zorg aan mensen met chronische aandoeningen. Over de omvang en betekenis van mantelzorg is niets bekend bij patiënten met diabetes mellitus (Baan, 2003).

Uit dit onderzoek komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Ondanks dat bijna alle hulpverleners (95%) in hun werk in contact komen met patiënten die gebruik maken van mantelzorg, worden mantelzorgers niet vaak als belangrijke actoren gezien binnen het zorgproces van een diabetespatiënt. Wel wordt door de hulpverleners het belang van mantelzorg in gezien en wordt mantelzorg als een adequate aanvulling op reguliere zorg gezien. Opvallend is dat een kleine meerderheid van de hulpverleners wel van mening is dat mantelzorgers meer bij de reguliere zorg voor chronisch zieken betrokken zouden moeten worden, maar in de praktijk lijkt dit niet te gebeuren. Vooral huisartsen vinden dat mantelzorgers meer bij de reguliere zorg betrokken zouden moeten worden. Ondanks dat de respondenten mantelzorg als een belangrijke aanvulling op reguliere zorg zien, blijkt dat ruim 70 procent vindt dat er onvoldoende mantelzorgers beschikbaar zijn.

Wat ook opvalt, is dat ondanks dat veel hulpverleners wel in contact komen met patiënten die gebruik maken van mantelzorg, twee derde van hen niet weet te benoemen of de patiënten met diabetes mellitus voldoende gebruik maken van mantelzorg. Zij zijn hier niet van op de hoogte of kunnen geen inschatting maken of er voldoende gebruik van mantelzorg wordt gemaakt.

Tevens onderstreept dit onderzoek de bevindingen van Baan die concludeert dat andere maatschappelijke organisaties zoals patiëntenverenigingen en vrijwilligersorganisaties relatief weinig bij het zorgproces betrokken worden. Van de hulpverleners die wel contact hebben met vrijwilligersorganisaties wordt de Unie van Vrijwilligers (UVV) het meest vaak genoemd.

Conclusie

Wanneer de wenselijke situatie met de huidige situatie wordt vergeleken dan kan uit bovenstaande worden afgeleid dat de diabeteszorg in Twente nog op diverse punten geoptimaliseerd kan worden. Opvallend is dat naast een gebrek aan keuzevrijheid ook het beeld naar voren komt dat de patiënt niet centraal staat. Wat je bij de huidige vorm van aansturing van de gezondheidszorg wel zou verwachten. Slechts een derde van de respondenten is van mening dat de centrale rol in het zorgproces voldoende wordt benadrukt.

Verwacht werd dat door de overheid verschillende effectieve preventieprogramma's voor diabetes zijn geïnitieerd. Uit de analyse is naar voren gekomen dat dit inderdaad het geval is. De overheid houdt zich op diverse niveaus bezig met de preventie van diabetes.

Tevens zou de zorg zodanig ingericht moeten zijn dat het gebruik van maatschappelijke organisaties optimaal benut kan worden. In Twente lijkt hier nog niet optimaal gebruik van gemaakt te worden. Zo

betrekken professionals mantelzorgers en andere maatschappelijke organisaties nog onvoldoende bij het zorgproces, waaronder het maken van afstemmingsafspraken. Hierdoor krijgen professionals mogelijk onvoldoende inzicht in het sociale netwerk van de patiënt en daarmee minder zicht of de aanwezige mantelzorg toereikend is. Het is voor zowel de professionals als de mantelzorgers belangrijk dat het belang van de mantelzorgers in het zorgproces wordt erkend en hierdoor als een waardevolle samenwerkingspartner wordt gezien. Tevens bestaat er een tekort in het aantal mantelzorgers waardoor niet aan de stijgende zorgvraag kan worden voldaan.

Ook lijkt het erop dat de professionals de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing nog niet voldoende gemaakt hebben. Het gaat hierbij onder andere om de omslag in houding, rol en taken van de professionals. Dit zou door een aantal praktische redenen verklaard kunnen worden zoals tijdgebrek en werkdruk. Tevens zou het kunnen dat professionals niet openstaan voor veranderingen.

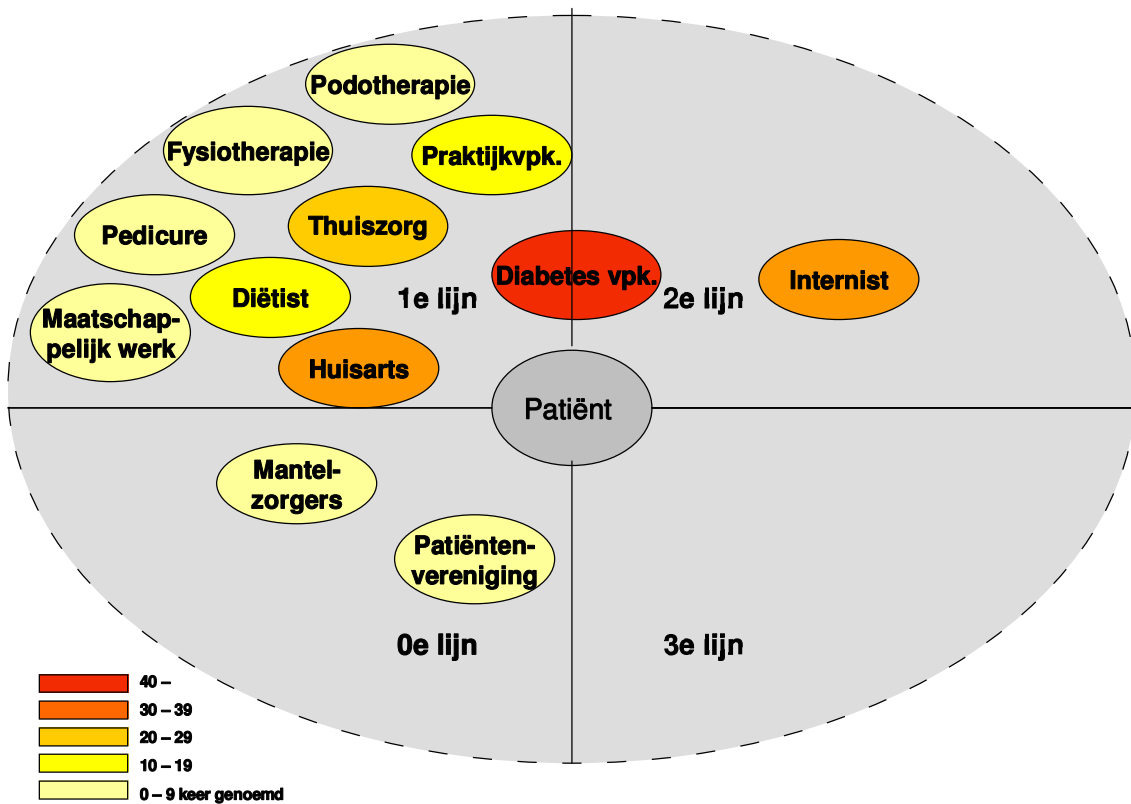
4.2.2 Health system

In Nederland bestaat er op dit moment op landelijk niveau consensus over hoe optimale diabeteszorg georganiseerd zou moeten zijn. De overheid erkent dat er veranderingen in de organisatie van diabeteszorg noodzakelijk zijn om adequate diabeteszorg te leveren. De focus van de zorg lag voornamelijk op acute zorg met de daarbij meestal 'genezende' behandeling. Een voorbeeld hiervan is het 'diagnoserecept' model dat veelal door artsen wordt gebruikt. In 2004 werd de 'Taakgroep Programma Diabeteszorg' opgericht. Deze taakgroep kwam met een advies waarin voorstellen stonden voor verbetering van de Diabeteszorg in Nederland. De groep bestond uit verschillende deskundigen van zorgverzekeringen, zorgverlening en patiëntenorganisaties. Zij constateerden dat een multidisciplinair samengestelde en conform de NDF Zorgstandaard werkende zorggroep de beste waarborg biedt voor het leveren van optimale diabeteszorg tegen een aanvaardbare prijs. Tevens is het van belang om expertise uit diverse disciplines regionaal te bundelen en om de professionalisering van Beroepsbeoefenaren voort te zetten (Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2005). Op landelijk niveau bestaat er inmiddels consensus over de inhoudelijke vormgeving van deze 'ketenzorg' diabetes. De overheid wil de ontwikkeling van ketenzorg in het veld verder gaan stimuleren. Zo heeft de overheid bijvoorbeeld een nieuwe vorm van financiering geïntroduceerd waarbij een keten Diagnose Behandel Combinatie (DBC) ontwikkeld wordt (Struys, 2004). Door deze nieuwe vorm van financiering wordt verwacht dat er makkelijker samengewerkt kan worden omdat het duidelijk omschreven is wie wat doet en wie wat betaald krijgt. In de keten-DBC wordt integrale zorg aan diabetespatiënten beschreven die is gebaseerd op de NDF zorgstandaard. De keten-DBC diabetes is een instrument voor structurele bekostiging van standaard diabeteszorg in de keten. Naast de ontwikkeling van een keten-DBC is tevens gestart met het programma 'Diabetes Ketenzorg' dat door ZonMw wordt uitgevoerd. Hiermee tracht de minister inzicht te krijgen of een keten-DBC diabetes het juiste instrument is voor het organiseren, leveren en financieren van goede en betaalbare diabeteszorg die dekkend is in heel Nederland. Op basis van de resultaten wordt in 2009 door het kabinet besloten over wel of geen voortzetting van de keten-DBC diabetes en eventuele uitbreiding van keten-DBC's naar andere chronische ziekten zoals COPD en hart en vaatziekten.

Het ministerie wil, zoals eerder genoemd, dat er zogenaamde 'diabeteszorggroepen' worden opgericht. In deze diabeteszorggroep werken de huisarts en de praktijkverpleegkundige samen met een diëtist, diabetesverpleegkundige, internist en oogarts. De huisarts heeft de regie en maakt voor elke diabetespatiënt duidelijke samenwerkingsafspraken. Voor de uitwisseling van informatie maken alle betrokken zorgverleners gebruik van een nieuw elektronisch patiëntendossier waarin alle betrokken hulpverleners informatie kunnen vastleggen. Het plan is dat ook de patiënt zelf toegang krijgt tot zijn eigen dossier zodat hij zelf ook een actieve(re) rol kan spelen in het managen van zijn of haar ziekte (Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2005). De vraag is door wie het initiatief genomen zal gaan worden tot het vormen van deze zorggroepen. Een belangrijke verzekeraar gaat zorgaanbieders stimuleren om zorggroepen te vormen. De verwachting is dat het initiatief hiertoe vaak genomen zal worden door een groep huisartsen

Op dit moment zijn zorggroepen in Twente nog maar op beperkte schaal ingevoerd. Het is dan ook interessant en van belang om te kijken hoe het netwerk rondom een diabetespatiënt er op dit moment uitziet en welke actoren hierin als belangrijk worden ervaren. De eerste subvraag luidt dan ook: "Hoe ziet het huidige netwerk van zorgaanbieders in Twente eruit rondom het chronische ziektebeeld diabetes mellitus?". Hieronder zal aan de hand van de actoren, die als het meest belangrijk worden ervaren door de ondervraagde hulpverleners, het netwerk in kaart worden gebracht. Tevens zal bij de subparagraaf 'Clinical Information Systems' naar voren komen hoe het netwerk van 'Informatie delen' met betrekking tot chronisch zieken in Twente eruit ziet.

In dit onderzoek is onderzocht hoe het netwerk van hulpverleners en hoe de organisatie van de gezondheidszorg er in Twente uit ziet rondom het ziektebeeld diabetes mellitus.



Figuur 2 Belangrijke hulpverleners in de zorg voor diabetes mellitus

De organisaties en actoren die door hulpverleners als het meest belangrijk worden ervaren in de diabeteszorg zijn in figuur 2 afgebeeld. Hierin komt duidelijk naar voren dat diabeteszorg vooral in de eerste lijn plaatsvindt. In de zorg voor mensen met diabetes mellitus wordt de diabetesverpleegkundige als meest belangrijke hulpverlener gezien. Na de diabetesverpleegkundige worden de huisarts en internist ongeveer even vaak als belangrijkste actor aangeduid. Uit de literatuur blijkt dat de huisarts het meest belangrijk is in de zorg voor diabetes type 2 en de internist een zeer belangrijke rol speelt in de behandeling van type 1 diabetes. Zij kunnen dus afhankelijk van het type diabetes als meest belangrijk worden gezien. Andere belangrijke organisaties die door de hulpverleners worden genoemd zijn thuiszorg, praktijkverpleegkundige, diëtist en als laatste de mantelzorgers, patiëntenverenigingen, fysiotherapie, podotherapie, pedicure en maatschappelijk werk. Opvallend is dat de thuiszorg relatief vaak is genoemd terwijl dit niet nadrukkelijk uit de literatuur naar voren kwam. Ook is het opvallend dat mantelzorgers en patiënten verenigingen relatief weinig worden genoemd. Een belangrijk kenmerk van het ziektebeeld is dat het grootste deel van de zorg uit zelfzorg

door de patiënt bestaat. Dit brengt de verwachting met zich mee dat de hulpverleners de directe omgeving van de patiënt een grotere en belangrijke rol in het geheel zouden toebedelen.

Een ander opvallend aspect is dat maatschappelijk werk bijna niet genoemd werd. Ook hierbij werd vanwege het ingrijpende karakter van de ziekte een ander beeld verwacht. Dit onderzoek onderstreept de tendens dat er steeds meer verpleegkundigen, vooral diabetesverpleegkundigen en in beperkte mate praktijkverpleegkundigen, een steeds belangrijker positie innemen in de zorg voor diabetespatiënten. Uit dit onderzoek blijkt dat vooral diabetesverpleegkundigen als erg belangrijke actor in de diabeteszorg worden gezien. Uit het onderzoek van Baan blijkt dat bij de zorg voor mensen met diabetes mellitus voornamelijk de huisarts, internist en diëtist betrokken zijn. Daarnaast wordt de rol van de diabetesverpleegkundige in de diabeteszorg steeds groter (Baan, 2003).

Deze bevinding past in de visie van het CCM. Wagner pleit ook voor optimale inzet van verpleegkundigen (en andere paramedici) in de zorg voor chronisch zieken.

Naar aanleiding van de bevindingen in dit onderzoek zou geconcludeerd kunnen worden dat in de zogenaamde 'diabeteszorggroepen' (vooral) bij type 2 diabetes, niet de huisarts maar juist een *verpleegkundige* de regie zou moeten krijgen. Hierbij wordt gedacht aan een diabetesverpleegkundige of een praktijkverpleegkundige. Zij zou uitstekend deze centrale rol kunnen vervullen. De vraag is echter of deze situatie toe te passen is in de praktijk. De vraag is dan ook in hoeverre andere hulpverleners hier voor open staan en in hoeverre de 'organisatie van zorg' dit toelaat.

Conclusie

Samenvattend kan gesteld worden dat de zorg in Twente voor patiënten met diabetes mellitus zeer uitgebreid is en hoofdzakelijk in de eerste lijn plaatsvindt. De belangrijkste actor volgens de ondervraagde hulpverleners is de diabetesverpleegkundige. Zoals verwacht wordt een groot deel van de diabeteszorg door verpleegkundigen uitgevoerd. De diabetesverpleegkundige wordt gevolgd door huisarts en internist/specialist. Daarnaast blijkt dat in Nederland diverse initiatieven worden ontplooid om de organisatie van zorg meer af te stemmen op de langdurige zorg. Een voorbeeld hiervan zijn de 'diabeteszorggroepen', welke passen in de visie van het Chronic Care Model. Echter blijkt in de praktijk dat de zorg nog lang niet op deze manier is georganiseerd. Er zijn in Twente slechts vijf 'diabeteszorggroepen' opgericht. Tevens blijkt dat de gereguleerde marktwerking, waarmee de overheid beoogd de positie van de patiënt te versterken, op dit moment nog niet optimaal werkt. Zoals verwacht staat de diabetespatiënt nog onvoldoende centraal staat in het zorgproces.

Verwacht werd dat de zorg in Twente nog niet optimaal ingericht is om diabetespatiënten effectief te behandelen. Wanneer gekeken wordt naar de organisatie van zorg in Twente dan valt op dat hier weinig structuur in zit. Veranderingsprocessen lijken vaak lokaal plaats te vinden waardoor het achteraf lastig is om bepaalde projecten en of systemen op elkaar aan te sluiten. Het netwerk kenmerkt zich door 'versnippering' waarbij de kwaliteit van zorg afhankelijk lijkt van individuele hulpverleners en niet van het systeem. Een duidelijk achterliggend gezondheidsmodel of systeem lijkt te ontbreken. Dit heeft als gevolg dat er een spanningsveld zit tussen het Nederlandse (Twentse) 'model' en het Chronic Care Model van Wagner. Het gebrek aan structuur in het Twentse zorgsysteem bemoeilijkt de analyse via het Chronic Care Model van Wagner.

4.2.3 Delivery System Design

Naast het in kaart brengen van het netwerk rondom de diabetespatiënt is een tweede subvraag om te kijken op welke wijze er wordt samengewerkt tussen de hulpverleners. Deze vraag zal gedeeltelijk in deze paragraaf beantwoord worden. Tevens zal bij de subparagraaf 'Clinical Information Systems' de aard van de relaties beschreven worden.

Zoals eerder werd genoemd is het noodzakelijk om het zorgsysteem voor chronisch zieken te veranderen in een proactief systeem dat erop gefocust is om de patiënten zo gezond mogelijk te houden (Wagner, 1996). Rondom de zorgverlening van diabetespatiënten zijn vaak veel medici en paramedici betrokken die van cruciaal belang zijn om effectieve zorg voor deze categorie zieken te bereiken. Voor effectieve zorg is het van belang dat de taken duidelijk omschreven zijn en dat de rollen van de betrokken hulpverleners duidelijk gedefinieerd en afgebakend zijn. Binnen netwerken rondom chronisch zieken moeten de taken van de betrokken hulpverleners goed verdeeld zijn en daarbij is het belangrijk dat er gebruik wordt gemaakt van geplande interacties en regelmatige follow-up. Op die manier is de afstemming van zorg beter en wordt 'evidence-based' zorg ondersteund. Uit literatuur blijkt dat de kwaliteit van de diabeteszorg binnen de eerste en tweede lijn, door de aanwezigheid van multidisciplinaire teams die de zorg gezamenlijk boden, positief werd beïnvloed (Masurel)

Wagner (1996) geeft in zijn Chronic Care Model (CCM) weer dat het belangrijk is dat er voldoende afstemming tussen hulpverleners aanwezig is. Daarbij is het belangrijk dat er geen samenwerkingspartners worden gemist en dat verschillen tussen organisaties en hulpverleners de samenwerking niet belemmeren. Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste respondenten, die in hun werk in aanraking komen met diabetespatiënten, geen samenwerkingspartner missen. Slechts een aantal respondenten (17 procent) vinden dat er in de zorg voor diabetes één of meer potentiële samenwerkingspartners worden gemist. Opvallend hierbij is dat zijn hiervan de meeste hulpverleners werkzaam zijn binnen het ziekenhuis. Als vervolgens gekeken wordt naar welke samenwerkingspartners worden gemist, dan blijkt dat 'Psychosociale hulpverlening' een aantal keren wordt genoemd. Dit is opvallend omdat deze categorie door de hulpverleners niet werd genoemd als 'belangrijke actor'. Echter is uit de literatuur is gebleken dat juist, psychosociale zorg en informele zorg erg belangrijk zijn voor de zorg aan mensen met chronische aandoeningen (Baan, 2003). Het belang van psychosociale zorg lijkt wel door de hulpverleners in te worden ingezien maar psychosociale zorg lijkt (nog) geen prioriteit te hebben.

Voor het maken van adequate afstemmingsafspraken en voor optimale samenwerking in de zorg voor diabetespatiënten is het van belang dat er niet teveel en niet te weinig organisaties/ hulpverleners betrokken zijn bij de zorg. In het onderzoek zijn hierover een aantal vragen gesteld. Het blijkt dat van de hulpverleners die in hun werk in contact komen met diabetespatiënten een kleine meerderheid (39 procent) vindt dat er niet teveel organisaties en/of hulpverleners betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met diabetes mellitus. Opvallend is dat alleen professionals, die niet direct bij de

diabeteszorg betrokken zijn, vindt dat er teveel organisaties/ professionals bij de diabeteszorg betrokken zijn.

De verwachting was dat de invoering van 'gereguleerde' marktwerking in 2006 van invloed is op de manier waarop er tussen zorgaanbieders wordt samengewerkt. Zo werd verwacht dat de verschillende zorgaanbieders zich zouden proberen te onderscheiden op onder andere kwaliteit van zorg en dat ze zouden gaan 'concurreren' om de gunst van de cliënt voor zich te winnen. Uit dit onderzoek blijkt echter dat de meerderheid van de respondenten niet of nauwelijks iets van deze 'concurrerende sfeer' menen te merken. De hulpverleners die het meeste effect menen te merken van de invoering van het nieuwe ziektekostenstelsel en de daar bijhorende concurrentie zijn de medewerkers van de thuiszorg. Tevens blijkt dat de meeste respondenten (78%), sinds de invoering van het nieuwe ziektekostenstelsel, geen nieuwe samenwerkingsrelaties zijn aangegaan met organisaties en hulpverleners waarmee ze voorheen ook niet samenwerkten. De hulpverleners/ organisaties die wel een nieuw samenwerkingsverband aan zijn gegaan deden dit met gemeente (WMO), Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of met andere thuiszorgorganisaties dan voorheen.

Om een indruk te krijgen van in welke mate wordt samengewerkt door de betrokken organisaties en hulpverleners, is geïventariseerd of hulpverleners deelnemen aan samenwerkingsverbanden met andere organisaties, ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Wat opvalt, is dat relatief gezien slechts een klein aantal respondenten deelneemt aan projecten en of samenwerkingsverbanden. Er zijn wel duidelijke verschillen waarneembaar tussen de verschillende hulpverlencategorieën. Zo geeft ongeveer de helft van de hulpverleners van het ziekenhuis (verpleegkundigen en specialisten) aan dat het ziekenhuis waarvoor zij werken, deelneemt aan projecten en/ of samenwerkingsverbanden ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Bij de verpleegkundigen van de thuiszorg ligt percentage iets lager, namelijk op 29 procent. Opvallend is dat huisartsen(praktijken) het minst vaak deelnemen aan projecten of samenwerkingsverbanden. Slechts 6 procent van de huisartsen geeft aan dat zijn of haar organisatie deelneemt aan dergelijke projecten of samenwerkingsverbanden. Wat opvalt, is dat door de verpleegkundigen van de thuiszorg een grote verscheidenheid aan projecten/ samenwerkingsverbanden werd genoemd. De verschillende projecten werden echter door niet meer dan twee verschillende hulpverleners genoemd. Het lijkt erop dat de thuiszorg in zeer veel verschillende projecten participeert. Er lijkt hierin echter een duidelijke structuur te ontbreken. Een ander opvallend aspect was dat door de huisartsen uitsluitend projecten ten aanzien van diabetes werden genoemd en geen enkel project dat van toepassing was op een ander chronisch ziektebeeld. Een voorbeeld dat werd genoemd is het "beweegproject Diabetici".

Het initiatief tot projecten en samenwerkingsverbanden lijkt vaak bij de organisaties zelf te liggen of bij twee organisaties samen. Ook wordt door een aantal respondenten aangegeven dat het initiatief genomen wordt door verpleegkundigen, huisartsen en specialisten. Echter wordt het initiatief het meest vaak het niveau van de organisatie genomen. De samenwerkingsprojecten worden gefinancierd door de organisaties zelf (aangegeven door 34% van de respondenten), door zorgverzekeraars (12%) en/ of door middel van subsidies (8%) vanuit de overheid.

Uit het onderzoek komt naar voren er op het gebied van samenwerkingsprojecten al wel heel veel diabetesprojecten gaande zijn. Echter neemt nog maar een relatief klein aantal hulpverleners deel aan samenwerkingsverbanden met andere organisaties en hulpverleners. Hulpverleners zien het nut van samenwerkingsverbanden over het algemeen wel in. Een ander opvallend aspect uit een onderzoek van Baan (2003) is dat meer dan de helft van de patiënten niet weet of de verschillende hulpverleners contact met elkaar hebben of geeft aan dat er geen overleg is. De overige 40 procent geeft aan dat er wel contact is tussen hulpverleners van verschillende disciplines, slechts een kwart van hen beoordeeld de afstemming en samenwerking tussen deze hulpverleners toch met een onvoldoende.

Tussen de verschillende categorieën hulpverleners zijn wel verschillen waarneembaar in hoeverre zij deelnemen aan samenwerkingsverbanden. Dit beeld wekt de indruk dat er nog geen duidelijke lijn of structuur in de diabetesprojecten zit. Dit kan optimale zorg in de weg staan omdat voor optimale zelfmanagementondersteuning van de patiënt het van belang is dat de samenwerking tussen professionals en de patiënt zich kenmerkt door een gestructureerd en continu karakter (Epping-Jordan, 2004).

Uit de literatuur blijkt echter wel dat er in Nederland al wel veel initiatieven gaande zijn om de diabeteszorg te optimaliseren. Zo wil het ministerie van VWS de kwaliteit van de diabeteszorg verhogen door middel van het verbeteren van samenwerking tussen hulpverleners. Deze samenwerking vindt plaats in 'transmurale diabeteszorgprojecten'. In de afgelopen jaren is er al een aantal van zulke initiatieven op dit gebied genomen door de hulpverleners zelf (Struys, 2004). Opvallend is dat er een grote verscheidenheid in de praktische invulling van transmurale diabeteszorg in Nederland lijkt te bestaan. Mede daarom wil het ministerie dat er 'diabeteszorggroepen' worden opgericht. Ook in Twente zijn vele 'diabetesketenzorg projecten' opgestart. Een voorbeeld van een project dat in Twente van start is gegaan is het 'Diabetesproject Enschede'. Er bestaan grote verschillen tussen de transmurale diabeteszorgprojecten wat betreft de zorginhoud, inzet van de zorgverlener, taakverdeling en de hieraan gerelateerde kosten (Struys, 2004).

Voor effectieve zorg vindt Wagner (1996) het van belang dat de taken duidelijk omschreven zijn en dat de rollen van de betrokken hulpverleners duidelijk gedefinieerd en afgebakend zijn. Binnen netwerken rondom chronisch zieken moeten de taken van de betrokken hulpverleners goed verdeeld zijn en daarbij is het belangrijk dat er gebruik wordt gemaakt van geplande interacties en regelmatige follow-up. Op die manier is de afstemming van zorg beter en wordt 'evidence-based' zorg ondersteund.

Wanneer wordt gekeken naar overeenstemming in taken en rollen blijkt dat de meeste respondenten die betrokken zijn bij diabeteszorg vindt dat er voldoende overeenstemming is over de rollen en taken. Echter waren ook een aantal respondenten (19 %) van mening dat er nog onvoldoende overeenstemming bestaat. Ook wat betreft overeenstemming over de afbakening van ieders werkteerrein laat een wisselend beeld zien. Echter is een kleine meerderheid van de respondenten (31%) die bij diabeteszorg betrokken zijn een positieve mening toegedaan en vindt dus dat er voldoende overeenstemming is over de afbakening van ieders werkteerrein. Het beeld dat uit dit onderzoek naar voren komt lijkt iets positiever dan het beeld dat uit de literatuur naar voren komt.

Daaruit bleek dat er op dit moment onvoldoende afstemming is tussen de verschillende beroepsbeoefenaren, diabetesverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen die naast en met elkaar werken in de zorg voor diabetes.

Ondanks dat de resultaten matig positief lijken verdient zowel afbakening van ieders werkterrein als overeenstemming over rollen en taken alle aandacht. Adequate en effectieve samenwerking wordt immers erg lastig als men niet op de hoogte is van wat een collega professional precies doet en waar zijn of haar werkterrein ophoudt of juist begint. De afbakening en overeenstemming van rollen en taken zou optimaal moeten zijn.

Om optimale diabeteszorg te kunnen bieden is het van belang dat het 'team' van professionals rondom de patiënt gedegen en voorbereid is. Daarnaast dienen de individuele professionals zowel inhoudelijk, organisatorisch als communicatief competent te zijn. Uit het onderzoek komt naar voren dat de meeste hulpverleners van mening dat collega hulpverleners competent zijn voor hun functie. Een ander fundamenteel aspect voor adequate samenwerking is dat professionals elkaar vertrouwen. De meeste respondenten hebben een groot vertrouwen in hun collega's.

Om samenhang aan te brengen in de coördinatie van zorg wordt door veel bronnen verondersteld dat een regierol binnen een keten of een netwerk onontbeerlijk is. Volgens het VWS zit hier een hiaat; VWS stelt dat door het ontbreken van organisatiestructuren binnen ketens er ook een duidelijke regie ontbreekt rondom de aansluiting van zorg tussen zorgaanbieders. Het IGZ (2006) versterkt dit beeld; zij noemt de ketenzorg in Nederland geen 'naadloze zorg'. Vooral chronische patiënten blijken in de praktijk afstemmingsproblemen tussen hulpverleners te ervaren. Er zijn vaak veel verschillende hulpverleners betrokken en doordat er niet duidelijk is wie de eindverantwoordelijkheid heeft en een groot percentage cliënten vindt dat hulpverleners tegenstrijdige adviezen geven kunnen er gezondheidsrisico's ontstaan. Uit de literatuur blijkt dat in de diabeteszorg de huisarts vaak als centrale zorgverlener wordt gezien, vooral bij patiënten met type 2 diabetes (Baan, 2003). Daarnaast wordt de rol van de diabetesverpleegkundige in de diabeteszorg steeds groter. Het takenpakket van de diabetesverpleegkundige (praktijkverpleegkundige) wordt dan ook steeds verder uitgebreid. Zo geeft de diabetesverpleegkundige naast educatie ook psychosociale zorg, begeleiding en preventie (UK Prospective Diabetes Study, 1998).

Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste respondenten (36%) vindt dat er een duidelijke regie wordt gevoerd binnen de samenwerking met diverse betrokken organisaties en/ of hulpverleners. Slechts een minderheid was van mening dat er géén regisseur aanwezig is binnen het netwerk van de patiënt. Wat opvalt, is dat bijna alle huisartsen vinden dat het duidelijk is wie de regie heeft in de diabeteszorg. Zoals uit de semi-gestructureerde interviews naar voren kwam zien zij zichzelf als 'spin in het web'. Opvallend is dat de persoon die de regie zou hebben niet eenduidig wordt genoemd. Meerdere categorieën hulpverleners bestempelen zichzelf namelijk als regisseur (onder andere huisartsen, specialistisch verpleegkundigen en verpleegkundigen van de thuiszorg).

Wat betreft coördinatie van zorg lijkt er wel enige duidelijkheid te bestaan over wie wat doet, afbakening van het werkterrein en welke hulpverlener een regiefunctie vervult. Er lijkt echter geen

structureel patroon in te zitten maar de coördinatie van zorg lijkt 'versnipperd' plaats te vinden. Volgens Wagner zouden deze aspecten allemaal helder en duidelijk moeten worden vastgelegd in een vooropgesteld plan. In de Nederlandse diabeteszorg bestaan al wel een aantal standaarden en richtlijnen waarin staat wie, wat wanneer zou kunnen doen. Er zijn echter behoorlijk wat overlappende taken die bijvoorbeeld zowel door een huisarts als internist of zowel door een huisarts als verpleegkundige uitgevoerd zouden kunnen worden. Er lijkt dan ook een gebrek te bestaan aan multidisciplinaire protocollen met betrekking tot samenwerking en coördinatie van zorg. Aan de hand van deze resultaten kan worden vastgesteld dat de coördinatie van zorg rondom diabetespatiënten in Twente overeenkomsten vertoont met het landelijke beeld dat bestaat en dus nog niet optimaal is.

Tussen hulpverleners wordt er, ondanks dat er geen sprake is van bestaande structurele samenwerkingsverbanden tussen hulpverleners, wel regelmatig samengewerkt. De meeste hulpverleners werken, binnen het netwerk van diabetes mellitus, samen met alle betrokkenen van het netwerk. Een uitzondering hierop is de homeopathische arts, met wie vrijwel niet wordt samengewerkt. Er zijn grote verschillen waarneembaar in de intensiteit van de verschillende samenwerkingsrelaties. Wat opvalt, is dat er weinig structurele samenwerkingsverbanden lijken te zijn en de zorg lijkt dan ook 'versnipperd plaats' te vinden. Uit het onderzoek blijkt dan ook dat veel hulpverleners van mening zijn dat de samenwerking met andere organisaties en hulpverleners niet optimaal is. Vooral de samenwerking met ziekenhuizen en het revalidatieziekenhuis blijkt als minder goed te worden ervaren. De samenwerking met huisartsen laat een zeer wisselend beeld zien. Zo heeft slechts 13 procent van de hulpverleners binnen de ziekenhuizen, een positieve mening over de samenwerking met de huisartsen. Echter is meer dan de helft (66 procent) van de hulpverleners van de thuiszorg dat de samenwerking met de huisartsen juist redelijk goed tot zeer goed is.

Het meest positief zijn de ondervraagde hulpverleners over de samenwerking met de thuiszorg en met paramedici. Opvallend is dat de samenwerking met hulpverleners van de thuiszorg, overwegend als 'intensief' bestempeld wordt. Er lijkt dan ook een positief verband te bestaan tussen de mate van intensiteit van samenwerking en de waarde die aan samenwerking wordt toegekend. De mate van intensiteit van samenwerking lijkt de ervaren kwaliteit van samenwerking positief te beïnvloeden.

In de eerste lijnszorg kan naast de diabetesverpleegkundige ook de praktijkverpleegkundige een belangrijke rol vervullen in de behandeling en preventie van diabetes. In de beginfase van de invoering van de praktijkverpleegkundige in de huisartsenzorg was er veel onduidelijkheid over taak afbakening en afstemming. Mede door factoren als domeinstrijd en onzekerheid had deze onduidelijkheid een negatieve invloed op de kwaliteit van de diabeteszorg. Inmiddels heeft het project 'Samen op weg' plaatsgevonden en zijn problemen met betrekking tot onduidelijkheid over taakafbakening en afstemming van de twee deskundigheidsgebieden (praktijkverpleegkundige en diabetesverpleegkundige) opgelost (EADV, 2007).

In Twente blijkt dat slechts de helft van de respondenten samenwerkt met praktijkverpleegkundigen. Dit zou kunnen worden verklaard doordat nog niet alle huisartsen een praktijkverpleegkundige in dienst hebben. Tevens zou het kunnen dat veel hulpverleners de huisarts nog als eerste

aanspreekpunt zien. Van de respondenten die wel samen werken met praktijkverpleegkundigen ervaart het merendeel de samenwerking als redelijk goed tot zeer goed. Dit beeld laat dus zien dat de samenwerking met praktijkverpleegkundigen over het algemeen als prettig wordt ervaren. Uit het onderzoek is tevens gebleken dat respondenten het nut van praktijkondersteuning inzien. Omdat er weinig gebruik lijkt te worden gemaakt van praktijkondersteuning, worden taken onvoldoende gedelegeerd en worden werkzaamheden mogelijk niet effectief en efficiënt verdeeld. Om de zorg efficiënter en effectiever te maken zou er in Twente meer en vaker gebruik moeten worden gemaakt van praktijkverpleegkundigen. Uit de literatuur blijkt al wel dat de huisarts in toenemende mate de zorg delegeert naar een praktijkondersteuner (NHG, 2006).

Conclusie

Wanneer de ideaalsituatie wordt vergeleken met de huidige situatie blijkt dat de samenwerking en afstemming van de zorg in Twente nog niet optimaal is. Daarnaast lijkt de diabetespatiënt nog onvoldoende centraal te staan in het diabetesnetwerk in Twente. Tevens is uit het onderzoek is naar voren gekomen dat samenwerkingsverbanden ten aanzien van diabeteszorg nog onvoldoende structureel plaats vinden. Tegen de verwachting in is in de diabeteszorg in Twente nog (veel) onduidelijkheid over welke hulpverlener de regie over de zorg heeft. Tevens lijken er in Twente nog onvoldoende ('evidence based') protocollen en richtlijnen te bestaan die gericht zijn op coördinatie van zorg en samenwerking en die betrekking hebben op *alle* samenwerkingspartners. Wel lijken de resultaten in diabeteszorg met betrekking tot zowel afbakening van ieders werkterrein als overeenstemming over rollen en taken gematigd positief. Deze aspecten kunnen echter nog geoptimaliseerd worden en aandacht hiervoor blijft dus noodzakelijk. Daarnaast lijkt er nog onvoldoende gebruik te worden gemaakt van praktijkondersteuning, worden taken onvoldoende gedelegeerd en worden werkzaamheden mogelijk niet effectief en efficiënt verdeeld. Om de zorg efficiënter en effectiever te maken zou er in Twente meer en vaker gebruik moeten worden gemaakt van praktijkverpleegkundigen.

4.2.4 Selfmanagement support

Een belangrijk kenmerk van diabetes mellitus is dat het grootste deel van de zorg uit zelfzorg door de patiënt bestaat. Hiertoe is het erg belangrijk dat de patiënt (en familie) in staat wordt gesteld om zelf effectief zijn ziekte te managen.

Uit literatuur blijkt dat een belangrijk knelpunt in de zorg voor diabetes is dat patiënten vaak hun therapievoorschriften niet naleven. Uit onderzoek blijkt dat de therapietrouw van chronische patiënten over het algemeen laag is (Vermeire, 2005). Dit geldt ook voor voorgeschreven medicatie. Geschat wordt dat het percentage patiënten dat de therapievoorschriften niet naleeft tussen de 40 en 50 procent ligt. In het onderzoek 'Therapietrouw bij diabetes type 2-patienten vanuit het standpunt van de patiënt' worden verschillende factoren genoemd die van invloed zijn op therapietrouw (Vermeire, 2005). Zo wordt therapietrouw vooral beïnvloed door de opvattingen van de patiënt over geneeskunde en zijn ziekte en is de arts- patiënt communicatie van groot belang. Het standpunt van de voorschrijver blijkt het zwaarst te wegen. Voor een succesvolle behandeling van diabetes is het van belang dat

zorgverleners op de hoogte zijn van levensstijl, opvattingen en attitudes van patiënten zodat zij patiënten optimaal kunnen begeleiden en voorlichten (Vermeire, 2005). Gebleken is dat intensieve begeleiding van patiënten met diabetes mellitus een positieve invloed heeft op de uitkomsten van zorg (UK Prospective Diabetes Study, 1998). Wagner onderstreept deze inzichten en erkent het belang van structurele begeleiding van patiënt (en familie). Ook blijkt uit zijn onderzoek het belang van het aanmoedigen en stimuleren van patiënten (en familie) om problemen met hun behandeling/ ziekte te bespreken. Wagner pleit dan ook voor structurele zorgprogramma's die gericht zijn op zelfmanagement en gedragverandering (Wagner, 1996). Tevens is hij van mening dat het belangrijk is dat patiënten onbeperkt toegang hebben tot ondersteunende mogelijkheden voor zelfmanagementsupport (Wagner, 1996) .

In het onderzoek zijn een aantal vragen over zelfmanagementondersteuning gesteld. Het blijkt dat er in de praktijk al behoorlijk veel aandacht voor dit onderwerp is. Zo biedt maar liefst 90 procent van de geënquêteerde hulpverleners (of hun organisatie) zelfmanagement ondersteuning aan voor de patiënt. Daarnaast blijkt dat ruim 90 procent van de hulpverleners behandelplannen met de patiënt bespreekt. Omdat de 'diabeteszorggroepen' nog in beperkte mate zijn ingevoerd wordt aangenomen dat diabetespatiënten in Twente nog geen onbeperkte toegang hebben tot beschikbare hulpbronnen en hun eigen (medische) gegevens voor zelfmanagement hebben. In het onderzoek zijn hier verder geen vragen over gesteld. Wanneer dan ook wordt gekeken naar in hoeverre zelfmanagementondersteuning toereikend is in Twente dan blijkt dat slechts 36 procent van de respondenten van mening is dat dit het geval is. Ondanks dat er dus wel veel zelfmanagementondersteuning wordt geboden lijkt het erop dat dit nog niet voldoende is. Aangezien zelfmanagementondersteuning van cruciaal belang is voor optimale diabeteszorg zou hier nog een verbeteringslag noodzakelijk zijn zodat de mogelijkheden tot zelfmanagementondersteuning optimaal benut worden.

Er zijn verschillende soorten voorzieningen beschikbaar die patiënten ondersteuning bieden. Voorbeelden hiervan zijn medische fitness, voorlichtingsbijeenkomsten, lotgenotencontact en een verpleegkundig spreekuur. Opvallend is dat psychosociale zorgverlening door geen enkele hulpverlener wordt genoemd. Een aantal hulpverleners geeft dan ook aan dat deze voorziening gemist wordt in de zorg voor diabetespatiënten. Daarnaast blijkt dat geen enkele hulpverlener aangegeven heeft dat patiënten gebruik maken van 'telezorg'. Uit het onderzoek blijkt dat, volgens de hulpverleners, van de ene voorziening aanzienlijk meer gebruik wordt gemaakt dan de andere voorziening. Zo geeft maar ongeveer 16 procent van de respondenten aan dat er door mensen met diabetes gebruik wordt gemaakt van ondersteuning in de vorm van medische fitness. Ook wordt door weinig respondenten (26%) genoemd dat diabetespatiënten ondersteuning vinden in de vorm van lotgenotencontact. Wel bleek dat ongeveer de helft van de diabetespatiënten gebruik maken van voorlichtingsbijeenkomsten. Een andere voorziening die veelvuldig door hulpverleners werd genoemd is het diabetesspreekuur.

Slechts 29 procent van de respondenten is van mening dat de centrale rol in het managen van zijn eigen gezondheid voldoende wordt benadrukt. Tevens blijkt uit een onderzoek van Baan (2003) dat

veel patiënten geen zicht hebben op in hoeverre hun behandelaars samen werken met andere disciplines. Een groot deel van de patiënten weet niet of zijn of haar behandelaar contact heeft met andere hulpverleners (Baan, 2003).

Conclusie

Er werd verwacht dat er in Twente diverse voorzieningen en middelen zijn ter ondersteuning van de zelfmanagement van de diabetespatiënt. Geconcludeerd kan worden dat er in Twente al zeer veel voorzieningen zijn om de zelfzorg van de patiënt te ondersteunen. Patiënten lijken nog onvoldoende toegang te hebben tot beschikbare hulpbronnen en 'eigen' gegevens voor zelfmanagement. Dit is echter niet nader onderzocht in dit onderzoek. Er lijken vooral hiaten te bestaan in het aanbieden van psychosociale zorg. Daarnaast blijkt dat de patiënt op dit moment nog geen centrale rol heeft in het managen van zijn ziekte. Dit is opvallend aangezien het grootste gedeelte van de zorgverlening door de patiënt zelf wordt uitgevoerd.

4.2.5 Decision Support

Om een goed beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg is het van belang dat prestaties van instellingen inzichtelijk zijn zodat ze vergeleken kunnen worden met de ervaringen van patiënten.

Er zijn verschillende kwaliteitseisen waaraan instellingen volgens de wet aan moeten voldoen volgens bijvoorbeeld de 'kwaliteitswet zorginstellingen' die in 1996 is ingevoerd. Voorbeelden van deze eisen zijn dat er kwaliteitssystemen worden opgesteld, een jaarverslag geschreven wordt, verantwoorde zorg geleverd wordt en dat het beleid gericht is op kwaliteit. De inspectie houdt toezicht op de naleving van de kwaliteitswet. Zoals genoemd kan het CCM gebruikt worden om de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken te verhogen. Zo stelt Wagner in zijn CCM dat het belangrijk is dat hulpverleners toegang hebben tot de benodigde kennis en ervaring(en) om goede zorg te kunnen verlenen. Dit geldt bijvoorbeeld voor ondersteuning door middel van 'evidence-based' richtlijnen en protocollen als voor een makkelijke toegang om collega professionals te kunnen benaderen.

In alle, bij dit onderzoek betrokken, organisaties wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dit kan op verschillende manieren. Zo wordt door bijna alle respondenten aangegeven, dat zijn of haar organisatie voorlichting geeft aan de zorgverleners, doormiddel van bijvoorbeeld bijscholing. Tevens geeft 90 procent van de respondenten aan dat zijn of haar organisatie meehelpt met/ werkt aan de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen. Uit het onderzoek komt naar voren dat zelfs 99 procent van alle ondervraagde hulpverleners gebruik maakt van richtlijnen en protocollen bij de zorg voor diabetespatiënten. Voor een goed gebruik van protocollen en richtlijnen is het van belang dat zij geïntegreerd zijn in de dagelijkse routine van de hulpverlener. Ruim 71 procent van de respondenten is dan ook van mening dat richtlijnen en protocollen geïntegreerd zijn in de dagelijkse routine van de hulpverlener. Ruim twee derde van de hulpverleners is tevreden of zelfs zeer tevreden over de huidige protocollen waar ze mee werken. In de praktijk wordt veel gewerkt met specifieke behandelplannen en trajecten ten aanzien van diabetes. Hierbij kan gedacht worden aan de NHG-standaard in de eerste lijn en binnen het ziekenhuis met speciale behandelprotocollen. Een van de geïnterviewde huisartsen

merkte op dat geneeskunde zó gespecialiseerd is geworden dat alle aandoeningen aandachtsgebieden hebben met eigen protocollen. Hij geeft aan dat het 'een ramp' is;

Opvallend is dat bijna alle hulpverleners werken met richtlijnen en protocollen, maar dat hierin weinig informatie staat over coördinatie van zorg en dergelijke. Het blijkt dat er voornamelijk gewerkt wordt met aandoening specifieke protocollen die vooral betrekking hebben op de medische behandeling van de aandoening. Er lijken weinig protocollen beschikbaar te zijn waarin multidisciplinaire samenwerkingsafspraken staan vermeld en die door alle belangrijke actoren in het diabetesnetwerk worden toegepast. Bestaande samenwerkingsafspraken lijken voor niet meer dan twee organisaties te gelden. Dit gebrek aan protocollen wat betreft samenwerking en coördinatie van zorg, kan dubbelwerk veroorzaken of juist ervoor zorgen dat een patiënt tussen wal en het schip valt.

Zoals genoemd is het zeer belangrijk dat protocollen en richtlijnen zijn gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek (Evidence Based Practice). Bestaande en nieuwe behandelingen worden streng getoetst aan het beste onderzoek uit de wetenschappelijke literatuur. Deze manier van werken richt zich op zowel het verbeteren van de kwaliteit van zorg als op doelmatigheid en effectiviteit van de gezondheidszorg. Uit het onderzoek blijkt dat door slechts 35 procent van de hulpverleners wordt aangegeven, dat zijn of haar organisatie wetenschappelijk onderzoek stimuleert. Ook komt uit het onderzoek naar voren dat slechts 43 procent van de hulpverleners vindt dat de toepassing van 'evidence based care' wordt gestimuleerd. Opvallend is dat 41 procent van de respondenten of het antwoord 'neutraal' heeft gegeven of niet heeft ingevuld. Er wordt dus veel gewerkt met richtlijnen en protocollen, maar het is bij de hulpverlener niet altijd bekend of deze is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Hier zou mogelijk een hiaat in de kennis bij de hulpverlener kunnen bestaan. Ook zou er om de zorg te optimaliseren meer aandacht besteed kunnen worden aan wetenschappelijk onderzoek. Alleen op die manier kan de zorg zich verder ontwikkelen en kunnen 'best practices' getoetst blijven worden.

Een belangrijk middel in het verbeteren (handhaven) van de kwaliteit van zorg is dat zorgaanbieders toegang moeten hebben tot de benodigde kennis en ervaring(en) om goede zorg te kunnen verlenen (Epping-Jordan, 2004). Verre weg de meeste respondenten zijn van mening dat zij over het algemeen makkelijk toegang hebben tot collega professionals. Slechts 9 procent van de ondervraagden is van mening dat zij weinig makkelijk toegang hebben tot collega professionals. Opvallend is dat de huisartsen het minst positief zijn van alle respondenten; 14 procent van hen is zeer ontevreden over de toegang die zij hebben tot collega professionals.

Conclusie

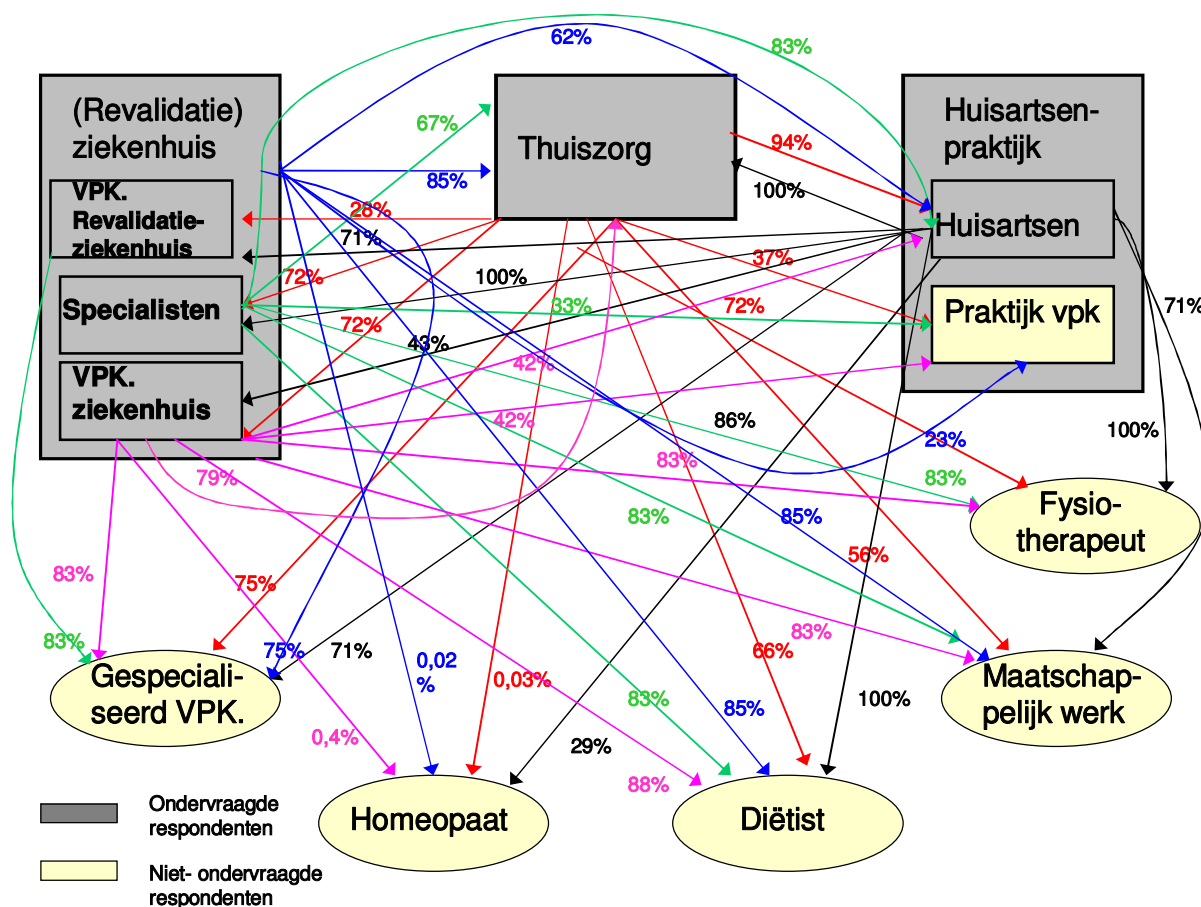
Samenvattend kan worden geconcludeerd dat veel hulpverleners in Twente zich bezig houden met het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zij helpen bijvoorbeeld met het ontwikkelen van klinische paden, doen mee aan tevredenheidsonderzoeken en participeren in 'ketenzorgprojecten'. Echter blijkt dat er nog op een aantal punten een verbetering kan worden bewerkstelligd. Zo zou de kennis van de herkomst van en gebruik van protocollen en richtlijnen kunnen worden geoptimaliseerd. Ook zouden de organisaties waar de hulpverleners werkzaam voor zijn meer kunnen investeren in

wetenschappelijk onderzoek. Tevens zou de toegang tot collega professionals verder kunnen worden verbeterd door bijvoorbeeld het maken van concrete samenwerkingsafspraken en het verder optimaliseren van het gebruik van de ICT. Daarnaast zou de kennis over het netwerk waarin de hulpverlener zich bevindt kunnen worden vergroot zodat hij zijn collega's ook daadwerkelijk weet te vinden. Tevens valt op dat ondanks dat er veelvuldig gewerkt wordt met 'evidence based' richtlijnen, er niet of nauwelijks wordt gewerkt met protocollen en richtlijnen die betrekking hebben op samenwerking en afstemming van zorg.

4.3.6 Clinical Information Systems

Moderne ICT wordt vaak als onmisbaar middel gezien bij adequate afstemming en coördinatie van zorg. Ook wordt ondersteuning in de vorm van ICT vaak voorgesteld als middel bij het opvangen van het (dreigend) capaciteitsprobleem (onder andere binnen de eerste lijn) (de Bakker et al., 2005). Innovatie in de zorg is nodig om goede, toegankelijke en betaalbare zorg te kunnen blijven garanderen. Wagner ziet vooral het belang van ICT en informatiesystemen voor effectiviteit van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen (Epping-Jordan, 2004).

In de vorige paragraaf is naar voren gekomen dat niet alle hulpverleners makkelijk toegang hebben tot collega professionals. Wanneer wordt gekeken naar de manier waarop informatie tussen hulpverleners wordt gedeeld, dan kan dit voor een groot gedeelte worden verklaard. Uit het onderzoek blijkt dat hulpverleners een groot netwerk van collega hulpverleners om zich heen hebben waar zij contact mee onderhouden in de vorm van informatiedelen. Hierbij moet worden opgemerkt dat het uitsluitend aan de hulpverleners van het (revalidatie) ziekenhuis, thuiszorg en huisarts is gevraagd met wie zij informatiedelen. In het dagelijkse werk wordt informatie gedeeld binnen het gehele netwerk rondom de diabetespatiënt. In figuur 3 staan alle relaties van informatiedelen weergegeven met het de bijbehorende percentages. Per actor staat in een bepaalde kleur weergegeven hoeveel procent van een specifieke groep hulpverleners informatie deelt met een andere groep hulpverleners.



Figuur 3: Netwerk van informatie delen

Hoewel het netwerk van informatie delen in Twente *niet* ziektebeeldspecifiek is weergegeven, is voor de analyse van het figuur uitgegaan van de door de hulpverleners genoemde belangrijke actoren (figuur 2) in de diabeteszorg. Eerder in dit onderzoek kwam naar voren dat de diabetesverpleegkundige het meest vaak als belangrijkste actor in de diabeteszorg werd aangewezen. Dit beeld wordt ondersteund door de gegevens in het figuur 'informatiedelen'. Zo blijkt dat uit alle groepen hulpverleners, ongeveer drie kwart van de hulpverleners informatie deelt met de gespecialiseerd verpleegkundige. Uit literatuur (Baan, 2003) blijkt dat de huisarts vooral een belangrijke rol speelt bij de behandeling van type 2 diabetes en de internist bij de behandeling van type 1 diabetes. De respondenten bevestigden dit beeld doordat zij deze twee actoren gezamenlijk, na de diabetesverpleegkundige, als belangrijkste actor aanmerkten. De huisarts blijkt een belangrijke actor te zijn aangezien bijna alle actoren informatie delen met huisartsenpraktijken, van de thuiszorg is dit zelfs 94 procent van de respondenten en van de specialisten 83 procent. Relatief een laag percentage van de verpleegkundigen van zowel het (revalidatie) ziekenhuis als van het algemene ziekenhuis deelt informatie met de huisarts. Dit zou verklaard kunnen worden doordat veel communicatie via de specialisten van het ziekenhuis verloopt. Opvallend is dat alle ondervraagde

huisartsen informatie delen met de thuiszorg. Dit zou verklaard kunnen worden doordat om thuiszorg aan te vragen meestal contact met de huisarts noodzakelijk is. Tevens delen alle huisartsen informatie met specialisten. Andersom ligt dit percentage iets lager (83%). Hoewel de meeste hulpverleners wel informatie delen met de huisartsen is het niet zeker dat het ook om juiste informatie gaat. Zo verteld één van de geïnterviewde huisartsen het volgende: “De terugkoppeling naar medezorgverleners is niet goed. Daar is geen terugkoppeling naar. Iedereen doet het maar naar zijn eigen inzicht”.

Wanneer wordt gekeken naar het netwerk van informatiedelen vanuit de specialist komt het volgende beeld naar voren. Opvallend is dat het netwerk van de specialist zeer uitgebreid lijkt te zijn. Het grootste deel van de specialisten deelt informatie met de huisarts, gespecialiseerd verpleegkundige, thuiszorg, maatschappelijk werk, fysiotherapeut en diëtist. Tevens delen de specialisten informatie met collega specialisten en met verpleegkundigen van het ziekenhuis.

Opvallend is dat maar een klein deel van de specialisten communiceert met de praktijkverpleegkundigen. Dit beeld is terug te zien wanneer wordt gekeken in welke mate andere groepen hulpverleners met de praktijkverpleegkundige communiceren. Blijkbaar wordt in de huisartsenpraktijk, de huisarts nog als eerste aanspreekpartner gezien. Verder valt op dat veel actoren informatie delen met thuiszorgorganisaties en dat thuiszorg ook veel informatie deelt met de meeste andere actoren in het netwerk. Zij worden dan ook door de respondenten als derde belangrijkste actor genoemd in het netwerk van de diabetespatiënt.

Zoals genoemd gaven respondenten aan dat psychosociale voorzieningen missen. Door de meeste ondervraagde hulpverleners wordt wel informatie gedeeld met collega's die zich richten op psychosociale zorg. Zo deelt meer dan 70 procent van alle hulpverleners informatie met het maatschappelijk werk. Een uitzondering hierop zijn de medewerkers van de thuiszorg. Van hen lijkt iets meer dan de helft (56 %) van de professionals met maatschappelijk werk in contact te staan. In tegenstelling tot psychosociale hulpverleners in de reguliere zorg lijkt er weinig informatie gedeeld te worden met collega hulpverleners uit het 'alternatieve circuit'. Zo valt op dat er zeer weinig informatie wordt gedeeld met homeopaten. Homeopaten zouden juist, waar reguliere zorg niet toereikend is of niet aan de verwachtingen van de patiënt kan voldoen, een rol van betekenis kunnen spelen. Uit literatuur blijkt dan ook dat er een stijgende trend waar te nemen is in het gebruik van complementaire geneeskunde als homeopathie en acupunctuur. In 1997 werd ongeveer 3 procent van de diabetespatiënten behandeld in het alternatieve circuit (Baan, 2003).

Er zijn grote verschillen waarneembaar in het netwerk in de wijze waarop informatie gedeeld wordt. De meeste contacten vinden echter schriftelijk en telefonisch plaats. Iedere hulpverlener die betrokken is geweest bij het onderzoek onderhoudt minimaal op deze wijzen contact. De respondenten die informatie delen met specialistische verpleegkundigen delen bijna allemaal telefonisch en schriftelijk informatie. Daarnaast wordt er in iets minder mate via persoonlijk contact informatie met hun gedeeld. Wat opvalt, is dat in vergelijking met andere hulpverleners er relatief vaak informatie gedeeld wordt met de gespecialiseerd verpleegkundige via email. Met huisartsen en specialisten wordt het meest vaak telefonisch, schriftelijk en persoonlijk informatie gedeeld. Sporadisch wordt gebruik gemaakt van het Elektronisch Patiënten dossier (EPD). Dit dossier wordt namelijk alleen door de thuiszorg en door

de huisarts genoemd. De specialist deelt sporadisch via email informatie met de thuiszorg en met huisartsen. Wat verder opvalt, is dat de e-mail nog erg weinig als middel om informatie te delen door de (categorieën) hulpverleners wordt genoemd. De categorie hulpverleners die er het meeste gebruik maakt van email, zijn de verpleegkundigen van de thuiszorgorganisaties. Opmerkelijk hierbij is dat email verkeer eenzijdig lijkt plaats te vinden; andere categorieën hulpverleners delen namelijk nauwelijks via email informatie met verpleegkundigen van de thuiszorg. Naast email wordt er slechts sporadisch gebruik gemaakt van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Alleen enkele verpleegkundigen van de thuiszorg en enkele huisartsen hebben aangegeven, dat zij gebruik maken van het EPD om informatie te delen. Opvallend is dat huisartsen informatie delen via het EPD met collega huisartsen, maar niet met specialisten. Deze contacten verlopen alleen telefonisch, schriftelijk of persoonlijk.

Het is opvallend dat hulpverleners in Twente nog weinig gebruik maken van ICT in hun communicatie met andere hulpverleners. Tevens lijkt er nog weinig gebruik gemaakt te worden van nieuwe technologieën en innovaties. Bij diabeteszorg zou bijvoorbeeld gebruik gemaakt kunnen (gaan) worden van 'telemonitoring' en 'telediagnose'. Zo is er de mogelijkheid om een 'voetscanner' te gebruiken waarbij de onderzijde van de diabetische voet te zien is op een TFT scherm. Hiermee kunnen complicaties worden voorkomen en 'leasies' vroegtijdig worden behandeld. Echter is onduidelijk in hoeverre deze nieuwe technologie al beschikbaar is. Op dit moment is het nog niet voor iedereen mogelijk om via het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) behandelinformatie te delen. Slechts een beperkt aantal hulpverleners maakt hier gebruik van. Waar het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) al wel aanwezig is, lijkt de koppeling tussen informatiesystemen nog niet optimaal te zijn of zelfs te ontbreken. De regio Twente is echter wel een van de voorlopers in Nederland wat betreft ICT in de zorg. Zo is IZIT ('Innovatie van zorg door ICT') opgericht, waarmee getracht wordt om zorg en ICT in Twente te koppelen, te optimaliseren en te innoveren. De vereniging bestaat uit een aantal zorgpartijen en werkt aan het verbeteren van processen en werkwijzen in Twente en de Oost Achterhoek door middel van de inzet van ICT. Eén van de projecten die door IZIT is geïnitieerd is het EPD (IZIT). Een reden voor het beperkte gebruik van het EPD zou kunnen zijn dat er nog veelal sprake is van monodisciplinaire systemen en systemen die nog niet op elkaar zijn aangesloten. Hierbij spelen factoren als veiligheid en privacy van de patiënt een belangrijke rol. Deze factoren zouden naast een (verwachte) toename van de werklast van de hulpverlener een reden kunnen zijn waardoor hulpverleners ook nog sporadisch gebruik maken van email.

Uit het CCM komt naar voren dat overeenkomsten in de manier van communiceren en uitwisselen van data, kunnen helpen om storingen hierbinnen te voorkomen. De praktijk lijkt hier echter, op veel punten, nog niet op aan te sluiten. Er wordt op veel verschillende manieren informatie uitgewisseld en per hulpverlener lijkt dit ook te verschillen. Duidelijke afspraken hierover lijken te ontbreken. Op die manier kan een middel als het EPD niet optimaal doeltreffend te worden ingezet. Wanneer wordt gekeken naar de inzet van ICT in de zorg voor mensen met diabetes dan blijkt dit volgens Baan (2003) ook elders in Nederland een ondergeschikte rol te spelen. Het werken met een gezamenlijk

elektronisch patiëntendossier om de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners te verbeteren wordt dan ook nauwelijks als doel van afstemmingsafspraken genoemd (Baan, 2003).

Voor het onderzoek is er gekeken naar hoe de ondervraagde professionals tegen ICT (in de vorm van informatiesystemen) aan kijken en in hoeverre er al mee gewerkt wordt.

Opvallend is dat slechts de helft van alle respondenten van mening is dat met behulp van informatiesystemen benodigde gegevens tijdig beschikbaar zijn. Hierbij waren er geen grote verschillen tussen organisaties op te merken. Wel valt op, dat het merendeel van de huisartsen van mening is dat met behulp van informatiesystemen de benodigde gegevens niet tijdig beschikbaar zijn. Een van de oorzaken hiervan is dat niet alle betrokken hulpverleners gebruik maken van het systeem, terwijl dit wel een essentiële factor is om het middel effectief en efficiënt in te kunnen zetten. Wanneer niet alle betrokken hulpverleners gebruik maken van het EPD zal ook niet alle benodigde informatie (tijdig) beschikbaar zijn voor andere hulpverleners. Het is dan ook niet opvallend, dat uit het onderzoek blijkt dat slechts 29 procent van de respondenten van mening is dat de juiste gegevens beschikbaar zijn en dat tevens een groot percentage van de respondenten heeft aangegeven dat zij niet weten of de juiste informatie beschikbaar is.

Opmerkelijk is dat ondanks het lage percentage hulpverleners dat gebruik maakt van het EPD, veel hulpverleners wel aangeven dat zij denken dat informatiesystemen kunnen bijdragen aan een goede coördinatie van zorg. Tevens zijn zij van mening dat informatiesystemen kunnen bijdragen aan de planning van zorg. Slechts 10 procent van de respondenten meent dat informatiesystemen niets of bijna niets bijdragen aan de coördinatie van zorg en een nog kleiner percentage meent dat informatiesystemen niet bijdragen aan de planning van zorg. Het verbaast niet dat relatief veel huisartsen deze (negatieve) mening toebedeeld is, aangezien zij in de praktijk negatieve ervaringen ondervinden met het EPD. Eén van de geïnterviewde huisartsen ziet het belang van ICT voor de coördinatie van zorg wel in. Hij is van mening dat er meer gedaan moet worden aan preventie. Dit zou volgens hem mogelijk zijn door ICT in te zetten voor zelfdiagnose (telezorg). ICT zou volgens hem zelfs maximaal moeten worden ingezet. Het kan volgens hem als ondersteuning dienen van de zorg en het kan het gat tussen vraag en aanbod dichten.

Bij het CCM wordt er vanuit gegaan dat informatiesystemen kunnen helpen om een patiënt in het zorgproces te traceren. Ruim de helft van de respondenten is denkt ook dat informatiesystemen hier aan kunnen bijdragen.

Wagner is van mening dat informatiesystemen (en ICT) van belang zijn om de effectiviteit van zorgprogramma's voor chronisch zieken te verhogen (Epping-Jordan, 2004). Ruim de meerderheid van de respondenten is ook van mening dat informatiesystemen cruciaal zijn voor effectiviteit van zorgprogramma's. Slechts 16 procent van de ondervraagde hulpverleners vindt niet dat informatiesystemen van cruciaal belang zijn voor de effectiviteit van zorgprogramma's voor chronisch zieken. Ook hierbij hebben huisartsen relatief gezien het minst positief geantwoord; meer dan de helft van de ondervraagde huisartsen vindt informatiesystemen niet van cruciaal belang voor de effectiviteit van zorgprogramma's voor chronisch zieken. Wanneer niet alle hulpverleners echter het belang van

een gedeeld informatiesysteem inzien, zal een informatiesysteem niet door alle hulpverleners worden gebruikt en zal niet alle benodigde informatie beschikbaar zijn. Een informatiesysteem kan in deze situatie niet optimaal worden ingezet.

Conclusie

Verwacht werd er in Twente gebruik wordt gemaakt van ICT en nieuwe technologieën. Ondanks dat Twente vooroploopt in Nederland op het gebied van ICT in de zorg, lijkt de toepassing hiervan nog niet optimaal te zijn. Zo lijkt er vooral een hiaat te bestaan in het gebruik van informatie systemen die door alle betrokkenen van het netwerk worden gebruikt. Informatie wordt niet op eenduidige wijze gedeeld, er is geen sprake van een geïntegreerde manier van documenteren. In de regio Twente lijkt een zeer grote diversiteit te bestaan in het gebruik van ICT. Veel informatiesystemen lijken nog niet aan elkaar gekoppeld te zijn. Tevens vinden informatiestromen ongestructureerd plaats. Het lijkt erop dat de diverse betrokken actoren bij de zorg voor chronisch zieken ook verschillen in eisen, voorwaarden en belangen bij het gebruik van ICT. Zo zijn er grote verschillen waar te nemen in het gebruik van email als communicatiemiddel.

Wanneer gekeken wordt naar ICT als oplossing voor alle, hierboven geschetste problemen en hiaten in de diabeteszorg in Twente dan kan het volgende geconcludeerd worden. ICT kan vooral op het gebied van informatie uitwisseling een belangrijke rol kan spelen. Tevens zal ICT een rol (kunnen) spelen bij de afstemming en coördinatie van zorg. Een belangrijke belemmerende factor voor optimale toepassing van ICT binnen een diabetesnetwerk is dat de zorg meer afhankelijk lijkt te zijn van individuele hulpverleners dan van een achterliggend 'systeem' of organisatie model. Hierdoor ontstaat willekeur waardoor informatisering erg lastig wordt. Het is de vraag in hoeverre de organisatie van zorg in Twente valt te structureren omdat veranderingsprocessen veelal (zeer) lokaal plaatsvinden.

Wanneer aan basale voorwaarden (als bereidheid om met ICT te werken etc.) wordt voldaan en wanneer er meer structurering van de organisatie van zorg plaatsvindt dan zou ICT een zeer belangrijke bijdrage kunnen leveren aan goede, toegankelijke en betaalbare diabeteszorg in Twente.

Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Na de beschrijving van alle onderdelen en van het verrichte onderzoek, de resultaten en de deelconclusies, zullen hieronder de conclusies van het onderzoek worden gepresenteerd. Allereerst worden de onderzoeksvragen en daarmee de centrale vraagstelling beantwoord, daarna zullen aanbevelingen worden gedaan. Verder worden een aantal discussiepunten besproken die gerelateerd zijn aan de opzet van het onderzoek en de betrokken actoren.

De centrale vraagstelling van dit onderzoek was:

'Hoe ziet het huidige netwerk van zorginstellingen(-verleners) in Twente er uit en waar liggen aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van het zorgproces van het chronische ziektebeeld diabetes mellitus?'

Door achtereenvolgens een antwoord te geven op de geformuleerde onderzoeksvragen kan een antwoord worden gegeven op de centrale vraagstelling.

Subvraag 1: *Hoe ziet het huidige netwerk van zorgaanbieders in Twente eruit rondom het chronische ziektebeeld diabetes mellitus?*

Doordat het Chronic Care model van Wagner is gebruikt als normatief model is een ideaal situatie geschetst. Hierdoor zijn er een aantal verwachtingen voor de diabeteszorg in Twente ontstaan. Wanneer wordt gekeken naar het netwerk ten aanzien van diabetespatiënten in Twente valt ten eerste op dat het netwerk zich kenmerkt zich door 'versnippering' waarbij de kwaliteit van zorg afhankelijk lijkt van individuen en niet van het systeem. Een duidelijk achterliggend (gezondheidszorg)organisatiemodel of systeem lijkt te ontbreken. Ten tweede valt op dat het netwerk (dus) nog niet optimaal is ingericht om de diabetespatiënt effectief te kunnen behandelen.

Wanneer inhoudelijk wordt gekeken naar het netwerk rondom de diabetespatiënt dan valt ten eerste op dat het netwerk van hulpverleners rondom patiënten met diabetes mellitus tamelijk groot is en zich voornamelijk in de eerste lijn afspeelt. Tevens valt op dat de diabetesverpleegkundige als meest belangrijke actor in de diabeteszorg wordt gezien. Er wordt door alle voor diabeteszorg belangrijke actoren uit het zorgnetwerk veel met haar samengewerkt. In tegenstelling tot de diabetesverpleegkundige lijkt de praktijkverpleegkundige nog een ondergeschikte rol in het netwerk van de diabetespatiënt te spelen. De mogelijkheden van de praktijkverpleegkundige lijken nog niet optimaal benut te worden.

Binnen het netwerk rondom de diabetespatiënt lijkt van samenwerken in het belang van de patiënt nog nauwelijks sprake en worden bronnen vanuit de maatschappij nog niet optimaal benut. Zo is uit het onderzoek gebleken dat op dit moment nog te weinig gebruik wordt gemaakt van zowel 'informele' als van 'alternatieve' zorg. Tevens wordt er door de betrokken hulpverleners weinig informatie gedeeld

met hulpverleners die zich met 'complementaire' geneeswijzen bezig houden. Ook blijkt uit het onderzoek dat mantelzorgers nog niet als belangrijke samenwerkingspartner worden gezien. Zo worden zij nauwelijks betrokken bij de zorg, bijvoorbeeld bij het maken van samenwerkingsafspraken. Het belang van mantelzorgers wordt wel ingezien door de hulpverleners. Ze zijn van mening dat er in de diabeteszorg nog onvoldoende gebruik gemaakt wordt van mantelzorg. Een belangrijk knelpunt is dat er ook daadwerkelijk een tekort is aan het aantal mantelzorgers.

In Twente is behoorlijk veel aandacht voor de ziekte diabetes mellitus. Zo worden er veel initiatieven ten aanzien van samenwerkingsprojecten en Transmurale zorg ten aanzien van diabetes mellitus genomen. Echter lijken de meeste samenwerkingverbanden en projecten weinig structureel plaats te vinden en worden niet alle belangrijke actoren voor diabeteszorg bij de projecten betrokken. Tevens wijzen veel hulpverleners zichzelf aan als regisseur, waardoor juist het beeld ontstaat dat er een gebrek is aan één duidelijke regisseur. Een belangrijke hiaat in de huidige organisatie van zorg is dat de patiënt (nog) niet centraal lijkt te staan in zijn eigen zorgproces. Daarnaast lijkt de patiënt nog geen optimale keuzevrijheid te hebben in het aanbod van zorg. Tevens schieten voorzieningen die de patiënt zouden moeten ondersteunen bij zelfzorg nog te kort. Een ander opvallend aspect bij de diabeteszorg is dat de psychosociale kant van de zorg onderbelicht lijkt te zijn. In de zorg voor mensen met diabetes mellitus wordt de nadruk vaak gelegd op de somatische kant van de aandoening, terwijl psychosociale behandeling ook van belang is. Een oorzaak hiervan kan zijn dat de zorg vaak gericht is op 'cure' en minder op 'care'. Hier lijkt momenteel al wel een omslag in plaats te vinden.

Zo erkent de overheid dat de organisatie van zorg voor chronisch zieken een andere aanpak vereist dan voor patiënten met een acute problematiek. Op dit moment worden door heel Nederland de zogenaamde 'diabeteszorggroepen' opgericht. In Twente zijn er nu vijf opgericht. Deze 'diabeteszorggroepen' sluiten goed aan bij de zes elementen die Wagner in het Chronic Care Model noemt. Uit de praktijk zal moeten blijken of ook alle voorwaarden daadwerkelijk aanwezig zijn om deze speciale zorggroepen optimaal te laten functioneren. Zo is de vraag of de patiënt dan echt centraal staat en andere belangen niet zwaarder wegen. Tevens is het de vraag in hoeverre de organisatie van zorg daadwerkelijk zal veranderen door de invoering van dit model. Naar aanleiding van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat vooral bij type 2 'diabeteszorggroepen', niet de huisarts maar juist een *verpleegkundige* de regie zou moeten krijgen. Hierbij wordt gedacht aan een diabetesverpleegkundige of een praktijkverpleegkundige. Zij zou uitstekend deze centrale rol kunnen vervullen omdat zij ten eerste als belangrijkste actor wordt gezien en ten tweede wordt er door vrijwel alle hulpverleners categorieën veel informatie met haar gedeeld. Een 'diabeteszorggroep' lijkt een organisatievorm die uitstekend aansluit bij de kenmerken van de ziekte diabetes mellitus. Echter moet worden opgemerkt dat bij de vorming van deze 'diabeteszorggroepen' alle voor diabetespatiënten belangrijke actoren betrokken zouden moeten worden. Dit betekent dat bijvoorbeeld paramedici en potentiële samenwerkingspartners uit de 'informele' en 'alternatieve' zorg die zich willen (blijven) richten op de zorg aan diabetespatiënten ervoor moeten zorgen dat zij bij de vorming van een 'diabeteszorggroep' betrokken zijn. Naast de verantwoordelijkheid bij deze samenwerkingspartners zelf ligt hier ook een

gedeelde verantwoordelijkheid bij het totale netwerk waarin een diabetespatiënt zich bevindt om open te staan voor 'nieuwe', voor de patiënt belangrijke, samenwerkingspartners.

Subvraag 2: *Op welke wijze wordt er door de zorgaanbieders samengewerkt binnen het beschreven netwerk wanneer dit geanalyseerd en geïnterpreteerd wordt met behulp van het Chronic Care Model?*

In het Chronic Care Model van Wagner worden een aantal kenmerken van zorg genoemd die een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken. Samenwerking en afstemming van zorg zijn concepten waar meerdere 'elementen' binnen het CCM raakvlakken mee hebben. Wanneer de ideale situatie ten aanzien van samenwerking en afstemming van zorg wordt vergeleken met de huidige situatie in Twente dan kan het volgende worden geconcludeerd.

Ondanks dat er in Twente veel aandacht is voor het ziektebeeld diabetes mellitus, lijkt de samenwerking tussen hulpverleners binnen het netwerk van de diabetespatiënt nog niet optimaal te zijn. Er wordt tussen hulpverleners wel samengewerkt, maar de samenwerking is sterk versnipperd. Er vindt vaak slechts samenwerking plaats tussen hulpverleners die elkaar kennen en doorverwijzingen vinden regelmatig selectief plaats. Opvallend is dat er een positief verband lijkt te zijn tussen de mate van intensiviteit van samenwerking en hoe de kwaliteit van samenwerking wordt ervaren. Tevens worden er geen structurele samenwerkingsafspraken gemaakt, die van toepassing zijn op alle samenwerkingspartners binnen het netwerk van de diabeteszorg. Veranderingsprocessen lijken vaak lokaal plaats te vinden waardoor het achteraf lastig is om bepaalde projecten en of systemen op elkaar aan te sluiten. Tevens blijkt dat er door de hulpverleners niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt van gedeelde richtlijnen en protocollen die gericht zijn op coördinatie van zorg en samenwerking. Tevens zijn taken, rollen en verantwoordelijkheden van hulpverleners nog niet voldoende afgebakend en zijn ze binnen het netwerk dan ook niet bij iedereen bekend. Zo zijn er in de diabeteszorg veel taken die door meerdere hulpverleners uitgevoerd zouden kunnen worden.

Wanneer wordt gekeken naar op welke manier informatie wordt gedeeld door de samenwerkingspartners dan blijkt dat niet standaard door iedereen, met iedereen informatie wordt gedeeld en wordt teruggelinkt. Tevens lijken veel hulpverleners niet op de hoogte van welke collega hulpverleners betrokken zijn in de zorg rondom mensen met diabetes mellitus. Dit maakt dat de coördinatie van zorg nog niet optimaal is.

Omdat er in de diabeteszorg weinig sprake is van structurele samenwerking is er tevens sprake van onvoldoende afstemming in de zorg; de zorg sluit niet goed op elkaar aan. Daardoor is het waarschijnlijk dat er veel dubbel werk wordt verricht of dat er hiaten in de zorgverlening bestaan. Er lijken wel veel afstemmingsafspraken tussen hulpverleners onderling te bestaan in Twente maar deze zijn vaak slechts van toepassing op een beperkt deel van de samenwerkingspartners binnen het netwerk rondom de diabetespatiënt. Van samenwerken in het belang van de patiënt is nauwelijks sprake. Uit de literatuur is het belang van een duidelijke regisseur binnen een netwerk gebleken. Er lijkt in Twente ook behoefte te zijn aan de aanwezigheid van een duidelijke regisseur in zorgproces van diabetes mellitus die de samenwerking met *alle* relevante actoren coördineert.

Conclusie ten aanzien van ICT

Omdat een belangrijk subdoel van dit onderzoek betrekking heeft op de toepassing van ICT en de wijze van informatiedelen binnen de regio zal hieronder dit specifieke onderwerp worden besproken.

Uit het onderzoek is gebleken dat zowel de samenwerking als coördinatie van zorg weinig structureel lijkt plaats te vinden. Hulpverleners zijn vaak niet op de hoogte van welke collega hulpverleners betrokken zijn in de zorg rondom mensen met diabetes mellitus. Interacties zijn niet altijd op elkaar afgestemd, iedere hulpverlener levert zijn individuele onderdeel van zorg in het behandeltraject, terwijl er vaak geen zicht is op behandelresultaten van collega's. Informatie wordt namelijk niet op eenduidige wijze gedeeld, er is geen sprake van een geïntegreerde manier van documenteren. Daarnaast wordt informatie slechts selectief gedeeld en niet met alle in de diabeteszorg belangrijke actoren. Wanneer gekeken wordt naar informatiestromen valt op dat er een 'wirwar' van informatiestromen bestaat. Er lijkt weinig structuur in te zitten. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat de samenwerking 'versnipperd' is en doordat er vaak een duidelijke regisseur ontbreekt. Tevens zijn er weinig gedeelde protocollen en zijn taken, bevoegdheden nog onvoldoende duidelijk en afgebakend.

Uit de literatuur is gebleken dat ICT een belangrijke rol kan spelen in het verbeteren van coördinatie en afstemming van zorg. In Twente wordt middels het project IZIT ('Innovatie van zorg door ICT') getracht om zorg en ICT in Twente te koppelen, te optimaliseren en te innoveren (IZIT). Het gebruik van ICT in de diabeteszorg in Twente lijkt echter nog niet optimaal te zijn. Op dit moment is het nog niet voor iedereen mogelijk om via het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) behandelinformatie te delen. Slechts een beperkt aantal hulpverleners maakt hier gebruik van. In de huidige situatie blijkt dan ook dat benodigde gegevens in de praktijk vaak niet altijd tijdig beschikbaar zijn. Tevens lijken diabetespatiënten nog niet of nauwelijks toegang te hebben tot gegevens. Een optimaal gebruik van ICT binnen het netwerk van diabetespatiënten lijkt een lastige opgave te zijn. Er zijn nog veel onduidelijkheden wat betreft welke actoren wel of niet tot het netwerk van informatie delen behoren. Tevens lijken er grote verschillen tussen hulpverleners te bestaan in de eisen, belangen en voorwaarden voor het gebruik van ICT. Er lijkt een grote diversiteit in de hele regio te bestaan. Daarnaast vindt de samenwerking versnipperd plaats en wordt er weinig gewerkt met gedeelde protocollen met betrekking tot coördinatie van zorg en samenwerking. Een ander hiaat in de diabeteszorg is dat er een gebrek lijkt te bestaan aan een duidelijke regisseur binnen het netwerk. Wel blijkt er veel draagvlak te bestaan voor het gebruik van ICT in de zorg en zien de meeste hulpverleners het belang voor het verbeteren van efficiëntie en effectiviteit van zorg in. Alleen de huisartsen lijken iets minder open te staan voor het gebruik van nieuwe technologieën. Doordat het huidige netwerk van samenwerkingsverbanden in de diabeteszorg nog niet optimaal is en er nog veel onduidelijkheden bestaan, zijn er momenteel nog weinig aanknopingspunten voor de inrichting van een informatiesysteem. Wel lijkt het zeer belangrijk te zijn voor een optimaal gebruik van ICT, dat iedereen die belangrijk is voor diabeteszorg, in het netwerk van 'informatiedelen' betrokken wordt. Zo kan het zicht op het zorgproces van een individuele patiënt verbeterd worden. In de praktijk blijkt dat er nog veel gewerkt wordt met monodisciplinaire informatiesystemen. Het is dan ook van belang dat deze systemen óf vervangen worden door ander multidisciplinaire systemen óf aan elkaar gekoppeld

worden. Alleen wanneer structurele verbeteringen worden bewerkstelligd binnen de organisatie van zorgverlening in Twente kan ICT en daarmee het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) optimaal fungeren.

Wanneer gekeken wordt naar ICT als oplossing voor alle in de hierboven geschetste problemen en hiaten in de diabeteszorg in Twente dan kan het volgende geconcludeerd worden. ICT kan vooral op het gebied van informatie uitwisseling een belangrijke rol kan spelen. Tevens zal ICT een rol (kunnen) spelen bij de afstemming en coördinatie van zorg. Echter zijn er voor een optimaal gebruik van ICT om de samenwerking te verbeteren tussen hulpverleners een aantal belangrijke randvoorwaarden noodzakelijk.

5.2 Aanbevelingen

Subvraag 3: *Waar liggen aangrijpingspunten tot verbetering van het zorgproces van het chronische ziektebeeld diabetes mellitus wanneer de praktische situatie wordt geanalyseerd en geïnterpreteerd met behulp van het Chronic Care Model?*

Het CCM kan gebruikt worden als middel om gerichte aanbevelingen te doen voor de verbetering van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken. Uit dit onderzoek is gebleken dat er in de diabeteszorg in Twente al veel positieve ontwikkelingen met betrekking tot samenwerking van zorg zijn. Er lijkt echter nog weinig (organisatie)structuur in te zijn aangebracht. Tevens bestaan er nog een aantal onduidelijkheden op het gebied van afstemming van de zorg en taakafbakening, en is nog niet altijd duidelijk welke persoon/ hulpverlener de regie over de zorg heeft. Daarnaast blijkt bij samenwerking niet altijd het belang van de patiënt het meest zwaar te wegen. Het gebruik van ICT in Twente om deze coördinatie en afstemming van zorg te verbeteren, en daarmee de effectiviteit en efficiëntie van de zorg te verbeteren, is nog niet optimaal. Op grond van het verrichte onderzoek kunnen drie aanbevelingen worden gedaan voor de overheid, de bij diabeteszorg betrokken actoren en voor IZIT.

Ten eerste is het van belang dat de omslag in diabeteszorg van 'acute' zorg naar chronische zorg wordt doorgezet. Zo is het van belang dat de zorg wordt ingericht rondom de patiënt. Tevens dienen hulpverleners de centrale rol van patiënten sterker te benadrukken en moet het belang van de patiënt vooropstaan. Zo zouden daarom samenwerkingsverbanden kunnen worden aangegaan in het belang van de patiënt. Hierbij kan worden gedacht aan hulpverleners uit het alternatieve circuit zoals een homeopaat. Er zal meer aandacht moeten komen voor de psychosociale kant van de ziekte. Tevens moeten mantelzorgers een meer prominente rol binnen het netwerk innemen. In Twente kunnen de mogelijkheden van praktijkverpleegkundigen nog beter benut worden. Zij moeten een belangrijkere positie krijgen binnen het zorgnetwerk van de diabetespatiënt.

De 'oplossing' van de overheid om 'diabeteszorggroepen' op te richten, lijkt een adequaat middel te zijn om de organisatie van zorg te verbeteren. Zoals genoemd zal de diabetes- of praktijkverpleegkundige de regierol kunnen vervullen voor diabetes type 2 patiënten. Zij zal dan alle samenwerkingsafspraken coördineren. Om dit te bewerkstelligen is het van belang dat er een inhaalslag wordt gemaakt met betrekking tot de mate waarin informatie gedeeld wordt met de

praktijkverpleegkundige. Het is hierbij wel van belang dat de praktijkverpleegkundige, de diabeteszorg voldoende eigen heeft gemaakt. Zij zal door alle betrokken hulpverleners moeten worden geaccepteerd als niet alleen een volwaardige samenwerkingspartner maar eventueel zelfs als regisseur van de zorg. Voor diabetes type 1 patiënten lijkt het de beste oplossing als de huisarts de regie over de zorg krijgt. Wel blijft het hierbij van belang dat hij zoveel mogelijk taken en verantwoordelijkheden delegeert. Wanneer wordt gekeken naar de zelfzorgvoorzieningen wordt aanbevolen om het gebruik hiervan te optimaliseren. Hierbij kan gedacht worden aan het (nog) meer gebruik maken van bronnen uit de maatschappij, zoals vrijwilligersorganisaties, patiëntenverenigingen en mantelzorgers. Tevens zou onderzocht moeten worden waarom de aanwezige zelfmanagementvoorzieningen ontoereikend zijn voor de diabetespatiënt. Daarnaast dient er een toename te komen van het aantal mantelzorgers.

Ten tweede zal er geïnvesteerd moeten worden in structurele samenwerkingsverbanden. Uit het onderzoek kwam naar voren dat samenwerking vaak selectief plaats vindt en dat veel initiatieven ten aanzien van het verbeteren van samenwerking vaak alleen van toepassing zijn op een deel van het netwerk rondom de diabetespatiënt. Projecten voor het verbeteren van samenwerking en coördinatie van diabeteszorg zouden meer integraal moeten worden toegepast. Tevens zal er een duidelijke regisseur binnen het netwerk van de diabetespatiënt moeten komen. Voor optimalisatie van de kwaliteit diabeteszorg is het van belang dat alle, voor de *patiënt*, belangrijke actoren in een dergelijk project betrokken worden. Hierbij is een open houding van hulpverleners, om samenwerkingsverbanden aan te gaan met 'nieuwe' partners, noodzakelijk. Tevens zouden meer waar mogelijk 'evidence based' protocollen en richtlijnen ten aanzien van coördinatie en afstemming van zorg, gedeeld moeten worden door alle relevante actoren.

Ten derde kan ICT in potentie een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van diabeteszorg. Zo kunnen informatiesystemen bijdragen aan een effectieve en efficiënte coördinatie van diabeteszorg. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat vooral de coördinatie en afstemming van zorg voor mensen met diabetes mellitus in Twente op veel punten nog sterk kan verbeteren. De zorg lijkt vooral afhankelijk van individuen en in mindere mate van het systeem. Daardoor ontstaat willekeur wat een belemmerende factor is voor het informatiseren van het diabetesnetwerk in Twente. Alleen wanneer structurele verbeteringen worden bewerkstelligd, binnen de organisatie van zorgverlening in Twente, kan ICT en daarmee het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) optimaal fungeren. Het is noodzakelijk dat *alle* betrokken actoren bereid zijn om via een bepaald informatie systeem informatie met elkaar uit te wisselen, wil ICT optimaal werken. Binnen het netwerk dienen tevens afspraken worden gemaakt over hoe door alle betrokken hulpverleners informatie wordt gedeeld en welke informatie met wie wordt gedeeld. Daarnaast zal de toegankelijkheid van informatie voor de patiënt moeten worden verbeterd. Wanneer het informatie delen door iedere betrokken hulpverlener op een eenduidige wijze plaatsvindt, zoals via het Elektronische Patiënten Dossier (EPD), zal inzichtelijker worden welke hulpverleners precies betrokken zijn rondom één patiënt en waar de patiënt zich in het zorgproces bevindt. Wanneer ICT optimaal wordt toegepast kan dubbel werk worden vermeden en kunnen hiaten

in de zorgverlening worden opgevuld. Tevens kan meer inzicht verkregen worden over de behandelresultaten van groepen patiënten in Twente.

5.3 Discussie

De betrouwbaarheid van de resultaten uit het onderzoek is laag. Slechts 8,7 procent van de benaderde hulpverleners heeft uiteindelijk deelgenomen aan het invullen en retourneren van de enquêtes. Ook het percentage van de hulpverleners die uiteindelijk geïnterviewd zijn is laag. Aangezien het onderzoek een verkennend karakter heeft is niet duidelijk in hoeverre deze lage respons het empirische beeld heeft vertekend.

Daarnaast kan worden geconstateerd dat er grote verschillen aanwezig zijn in de mate van deelname aan het onderzoek tussen de verschillende categorieën hulpverleners die benaderd zijn en hebben deelgenomen aan het onderzoek. Zo heeft bijvoorbeeld relatief gezien een hoog percentage van de verpleegkundigen van het revalidatieziekenhuis de enquête ingevuld, terwijl dit bij de huisartsen erg laag is gebleken. Hierdoor kunnen uitkomsten een ander beeld geven dan wat de werkelijkheid is. Tevens zijn de vragen ontwikkeld vanuit het perspectief van de verschillende hulpverleners en is bij een aantal vragen geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende ziektebeelden (COPD, CVA en diabetes mellitus). Daardoor kunnen een aantal onderzoeksresultaten niet worden gespecificeerd voor het ziektebeeld diabetes mellitus. Hierdoor wordt de validiteit van het meetinstrument (de inhoudsvaliditeit) in een aantal opzichten negatief beïnvloed. De onderzoeksresultaten zijn daardoor niet zonder meer te generaliseren op populatieniveau. Wat overigens ook geen doel van de studie was.

De externe validiteit is dus laag; conclusies zijn niet generaliseerbaar naar andere situaties en populaties. Daarnaast moet worden vermeld dat bijna alle vragen in de enquête en in de semi-gestructureerde interviews zijn gebaseerd op subjectieve ervaringen van de ondervraagden (bijvoorbeeld hoe ervaren zij samenwerking). Mogelijkerwijs zullen antwoorden bij duplicatie van het onderzoek niet hetzelfde zijn en hebben juist degene die wel hebben meegedaan met het onderzoek een uitgesproken mening over de onderzoeksontwerpen. Het is mogelijk dat hierdoor een vertekent beeld over de empirische wereld is verkregen. Om betrouwbare en valide onderzoeksresultaten te verkrijgen is aanvullend onderzoek wenselijk.

Literatuurlijst

Atwal, A., Caldwell, K., 'Do multidisciplinary integrated pathways improve interprofessional collaboration?', 2002.

Baan CA (RIVM), Poos MJJC (RIVM). 'Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan?' In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2005.

Baan CA, Hutten JH, Rijken PM. *Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*. RIVM-rapport nr. 282701005. Bilthoven: RIVM/NIVEL, 2003.

Baarda, D., B., de Goede, M.P.M., *Kwalitatief onderzoek*, Houten, 2000.

Bakker, D.H. de, Polder, J.J., Sluijs, E.M., Treurniet, H.F., Hoeymans, N., Hingstman, L., Poos, M.J.J.C., Gijsen, R., Griffioen, D.J. Velden, L.F.J. van der (2005) *Op één lijn – Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020* Yy: Nivel.

Bodenheimer, T., Wagner, E.H., *Improving primary care for patients with Chronic Illness*, American Medical Association, 2002

Bron: http://www.bmti.utwente.nl/library/other/bmti_in_the_news_2005/zt_special_def.PDF.

Bomhof, J., Peters, P., 'Strategie en management van organisaties in de gezondheidszorg', Eindschrift leergang 10.

Eerste Associatie Van Verpleegkundigen, *Ontwikkelingen in de Diabeteszorg*. De betekenis van de ontwikkelingen voor diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners, 2007.
eerstelijnszorg 2020 Yy: Nivel.

Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. *Improving the quality of health care for chronic conditions*. Qual Saf Health Care; 13(4): 299-305, 2004.

Grit, K., Meurs, P., *Verschuivende verantwoordelijkheden, Dilemma's van zorgbestuurders*, Assen, 2005.

Grix, J., *The Foundations of Research* Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.

CT regie, 'Patiëntgerichte i-zorg voor chronisch zieken; Ict-innovatieprogramma voor de gezondheidszorg', in Informatie, juli/augustus 2006, pp. 46-52.

Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ), '*Staat van de gezondheidszorg 2006: Patient en recht; de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd?*', Den Haag, 2006

Institute for Healthcare improvement, 2005.

Janssen Duyghuysen, R., '*Gezondheidszorg: samen sterker in de ketenzorg*', 2005.

Kerkhoff, A.H.M., '*Openbare gezondheidszorg, Uitgangspunten voor een multidisciplinaire benadering*', Budel, 2005.

Last, I., '*Patiëntenorganisaties en zorgstandaards- Een onderzoek naar de rol en houding van patiëntenorganisaties in de dynamische en structurele verbetering van zorgstandaards voor chronisch zieken*', Enschede/ Utrecht, 2006.

Limburg LCM (RIVM), Baan CA (RIVM). '*Preventie van diabetes mellitus samengevat*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2005.

Lucking, G., '*Improving care for people with longterm conditions*', University of Birmingham, HSMC.

Masurel, N., '*Diabeteszorg in de eerste lijn: Wat kunnen praktijkondersteuning en thuiszorg voor elkaar betekenen?*' In: Modern Medicine, Vol. 30 No. 4, pp.: 188-197, 2006.

Meeuwissen, L., e.a., '*Nationale studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn, een eerste schets*', NIVEL, 2007.

Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport, '*Geconcentreerd dereguleren?- Onderzoeksnotitie naar bestaande concentraties en machtsposities in de zorg*', 2002.

Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), '*Zorgstandaard voor goede diabeteszorg*.

Nederlandse Diabetes Federatie, '*psychosociale zorg aan mensen met diabetes*', Leusden, 2000

NIVEL, Jaarboek 2005: '*de gezondheidszorg doorgelicht*' (<http://www.nivel.nl/pdf/Jaarboek-NIVEL-2005.pdf>)

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 1998. '*Naar een meer vraaggerichte zorg*.

Roerink,H., '*Voorstel voor een Stimuleringsprogramma Zorgverbetering Chronisch Zieken*', 2006

Rosendal, H., 'Ketenzorg voor chronische ziekten: mode of must?', Leiden, 2006.

Struijs JN, Westert GP, Baan CA, *Effectevaluatie van transmurale diabeteszorg in Nederland*, 2004 (<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260402001.html>).

Taakgroep Programma Diabeteszorg, *Diabeteszorg Beter*, 2005.

UK Prospective Diabetes Study Group, *Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33)*. Lancet 1998;352:837-53.

Van der Kraan, W.G.M., *Vraag naar Vraagsturing, Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse Gezondheidszorg*, Rotterdam, 2006

Van der Linden, B., *The birth of integration: Explorative studies on the development and implementation of transmural care in The Netherlands 1994-2000*, Utrecht, 2001, 155p.

Van Ede, A., Woldendorp, H., *De inrichting van ketenzorg: een model ten behoeve van de chronische zorg*, in *Zorgspecial*, Nr. 1, 2007, pp.6-10

Vermeire, E., Van Royen, P., Coenen, S., *Therapietrouw bij diabetes type 2-patienten vanuit het standpunt van de patiënt*, Een kwalitatieve studie, *Huisarts Nu april 2005; 34(3)*

Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreeuwenberg C, Wolffenbuttel BH. *Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients*. J Adv Nurs 2001; 36(4):546-555.

Wagner, E.H., Austin, B.T., Van Korff, M., *Organizing care for patients with Chronic Illness*, The Milbank Quarterly, 1996.

Wagner, E.H., Crothaus, L.C., Sandhu, N. e.a., *Chronic Care Clinics for diabetes in primary care, a system-wide randomized trial*, Diabetes Care, volume 25, number 4, april 2001.

Wester, F., *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*, Bussum, 1995, 3^e druk, Coutinho
Zorg en Technologie Twente, 'Twente, Hot Spot voor Zorg & Technologie', 2004
Bron: http://www.bmti.utwente.nl/library/other/bmti_in_the_news_2005/zt_special_def.PDF.

Westert, G.P., Verkley, H., *Zorgbalans, De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004*, RIVM, 2004 Zoetermeer: RVZ.

Zorg en Technologie Twente, 'Twente, Hot Spot voor Zorg & Technologie', 2004.

Websites:

Diabetes Vereniging Nederland, <http://www.dvn.nl/> (bezoekt op 09-10-2007)

I & O research Enschede, <http://www.io-research.nl/regioweb/gezondheid.htm#> (bezoekt op 11-11-2007)

IZIT, www.izit.nl
(bezoekt op 13 juni 2007)

Kennisplekken met betrekking tot ketens en netwerken in de zorg, www.ketennetwerk.nl/documents
(bezoekt op 10 mei 2007)

Landelijke huisartsenvereniging (LHV), <http://lhv.artsennet.nl>
(bezoekt op 18 augustus 2007)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Veranderingen in de zorg 2007; Overzicht van veranderingen in de curatieve zorg in 2007', <http://www.minvws.nl/dossiers/veranderingen-in-de-zorg-2006/veranderingen-van-januari-tot-december-2006/>
(bezoekt op 13 juni 2007)

Sneller Beter
http://www.snellerbeter.nl/fileadmin/snellerbeter/afbeeldingen/Diabetescongres/presentaties/11_pres._Cor_Spreeuwenberg.ppt#30
(Bezoekt op 30 januari 2008)

Wagner, 1998 http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
(Bezoekt op 04-02-2008)

Bijlage: ‘Samen Beter’ enquête (versie huisartsen)



Enquête “Samen Beter”

Een studie vanuit het perspectief van de hulpverlener naar de samenwerking tussen huisartsenpraktijken, (revalidatie)ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in de zorg voor drie chronische aandoeningen in de regio Twente.

**Onderzoek in het kader van de opleiding
Master Gezondheidswetenschappen**

”Samen Beter”

“*Samenwerking is noodzakelijk om kwalitatief goede en betaalbare zorg in de toekomst te kunnen aanbieden.*” Dit is een vooronderstelling waar veel beleid binnen de gezondheidszorg op gebaseerd is. Maar leidt samenwerking eigenlijk wel tot kwalitatief betere en efficiëntere zorg? Hoe ervaren hulpverleners dit in hun dagelijkse praktijk? Wat vinden zij van de huidige samenwerking tussen hen en andere hulpverleners. En wat zien zij als mogelijkheden voor verbetering van de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners rondom de zorg van chronische patiënten.

Deze vragen vormen de kern van dit “Samen Beter” onderzoek. Dit onderzoek heeft als doel om de stand van zaken wat betreft samenwerking binnen de gezondheidszorg vanuit het perspectief van de hulpverleners, in kaart te brengen. Het onderzoek richt zich op drie soorten organisaties (namelijk thuiszorg, (revalidatie)ziekenhuis en huisartsenpraktijken) die een belangrijke rol spelen in de zorg voor chronisch zieken.

Dit onderzoek beperkt zich de samenwerking in de zorg voor de chronische aandoeningen CVA, COPD en diabetes mellitus. Het is van groot belang dat zoveel mogelijk van de benaderde hulpverleners meedoen aan dit onderzoek, zodat er een zo volledig mogelijk beeld wordt verkregen van de samenwerking van de hulpverleners binnen de regio Twente.

Het onderzoek wordt uitgevoerd als afstudeeropdracht binnen de Universiteit Twente voor de opleiding Gezondheidswetenschappen. De verkregen gegevens uit de enquête zullen vertrouwelijk verwerkt worden. De rapportage van de resultaten vindt op groepsniveau (en dus volledig anoniem) plaats. De gegevens van de eerste pagina zullen gebruikt worden voor administratieve doeleinden.

Hieronder volgen een aantal vragen waarbij basisgegevens worden gevraagd die van belang zijn voor de administratie.

1.0 Personalia

Naam	
Geslacht	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
Leeftijd	
Organisatie	
Beroep/ Functie	

Instructies bij het invullen van de enquête

De enquête bestaat uit zowel open als gesloten vragen. Bij de gesloten vragen kunt u een kruisje zetten in het hokje van uw keuze. Bij de open vragen kunt u uw antwoord invullen in de tekstvakken onder de vraag. Bij de stellingen gaat het om uw persoonlijke mening of ervaring. Het zal ongeveer 20 minuten duren om alle vragen te beantwoorden.

Succes!

A. Maatschappelijke ondersteuning*Beleid en voorzieningen*

2.0 Komt u in uw werk m.b.t. COPD/ CVA/diabetes mellitus in contact met patiëntenverenigingen?

- nee
 ja, welke en hoe vaak?

Patiëntenverenigingen	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1 Komt u in uw werk m.b.t. COPD/ CVA/Diabetes Mellitus in contact met vrijwilligers(organisaties)?

- nee
 ja, welke en hoe vaak?

Vrijwilligers (organisaties)	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Komt u in uw werk in contact met COPD/ CVA/Diabetes Mellitus patiënten die gebruik maken van mantelzorg?

- nee, ga naar vraag 2.4
 ja

2.3 Zo ja, om welke patiëntencategorieën gaat het?(meer antwoorden mogelijk)

- COPD
 CVA
 Diabetes Mellitus

2.4 Bij deze vraag wordt naar uw ervaring en/ of mening gevraagd met betrekking tot mantelzorg. U kunt aangeven in hoeverre u het met de stelling eens bent.

	Geheel oneens					Geheel eens	Weet niet
Mantelzorg is een adequate aanvulling op de reguliere zorg voor chronisch zieken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn voldoende mantelzorgers beschikbaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met COPD maken voldoende vaak gebruik van mantelzorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met Diabetes Mellitus maken voldoende vaak gebruik van mantelzorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met CVA maken voldoende vaak gebruik van mantelzorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantelzorgers moeten meer bij de reguliere zorg voor chronisch zieken betrokken worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.5 Van welke van de volgende voorzieningen worden naar uw ervaring door patiënten met **COPD** gebruik gemaakt? (meer antwoorden mogelijk)

Medische fitness	<input type="checkbox"/>
Voorlichtingsbijeenkomsten	<input type="checkbox"/>
Lotgenotencontact	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Niet van toepassing	<input type="checkbox"/>

2.6 Van welke van de volgende voorzieningen worden naar uw ervaring door patiënten met **CVA** gebruik gemaakt? (meer antwoorden mogelijk)

Medische fitness	<input type="checkbox"/>
Voorlichtingsbijeenkomsten	<input type="checkbox"/>
Lotgenotencontact	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Niet van toepassing	<input type="checkbox"/>

2.7 Van welke van de volgende voorzieningen worden naar uw ervaring door patiënten met **Diabetes Mellitus** gebruik gemaakt? (meer antwoorden mogelijk)

Medische fitness	<input type="checkbox"/>
Voorlichtingsbijeenkomsten	<input type="checkbox"/>
Lotgenotencontact	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Niet van toepassing	<input type="checkbox"/>

B. Organisatie van de gezondheidszorg

3.0 Wat doet uw organisatie voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg? (meer antwoorden mogelijk)

Voorlichting geven aan zorgverleners	<input type="checkbox"/>
Stimuleren van wetenschappelijk onderzoek	<input type="checkbox"/>
(Meehelpen met) ontwikkeling van protocollen en richtlijnen	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Mijn organisatie onderneemt geen activiteiten voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg	<input type="checkbox"/>

3.1 Neemt uw organisatie deel aan projecten/samenwerkingsverbanden ten behoeve van kwaliteitsverbetering voor de zorg voor chronisch zieken?

- Nee, ga door naar vraag 3.5
 Zo ja, kunt u voorbeelden noemen? (enkele trefwoorden)

3.2 Welke organisatie(s)/ hulpverlener(s) neemt het initiatief tot deze projecten?

3.3 Door wie worden deze projecten gefinancierd?

3.4 Wat is uw rol binnen deze projecten/samenwerkingsverbanden? (enkele trefwoorden)

3.5 Is er een organisatie/hulpverlener die een regiefunctie vervult in de coördinatie van de zorg rondom de chronische patiënt?

- Nee
- Ja, welke en waarom die? (enkele trefwoorden)

3.6 In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling?

	Geheel oneens				Geheel eens		N.V.T.
De coördinatie van de zorg rondom de chronische patiënt verloopt uitstekend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.7 In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling?

	Geheel oneens			Geheel eens	
De samenwerking met bovengenoemde hulpverleners/organisaties vindt plaats in een sfeer van concurrentie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.8 Als u de huidige zorg voor chronische patiënten in het algemeen een rapportcijfer mag geven van 1 (zeer slecht) tot een 10 (uitmuntend) welk cijfer krijgt deze zorg op dit moment van u?

3.9 Welke aspecten in de zorg voor chronische patiënten vindt u in het algemeen goed?

4.0 Welke aspecten in de zorg voor chronische patiënten vindt u in het algemeen slecht?

4.1 Als u de huidige zorg voor chronische patiënten met **COPD** in het algemeen een rapportcijfer mag geven van 1 (zeer slecht) tot een 10 (uitmuntend) welk cijfer krijgt deze zorg op dit moment van u?

4.2 Als u de huidige zorg voor chronische patiënten met **CVA** in het algemeen een rapportcijfer mag geven van 1 (zeer slecht) tot een 10 (uitmuntend) welk cijfer krijgt deze zorg op dit moment van u?

4.3 Als u de huidige zorg voor chronische patiënten met **Diabetes Mellitus** in het algemeen een rapportcijfer mag geven van 1 (zeer slecht) tot een 10 (uitmuntend) welk cijfer krijgt deze zorg op dit moment van u?

C. Organisatie van de zorgverlening

Samenwerking

5.0 In onderstaand overzicht treft u organisaties/ hulpverleners aan die een rol spelen bij de zorg voor de genoemde chronische patiëntencategorieën.

Geeft u s.v.p. aan hoe u op dit moment in het algemeen zelf de samenwerking met de hieronder opgenoemde organisaties/ hulpverleners ervaart.

→ Als u met een bepaalde organisatie/ hulpverlener niet samenwerkt, kruis dan 'niet van toepassing' (N.V.T.) aan.

→ Als er een samenwerkingspartner ontbreekt dan kunt u deze onder aan de lijst toevoegen.

Samenwerkingspartners	Zeer goede samenwerking					Zeer slechte samenwerking	N.V.T.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuiszorgorganisaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalidatieziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verpleegkundigen ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verpleegkundigen thuiszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespecialiseerd verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diëtist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homeopathisch arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--

Hieronder vragen wij u uw mening te geven over de samenwerking met verschillende organisaties/hulpverleners. Wij vragen u rapportcijfers te geven variërend van 1 (zeer slecht) tot een 10 (uitmuntend).

5.1. Wat zijn uw rapportcijfers voor de samenwerking met de verschillende **thuiszorgorganisaties** op dit moment. (cijfers voor de best en slechtst samenwerkende organisaties en hoe is de samenwerking in het algemeen)

Best	
Slechtst	
Algemeen	

5.2. Wat zijn uw rapportcijfers voor de samenwerking met de verschillende **specialisten** op dit moment (cijfers voor de best en slechtst samenwerkende specialist en hoe is de samenwerking in het algemeen)

Best	
Slechtst	
Algemeen	

5.3. Wat is uw rapportcijfer voor de samenwerking met het **revalidatieziekenhuis** op dit moment?

--

5.4. Wat zijn uw rapportcijfers voor de samenwerking met de verschillende **ziekenhuizen** op dit moment (cijfers voor het best en slechtst samenwerkende ziekenhuis en hoe is de samenwerking in het algemeen)

Best	
Slechtst	
Algemeen	

5.5 Bij deze vraag wordt naar uw ervaring en/ of mening gevraagd met betrekking tot de samenwerkingspartners die in de zorg voor de chronische patiënt (COPD, CVA, Diabetes Mellitus) betrokken zijn.

U kunt aangeven in hoeverre u het met de stelling eens bent.

	Geheel oneens				Geheel eens
De betrokken hulpverleners van de thuiszorg zijn competent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken specialisten zijn competent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken verpleegkundigen van het ziekenhuis zijn competent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken hulpverleners van het revalidatiecentrum zijn competent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken hulpverleners van de thuiszorg zijn te vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken specialisten zijn te vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken verpleegkundigen van het ziekenhuis zijn te vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken hulpverleners van het revalidatiecentrum zijn te vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.7 Bent u sinds de invoering van het nieuwe ziektekostenstelsel gaan samenwerken met organisaties/ hulpverleners met welke/ wie u voorheen niet samenwerkte?

- nee
 ja, namelijk met:

5.8 Welke organisaties /hulpverleners in de zorg voor chronisch zieken zijn volgens u op dit moment het meest belangrijk?

5.9 Welke organisaties /hulpverleners in de zorg voor patiënten met **COPD** zijn volgens u op dit moment het meest belangrijk?

6.0 Welke organisaties /hulpverleners in de zorg voor patiënten met **CVA** zijn volgens u op dit moment het meest belangrijk?

6.1 Welke organisaties /hulpverleners in de zorg voor patiënten met **Diabetes Mellitus** zijn volgens u op dit moment het meest belangrijk?

6.2 Ontbreken er op dit moment organisaties/ hulpverleners die van belang zijn in de zorg voor deze chronische patiënten?

- nee
 ja namelijk,

In netwerken kan in meer of mindere mate worden samengewerkt. Hieronder wordt gevraagd naar uw ervaringen met het samenwerkingsnetwerk waarin u betrokken bent. Geef bij de volgende stellingen aan in hoeverre u het ermee eens bent.

6.3 Binnen de samenwerking met de diverse betrokken organisaties/ hulpverleners ten aanzien van de drie genoemde chronische ziektebeelden ervaar ik dat:

Geheel oneens

Geheel eens N.V.T.

Er overeenstemming is over ieders rol /taak.						
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er overeenstemming is over de afbakening van ieders werkteerrein.						
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er een duidelijke regie wordt gevoerd.						
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.4 Als ik naar de betrokken organisaties/ hulpverleners bij de zorg voor de genoemde chronische patiëntencategorieën kijk, vind ik dat:

N.V.T. Geheel oneens Geheel eens

Er te veel organisaties/ hulpverleners betrokken zijn.						
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er één of meer potentiële samenwerkingspartners wordt gemist						
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De verschillen tussen de betrokken organisaties/ hulpverleners een effectieve samenwerking belemmeren.						
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het gezondheidszorg aanbod voldoende divers is zodat de patiënt een keuze heeft						
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.5 Deze vraag gaat over organisaties/ hulpverleners waarmee u vaak samenwerkt

In onderstaande tabel staan de voor u belangrijkste samenwerkingspartners. Geeft u a.u.b. aan hoe intensief u zelf met deze organisaties samenwerkt (Kolom A) en in hoeverre is deze samenwerking voor u(w organisatie) van belang is, namelijk of het veel of weinig oplevert (Kolom B)

	A (ik/mijn organisatie doe zelf mee in een samenwerkingsverband)						B (Deze samenwerking is voor mij/mijn organisatie van groot belang)				
	N.V.T.	Zeer intensief			Geheel	Levert	Levert				
samenwerkingspartners			niet intensief	zeer weinig op			zeer veel op				
Ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thuiszorgorganisaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Revalidatieziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anders namelijk...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D. Zelfmanagement ondersteuning

7.0 Wordt het behandelplan altijd met de patiënt of diens vertegenwoordiger besproken?

- ja
 nee, want

7.1 Biedt u(w organisatie) zelfmanagement ondersteuning voor de patiënt?

- nee
 ja, namelijk d.m.v.

Verpleegkundig spreekuur	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>
Voorlichtingsbijeenkomsten	<input type="checkbox"/>
Folders	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

7.2 Geef u a.u.b. aan bij de volgende stellingen in hoeverre u het ermee eens bent.

	Geheel oneens					Geheel eens
De zelfmanagement ondersteuning die mijn organisatie aan de patiënten biedt is toereikend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De centrale rol van de patiënt, in het managen van zijn gezondheid, wordt voldoende benadrukt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Ondersteuning van beslissingen**Werken volgens medische richtlijnen**

8.0 Maakt u(w organisatie) gebruik van richtlijnen/protocollen?

- nee

ja

8.1 Geeft u a.u.b. bij de volgende stellingen aan in hoeverre u het er mee eens bent.

	Geheel oneens					Geheel eens
Binnen mijn organisatie wordt er voldoende gewerkt met richtlijnen/protocollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De richtlijnen/protocollen zijn voldoende geïntegreerd in de dagelijkse routine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De toepassing van 'evidence based care' verlenen wordt gestimuleerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Zeer ontevreden					Zeer tevreden
Bent u tevreden over de huidige protocollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toegang tot (collega) professionals

	Geheel oneens					Geheel eens
Heeft u gemakkelijk toegang tot collega professionals, die over expertise en ervaring beschikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Informatiesystemen

9.0 Welke middelen gebruikt u(w organisatie) voor het geven van informatie en voorlichting? (meer antwoorden mogelijk)

Een tijdschrift	<input type="checkbox"/>
Een nieuwsbrief per post	<input type="checkbox"/>
Een nieuwsbrief per e-mail	<input type="checkbox"/>
Een telefonische informatielijn	<input type="checkbox"/>
Een website	<input type="checkbox"/>
Boekjes/folders/brochures	<input type="checkbox"/>
(Thema)bijeenkomsten	<input type="checkbox"/>

diabetes mellitus

Cursussen	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Mijn organisatie geeft geen informatie en voorlichting	<input type="checkbox"/>

Informatie uitwisseling

Als deelnemer in het netwerk deelt u veel informatie met de andere betrokken organisaties/ hulpverleners. Hieronder wordt naar een aantal gegevens gevraagd met wie u informatie deelt en welke informatie er gedeeld wordt. In de kruistabel kunt u uw situatie weergeven.

9.1 Kruist u a.u.b. in kolom A aan met wie u informatie deelt. Als u geen informatie deelt kruist u dan niets aan. Wanneer u in kolom A een kruisje heeft gezet, geeft u dan in kolom B aan op welke wijze u de informatie deelt.

	← A	B →					
	Ik deel informatie met:	Telefonisch	Schriftelijk	Email	Digitaal patiëntendossier	Persoonlijk	Anders namelijk:
Ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuiszorg organisaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalidatieziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verpleegkundigen ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verpleegkundigen thuiszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespecialiseerd verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diëtist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homeopathisch arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2 Geef u bij de volgende stellingen aan in hoeverre u het er mee eens bent.

	Geheel oneens				Geheel eens
Met behulp van informatiesystemen zijn benodigde gegevens tijdig beschikbaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De juiste gegevens zijn beschikbaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatiesystemen dragen bij aan goede coördinatie van de zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatiesystemen dragen bij aan goede planning van de zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met behulp van informatiesystemen kan men de patiënt in het zorgproces traceren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatiesystemen zijn cruciaal voor effectiviteit van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Toekomst

10.0 Voorziet u verbeteringen in de toekomst met betrekking tot de zorg voor chronisch zieken?

- nee
 ja, namelijk

10.1 Voorziet u problemen in de toekomst met betrekking tot de zorg voor chronisch zieken?

- nee
 ja, namelijk

10.2 Welke mogelijkheden ziet u om de planning van de zorg voor chronisch zieken efficiënter te maken?

10.3 Welke mogelijkheden ziet u om de zorg voor chronisch zieken effectiever te coördineren?

Ruimte voor opmerkingen:

Hartelijk dank voor uw medewerking!!!

