

Protocol los!

Voorwaarden voor diabeteszorg op maat

Sytske van Bruggen, Marise Kasteleyn, Simone Rauh, Julia Meijer, Karin Busch, Mattijs Numans, et al.

Zorgprotocollen worden soms als een hinderpaal voor zorg-op-maat ervaren. Veel huisartsen zouden bij patiënten met een goede diabetescontrole meer willen doen met zelfmanagement en persoonsgerichte zorg. Wij lieten 4 praktijken waar de diabeteszorg goed was georganiseerd experimenteren met de implementatie van zelfmanagementinterventies in plaats van protocollaire zorg. De ontheffing van het protocol werkte inspirerend, maar gaf ook onzekerheid. We identificeerden 3 randvoorwaarden voor succesvolle zorg-op-maat: oog voor de behoeften van patiënten, goede samenwerking binnen het praktijkteam en goed functionerende e-health-toepassingen. Deze voorwaarden hebben we verwerkt in een stappenplan.

De eerstelijns diabeteszorg is in Nederland verregaand geprotocoliseerd. De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 adviseert minimaal eens per jaar een aantal biomedische parameters (HbA1c, bloeddruk, LDL) en leefstijlfactoren (rookgedrag, BMI, lichaamsbeweging) in kaart te brengen. Zij vormen de 'kernset' van diabetesindicatoren.¹ Veel huisartsen hebben zich daarom in het afgelopen decennium verenigd in zorggroepen die een breed palet van voorzieningen bieden rondom diabeteszorg, van logistieke en praktijkondersteuning tot geaccrediteerde nascholing en onderhandelingen met zorgverzekeraars.

Veel zorggroepen bieden ketenzorgprotocollen aan voor diabetes type 2. Onderzoeken hebben uitgewezen dat dit samengaat met significant betere monitoring van patiënten en gunstiger HbA1c-uitkomsten.^{2,3} In sociaal-economisch kwetsbare wijken is de HbA1c-winst zelfs nog groter.⁴ Tegelijkertijd roept deze protocollaire aanpak ook vragen op. Sommige huisartsen vinden het protocol te beperkend, onvoldoende flexibel of zelfs een inbreuk op hun professionele autonomie.⁵ Ook de bijkomende registratieverplichtingen ervaren sommigen als belastend.⁶ Om de ontwikkeling van zorg-op-maat bij diabetespatiënten te stimuleren, hebben we bij de zorggroep

Haaglandse Dokters (Hadoks) het effect van protocolvrije zorg geëvalueerd en onderzocht wat de randvoorwaarden zijn voor succesvolle implementatie van zelfmanagementinterventies. Voor een samenvatting van het proefschrift dat uit dit onderzoek voortkwam, zie de [bijlage].

METHODE

Aan ons onderzoeksproject, 'Protocol los', deden 4 huisartsenpraktijken mee die volgens de kwaliteitsstandaard van Hadoks hun ketenzorgprogramma's uitstekend op orde hadden. In het kader van dit project konden de 4 deelnemende praktijken het ketenzorgprotocol loslaten bij patiënten die ≥ 1 jaar gestructureerde diabeteszorg ontvingen en een relatief gunstig HbA1c hadden, en in plaats daarvan een of meer vervangende interventies kiezen om zorg-op-maat te bieden. Een landelijke *toolkit* met een kleine 100 zelfmanagementinterventies, variërend van gesprekshulpen in de spreekkamer tot instrumenten voor groepseducatie en digitale hulpmiddelen, diende als inspiratiebron.⁷ De praktijken waren niet verplicht om een interventie uit deze toolkit te kiezen en ze konden naar eigen inzicht een implementatieplan opstellen. Het effect van deze maatregelen maten we op 2 manieren. Ten eerste onderzochten we in groepsbijeenkomsten en individuele interviews op locatie hoe de praktijken de protocolvrije zorg ervoeren. Dat deden we aan de hand van een vaste lijst van onderwerpen en alle gesprekken werden opgenomen en getranscribeerd. Bij het vaststellen van de onderwerpen en bij de analyse volgden we een model dat de betrouwbaarheid van de implementatie in kaart brengt.⁸

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Van Bruggen S, Kasteleyn MJ, Rauh SP, Meijer JS, Busch KJG, Numans ME, Chavannes NH. Experiences with tailoring of primary diabetes care in well-organised general practices: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res* 2021;21:1218. Publicatie gebeurt met toestemming.

WAT IS BEKEND?

- De eerstelijns diabeteszorg is in Nederland verregaand geprotocoliseerd; soms gaat dat ten koste van zorg-opmaat.
- Praktijken hebben in de hectiek van de dagelijkse praktijkvoering vaak moeite om zelfmanagementinterventies te implementeren.

WAT IS NIEUW?

- Zorg-op-maat kan niet voor iedere praktijk en voor iedere patiënt op dezelfde manier worden ingevuld.
- Als men voldoende aandacht besteedt aan de behoeften van de praktijkpopulatie en aan goede samenwerking binnen het team, ontstaat er vanzelf een sterke drive om de gekozen zelfmanagementinterventies grondig te implementeren.
- Protocolvrije zorg heeft ontegenzeggelijk belangrijke voordelen, maar ten minste 1 jaarlijkse controle van de kernindicatoren blijft aan te bevelen.

Ten tweede gingen we na hoe de patiënten de protocolvrije zorg en de zelfmanagementinterventies ervoeren. Daartoe vroegen we hen aan het begin en na afloop van het project vragenlijsten

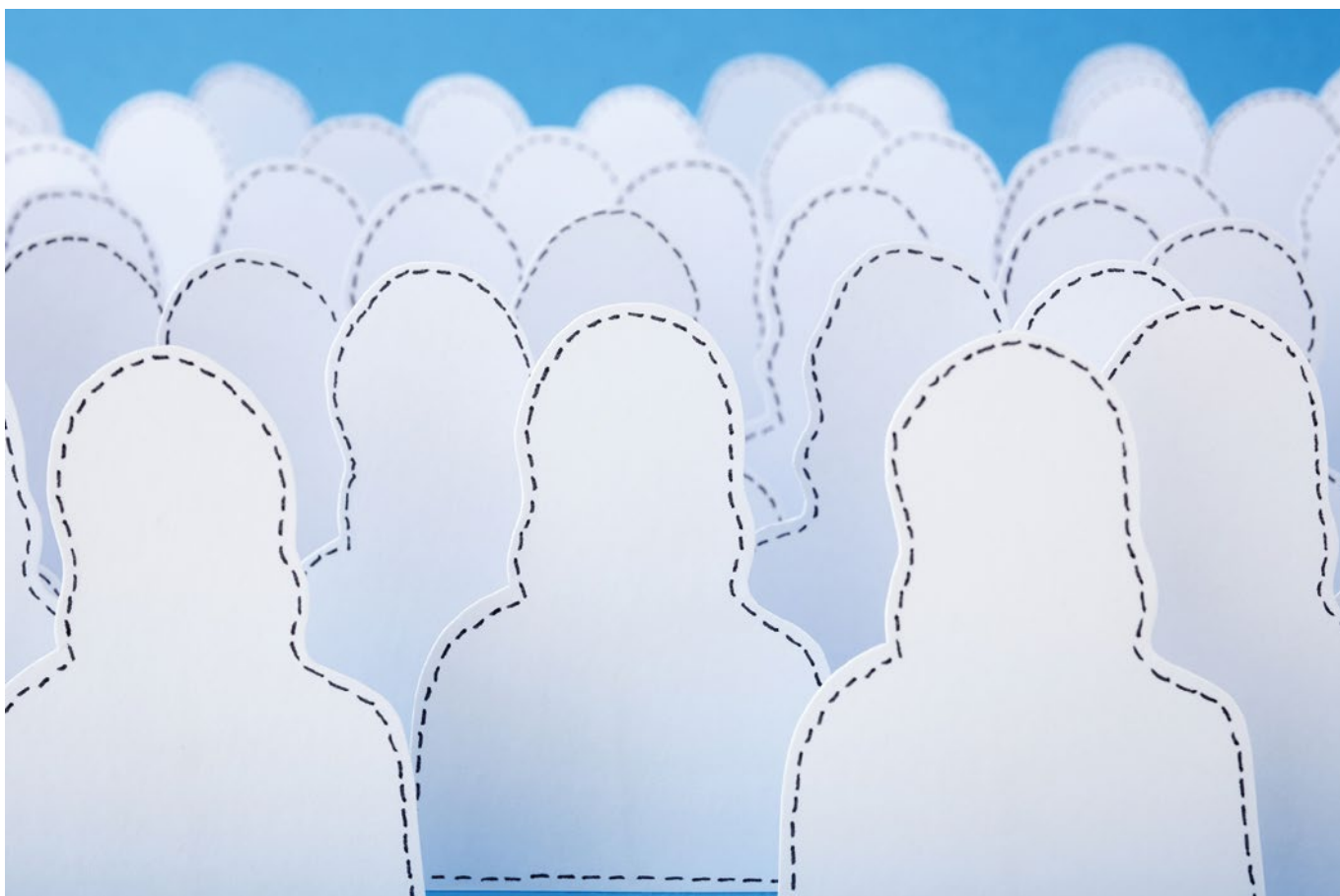
in te vullen over hun tevredenheid met de diabeteszorg, hun algemeen welbevinden en hun ervaren gezondheid. Verder maten we of monitoring op peil bleef en of de kernindicatoren (HbA1c, bloeddruk, LDL, BMI, rookgedrag en lichaamsbeweging) minstens eens per jaar werden gecontroleerd.

RESULTATEN

Effect op praktijken: ruimte voor reflectie

Voor de meeste praktijken voelde het als een bevrijding dat ze het ketenzorgprotocol konden loslaten. Maar het zorgde ook voor onzekerheid, want de praktijken werden op zichzelf teruggeworpen: hoe schat je in wat de juiste zorg is voor een gegeven patiënt? Niettemin vonden de meeste praktijken de ruimte om na te denken over de vraag hoe ze diabeteszorg het best konden afstemmen op hun patiënten.

De sociaaleconomische kenmerken en gezondheidsvaardigheden van de patiëntenpopulatie verschilden per praktijk. Deze diversiteit zagen we terug in de gekozen zelfmanagementinterventies, die uiteenliepen van een sms-service om de opkomst van sociaaleconomisch kwetsbare patiënten bij het diabetessprekuur te verbeteren tot een digitaal portaal waarop meer welgestelde patiënten thuis hun gezondheidsuitkomsten konden monitoren en het consult konden voorbereiden. Eén praktijk koos voor een getrapte aanpak: de behoeften werden eenmalig geïnventariseerd bij een patiëntenpanel, waarna de door het panel aanbevolen



Protocolvrije zorg heeft veel voordelen, maar ten minste 1 jaarlijkse controle van de kernindicatoren blijft belangrijk.

Foto: iStock

interventies werden gepresenteerd op een grote gezondheidsmarkt waar patiënten zich konden inschrijven voor een interventie. Een andere praktijk koos ervoor om bij zelfstandige patiënten het aantal controleconsulten te verminderen.

Randvoorwaarden voor zelfmanagementinterventies

In onze analyse kwamen we tot een drietal randvoorwaarden voor succes bij het vervangen van protocollaire zorg door zelfmanagementinterventies.

- Oog voor de behoeften van de patiëntpopulatie. Een duidelijk beeld van de behoeften van de patiënten – die per praktijk dus aanzienlijk konden verschillen – bleek een krachtige stimulans om het implementatieproces grondig aan te pakken. Bij vertragingen en tegenvallers gaf de focus op het patiëntenperspectief praktijken de energie om de schouders eronder te blijven zetten.
- Samenwerking binnen het praktijkteam. Het implementatieproces verliep beter als de verschillende geledingen van de praktijk – huisartsen, praktijkondersteuners, assistenten – goed samenwerkten, met zorgvuldig overleg over de beoogde interventie(s), een implementatieplan dat door het hele team gedragen werd en voldoende afstemming over logistieke zaken.
- Haalbare interventies die probleemloos werken. Het digitale patiëntenportaal bijvoorbeeld had technische tekortkomingen die zowel voor de zorgverleners als voor de patiënten hinderlijk waren. Door gebrek aan kennis over de techniek en de gebruikerservaring is het voor huisartsenpraktijken soms lastig om te beoordelen of een e-health-instrument in hun situatie wel bruikbaar is. Daarom raden we aan om samenwerking te zoeken met academische expertisecentra. Die hebben deze kennis wel en kunnen onafhankelijk advies geven.

Effect voor patiënten: minder monitoring, minder tevredenheid

Het percentage patiënten dat volgens protocol gemonitord werd, was na 2 jaar significant afgenomen, van 91 tot 72%. Ook de patiënttevredenheid was licht gezakt, van 30,9 naar 29,2 punten op de Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (schaalbereik 0-36). Ten aanzien van welbevinden en kwaliteit van leven werden geen significante verschillen gevonden.

BESCHOUWING

Van de 4 praktijken in ons onderzoek wisten er 2 zorg-op-maat te verwezenlijken. Cruciale succesfactoren bleken voldoende inzicht in de behoeften van de patiënten en goede (of voldoende) samenwerking binnen het team. De teleurstellende ervaringen met het patiëntenportaal tonen nog maar eens aan hoe belangrijk het is dat online tools voldoende ‘rijp’ alvorens men probeert ze te implementeren.

Sterke en zwakke punten

De kracht van ons onderzoek is de combinatie van kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van zorgverleners en kwanti-

IN 4 STAPPEN NAAR STERKE, PERSOONSGERICHTE DIABETESZORG

- 1. Werk aan een solide basis.** Gebruik bij de implementatie een protocol met systematische ondersteuning om de diabeteszorg te structureren.
- 2. Bezint eer ge begint.** Ga na hoe zorg-op-maat in de eigen praktijk bij de eigen patiënten gestalte kan krijgen. Neem de ruimte om na te denken over wat ‘zorg-op-maat’ voor hen betekent, verken actief hun behoeften, draag zorg voor een goede samenwerking binnen het team en let erop dat interventies haalbaar zijn binnen de praktijk.
- 3. Probeer te voorkomen dat patiënten uit zicht raken.** Hoe de interventie er ook uitziet, let erop dat iedere patiënt in ieder geval eens per jaar in de praktijk wordt gezien.
- 4. Houd rekening met specifieke zorgbehoeften, afhankelijk van sociaaleconomische status:** wees er alert op dat ‘zorg-op-maat’ kan betekenen dat men extra houvast moet bieden aan sociaaleconomisch kwetsbare patiënten.

tatieve analyse op patiëntniveau. Een ander sterk punt is dat in het onderzoeksteam diverse disciplines vertegenwoordigd waren – gedragswetenschappers, epidemiologen en praktiserend huisartsen –, wat de betrouwbaarheid van onze bevindingen versterkt. Een zwak punt is het geringe aantal deelnemende praktijken – al dragen de grote sociaaleconomische en culturele verschillen tussen de praktijkpopulaties wel bij aan de betrouwbaarheid van onze bevindingen. Verder mag men niet uit het oog verliezen dat ons patiëntenonderzoek een observationeel karakter had en dus geen causale conclusies toelaat. Twee laatste beperkingen zijn dat het aantal deelnemende patiënten relatief klein was en dat we geen gezondheidsuitkomsten hebben onderzocht. Om diepergaand inzicht te verkrijgen in de impact van protocolvrije zorg-op-maat op patiënten is vervolgonderzoek noodzakelijk.

Discussie

Onze bevindingen sluiten aan op een internationale discussie rondom de vraag waarom zelfmanagementinterventies vaak zo weinig lijken op te leveren. Daarin wordt onder andere naar voren gebracht dat huisartsenpraktijken in de hectiek van alledag vaak onvoldoende prioriteit geven aan een zorgvuldige implementatie en dat er dus andere stimulansen nodig zijn.⁹ Wij menen die stimulansen te hebben gevonden: het mogen loslaten van het ketenzorgprotocol en de vrijheid om interventies te kiezen die passen bij de eigen praktijk en patiëntenpopulatie. Voor de praktijken in ons onderzoek bleek dit voldoende om uitstekende zorg-op-maat tot stand te brengen. Wel is het voor een praktijk vaak lastig te bepalen welke apps en online tools geschikt zijn voor implementatie. Daartoe kan verbinding gezocht worden met een kennisplatform zoals het National eHealth Living Lab (NeLL), waarin de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC

samenwerkt met nationale en internationale partners. Ook het NHG houdt zich al jaren bezig met de wetenschappelijke onderbouwing van digitale toepassingen, zoals in 2016 een belangrijk onderzoek naar de invloed van Thuisarts.nl op de consultvoering van de Nederlandse huisarts.¹⁰

Twee uitkomsten vallen op. Een daarvan is dat de patiënttevredenheid ondanks de positieve respons op de geïmplementeerde interventies toch licht afnam. De vraag wat daarvan de oorzaak is, kunnen we binnen onze onderzoeksopzet niet beantwoorden, maar uit bestaande literatuur weten we dat er een relatie bestaat tussen minder consulten en minder tevredenheid.¹¹ Een andere opvallende uitkomst is dat er minder patiënten werden gemonitord conform de aanbevelingen in de NHG-Standaard. Dat lijkt onwenselijk, al is het de vraag of bij werkelijk alle patiënten in ons onderzoek alle kernindicatoren jaarlijks gemonitord zouden moeten worden – ook bij degenen met een bewezen stabiele diabetesinstelling. Zo lang dat laatste echter nog niet duidelijk is, raden we aan bij alle patiënten minstens eenmaal per jaar de 6 kernindicatoren te controleren. Er zijn al concrete handreikingen gedaan voor hoe zoiets in een persoonsgericht integraal jaargesprek verwezenlijkt kan worden.¹²

CONCLUSIE

We hebben onze bevindingen vertaald in een concreet stappenplan als handreiking voor huisartsenpraktijken om optimale diabeteszorg te bieden die recht doet aan de behoeften van de individuele patiënt [kader]. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Diabetes mellitus type 2. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Utrecht: NHG, 2018. <https://richtlijnen.nhg.org>, geraadpleegd juni 2022.
2. Van Bruggen S, Rauh SP, Bonten TN, Chavannes NH, Numans ME, Kasteleyn MJ. Association between GP participation in a primary care group and monitoring of biomedical and lifestyle target indicators in people with type 2 diabetes: a cohort study (ELZHA cohort-1). *BMJ Open* 2020;10:e033085.
3. Van Bruggen S, Rauh SP, Kasteleyn MJ, Bonten TN, Chavannes NH, Numans ME. Association between full monitoring of biomedical and lifestyle target indicators and HbA1c level in primary type 2 diabetes care: an observational cohort study (ELZHA-cohort 1). *BMJ Open* 2019;9:e027208.
4. Van Bruggen S, Kasteleyn MJ, Bonten TN, Chavannes NH, Numans ME, Rauh SP. Socioeconomic status is not associated with the delivery of care in people with diabetes but does modify HbA1c levels: An observational cohort study (Elzha-cohort 1). *Int J Clin Pract* 2021;75:e13962.
5. Correa VC, Lugo-Agudelo LH, Aguirre-Acevedo DC, Contreras JAP, Borrero AMP, Patino-Lugo DF, et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. *Health Res Policy Syst* 2020;18:74.
6. LHV. Het roer gaat om: Tussenrapportage 2016. Utrecht: LHV, 2016.
7. Toolkit Zelfmanagement-ondersteuning voor zorgprofessionals. Leusden: Zelfzorg Ondersteund! 2015. <https://zelfzorgondersteund.nl/toolkit-zelfmanagement-ondersteuning-voor-zorgprofessionals>, geraadpleegd juni 2022.
8. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement Sci* 2007;2:40.
9. Sun X, Guyatt GH. Interventions to enhance self management support. *BMJ* 2013;346:f3949.
10. Spoelman WA, Bonten TN, De Waal MW, Drenthen T, Smeele IJ, Nielen MM, et al. Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open* 2016;6:e013166.
11. Wermeling PR, Janssen J, Gorter KJ, Beulens JW, Rutten GE. Satisfaction of well-controlled type 2 diabetes patients with three-monthly and six-monthly monitoring. *BMC Fam Pract* 2013;14:107.
12. Hart B, Somers A, Vos R, Rozendaal L, Baar B, Looijmans-van den Akker I. Persoonsgerichte integrale zorg voor oudere patiënten in ketenzorg. *Huisarts Wet* 2022;65:37-9.

Van Bruggen S, Kasteleyn MJ, Rauh SP, Meijer JS, Busch KJ, Numans ME, Chavannes NH. Protocol los! Voorwaarden voor diabeteszorg op maat. *Huisarts Wet* 2022;65(8):21-4. DOI:10.1007/s12445-022-1514-y.
LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde (PHEG), Den Haag: dr. S. van Bruggen, onderzoeker, s.van_bruggen@lumc.nl;
dr. M.J. Kasteleyn, epidemioloog; prof. dr. M.E. Numans, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; prof. dr. N.H. Chavannes, huisarts, hoogleraar e-healthtoepassingen in disease management. Amsterdam UMC, afdeling Epidemiologie en Biostatistiek, Amsterdam:
dr. S.P. Rauh. HSK Groep, Den Haag: J.S. Meijer, psycholoog. Hadoks, Den Haag: K.J.G. Busch, huisarts, hoofd Chronische zorg.
Mogelijke belangenverstremming: de Eerstelijns Zorggroep Haaglanden, inmiddels gefuseerd tot Hadoks, ontving van Sanofi een subsidie van 10.000 euro voor het project 'Protocol los'.

Bijlage

Proefschrift ‘Van protocollen naar persoonsgerichte zorg’

Haaglandse Dokters (Hadoks) is een huisartsenorganisatie in de regio Haaglanden. Bij de afdeling chronische zorg, in feite een zorggroep, zijn ongeveer 200 huisartsen aangesloten en nemen zo'n 25.000 patiënten met diabetes type 2 deel aan een gestructureerd ketenzorgprogramma.

In 2015 zijn Hadoks en LUMC campus Den Haag een samenwerking aangegaan die resulteerde in een proefschrift van Sytske van Bruggen.¹ Zij onderzocht onder begeleiding van copromotor Marise Kasteleyn en promotores Niels Chavannes en Mattijs Numans in hoeverre het gestructureerde ketenzorgprogramma bijdraagt aan de gezondheidsuitkomsten van patiënten met diabetes type 2.

De deelnemende huisartsen gaven schriftelijk toestemming voor het gebruik van geanonimiseerde routinezorggegevens uit het keteninformatiesysteem (KIS). Alle analyses zijn gecorrigeerd voor de patiëntkenmerken leeftijd, geslacht en diabetesduur, en voor natuurlijke variatie per praktijk.

ONDERZOEKSVRAGEN

Van Bruggens onderzoek had betrekking op 3 hoofdvragen.

1. *In hoeverre draagt de zorggroepaanpak bij aan betere monitoring van patiënten?* Om deze vraag te beantwoorden is de registratie van de diabetesmonitoring van patiënten onderzocht bij nieuwe praktijken (4 praktijken, 182 patiënten). Bij deze 4 praktijken bleek het aantal patiënten dat conform de NHG-Standaard werd gemonitord na 1 jaar zorggroepdeelname sterk gestegen. Bij praktijken die al een jaar deel uitmaakten van de zorggroep (6 praktijken, 295 patiënten) werden geen significante verschillen meer gevonden met ervaren praktijken (145 praktijken, 13.744 patiënten)
2. *In hoeverre gaat aanbevolen monitoring samen met betere HbA1c-uitkomsten?* Diabetesmonitoring moet niet alleen een administratieve handeling zijn, maar hoort meerwaarde te hebben voor de individuele patiënt. Daarom is onderzocht of er sprake was van verschillen in HbA1c tussen patiënten die het aanbevolen schema volgden (144 praktijken, 8137 patiënten) en patiënten die geen volledige diabetesmonitoring kregen (153 praktijken, 3958 patiënten). Daartoe werden de patiënten opgedeeld in drie HbA1c-profielen, gebaseerd op leeftijd, diagnoseduur en medicatiegebruik. In alle profielen werd inderdaad een significant verschil gevonden: bij patiënten die het aanbevolen schema volgden, was het HbA1c-niveau gemiddeld zo'n 2 mmol/mol lager dan bij patiënten met onvolledige monitoring.
3. *In hoeverre is er in een zorggroepsetting sprake van sociaal-economische verschillen in de monitoring en uitkomsten van*

diabetespatiënten? Het is bekend dat de opkomst op het diabeteessprekkuur vaak slechter is bij sociaaleconomisch kwetsbare populaties. Ook worden in deze populaties bovengemiddeld vaak complicaties waargenomen.

Het onderzoek is in 2 stappen uitgevoerd. Eerst is bekeken of er sociaaleconomische verschillen waren ten aanzien van de proportie patiënten met aanbevolen monitoring (149 praktijken, 13.601 patiënten). Daartoe zijn alle praktijken opgedeeld in 4 sociaaleconomische populatiegroepen: kwetsbaar, gemiddeld en welvarend (urbaan versus sub-urbaan). De ruwe analyse bevestigde de verwachting: een lagere sociaaleconomische status leek samen te gaan met slechtere monitoring. Na correctie voor bovengenoemde patiëntkenmerken en voor de natuurlijke variatie per praktijk waren er binnen de zorggroepsetting echter geen significante verschillen meer te zien.

Daarna is onderzocht of er sociaal-economische verschillen waren met betrekking tot de relatie tussen monitoring volgens het aanbevolen schema (132 praktijken, 7708 patiënten) dan wel onvolledige monitoring (139 praktijken, 3456 patiënten) enerzijds, en HbA1c-uitkomsten anderzijds. Er werd inderdaad een verschil gevonden: in de groep met een gemiddelde sociaal-economische status was het aan monitoring gerelateerde HbA1c-verschil ongeveer 1,3 mmol/mol. Daarentegen betrof het verschil in de groep met een kwetsbare sociaal-economische status maar liefst 3,3 mmol/mol.

CONCLUSIE

De zorggroepaanpak gaat samen met betere monitoring van patiënten. Goede monitoring heeft klinische meerwaarde voor de patiënt, vooral in sociaal-economisch kwetsbare populaties aangezien kwetsbare patiënten even goed in beeld blijken te zijn als patiënten in 'gemiddelde' (welvarender) groepen. Bovendien is de gezondheidswinst in de kwetsbare populatie groter dan in de gemiddelde populatie.

Benieuwd wat huisartsen en praktijkondersteuners in de regio Haaglanden zeggen over deze bevindingen? Bekijk dan de publicatiebrochure 'Van protocollen naar persoonsgerichte zorg' via www.hadoks.nl/onderzoek.

LITERATUUR

1. Van Bruggen S. From protocol to personalised care. Improving and tailoring diabetes management in general practice [proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden, 2021.