Conclusies uit de PRISMA implementatiestudie

Gestructureerd aanbieden zelfmanagement

Over het belang van zelfmanagement bij mensen met diabetes type 2 is iedereen het eens. We willen dat patiënten in staat worden gesteld om weloverwogen eigen keuzes te maken over leefstijl en omgang met de ziekte. Toch krijgt maar een klein deel van hen gestructureerde zelfmanagementeducatie aangeboden. Welke educatie iemand ontvangt en op welke manier, hangt volledig af van de zorgaanbieder. Tijd voor verandering?

Gestructureerde Diabetes Zelf-Management Educatie (DZME) wordt in nationale en internationale richtlijnen aanbevolen bij het behandelen van diabetes type 2[1,2,3,4]. Het voorziet mensen met diabetes type 2 van alle informatie en vaardigheden om zelf weloverwogen keuzes te kunnen maken in hun leefstijl en omgang met de ziekte. Uit ervaring met de kortdurende DZME-groepsprogramma's X-pert en DESMOND in Engeland blijkt dat theoretisch onderbouwde groepseducatie medische, psychologische en leefstijl uitkomsten gunstig kan beïnvloeden[5,6]. Ook kostenbesparing en kosteneffectiviteit zijn aangetoond[7,8]. In Engeland krijgt nu iedereen met de diagnose diabetes type 2 DZME aangeboden.

In Nederland zien we het belang van DZME. Het wordt in richtlijnen vermeld[4], maar niet structureel aangeboden. Of er aanbod is, hangt af van de huisartsenpraktijk, de zorggroep of het ziekenhuis. Er bestaat geen structurele vergoeding voor groepseducatie zoals in Engeland. Het meest aangeboden programma is PRISMA, de Nederlandse versie van DESMOND. Op dit moment bieden zo'n 30 instellingen PRISMA aan, voornamelijk in de eerste lijn.

Tussen 2012 en 2015 is het gebruik van PRISMA in de eerste lijn geëvalueerd door middel van een implementatiestudie. In dit artikel bespreken we de resultaten. Hoe is PRISMA door zorggroepen geïmplementeerd? Wat zijn de succes- en faalfactoren?

Over PRISMA

Het diabetesteam van het VU medisch centrum volgde in 2006 de DESMOND-training in Engeland. Zij vertaalden DESMOND naar het Nederlands: PRo-actieve Interdisciplinair Self-Managementeducatie, kortweg PRISMA. Vervolgens maakten zij het programma bruikbaar voor de eerste en tweede lijn, voor nieuw gediagnosticeerde patiënten en mensen die al langer diabetes hebben.

PRISMA hanteert de filosofie en methodiek van DESMOND. Alle dagelijkse beslissingen die van invloed zijn op de uitkomsten van de behandeling neemt de patiënt zelf. Voorwaarden hiervoor zijn kennis, het ontdekken van de eigen mogelijkheden, interne motivatie, in staat zijn een eigen actieplan met concrete doelstellingen op te stellen en te evalueren. PRISMA geeft net als DESMOND invulling aan deze voorwaarden door 2 maal 3,5 uur educatie, gegeven door 2 diabeteshulpverleners aan zo'n 8-10 patiënten.

Al vrij snel na de start van PRISMA in het VUmc bleken ook andere instellingen behoefte te hebben aan een evidence based en praktisch uitvoerbaar DZME. Het VUmc is daarom in 2007 zorggroepen, eerstelijnsgroepspraktijken en poliklinieken gaan trainen. Alle getrainde instellingen hebben zelf gezocht naar oplossingen om PRISMA te financieren, coördineren en in te bedden in de bestaande zorgstructuur. Hieronder beschrijven we de succes- en faalfactoren

die naar voren kwamen uit de PRISMA implementatiestudie.

Draagvlak huisartsenpraktijken

De verandering van één op één educatie tijdens het consult naar interdisciplinaire gestructureerde groepseducatie gericht op zelfmanagement, gaat iedereen in de huisartsenpraktijk aan. Hoe groter het draagvlak binnen de praktijk, hoe groter de kans op succes.

Huisartsenpraktijken of groepspraktijken die zelf starten met PRISMA blijken dit te doen uit onvrede over de bestaande gang van zaken. Hierdoor is er al behoefte aan verandering en lijkt het makkelijker om draagvlak te creëren.

Als een zorggroep PRISMA gaat aanbieden is die behoefte er niet altijd. Voor er draagvlak kan ontstaan, moeten de zorgverleners weten wat PRISMA is en wat het de praktijk kan brengen.

educatie bij diabetes niet vanzelfsprekend

Gestructureerde zelfmanagementeducatie geeft mensen met diabetes type 2 informatie en vaardigheden om zelf weloverwogen keuzes te kunnen maken. (Foto: VUmc)

DRAAGVLAK

Bevorderende factoren

+ Kaderarts/huisarts bij train-de-trainer-cursus, zelf trainer
+ Ambassadeurs voor PRISMA bij de verschillende beroepsgroepen
+ Workshops voor niet PRISMA trainers
+ Meekijken van niet PRISMA trainers (huisartsen, POH)
+ Beleid over hoe PRISMA te vervolgen in de spreekkamer

Remmende factoren

– Kaderarts/huisarts ziet nut niet in
– Geen steun bij management zorggroep
– Praktijkondersteuners niet overtuigd, zien PRISMA als een bedreiging
– Huisartsen hebben onvoldoende inzicht in wat PRISMA is en patiënt kan brengen

Financiering

Het verkrijgen van financiering is een kritische succesfactor voor het programma. De financiering van PRISMA bestaat uit twee delen: de financiering van de opstartfase en de kostprijs per patiënt die de cursus volgt. De belangrijkste kosten in de opstartfase zijn het inkopen van de train-de-trainercursus en de te maken uren/kosten die nodig zijn om de cursus te draaien. Het aantal uren is afhankelijk van de opzet: het aantal cursussen, de manier waarop bekendheid en draagvlak wordt gecreëerd bij betrokkenen en patiënten, de cursuslocatie en materialen. Het aantal uren dat hiervoor nodig is en het aantal trainers dat wordt opgeleid bepalen de prijs van de opstartfase.

De kostprijs per deelnemer hangt af van de tijdsinvestering van de trainers en de coördinator en het uurloon van deze personen. Daarnaast zijn er vaste kosten per cursus, zoals zaalhuur, catering, drukwerk en andere benodigde materialen. Op basis van de ervaring van zeven eerstelijnsinstellingen is een gemiddelde kostprijs berekend. Uitgaand van een uurtarief van 55 euro en gemiddeld acht deelnemers per groep bedraagt deze 190 euro per deelnemer.

VERKRIJGEN FINANCIERING

Bevorderende factoren

+ Enthousiasme bij zorggroep/management
+ Inzicht in de kostprijs
+ Aandacht voor zelfmanagement
+ Aanspraak maken op GEZ-gelden
+ Pilotgelden voor zorginnovatie

Remmende factoren

– Het niet structurele karakter van de financiering, kost veel moeite en inspanning
– Geen volle groepen maakt overtuigen van zorgverzekeraar moeilijker
– Te hoge kostprijs rekenen
– Te lage kostprijs rekenen

Coördinatie

Naast het creëren van draagvlak en de financiering zijn er praktische voorwaarden voor het succesvol geven van PRISMA. Om deze te realiseren, is een coördinator nodig. De coördinator zorgt er onder meer voor dat er trainers zijn, voldoende patiënten die deelnemen, een locatie, materialen, drukwerk en dat iedereen weet waar en hoe laat hij wordt verwacht.
De samenstelling van de groep hangt samen met de manier waarop DZME wordt aangeboden. Bij behoefte vanuit de patiënt zelf (uitnodigingsbrief), aan mensen die er medische gezien het meeste aan hebben (werving door

PRISMA wordt verder doorontwikkeld, onder meer met een online platform voor deelnemers en aanvullende materialen voor in de spreekkamer

Het VUmc organiseert terugkomdagen voor PRISMA-trainers en actualiseert het materiaal. (Foto: VUmc)

POH) en/of aan alle nieuw gediagnosticeerden (protocollaire doorverwijzing). De keuze is aan de zorggroep of de praktijk.

UITVOERING

Bevorderende factoren

+ Organisatietalent coördinator
+ Enthousiasme coördinator
+ Goede communicatie door coördinator met alle betrokkenen
+ Combinatie van werving via brief en in de spreekkamer
+ Meer dan 500 diabetespatiënten
+ Eigen ruimte

Remmende factoren

– Minder dan 500 diabetespatiënten
– Externe coördinator kan het te duur maken
– Afhankelijkheid van POH voor werving
– Te weinig actieve trainers
– Gebrekkige communicatie tussen alle betrokkenen

Kwaliteitsborging

De kwaliteit van PRISMA is geborgd door de combinatie van de train-de-trainercursus met een observatie in de eigen praktijk. Het VUmc houdt contact met de instellingen die PRISMA geven. Het levert updates van materialen, organiseert terugkomdagen voor trainers, initieert onderzoek en innovatie en fungeert als aanspreekpunt. PRISMA wordt verder doorontwikkeld, onder meer met een online platform voor deelnemers[9] en aanvullende materialen voor in de spreekkamer. Ook wordt de methodiek beschikbaar gemaakt voor andere doelgroepen, zoals mensen met een verhoogd risico op hart en vaatziekten (CVRM).

Conclusie

Ondanks de richtlijnen wordt DZME nog niet structureel gefinancierd en aangeboden aan mensen met diabetes type 2. PRISMA, de Nederlandse variant van DESMOND, wordt op ruim 30 plekken aangeboden. Een combinatie van bevorderende factoren op het gebied van draagvlak, financiering, coördinatie en centrale kwaliteitsborging lijkt bij te dragen aan een succesvolle implementatie van PRISMA. Enthousiasme is een belangrijke factor op alle vier gebieden. Wanneer enthousiasme wordt gecombineerd met voldoende patiënten, beschikbare trainers, een passende wervingsmethode, een sterke coördinator met organisatietalent en draagvlak bij de verwijzer, lijkt er altijd wel een manier om PRISMA financieel mogelijk te maken. Structurele financiering zou het proces van implementatie wel gemakkelijker maken en PRISMA op grotere schaal mogelijk maken. **<<**

Meer informatie:
www.prisma-diabetes.nl
prisma@vumc.nl

Suzanne Bader,
projectleider PRISMA bij VUmc

Een overzicht van de literatuurverwijzingen vindt u op http://prisma-diabetes.nl/zorg/de-eerstelijns/