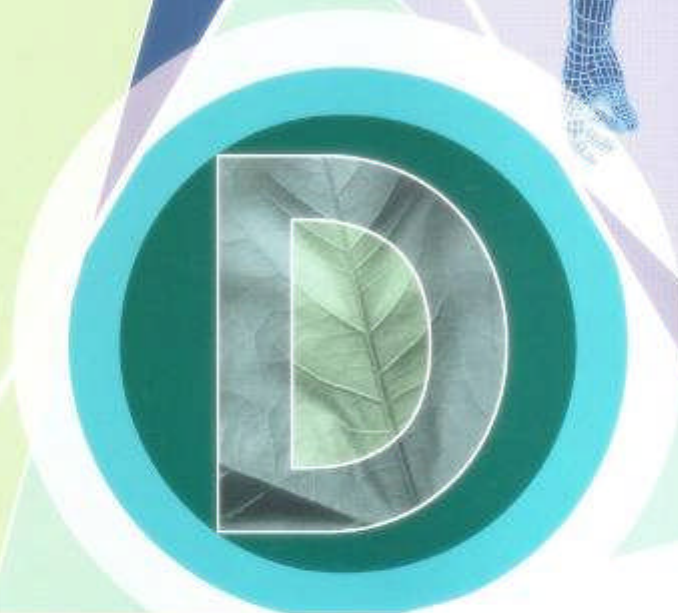


PROJECTENBUNDEL

VLAANDEREN

OKTOBER 2005



Eerste diabetessymposium

SAMEN TE LIJF



Wetenschappelijke Vereniging
van Vlaamse Huisartsen vzw



VLAAMSE
DIABETES
VERENIGING vzw



Primary Care
Diabetes Europe

Verantwoordelijke uitgever: WVVH, Jos De Smedt, Sint Hubertusstraat 58, 2600 Berchem



Deze bundel is verschenen naar aanleiding van het symposium Diabetes Samen te lijf van 15 oktober 2005 te Antwerpen.

Wetenschappelijk comité: Rik Baeten, Ivan Bertels, Hilde Bastiaens, Roseline Debaille, Annick Dermine, Geert Goderis, Frank Nobels, Patricia Sunaert, Erika Vanhauwaert, Johan Wens (congresvoorzitter)

Een organisatie van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen vzw (WVVH) onder auspiciën van de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) vzw en Primary Care Diabetes Europe ivzw in samenwerking met de Vlaamse Universiteiten, het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) en de Ondersteuningscel Logo's (OCL).

Met dank aan Abbott, Albatros Printing, Bayer Belgium, Eli-Lilly Benelux, Glaxo-Smith Kline, Lifescan Benelux, Novo Nordisk, de Onafhankelijke Ziekenfondsen, OTC Pharma, Pfizer, Roche Diagnostics en Sanofi-Aventis voor hun steun bij de realisatie van het symposium en deze bundel.



Diagnostics



DIABETES SAMEN TE LIJF

PROJECTENBUNDEL

VLAANDEREN OKTOBER 2005

Inhoud:

Inleiding.....	6
DEEL 1:.....	8
1. Het Diabetesproject Vlaanderen	8
2. RIZIV Deelproject Leuven	11
3. RIZIV Deelproject Aalst.....	17
4. IKED project.....	22
DEEL 2.....	28
1. Epidemiologie - screening - opsporing.....	28
1.1. Epidemiologie, klinische presentatie en biologische merkers van diabetes (<40 jaar): opsporen van etiologische factoren en risicopersonen voor preventiestudies	28
1.2. 'DIABETEST' Diabetesopsporing en sensibilisering.....	31
1.3. 'DIABETEST' Een project van Koninklijke Limburgse Apothekersvereniging met ondersteuning door de Limburgse LOGO's	32
1.4. Gezond eten, even zweten, minder kans op diabetes.....	34
1.5. Regionaal sensibiliseringsproject: week over diabetes. Vierjaarlijks project.....	36
1.6. Diabetesplatform: opsporing van diabetes. Een programma voor de vroegtijdige opsporing van diabetes gekoppeld aan leefstijladviezen	37
1.7. Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure.....	39
1.8. Opsporingscampagne diabetes Type 2 in gemeente Olen en Balen (najaar 2000) - Logo Zuiderkempem	41
1.9. Diabetesscreening bij symptoomloze hoogrisico patiënten in de huisartsenpraktijk.....	43
1.10. Hoe verloopt de registratie van risicofactoren en het opnemen in de planning (EMD) in onze praktijk? Kunnen we deze verbeteren?.....	45
2. Niet-medicamenteuze behandeling.....	46
2.1. Groepseducatie i.v.m. voeding en beweging.....	46
2.2. Integratie van van het ABC concept 'motivatie tot gezonder gedrag' in ziektepreventie-initiatieven van hulpverleners	48
2.3. Multidisciplinaire diabetesraadpleging (MDR) in de eerste lijn (Asse)	50
2.4. Diabetes in beweging	52
2.5. Stimuleren tot meer beweging	54
2.6. Visueel voedings-educatiepakket voor allochtonen met type 2 diabetes.....	55
2.7. Wat eet een diabeet? Voeding voor mensen met diabetes type 2.....	57
2.8. Rookstop bij diabetespatiënten.....	59
2.9. Feestelijk koken voor diabetici.....	60
2.10. Kookatelier: slaatjes en dipsausjes.....	61
2.11. Vegetarisch koken	62
2.12. Groepseducatie	63
2.13. Gezond aperitieven voor diabetici	64
2.14. Diabetesplatform: omgaan met diabetes	65
2.15. Kookcursus 'gezonde voeding' voor kansarmen	67
2.16. Aan tafel 'Fruit of friet'.....	69
2.17. Preventie van diabetes door gezonde voeding.....	71
3. Medicamenteuze behandeling	73
3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht).....	73
3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	75
3.3. Insuline-opstart in de eerste lijn: evaluatie van model 'gedeelde zorg'	77
3.4. Insulinestart bij type 2 diabetes: een medische en organisatorische uitdaging	79
3.5. Maximale aanpak van type 2 patiënten overeenkomstig de WVVH aanbeveling	81
3.6. Clinical trials in primary healthcare networking.....	83

4. Complicaties	85
4.1. Hoe ziek zijn type 2 diabetici in de huisartsenpraktijk?	85
4.2. Voetproblemen: zelfzorg of doorverwijzing naar de arts?	86
4.3. Arteriële hypertensie bij diabetes type 2 patiënten	87
4.6. Diabetes en hypertensie	93
4.7. Een basis-EKG en het oftalmologisch nazicht bij type 2 diabetes patiënten	95
4.8. Perifeer arterieel vaatlijden en diabetes: partners in crime	97
4.9. Voetcontrole bij diabetes	99
4.10. Voetverzorging en medische pedicure bij diabeten	100
4.11. Micro-albuminurie en type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk	101
4.12. Diabetes mellitus type 2 en nierlijden	103
4.13. Titratie op basis van filtratie	105
5. Globale kwaliteitszorg	107
5.1. 'Bottom-up' ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	107
5.2. Diabetes Management in Antwerpen ('DiaMAnt'): een transmuraal klinisch pad	109
5.3. Diabetessprekuren in multidisciplinaire groepspraktijk	111
5.4. Diabetes ingebed in de eerste lijn	112
5.5. Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	114
5.6. Lijnoverschrijdende kwaliteitszorg voor type 2 diabetes	115
5.7. Samenkomst huisartsenkring	116
5.8. Diabeteszorg, samen sterk	117
5.9. Opleiding in de eerste lijn	118
5.10. Diabetes zorgpad met optimale allocatie van middelen en kennis	119
5.11. Groepsconsultatie voor diabetespatiënten	120
5.12. Individuele zelfzorgeducatie voor diabetes type 2 patiënten in de eerste lijn	122
5.13. HbA1c waarden bij RTV patiënten	124
5.14. Van standaard tot praktijkrichtlijn	125
5.16. Zaaltoer voor diabetespatiënten	129
5.17. Algemene informatiemap voor type 2 diabeten	131
5.18. Personeelseducatie: juist gebruik van glucosemeter en insulinepen in het ziekenhuis	132
5.19. Opvolging van de diabetespatiënt en betere communicatie met de andere hulpverleners via het EMD	133
5.20. Glycemiecontrole in de praktijk	135
5.21. Follow-up bij diabetes mellitus type 2	136
5.22. Praktijkconsensus diabetes type 2	137
5.23. Een betere zorgaanpak in de huisartsenpraktijk	139
5.24. Kwaliteitsverbetering van de opvolging van de diabeteszorg	141
5.25. Farmaceutische zorg: mogelijkheden in de Belgische apotheek voor diabetestype 2 patiënten	143
5.26. Kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde op basis van registratie van praktijkgegevens: diabetes type 2	145
5.27. Actualisatie van het bestaande standaardverpleegplan diabetes	147
5.28. Huisartsen evalueren zelf hun medische praktijk	149
5.29. Follow-up van diabetes door de huisarts	150
5.30. Diabetes Mellitus type 2: alles registreren valt niet mee	151
5.31. Gebeurt de opvolging van diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk volgens de richtlijn?	153
5.32. Optimalisatie van de follow-up m.b.v. een diabetesfiche	155
5.33. Opvolging van patiënten met diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk	156
5.34. Beter regelen van type 2 diabetes bij Marokkaanse patiënten	157
5.35. Diabetes, je staat er niet alleen voor	158
5.36. Educatie binnen het klinisch pad voor gehospitaliseerde diabetespatiënten	159

5.37. Groepseducatie aan conventiepatiënten	161
Auteursregister.....	165
Disciplineregister.....	170

Inleiding

Beste diabetesvrienden,

Voor u ligt de projectenbundel samengesteld door het wetenschappelijk comité van het WVVH/VDV-symposium 'Diabetes samen te lijf'. De realisatie van een dergelijke bundeling van diabetesprojecten vult vast en zeker een leemte. Want in Vlaanderen gebeurt heel wat op vlak van kwaliteitsverbetering van diabeteszorg. Helaas wordt dit niet altijd zichtbaar gemaakt. Bovendien zijn vele partners betrokken in de zorg aan mensen met diabetes: naast huisartsen, ook apothekers, verpleegkundigen, diëtisten, podologen, bejaardenhelpers, en endocrinologen-diabetologen, cardiologen, oftalmologen, neurologen, nefrologen... Vaak weten we niet van elkaar waarmee we bezig zijn en welke originele kwaliteitsprojecten er worden opgezet. Daaraan wilden we iets doen... We zijn daarom erg verheugd u deze 'lijvige' projectenbundel te kunnen aanbieden. Niet minder dan 85 (recent) afgeronde, lopende of geplande Vlaamse kwaliteitsbevorderende diabetesprojecten zijn hierin samengebracht.

Een eerste deel bevat de 'grote' projecten, waarvan het 'Diabetesproject Vlaanderen' het eerst aan bod komt. Dit samenwerkingsproject tussen WVVH en VDV ontstond uit de SintVincentverklaring (10-12 oktober 1989). Hiermee engageerden de Europese leiders zich om meer middelen ter beschikking te stellen om het diabetesprobleem substantieel aan te pakken. In Vlaanderen leidde dit aanvankelijk (1997) tot de 'Interdisciplinaire consensus voor de opsporing en behandeling van diabetes type 2 in Vlaanderen' (een aanbeveling 'avant la lettre') en vijf LOK-pakketten. Later kwamen er nog een vijftal LOK-pakketten bij. Hieruit groeide het 'Nationaal Project Diabetische voet' en het 'RIZIV zorgvernieuwingsproject diabetes' met de diabetespas.

We vermelden in het eerste deel eveneens het RIZIV-dubbelproject, dat momenteel in de regio's Leuven en Aalst loopt met een grootschalig experiment: nieuwe vormen van samenwerking worden er binnen het bestaande zorgmodel uitgeprobeerd en geëvalueerd. Resultaten hiervan worden verwacht in 2007. Ook het uit de conventiecentra gegroeide IKED-project (Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes) kan wellicht inspirerend werken voor een gelijkaardig kwaliteitsinitiatief in de eerste lijn.

In een tweede deel van deze bundel brengen we alle andere ingediende projecten samen, gegroepeerd in vijf hoofdstukken:

- ◆ epidemiologie - screening - opsporing
- ◆ niet-medicamenteuze behandeling
- ◆ medicamenteuze behandeling
- ◆ complicaties
- ◆ globale kwaliteitsbevordering

Het bundelen van deze verschillende projecten in een overzichtelijk geheel bleek geen eenvoudige klus: soms dreigde overlapping en moesten er moeilijke keuzes worden gemaakt. Bij de indeling hebben we ons vooral laten leiden door het thema van het symposium: 'Diabetes samen te lijf'. Daarom kreeg samenwerking ook voorrang. Lijnoverschrijdende samenwerkingsprojecten staan in elk hoofdstuk vooraan, gevolgd door projecten die de samenwerking binnen de eerste of de tweede lijn stimuleren. Een ander criterium voor de indeling was de tijdslijn van het project. Afgeronde projecten met resultaten, staan vóór de lopende of geplande projecten.

Sommige projecten werden door verschillende partners van hetzelfde project (dubbel) ingediend. Toch werd beslist de verschillende teksten in onze bundel op te nemen. Het perspectief van de verschillende auteurs kan immers verrijkend zijn.

Enkele projecten horen in feite thuis in verschillende hoofdstukken. We opteerden ervoor om het te plaatsen daar waar het project het meest aansluit bij andere gelijkaardige projecten.

Deze bundel bevat een gezonde 'mix' van grote en kleine projecten binnen elk hoofdstuk. Mij treft vooral:

- ◆ de openheid van de tweede lijn om hun engagementen in deze projectenbundel kenbaar te maken. Het is wellicht een uitnodiging om nog nadrukkelijker te streven naar constructieve samenwerking met de geïstitutionaliseerde conventiecentra;
- ◆ de aanwezigheid van de andere disciplines in de eerste lijn: apothekers, verpleegkundigen, diëtisten, ...die steeds de hand uitsteken naar de huisarts voor interdisciplinaire samenwerking;
- ◆ de originaliteit van verschillende ziekenfondsen die met kwaliteitsbevorderende initiatieven hun leden trachten te responsabiliseren tot meer gezond gedrag;
- ◆ de rijkdom aan originele projecten op vlak van leefstijlbenaderingen. Eens ze gedetecteerd zijn, kunnen diabetespatiënten gezond aperitieven, feestelijk en vegetarisch koken, kiezen tussen fruit of friet met slaatjes en dipsausjes, ...;
- ◆ de gevarieerdheid aan (kleinschalige) praktijkprojecten die HIBO's hebben ingediend. Het is een duidelijk signaal dat in elke huisartsenpraktijk plaats is voor kwaliteitszorg;
- ◆ de gulheid van de privé-partners uit de farmaceutische - en de voedingsindustrie, waardoor mogelijkheden worden gecreëerd voor een groter publiek;
- ◆ de veelheid aan projecten die met eigen middelen gebeuren. Dit betekent dat de kwaliteit van geleverde zorgen voor vele zorgverleners belangrijker is dan het financiële gewin dat ertegenover staat.

Ondanks alle boeiende en positieve signalen, is de strijd tegen diabetes echter nog niet gewonnen. Een initiatief als dit kan misschien helpen om geïnteresseerde partners met elkaar in contact te brengen, de krachten te bundelen, nieuwe moed en energie te vinden om de strijd verder aan te gaan. Dit is trouwens wat we samen in dit diabetessymposium trachten te realiseren.

Antwerpen, 15 oktober 2005

Mede namens het voltallige wetenschappelijke comité

Dr. Johan Wens, voorzitter

DEEL 1:

1. Het Diabetesproject Vlaanderen

project van de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) en de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) ter bevordering van de kwaliteit van de diabeteszorg in de eerste lijn.

Motivering

Hoewel de behandelingsmogelijkheden van type 2 diabetes sterk verbeterd zijn, blijft de aandoening veel complicaties veroorzaken, die zowel de levenskwaliteit als -kwantiteit verminderen. Om de prognose te verbeteren is een brede aanpak nodig, met tijdige diagnose, correctie van hyperglycemie, aanpak van cardiovasculaire risicofactoren, vroegtijdige detectie en behandeling van complicaties, en psycho-sociale begeleiding van de patiënt.

Een dergelijke aanpak vraagt een grote inzet en expertise van de huisarts. Deze moet niet alleen een grondige kennis hebben over de medische aspecten (diagnose, therapie, opsporen en behandelen van complicaties, enz.), maar ook over de psychologische en sociale implicaties van de aandoening. Begeleiding van diabetespatiënten vergt een goede beheersing van educatie- en motivatietechnieken. Bovendien komen bij chronische begeleiding van diabetespatiënten ook een aantal organisatorische aspecten kijken, vb. aanpassing van het medisch dossier om doelgeoriënteerde raadpleging en lange termijn-planning mogelijk te maken, vb. organisatie van efficiënte samenwerking met andere zorgverleners (thuisverpleegkundige, diëtist, internist, enz.)

Doelstellingen en doelgroep

Doelstellingen

Het 'Diabetes Project Vlaanderen' heeft als ambitieus opzet om al deze aspecten van de diabeteszorg te bevorderen. Hiertoe werd een methode van deskundigheidsbevordering ontwikkeld met een interactief lessenpakket bestaande uit meerdere modules, die - elk op zich - verschillende aspecten van de diabeteszorg belichten.

Doelgroep

Het project richt zich in de eerste plaats naar de huisarts, die de zorgen voor patiënten met type 2 diabetes coordineert. De andere partners van de eerste en tweede lijn (paramedici, apothekers, diabetoloog) worden waar nodig betrokken.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Er werden verschillende opleidingsmodules ontwikkeld. Ze werden opgesteld door een team van huisartsen en internist-diabetologen, verbonden aan VDV, WVVH en VHI. Waar nodig werden ook paramedici ingeschakeld. De modules werden in pilootfase doorlopen met een groep van 30 huisartsen in de regio Aalst. Bij het opmaken van de definitieve versies werd rekening gehouden met de ervaringen, die tijdens deze sessies werden opgedaan en met de kritische opmerkingen van deze collega's.

Elke module levert het scenario voor een 2 uur durende interactieve bijscholingsessie over een bepaald aspect van de diabeteszorg. De sessies worden voorbereid en gemodereerd door één of twee huisartsen en een internist-diabetoloog, en waar nodig een verpleegkundige of diëtist. Omdat actieve inbreng van de deelnemers wordt verwacht, worden de groepen beperkt tot 15 á 20 deelnemers. Lok-groepen zijn dan ook ideaal voor deze interactieve vorm van bijscholing.

Alle onderdelen van de diabeteszorg, zowel de strikt medische, als de psychologische en sociale implicaties komen aan bod. Er werden aparte modules over educatie en motivatie van

patiënten opgesteld. Bovendien werd ervoor gezorgd dat de interactieve educatietechnieken, die tijdens de sessies gebruikt worden, ook toepasbaar zijn bij patiënten, zodat als spin-off van deze sessies de deelnemer ook inzicht krijgt in technieken van communicatie en educatie. De organisatie van de zorgen, een belangrijk aspect van de gezondheidszorg, waarover vaak geen bijscholing wordt gegeven, komt in deze modules ruim aan bod. Vaak staat of valt goede begeleiding van de patiënt namelijk met adequate organisatie van de opvolging, van de manier van samenwerking met andere zorgenverstrekkers, enz.

Elke module is een op zichzelf staand pakket, dat afzonderlijk kan gebruikt worden. De volgorde van de modules is dus niet bindend.

Gerealiseerde materialen

Er werden tot nu toe [7 modules](#) ontwikkeld over de volgende onderwerpen:

module 1: vroegtijdige diagnose van type 2 diabetes.

De doelstellingen van deze module zijn:

- ♦ het bevorderen van de vroegtijdige diagnose van type 2 diabetes: wie screenen (wat zijn de risicofactoren), hoe screenen (welke testen en hoe interpreteren)
- ♦ het bevorderen van het juiste gebruik van glucosemeters (kwaliteitscontrole)

module 2: voeding bij type 2 diabetes.

De doelstellingen van deze module zijn:

- ♦ benadrukken van het belang van voedingsmaatregelen bij de behandeling van type 2 diabetes (voedingsaanpassing = basisbehandeling van type 2 diabetes)
- ♦ inzicht verschaffen in de huidige principes van diabetesvoeding
- ♦ bevorderen van een betere praktische organisatie van educatie over voeding: nadenken over educatietechnieken, over de taken en mogelijkheden van huisartsen bij voedingsadvies, en over wanneer en hoe samenwerken met een diëtiste

module 3: starten van hypoglycemiërende therapie bij type 2 diabetes.

De doelstellingen van deze module zijn huisartsen meer vertrouwd maken met:

- ♦ het werken met behandelingsdoelen bij type 2 diabetes
- ♦ het stapsgewijze instellen van de therapie bij type 2 diabetes
- ♦ dosering, indicaties, contra-indicaties en moeilijkheden bij het gebruik van orale antidiabetica
- ♦ andere therapeutische aandachtspunten (o.a. cardiovasculaire risicofactoren)

module 4: organisatie van follow-up.

De doelstellingen van deze module zijn:

- ♦ inzicht verschaffen in de uit te voeren controles en onderzoeken bij diabetespatiënten, zowel naar inhoud als naar frequentie
- ♦ aanreiken van een aantal methodieken die kunnen helpen om het uitvoeren van deze controles en onderzoeken te bewaken

module 5: motivatie van patiënt en zorgenverstrekker.

De doelstellingen van deze module zijn:

- ♦ inzicht verwerven in de elementen die motiverend en demotiverend kunnen werken
- ♦ begrijpen dat dezelfde factoren rond motivatie zowel in de maatschappij in het algemeen als in de diabeteszorg toepasselijk zijn
- ♦ inzien dat motivatie evenzeer nodig is voor de zorgenverstrekker als voor de persoon met diabetes

module 6: diabetische voet.

De doelstellingen van deze module zijn:

- ♦ inzicht verschaffen in de fysiopathologie van voetproblemen bij diabetes
- ♦ bevorderen van de preventie van diabetische voetwonden: hoe patiënten met een verhoogd risico detecteren; welke preventieve maatregelen nemen, hoe preventie organiseren in de eerste lijn.
- ♦ bevorderen van correcte verwijzing in geval van voetwonden bij diabetespatiënten

module 7: zorgvernieuwingsproject met diabetespas.

De doelstellingen van deze module zijn:

- ♦ inzicht verschaffen in de huidige aanpak van type 2 diabetes met aandacht voor glycemie, cardiovasculaire risicofactoren en vroegtijdige detectie van complicaties
- ♦ informatie geven over het hoe en waarom van het 'zorgvernieuwingsproject diabetes'
- ♦ leren werken met de diabetespas

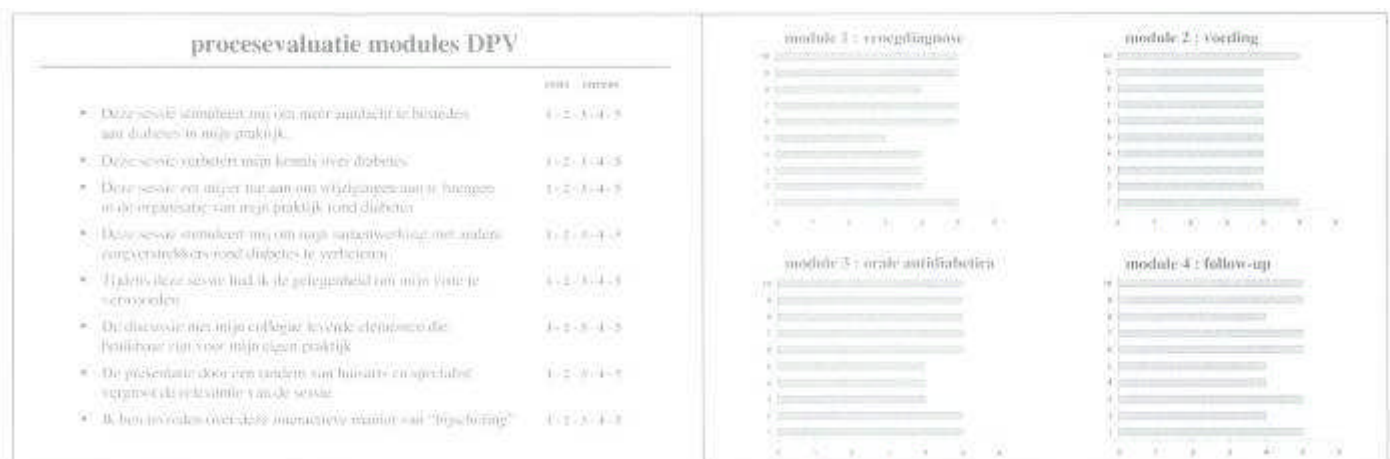
Zijn er al resultaten van het project?

Het project is gestart in 1994 met het opmaken van de '[VDV-WVH consensus over type 2 diabetes](#)'. De verschillende modules dienden initieel als implementatie-instrument bij het verspreiden van deze consensus in 1997. Onder stimulans van de commissie 'diabetische voet' van de VDV werd in 2001 een module ontwikkeld die kaderde in een grote sensibilisatie- en opleidingscampagne over diabetische voet. De laatste module over het gebruik van de diabetespas werd in 2003 verspreid naar aanleiding van de introductie van het 'zorgvernieuwingsproject met diabetespas' dat er kwam op initiatief van het RIZIV Comité 'Chronische ziekten'. Het project loopt nog steeds. Zo nodig zullen, afhankelijk van de evoluties in de diabeteszorg, in de toekomst bijkomende modules worden ontwikkeld.

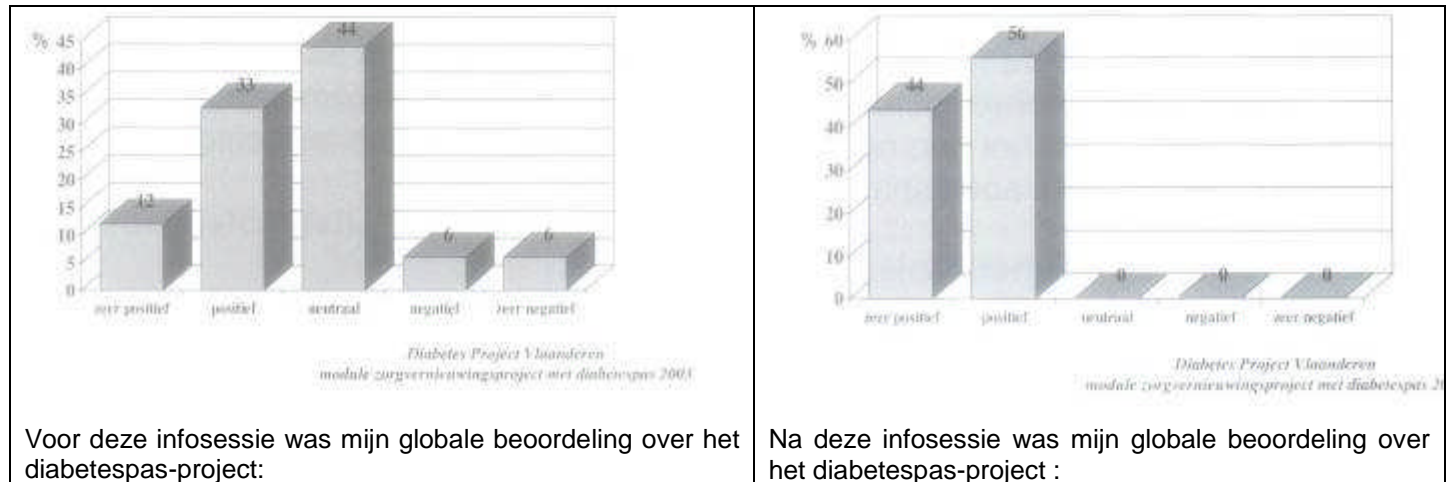
VDV en WVH hebben vanaf het begin in 1997, 2001 en 2003 huisartsen- en internist moderatoren opgeleid, om de sessies te begeleiden. Ondertussen hebben honderden huisartsen, in hun LOK-groepen, modules van Diabetes Project Vlaanderen gevolgd. De tevredenheid van de deelnemers is zeer groot (zie figuur 1). De modules hebben een duidelijke impact op de visie van de deelnemers op de diabeteszorg (voorbeeld: zie figuur 2).

Momenteel zijn modules 6 (diabetische voet) en 7 (zorgvernieuwingsproject met diabetespas) nog verkrijgbaar via het secretariaat van de VDV (Ottergemsesteenweg 456, 9000 Gent, tel. 09/220 05 20; kostprijs voor verzending €5).

Figuur 1 : enquête over de modules bij de deelnemers



Figuur 2 : effect van de opleidingssessie over het diabetespas-project op de visie van de deelnemers op dit project.



Contactgegevens coördinatoren van DPV

Naam:	Dr. Frank Nobels
Organisatie:	coördinator professionele zuil Vlaamse Diabetes Vereniging
Adres:	dienst endocrinologie O.L.Vrouwziekenhuis Aalst, Moorselbaan 164, 9300 Aalst
Postcode/plaats:	9300 Aalst
Tel.	053 72 44 88
E-mail:	frank.nobels@olvz-aalst.be
Website:	www.diabetes-vdv.be

Naam:	Dr. Johan Wens
Organisatie:	coördinator diabetes WVVH St. Hubertusstraat 58
Adres:	St. Hubertusstraat 58
Postcode/plaats:	2600 Berchem
Tel.	03 281 16 16
E-mail:	johan.wens@ua.ac.be
Website:	www.wvvh.be

2. RIZIV Deelproject Leuven

Doelstelling en doelgroep:

De doelstelling van het Diabetes Project Leuven (DPL) is nagaan of het ten uitvoer brengen van een 'Quality Improvement Program' of 'Serviceprogramma' in een huisartsenpopulatie een effect heeft op de kwaliteit van diabeteszorg. Het project wordt gefinancierd door het RIZIV, in het kader van KB 22 mei 2001 met betrekking tot zorgverlening, gecoördineerd door huisartsen. Het project gebeurt in samenwerking met de lokale Huisartsenkringen. Het kreeg de goedkeuring van de Ethische Commissie van de faculteit geneeskunde van de KU Leuven voor de noodzakelijke ethische en deontologische aspecten van de onderzoeksmethodologie.

De Onderzoeksvragen kunnen als volgt gesteld worden:

1. Leidt de implementatie van een serviceprogramma voor huisartsen tot een significante verbetering in de intermediaire gezondheidsparameters bij de patiënt? Primaire effectmaten zijn HbA1c, Totaal Cholesterol en Systolische Bloeddruk.
2. Leidt de implementatie van een serviceprogramma voor huisartsen tot een relevante en significante verbetering in het proceshandelen van de huisarts?
3. Wat is de vereiste kost van het serviceprogramma en hoe verhoudt die kost zich tot de opgeleverde gezondheidswinst?
4. Slaagt de implementatie van een serviceprogramma voor huisartsen erin de knelpunten inzake diabeteszorg in hoofde van de huisartsen weg te werken?
5. Wat is de invloed van het serviceprogramma voor huisartsen op de door hun patiënten ervaren kwaliteit van de geleverde diabeteszorg en hun subjectief beoordeelde levenskwaliteit?

De doelgroep van deze studie wordt gevormd door de huisartsen.

Motivering en knelpunten:

Type 2 DM is een frequent gezondheidsprobleem met stijgende incidentie en prevalentie. Een huisarts met een gemiddelde praktijkgrootte van 1500 patiënten zal 3 à 4 nieuwe patiënten per jaar opsporen en staat in voor de chronische zorgverlening van ongeveer 35 type 2 DM patiënten.

Diabetes is een ernstige aandoening die een langdurige follow-up vereist. Niet optimaal behandelde diabetes mellitus leidt tot ernstige complicaties door micro- en macroangiopathie. Er bestaan voor de aandoening gevalideerde aanbevelingen gebaseerd op studies die aantonen dat een intense, multifactoriële behandeling complicaties op lange termijn kunnen voorkomen en een gunstige invloed hebben op de prognose. De aanbevelingen zijn echter door de complexiteit van de aandoening moeilijk vertaalbaar naar de praktijk. Zo zijn er 13 therapeutische doelstellingen na te streven, alleen al wat het onderdeel cardiovasculaire risicopreventie betreft. Daarnaast moeten nog verschillende andere biologische parameters (serumcreatinine, albuminurie) nagekeken worden. Verschillende klinische tekenen zoals paresthesieën, ongevoeligheid (monofilament test), retinopathie (fundoscopie) dienen vroegtijdig opgespoord te worden. In principe dient één keer per jaar een ECG genomen te worden en moeten de patiënten gevaccineerd worden tegen griep. Verschillende parameters dienen om de drie maanden nagekeken te worden, andere één maal per jaar. De therapeutische doelstellingen evolueren tevens doorheen de tijd. De voorbije jaren is de opvatting duidelijk onderbouwd dat type 2 diabetespatiënten personen zijn met een hoog cardiovasculair risico. De huisarts wordt beschouwd als de centrale spil in de totale behandeling van type 2 DM. De huisarts kan zich laten bijstaan door complementaire professionele hulpverleners zoals internisten, oogartsen, endocrinologen, cardiologen, verpleegkundigen, diëtisten, gezondheidspsychologen en podologen indien de behandelingsdoelstellingen niet of moeilijk worden bereikt. Multidisciplinair zorgmanagement moet doorheen protocollair handelen en taakafspraken binnen het kader van een regionale zorgorganisatie opgebouwd worden. Dit zijn nieuwe evoluties in de basisgezondheidszorg.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Het behandelingsprotocol.

Het behandelingsprotocol werd in de voorbereidende fase uitgewerkt en uitgeschreven. Het is gebaseerd op nationale en internationale aanbevelingen die via overleg tussen lokale huisartsen en specialisten tot een 'lokale' consensus werden omgevormd. Bepaalde keuzes werden na overleg met huisartsen en specialisten vastgelegd, zoals het toedienen van statines aan (bijna) alle type 2 diabetespatiënten. Het behandelingsprotocol beslaat drie luiken. Het eerste luik betreft vroegtijdige opsporing van diabetespatiënten. Het tweede luik betreft diabetisch- en cardiovasculair

risicobeheer en het derde luik heeft betrekking op het vroegtijdig opsporen en behandelen van complicaties.

De aanbevelingen werden omgezet tot een reeks van 13 grafische fiches die gemakkelijk bruikbaar zijn in een huisartsenpraktijk. De fiches zijn onderdeel van een projectmap die ter beschikking werd gesteld aan alle huisartsen. De fiches werden in een centrale opleidingssessie uitvoerig besproken.

Implementatie van het behandelingsprotocol door middel van een serviceprogramma.

Het Diabetesproject Leuven wil het behandelingsprotocol niet alleen verspreiden, maar ook actief implementeren door middel van een multifaceted 'Quality Improvement Program'. Het programma dat wordt opgevat als een 'serviceprogramma' aan huisartsen, voorziet in een centrale sturing van de huisarts in zijn aanpak van diabetespatiënten. Het stelt de huisarts aan als ankerpersoon die het opvolgen van en streven naar de therapeutische doelstellingen voor zijn eigen type 2 diabetespatiënten in handen neemt. De huisarts neemt een intentie-engagement om de zorg zo optimaal mogelijk uit te bouwen. Eens dit engagement genomen is, worden doelstellingen niet meer verplicht noch beoordeeld, er wordt alleen maar steun gegeven om ze te helpen bereiken. Het fundamentele uitgangspunt is het vertrouwen dat de huisartsen de nodige kennis en vaardigheden hebben om dit complexe management correct te verrichten. Eens dit verzekerd is, is er vooral structurele en logistieke ondersteuning nodig. Het zorgprogramma werd door een 'centrale' ploeg voorbereid, en uitgevoerd in nauwe samenspraak en samenwerking met de lokale huisartsenorganisaties. Ook andere beroepsorganisaties en verantwoordelijken binnen de 1ste, 2de en 3de lijn werden nauw bij de organisatie betrokken.

Het 'service-programma' is 'multifaceted' opgebouwd en kenmerkt zich door 5 basispeilers.

1. Een multidimensioneel navormingsprogramma met bijhorende projectmap
2. (Geïndividualiseerde) feed-back over de toepassing van het behandelingsprotocol
3. Het diabetes steunteam in het Medisch Centrum voor Huisartsen op twee locaties
4. Het regionale kwaliteitsevaluatieteam met de diabetes programma-manager
5. De financiële vergoeding en ondersteunende hulpmiddelen

Om wetenschappelijke verwerking achteraf mogelijk te maken wordt een gerandomiseerde groep huisartsen, de A groep, veel intenser ondersteund dan de R groep die volledig op eigen initiatief de steunmaatregelen aanspreekt.

Het 'serviceprogramma' start met de organisatie van een uitgebreid navormingsprogramma waarbinnen elke huisarts-deelnemer een praktische en aantrekkelijke projectmap krijgt aangeboden. In deze projectmap worden de diverse aspecten van de behandeling en follow-up gedocumenteerd. Het betreft het behandelingsprotocol zélf, evenals de principes van samenwerking met andere disciplines (shared care) en patiënt-gericht handelen. De eerste navorming wordt aangevuld met nog twee bijkomende navormingen gericht op het leren opstarten van insuline bij type 2 diabetespatiënten en het leren omgaan met gedragsveranderingen volgens het conceptuele model van Prochaska & Di Clemente. De totale doorlooptijd voor de verschillende onderdelen van het navormingsprogramma bedraagt drie dagen, gespreid over één jaar.

Nadat de huisartsen de eerste navorming hebben gevolgd passen zij het behandelingsprotocol toe in de praktijk gedurende vier maanden en registreren in dit kader een aantal belangrijke parameters voor wetenschappelijke verwerking (HbA1 C, totaal cholesterol, bloeddruk, BMI,...). De geregistreerde gegevens worden bij de huisartsen thuis opgehaald en statistisch verwerkt. Op vaste tijdstippen wordt er vervolgens aan de huisartsen feed-back gegeven over deze parameters. De feed-back gebeurt schriftelijk en elektronisch en wordt gekoppeld aan een telefonische bevraging. Enerzijds worden de gemiddelde waarden van elke huisarts gepositioneerd tegenover

de waarden van de gehele groep huisartsen ('benchmarking'). Anderzijds krijgen de huisartsen ook feedback over de waarden van hun individuele patiënten. In het kader van de feed-back wordt aan de huisartsen gevraagd of in geval van het niet bereiken van de therapeutische doelstellingen de inschakeling van andere hulpverleners kan worden overwogen. De derde component van het serviceprogramma betreft een multidisciplinair diabetes steunteam. De huisartsen kunnen vrij gebruik maken van dit team dat is ingebed binnen de Medische Centra voor Huisartsen (M.C.H's) van Leuven en WezembeekOppem. De huisarts kan zijn patiënt verwijzen naar deze teams of er beroep op doen voor louter telefonisch advies.

De diabetes steunteams bestaan uit internisten, oftalmologen, dieetdeskundigen, een gezondheidspycholoog en diabeteseducatoren. De diabeteseducatoren bieden zowel educatie aan binnen het MCH, doch kunnen ook worden ingeschakeld binnen de praktijk van de huisarts of bij de patiënt aan huis. De huisarts heeft bij verwijzing naar de diabeteseducator ook glucometers en sticks ter beschikking.

Om een vlotte samenwerking tussen de huisarts en het diabetes steunteam te waarborgen zijn er protocollaire afspraken gemaakt inzake spelregels m.b.t. interne verwijzing, de verslaggeving naar de huisartsen, de betrokkenheid van huisartsen bij teamvergaderingen en de globale responstijd van het team op vragen van de huisarts. Het diabetes steunteam wordt maandelijks geëvalueerd op basis van vooraf besproken performantie-indicatoren. Ook andere hulpverleners worden bij het serviceprogramma betrokken. Er werd een samenwerkingsverband geformaliseerd tussen het diabetes steunteam en de conventieteams van de Universitaire Ziekenhuizen Gasthuisberg en het Heilig Hart ziekenhuis. De verschillende teams komen om de 2 maanden samen in het kader van patiëntenbesprekingen en uitwisseling van informatie.

Ook de apothekers worden bij het programma betrokken: zij leveren de huisartsen gegevens over de consumptie van diabetesmedicatie door de patiënten en geven aldus informatie over hun compliantiegedrag.

Het gehele programma, de verkregen resultaten en de samenwerking tussen de verschillende disciplines worden op regelmatige basis geëvalueerd door een regionaal kwaliteitsevaluatieteam, met daarin vertegenwoordigers van alle betrokken disciplines. Dit regionale kwaliteitsevaluatieteam vormt de vierde peiler binnen het serviceprogramma. De hoofdtaak van dit team is de kwaliteit van de diabeteszorg op te volgen binnen de regio waar het serviceprogramma wordt uitgevoerd. Het regionale kwaliteitsevaluatieteam wordt aangestuurd door de 'diabetes-programmamanager'. Deze laatste staat in voor welomschreven onderdelen van het totale management van de diabeteszorg in de betrokken regio en wordt in de toekomst idealiter structureel ingebed binnen de huisartsenkringen.

Als vijfde en laatste component van het serviceprogramma worden de huisartsen financieel vergoed voor het documenteren van de diabeteszorg die zij leveren en de oplevering van data. De huisarts heeft ook ondersteunende hulpmiddelen ter beschikking zoals een monofilament, 'stappentellers' voor hun patiënten, een sociale kaart en een projectposter voor hun wachtkamer. De huisartsen hebben tevens een 0800-nummer ter beschikking voor al hun vragen alsook een up-to-date website (www.diabetesproject.be) waar alle relevante informatie over het serviceprogramma teruggevonden kan worden. Deze hulpmiddelen behoren allemaal tot het concept van het serviceprogramma.

Gedurende het ganse verloop van de implementatie van het serviceprogramma worden de huisartsen minimaal tweewekelijks aangesproken via e-mail en/of telefonisch om hen te informeren

en te motiveren m.b.t. relevante onderdelen van het serviceprogramma. Een gerichte en intensieve communicatiestrategie is dan ook een essentieel onderdeel van het totale serviceprogramma.

Het onderzoeksdesign

De doelstellingen van het project vereisen een design dat op een wetenschappelijke wijze de resultaten van het serviceprogramma analyseerbaar maakt. Er werd gekozen voor een open 'Cluster Randomised Trial' om het probleem van bias te minimaliseren. Het 'Clustered' design wordt gebruikt omdat de randomisatie gebeurt op praktijk (artsen)niveau terwijl een groot deel van de analyses gebeuren op patiënniveau. De patiënten kunnen echter niet beschouwd worden als onafhankelijke, statistische eenheden, maar hangen als 'clusters' om de artsen. Voor de uitwerking en uitvoering van het design werd rekening gehouden met de methodologische vereisten zoals opgelegd door de 'Consort checklist voor Cluster Randomised Trials'.

In een vooraf welomschreven regio rond de stad Leuven werden tijdens de maanden september tot december 2004, 142 huisartsen gerecruteerd op een totale huisartsenpopulatie van 379 potentiële kandidaten. Recruitering gebeurde volledig op basis van vrijwilligheid. De opdrachtgever vereiste een minimum quotum van één derde van het totale aantal huisartsen. Dit quotum werd ruimschoots behaald. Alle 142 gerecruteerde huisartsen werden tijdens de maand januari 2005 geïnformeerd en bijgeschoold, in een strikt geprogrammeerde zaterdagvoormiddagsessie, zodat de basisinformatie voor iedereen gelijk beschikbaar was. Dit moment werd ook als startdag voor de inclusie van patiënten (TO) beschouwd.

Het engagement met de huisartsen omvatte het inbrengen van al hun gekende diabetespatiënten, zonder voorafgaande selectie. Labolijsten van alle patiënten met een verhoogde glycemie tijdens de voorbije 5 jaren werden aan de huisartsen meegegeven om de inclusie te vergemakkelijken en volledigheid te verzekeren. Ook nieuw ontdekte diabetespatiënten konden ingevoerd worden. De inclusieperiode voor patiënten was voorzien vanaf TO tot en met 31 juli 2005. Aan de huisartsen werd gevraagd een set van parameters te registreren tijdens het eerste bezoek van de patiënt na de navormingsdag. Op die manier werd een set van 'TO' gegevens verkregen. Afzonderlijk dienden ze ook de parameters van het voorafgaande jaar in te voeren. Die gegevens worden vergeleken met de gegevens die bekomen worden tijdens de 'uitlooperperiode' ('Ti') van het project (april tot en met juni 2006), wat een follow-up periode van in totaal twee tot twee en een half jaar kan garanderen.

De eenheid van randomisatie is de praktijk. Het betreft een gestratificeerde randomisatie met de praktijkgrootte en het al dan niet beschikken over een software programma als stratificatievariabelen. Eens de voltallige groep van huisartsen gerecruteerd, werden ze onderverdeeld in een A-groep en een R-groep (zie verder).

De te onderzoeken interventie (serviceprogramma A-groep versus serviceprogramma R-groep) gebeurt op het niveau van de huisartsen.

Vermits beide groepen een actieve interventie aangeboden krijgen, zij het van verschillende intensiteit, en vermits beide groepen in een zelfde regio werkzaam zijn (met contaminatie tussen beide groepen als gevolg), hebben we besloten om de resultaten ook nog eens te vergelijken met een externe controlegroep die de gangbare 'usual care' krijgt. We voorzien twee potentiële controlegroepen. Enerzijds is in het project een 'vergelijkende regio' voorzien, waarin data worden opgevolgd zonder dat interventies worden gedaan. Een tweede controlegroep betreft de artsen van het INTEGRO register, dat sinds 10 jaar wordt bijgehouden. De belangrijkste parameters van de bijhorende diabetespatiënten zullen in dezelfde periode (januari 2005 - juni 2006) geregistreerd worden.

De primaire effectmaat is een samengesteld eindpunt op het niveau van de patiënt: een 10 % vermindering in HbA1c of in Totaal Cholesterol of in Systolische Bloeddruk bij de diabetespatiënten die op TO (baseline) een verhoogde waarde vertonen: HbA1c > 7,8 % ; Totaal Cholesterol > 200 mg/dl; Systolische Bloeddruk > 145 mm Hg. Secundaire effectmaten zijn de mediane waarden van een reeks parameters (patiëntenniveau) en het aantal patiënten dat de therapeutische doelstellingen behaalt (patiëntenniveau). Ook een reeks procesparameters, dit zijn parameters die betrekking hebben op de handelingen die de huisartsen uitvoeren, worden onderzocht. Als belangrijkste procesparameters weerhouden we de frequentie van meting van HbA1c en bloeddruk, oogfundusonderzoek en voetonderzoek. Het gebruik van het diabetes steunteam door patiënten en huisartsen maakt deel uit van een apart 'spin off' onderzoek. Tenslotte worden ook de houding van de huisartsen tegenover het behandelingsprotocol, shared, patiënt gericht handelen en feedback door middel van vragenlijsten nagegaan in het begin (TO) en op het einde (T1) van het onderzoek.

Op het einde van het onderzoek zal een bevraging gebeuren bij de patiënten uit beide groepen met betrekking tot de levenskwaliteit (dmv de vragenlijst SF12) en de subjectief ervaren kwaliteit van de zorgverstrekking (d.m.v. de QUOTE vragenlijst).

De eenheid van onderzoek en analyse is in principe de huisarts. Statistische Analyse gebeurt in SAS door het UCS (Universitair Centrum voor Statistiek), volgens de geëigende multilevel technieken.

Zijn er al resultaten van het project?

De huisartsen hebben ongeveer zes maanden tijd, van begin januari tot 31 juli 2005 om hun patiënten in te brengen en de basisgegevens te registreren. De 'baseline data' worden verwerkt in september 2005. De interventie op huisartsenniveau is van start gegaan met het navormingsprogramma in januari en februari 2005. De huisartsen hebben een uitgebreide navorming gekregen over het behandelingsprotocol. Dit wil zeggen dat de baselinedata' bij de patiënten verzameld moet worden in de periode net voor tot en met het eerste doktersbezoek na de startdag waarop de arts aanwezig was. We kunnen er immers van uit gaan dat de weerslag van de interventie op artsenniveau zich laat voelen op patiëntenniveau net na het 1° doktersbezoek na die bewuste startdag. De operationele fase van het project loopt tot en met juni 2006. De 'einddata' worden geregistreerd in de periode april en juni 2006. De statistische verwerking wordt verwacht tegen september 2006.

Gerealiseerde materialen:

- ◆ De projectmap met de behandelingsfiches.
- ◆ Een poster voor de wachtzaal van de deelnemende huisartsen.
- ◆ Een diabetes registratie module voor het EMD (Health One) op basis van een concept dat toepasbaar is voor alle EMD's.
- ◆ De deelnemende huisartsen en hun patiënten hebben glucometers (indien opstarten van insuline), stappentellers en monofilamenten ter beschikking.
- ◆ Een patiëntenbrochure met informatie over type 2 diabetes dat door de huisartsen aan de patiënten gegeven kan worden.
- ◆ Een registratiedocument (op papier), een registratieprogramma (ACCESS) en een statistisch verwerkingsprogramma (SAS) dat feedback levert aan de huisartsen (op papier en virtueel in adobe).

Contactgegevens

Naam:	Dr. Geert Goderis
-------	-------------------

Organisatie:	ACHG
Adres:	Kapucijnevoer 33, Blok J
Postcode/plaats:	3000 Leuven
Tel.:	+32 16 337468 of +32 16 332824
E-mail:	geert.uoderis@skynet.be ; Geert.Goderis@med.kuleuven.be
Website:	www.diabetesproject.be

3. RIZIV Deelproject Aalst

'DIABETES, SAMEN KUNNEN WE MEER'

Ontwikkeling en implementatie van

- ◆ een model van gedeelde zorg voor diabetes type 2.
- ◆ een regionaal interdisciplinair zorgprotocol en zelfzorgeducatie in de eerste lijn voor mensen met diabetes type 2.

Omkadering en motivatie

Het aanpassen van de gezondheidszorg aan de behoeften van de ouder wordende bevolking is een belangrijke uitdaging voor de toekomst. De behandeling en de opvolging van een toenemend aantal chronische zieken zal een steeds grotere tijdsinvestering vragen en zal dus veel geld kosten. De bestaande gezondheidszorg moet zich daar op voorbereiden. Door optimalisering van de zorgverlening moet de kost beheersbaar blijven.

De overheid onderkent het belang van de optimalisatie van de zorgverlening voor chronische aandoeningen. Ze stimuleert in dat kader tijdelijke en experimentele projecten van geïntegreerde en gedeelde zorgverlening ('shared care') voor chronische aandoeningen, onder verantwoordelijkheid van huisartsen. (KB 22.06.2001).

Diabetes type 2 is één van de belangrijke chronische aandoeningen. Ongeveer 5 % van de Westerse bevolking heeft dit probleem en het aantal stijgt nog. ¹ In België werd een jaarlijkse incidentie voor type 2 diabetes berekend van 231 patiënten per 100.000 inwoners. Dit komt neer op 23492 nieuwe type 2 diabetespatiënten in België per jaar. ²

De aandoening heeft belangrijke implicaties voor de individuele patiënt en heeft ook algemene gezondheidseconomische gevolgen. In Europa worden de kosten voor de behandeling van diabetes en de complicaties ervan geraamd op 3 tot 6 % op het totaal van budget gezondheidszorg. ^{3,4}

Internationale studies hebben aangetoond dat strikte opvolging en behandeling van diabetes een gunstige invloed hebben op de prognose. ^{5,6,7}

Vroegtijdige opsporing van de ziekte en een adequate medische begeleiding na diagnose vraagt een grote inzet en speciale expertise van elke betrokken zorgverlener. Kwaliteitsvolle en kosteneffectieve diabeteszorg vereist tevens een efficiënte samenwerking tussen verschillende zorgverleners ('shared care'). Hiertoe zijn sluitende samenwerkingsafspraken noodzakelijk tussen alle betrokken zorgverleners én met de patiënt. ⁸

Begeleiding van diabetespatiënten vergt bovendien een aangepaste attitude, waarbij een persoonlijke interactie met de patiënt centraal staat. Aangezien 'genezing' niet meer kan, dienen de doelen en prioriteiten van de behandeling bij elke patiënt individueel te worden bepaald. Inspraak

en medewerking van de patiënt zijn daarbij onontbeerlijk. Via aangepaste educatie dient de patiënt gestimuleerd te worden om eigen verantwoordelijkheid te nemen bij de behandeling door aanpassing van zijn levensstijl en zelfopvolging van zijn ziekte ('patient empowerment').^{9,10}

De huisarts die deze zorgen coordineert, en alle andere betrokken zorgverleners, hebben dus geen gemakkelijke taak.

- ◆ Zij moeten de nodige kennis blijven behouden om deskundig om te springen met het brede arsenaal van behandelingsmogelijkheden in dit snel evoluerend terrein.
- ◆ Zij maken deel uit van de zorgequipe rond één patiënt en moeten oog hebben voor de taakverdeling en communicatie binnen deze equipe.
- ◆ Het is ook voor de patiënt niet evident om na zijn contacten met al deze deskundigen, het overzicht te behouden. Alle zorgverleners hebben hierbij een belangrijke motiverende en ondersteunende rol.
- ◆ Een dergelijke chronische begeleiding vraagt heel wat organisatie, overleg, uitleg.

Met al deze moeilijkheden wordt rekening gehouden in het Diabetes Project Aalst (DPA). Het DPA is een interuniversitair project, gefinancierd door het RIZIV in het kader van bovengenoemd KB.

Het heeft als doel om in overleg met de reguliere zorgverleners een model van gedeelde zorg te ontwikkelen voor diabetes type 2 waarbij de patiënt actief bij zijn zorg betrokken wordt.

Het project wordt uitgevoerd door de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen, de Vakgroep Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent in samenwerking met de Huisartsenkring van Aalst en het Samenwerkingsinitiatief voor Thuiszorg Aalst (SIT).

De interventie is gericht op de hele regio. Alle mensen met diabetes type 2 uit Aalst (Aalst, Gijsegem, Hofstade, Herdersem, Moorsel, Baardegem, Meldert, Ereembodegem en Nieuwerkerken) (of 9300, 9308, 9301, 9320) en de zorgverleners betrokken bij de zorg voor deze mensen vormen de doelgroep van het project.

Methode - Opbouw van het project

Op niveau van de regio werd een complexe interventie uitgewerkt, bestaande uit 2 peilers:

- ◆ Bottom up ontwikkeling en implementatie van een regionaal interdisciplinair zorgprotocol
- ◆ Ontwikkeling en implementatie van zelfzorgeducatie in de eerste lijn

De ontwerpaanbeveling voor goede medische praktijkvoering ivm diabetes type 2 werd als leidraad gebruikt in de opbouw van de interventie.¹¹

Een belangrijke bouwsteen van de interventie is de regionale sensibilisatie. Via mediacampagnes, contacten met lokale organisaties en bezoeken van individuele zorgverleners wordt het project in de regio kenbaar gemaakt.

De uitdaging bestond erin om een nieuw model van gedeelde zorg op te zetten dat kan functioneren binnen de bestaande zorgstructuren. Het project is dan ook zo opgevat dat het bestaande initiatieven (regionale en nationale) coordineert. Het gebruik van de diabetespas en de samenwerking met referentieverpleegkundigen wordt gestimuleerd.

Daarnaast is extra ondersteuning van de patiënten en zorgverleners binnen de regio voorzien

Hiervoor zijn op het niveau van het Lokaal Samenwerkingsinitiatief Thuiszorg (SIT) een zorgcoördinator en 2 diabeteseducatoren toegevoegd. Ze werken vanuit een centrum gelokaliseerd in de regio.

De zorgcoördinator werkt vooral op regioniveau en staat in voor het begeleiden van de ontwikkeling en implementatie van het interdisciplinair zorgprotocol. Verder verzorgt de coördinator de feedback over de kwaliteit van zorg naar de regio en onderhoudt hij/zij contacten met bestaande organisaties betrokken bij diabeteszorg. Samen met de educatoren werkt de zorgcoördinator ook een regionale sensibilisatiecampagne uit.

De diabeteseducatoren staan vooral in voor de individuele contacten: educaties, contacten met individuele huisartsen en andere zorgverleners in het kader van de zorg voor een bepaalde patiënt. Evaluatie van het project gebeurt op basis van registratie van patiëntengegevens door huisartsen, patiëntenvragenlijsten en gegevens uit bestaande databanken (laboratoria, mutualiteiten).

Regionaal Interdisciplinair zorgprotocol

Een model van gedeelde zorg is gebaseerd op duidelijke taak- en werkafspraken tussen verschillende zorgverleners.

De ontwikkeling van het protocol diende daarom te vertrekken vanuit de ervaringen van de zorgverleners in de regio: apothekers, diëtisten, podologen, verpleegkundigen, verzorgenden, huisartsen en specialisten. Volgende procedure werd gevolgd:

- ◆ Schriftelijke bevraging van individuele zorgverleners i.v.m. huidige taakverdeling, knelpunten en noden in de regio
- ◆ Bespreking van de knelpunten in intradisciplinaire werkgroepen
- ◆ Bundeling knelpunten en adviezen en bespreking in interdisciplinaire werkgroep
- ◆ Consensus wordt vastgelegd in een regionaal interdisciplinair zorgprotocol

Uiteindelijk dient implementatie in de regio te gebeuren. De zorgcoördinator neemt deze taak op zich.

Zelfzorgeducatie voor patiënten in de eerste lijn

Ondersteunen van de patiënt kan op verschillende manieren. Er werd in eerste instantie gekozen voor 2 benaderingen: individuele educatie en groepseducatie. Beide programma's vertrekken vanuit de empowerment filosofie en hebben als doel patiënten te ondersteunen en begeleiden bij de manier waarop zij zelf met hun diabetes omgaan.

Op vraag van de regio kunnen samen andere vormen van educatie en begeleiding uitgewerkt worden.

Individueel

De inhoud van het educatieprogramma werd uitgewerkt door de diabeteseducatoren in samenwerking met lokale zorgverleners.

Mensen met diabetes type 2 kunnen op verwijzing van hun huisarts terecht bij een diabetes-educator voor individuele zelfzorgeducatie.

Het basispakket bestaat uit 3 sessies (1 u + 2 keer 1/2 uur) waarin naast kennisoverdracht en het aanleren van vaardigheden ook motivatie en psychosociale adaptatie aan het leven met diabetes belangrijke aandachtspunten zijn. Er is steeds ruimte om in te gaan op individuele vragen van de persoon met diabetes zelf.

Het programma kan afhankelijk van de patiënt ingekort of uitgebreid worden. Deze educatie is kosteloos voor de patiënten in het kader van het DiabetesProject Aalst.

In groep

Het draaiboek voor de groepseducaties werd ontwikkeld op basis van voorbeelden uit de literatuur. Dit gebeurde door een team van mensen: educator, arts, bewegingsconsulenten, diëtiste en psychologen.

Patiënten worden op twee manieren benaderd. Enerzijds wordt groepseducatie aangeboden aan mensen die al individuele educatie kregen (1 tot 5 sessies) in het kader van het DPA. Anderzijds worden enkele geïnteresseerde huisartspraktijken aangesproken. Zij stimuleren hun diabetespatiënten om groepseducatie te volgen.

Er wordt gestreefd naar groepen van 6 tot 10 personen. Begeleiding van de groepen gebeurt door de diabeteseducator. Deze wordt bijgestaan door een bewegingsconsulent, een diëtiste en een psychologe.

Patiënten die al individuele educatie volgden, wonen 5 groepssessies van 2 uren bij om de 2 weken. Drie maanden na de laatste sessie, is er een herhalingsbijeenkomst.

Patiënten in de praktijkgebonden educatie, krijgen één intakesessie waarin ook het basis-educatiepakket wordt doorgenomen vóór de start van de groepseducatie.

De specifieke bedoeling van de groepseducaties is mensen te ondersteunen tot gedragsverandering op het vlak van voeding en beweging door hen te coachen in het inventariseren van hun huidig gedrag (met voor- en nadelen), het stellen van doelen en het uitwerken en uitvoeren van een concreet plan (en mogelijke problemen en oplossingen) om deze doelen te bereiken. Informatie over voeding, beweging en diabetes wordt aangereikt.

Inventariseren van mogelijke steun (in eigen kring maar ook in de omgeving) is ook een belangrijk aandachtspunt.

Tijdsverloop

Het project verloopt in 3 fasen:

Vorbereidingsfase (juli 2003 - juni 2004)

Implementatie (juli 2004 - juni 2006)

Rapporteringfase (juli 2006 - juni 2007)

Resultaten: status van het project na één jaar

Onder het motto 'Samen kunnen we meer' ging het DiabetesProject Aalst in oktober 2004 van start op een officieel persmoment waarop alle zorgverleners in de regio uitgenodigd waren.

Een lokale campagne via affiches, ruim verspreide folders en regionale media bouwde hierop verder.

De gekozen regio telt 77000 inwoners waarvan waarschijnlijk een 2400 mensen met diabetes type 2.

Het interdisciplinair zorgprotocol ligt op tafel. Tussen september 2004 en april 2005 vonden de intra- en interdisciplinaire vergaderingen plaats. Het regionaal interdisciplinair zorg-protocol werd verspreid in juni 2005.

De voornaamste aandachtspunten in dit protocol zijn: taak- en werkafspraken over voeding, medicatiebewaking, preventie van risicovoeten en aanpak van voetwonden. Daarnaast zijn adviezen in verband met verwijscriteria en informatiedoorstroming tussen de verschillende zorgverleners opgenomen.

De implementatie gebeurt op dit moment en wordt begeleid door de zorgcoördinator.

Er werd gestart met individuele educaties in oktober 2004.

Ruim één derde (n=36) van de huisartsen uit de regio verwees tot nu toe patiënten voor educatie. Momenteel kregen 104 patiënten educatie. Gemiddelde leeftijd van deze groep is 65 jaar de helft zijn mannen en één vierde is alleenstaand. Het aantal sessies per patiënt schommelt tussen één en vijf. Implementatie van een educatieprogramma voor diabetes type 2 patiënten in de eerste lijn lijkt haalbaar. De eerste reacties van de deelnemers, de educatoren en huisartsen zijn positief.

In juni 2005 werd ook de groepseducatie rond voeding en beweging opgestart.

Eén groep (10 diabetespatiënten) heeft de vijf basissessies afgerond. De reacties van de deelnemers zijn positief en ze wensen dat de groepseducaties verder gezet worden in de regio voor andere mensen met diabetes type 2.

De opkomst per sessie was goed. Mensen die niet konden aanwezig zijn verwittigden op voorhand en kregen een verslag van de inhoud van de sessie en de opdracht voor de volgende sessie.

De meeste deelnemers startten de groepseducatie om steun, motivatie te zoeken en om van anderen te leren.

Momenteel zijn er voldoende deelnemers om een tweede groep op te starten (september 2005).

Op vraag van de regio werden nog twee educatieprojecten uitgewerkt en uitgevoerd: specifieke educatie i.v.m. insuline opstart en educatie in een RVT.

Patiënten kunnen bij het opstarten van insuline op verwijzing van de huisarts in het centrum van het DPA terecht voor educatie en zelfcontrole materiaal. Patiënten die gedurende minstens 6 maanden een HbA1c van meer dan 7,5 % en minder dan 10 % hadden en op maximale orale therapie staan, komen hiervoor in aanmerking. Ze krijgen educatie over het nut van insulinetherapie, zelfcontrole, dieet, hypoglycemie, injectietechnieken en plaatsingen. Het aanbod is gratis voor de duur van het project. De verwijzende huisarts blijft de coordinator van de zorg.

Een interdisciplinair protocol met taak- en werksafspraken voor insuline-opstart in de eerste lijn werd ontwikkeld. Er is telefonische ondersteuning vanuit de tweede lijn voorzien. Enkele huisartsen en specialisten uit de regio werkten samen ook een opleidingsmodule insuline-opstart uit.

Op vraag van een RVT werden daar 2 educatiemiddagen voor het personeel georganiseerd met de onderwerpen diabetische voet, diabetes en de diëtiste, opvolging van een diabetespatiënt en voorlichting over medicatie. Het educatieprogramma werd uitgewerkt door de diabeteseducatoren in samenwerking met de CRA arts.

Afsluitende beschouwing

Ondanks uitgebreid en herhaaldelijk informeren van zorgverleners via verschillende kanalen en een lokale sensibilisatiecampagne is het niet eenvoudig een regio te motiveren en mobiliseren. Dit kost veel tijd, veel overleg en veel persoonlijke contacten. Van groot belang is het brengen van heldere boodschappen en stellen van concrete vragen.

Een behoorlijke groep enthousiaste mensen uit de verschillende disciplines werkte mee aan het tot stand komen van het interdisciplinair zorgprotocol. De werkelijke implementatie van dit protocol in de regio met de toepassing van de inhoud door alle zorgverleners zal nog de nodige inspanningen vragen van de zorgcoördinator en de vertegenwoordigers van de verschillende disciplines.

Opstarten van gestructureerde zelfzorgeducatie in de eerste lijn is een hele uitdaging. Tot nu bestond naast de referentieverpleegkundigen diabetes geen educatiepakket in de eerste lijn. Het uitgangspunt van educatie van mensen met diabetes is ondersteuning bieden bij het zo goed

mogelijk omgaan met hun probleem. Samen met regionale zorgverleners en externe deskundigen werd vanuit die filosofie een educatiepakket uitgewerkt.

De verwijzingen voor individuele educatie zijn traag op gang gekomen. Zowel huisartsen als patiënten moeten de mogelijkheden leren kennen en vertrouwen krijgen in de (samen)werking. Hetzelfde geldt voor het opstarten van insuline in de eerste lijn.

Het aanbod van groepseducaties is enthousiast onthaald en de reacties op de eerste reeks zijn positief. De inhoud moet nu verfijnd worden en aan meerdere groepen aangeboden worden.

Referenties

1. Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabetic Medicine* 1997; 14(Suppl 5): S1-85.
2. Wens J, Van Casteren V, Vermeire E, Van Royen P, Pas L, Denekens J. Diagnosis and treatment of type 2 diabetes in three Belgian regions. Registration via a network of Sentinel general practices. *Eur J Epidemiol* 2001;17(8):743-50.
3. Jonsson B. Revealing the cost of type 2 diabetes in Europe. *Diabetologia* 2002;45(7):S5-S12.
4. Williams R, Van Gaal L, Lucioni C. Assessing the impact of complications on the costs of Type II diabetes. *Diabetologia* 2002;45:S13-17.
5. Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Influence of intensive diabetes treatment on quality-of-life outcomes in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care* 1996;19(3):195-203.
6. UK Prospective Diabetes Study Group. UKPDS 33. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998;352:837-53.
7. UK Prospective Diabetes Study Group. UKPDS 34. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998;352:854-65.
8. Smith S, Bury G, O'Leary M et al. The North Dublin randomised controlled trial of structured diabetes shared care. *Fam Pract* 2004;21:39-45.
9. Funnell M, Anderson B, Arnold M, Barr P, Donnely M, Johnsons P. Empowerment, an idea whose time has come in diabetes education. *Diabet Educ* 1991;17:37-41.
- 10 Anderson R, Funnell M, Carlson A, Saleh-statin N, Cradock S, Skinner T. Facilitating Self-care through empowerment. *Psychology in diabetes care* 2000. 69-97.
- 11 Wens J, Van Royen P, Bastiaens H, Sunaert P, Feyen L, Nobels F, Van Crombrugge P. WVVH Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering 'Diabetes Mellitus type 2'. In druk.

Contactgegevens

Naam:	Hilde Bastiaens
Organisatie:	Centrum voor Huisartsgeneeskunde - Universiteit Antwerpen
Adres:	Universiteitsplein 1
Postcode/plaats:	2610 Wilrijk
Tel.	03/820.25.29
E-mail:	Hilde.bastiaens@ua.ac.be
Website:	http://www.zorgtrajectenaalst.be/diabetes/

4. IKED project

Doelstelling en doelgroep

De doelgroep

De IKED-deelnemers zijn de multidisciplinaire diabetescentra die een overeenkomst hebben afgesloten met het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering (RIZIV), namelijk de centra die deel uitmaken van de zogenaamde Diabetesconventie.

De patiënten ingesloten in de conventie zijn type 1 en type 2 diabetici die behandeld worden met minimum 2 insuline-injecties per dag en regelmatig zelfcontrolemetingen uitvoeren.

Doelstellingen

1. De Belgische multidisciplinaire diabetescentra die deel uitmaken van de Diabetes-conventie ondersteunen bij de evaluatie en de verbetering van de kwaliteit van zorg door middel van datacollectie en feedback.
2. Advies uitbrengen aan het RIZIV over de diabeteszorg in het algemeen en meer in het bijzonder over de Diabetesconventie.

Motivering en knelpunten

Motivering

IKED vormt het eerste grootschalige gestructureerde programma van kwaliteitsevaluatie en -bevordering bij diabetes dat in België werd opgezet. Het project werd gestart in 2001 op vraag van het RIZIV om de diabetesconventie te evalueren en om een werkmiddel aan te bieden aan het multidisciplinaire diabetesteam om de kwaliteit van zorg te evalueren en te verbeteren.

Knelpunten

Deelname aan de studie is verplicht. Een groot aantal patiëntgegevens moet op korte tijd worden verzameld. Dit heeft een grote impact op de werkdruk. Om hieraan te verhelpen werd de frequentie van de datacollectie reeds verlaagd (om de 18 maanden i.p.v. om de 12 maanden). Verder moet een nieuw invoerprogramma zorgen voor een gemakkelijker registratie van de gegevens.

De verplichte deelname kan bovendien aanleiding geven tot minder betrouwbare gegevens zeker wanneer bij de centra de indruk bestaat dat het gaat om een controlemechanisme van het RIZIV. Het is echter bekend dat een vrijwillige deelname nefast zou zijn voor de grootte van de steekproef. Bovendien heeft IKED niet als doel de centra te beoordelen noch te bestraffen. De gegevens worden dan ook nooit nominatum doorgegeven aan het RIZIV, wat een belangrijk gegeven is in deze studie. Omwille van de neutraliteit werd het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) gekozen als organiserende instantie.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

De studie wordt uitgevoerd op het WIV, dat instaat voor de organisatie van de datacollectie, de analyse van de gegevens, de feedback en de rapportering naar het RIZIV toe.

Voor de datacollectie werd tot op heden gebruik gemaakt van het DiabCare'-protocol, een bestaand internationaal software protocol ontwikkeld door de Internationale Diabetes Federatie (IDF) en de Wereld GezondheidsOrganisatie (WGO). Dit systeem biedt de mogelijkheid gegevens te verzamelen van een grote set indicatoren die relevant zijn voor de diabeteszorg: algemene patiëntgegevens, verloop van zwangerschappen, zelfcontrole, educatie, cardiovasculair risicoprofiel, micro- en macrovasculaire complicaties, behandeling en enkele procesindicatoren. Bovendien laat het programma een onmiddellijke lokale analyse toe.

Per datacollectie (sinds 2002 om de 18 maanden) dient elk centrum de gegevens van 10 % van het aantal conventiepatiënten met een minimum van 50 patiënten te verzamelen gedurende een periode van 2 maanden. Deze korte periode voor de uitvoering van de datacollectie heeft als doel een zo realistisch mogelijk beeld te verkrijgen van de diabeteszorg. Een langere periode houdt immers het risico in dat de patiënten die dienen ingesloten te worden in de steekproef een 'voorkeursbehandeling' zouden genieten.

De centra ontvangen na elke datacollectie een feedback. Initieel werd enkel de DiabCare®-feedback gebruikt (benchmarks). In een latere fase (vanaf 2002) werd de manier van rapporteren aan de centra aangepast, rekening houdend met de wensen en noden van de centra. De nieuwe feedback is gebruiksvriendelijker en houdt meer rekening met de actuele richtlijnen. Ze omvat

benchmarks, radargrafieken en percentielijsten en laat toe meer informatie uit de datacollectie ter beschikking te stellen voor kwaliteitsbevordering.

De gepoolde resultaten van elke datacollectie worden gepubliceerd in een rapport. Na elke datacollectie volgt ook een informatievergadering waar de resultaten worden besproken en waar de centra ook meer worden betrokken bij de methodologie van de studie en bij andere aspecten van de diabeteszorg (bijv. externe kwaliteitscontrole voor HbA1c-bepaling in de Belgische laboratoria).

Verder wordt ook gepeild naar de perceptie van de centra over de IKED-studie (nut, implicaties voor werkdruk) en naar de initiatieven die worden genomen op centrumniveau om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Zijn er al resultaten van het project?

Algemene beschrijving van de IKED-populatie

De IKED-studie heeft reeds drie edities doorlopen en de resultaten werden telkens beschreven in een rapport waarvan de referenties verderop worden vermeld.

De IKED-steekproef bevat gemiddeld 7000 à 8000 patiënten; dit stemt overeen met ongeveer 11-12 % van de totale conventiepopulatie. De populatie bevat 30% type 1 diabetici en 70 % type 2 diabetici.

De IKED-type-1-diabetes-populatie heeft een gemiddelde leeftijd van 47 jaar en lijdt gemiddeld sinds 18 jaar aan diabetes. Ongeveer vier vijfde van de patiënten wordt behandeld met 4 insuline-injecties per dag en voert meer dan 60 bloedglucosemetingen per maand uit. De IKED-type-2-diabetes-populatie is vrij oud (gemiddelde leeftijd: 66 jaar) en de diagnose werd gemiddeld 14 jaar geleden gesteld. Drie vierde wordt behandeld met 2 insuline-injecties per dag en één vierde met meer dan twee injecties. De helft krijgt daarbovenop nog een orale bloedsuikerverlagende behandeling. Ongeveer 55 % voert meer dan 30 bloedglucosemetingen per maand uit.

Vermits de meeste type 1 diabetici in de conventie worden opgenomen, mogen de gegevens over deze volwassen type 1 diabetici als representatief worden beschouwd voor deze ganse subpopulatie. Voor type 2 diabetes is dit niet het geval, vermits type 2 diabetici pas in een gevorderd stadium van hun aandoening in de diabetesconventie worden opgenomen.

Specifieke kenmerken van de IKED-type-2-diabetes-populatie

De pathologie van de type 2 diabetici uit IKED is bijzonder complex, wat vaak ook de reden is van opname in de diabetesconventie.

Een klassiek gegeven is dat deze patiënten naast de gestoorde glycemieregeling een belangrijk cardiovasculair risicoprofiel vertonen. Ongeveer de helft (52 %) is obees (BMI 30 kg/m²), 56 % heeft een bloeddruk \geq 140/90 mmHg, het gehalte aan totaal cholesterol, LDLcholesterol, HDLcholesterol en nuchtere triglyceriden bedraagt gemiddeld respectievelijk 198 mg/dl, 114 mg/dl, 52 mg/dl en 158 mg/dl. Dit profiel vereist een zeer brede aanpak, met o.a. aandacht voor lichaamsbeweging, gewicht, bloeddruk, lipiden en roken. In de praktijk is dit zeer complex, omdat het moeilijke aanpassingen van de levensstijl vraagt, opvolging van verschillende parameters, en gebruik van meerdere farmaca. De IKED-resultaten wijzen op een algemene cardiovasculaire oriëntatie van de behandeling bij type 2 diabetes: 76 %, 55 % en 42 % van de patiënten wordt behandeld met respectievelijk antihypertensiva, antiaggregantia en hypolipemiërende geneesmiddelen.

Naast het cardiovasculaire risicoprofiel vertonen de patiënten een grote morbiditeit (IKED levert geen gegevens over mortaliteit). Eén vijfde van de patiënten heeft reeds een myocard infarct ondergaan en 913/0 een cerebrovasculair accident. Bij 20,8 % wordt ingestelde diabetische nefropathie vastgesteld, bij 24,6 % klinisch significante diabetische retinopathie en bij 38,5 % een verhoogd risico op voetwonden. De prevalentie van deze complicaties is reeds vrij hoog op het moment dat de type 2 diabetici worden opgenomen in de conventie (respectievelijke prevalentie:

17 %), 8 %, 17 %, 18 % en 32 %). Dit duidt nog eens op het belang van vroegtijdige screening naar complicaties en de zorgvuldige aanpak ervan om hun verdere ontwikkeling af te remmen.

Proces van diabeteszorg

In de IKED-studie gaat speciale aandacht uit naar het proces van de diabeteszorg, meer bepaald naar de mate waarin bepaalde onderzoeken worden uitgevoerd. Een vergelijking na drie jaar IKED geeft een opmerkelijke evolutie weer. Sommige processen werden bij de aanvang van de IKED-studie al vrij volledig uitgevoerd (bijv. bloeddruk- en Hb.A1C-bepaling) en konden slechts weinig verbeteren. Processen met een initieel minder goede kwaliteit daarentegen (bijhouden van de BMI, de rookstatus en het lipidenprofiel), waar er wel ruimte voor verbetering was, vertoonden een opmerkelijke progressieve vooruitgang in de loop van drie jaar IKED. Deze verbeteringen werden globaal geïmplementeerd, dat wil zeggen dat praktisch alle centra die trend volgen. Sommige processen die nog voor verbetering vatbaar zijn (oogonderzoek: niet uitgevoerd bij 25 %; voetonderzoek: niet uitgevoerd bij 13 %; screening naar nefropathie: niet uitgevoerd bij 23 %) vertonen weinig verandering. Bovendien is de variatie tussen de centra bij deze laatste procesindicatoren groot. De oorzaken hiervan achterhalen is een volgende uitdaging van de IKED-studie en kan een onderwerp vormen van een meer actieve werking rond kwaliteitsbevordering.

Vergelijking met andere internationale studies

Een vergelijking van de IKED-resultaten met deze van andere internationale studies is moeilijk aangezien de studieopzetten vaak sterk verschillend zijn. Een ruwe vergelijking laat toe te zeggen dat de uitkomsten geobserveerd in IKED vergelijkbaar zijn met wat algemeen in andere studies wordt geobserveerd. Voor wat de kwaliteit met betrekking tot het proces betreft echter situeert IKED zich eerder onder de studies met de betere resultaten.

Kwaliteitsevaluatie en -bevordering

Een belangrijk doel van IKED is de evaluatie en de verbetering van de kwaliteit van zorg op het niveau van elk individueel diabetescentrum. Om deze kwaliteitsbevordering te initiëren wordt na elke datacollectie een feedback teruggestuurd naar de centra waarin het centrumresultaat gepositioneerd wordt ten opzichte van dat van de andere deelnemende centra. Deze hulpmiddelen dienen als ondersteuning om probleempunten op te sporen, de oorzaak ervan na te gaan en een verandering voor te stellen en te implementeren, m.a.w. om een 'kwaliteitscirkel' op te zetten.

Uit een rondvraag na de tweede datacollectie is gebleken dat respectievelijk 80 % en 96 % van de centra de feedback en het rapport nuttige documenten vonden ter ondersteuning van de kwaliteitsevaluatie en -bevordering. Een verdere bevraging heeft getoond dat de resultaten inderdaad in teamverband worden besproken en dat initiatieven worden genomen om de kwaliteit te verbeteren. Een mooi voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld het ontbreken van het verslag van het oogonderzoek in het patiëntendossier wat een probleem is dat op verschillende niveaus moet worden aangepakt: de patiënt beter motiveren, de communicatie tussen de verschillende gezondheidszorgverstrekkers verbeteren en meer systematiek aanbrengen in de zorg.

Samenwerking met andere domeinen van de diabeteszorg

IKED tracht een brug te vormen tussen verschillende domeinen van de diabeteszorg. Zo werd het diabetesteam meer actief betrokken bij de externe kwaliteitscontrole rond HbA1C dat georganiseerd wordt door de afdeling Klinische Biologie van het WIV. De kwaliteitscontrole heeft heel wat doen verschuiven rond de kwaliteit van de HbA1C-bepaling: niet alleen werd in belangrijke mate overgeschakeld op betere methodes - wat aanleiding gaf tot nauwkeuriger resultaten -, maar er werd ook een verbetering geobserveerd die het gevolg is van een preciezere werkwijze in de laboratoria zelf, los van de gebruikte methode. In sommige laboratoria zijn er evenwel nog problemen, die vermoedelijk niet steeds gekend zijn bij de endocrino-diabetoloog. Het stimuleren

van de communicatie tussen de endocrino-diabetologen en de klinisch biologen is een punt waar IKED samen met de afdeling klinische biologie van het WIV in 2005 verder wil aan werken.

Conclusies en aanbevelingen naar de eerste lijn

De type 2 diabetici uit de conventie zijn een complexe patiëntenpopulatie die reeds een belangrijke morbiditeit vertonen op het moment dat zij in de conventie worden opgenomen. De gegevens met betrekking tot de screening en behandeling van complicaties duiden erop dat in de diabetesconventie de focus niet enkel gericht is op de glycemie, maar ook op de brede waaier van de symptomen en complicaties die gepaard gaan met diabetes. Dit is een aanpak die sterk wordt ondersteund door de recente aanbevelingen, maar die in de praktijk niet altijd even evident kan toegepast worden. Hoewel de diabetesconventie in dit opzicht een geschikt kader aanbiedt waarin de patiënten op een intensieve multidisciplinaire manier gevolgd en ondersteund worden, ziet men toch dat de screening naar oog- en niercomplicaties nog vollediger kan. Het spreekt vanzelf dat het in de eerste lijn nog moeilijker zal zijn om volledige screeningsresultaten te bekomen.

IKED bespreekt enkel de type 2 diabetici die met minimum 2 insuline-injecties worden behandeld. De grote groep type 2 diabetici die niet met insuline worden behandeld (kan geschat worden op 70% van alle type 2 diabetici), worden vooral gevolgd in de eerste lijn. Het verdient de aanbeveling om in de toekomst een analoog project in de eerste lijn op te zetten om ook over deze subpopulatie gegevens te verzamelen die kunnen gebruikt worden voor kwaliteitsbevordering en epidemiologische analyse.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort

- ◆ Debacker N, Van Crombrugge P, Nobels F et al.
Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes (IKED) - Rapport 2001.
<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/iked/iked01nl.pdf>
- ◆ Debacker N, Nobels F, Van Crombrugge P et al.
Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes (IKED) - Rapport resultaten 2002.
<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/iked/iked02nl.pdf>
- ◆ Debacker N, Nobels F, Scheen A et al.
Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes (IKED) - Rapport resultaten 2003-2004.
<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/iked/iked0304nl.pdf>
- ◆ Debacker N, Nobels F, Scheen A et al.
Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes (IKED) - Rapport resultaten 2005-2006.
<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/iked/iked0506nl.pdf>
- ◆ Debacker N, Nobels F, Scheen A et al.
Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes (IKED) - Rapport resultaten 2007.
<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/iked/iked07nl.pdf>
- ◆ Nobels F., Debacker N., Scheen A.J. L'initiative pour la promotion de la qualité et épidémiologie du diabète sucré (IPQED)

Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Multidisciplinaire Diabetes Voetklinieken - Jaren 2005-2006

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/iked/ikedpied0506nl.pdf>

IKED-Voet - Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Multidisciplinaire Diabetes Voetklinieken - Follow-up jaren 2005-2006

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/iked/ikedpiedFU0506nl.pdf>

Contactgegevens

Naam:	Noëmi Debacker
Organisatie:	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Adres:	J. Wytsmanstraat 14
Postcode/plaats:	1050 Brussel
Tel.	02 642 57 91
E-mail:	noemi.debacker@iph.fgov.be
Website:	http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index0000.htm

DEEL 2

1. Epidemiologie - screening - opsporing

1.1. Epidemiologie, klinische presentatie en biologische merkers van diabetes (<40 jaar): opsporen van etiologische factoren en risicopersonen voor preventiestudies

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, apothekers
Timing: lopend project
Financiën: overheidssubsidie: lokaal, provinciaal
andere: Koninklijke Limburgse Apothekersvereniging

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Gelijktijdig bepalen van de incidentie van type 1 en type 2 diabetes in Antwerpen (arrondissement) en Luxemburg (Belgische provincie + Groot Hertogdom) in de leeftijdsgroep 0-40 jaar door een samenwerking van het Belgisch Diabetes Register en het Luxemburgs Diabetes Register met actieve medewerking van lokale endocrinologen, pediaters, huisartsen en patiëntenverenigingen.

Motivering en knelpunten:

De incidentie van type 1 diabetes stijgt wereldwijd bij kinderen (<15 jaar)^{1,2}. In parallel wordt ook een toename van obesitas en type 2 diabetes bij kinderen gemeld³. Aangezien de meeste gevallen van zowel type 1 als type 2 diabetes na de leeftijd van 15 jaar optreden^{4,5} en aangezien type 1 en type 2 diabetes klinisch niet steeds makkelijk te onderscheiden zijn, vooral bij volwassen patiënten^{6,7}, worden studies naar seculaire trends in diabetes incidentie en cumulatief risico op de ziekte best uitgevoerd op populatiebasis in zo breed mogelijke leeftijdsgroepen met objectiveren van het onderscheid tussen type 1 en type 2 diabetes door biologische criteria gerelateerd aan de ziekte-etiologie (oa. opsporen van auto-antilichamen en genetische merkers geassocieerd met type 1 diabetes)^{7,8}. Preliminare gegevens in België (Arrondissement Antwerpen)^{2,9,10} later in Zweden bevestigd¹¹ - hebben aldus aangetoond dat de incidentie van type 1 diabetes onder 40 jaar globaal niet toegenomen is tijdens de periode 1989-2000 doordat de incidentie bij kinderen steeg ten koste van de incidentie bij adolescenten en jonge volwassenen. In afwezigheid van een definitieve geneeswijze van primaire diabetes stelt deze snelle vervroeging van klinische openbaring een toename van invaliderende complicaties van chronische hyperglycemie in het vooruitzicht; bovendien wijst ze op het belang van omgevingsfactoren en/of levensstijl in de versnelling van het ziekteproces^{10,12}. Het identificeren van de verantwoordelijke factoren opent perspectieven voor ziektepreventie of vertraging van het onderliggend proces in risicogroepen¹⁰.

Volgende vragen zullen onderzocht worden:

1) Is de leeftijds- en geslachtsgestandaardiseerde incidentie van type 1 diabetes (<40 jaar) gelijkaardig in Antwerpen en Luxemburg?

Voorgaand werk (periode 1989-1998) toonde aan dat dit zeker in het verleden het geval was voor de leeftijdsgroep 0-14 jaar (Antwerpen: 11.8×10^{-5} inwoners \times jaar⁻¹ vs 11.4×10^{-5} inwoners \times jaar⁻¹ in Groot Hertogdom Luxemburg; $p > 0.05$)¹⁴ en dat regio's met gelijkaardige incidentie bij kinderen ook weinig verschillen in incidentie in de groep 15-39 jaar. Gegevens van beide regio's zullen onderling vergeleken worden en ook met gelijkaardige gegevens uit parallel lopende Europese studies (EURODIAB: 0-14 jaar; IDA: 1539 jaar) (sample size: 1 620 000 personen wat overeenkomt met 4

jaar observatie in Antwerpen en Luxemburg om met een power van 80 % en een confidence level van 95 % al dan niet een verschil van minstens 5 % te kunnen observeren).

2) Wat is de preciese incidentie van type 2 diabetes (<40 jaar) in Antwerpen en Luxemburg?

Aangezien preliminaire gegevens uit Antwerpen aanduiden dat type 2 patiënten een minderheid vormen van de patiënten die vóór 40 jaar de ziekte ontwikkelen zal het allicht nodig zijn de incidentie van type 2 t.o.v. type 1 diabetes (0-39 jaar) te bepalen door samenvoeging van de zones van Antwerpen en Luxemburg. Vooraleer dit te doen zullen de gegevens van beide zones vergeleken worden op mogelijke verschillen in demografische, anthropometrische en klinische gegevens van type 2 patiënten en verschillen in volledigheid tussen beide regio's.

3) Zet de vervroeging van de openbaring van type 1 diabetes zich door en neemt de incidentie van type 2 diabetes (<40 jaar) geleidelijk toe?

Door jaarlijkse bepalingen van de incidentie van type 1 en type 2 diabetes (<40 jaar) in Antwerpen en Luxemburg zal bevestiging gezocht worden voor de preferentiële vervroeging van type 1 diabetes in mannelijke patiënten en zal nagegaan worden of de incidentie van type 2 mettertijd toeneemt en zo ja, in welke leeftijds categorie en geslacht.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

In samenwerking met Prof. L. van Gaal (UA), Prof. A. Scheen en Dr. J-C. Philips (Univ. de Liège), Dr. C. de Beaufort en Dr. G. Michel (CHL, Luxemburg) en de registrerende Antwerpse en Luxemburgse artsen uit beide registers (Belgisch en Luxemburgs Diabetes Register) zal de volledigheid van registratie van zowel nieuwe type 1 en nieuwe type 2 patiënten in het arrondissement Antwerpen (ong. 460 000 inwoners <40 jaar) en groot-Luxemburg (ong. 400 000 inwoners <40 jaar) verder gestimuleerd worden door herhaalde mondelinge en geschreven contacten met de plaatselijke diabetologen en huisartsenkringen alsook met sitevisits. Zoals in de rest van België wordt de registratie vergezeld van een gestandaardiseerd enquêteformulier en een bloedafname. De bepaling van diabetes-geassocieerde auto-antilichamen tegen insuline (IAA), eilandjes cellen (ICA), glutamaat decarboxylase (GADA) en IA-2 tyrosine fosfatase (IA-2A) gebeurt in het referentielaboratorium van het BDR (Prof. F. Gorus, VUB) en wordt samen met andere biologische en klinische gegevens gebruikt voor de ziekteclassificatie ⁷. De volledigheid van registratie wordt bepaald door de 'capture-recapture' techniek ¹³ met als primaire bron rapportering door de diabetologen van het Belgisch en Luxemburgs register en als onafhankelijke secundaire bron een combinatie van rapportering door huisartsen, diabetesverpleegkundigen, patiëntenverenigingen en de patiënten zelf via deelname aan de studie 'Vroege Diagnose en Preventie van Diabetes'. De incidentie van type 1 en type 2 diabetes (< 40 jaar) zal jaarlijks in Antwerpen en Luxemburg bepaald worden.

Financiën

De centrale eenheid van het Belgisch Diabetes Register wordt deels gefinancierd door de Vlaamse en Franse Gemeenschap. De wetenschappelijke projecten worden gefinancierd door het FWO (Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen), FRSM (Fonds de la Recherche Scientifique Médicale) en JDRF (Juvenile Diabetes Research Foundation). Financiering loopt minstens tot 2007 en bestending van betoelaging wordt actief gezocht.

Zijn er al resultaten van het project?

Ja, voor het luik omtrent type 1 diabetes:

1. Vandewalle CL, Coeckelberghs MI, De Leeuw IH, Du Caju MV, Schuit FC, Pipeleers DG, Gorus FK, the Belgian Diabetes Registry. Epidemiology, clinical aspects and biology of IDDM under age 40 years: comparison of data from Antwerp with complete ascertainment with those from Belgium with 40% ascertainment. Diabetes Care 20, 1556-1561, 1997.
2. Weets I, De Leeuw IH, Du Caju MVL, Rooman R, Keymeulen B, Mathieu C, Rottiers R, Daubresse J-C, Rocour-Brumioul D, Pipeleers DG, Gorus FK, the Belgian Diabetes Registry.

The incidence in the age group 0-39 years has not increased in Antwerp (Belgium) between 1989 and 2000: evidence for earlier disease manifestation. *Diabetes Care* 25, 840-6, 2002.

3. Weets I, Craen R, Crenier L, Daubresse JC, De Leeuw I, Dorchy H, Gorus F, Keymeulen B, Krzentowski G, Lamberigts G, Mathieu C, Rocour-Brumioul D, Rottiers R, Tits J, Van Crombrugge P, Pipeleers D, het Belgisch Diabetes Register. De klinische presentatie van type 1 diabetes vervroegt bij jongens. In: *Gezondheidsindicatoren 2000*, CoOrdinatie Cloots H, Hoofd Pen Smets H, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 134-141, 2002
4. Weets I, Kaufman L, Van der Auwera B, Crenier L, Rooman RPA, De Block C, Casteels K, Weber E, Coeckelberghs M, Laron Z., Pipeleers D, Gorus F, the Belgian Diabetes Registry. Seasonality in clinical onset of Belgian type 1 diabetic patients above age 10 is restricted to HLA DQ2/DQ8-negative males which explains the male-to-female excess in incidence. *Diabetologia* 47, 614-21, 2004.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort: (zie website)

Referenties

1. Onkamo Pet al. *Diabetologia* 1999; 42: 1395-403.
2. EURODIAB ACE Study Group. *Lancet* 2000; 355: 873-6.
3. Rocchini A. *N Engl J Med* 2002; 346: 854-5.
4. Vandewalle C et al. *Diabetes Care* 1997; 20: 1556-62.
5. Krolewski A et al. *N Engl J Med* 1987; 317: 1390-8.
6. Weets I et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 2597-605.
7. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care* 2003; 26 (Suppl 1): S5-S20.
8. Gorus F, Belgian Diabetes Registry. *Diabetes Metab Rev* 1997; 13: 247-74.
9. Weets I et al. *Diabetes Care* 2002; 25: 840-6.
10. Gorus F et al. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2001; 15: 371-89.
11. Pundziutė -Lycka A et al. *Diabetologia* 2002; 45: 783-91.
12. Gorus F. *Tijdschr Geneesk* 1996; 52: 1133-6.
13. Bishop Y et al. Cambridge, Massachusetts, MIT Press 1975; p 231-3.
14. Green A et al. *Diabetologia* 44 (suppl 3): B3-B8.

Contactgegevens

Naam:	Weets Ilse
Organisatie:	Belgisch Diabetes Register
Adres:	Laarbeeklaan 101
Postcode/plaats:	1090 Brussel
Tel.	02/477.45.46
E-mail:	ilse.weets@az.vub.ac.be of bdr@vub.ac.be of contact@bdronline.be
Website:	www.bdronline.be

1.2. 'DIABETEST' Diabetesopsporing en sensibilisering

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
Huisartsen, verpleegkundigen, diëtisten, apothekers, bejaardenhelpsters, bevolking, overheid/beleid

Timing: lopend project (afroding verwacht in 2005)

Financiën: overheidssubsidie: lokaal, provinciaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Gehele bevolking (ook allochtonen!) sensibiliseren voor risico op diabetes en bij verhoogd risico aansporen tot verder onderzoek bij de huisarts.

Eerstelijns hulpverleners sensibiliseren voor diabetes en de complicaties ervan en hen motiveren tot samenwerking.

Motivering en knelpunten:

Onvoldoende aandacht voor diabetes bij de bevolking (niet gekend).

Onvoldoende samenwerking tussen disciplines van thuiszorg voor goede follow-up van diabetes in de thuissituatie.

Knelpunten: allochtonen onvoldoende bereikt. Onvoldoende communicatie afspraken.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

- ♦ Oproep tot opsporing van risicopersonen door folder die in ieder huisgezin werd bezorgd.
- ♦ Oproep tot medewerking van alle eerstelijns werkers met het project en vormingsavond voor de thuiszorg.
- ♦ Samenstelling en ter beschikking stellen van een follow-up formulier bij diabetespatiënten voor verpleegkundigen en thuisverzorgers.
- ♦ Vertaling van de oproepfolders in verschillende talen (Italiaans, Turks, Grieks en Marokkaans).
- ♦ Vormingsmomenten voor allochtonen en senioren over diabetes.

Zijn er al resultaten van het project?

Nog niet beschikbaar.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

- ♦ huis- aan huisfolder en vertalingen hiervan
- ♦ motiverende brieven
- ♦ follow-up formulier

Contactgegevens

Naam:	Truyen, Jos
Organisatie:	VZW HAM, huisartsenkring Maasmechelen
Adres:	Oude Baan 291/2
Postcode/plaats:	3630 Maasmechelen
Tel.	089763149
E-mail:	Truyen.jos@telenet.be
Website:	

1.3. 'DIABETEST' Een project van Koninklijke Limburgse Apothekersvereniging met ondersteuning door de Limburgse LOGO's

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, apothekers
Timing: lopend project
Financiën: overheidssubsidie: lokaal, provinciaal
Andere: Koninklijke Limburgse Apothekersvereniging

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Het vroeg ontdekken van nog niet gekende type 2 diabetici binnen de algemene bevolking.

Motivering en knelpunten:

Veel beginnende diabetes en/of pre-diabetes zijn nog niet gekend. Door vroegtijdige detectie, gekoppeld aan een kwaliteitsvolle opvolging wordt een aanzienlijke verbetering van de levenskwaliteit beoogd. Huisartsen zien deze mensen vaak pas als er al beginnende symptomen zijn.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Folder met screeningsvragen wordt door gemeentelijke gezondheidsraden huis aan huis bezorgd. Bij verhoogd risico wordt aanbevolen de huisarts te raadplegen voor verdere informatie en/of onderzoek.

De huisarts wordt aangespoord om van de belangstelling rond diabetes gebruik te maken, ook de andere cardiovasculaire risicofactoren in beeld te brengen en een kwaliteitsvolle begeleiding te verzorgen. Als ondersteuning voor huisartsen werd een draaiboek ontwikkeld. De reeds eerder ontwikkelde materialen 'de Hartmap' en het 'ABC concept voor motiveren' ondersteunen de consultvoering.

Andere 'intermediairen' worden aangespoord de interpretatie van screeningsvragen te ondersteunen en te kaderen binnen primaire preventieboodschappen.

Zijn er al resultaten van het project?

Evaluatie van het project gebeurt door de apothekersvereniging, initiatiefnemer van het Diabetesproject.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Draaiboek voor huisartsen: Limburgse LOGO's

Hartmap:

http://portal.limburg.be/servlet/page?_pageid=3863&_dad=portal30&_schema=PORTAL30

ABC consultvoeren en gedragsverandering:

http://portal.limburg.be/servlet/page?_pageid=3837&_dad=portal30&_schema=PORTAL30

Uitgebreide informatie en materialen (folder, affiche en andere): www.KLAV.be/diabetest en http://www.diabetest.be/diabetest_gezondheidswerker_nl.html

logo West Vlaanderen <http://www.logowvl.be/site/pages/home.aspx?pld=1>

Contactgegevens

Naam:	Thijs Gabie
Organisatie:	Limburgs Gezondheidsoverleg - LOGO's Limburg Settinggroep hulpverleners
Adres:	Stadsomvaart 9
Postcode/plaats:	3500 Hasselt
Tel.	011/23 08 64
E-mail:	gthijs@limburb.be
Website:	www.logolimburg.be http://www.limburg.be/eCache/45718/Limburgse_Logos.html

1.4. Gezond eten, even zweten, minder kans op diabetes

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, verpleegkundigen, diëtisten, bejaardenhelpsters, bevolking, overheid/beleid, mutualiteiten, verenigingen

Timing: lopend project

Financiën: overheidssubsidie: lokaal, provinciaal, regionaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelgroep: alle 45-plussers

Doelstellingen:

- ◆ Kennisoverdracht: naar de bevolking toe en naar de instanties die de opinie van de bevolking kunnen beïnvloeden: verenigingen, lokale besturen, pers, artsen en diëtisten,... Er verschijnen op geregelde tijdstippen artikels in de gemeentebleden.
- ◆ Attitudeverandering: het is van groot belang dat er een golf van gedragsverandering wordt opgestart vanuit de gemeenten. Verschillende partners slaan voor dit project de handen in elkaar om een zo volledig mogelijk aanbod te doen naar de bevolking. Het is nadien aan hen om deze goede voorbeelden die ze krijgen om te zetten in daden.
- ◆ Nevendoelen:
 - ✓ Netwerkvorming: samenwerking tussen verschillende actoren stimuleren.
 - ✓ Een nieuwe vorm van samenwerking tussen LOGO en huisartsen uitproberen: het is hier niet de huisarts die de eerste actie moet ondernemen, maar de patiënt. Het is belangrijk dat de patiënt zijn gezondheid in eigen handen neemt en tot actie over gaat. Het is aan de patiënt om zijn arts te consulteren.

Motivering en knelpunten:

Motivering: Verzoek vanuit de Algemene Vergadering.

Knelpunten: Op overkoepelend niveau: het project werd door verschillende instanties nagelezen en door de WVVH zwaar onder vuur genomen!

Op lokaal niveau: het is moeilijk om een blijvende gedragsverandering teweeg te brengen. Mensen ervan bewust maken dat ze zelf mede verantwoordelijk zijn voor hun gezondheidstoestand is moeilijk.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Het project bestaat uit 2 luiken:

Het preventieve luik:

De gemeente engageert zich om samen met de plaatselijke verenigingen activiteiten te organiseren die de gezondheid van de bewoners ten goede komt. Hierbij kan de gemeente beroep doen op plaatselijke verenigingen (vb. een seniorenbond die een kookles organiseert, gezond ontbijt, infoavond gezonde voeding) en/of de gemeente kan zelf een inspanning doen om haar bewoners te sensibiliseren (vb. het gemeentebestuur deelt appels uit en informeert de bezoekers over gezonde voeding, het gemeentebestuur organiseert wekelijks lunchwandelingen in de gemeente)

Het screeningsluik:

De gemeente, samen met de huisartsen, zetten een grootscheepse screening op poten waarbij iedereen boven de 45 jaar de kans krijgt om bij zijn huisarts te gaan om een screening te

ondergaan. Inwoners krijgen een brief thuisgestuurd of via het gemeenteblad met uitleg over diabetes en met een formulier waarmee ze bij hun huisarts kunnen gaan. Dit formulier moeten ze deels zelf invullen en achteraan moet de arts de resultaten van het bloedonderzoek noteren. Deze resultaten worden door het LOGO verwerkt en nadien teruggekoppeld naar de gemeente en naar de huisartsen.

De gemeenten kunnen kiezen voor de volledige campagne (preventie + screening) of enkel voor het preventieve gedeelte. Uiteraard hebben wij ook rekening gehouden met faciliteiten-gemeenten; van deze gemeenten hopen wij toch op een minimale samenwerking. Wij zorgen dat zij steeds op de hoogte zijn van de lopende initiatieven en zij krijgen alsnog de kans om in te stappen in het project of in een gedeelte van het project.

Na het engagement wordt er steeds individueel bekeken per gemeente wat de mogelijkheden zijn. In de marge willen we melden dat er ook een derde luik wordt gekoppeld. Dit curatieve luik is er om de gedetecteerde diabetespatiënten zo goed mogelijk op te vangen. Daarom zijn de artsen samen met de andere zorgverstrekkers (diëtisten, podologen, witgeel kruis,...) aan tafel gaan zitten om de verschillende facetten (voedingsadviezen, voetverzorging, ...) van de nazorg zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

Mede door de opzet van dit preventieproject en door de opkomst van de diabetespas hebben de mensen die de nazorg verstrekken ingezien dat daar enige organisatie en samenwerking noodzakelijk is.

Hoewel wij als LOGO niets te maken hebben met dit gevolg, steunen wij dit initiatief ten volle! 'De trein kan maar rijden als alle wagonnetjes aan elkaar gekoppeld zijn'. Zo zijn wij dan ook vertegenwoordigd in een 'multi-disciplinair' diabetes overleg in Halle en omgeving dat getrokken wordt door de Artsenkring.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Het project werd steeds op gemeentelijk niveau georganiseerd.

Voor elke gemeente werden steeds affiches (algemene) en krantjes (Diabeetje) gepubliceerd met de activiteiten die in die gemeente georganiseerd werden.

Verder werden er ook artikels ter beschikking gesteld om te publiceren in het gemeenteblad of in ledenbladen van plaatselijke verenigingen.

Er werd samen met de huisartsen een formulier uitgewerkt om de 45-plusser beter te screenen.

Contactgegevens

Naam:	Dejonghe Katrien, projectverantwoordelijke
Organisatie:	vzw LOGO Pajottenland/Zennevallei
Adres:	Sint-Alenalaan 37
Postcode/plaats:	1700 Dilbeek
Tel.	02/582 75 91
E-mail:	02/582 75 49
Website:	www.logopz.be

1.5. Regionaal sensibiliseringsproject: week over diabetes. Vierjaarlijks project

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, podologen, jongeren
Timing: afgerond project (2002)
Financiën: privaat: CM – Brugge

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling:

1. Netwerkvorming in de regio (samenwerkingsinitiatief met de regionale ziekenhuizen, VDV, Thuiszorgcentrum, Wit-Gele Kruis en Dienst Gezondheidspromotie CM Brugge): regionale partners leren mekaars werking kennen.
2. Sensibilisering van de doelgroep plus ervaringsuitwisseling en informatie krijgen voor patiënten: bewustmaking van het feit dat veel mensen diabetes hebben en dat vroegtijdige opsporing en behandeling belangrijk is in het kader van preventie.

Doelgroep:

Ruime publiek, schoolgaande jongeren, diabeten en hun omgeving

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Infobeurs, schoolprogramma, kookatelier, podologische screening, infosessies

Zijn er al resultaten van het project?

Bezoekers en deelnemers: een 1000-tal mensen werden bereikt.

De belangstelling blijft stijgen, zowel bij het ruime publiek als bij diabeten. Daarom hebben we besloten dit vierjaarlijks te hernemen.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort: Panelen voor de infobeurs: wat is diabetes?

Contactgegevens

Naam:	Bie Callens / Cathérine Calliau
Organisatie:	Dienst Gezondheidspromotie CM Brugge
Adres:	Oude Burg 23
Postcode/plaats:	8000 Brugge
Tel.	050 44 03 88
E-mail:	Gezondheidspromotie.brugge@cm.be
Website:	www.gezondheidspromotie.brugge.cm.be http://www.cm.be/nl/100/bewustgezond/index.jsp http://www.cm.be/nl/100/bewustgezond/

1.6. Diabetesplatform: opsporing van diabetes. Een programma voor de vroegtijdige opsporing van diabetes gekoppeld aan leefstijladviezen

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, diëtisten
Timing: lopend project
Financiën: eigen middelen (Landsbond Onafhankelijke Mutualiteiten)

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling

Het project 'Diabetesplatform: opsporing van diabetes' heeft tot doel potentiële risicopersonen vroegtijdig op te sporen en hen te motiveren tot gezondere leefgewoonten door een aanbod van 'Incentives', opdat zij hun levenskwaliteit kunnen verhogen.

Doelgroep

Leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, aangesloten bij de aanvullende verzekering.

Motivering en knelpunten:

Motivering

De Onafhankelijke Ziekenfondsen willen de diabetesproblematiek op een structurele wijze aanpakken. Het diabetesplatform is geen eindproduct, maar een evoluerend project. Nieuwe 'Incentives', infomodules en terugbetalingen zullen in de toekomst verder geïntegreerd worden om de leden blijvend te motiveren tot een gezondere levensstijl.

Knelpunten

Sommige doelgroepen zijn moeilijker te bereiken met het platform (personen met een laag bewustzijnsniveau voor de diabetesproblematiek, personen met een laag opleidingsniveau, enz.) Dit knelpunt willen we in de toekomst aanpakken door die doelgroepen te benaderen via 'intermediären' (verpleegkundigen, sociale dienst van het ziekenfonds, enz.)

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Een dossier over diabetes in het ledenblad Profiel (editie mei - juni 2005) en een diabetes-dossier met een interactieve online-vragenlijst op de websites van de ziekenfondsen, wil leden bewust maken van het belang van een vroegtijdige opsporing van diabetes. Verschillende herhalingsboodschappen zijn gepland.

Aan de hand van een vragenlijst¹ kunnen de leden nagaan hoe groot hun risico is om diabetes te ontwikkelen. Personen met een potentieel risico (een score van minimum 12 punten in de vragenlijst) worden aangemoedigd tot een 'opsporingsraadpleging' bij de huisarts.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen bieden aan hun leden, aangesloten bij de aanvullende verzekering, volgende voordelen:

- ♦ driejaarlijkse terugbetaling van het remgeld van de opsporingsraadpleging;
- ♦ jaarlijkse terugbetaling van het remgeld van de opsporingsraadpleging voor risicopersonen¹;
- ♦ jaarlijkse terugbetaling (15 euro) van een raadpleging bij een erkende diëtist voor risicopersonen² na een opsporingsraadpleging.

¹ Vragenlijst van Prof. Jaakko Tuomilehto - expert in de epidemiologie en diabetes preventie. Finnish Diabetes Association. Programme for the prevention of Type 2 diabetes in Finland 2003-2010.

² Risicopersonen zijn personen die tijdens de opsporing geïdentificeerd werden als risicopersonen, dat wil zeggen: mensen met een afwijkende bloedsuikerspiegel in nuchtere toestand of een glucose-intolerantie.

Zijn er al resultaten van het project?

Momenteel zijn er nog geen resultaten bekend. De eerste resultaten worden verwacht eind 2005 (aantal personen die hun huisarts bezochten in het kader van een opsporingsraadpleging, aantal nieuwe gedetecteerde risicopersonen, aantal patiënten waarbij diabetes werd gediagnosticeerd, aantal risicopersonen die een diëtist consulteerden, enz.).

Gerealiseerde materialen, [publicaties](#) enzovoort:

'Opsporing van diabetes'

Een publicatie die de voordelen voor risicopersonen, aangesloten bij de aanvullende verzekering van de Onafhankelijke Ziekenfondsen op een rijtje zet.

'Dossier over diabetes met bijbehorende vragenlijst (risico-inschatting voor diabetes) in ledenblad Profiel'

'Dossier op de websites van de ziekenfondsen met bijbehorende interactieve vragenlijst'

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen groepeert 7 apolitieke ziekenfondsen
Onafhankelijk Ziekenfonds - Euromut - Securex - Partena Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen - Mutualité Professionnel et Libre de la Région Wallonne - Freie Krankenkasse - Partena Mutualité Libre

Contactgegevens

Naam:	Dhr John Decleyn
Organisatie:	Onafhankelijke Ziekenfondsen
Adres:	Sint-Huibrechtsstraat 19
Postcode/plaats:	1150 Brussel
Tel.	02-778 92 11
E-mail:	john.decleyn@mloz.be
Website:	www.mloz.be

1.7. Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, apothekers
Timing: afgerond project (2002)
Financiën: eigen, farma-industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling:

- ♦ bepalen hoe patiënten met een verhoogd risico op diabetes in de apotheek best worden geïdentificeerd en
- ♦ evaluatie van doorverwijzen van apotheker naar huisarts dmv een verwijsbriefje.

Motivering en knelpunten:

Ongeveer 40 à 50 % van de diabetespatiënten zijn niet gediagnosticeerd. Omwille van de laagdrempeligheid van de apotheek heeft de apotheker ook met deze niet-gediagnosticeerde patiënten een regelmatig contact en kan hij een duidelijke rol spelen in sensibilisering en doorverwijzen naar de huisarts. In voorliggend onderzoek worden twee methodes van risico-evaluatie in de officina-praktijk voor diabetes vergeleken. Bijkomend wordt de efficiëntie van verwijzen naar de huisarts met een verwijsbrief geëvalueerd.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

In een gerandomiseerde prospectieve studie wordt aan apothekers gevraagd om patiënten te selecteren. Deze patiënten zijn: boven de 45 jaar, niet-gebruiker van diabetesmedicatie en hebben de afgelopen drie maanden geen nuchter bloedsuikeronderzoek ondergaan. Twee verschillende verwijsmethoden worden vergeleken:

- ♦ Methode A: gedurende week 1 en 2 worden tijdens een mondelinge evaluatie met de patiënt de risico's besproken.
- ♦ Methode B: gedurende week 3 en 4 worden, aan de hand van een schriftelijke vragenlijst, samen in te vullen met de patiënt, de risico's geëvalueerd.

Telkens één risicofactor positief wordt beoordeeld, wordt de patiënt verwezen naar de huisarts. Voor de verwijzing wordt gebruik gemaakt van het verwijsbriefje.

Het aantal verwijsbriefjes door de apotheker geschreven en het aantal verwijsbriefjes door de huisarts teruggezonden naar het studieteam geven een indicatie van de efficiëntie van de methode.

Ook de tevredenheid van de apotheker wordt gemeten.

Zijn er al resultaten van het project?

Van de 338 geëvalueerde patiënten worden er 145 verwezen naar de huisarts. Methode B leidt tot 60,9 % verwijzingen. Methode A daarentegen leidt tot 36,6% verwijzingen naar de huisarts. Slechts 7,9 % van de verwijsbriefjes, geschreven na Methode A en 1,9 % van de verwijsbriefjes geschreven na Methode B werd door de huisarts teruggezonden.

In het algemeen zijn de apothekers tevreden over dergelijke screeningsprocedures in de apotheek: 72,22 % verklaart zelf meer dergelijke dienstverlening te willen aanbieden.

De meest frequent gedetecteerde risicofactoren zijn: verhoogde BMI, sedentair leven, familiale antecedenten. De tijd die de apotheker gemiddeld nodig had per patiënt om de korte sensibiliseringsvragenlijst te bespreken, bedroeg in 94,4% van de gevallen, minder dan 10 minuten.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

De resultaten werden voorgesteld ovv een poster op het Eerstelijnsymposium 2002.

Gerealiseerde materialen:

screeningsvragenlijst, verwijsbrief.

De materialen kunnen besteld worden bij KAVA, Consciencestraat 41 - 2018 Antwerpen fax: 03/218 57 40, email: info@kava.be

Contactgegevens

Naam:	Haems M, Nagels Fr, Baeten R, Wens J, Verhaegen A, Van Puymbroek H, De Heyn Th, Geerts W.
Organisatie:	KAVA
Adres:	Consciencestraat 41
Postcode/plaats:	2018 Antwerpen
Tel.	03/280 15 11
E-mail:	Marleen.Haemsna
Website:	www.kava.be

1.8. Opsporingscampagne diabetes Type 2 in gemeente Olen en Balen (najaar 2000) - Logo Zuiderkempen

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project (2001)
Financiën: Overheid: lokaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling

- ♦ vroegtijdig opsporen van onbekende/nieuwe patiënten met diabetes type 2.
- ♦ opsporen van patiënten die meer risico's lopen dan anderen om op latere leeftijd diabetes type 2 te gaan ontwikkelen.
- ♦ registratie van gekende patiënten met diabetes type 1 en 2.
- ♦ sensibiliseren van de huisartsen om aan de opsporing mee te werken (en oprispen van actuele en nieuwe inzichten op vlak van detectie, risicofactoren, behandelmogelijkheden).
- ♦ sensibiliseren van de bevolking, meer bepaald de 45-plussers (link met acties voedingsvoorlichting).

Doelgroep:

- ♦ Alle inwoners van 45+ van de gemeente Balen en Olen.

Motivering en knelpunten:

Het project is opgestart op vraag van de gemeenten Balen en Olen en de huisartsen aldaar. Het concept werd uitgewerkt in overleg met Dr. Frank Nobels van de Vlaamse Diabetesvereniging (VDV). Diabetes type 2 is een belangrijk gezondheidsprobleem en het is voldoende bewezen dat vroegtijdige opsporing heel belangrijk kan zijn. Zowel voor de patiënten, de hulpverleners en de lokale overheid is een screeningscampagne naar diabetes type 2 heel relevant.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Oproepingsbrief met diabetes risicotest die de 45 plussers moesten invullen om te zien of ze een verhoogd risico hadden op diabetes type 2. Degenen met verhoogd risico werden gevraagd een onderzoek en nuchtere bloedafname bij de huisarts te laten verrichten. Er was een protocolregistratie door de huisarts. Er was een ondersteunende sensibilisatiecampagne met affiches, folders en artikels in de gemeentelijke infobladen.

Resultaten project voor de gemeente Balen Responsgroep

- ♦ Deelname: 3854 respondenten/7936 aangeschrevenen = 48,6 %
- ♦ Onderzoeksresponsgroep: 3770 personen/7936 aangeschrevenen = 47,5 % (bij 84 personen geen leeftijd of geslacht ingevuld)

Glycemie

Categorieën glycemie:	AANTAL	% RESPONSGROEP
Normale glycemie	2970	77
Gestoorde nuchtere glycemie	231	6
Nieuwe DM patiënten	72	2
Gekende patiënten	297	8
Anderen	284	7
Totaal	3854	100

BMI

- ♦ Gemiddelde BMI alle leeftijden = 26,73 (overgewicht)
- ♦ 65 % van de responsgroep heeft BMI > 25 !!!
- ♦ Gemiddelde BMI voor alle leeftijdsklassen te hoog; weinig verschillen tussen leeftijdsklassen zowel jongeren als ouderen hebben overgewicht

Risicofactoren

- ♦ 56 % van de responsgroep heeft 1 of meerdere risicofactoren
- ♦ meest voorkomende
 - obesitas
 - hypertensie
 - hypercholesterolemie
- ♦ meest voorkomende combinaties obesitas en hypertensie obesitas en hypercholesterolemie

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Draaiboek (met werkinstrumenten, o.m. risicotest, registratieformulier), sensibilisatiemateriaal, eindrapport; ter inzage bij Logo Zuiderkempem (zie adres hieronder)

Contactgegevens

Naam:	Dr. Stefan Teughels
Organisatie:	LOGO Zuiderkempem
Adres:	Larum 30
Postcode/plaats:	2440 Geel
Tel:	014/72.37.60
E-mail:	Locio.zuiderkempem@pandora.be
Website:	http://www.logokempem.be

1.9. Diabetesscreening bij symptomloze hoogrisico patiënten in de huisartsenpraktijk

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn huisartsen
Timing: afgerond project (2004)
Financiën: eigen middelen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

We wilden een doeltreffende methode vinden om aan vroegtijdige diabetesscreening te doen. De doelgroep bestond uit patiënten, mannen en vrouwen, niet gekend met diabetes, ouder dan 18 jaar, die om een andere reden dan diabetes op raadpleging gezien werden.

Motivering en knelpunten:

Motivering

We zochten naar een efficiënte en kostenbesparende manier om diabetes type 2 op te sporen bij asymptomatische patiënten.

Relevantie patiënt: diabetes type 2 vroegtijdig opsporen en de risicofactoren voor diabetes aanpakken

Relevantie hulpverlener: diabetesscreening na selectie van hoog risico patiënten

Relevantie overheid: kostenbesparend screenen

Knelpunten

De arts moet veel tijd nemen om patiënten te informeren over diabetes, hun vragen te beantwoorden en hun angsten weg te nemen. Bij het invullen van de vragenlijst wisten patiënten hun cholesterol niet, ook lengte en gewicht waren soms niet gekend. Het 10u nuchter zijn voor de bloedname kon niet met zekerheid vastgesteld worden. OGTT is praktisch moeilijk realiseerbaar, gezien het tijdsinterval van 2u wachten. Bij de interpretatie van laboratoriumgegevens moet men rekening houden met foutmarges op de bepalingen.

Oplossingen

Informatiebrochures en affiches over diabetes in de wachtzaal plaatsen. Enkel nuchtere glycemie als screening gebruiken.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Een vragenlijst met registratiegegevens van de patiënt en risicofactoren werd uitgedeeld aan de deelnemende patiënten. Indien 2 risicofactoren werd een nuchter veneuze bloedafname gedaan. Een OGTT werd gedaan bij een glycemie >110-126mg/dl en een tweede nuchtere bloedafname bij een glycemie >126mg/dl.

1. Bent u ouder dan 45 jaar?
2. Om uw gewicht-lengte index te bepalen kijkt u op de bijgevoegde lijst.
In de linker kolom zoekt u uw lengte op. In de rechter kolom staat een getal. Vergelijk dit getal met uw lichaamsgewicht.
Uw lichaamsgewicht is hoger:
3. Heeft u een vader, moeder, broer of zus die suikerziekte heeft?
4. Wordt u behandeld voor hoge bloeddruk = hoger dan 140/90 mmHg?
5. Hebt u zwangerschapdiabetes gehad of een baby van meer dan 4kg geboortegewicht ter wereld gebracht?
6. Hebt u een verhoogd cholesterol?

7. Hebt u vroeger een gestoorde suikerwaarde in bloed gehad?
8. Behoort u tot een verhoogd risico etnische populatie?
 - ✓ Afrikaan
 - ✓ Hispanic Argentinië - Bolivia - Caraïbisch gebied - Chile - Colombia - USA - Costa Rica - Cuba - Dominicaans Republiek - Ecuador - El Salvador - Puerto Rico - Spanje - Uruguay - Venezuela
 - ✓ Aziaat
 - ✓ Pacific Island Australië - Cook Island - Fiji - New Caledonia - Tahiti - Vanuatu - Tonga -Nieuw Zeeland - Papua - New-Guinea - Samoa - Solomon Eilanden

Zijn er al resultaten van het project?

242 vragenlijsten werden geïncludeerd. Er waren 70 laag risico patiënten en 172 hoog risico patiënten. Bij 9 patiënten werd er pre-diabetes en bij 3 patiënten werd er diabetes vastgesteld.

1. er is een verschil tussen de in de literatuur beschreven prevalentie voor diabetes in de populatie van patiënten ouder dan 45 jaar (<0.2% ?!) en de prevalentie op diabetes in de hoog risicogroep.
2. er is een verschil tussen de prevalentie van pre-diabetes in beiden groepen uit de steekproef: 0 op 70 vergelijken met 12 op 172 ($p=0.02$ Fisher Exact tweezijdig).
3. er is geen verschil tussen de prevalentie van diabetes in beiden groepen uit de steekproef: 0 op 70 vergelijken met 3 op 172. Om een verschil te vinden tussen <0.2 % en 1.7 % heb je min 1500 patiënten nodig (power 90 % en significantieniveau 5 %).

De vraag blijft steeds of de gevonden verschillen relevant zijn. De vragenlijst kan bij asymptomatische patiënten een subgroep patiënten identificeren waar de kans op (pre-) diabetes groter is dan de in de literatuur beschreven prevalentie voor diabetes in de populatie van patiënten ouder dan 45 jaar. We weten nog niet met zekerheid of er in de laag-risicogroep minder diabetici zaten dan in de hoog-risicogroep. Hiervoor moest ook de laag-risicogroep getest worden en veel meer patiënten geïncludeerd worden (haalbaarheid?).

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Geen publicaties

Contactgegevens

Naam:	SUNG Yuk Ling Veronica
Organisatie:	
Adres:	Schorrelaan 4 bus 2
Postcode/plaats:	2660 HOBOKEN
Tel.	03 828 83 06
E-mail:	doktersung@yahoo.co.uk
Website:	

1.10. Hoe verloopt de registratie van risicofactoren en het opnemen in de planning (EMD) in onze praktijk? Kunnen we deze verbeteren?

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project (2003)
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Komen tot een betere screening van onze praktijkpopulatie wat betreft het risico voor en de vroegtijdige detectie van diabetes mellitus.

Motivering en knelpunten:

Gezien de frekwentie en de ernst van diabetes en het belang van vroegtijdige opsporing, willen we in onze praktijk tot een zo goed mogelijk screeningsbeleid komen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

- ♦ literatuurstudie
- ♦ onderzoek van de mogelijkheden van EMD
- ♦ invullen van registratieformulier bij 75 opeenvolgende patiënten in onze praktijk, om zo tot een balans te komen over ons huidig 'screeningsbeleid'.

Zijn er al resultaten van het project?

Deze studie was een praktijkproject.

Het heeft ons gemotiveerd om in onze praktijk duidelijker de risicofactoren voor diabetes na te vragen (vooral bij 45-65j), én te noteren in het dossier.

Contactgegevens

Naam:	An Leys
Organisatie:	huisartsenpraktijk
Adres:	De Pretlei 5
Postcode/plaats:	2930 Brasschaat
Tel.	03 650 10 02
E-mail:	anleys@telenet.be
Website:	-

2. Niet-medicamenteuze behandeling

2.1. Groepseducatie i.v.m. voeding en beweging

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, diëtisten, educatoren, bewegingsconsulent
Timing: lopend project
Financiën: overheidssubsidie: federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

De specifieke bedoeling van de groepseducaties is mensen te ondersteunen tot gedragsverandering op het vlak van voeding en beweging door hen te coachen in het stellen van doelen, het uitwerken en uitvoeren van een concreet plan om deze doelen te bereiken.

In dit project gaan we na of op empowerment gebaseerde zelfzorgeducatie i.v.m. voeding en beweging in groep haalbaar is, bekijken we hoe patiënten en begeleiders deze educatie evalueren, volgen we op of patiënten hun individuele doelen bereiken en onderzoeken we wat het effect is op de objectieve gezondheidstoestand (voornamelijk HbA1c en BMI), op subjectieve gezondheidsparameters als kwaliteit van leven en emotionele stress t.g.v. leven met diabetes en op de eigen-effectiviteitsverwachting van de patiënt.

Doelgroep zijn diabetes type 2 patiënten uit de regio Aalst die niet opgenomen zijn in de conventie.

Motivering en knelpunten:

Diabetes vraagt een levenslange, dagelijkse, actieve inzet en motivatie van de patiënt en dit gezondheidsgedrag is uiteindelijk bepalend voor het welzijn en de gezondheidstoestand van de patiënt.

Een gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging zijn belangrijke peilers in de behandeling van diabetes. Veel mensen met diabetes hebben het echter moeilijk om hun gedrag op dat vlak aan te passen en vol te houden.

De groepseducaties zijn een deelproject van het DiabetesProject Aalst (DPA).³ Het project beoogt een verbetering van de kwaliteit van de zorg voor mensen met diabetes type 2 door ondersteuning van de eerste lijn en van de patient. Deze ondersteuning bestaat enerzijds uit het ontwikkelen en implementeren van een shared care model (draaiboek i.v.m. taakverdeling tussen de verschillende disciplines zorgverleners) en anderzijds uit het ontwikkelen en implementeren van zelfzorgeducatie programma's voor patiënten.

Ondersteuning van de patiënt gebeurde in eerste instantie door individuele educaties op verwijzing van de huisarts. In een tweede fase werd gestart met groepseducatie rond voeding en beweging.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Inclusie patiënten

³ Het Diabetesproject Aalst (DPA) is een regionaal project gefinancierd door het RIZIV (KB 22-06-2001) met als doelstelling de overheid te adviseren met betrekking tot de organisatie van de zorg voor chronisch zieken in de eerste lijn, in casu diabetes type 2 patiënten.

Patiënten worden op twee manieren geïnccludeerd. Enerzijds wordt groepseducatie aangeboden aan mensen die al individuele educatie kregen (1 tot 5 sessies) in het kader van het DPA. Anderzijds werden enkele geïnteresseerde huisartspraktijken aangesproken. Zij stimuleren hun diabetespatiënten om groepseducatie te volgen. Er wordt gestreefd naar groepen van 6 tot 10 personen.

Aantal sessies

Patiënten die al individuele educatie volgden, wonen 5 groepssessies van 2 uren bij om de 2 weken. Drie maanden na de laatste sessie, is er een herhalingsbijeenkomst. Patiënten in de praktijkgebonden educatie, krijgen één intakesessie waarin ook het basiseducatiepakket wordt doorgenomen vóór de start van de groepseducatie.

Opbouw sessies

Het programma vertrekt vanuit de empowerment filosofie. De bedoeling is patiënten te ondersteunen om hun voedings- en/of bewegingsgedrag te veranderen en dit nieuwe gedrag vol te houden. Basiscomponenten zijn assessment van het huidig gedrag met voor- en nadelen, formuleren van individuele specifieke (wat, waar, wanneer, hoe en met wie) en haalbare en doelstellingen, opstellen concreet actieplan, inventariseren mogelijke steun (in eigen kring maar ook in de omgeving), mogelijke problemen en oplossingen, opvolgen en bijsturen van de doelen, informatieoverdracht i.v.m. voeding, beweging en diabetes.

Ondersteuning van de groepssessies

De sessies worden begeleid door een diabeteseducator die ondersteund wordt (inhoudelijke uitwerking + aanwezigheid op bepaalde bijeenkomsten) door een psycholoog, diëtiste en bewegingsdeskundige. Vóór elke sessie wordt een draaiboek opgemaakt en na elke sessie is een debriefing voorzien.

Zijn er al resultaten van het project?

Eén groep (10 diabetespatiënten) heeft vier sessies afgerond. De reacties van de deelnemers zijn positief en ze wensen dat de groepseducaties verder gezet worden in de regio voor andere mensen met diabetes type 2. De opkomst per sessie was goed. Mensen die niet konden aanwezig zijn verwittigden op voorhand en kregen een verslag van de inhoud van de sessie en de opdracht voor de volgende sessie. De meeste deelnemers startten de groepseducatie om steun, motivatie te zoeken en om van anderen te leren.

Momenteel zijn er voldoende deelnemers om een tweede groep op te starten (september 2005).

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

De eerste reeks is een piloot. Na bijsturing zal een draaiboek voor groepseducaties rond voeding en beweging voor mensen met diabetes opgemaakt worden.

Contactgegevens

Naam:	Hilde Bastiaens
Organisatie:	Centrum voor Huisartsgeneeskunde — Universiteit Antwerpen
Adres:	Universiteitsplein 1
Postcode/plaats:	2610 Wilrijk
Tel.	03/820.25.29
E-mail:	Hilde.bastiaens@aua.ac.be
Website:	http://www.zorgtrajectenaalst.be/diabetes/

2.2. Integratie van van het ABC concept 'motivatie tot gezonder gedrag' in ziektepreventie-initiatieven van hulpverleners

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, verpleegkundigen, diëtisten, apothekers, bejaardenhelpsters
Timing: lopend project (afroding verwacht 2008)
Financiën: overheidssubsidie: provinciaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Optimaliseren van een kwaliteitsvolle begeleiding van gedragsverandering voor leefstijlfactoren bij hulpverleners.

Motivering en knelpunten:

Minimale interventies voor begeleiding van gedragsverandering voor leefstijlfactoren kunnen een belangrijke meerwaarde bieden op vlak van gezondheidsbevordering in het algemeen en bij risicogroepen, zoals diabetes, in het bijzonder. De effecten worden merkbaar bij een massale toepassing van deze interventies. De aanpak mbt. tot inhoudelijke thema's en door diverse organisaties is divers. Uniformiteit over thema's en disciplines heen kan de herkenbaarheid en de samenwerking bevorderen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

GVO en vorming van hulpverleners (intermediairen):

- ♦ Afstemming op het Project consultvoeren & gedragsverandering van de WVVH door gebruik te maken van het ABC concept in (project)teksten, voorstellingen en website informatie rond diabetes waarbij de Limburgse LOGO's betrokken worden.
- ♦ De WVVH ABC-informatie naar huisartsen wordt geïntegreerd binnen de lokale diabetest-projecten en in het draaiboek dat de LOGO's ter beschikking stellen van de initiatiefnemers.
- ♦ Op de LOGO website wordt voor alle hulpverleners een aangepaste tekst 'ABC motiveren' aangeboden. De informatie is downloadbaar en begeleiding van training of workshops kan aangevraagd worden.
- ♦ Bijkomende sensibilisatie- en promotiekanalen worden gezocht via lokale Samenwerkingsinitiatieven Thuisgezondheidszorg (ondermeer via de LOGOprojecten rond valpreventie en bewegen).

Zijn er al resultaten van het project?

- ♦ Integratie van het ABC concept voor huisartsen in het diabetest project: medio 2004
- ♦ Integratie van het ABC concept voor alle hulpverleners in obesitas projecten van de eerste en tweedelij: 2005
- ♦ Hulpverleners en ABC motiveren - website informatie: mei 2005. De website promotie werd gestart naar aanleiding van de provinciale Logo-actie '31 mei LimburgRookvrij' .

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Website informatie Limburg: Het ABC motiveren voor hulpverleners.

http://portal.limburg.be/servlet/page?_pageid=3843&_dad=portal30&_schema=PORTAL30

Basistekst en ABC steekkaarten voor huisartsen (WVVH)

<http://www.wvvh.be/Page.aspx?id=447>

Draaiboek voor huisartsen in het kader van DIABETEST (samenwerking met apothekersvereniging Limburg): stroomdiagram en aanpak in de praktijk (LOGOartsen Limburg)

Draaiboek voor huisartsen in het kader van OBESITAS projecten: in ontwikkeling (LOGOartsen Limburg)

LOKmodule(n) voor huisartsen: Motiveren tot gezond(er) gedrag (WVVH)

Artikel Tijdschrift Huisarts Nu - juni 2005: 'Op de grens tussen cure and care - begeleiding van gedragsverandering door de huisarts.'

Congres - symposia : WONCA 2004: Poster / Eerstelijnsymposium 2004: presentatie / WONCA 2005: workshop

Contactgegevens

Naam:	Thijs Gabie
Organisatie:	Limburgs Gezondheidsoverleg - LOGO's Limburg - coördinatie settinggroep hulpverleners
Adres:	Stadsomvaart 9
Postcode/plaats:	3500 Hasselt
Tel.	011/23 08 64
E-mail:	gthijs@limburg.be
Website:	http://portal.limburg.be/servlet/page?_pageid=3843&_dad=portal30&_schema=PORTAL30

2.3. Multidisciplinaire diabetesraadpleging (MDR) in de eerste lijn (Asse)

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, verpleegkundigen (educatoren) diëtisten, podologen
Timing: lopend project
Financiën: eigen, farma-industrie

Projectbeschrijving

De huisarts verwijst type 2 diabetici met een communicatiedossier naar een raadpleging waar een verpleegkundige-educatrice, een voedingsdeskundige en een voetzorgdeskundige een GVO-advies geven.

Doelstelling en doelgroep:

Alle huisartsen, lid van de kring, kunnen aan type 2 diabetici een 'servicepakket' aanbieden: educatie, voedings- en voetzorgadvies in één raadpleging op een centraal adres. De huisarts blijft coördinator. Het MDR-project staat open voor alle paramedici die wensen mee te werken en voldoen aan kwaliteitscriteria. Alle patiënten kunnen geïncorporeerd worden. Het project zorgt voor de logistiek, kwaliteitsondersteuning en evaluatie. Het aanbod is gratis voor de patiënt en laagdrempelig.

Motivering en knelpunten:

Het project biedt de huisarts de mogelijkheid meer tijd te besteden aan de medische kant van diabetes en garandeert kwaliteitsvolle ondersteuning door paramedici (educatie, voeding, voetzorg).

Knelpunten: logistiek (afspraken, lokaal, personeelsbeheer) en financieel (huur van het lokaal, vergoeding voor de paramedici). Motivatie van de huisartsen blijft moeilijk. Interne en externe communicatie zijn tijdsintensief.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

De raadpleging gaat door in HELA (Huis van de Eerste Lijn Asse). Twee verpleegkundigen-educatrices, twee voedingsdeskundigen en drie voetzorgdeskundigen werken mee. Er gebeurt een registratie. Regelmatig wordt geëvalueerd. Er is samenwerking met de diabetologen van het OLV ziekenhuis Aalst.

Glucosemeters worden uitgeleend, een micro-albumine test kan uitgevoerd worden, insuline-toediening wordt getoond. Opvolgcontacten (glucosemeter-ijking, aanleren van zelfmeting, diëetadvies, voetzorg) kunnen gebeuren.

Zijn er al resultaten van het project?

In drie jaar waren er ongeveer 150 patiënten-contacten.

Een kwaliteitsevaluatie na 15 maanden deed onderzoek naar tevredenheid, informatie, communicatie, patiëntenprofiel en verwachtingen van de professionelen naar elkaar. Dat onderzoek bevestigde dat patiënten, huisartsen en paramedici tevreden waren.

Onderzoek naar verbetering van diabetes-parameters in één huisartsenpraktijk bij 30 patiënten die de MDR bezochten, toonde een vermindering van het HbA1c met 13,4 %, van de BMI met 2,46 % en van het totaal cholesterol met 12,37 %.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Artikels in Huisarts Nu (februari 2003). Artsenkrant (1 oktober 2002), Medisfeer (14 november 2002).

Contactgegevens

Naam:	Dirk Wynant
Organisatie:	WTA vzw (Werkgroep Thuisgezondheidszorg Asse)
Adres:	Potteel 15
Postcode/plaats:	1730 Asse
Tel.	02/452.88.03
E-mail:	dirk.wynant@skynet.be
Website:	

2.4. Diabetes in beweging

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, beleid, universiteit, fitness centra
Timing: gepland project (2006)
Financiën: eigen, privaat: 'passage fitness first'

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Alle type 2 diabetici die het belang van bewegen in hun therapie inzien en via het aangeboden programma blijvend gemotiveerd kunnen worden om te trainen. Primair doel is de patiënt een betere levenskwaliteit bieden op korte en lange termijn. Secundair doel is een serieuze kostenbesparing voor patiënt en overheid realiseren.

Motivering en knelpunten:

Beweging vormt één van de hoekstenen van de behandeling van een diabetes patiënt, maar wordt vaak stiefmoederlijk behandeld. Volhouden is dan ook een hele opgave. Welk soort beweging is zinvol, mag ik als individuele patiënt in mijn specifieke situatie doen. Wat zijn de risico's, de kosten,... allemaal vragen die dikwijls leiden tot immobilisme en fatalisme.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Na zorgvuldige medische screening waarbij het risicoprofiel van de individuele patiënt in kaart wordt gebracht, wordt via Passage Fitness First een oefenprogramma aangeboden ism de Vrije Universiteit Brussel. Er wordt geoefend in kleine groepen, frequentie 3x/week (2x begeleid, 1x vrij), ad hand van een progressief opgebouwd programma aan een matige intensiteit. De begeleiding loopt over één jaar met zeer regelmatige follow-up door speciaal opgeleide fitnessinstructeurs, de huisarts en/of endocrinoloog en de sportarts en/of cardioloog. Via het invullen van een online-trainingsdagboek wordt de patiënt dagelijks gevolgd.

Zijn er al resultaten van het project?

Proefproject gepland eind 2005, start eigenlijk project gepland tweede trimester 2006.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Online dagboek is operationeel, gelijklopende projecten in Nederland werden reeds afgerond. Risicostatificatie- en opvolgdocumenten in ontwikkeling. Oefenprogramma staat op punt.

Eén van de hoekstenen voor de behandeling van diabetes type 2 is beweging. Een aantal studies hebben onomstotelijk aangetoond dat bewegen heilzaam is, zowel op korte als op lange termijn. Op korte termijn voelt de patiënt zich subjectief beter, fitter, zijn 'quality of life' neemt beduidend toe. Het gebruik van medicatie, werkverlet, doktersbezoeken nemen drastisch af, hetgeen een belangrijke directe besparing is voor zowel patiënt als overheid. Op lange termijn worden een aantal verwickelingen die zowel de patiënt als de overheid (ziektekosten!) pijn doen, voorkomen of in ernst verminderd.

Na zorgvuldig in kaart brengen van de risicofactoren van elke patiënt wordt een oefenprogramma in een fitnesscentrum (Passage fitness first) opgestart. Dit programma bestaat uit twee begeleide (groeps) oefensessies per week, aangevuld met één niet-begeleide (individuele) sessie, evenwel ook in het fitnesscentrum. De intensiteit wordt geleidelijk opgedreven. Om een blijvende levensstijlaanpassing te bekomen is een programma nodig van minimum één jaar. Patiënten zullen

uitgenodigd en aangemoedigd worden om de volgende jaren eveneens te blijven oefenen (extensieve follow-up tot 60 maanden wordt voorzien). Oefenen aan matige intensiteit gedurende 3x1 uur per week is nodig om effect op glucose en lipidenmetabolisme te bekomen. Tijdens het jaar gebeuren controles op drie niveau's: in het fitnesscentrum door de instructor, driemaandelijks door de huisarts of endocrinoloog, bij aanvang en op einde van elk jaar nazicht door sportarts of cardioloog. Via het invullen van een online-trainingsdagboek worden de deelnemers van zeer kortbij opgevolgd.

Huidige partners van het project zijn Passage Fitness First, Vrije Universiteit Brussel, dienst menselijke fysiologie en sportgeneeskunde (Prof Dr. Hans Keizer, Prof Dr. Romain Meeusen, Dr. Luk Buyse). Met andere partners zoals enkele mutualiteiten werden reeds contacten gelegd. Anderen volgen.

Het proefproject zal van start gaan in de regio Kortrijk. Een eerste overleg met Dr. Gerd Vanhaverbeke, endocrinoloog AZ Groeninge Kortrijk ging reeds door. Overleg met de dienst cardiologie wordt gepland.

Contacten met andere organisaties zoals de Vlaamse Diabetes Vereniging, HZW (Huisartsenkring Zuid-West-Vlaanderen), WVVH,.. zullen gelegd worden in functie van het pilootproject en/of het eigenlijke project.

Tenslotte wensen we in dialoog te gaan met de Vlaamse en Federale Overheid teneinde via bepaalde incentives de diabetici aan te moedigen in dergelijke programma's in te stappen. Het project is dermate geconcipeerd dat het nauwelijks extra directe onkosten voor de ziekteverzekering zal veroorzaken maar daarentegen zowel op korte (medicatie, consultatie,...) als op lange termijn (diagnose en behandeling van verwikkelingen allerhande) een fenomenale besparing moet opleveren. Dit is des te belangrijker daar gezien de vergrijzing van de bevolking, de toename van overgewicht en immobilisme, het kostenplaatje voor diabetes type 2 exponentieel zal toenemen.

Contactgegevens

Naam:	Luk Buyse
Organisatie:	VUB, dienst menselijke fysiologie en sportgeneeskunde
Adres:	Pleinlaan 2 // thuisadres: Spoorwegstraat 114
Postcode/plaats:	1050 Brussel // thuisadres: 8930 Lauwe
Tel.	02/629.22.22 // gsm: 0477/253410
E-mail:	Luk.Buyse@vub.ac.be // dr.buyse.kenis@skynet.be
Website:	www.blits.org

2.5. Stimuleren tot meer beweging

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn huisartsen
Timing: gepland project (2005)
Financiën: overheidssubsidie: federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Aan 130 huisartsen worden stappentellers ter beschikking gesteld als hulpmiddel om diabetespatiënten te motiveren tot voldoende fysieke activiteit. Deze actie loopt in het kader van het Diabetesproject Leuven (gefinancierd door het RIZIV en uitgevoerd door het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KUL) waarbij onderzocht wordt of de gezondheidsuitkomsten bij type 2 diabetespatiënten positief worden beïnvloed door de implementatie van een wetenschappelijk serviceprogramma voor huisartsen. www.diabetesproject.be;

Motivering en knelpunten:

In de organisatie van diabeteszorg is de beïnvloeding van leefstijlfactoren, zoals regelmatige fysieke activiteit (> 5 x 30 minuten per week) belangrijk. Een stappenteller doet dienst als bewustmaker en motivator

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Aan huisartsen worden 3 stappentellers ter beschikking gesteld. De stappenteller wordt eenvoudig bevestigd aan de (broeks)riem en registreert het aantal stappen per dag. 10 000 stappen per dag is het streefdoel. De stappenteller is een praktisch hulpmiddeltje om meer bewegen bij de patiënten ook meer bespreekbaar te maken.

Zijn er al resultaten van het project?

Nee, de toepassing wordt geëvalueerd tijdens een navormingssessie m.b.t. patiëntgericht handelen volgens het conceptuele model van Prochaska & Di Clemente, in oktober 2005.

Contactgegevens

Naam:	Liesbeth Borgermans
Organisatie:	Diabetesproject Leuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
Adres:	Kapucijnenvoer 33
Postcode/plaats:	3000 Leuven
Tel.	0473/991090
E-mail:	info@diabetesproject.be
Website:	www.diabetesproject.be

2.6. Visueel voedings-educatiepakket voor allochtonen met type 2 diabetes

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn huisartsen
Timing: gepland project (2005)
Financiën: overheidssubsidie: federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Het geven van duidelijke basiseducatie over voeding gericht naar allochtonen met type 2 diabetes. Daarbij rekening houden met hun cultuur, eet- en leefgewoonten.

Motivering:

Sterke toename van type 2 diabetes onder de allochtonen.

Knelpunten:

Taalprobleem + vrij veel analfabetisme. Andere eetgewoonten dan wij.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Er werd gekozen voor een visuele voorstelling van:

- ♦ Gezonde voeding
- ♦ Koolhydraten in de voeding
- ♦ Snelle suikers in de voeding
- ♦ Vetten in de voeding
- ♦ Dagschema
- ♦ Gezonde tussendoortjes

Er wordt met foto's en prenten van voedingsmiddelen gewerkt. Deze zijn ingedeeld volgens de voedingspiramide. De diëtiste geeft visuele educatie over het gebruik van vetten (type 2 diabetes hebben meestal overgewicht), maar zeker ook over de koolhydraten en de suikers in de voeding. De mensen krijgen nadien dezelfde visuele infomap (kleur) mee naar huis. Het aantal (Nederlandse) tekst is heel beperkt gehouden en er werd geopteerd om geen vreemde talen te gebruiken (vb. Arabisch,...) zodoende dat deze kaart voor alle allochtonen gebruikt kan worden!

Zijn er al resultaten van het project?

De educatiemap wordt al geruime tijd gebruikt (ongeveer 9 maanden) en heeft heel veel succes.

De allochtonen herkennen duidelijk de prenten (er staan ook hun typische voedingsmiddelen bij), als diëtiste is het ook heel handig omdat de mensen zelf kunnen aanwijzen wat ze eten en op die manier kunnen wij hun voeding aanpassen of bijsturen.

De kaart wordt ondertussen ook vaak gebruikt bij NIET allochtonen, bijvoorbeeld bij analfabeten of mensen met een lager IQ.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Infomap A4 kleur.

Contactgegevens

Naam:	Els Boeynaems
Organisatie:	werkgroep diëtisten ZNA
Adres:	Jan Palfijn ziekenhuis Lange Bremstraat 70
Postcode/plaats:	2170 Merksem
Tel.	03/640.28.04
E-mail:	JP.DIETISTEN@zna.be
Website:	/

2.7. Wat eet een diabeet? Voeding voor mensen met diabetes type 2

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
diëtisten
Timing: lopend project
Financiën: privaat: CM
patiënten

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling: Voeding is één van de belangrijkste peilers in de behandeling van diabetes. Daarom organiseert de dienst gezondheidspromotie van CM Antwerpen een reeks van drie bijeenkomsten.

Een diëtiste vertrekt met duidelijke informatie over het ziektebeeld. Wat is diabetes? Wat loopt er fout? Hoe belangrijk is voeding, beweging en medicatie in de behandeling? Van daaruit wordt er specifiek informatie aangeboden aan de hand van de voedingsdriehoek. Uiteraard wordt er uitgebreid gepraat over de invloed van vetten, suikers, alcohol en koolhydraten.

De derde en laatste sessie is een kookles waarbij de deelnemers een volledig menu klaarmaken... en proeven uiteraard. Zij leren op die manier nieuwe producten kennen en maken soms gebruik van minder vertrouwde kooktechnieken. Op die manier worden zij aangespoord om ook thuis een aantal dingen uit te proberen.

Doelgroep: We richten ons in hoofdzaak naar mensen met type 2 diabetes die recent hun diagnose kregen. Ook zij die al langere tijd diabetes hebben, worden opnieuw gemotiveerd om de draad weer op te nemen.

Uiteraard kan ook een partner de reeks bijwonen.

Motivering en knelpunten:

Diabeten geven aan dat zij nood hebben aan concrete informatie die op een duidelijke manier aangeboden wordt.

Maximum aantal inschrijvingen per reeks: 25 personen.

Deze reeks wordt tweemaal per jaar in Antwerpen aangeboden: in het voorjaar als avondreeks, in het najaar overdag.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

- ♦ documentatiemap voor de deelnemers: brochure VDV, documentatielijst van het infocentrum voor gezondheid van CM met te ontlene boeken over diabetes en een overzicht van publicaties van de VDV
- ♦ informatie door diëtiste aan de hand van een PowerPoint voorstelling
- ♦ laatste sessie: kookles in kleine groepen, eventueel met partner

Zijn er al resultaten van het project?

De deelnemers geven spontaan aan dat dit initiatief hen duidelijkheid geeft en dat ze (opnieuw) gemotiveerd zijn om werk te maken van hun gezondheid.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Voorstellingsfolder van de cursus met voorlopige inschrijvingsstrook.

Gezondheidsfolders: 'Gezond aan tafel', 'Je gewicht in balans', 'Twee kwartier beweegplezier'.

Contactgegevens

Naam:	Ann Fynaerts
Organisatie:	Dienst gezondheidspromotie CM Antwerpen
Adres:	Lange St. Annastraat 40
Postcode/plaats:	2000 Antwerpen
Tel.	03 470 21 53
E-mail:	Gezondheidspromotie.antwerpen@cm.be
Website:	www.cm.be

2.8. Rookstop bij diabetespatiënten

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn huisartsen
Timing: gepland project (2005)
Financiën: Overheidssubsidie: federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Aan 130 huisartsen wordt een pakket ter beschikking gesteld waarmee ze diabetespatiënten kunnen informeren over het rookstopaanbod in de regio Leuven. Dit aanbod bestaat uit informatie over doelmatige rookstopmethoden, groepscursussen, individuele rookstopbegeleiding op maat, een zelfhulppakket en telefonische counseling (STK). Dit gecocördineerde aanbod wordt georganiseerd door LOGO regio Leuven i.s.m. organisaties gespecialiseerd in rookstop.

Deze actie loopt in het kader van het Diabetesproject Leuven (gefinancierd door het RIZIV, en uitgevoerd door het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KULeuven) waarbij onderzocht wordt of de gezondheidsuitkomsten bij type 2 diabetespatiënten positief worden beïnvloed door de implementatie van een wetenschappelijk serviceprogramma voor huisartsen. (www.diabetesproject.be)

Motivering en knelpunten:

In de organisatie van diabeteszorg is de beïnvloeding van leefstijlfactoren, zoals rookstop belangrijk. Door gebruik te maken van hulpmiddelen vergroot de roker zijn kans op een geslaagde stoppoging.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Aan huisartsen worden materialen (pancartes, folders en zelfhulppakketten) ter beschikking gesteld waarmee zij hun patiënten kunnen informeren.

Tijdens een navorming in het kader van het Diabetesproject Leuven heeft deze groep huisartsen reeds kennis gemaakt met de Minimale Interventie Strategie.

Zijn er al resultaten van het project?

Nee, deze actie start in oktober 2005.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Pancartes, folders, zelfhulppakket, website (www.logoleuven.be)

Contactgegevens

Naam:	Liesbeth Borgermans
Organisatie:	Diabetesproject Leuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
Adres:	Kapucijnenvoer 33
Postcode/plaats:	3000 Leuven
Tel.	0473/991090
E-mail:	info@diabetesproject.be
Website:	www.diabetesproject.be

2.9. Feestelijk koken voor diabetici

Opzet: project gericht naar diabetespatiënten
Timing: afgerond project (1997)
Financiën: farma-industrie
voedingsindustrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Gezonde voeding promoten tijdens de feestperiode voor diabetici uit de diabetesconventie van het ziekenhuis.

Motivering en knelpunten:

Aan de hand van de uitwerking van praktische tips een gezonde voeding promoten, ook tijdens een feestperiode.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

In samenwerking met de koks een kookdemonstratie geven, begeleid met commentaar van de diëtiste van het ziekenhuis.

Zijn er al resultaten van het project?

Motivering en inzicht

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Een begeleidende brochure: 'Feestelijk koken voor diabetici', voorzien van uitleg van de gedemonstreerde gerechten. Na de demonstratie kon alles geproefd worden door de aanwezigen

Contactgegevens

Naam:	Dr. De Rudder - Wauman Rita - Deprez Lieve
Organisatie:	Diabetesconventie Sint-Rembertziekenhuis Torhout
Adres:	Sint-Rembertlaan 21
Postcode/plaats:	8820 Torhout
Tel.	050/23.24.02 - 050/23.26.50
E-mail:	socialedienst@AzStRembert.be
Website:	/

2.10. Kookatelier: slaatjes en dipsausjes

Opzet: project gericht naar diabetespatiënten
Timing: afgerond project (1999)
Financiën: subsidie: farma-industrie
voedingsindustrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Gezonde voeding promoten voor diabetici uit de diabetesconventie van het ziekenhuis. Motivering en knelpunten:

Aan de hand van de uitwerking van praktische tips een gezonde voeding promoten.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

In samenwerking met de koks een kookdemonstratie geven, begeleid met commentaar van de diëtiste van het ziekenhuis.

Zijn er al resultaten van het project?

Motivering en inzicht.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Een begeleidende brochure: 'Kookatelier: slaatjes en dipsausjes', voorzien van uitleg van de gedemonstreerde gerechten en met actieve deelname van de conventieleden bij het klaarmaken van de gerechten. Na de demonstratie kon alles geproefd worden door de aanwezigen.

Contactgegevens

Naam:	Dr. De Rudder - Wauman Rita - Deprez Lieve
Organisatie:	Diabetesconventie Sint-Rembertziekenhuis Torhout
Adres:	Sint-Rembertlaan 21
Postcode/plaats:	8820 Torhout
Tel.	050/23.24.02-050/23.26.50
E-mail:	socialedienst@AzStRembert.be
Website:	/

2.11. Vegetarisch koken

Opzet: project gericht naar diabetespatiënten
Timing: afgerond project (2000)
Financiën: subsidie: farma-industrie
voedingsindustrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Gezonde voeding promoten voor diabetici uit de diabetesconventie van het ziekenhuis. Motivering en knelpunten:

Aan de hand van de uitwerking van praktische tips een gezonde voeding promoten.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

In samenwerking met de koks een kookdemonstratie geven, begeleid met commentaar van de diëtiste van het ziekenhuis.

Zijn er al resultaten van het project?

Motivering en inzicht.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Een begeleidende brochure: 'Vegetarisch koken', voorzien van uitleg van de gedemonstreerde gerechten. Na de demonstratie kon alles geproefd worden door aanwezigen. Er was eveneens belangstelling van de plaatselijke pers.

Contactgegevens

Naam:	Dr. De Rudder - Wauman Rita - Deprez Lieve
Organisatie:	Diabetesconventie Sint-Rembertziekenhuis Torhout
Adres:	Sint-Rembertlaan 21
Postcode/plaats:	8820 Torhout
Tel.	050/23.24.02 - 050/23.26.50
E-mail:	socialedienst@AzStRembert.be
Website:	/

2.12. Groepseducatie

Opzet: gericht naar diabetespatiënten
Timing: afgerond project (2004)
Financiën: subsidie: farma-industrie federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Educatie geven aan de diabeten uit de diabetesconventie van het ziekenhuis.

Motivering en knelpunten:

Aan de hand van het organiseren van een educatiemoment op vrijdagmiddag (maandelijks), educatie geven aan de diabeten, en hen motiveren tot preventie en een goede lichaamsverzorging (insulinebehandeling).

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Organiseren van namiddagen (op vrijdag) met het geven van educatie (uitleg Diabetespas, juiste gebruik uitleggen van glucosemeter en insulinepen, de noodzaak van een goede voetverzorging bij diabeten motiveren en een deskundige uitleg van een gezonde voeding bij diabeten).

Zijn er al resultaten van het project?

Inzicht geven van de noodzaak van een goede voorlichting en educatie bij diabeten.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Organiseren van educatiemomenten (op vrijdagmiddag, om de maand): gemiddeld 30 aanwezigen per namiddag.

Contactgegevens

Naam:	Dr. De Rudder - Wauman Rita - Deprez Lieve
Organisatie:	Diabetesconventie Sint-Rembertziekenhuis Torhout
Adres:	Sint-Rembertlaan 21
Postcode/plaats:	8820 Torhout
Tel.	050/23.24.02 - 050/23.26.50
E-mail:	socialedienst@AzStRembert.be
Website:	/

2.13. Gezond aperitieven voor diabetici

Opzet: gericht naar diabetespatiënten
Timing: afgerond project (2005)
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelgroep: diabetesconventiepatiënten regio Waregem

Doelstelling: diabetespatiënten overtuigen en bewust maken dat ook zij kunnen meegenieten van een aangename gezonde voeding.

Motivering en knelpunten:

We willen onze patiënten overtuigen dat zij niet in de kou hoeven te staan wat betreft het gezellig samen aperitieven met anderen....

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Namiddagsessie: we hadden 6 kraampjes opgesteld in onze cafetaria van het ziekenhuis. Per groep van 15 personen schoven de patiënten aan en konden we gedurende 20 minuten bereidingswijze en voedingswaarde van onze culinaire hapjes per kraampje presenteren en degusteren met een aangepast aperitiefje. Tot slot gaven we een voordracht omtrent 'alcohol en diabetes' en overhandigden we de recepten.

Zijn er al resultaten van het project?

De talrijke telefoontjes nadien getuigen van het enthousiasme en dankbaarheid van de patiënten en willen dit elk jaar gerealiseerd zien. Ook de contacten met lotgenoten komt de verwerking van hun diabetes-zijn ten goede. Het komt de motivatie van ons team zeker ten goede.

Contactgegevens

Naam:	Diabetesconventie Waregem Callens Trees (diabeteseducator)
Organisatie:	O.L.V. van Lourdesziekenhuis Waregem
Adres:	Vijfseweg 150
Postcode/plaats:	8790 Waregem
Tel.	056 62 31 11 alg 056 62 35 22 diabetesconventie
E-mail:	Trees.callens@ziekenhuiswaregem.be
Website:	www.ziekenhuiswaregem.be

2.14. Diabetesplatform: omgaan met diabetes

Opzet: project gericht naar diabetespatiënten
Timing: lopend project
Financiën: privaat: Landsbond van Onafhankelijke Mutualiteiten

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling

Het project 'Diabetesplatform: omgaan met diabetes' wil geïdentificeerde diabetici motiveren tot een gezondere levensstijl:

- ♦ motiveren tot meer lichaamsbeweging;
- ♦ motiveren tot gewichtsverlies;
- ♦ motiveren om jaarlijks een minimum aan routinecontroles te laten uitvoeren;
- ♦ het aanbieden van een forfaitaire tegemoetkoming bij de aanschaf van materialen voor zelfcontrole;
- ♦ het centraal plaatsen van de huisarts als zorgcoördinator.

Doelgroep

Tot de doelgroep van dit project behoren leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (aangesloten bij de aanvullende verzekering) die geïdentificeerd zijn als diabeet en voldoen aan volgende 2 voorwaarden:

- ♦ beschikken over een globaal medisch dossier (GMD);
- ♦ beschikken over een diabetespas.

Motivering en knelpunten:

Motivering

De Onafhankelijke Ziekenfondsen willen de diabetesproblematiek op een structurele wijze aanpakken. Het diabetesplatform is geen eindproduct, maar een evoluerend project. Nieuwe incentives, infomodules en terugbetalingen zullen in de toekomst verder geïntegreerd worden om diabetici blijvend te motiveren tot een gezondere levensstijl en een minder maar beter zorgverbruik op lange termijn.

Knelpunten

Sommige doelgroepen zijn moeilijker te bereiken met het platform (personen met een laag bewustzijnsniveau voor de diabetesproblematiek, personen met een laag opleidingsniveau, enz.) Dit knelpunt willen we in de toekomst aanpakken door die doelgroepen te benaderen via intermediairen (verpleegkundigen, sociale dienst van het ziekenfonds, enz.).

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Motiveren tot meer lichaamsbeweging

De Onafhankelijke Ziekenfondsen bieden diabetici type 2 gratis een elektronische stappen-teller aan en een daarbij horend beweegprogramma, dat specifiek werd ontworpen voor diabetici type 2.

Motiveren tot gewichtsverlies

De Onafhankelijke Ziekenfondsen belonen de inspanningen van diabetici met overgewicht (een BMI van 25 of meer) die erin slagen om 5 à 15 % van hun lichaamsgewicht af te slanken en dat nieuwe gewicht minstens 4 maanden te behouden met een impedantiemeter.

Motiveren tot routine-controles

De Onafhankelijke Ziekenfondsen betalen jaarlijks een forfait van 20 euro aan diabetici die tijdens dat jaar alle onderstaande routinecontroles hebben doorlopen:

- ◆ 4x langsgaan bij de huisarts;
- ◆ 2x langsgaan bij de diëtist;
- ◆ 1x langsgaan bij de tandarts (controle van het tandvlees);
- ◆ 1x langsgaan bij de oftalmoloog (controle van de oogfundus);
- ◆ 1 labo-onderzoek (cholesterol, Hba1c, enz.).

De huisarts wordt centraal geplaatst als zorgcoördinator.

Tegemoetkoming bij aankoop van materialen voor zelfcontrole

De Onafhankelijke Ziekenfondsen bieden een forfaitaire tegemoetkoming (max. 50 euro) bij de aanschaf van een glucosemeter (voor personen die niet de voordelen van een diabetes-conventie genieten).

Zijn er al resultaten van het project?

De eerste resultaten worden verwacht eind 2005. Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

- ◆ 'Omgaan met diabetes': Een publicatie die de voordelen voor diabetici type 2, aangesloten bij de aanvullende verzekering van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, op een rijtje zet.
- ◆ 'Leven met diabetes': Een [publicatie](#) van de dienst gezondheidspromotie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, met nuttige leefstijladviezen en tips voor diabetici en hun omgeving.
- ◆ 'Diabetes en beweging': Een publicatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen die tot stand kwam in samenwerking met MyFitplan en de Vlaamse Diabetes Vereniging vzw.
- ◆ 'De diabetische voet': Een publicatie van de dienst gezondheidspromotie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. De folder zet het belang van voetverzorging bij diabetici in de kijker om het optreden van complicaties (diabetische voet) tegen te gaan.
- ◆ 'Gezonde voeding': Een publicatie van de dienst Gezondheidspromotie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, met nuttige tips voor een gezonde en evenwichtige voeding, gebaseerd op de actieve voedingsdriehoek.
- ◆ 'Als het leven je nauw aan het hart ligt': Een [publicatie](#) van de dienst Gezondheidspromotie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen met nuttige leefstijladviezen en tips om hart- en vaatziekten tegen te gaan.

Contactgegevens

Naam:	Dhr John Decleyn
Organisatie:	Onafhankelijke Ziekenfondsen
Adres:	Sint-Huibrechtsstraat 19
Postcode/plaats:	1150 Brussel
Tel.	02-778 92 11
E-mail:	john.declevn@mloz.be
Website:	www.mloz.be

2.15. Kookcursus ‘gezonde voeding’ voor kansarmen

Opzet: gericht naar diabetes patiënten
Timing: lopend project
Financiën: overheidssubsidiëring: lokaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Vertrekkende vanuit de voedingsdriehoek krijgen kansarmen de basisprincipes van gezonde voeding mee. Nadruk wordt gelegd op eenvoudig, gezond en goedkoop koken.

Vanuit een bestaande groep kansarmen - die mekaar al een beetje kennen - heeft dit project meer kans op slagen. Kansarmen-organisaties, OCMW en Centra voor Basiseducatie zijn daarom de ideale partners om deze activiteit te organiseren en ons bij te staan in de begeleiding.

Motivering en knelpunten:

De vraag om dit project op te starten kwam van Open School Noord-Antwerpen. In overleg met hen, een ervaren diëtiste en het Logo kwam een pilootproject tot stand. Na bijsturing en evaluatie werd dit pilootproject herhaald bij een 2de groep kansarmen. Nu is het beschikbaar om lokaal te implementeren. Grootste knelpunten zijn het bereiken van de lokale kansarmen en de beperkte financiële middelen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Dit project bestaat uit een lessenreeks van 6 kookactiviteiten. Telkens een 1/2 dag om de 14 dagen, gegeven door een ervaren diëtiste. Elke activiteit begint met een stukje theorie. Daarna wordt in het praktijkgedeelte samen gekookt, gegeten en opgeruimd. Een kleine nabespreking volgt met prijsberekening. Telkens krijgen de cursisten een opdracht mee naar huis.

Zijn er al resultaten van het project?

Door dit project zijn er op korte termijn kook- en eetgedragsveranderingen bij doelgroep bereikt.

Succesfactoren zijn:

- ♦ Vertrekken van een bestaande groep kansarmen
- ♦ Werken met een kleine groep van max. 10 deelnemers
- ♦ Expertise van groepsbegeleiding
- ♦ Expertise van een ervaren diëtiste
- ♦ Continuering van de lessenreeks (1x per maand samen koken)

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Handleiding voor de diëtisten met lesscenario, PowerPoint presentatie, recepten en nodige materialen om deze lessenreeks te kunnen geven. Documentatie voor de cursisten.

Contactgegevens

Naam:	Greet Henderickx
Organisatie:	Logo Antwerpen Noord
Adres:	Hof Van Delftlaan 46 E
Postcode/plaats:	2180 Ekeren
Tel.	03/605 15 82
E-mail:	greet@logoantwerpennoord.be

Website:

www.logoantwerpennoord.be (najaar 2005)

2.16. Aan tafel 'Fruit of friet'

Opzet: project gericht naar diabetespatiënten
Timing: lopend project
Financiën: overheidssubsidiëring: lokaal
private subsidiëring: farma-indsutrie
voedingsindustrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling:

- ◆ Deelnemers correcte informatie en basiskennis verstrekken over de gezondheidsboodschappen vervat in de voedingsdriehoek
- ◆ Algemene bevolking en specifieke doelgroepen bewust maken van het belang van gezonde voeding.
- ◆ Op 5 jaar tijd alle gemeenten van de regio Zuiderkempen (13 gemeenten) zo ver krijgen dat ze een lokaal evenement van het project 'Aan Tafel' in hun gemeente organiseren.

LOGO Zuiderkempen moedigt de organisator aan om een evenwichtig programma op te stellen om op deze manier zoveel mogelijk verschillende doelgroepen te bereiken. Hiervoor krijgen ze ondersteuning van het logo en kunnen ze rekenen op voedingsdeskundigen die het project kennen en de juiste begeleiding kunnen geven.

Doelgroep:

Algemene bevolking: jongeren vanaf 10 jaar, volwassenen, senioren en specifieke doelgroepen: personen met een handicap, kansarmen, verenigingen, sporters,...

Motivering en knelpunten:

Motivering:

De vraag om het project te ontwikkelen is gekomen van de gemeente Herentals. Zij wilden graag een rondreizende tentoonstelling die een sensibiliserend karakter had voor de algemene bevolking over gezonde voeding. Daar dit veel energie vraagt van één gemeente wilden ze door middel van het bestaande platform van regionaal overleg de krachten en kosten bundelen en één project ontwikkelen waar alle gemeenten van de Zuiderkempen gebruik van konden maken.

Logo Zuiderkempen heeft de coordinatie van het project op zich genomen:

- ◆ Op zoek gaan naar de nodige financiële middelen.
- ◆ Inhoudelijke uitwerking van het project. Hiervoor is samengewerkt met VIG, NICE, NUBEL en VVVD.
- ◆ Uitwerking en uitvoering van het materiaal. Dit gebeurde in samenwerking met grafisch bureau Biss uit Herentals.

Knelpunten:

Als een gemeente dit evenement wil laten slagen is een degelijke voorbereiding noodzakelijk. Hiervoor moet voldoende tijd (kunnen) genomen worden. Er moet een goed en evenwichtig programma gemaakt worden. Doelstelling van het lokaal evenement bepalen, wie, wat en hoe alles uitgevoerd moet worden.

Er moet voldoende personeel en vrijwilligers aanwezig zijn om alles in goede banen te leiden en het programma dat opgesteld werd te kunnen uitvoeren.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Het project bestaat uit 7 speltafels met bijhorende banken. Iedere tafel stelt een groep van de voedingsdriehoek voor. Groenten en fruit staan op één tafel. Iedere tafel is voorzien van een spelvorm. Door het spel uit te spelen kom je alle belangrijke informatie te weten over deze groep van de voedingsdriehoek. De bovenkant van de tafels en banken is bedekt met laminaat waarin beelden en spelvormen verwerkt zijn. Op de banken staat bijkomende informatie over de producten die horen tot die voedingsgroep of bevat antwoorden op stellingen die opgenomen zijn in de tafel. Elke tafel heeft een doorlooptijd van ongeveer 10 minuten. Je kan aan eender welke tafel starten, de 7 tafels uitspelen duurt ongeveer 70 minuten. LOGO Zuiderkempen heeft een pool van voedingskundigen die het spel kennen en kunnen zorgen voor een professionele begeleiding van de bezoekers.

Zijn er al resultaten van het project?

Reeds 3 gemeenten van de regio Zuiderkempen (Herentals, Geel en Mol) hebben het project georganiseerd.

Dit was in het weekend toegankelijk voor de algemene bevolking.

Tijdens de week kwamen scholen, socio-culturele verenigingen, senioren, personen met een handicap, kansarmen,... aan bod.

Sterke punten:

- ◆ een goede organisatie met voldoende personeel en vrijwilligers,
- ◆ voldoende contactpersonen voor de verschillende doelgroepen,
- ◆ professionele begeleiding,
- ◆ materiaal 'de tafels met banken' dat erg aanspreekt voor alle bereikte doelgroepen
- ◆ aanbod op maat is mogelijk:
 - ✓ In Geel hebben de scholen de tentoonstelling afzonderlijk kunnen huren
 - ✓ In Mol wordt gekozen voor een beperkt doelpubliek en wil men het programma repetitief aanbieden aan enkele doelgroepen

Knelpunten:

- ◆ Scholen zorgen niet altijd voor voldoende begeleiding door leerkrachten
- ◆ Erg arbeidsintensief en lange voorbereiding
- ◆ Groepsgrootte werd soms onderschat

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Ondersteunende publicaties en promotiemateriaal

Contactgegevens

Naam:	Leurs Mieke
Organisatie:	Logo Zuiderkempen
Adres:	Larum 30
Postcode/plaats:	2440 Geel
Tel.	014 — 72 37 60
E-mail:	mieke.logozk@pandora.be
Website:	

2.17. Preventie van diabetes door gezonde voeding

Opzet: gericht naar diabetespatiënten
Timing: afgerond project
Financiën: overheidssubsidie: lokaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling:

Algemene bevolking voorlichten.

De gunstige invloed van leefstijlfactoren aantonen vanuit 'gezonde voeding' in het voorkomen van diabetes.

Het publiek motiveren om een stap te zetten naar een gezondere leefstijl.

Doelgroep:

Algemene bevolking/personen met diabetes en hun familie

Motivering en knelpunten:

Motivering:

Overgewicht en diabetes nemen alsmaar toe. Vandaar de insteek voor dit gezondheidsthema.

Knelpunten:

Hoe het juiste doelpubliek op de hoogte brengen van deze voordrachten?

Door zowel een uitnodiging per bus te laten toekomen als door via de artsen en apothekers de diabeten en hun familie een uitnodiging mee te geven.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Er werd voor een voordracht gekozen. Deze bestond uit drie onderdelen.

- ♦ leefstijlfactoren hebben een gunstige invloed op de gezondheid, hier werd het luik gezonde voeding uitgelicht.
- ♦ slechte leefstijlfactoren kunnen de gezondheid schaden, medische complicaties worden toegelicht vnl. hart- en vaatziekten en diabetes.
- ♦ een samenvattende positieve boodschap wordt naar het publiek overgebracht.

Materialen:

- ♦ PowerPoint voorstelling
- ♦ standje VDV
- ♦ infomapje per deelnemer (voedingsdriehoek / VDV / test rond diabetes)

Zijn er al resultaten van het project?

De opkomst was zeer goed op de avond zelf.

Een evaluatieformulier werd op de avond zelf aan het publiek uitgedeeld.

2/3 heeft formulier ingevuld.

Op de 84 antwoorden zijn slechts drie mensen die geen actie zullen ondernemen naar de toekomst toe. De overgrote meerderheid gaf aan in de toekomst te willen werken aan gezonde voeding en/of meer bewegen. Een vijftal mensen gaf aan het roken te willen stoppen. Het doel mensen aan te zetten tot een gezondere leefstijl lijkt alvast succesvol.

Contactgegevens

Naam:	Linde Campe / Annick Desmet
Organisatie:	Logo Zuid-Oost-Vlaanderen
Adres:	St.-Jozefsplein 2
Postcode/plaats:	9700 Oudenaarde
Tel.	055/ 23 23 83
E-mail:	Linde.campe@pandora.be / logoannick@pandora.be
Website:	www.logozov.be

Logo's in Vlaanderen en Brussel

<http://www.vigez.be/index.php?page=99>

3. Medicamenteuze behandeling

3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, apotheker
Timing: lopend project
Financiën: subsidie: verschillende vormen van subsidie

Projectbeschrijving

We geven hier om een overzicht van diverse diabetesprojecten. Het merendeel van de projecten werd met eigen middelen gefinancierd. Voor het Limburgs project werden lokale middelen gebruikt, naast eigen private middelen.

Aangezien dit abstract een overzicht geeft van de diverse diabetesprojecten die binnen het Vlaams Apothekers Netwerk gaande zijn, is het nagenoeg onmogelijk de opgegeven rubrieken strikt te volgen. Een aantal van de vermelde projecten worden vanuit de diverse beroepsverenigingen afzonderlijk belicht volgens de vooropgestelde richtlijnen voor abstracts.

Doelstelling en Motivering

Binnen het Vlaamse apotheeklandschap zijn er heel waardevolle diabetesprojecten gaande, waarin de nadruk voornamelijk ligt op sensibilisering en doorverwijzing van risicopatiënten naar de huisarts, alsook op therapietrouwopvolging van diabetespatiënten. Gemiddeld krijgt een apotheek dagelijks een 100-tal patiënten over de vloer. De apotheker is bijgevolg ideaal geplaatst om patiënten te wijzen op risicofactoren van diabetes. Als geneesmiddelen-specialist kan hij daarenboven, mede dankzij een sterk wetenschappelijk uitgebouwde softwareondersteuning, de patiënt begeleiden bij de geneesmiddeleninname met als doel de therapietrouw te optimaliseren.

Vanuit VAN (Vlaams Apothekers Netwerk) werd een diabetesoverlegplatform opgericht om alle regionale projecten in kaart te brengen. (Alle beschikbare kennis en materialen wordt in een farmaceutische zorg standaard diabetes geglobaliseerd om de implementatie ervan op grotere schaal te bevorderen.)

Gerealiseerde materialen

In de projecten werd heel wat nuttig materiaal aangemaakt door de diverse beroepsverenigingen. Dit materiaal wordt momenteel geïnventariseerd door het diabetesoverlegplatform. Van hieruit wordt een globaal wetenschappelijk dossier aangemaakt, om nadien in intercollegiale overlegmeetings te gebruiken. De focus hierbij ligt op farmaceutische zorg aspecten zoals sensibilisering, geneesmiddeleninfo bij eerste en tweede uitgave en therapiebewaking en therapie-opvolging.

Resultaten

De resultaten en bevindingen van de voornaamste nog lopende projecten worden tijdens het diabetes-symposium in afzonderlijke presentaties belicht.

Conclusie en toekomstperspectieven

Er is lokaal duidelijk heel wat gaande rond sensibilisering van risicopatiënten en secundaire preventie van diabetescomplicaties. Een inventarisatie door het diabetes-overlegplatform biedt de mogelijkheid de relevante zaken uit de verschillende de projecten te selecteren en te globaliseren tot een adequate farmaceutische zorg standaard voor diabeteszorg.

Overzicht van diverse projecten

Beroepsvereniging	Projectomschrijving	Multidisciplinair aspect	Meting?	Project-fase
AVLVA	Opvolging therapie	Naar aanleiding van RIZIV dubbelproject	Niet voorzien	Lopend
BAF Leuven	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sensibilisering ◆ MFO bij moeilijk controleerbare patiënten 	Naar aanleiding van RIZIV dubbelproject (Deelname stuurmeetings - overleg kringverantwoordelijken huisartsen)	Periodieke evaluatie bij deelnemende apothekers	Lopend
BAF Halle	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sensibilisering ◆ Medewerking infosessies patiënten 	Maandelijks deelname overlegmeetings huisartsen.	Niet voorzien	Lopend
KAVA	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Doorverwijzing risicopatiënten ◆ Therapiebegeleiding 	'Verwijsbrief' van apr. naar huisarts Niet voorzien	Aantal doorverwijzingen + tevredenheid apr. Implementatiegraad project/gebruik materiaal	Afgerond 2002 Afgerond 2003
KLAV	Sensibilisering	i.s.m. lokale huisartsen	Impact	Lopend
KOVAG	Farmaceutische Zorg (nadruk op therapiebegeleiding)	i.s.m. Faculteit Geneeskunde en Farmacie RU Gent	Cohortstudie met controlegroep	Opstart-fase
APB - diabetes overlegplatform	Aanmaak wetenschappelijk dossier en didactisch materiaal	Ronde tafel apothekers-huisartsen-endocrinologen ter validatie van het dossier.	Niet voorzien	Aanmaak-fase

APB: Algemeen Pharmaceutische Bond;
 AVLVA: Apothekersvereniging van het Land van Aalst;
 BAF: Brabants Apothekers Forum;
 KAVA: Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen;
 KLAV: Koninklijke Limburgse Apothekersvereniging;
 KOVAG: Koninklijke Vereniging van Apothekers uit Gent.

Contactgegevens

Naam:	L.Leemans, M. Dethier, I. Dewulf, E. Foulon, M. Haems, E. Mehuys, D. Segaert, B. Stubbe & H. Deneyer
Organisatie:	VAN: Vlaams Apothekers Netwerk - APB
Adres:	Stevinstraat 137
Postcode/plaats:	1000 Brussel
Tel.	02/285.42.00
E-mail:	deneyer.hilde@mail.apb.be of lies.leemans@baf.be
Website:	www.apb.be

3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, apotheker
Timing: lopend project
Financiën: subsidie: eigen

Projectbeschrijving

Inleiding en doelstelling

Medio januari 2005 startte in regio Leuven in opdracht van het RIZIV een multidisciplinair diabetesproject, gecoördineerd door huisartsen. De apotheker ontbrak aanvankelijk in het gehele plaatje. Nochtans komen diabetespatiënten, gezien de laagdrempeligheid van een apotheek, zeer vaak met gezondheids- en medicatiegerelateerde problemen in de eerste plaats naar hun huisapotheker. Die kan m.a.w. een zeer belangrijke rol spelen bij het sensibiliseren van risicopatiënten en doorverwijzing naar huisarts of andere zorgverstrekkers uit de eerste lijn. Daarenboven is hij ideaal geplaatst om de therapie op te volgen en te begeleiden. Doel hiervan kan dan zijn om de therapietrouw te optimaliseren, interacties of bijwerkingen te inventariseren en deze dan door te spelen naar de behandelende arts. Het doel van dit apothekersproject is bijgevolg tweezijdig: enerzijds wensen we een bijdrage te leveren aan het artsproject via sensibilisering van de apothekers, anderzijds hopen we via het aanreiken van geneesmiddelen verbruikprofielen naar de arts toe onze rol als geneesmiddelenspecialist te profileren en het overleg met artsen te optimaliseren.

Doelgroep

Voor het project werden die apothekers aangeschreven die behoren tot de regio waar het huisartsenproject (regio Leuven) doorgaat.

Motivering

Via dit project hopen we vooral de apotheker een plaats te geven in de multidisciplinaire begeleiding van chronische zieken, in eerste instantie diabetespatiënten.

Knelpunten

In overleg met de projectcoördinatoren van het huisartsenproject wordt de rol van de apotheker enigszins beperkt, waardoor de werkelijke waarde van farmaceutische zorg binnen een dergelijk multidisciplinair project niet kan gekaderd worden.

Gebruikte methoden en materialen

Ondersteunend educatief materiaal werd aangemaakt (sensibiliseringsfolders, -posters, baliefiche rond orale antidiabetica en gestandaardiseerde geneesmiddelengebruikprofielen ter communicatie met de arts). Tijdens drie interactieve infoavonden werden de apothekers geïnformeerd over allerlei diabetesgerelateerde aspecten en werd hen aangeleerd hoe het materiaal te gebruiken. Er vond tot op heden één overlegmeeting plaats tussen de diabetes-werkgroep BAF (Brabants Apothekers Forum) en kringverantwoordelijken van de huisartsen. Vanaf februari 2005 startten de apothekers een sensibiliseringscampagne, waarbij gebruik gemaakt wordt van eerder gevalideerde informatiefolders⁴. De huisartsen worden binnen hun projectkader aangemoedigd om bij de

⁴ S. Simoens et al. (2005) Promoting targeted screening for type 2 diabetes mellitus: the contribution of community pharmacists. *Diabetes Medicine* 22: 812-815.

deelnemende huisapothekers een geneesmiddelengebruikprofiel aan te vragen, wanneer zij medicatiegerelateerde problemen vermoeden. Aan de apothekers wordt gevraagd interacties met patiënten en artsen rond diabetes te registreren in hun softwareprogramma.

Momenteel wordt met alle Vlaamse softwarehuizen overleg gepleegd rond de implementatie van een elektronisch geneesmiddelengebruikprofiel, dat een waardevol instrument kan worden in het MFO-overleg enerzijds en in de communicatie tussen arts/apotheker en patiënt anderzijds.

Resultaten

Ongeveer 1/3 van de apotheken uit de onderzoeksregio neemt deel aan het project, wat neer komt op 36 apotheken en 61 apothekers. Een tussentijdse evaluatie toont aan dat de apotheker tijdsgebrek als grootste hinderpaal ziet voor het actief sensibiliseren. Sommigen geven toe dat ze patiënten niet altijd durven wijzen op de risicofactoren en dat extra communicatietraining geen overbodige luxe zou zijn. Er blijkt jammer genoeg nog maar zeer weinig of geen interactie te hebben plaatsgevonden tussen huisartsen en apothekers. Nochtans bezit de huisapotheker over waardevolle therapiegerelateerde informatie, die bij de globale diabetesbehandeling zeker van nut kan zijn. In het najaar moeten de eerste lokale overleginitiatieven binnen dit project van start gaan, in de hoop beide beroepsgroepen dichter bij elkaar te brengen.

Co ntactgegevens

Naam:	L.Leemans, H. Deneyer, L. Borgermans,B. Bauche , S. Decoster, M. Naegels, A. Van Hellemont,,L. Zwaenepoel, J.J. Vanden Daelen
Organisatie:	BAF- Brabants Apothekers Forum
Adres:	Leopold I Straat 24-26
Postcode/plaats:	3000 Leuven
Tel.	016/23.88.19
E-mail:	denever.hilde@mail.apb.be of lies.leemans@baf.be
Website:	www.baf.be

3.3. Insuline-opstart in de eerste lijn: evaluatie van model 'gedeelde zorg'

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, educatoren
Timing: opend project
Financiën: overheidssubsidie: federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Het project wil de haalbaarheid en effectiviteit van insuline-opstart nagaan in een regionaal ontwikkeld model van gedeelde zorg.

Doelgroep: diabetes mellitus type 2 patiënten met HbA1c > 7,5 % onder maximale orale therapie.

Motivering en knelpunten:

Diabetes type 2 is een progressieve aandoening. Een belangrijk percentage diabetes type 2 patiënten ontwikkelt secundair falen op orale therapie en zal in de loop van de aandoening insuliner therapie nodig hebben. Door het vooropstellen van scherpere streefwaarden neemt de groep diabetespatiënten waarbij insuline aangewezen is toe. Het opsplitsen van de zorg tussen de eerste en de tweede lijn op basis van de nood aan insuline wordt momenteel in vraag gesteld. Onderzoek heeft aangetoond dat mits invulling van de noodzakelijke randvoorwaarden insuline-opstart haalbaar en effectief is in de eerste lijn.

In de huidige zorgcontext betekent het toevoegen van insuline aan de therapie dat de patiënt naar de tweede lijn moet verwezen worden. Het recht op terugbetaling van zelfcontrole materiaal, een essentiële randvoorwaarde voor insuline-opstart, hangt samen met het inschrijven in de conventie van een ziekenhuis. Sinds april 2003 kunnen de huisartsen voor ondersteuning bij insuline-opstart beroep doen op referentieverpleegkundigen diabetes werkzaam in de eerste lijn. In de praktijk wordt hier weinig gebruik van gemaakt. In het kader van het Diabetesproject Aalst⁵ is een deelproject uitgewerkt rond insuline-opstart.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Een zorgcoördinator en twee diabeteseducatoren zijn aangeworven op het niveau van het Samenwerkingsinitiatief Thuiszorg en functioneren vanuit een centrum gelokaliseerd in de regio. Onder impuls van de zorgcoördinator en de diabeteseducatoren zijn in de regio intra-disciplinaire werkgroepen gevormd. Bij het insuline-opstart project zijn vooral de werkgroepen van de huisartsen, specialisten en (referentie)verpleegkundigen betrokken. In een eerste fase is een lijst gemaakt van knelpunten en noden rond insuline-opstart. In een tweede fase zijn voorstellen uitgewerkt om de randvoorwaarden voor insulineopstart in de eerste lijn in te vullen. Via consensus werd beslist om in een eerste fase enkel de opstart met één injectie op te nemen. Een interdisciplinair protocol voor insuline-opstart in de eerste lijn werd ontwikkeld. Taak- en werkafspraken met verpleegkundigen en educatoren zijn gemaakt. Telefonische ondersteuning vanuit de tweede lijn is voorzien. Patiënten kunnen op verwijzing van de huisarts in het centrum terecht voor educatie en zelfcontrole materiaal. Het aanbod is gratis voor de duur van het project. De verwijzende huisarts blijft de coördinator van de zorg. Een opleidingsmodule insuline-opstart is uitgewerkt door de werkgroep huisartsen en specialisten.

⁵ Het DPA is een regionaal project gefinancierd door het RIZIV (KB 22-06-2001) met als doelstelling de overheid te adviseren met betrekking tot de organisatie van de zorg voor chronisch zieken in de eerste lijn, in casu diabetes type 2 patiënten.

Zijn er al resultaten van het project?

De huisartsen kunnen sinds 1 februari 2005 patiënten verwijzen voor insuline-opstart.

De opleidingsmodule rond insuline-opstart werd door 51 van de 91 huisartsen uit de regio gevolgd. De patiënten die zich aanbieden worden opgevolgd in een cohortstudie. Het project wordt geëvalueerd met aandacht voor de werkbaarheid van het protocol, de participatiegraad van de regio en de tevredenheid van de patiënt.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Sunaert P, Feyen L, Jenkins L, Snauwaert B, Bastiaens H, Wens J, De Maeseneer J, Van Royen P. Ontwikkelen van een interdisciplinair zorgprotocol voor insuline-opstart in de eerste lijn. Abstract Zesde Eerstelijns Symposium De eerste lijn 'in-team'. Leuven, 2005

Contactgegevens

Naam:	Sunaert Patricia
Organisatie:	Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent
Adres:	De Pintelaan, 185
Postcode/plaats:	9000 Gent
Tel.	09/2403647
E-mail:	patricia.sunaert@UGent.be
Website:	

3.4. Insulinestart bij type 2 diabetes: een medische en organisatorische uitdaging

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen
Timing: gepland project (2006)
Financiën: subsidie: farma-industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Tijdig insuline starten in type 2 diabetes, HABO (huisartsen van Brugge en omstreken)

Motivering en knelpunten:

Zowel voor huisarts als voor specialist zijn er hinderpalen voor insulinestart. Na fase van motiveren van patiënt kan de specialist beroep doen op diabetesverpleegkundigen die de praktische hindernissen nemen. Voor de huisarts(engroep) is er veel extra werk: de organisatie van aanschaf van pen, glucosemeter en de organisatie van educatie van patiënt is een intensief gebeuren waarbij de huisarts best over theoretische maar ook uitgebreide praktische informatie beschikt.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

2 interactieve sessies (werkgroepen) met hoofddoel:

Sessie 1:

- ◆ Inhoud: selectie van patiënten die in aanmerking komen voor behoud van orale antidiabetica en toevoeging van 1 insuline-injectie
- ◆ Insulinestart, medische en praktische aspecten
- ◆ Actoren:
 - ✓ 1. endocrinoloog (huisartsvertegenwoordiger) cfr inhoud: doelgroep voor 1 insuline-injectie naast orale, titreren van insuline bij 1 injectie
 - ✓ 2. educator of referentieverpleegkundige, vertegenwoordigster industrie glucosemeter: glucosemeter praktisch
 - ✓ 3. vertegenwoordigster van overkoepelend orgaan thuiszorg: insulinepen praktisch, verpleegkundige oproepen praktisch
- ◆ Materialen en middelen: te bevragen bij industrie pennen en glucosemeter (? demonstratietafels na werkgroepen waarbij de verschillende thuisverpleegkundigen, industrieën, zelfstandige diëtisten zich kenbaar kunnen maken en contactgegevens doorgeven)

Sessie 2:

- ◆ Optimalisatie insulinetherapie, eventueel gebruik van insuline analoog
- ◆ Actoren:
 - ✓ 4. huisartsvertegenwoordiger geeft feedback over gunstige zaken en hiaten in plan van sessie 1
 - ✓ 5. endocrinoloog: geeft feedback
 - ✓ 6. in aansluiting met interactieve sessie 2 wordt een beurs opgesteld zodat verdere kennismaking mogelijk is met alle specifieke groepen van thuisverpleegkundigen, met andere firma's betreffende glucosemonitoring, met insulinefirma's

Zijn er al resultaten van het project?

- ◆ Overeenkomst tussen 6 endocrinologen of internisten met bijzondere endocrino interesse om de werkgroepen te leiden volgens een gelijkaardig protocol
- ◆ Afspraak endocrinologen en huisartsvertegenwoordiging voor planning van verdere organisatie

Contactgegevens

Naam:	Annick Van den Bruel (endocrino)
Organisatie:	Endocrinologen Brugge en omstreken en HABO
Adres:	AZ Sint Jan Brugge Ruddrshove 10
Postcode/plaats:	8000 Brugge
Tel.	050452330
E-mail:	annick.vandenbruel@azbrugge.be
Website:	

3.5. Maximale aanpak van type 2 patiënten overeenkomstig de WVVH aanbeveling

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: lopend project
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

In dit praktijkproject willen we nagaan in hoeverre de type 2-diabetespatiënten binnen de praktijk een maximale aanpak krijgen overeenkomstig de richtlijnen beschreven in de nieuwe WVVH-aanbeveling. Na deze toetsing zullen voor de praktijk adviezen worden geformuleerd voor kwaliteitsverbetering.

De doelgroep bestaat uit alle type 2-diabetespatiënten binnen de huisartsenpraktijk Koepoort, Antwerpen Centrum.

Motivering en knelpunten:

Het project werd gestart als praktijkproject van de HIBO en haar praktijkopleiders.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Via het zoekstelsel van Sosoeme werden alle type 2-diabetespatiënten uit het databestand gehaald. We zochten via de zoektermen 'niet-insuline afhankelijke diabetes mellitus' en 'diabetes', waarna we zelf de type 2 diabetespatiënten eruit haalden. De registratie gebeurde retrograad aan de hand van het registratieformulier van het diabetesproject UA-UGent bij alle type 2-diabetespatiënten in de praktijk.

Voor de statistische verwerking gebruikten we het programma SPSS for Windows versie 12.0.

Zijn er al resultaten van het project?

Er werden 49 patiënten geregistreerd. 11 ervan vertoonden complicaties.

Van deze 49 patiënten waren er 16 niet-rokers, 9 rokers, 8 ex-rokers en van 16 patiënten was het rookgedrag onbekend.

De diabetespatiënten hadden een gemiddelde HbA1c van 7.5, een gemiddelde BMI van 30 en een gemiddelde bloeddruk van 130/76.

Met behulp van de ukdps-risicocalculator (www.dtu.ox.ac.uk/riskengine) gingen we na wie een maximale aanpak nodig had.

Wat betreft het opstarten van een statine en/of aspirinederivaat, bleken 6 patiënten overbehandeld en 15 patiënten onderbehandeld te zijn. Bij 21 patiënten dienen we ook de globale aanpak te herbekijken, met name het nastreven van een optimale bloeddruk en glycemie. Dertien patiënten kregen een optimale aanpak, zowel voor het opstarten van een statine en/of aspirinederivaat als voor de optimale controle van glycemie en bloeddruk.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Volgens de nieuwe richtlijnen krijgen slechts 13 van de 48 patiënten een optimale aanpak. Bij 15 patiënten dient het opstarten van een statine en/of aspirinederivaat overwogen te worden. Bij 21 patiënten dient bovendien ook een betere controle van bloeddruk en glycemie op de agenda te staan.

Mogelijke oplossingen om de maximale aanpak in de toekomst te verbeteren zijn:

- ◆ het inbouwen van de risicocalculator in het EMD en verder uitwerken van een aparte fiche voor diabetespatiënten
- ◆ het systematisch noteren van het aspirinegebruik in het EMD

Om de werkzaamheid van deze maatregelen na te gaan, dienen we in tweede instantie opnieuw te registreren in hoeverre het aantal patiënten met maximale aanpak is toegenomen.

Contactgegevens

Naam:	Van Puyenbroeck Karolien
Organisatie:	Huisartsengroep Koepoort
Adres:	Lange Koepoortstraat 29
Postcode/plaats:	2000 Antwerpen
Tel.	03/2334664
E-mail:	Karolien.Vanpuyenbroeck@telenet.be
Website:	http://www.huisartsengroepkoepoort.be

3.6. Clinical trials in primary healthcare networking

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen
Timing: gepland project (2006)
Financiën: subsidie: farma-industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Het opzetten van een piloot project in de eerstelijns. Uitvoeren van Clinical Trial Phase III, geneesmiddelenonderzoek.

Opbouwen van een netwerk van eerstelijns artsen (huisartsen), met een coördinerend arts. Een netwerk van artsen, binnen de LOK, engageerden zich om te participeren aan een clinical trial phase III. Een principal investigator kon deze trial binnen de LOK-groep coördineren. De huisartsen in het netwerk deden het minimum werk: klinisch onderzoek, bloedname en invullen CRF (Clinical Record Form).

De coördinerende arts (principal investigator) nam volgende taken op zich: (1) de volledige administratie, (2) contactname met de sponsor (farma), zowel telefonisch als e-mail, (3) bloedname behandeling, manipulatie en verzending, (4) medicatie randomisatie, stockage en beheer, (5) ambulante bloeddrukmeting, (6) monitoring, (7) algemene begeleiding van de collega's.

Doelgroep: huisartsen, LOK-groep, diabetes-patiënten

Motivering en knelpunten:

Geneeskundig farmacologisch handelen kan maar een evolutie kennen, als farmaceutische research nieuwe horizonten opent. De weg naar de ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel is lang. Clinical Trials zijn onontbeerlijk, maar vereisen een patiënten-doelgroep. Deze groep is voor een reeks nieuwe medicaties vaak zeer moeilijk te vinden. De eerstelijns biedt bij uitstek een gedroomde populatie voor rekrutering van deze patiënten. Vraag is alleen: hoe vind je huisartsen die bereid zijn om in een netwerk te stappen, hoe vind je mogelijke kandidaat-studiepatiënten, en hoe coördineer je dat?

Knelpunten:

- ♦ in kleine huisartspraktijken hebben artsen 'tijd' om mee te werken aan clinical trials, maar er zijn onvoldoende studiepatiënten
- ♦ in grote huisartspraktijken hebben artsen weinig tot geen 'tijd' om mee te werken aan clinical trials, maar er zijn (wel) voldoende studiepatiënten
- ♦ opleiding in uitvoeren van clinical trials, regels van Good Clinical Practice

Zijn er al resultaten van het project?

Vooraf werd gepeild naar een commitment: de groep engageerde zich voor 15 studiepatiënten.

De doelgroep was moeilijk: beginnende diabetes patiënten, drug-naïeve (nog geen medicatie) met een HbA1c van > 7 mg %. De groep had niet veel ervaring: slechts 1 collega had al eerder een clinical trial uitgevoerd.

Van de groep van 15 mogelijke patiënten, voorgesteld in de commitment, werden er uiteindelijk 8 gescreend voor deelname aan de studie. Na de screening bleven er 2 patiënten in de studie. De overige patiënten voldeden niet aan de selectiecriteria. Op het einde van de studie moest 1 patiënt de studie 1 maand voor het einde verlaten, zodat er slechts één patiënt de eindmeet haalde.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Een snelle inclusie van studiepatiënten is voor een clinical trial uitermate belangrijk. Het vinden van geschikte studiepatiënten is en blijft de grootste valkuil. Ondanks een pre-screening bleef de groep in gebreke om een voldoende aantal studiepatiënten te includeren. De kwaliteit van het werk was goed, maar vertoonde hier en daar lacunes bij gebrek aan ervaring.

Voor de farma-sponsor was er een grote inspanning vereist om het centrum te monitoren: 1 principal investigator, en 4 satelliet praktijken. Drie collega's deden niet mee: ze hadden morele bezwaren, of hadden niet voldoende tijd. Er was een duidelijke koudwatervrees om deel te nemen. De aanwezigheid van een collega in de praktijk werd als erg storend ervaren. Nochtans biedt het uitvoeren van een clinical trial een meerwaarde aan de praktijk. Dit aspect wordt nog onvoldoende begrepen.

De eerstelijns biedt een zeer grote recruiteringsmogelijkheid en clinical trials in degelijke netwerken bieden een groot potentieel om te participeren aan (internationale) clinical trials.

Er bestaat een zeer grote vraag van de farma-industrie tot het uitvoeren van clinical trials in de eerstelijns. Gelet op de grote tijdsinvestering is dit werk niet weggelegd voor grote praktijken. Kleine praktijken hebben onvoldoende recruiteringsmogelijkheid. Het aanbieden van een netwerk met een 'principal investigator' en meewerkende huisartspraktijken is een structuur die mogelijkheden aanbiedt.

Huisartsen moeten echter nog gesensibiliseerd worden om hieraan te participeren: niet alleen biedt het een wetenschappelijke meerwaarde aan de praktijk, ook de patiënten zijn verzekerd tot de mogelijkheid om te participeren aan clinical trials waardoor zij zeer vroegtijdig de beschikking hebben aan nieuwe farmaka. Wellicht is hier een taak weggelegd voor de wetenschappelijke vereniging en de huisartskringen.

Het beschikbaar zijn van referentie-huisartsen met voldoende ervaring op dit terrein scheidt de mogelijkheid voor de uitbouw van dergelijke netwerken.

Zo kan de clinical research in België blijven, nu de oostbloklanden en Azië aan de deur staan om deze taak van ons over te nemen, en gelet op de slechte gezondheidstoestand van hun populatie is de mogelijkheid tot recruitering daar enorm groot.

Contactgegevens

Naam:	Ward De Geest
Organisatie:	Huisarts
Adres:	Sint Antoniuslei 91
Postcode/plaats:	2930 Brasschaat
Tel.	+32.3.664.04.04
E-mail:	ward.degeest@skynet.be
Website:	www.dokterdegeest.be en http://users.belqacom.net/clinical-trials/

4. Complicaties

4.1. Hoe ziek zijn type 2 diabetici in de huisartsenpraktijk?

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, verpleegkundigen
Timing: afgerond project (2004)
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Een evaluatie van de cardiovasculaire risicofactoren van diabetici type 2 in de huisartspraktijk. Deze registratie heeft tot doel de cardiovasculaire risicofactoren van de type 2 diabetes-patiënten te inventariseren en de resultaten te vergelijken met de vooropgestelde diabetes-richtlijnen van de diabetespas.

Motivering en knelpunten:

De eerste lijn wordt 'overspoeld' met diabetes type 2 patiënten. Deze studie maakt een evaluatie van de gezondheid van type 2 diabetici die niet door een diabetes referentiecentrum worden opgevolgd maar wel vanuit 17 huisartsenpraktijken.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

17 huisartsen van twee verschillende LOK groepen uit Vlaams Brabant noteerden de diabetesgerelateerde parameters van 152 diabetespatiënten.

Registratie gebeurde van persoonsgebonden gegevens, rookgedrag, bloeddruk, lipidenprofiel, HbA1c en nuchtere glycemie, gewicht en body mass index, sport en beweging, creatinine, medicatiebeleid en nood aan thuisverpleging.

In een beschrijvend explorerend onderzoek werd een profiel samengesteld van de diabetes-patiënt type 2 in de huisartspraktijk.

Zijn er al resultaten van het project?

Dit project is volledig afgewerkt en resultaten zijn verwerkt. Verschillende aandachtspunten inzake medicamenteuze behandeling en lifestyle' advies voor de eerstelijns worden aangetoond door de resultaten van dit onderzoek

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Dit afgewerkt project is reeds voorgesteld op symposia en een publicatie is gepland in 2005.

Contactgegevens

Naam:	Schoolmeesters Bart
Organisatie:	Samenwerkingsinitiatief Aarschot Begijnendijk
Adres:	Pastoor Dergentstraat 2
Postcode/plaats:	3200 Gelrode
Tel.	016 5674 86
E-mail:	schoolmeesters.bart@skynet.be
Website:	-

4.2. Voetproblemen: zelfzorg of doorverwijzing naar de arts?

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, apotheker
Timing: afgerond project (2000)
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Uitwerken procedure voor correcte doorverwijzing van apotheker naar huisarts van voetproblemen.

Motivering en knelpunten:

Vragen in verband met voetproblemen komen frequent voor in de apotheek. Anderzijds wordt in de literatuur de omvang van de voetproblematiek bij diabetespatiënten duidelijk omschreven. Gezien de laagdrempeligheid van de Belgische apotheek heeft de apotheker een frequent en goed contact met zijn patiënten. Hij kan bijdragen tot de preventie van diabetische voet door de patiënt op een correcte manier door te verwijzen naar de arts.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Op basis van literatuur werd een flowchart ontwikkeld voor doorverwijzen van voetproblemen, in overleg met huisartsen en specialisten.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

De Flowchart Voetproblemen: Zelfzorgadvies of doorverwijzing naar arts?' werd opgenomen in het project Diabetes Voet Vlaanderen en ook nadien ruim verspreid bij de Vlaamse apothekers via ondermeer permanente vorming. Het werd ondermeer gepubliceerd in het Antwerps Farmaceutisch Tijdschrift (M. Haems AFT 2000,07:15-17) en kan gedownload worden van

http://www.kava.be/opencms/opencms/projects/default/nl_BE/Afdeling/Apotheek/InBeweging/farma_zorg.html

Contactgegevens

Naam:	Haems M, Lamens R, Zwaenepoel E.
Organisatie:	KAVA
Adres:	Consciencestraat 41
Postcode/plaats:	2018 — Antwerpen
Tel.	03/280 15 11
E-mail:	marleen.haems@kava.be
Website:	www.kava.be

4.3. Arteriële hypertensie bij diabetes type 2 patiënten

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, verpleegkundigen
Timing: lopend project
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Het is de bedoeling om bij DM type 2 patiënten van de praktijk, die opgevolgd worden via het diabetesspreekuur dat wij organiseren, de arteriële hypertensie te registreren. Deze groep van patiënten is goed gekend en deze patiënten worden op regelmatige tijdstippen opgeroepen.

Vraagstelling:

Is er een adequate diagnosestelling? Is er een goede regulatie en opvolging van arteriële hypertensie bij de DM type 2 patiënten? Vanuit het registreren en analyseren van de gegevens is het de bedoeling om praktijkrichtlijnen op te stellen en te herevalueren na een bepaalde periode. Via deze richtlijnen willen we tot een snellere opsporing, een doeltreffende behandeling en een correctere op puntstelling komen en hiermee de zorg verbeteren.

Motivering en knelpunten:

Vanuit het diabetesspreekuur komt de opmerking dat veel DM type 2 patiënten niet tot een goede hypertensieregulatie komen. Daarnaast blijkt elke arts van het spreekuur andere criteria te gebruiken om tot een diagnose te komen. Er blijken ook verschillen te bestaan tussen de verschillende artsen in de therapiekeuze. Daaruit blijkt dat micro-albuminurie wel wordt gecontroleerd, maar zonder duidelijk te weten volgens welke criteria.

Een ander knelpunt is de tijdsdruk waarbinnen men werkt. Het gaat over een grote groep van patiënten die binnen het tijdsbestek van het diabetesspreekuur dienen gezien te worden.

Bij patiënten is er vaak de moeilijke communicatie en het steeds weerkerend motiveren tot gedragsverandering. Hierbij merken we de externe oriëntatie van ziekte en gezondheid, het beperkte ziekte-inzicht en het moeilijk plannen in de toekomst. Dit blijkt onder andere in de moeilijke aanpassing van het dieet en het steeds weer motiveren van patiënten tot bewegen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Er is gestart met een literatuurstudie van waaruit er een protocol is opgesteld. Daarnaast wordt er gewerkt met een registratieformulier waarop de drie laatste bloeddrukmetingen van de drie laatste contacten op het diabetesspreekuur worden genoteerd. Daarnaast worden ook de micro-albuminurie controles in rekening genomen.

Op het spreekuur werkt men met een gepersonaliseerde fiche, zodat de waarden duidelijk zijn terug te vinden. Zowel mannen als vrouwen, onafhankelijk van de leeftijd en die worden opgevolgd voor DM type 2, worden geïnccludeerd.

De duur van de registratieperiode bedraagt 5 maanden.

Zijn er al resultaten van het project?

Van de groep van 183 DM type 2 patiënten zijn er 83 die gekend zijn met arteriële hypertensie en zijn er 7 die via de registratie de diagnose krijgen van arteriële hypertensie. In totaal zijn dit dus 90 patiënten (=49 %). Een groep van 29 % heeft enkel arteriële hypertensie waarvan er 35 % onder controle zijn en 65% niet onder controle.

Een groep van 71 % heeft arteriële hypertensie en micro-albuminurie. Hiervan is er 39 % onder controle en 61 % is niet onder controle.

Als eindconclusie kunnen we stellen dat van de 49 % hypertensiepatiënten in de DM type 2 groep er bij 62 % geen goede regulatie van de arteriële hypertensie bestaat terwijl dit bij 38 % wel het geval is.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Vanuit deze gegevens is er een probleemanalyse gebeurd. Hierbij zijn er stroomboomdiagrammen opgesteld vanuit de literatuur rekening houdend met de praktijk en de patiëntenpopulatie om de haalbaarheid te verhogen.

Met het multidisciplinaire team van het diabetesspreekuur (artsen, verpleegster en diëtiste) is er overleg gepleegd om de protocollen zo adequaat mogelijk te implementeren in de praktijk. Er is jaarlijks een evaluatie van het diabetesspreekuur waarbij de gegevens van de groep van patiënten met arteriële hypertensie worden betrokken. Volgens de evolutie van deze gegevens gebeurt er opnieuw een probleemanalyse en aanpassing van de protocollen.

Contactgegevens

Naam:	Van Malderen Gert / Van Waes Nicole
Organisatie:	WGC De Sleep
Adres:	Doornzelestraat 32
Postcode/plaats:	9000 Gent
Tel.	09/223.29.23
E-mail:	gert.vanmalderen@wgcdesleep.be / nicole.vanwaes@wgcdesleep.be
Website:	

4.4 Bloeddrukregistratie bij DM type 2 patiënten jonger dan 70 jaar

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project (2005)
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Registratie van de bloeddruk bij onze type 2 diabetes mellitus patiënten jonger dan 70 jaar met als eerste doel na te gaan of zij de streefwaarde, zoals die wordt vooropgesteld in de aanbeveling hypertensie van de WVVH, bereiken. Een tweede doel was het toetsen en zo nodig aanpassen van ons medicamenteus beleid aan bovengenoemde aanbeveling.

Motivering en knelpunten:

Gezien het groot (en steeds toenemend) aantal chronische patiënten, leek het ons nuttig ons te buigen over het onderwerp 'hypertensie' in het kader van een praktijkproject. Om het onderwerp wat te beperken, vooral met het oog op de registratie, kozen we de diabetici als doelgroep. Te meer omdat diabetici bij uitstek een goed geregelde bloeddruk vereisen, gezien hun verhoogde cardiovasculair risico.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Gedurende één maand (27/12/2004 - 28/01/2005) werd bij alle diabetes mellitus type 2 patiënten jonger dan zeventig jaar, zowel op consultatie als op huisbezoek, de bloeddruk geregistreerd. De bloeddruk werd tijdens deze contacten tweemaal gemeten, met een tussentijd van minimum drie minuten. Het gemiddelde van beide werd berekend en aanzien als de bloeddruk die uiteindelijk getoetst zou worden aan de richtlijn. Naast registratie van de bloeddruk zelf, werd ook telkens genoteerd of de patiënt antihypertensiva nam, en zo ja, welke en aan welke dosis. Ook het al dan niet aanwezig zijn van specifieke pathologieën in het kader van mogelijke contra-indicaties voor één of ander antihypertensivum werd geregistreerd. Om dit allemaal vlot te laten verlopen werd een handig registratieformulier opgesteld.

Zijn er al resultaten van het project?

Tijdens de registratieperiode zagen wij elf patiënten met type 2 diabetes mellitus jonger dan zeventig jaar. Onder hen waren zes vrouwen.

Vijf patiënten bereikten de streefbloeddruk van < 130/85 mmHg zoals die wordt aanbevolen in de WVVH-richtlijn over hypertensie. Van die vijf patiënten zijn er slechts twee die hiervoor medicatie hoeven te nemen. Zes patiënten bereikten de streefwaarde niet, ondanks het feit dat vier van hen antihypertensieve medicatie krijgen. De twee andere patiënten werden nog niet behandeld, één omdat de diagnose hypertensie pas gesteld werd tijdens deze registratieperiode. De andere patiënte heeft een zeer slechte compliance en weigert zelfs medicatie te nemen voor haar suikerziekte.

Uiteindelijk zijn er dus zes van de elf patiënten die antihypertensiva nemen. Het gebruik van die medicatie werd getoetst aan de WVVH-richtlijn. Daaruit blijkt dat slechts de helft van die patiënten een therapie krijgt volgens de aanbeveling. M.a.w. slechts drie patiënten krijgen een diureticum of een -blokker als behandeling voor hun hypertensie. Twee andere patiënten krijgen weliswaar een eerste keus product (diureticum/ β -blokker), maar dan wel gecombineerd met een sartaan, zonder dat er een duidelijke contra-indicatie bestaat voor een ACE-inhibitor. De laatste patiënt krijgt een

calciumantagonist zonder dat er hiervoor een specifieke indicatie bestaat. Deze COPD patiënt vertoont ook geen contra-indicaties voor een diureticum.

We kunnen dus stellen dat 45 % (5/11) van onze diabetici goede bloeddrukwaarden vertonen. Vijftig procent (3/6) van hen die antihypertensiva nemen, krijgen een therapie zoals in de richtlijn wordt aanbevolen.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Er werden enkel wijzigingen doorgevoerd op het niveau van de praktijk, wat uiteindelijk de bedoeling is van een praktijkproject (kwaliteitsverbetering voor de praktijk):

Wat betreft het niet bereiken van de streefbloeddruk, besloten we een betere opvolging en registratie van de bloeddruk in het elektronisch dossier waar te maken. Zo zal vanaf nu in de rubriek 'aHT' (= arteriële hypertensie) vermeld worden of de streefwaarde al dan niet werd bereikt. Ook de medicamenteuze therapie krijgt een plaats in die rubriek.

Om een duidelijker zicht te krijgen op wittehypertensie zullen we meer thuismetingen invoeren. Samen met een bloeddrukmeter krijgt de patiënt ook een 'gebruiksaanwijzing' mee. Daarop worden op een eenvoudige manier een aantal ideale omstandigheden vermeld waarin de bloeddruk het best wordt gemeten. De 'gebruiksaanwijzing' werd opgesteld aan de hand van de aanbeveling hypertensie van de WVVH.

Er werd ook een protocol voor de opvolging van onze hypertensiepatiënten in het algemeen opgesteld. Daarop staat vermeld hoe frequent de bloeddruk wordt gemeten vooraleer over te gaan tot de diagnose 'hypertensie', wat de streefwaarden zijn en welke bijkomende onderzoeken noodzakelijk zijn als de diagnose 'arteriële hypertensie' wordt gesteld.

Ook zal meer aandacht besteed worden aan de compliance van de patiënt als de streefwaarde niet bereikt wordt ondanks medicamenteuze therapie. Zo nodig zullen uiteraard de onderliggende oorzaken van de non-compliance worden aangepakt.

Om tot een maximum aantal correct behandelde hypertensiepatiënten te komen, werd een behandelingsschema opgemaakt aan de hand van indicaties en contra-indicaties voor de verschillende groepen antihypertensiva.

Contactgegevens

Naam:	Helegeer Isabelle
Organisatie:	
Adres:	Vissersstraat 14A
Postcode/plaats:	8340 Moerkerke
Tel.	0474/39 15 82
E-mail:	Isabellehelegeer@hotmail.com
Website:	

4.5. Cardiovasculair risico bij diabetici en het EMD

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project (2004)
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

In onze praktijk van Geneeskunde voor het Volk te Hoboken loopt er een project over drie jaar met als doel de opvolging van diabetespatiënten te verbeteren.

Diabetes Mellitus is een belangrijke risicofactor voor cardiovasculaire ziektes. Het verlagen van dit risico is voor ons dus prioritair, maar we hebben het gevoel dat dit tot nu toe nog onvoldoende systematisch gebeurt in de praktijk. Om daar iets aan te doen besloten we om de NHG-standaard hypertensie van 2003, die uitgaat van het globale cardiovasculaire risico, als leidraad te gebruiken. We kozen ervoor om eerst het medicamenteuze beleid op punt te stellen. Om het cardiovasculaire risico te verkleinen is immers duidelijk gebleken dat verlagen van de bloeddruk met antihypertensiva tot diastolische waarden van 80 mmHg of lager en het geven van statines en anti-aggregantia nuttig zijn, los van het controleren van de bloedglucose spiegel.

Dit alles past ook in een langer project in de praktijk over registratie in het elektronisch medisch dossier (EMD). We zullen dan ook trachten om deze studie volledig binnen ons EMD (Medidoc) te registreren en achteraf alle gegevens te verzamelen met de statistische module (StatDPPRO).

Hetzelfde project wordt ook uitgevoerd in de praktijk van Geneeskunde voor het Volk te Deurne. Daar zal de registratie echter niet binnen het EMD gebeuren maar op invulformulieren.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Voor registratie en verzamelen van gegevens gebruikten we enkel ons EMD en de bijhorende statistische module (SM). Op een vergadering met de 8 huisartsen van de praktijk werd de standaard besproken waarna de relevante onderdelen werden samengevat in een stroomdiagram. Dit werd 3 maanden gebruikt tijdens de consultaties met diabetici om op basis van hun cardiovasculair risico (risicotabel) hun eventuele nood aan (bijkomende) antihypertensiva, statines of anti-aggregantia te bepalen. De gegevens nodig voor deze risicobepaling waren terug te vinden in ons EMD (Medidoc).

Achteraf probeerden we met de SM (StatDPPRO) na te gaan in hoeverre de implementatie van de standaard was geslaagd en werden de moeilijkheden op een vergadering besproken.

Knelpunten:

Het verzamelen van gegevens met de SM bleek dikwijls tijdrovend, onmogelijk of onbetrouwbaar.

Bij enkele patiënten bleek het EMD onvolledig ingevuld te zijn.

Minder dan de helft werd geïncludeerd. Soms wegens tijdsgebrek, maar vermoedelijk wordt een belangrijk deel onvoldoende regelmatig en strikt gevolgd.

Zijn er al resultaten van het project?

In onze praktijk waar forfaitair wordt gewerkt zijn 4200 patiënten ingeschreven. 175 hebben type 2 diabetes. 93 zijn mannelijk, de gemiddelde leeftijd is 64 jaar en 126 personen zitten in primaire preventie. 12 worden enkel door de specialist opgevolgd en 36 worden enkel thuis gezien. Zo konden dus 127 patiënten geïncludeerd worden. Er werden er 56 geïncludeerd. Daarvan zitten er 39 in primaire preventie waarbij 24 hypertensie hebben en 22 reeds antihypertensieve medicatie.

Bij 16/22 is de bloeddruk onvoldoende onder controle en de medicatie wordt aangepast bij 7/16. 32/39 neemt geen statine. Bij 2 van hen is er een indicatie voor en het wordt gestart bij 1.

17 zitten dus in secundaire preventie waarbij 11 met hypertensie die allen antihypertensieve medicatie hebben. Bij 5/11 is de bloeddruk onvoldoende onder controle en de medicatie wordt aangepast bij 1/5. 12/17 neemt geen statine. Bij 3 wordt het gestart. 6/17 neemt geen anti-aggregans. Bij 1 wordt ermee gestart.

Bij meer dan de helft was de bloeddruk onvoldoende onder controle en toch werd bij een minderheid de medicatie aangepast.

Weinigen krijgen een statine terwijl het voordeel (vooral in secundaire preventie) duidelijk aangetoond is.

Ook een anti-aggregans wordt te weinig opgestart.

Bij 29 therapeutische beslissingen werd de standaard niet gevolgd. Op een vergadering kwamen volgende oorzaken naar voren: slechte compliance (5), patiënt weigert (2), patiënt terminaal (1), specialist beslist (4), te duur (enkel zocor terugbetaald) (1), goede evolutie (5). In 11 gevallen was er geen verklaring.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Dit project werd genomineerd voor De Prijs van [De Huisarts](#) 2004. Een publicatie voor HANU wordt momenteel voorbereid.

Contactgegevens

Naam:	Hillemans Kristof, Smets Karen, Baekelandt Jan, Van Duppen Dirk
Organisatie:	Geneeskunde voor het Volk Hoboken
Adres:	Oudestraat 36
Postcode/plaats:	2660 Hoboken
Tel.	0486/95.70.91
E-mail:	kristof.hillemans@pandora.be
Website:	

4.6. Diabetes en hypertensie

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn huisartsen
Timing: afgerond project (2003)
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling: Is de bloeddruk van onze diabetespatiënten goed geregeld? Wordt de micro-albuminurie goed opgevolgd en maken wij een onderscheid tussen patiënten met en zonder nefropathie? Nemen zij de correcte medicatie? En vooral: kunnen wij zo een duidelijke en gebruiksvriendelijke richtlijn bieden voor onze verdere praktijkvoering?

Doelgroep: alle diabetes type 2 patiënten

Motivering en knelpunten:

Motivering: Diabetes type 2 is één van de meest voorkomende ziekten waarmee wij als huisarts in de dagdagelijkse praktijk geconfronteerd worden. Hypertensie wordt vaak niet onderkend en daardoor onderbehandeld. De UKPDS 38 studie bevestigt nochtans dat een strikte bloeddruk controle bij diabetes type 2 patiënten de micro- en macrovasculaire (infarcten, CVA's) complicaties significant beïnvloedt. Bij diabetes patiënten is het dus essentieel dat de huisarts hypertensie actief opspoorst en strikt behandelt.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Meten van de Bloeddruk

Volgens de geldende standaard (manchet van ten minste 13 x 30 cm, steeds aan dezelfde arm (hier de linkerarm), elleboogsplooi thv het midden van het sternum, pas meten na de patiënt enkele minuten rust te gunnen, aflezen op 2 mmHg bij Korotkoff fase I en V. We berekenen de gemiddelde bloeddruk uit 5 opeenvolgende metingen.

Meten van micro- / macro-albuminurie

Minstens een jaarlijks urineonderzoek op micro-albuminurie. Handigste: meting op een nuchter staal, in labo laten testen. Meest betrouwbare: meting op een 24-uurs urinecollectie. Aangezien het praktisch niet haalbaar was om al onze diabetici een 24-uurs urinecollectie te laten binnenbrengen, en de meeste testen die al gebeurd waren op een nuchter ochtendstaal bepaald waren, hebben we ervoor geopteerd om de albuminurie op een nuchter urinestaal te laten testen.

Zijn er al resultaten van het project?

Opsporen van de microalbuminurie

52 % van de totale geregistreerde populatie had in het voorbije jaar een microalbuminurie test laten uitvoeren. Zoals in de literatuurstudie vermeld staat dient dit jaarlijks te gebeuren. Dit is een matig resultaat en hier is zeker ruimte voor verbetering.

Het al dan niet uitvoeren van de test blijkt echter wel praktijkgebonden te zijn, de resultaten variëren van 75 % naar 20 %, doch in iedere praktijk dient de test beter te gebeuren.

Opvolgen van de bloeddruk

In vergelijking met de waarden van de wereldgezondheidsorganisatie had 27 % van de totale geregistreerde populatie goede bloeddrukwaarden (rekening houdend met hun micro- of macroalbuminurie). Bij 73 % van de populatie was er dus ruimte voor verbetering. Wat echter opvalt is dat wanneer de diastolische bloeddrukken afzonderlijk beoordeeld worden, toch 85 % goede waarden heeft. De meerderheid (58 %) heeft dus een goede diastolische bloeddruk maar een te hoge systolische bloeddruk. Wanneer men de gemiddelde leeftijd bekijkt (71 jaar), dan is dit niet verwonderlijk aangezien veel ouderen geïsoleerde systolische hypertensie hebben. Het is dus vooral deze systolische bloeddruk waaraan meer aandacht moet besteed worden.

Ook de bloeddrukken blijken praktijkgebonden te zijn, voornamelijk de diastolische bloeddrukken verschillen. De resultaten verschillen van 0 % slechte diastolische bloeddrukken naar 37,5 %.

Algemeen kan men dus wel besluiten dat er nog veel meer aandacht moet besteed worden aan de bloeddrukken van de diabetespatiënten, voornamelijk dan aan de systolische bloeddrukken.

Bloeddrukmedicatie

Patiënten zonder microalbuminurie

Uit de literatuurstudie blijkt dat het belangrijkste is dat de bloeddruk daalt en niet met welk middel. Doordat we echter vooral met een oudere populatie te maken hebben, ligt de eerste keuze toch bij een diureticum, die bij deze groep meest effectief is.

Doordat onze registratie geen rekening houdt met de co-morbiditeit (post-myocard infarct, CVA,...) en eventuele contra-indicaties voor bepaalde geneesmiddelen (wat de registratie zelf te ingewikkeld en tijdrovend zou maken) is het erg moeilijk om hieruit conclusies te trekken. Het opstarten van Ca- antagonist, b-blokker of ACE-I zou immers een eerste keuze kunnen zijn indien we met bepaalde co-morbiditeit te maken hebben.

Patiënten met micro- of macroalbuminurie

Alle patiënten met microalbuminurie namen een ACE-I (75 %/0) of een sartaan (25 %). Deze patiënten krijgen dus, overeenkomstig met de richtlijnen bijkomende bescherming voor hun nierfunctie. De keuze van een sartaan boven een ACE-I kan echter voorlopig nog niet verantwoord worden.

Bij de patiënten met macroalbuminurie is dit maar 60 %. Er zijn dus 2 patiënten met macroalbuminurie die geen bijkomende bescherming krijgen voor hun nieren. De patiënt van praktijk C die deze bescherming niet kreeg, was echter een patiënt wiens nierfunctie dermate slecht was en hij dus een contra-indicatie voor ACE-I had.

Globaal kan men dus stellen dat de patiënten met diabetische nefropathie meestal behandeld worden met een ACE-I of sartaan.

Co ntactgegevens

Naam:	Annelies Goddeeris
Organisatie:	
Adres:	Cardenberch 18
Postcode/plaats:	3000 Leuven
Tel.	0473 85 65 58
E-mail:	annelies_goddeeris@yahoo.com
Website:	

4.7. Een basis-EKG en het oftalmologisch nazicht bij type 2 diabetes patiënten

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Het bekomen van een basis (referentie) ECG en het stimuleren van het jaarlijks oftalmologisch nazicht bij alle diabetespatiënten van onze praktijk.

Motivering en knelpunten:

Motivering: Het zo goed mogelijk opvolgen van onze diabetespatiënten.

Knelpunten: Het was moeilijker om de patiënten aan te zetten om naar de oogarts te gaan. De redenen hiertoe zijn ons inziens:

- ◆ Patiënten moeten hiervoor een specialist raadplegen.
- ◆ Minder motivatie aangezien de patiënten nog geen oogproblemen merken. Om dit laatste probleem op te lossen, werd dan ook de patiëntenbrief opgemaakt. Op deze manier hebben we toch meer dan een verdubbeling van het aantal oftalmologische nazichten kunnen bekomen t.o.v. 2002/2003.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Naast twee registratielijsten werd een patiëntenbrief opgesteld om de patiënten aan te zetten tot een jaarlijks oftalmologisch nazicht. Hierin wordt een woordje uitleg gegeven over de gevolgen van diabetes op oftalmologisch vlak.

Vervolgens werd er concreet nagegaan van welke patiënten we reeds een ECG in het bezit hadden en welke ziekenhuisdiensten een ECG ter beschikking hadden. Telkens werd het meest recente ECG opgevraagd. Bij de patiënten van wie geen ECG kon worden opgespoord, werd in het elektronische en het papieren dossier genoteerd dat er nog een ECG moest afgenomen worden.

De ECG's werden opgevraagd bij de verschillende ziekenhuisdiensten. Sommige diensten stelden geen enkel probleem dit ECG te leveren, anderen moesten regelmatig opnieuw verwittigd worden en van één enkele dienst ontvingen we nooit reactie ondanks het regelmatig opvragen met de nodige uitleg waarom we dit vroegen.

Betreffende het oftalmologisch nazicht, werd bij elk papieren dossier de patiëntenbrief 'op naam' bijgevoegd om zo de patiënten hiertoe aan te zetten.

De resultaten werden telkens nauwkeurig genoteerd op de registratieformulieren.

Zijn er al resultaten van het project?

Het bekomen van een basis-ECG:

- ◆ Aantal ECG's afgenomen in de praktijk: 24/57
- ◆ Aantal extra ECG's afgenomen in de praktijk o.w.v. praktijkproject (vanaf september 2004): 6/24
- ◆ Aantal opgevraagde ECG's in het ziekenhuis: 31/57
- ◆ Aantal ECG's verkregen van het ziekenhuis: 25/31

- ◆ Aantal ECG's die niet meer beschikbaar waren in het ziekenhuis: 3/31
- ◆ Aantal ECG's die we niet van het ziekenhuis hebben verkregen ondanks 3 keer opvragen: 3/31
- ◆ In totaal hebben we nu 46/57 ECG's (80,70 %) beschikbaar in de patiëntendossiers
- ◆ Dit betekent een stijging van 28 ECG's

Het oftalmologisch nazicht bij de diabetespatiënt:

- ◆ Oftalmologisch nazicht 2002-2003: 6/57
- ◆ Oftalmologisch nazicht 2004-2005: 16/57

Contactgegevens

Naam:	Dr. Vaes - Dr. Verleysen
Organisatie:	Huisartsenpraktijk
Adres:	Gefusilleerdenstraat 13
Postcode/plaats:	9300 Aalst
Tel.	053 78 59 99
E-mail:	kvaes@yahoo.com / dr.verleysen@busmail.net / dokters.verleysen.samyn@telenet.be
Website:	

4.8. Perifeer arterieel vaatlijden en diabetes: partners in crime

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn huisartsen
Timing: lopend project
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Bij alle diabetespatiënten werd een consultatie gepland waarbij een uitgebreide anamnese naar symptomen van perifeer vaatlijden gebeurde en waar bij klinisch onderzoek perifere pulsaties gepalpeerd en EAI (enkel arm index) bepaald werden. Jaarlijks gebeurt een nieuwe meting om zo progressie van perifeer vaatlijden bij een voorbeschikte groep (diabetespatiënten) op te sporen.

Motivering en knelpunten:

Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) is een manifestatie van algemeen aanwezige atherosclerose en bijgevolg een predictor van complicaties zowel perifeer (voetulcera) als centraal (hartlijden, cerebrovasculair lijden). Perifeer vaatlijden komt in 2/3 van de gevallen asymptomatisch voor. De belangrijkste risicofactoren voor perifeer vaatlijden zijn verhoogde leeftijd, geslacht, hypertensie, roken en diabetes mellitus.

Diabetespatiënten zijn een goed af te bakenen subgroep met verhoogd risico op perifeer vaatlijden. De perifeer vasculaire toestand van de diabetespatiënten was niet gekend.

EAI geeft ons enkele patiënten met PAV die we op andere gronden (anamnese, klinisch onderzoek) niet zouden gedetecteerd hebben.

Patiënten waarbij de diagnose van perifeer vaatlijden gesteld wordt, moeten optimaal behandeld worden. Bij patiënten met gecalcificeerde vaten (EAI > 1.3) moet om een uitspraak over vasculaire status te kunnen doen een duplex gebeuren.

Een nieuwe meting na 1 jaar toont een daling van de enkel arm index bij patiënten met perifeer arterieel vaatlijden. PAV is traag progressief. Het komt erop aan het tijdig op te sporen en optimaal te behandelen (eventueel door te sturen) vooraleer complicaties optreden.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Via de statistiekmodule van medidoc werden de diabetespatiënten geïsoleerd. Bij hen werd bij een eerstvolgende contact een uitgebreide anamnese naar symptomen van perifeer arterieel vaatlijden en een EAI-meting uitgevoerd met een vasculaire doppler (bidirectioneel hand doppler toestel met 8MHz sonde). Patiënten waarbij de diagnose van perifeer vaatlijden gesteld wordt, moeten optimaal behandeld worden. Bij patiënten met gefalsificeerde vaten moet om een uitspraak over vasculaire status te kunnen doen een duplex gebeuren.

Zijn er al resultaten van het project?

We merkten op dat EAI ons veel meer informatie gaf dan het voelen naar perifere pulsaties alleen. In het algemeen zien we een zakken van de EAI en dit vaak zonder dat de patiënt hier symptomen van heeft.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

De perifeer vasculaire toestand van de diabetespatiënten is gekend: voetonderzoek, monofilamenttest en EAI-bepaling behoren tot routine-onderzoeken in opvolging van diabetespatiënten in de praktijk. Goede diagnostiek en begeleiding van patiënten met PAV is van belang om lokale

progressie van de ziekte tegen te gaan en vanwege mogelijke preventie van atherosclerotische vaataandoeningen elders in het lichaam.

Contactgegevens

Naam:	Marieke Vankeirsbilck	Peter Pype
Organisatie:		
Adres:	Beselarestraat 7/5	Gitsbergstraat 66
Postcode/plaats:	8890 Dadizele	8830 Gits
Tel.	056 / 50 58 92	051 / 22 67 57
E-mail:	marieke.yankeirsbilck@skynet.be	peter.pype@pandora.be
Website:	http://users.pandora.be/dokterpype	

4.9. Voetcontrole bij diabetes

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: lopend project
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Jaarlijkse voetcontrole bij elke diabeticus

Motivering en knelpunten:

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Monofilament

Zijn er al resultaten van het project?

Ja

Contactgegevens

Naam:	Van Huffel Christian
Organisatie:	
Adres:	Hollestraat 56
Postcode/plaats:	9310 Moorsel
Tel.	053 78 92 75
E-mail:	christian.van.huffel@pandora.be
Website:	

4.10. Voetverzorging en medische pedicure bij diabetes

Opzet: dit project werd opgezet voor diabetespatiënten
Timing: lopend project
Financiën: eigen
 farma-industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Goede voetverzorging en preventie van voetproblemen bij diabetes uit de diabetesconventie van het ziekenhuis.

Motivering en knelpunten:

Aan de hand van een gratis voetverzorging de diabetes motiveren tot preventie en een goede voetverzorging.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Organiseren van podo-dagen (op zaterdag) met het geven van een gratis voetverzorging, begeleid met een deskundige uitleg door podotherapeuten.

Zijn er al resultaten van het project?

Inzicht geven van de noodzaak van een goede voetverzorging bij diabetes. Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Organiseren van podo-dagen (op zaterdag): gemiddeld 40 diabetes per zaterdag (3 à 4 zaterdagen per jaar).

Contactgegevens

Naam:	Dr. De Rudder - Wauman Rita - Deprez Lieve
Organisatie:	Diabetesconventie Sint-Rembertziekenhuis Torhout
Adres:	Sint-Rembertiaan 21
Postcode/plaats:	8820 Torhout
Tel.	050/23.24.02 - 050/23.26.50
E-mail:	Socialiedienst@AzStRembert.be
Website:	/

4.11. Micro-albuminurie en type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling:

Wordt er in de huisartspraktijk voldoende aandacht besteed aan de diagnose en behandeling van micro-albuminurie bij de type 2 diabetespatiënt?

Doelgroep:

Een 80-tal diabetes type 2 patiënten werden ingedeeld in groepen volgens behandeling van hypertensie, geslacht, duur van de diabetes en bloeddruk en deze op hun beurt indelen volgens micro-albuminurie. In het tweede jaar van de studie werd ook de relatie met HbA1c bekeken.

Motivering en knelpunten:

Motivering:

Ongeveer 20-30 % van de diabetespatiënten ontwikkelt nierlijden. Hoewel de evolutie tot nierinsufficiëntie bij type 2 veel minder frequent is (3-8 %), is toch meer dan de helft van de type 2 diabetespatiënten aan de dialyse wegens de hogere prevalentie van type 2.

Micro-albuminurie is naast een marker voor beginnende nefropathie ook een marker voor cardiovasculair lijden. Het is een indicator voor endotheeldysfunctie en vaatschade. Het vinden van micro-albuminurie zou moeten aanzetten tot strengere niet medicamenteuze maatregelen gericht op de cardiovasculaire en renale risicofactoren.

Van de type 2 diabetici met micro-albuminurie zijn ongeveer 66 % hypertensiepatiënten. De behandeling van hypertensie is dus essentieel bij de diabetespatiënt, niet alleen qua cardiovasculaire preventie maar ook op het vlak van de renale preventie.

Knelpunten:

- ♦ Het verkrijgen van een urinestaal was niet altijd evident.
- ♦ De medicatie stond bijna nooit op punt. Bij 25 % van de patiënten hebben we een ACE of sartan moeten toevoegen.
- ♦ De medicatie aanpassing bij bepaalde patiënten verliep niet altijd vlot. Plots een ACE-inhibitor toevoegen zonder klinisch probleem stuitte op onbegrip.
- ♦ Opvallend was dat er voordien zelden of nooit werd gescreend op micro-albuminurie.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Methode:

- ♦ elke type 2 diabetespatiënt jaarlijks screenen op microalbuminurie
- ♦ bij elke nieuwe diagnose van diabetes type 2 testen op microalbuminurie
- ♦ zorg voor een scherpe bloeddrukcontrole: <13/8
- ♦ voeg altijd een ACE-inhibitor toe onafhankelijk van de bloeddruk

- ♦ zorg voor een meer globale aanpak en hou rekening met de andere risicofactoren
- ♦ indien de patiënt reeds op een ACE-inhibitor staat maar met onvoldoende tolerantie kan er overgeschakeld worden naar een sartaan.

Zijn er al resultaten van het project?

1e jaar:

- ♦ 57% van de patiënten was negatief op microalbuminurie
- ♦ dubbel zoveel mannen zijn positief t.o.v. vrouwen
- ♦ hoe beter de bloeddruk, hoe minder positieven

2e jaar:

- ♦ 67 % van de patiënten is negatief op microalbuminurie
- ♦ bij de mannen is het aantal negatieven gestegen met 20%, vermoedelijk vooral te wijten aan een betere bloeddrukcontrole. In jaar 1 had slechts 48 % een bloeddruk <13/8 waar dit in jaar 2 gestegen was tot 70%
- ♦ Correlatie met HbA1c: de groep met de beste glycemieregeling heeft ook de beste microalbuminurie waarden

Contactgegevens

Naam:	Dewaegenaere Sofie - Verhaest Michele
Organisatie:	Huisartsen in opleiding, praktijkproject
Adres:	Stationsstraat 201
Postcode/plaats:	8850 Ardooie
Tel.	0478 71 00 73
E-mail:	sofiedew@hotmail.com
Website:	

4.12. Diabetes mellitus type 2 en nierlijden

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doel was na te gaan hoe op het moment van de registratie vroegtijdig nierlijden werd opgespoord in onze praktijk en of er werd ingegrepen op het RAAS (renine-angiotensine aldosterone systeem). Daarna werden deze resultaten vergeleken met de huidige richtlijnen om dan zo nodig de werkwijze in de praktijk aan te passen. Doelgroep waren alle type 2 DM patiënten uitgezonderd diegenen met gekend nierlijden.

Motivering en knelpunten:

Dit project was mijn praktijkproject in het kader van de huisartsopleiding 2004-2005. Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Gegevens werden verzameld via retrograde dossierstudie in onze praktijk van alle type 2 DM patiënten. Daarna werd in de beschikbare literatuur gezocht naar de huidige richtlijnen ter vergelijking.

Zijn er al resultaten van het project?

Het project is afgewerkt. Tweeëndertig patiënten werden geïnccludeerd, waarvan 23 vrouwen en 9 mannen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 68 jaar (38-92 jaar). Bij 4 patiënten werd het afgelopen jaar geen screening naar nierlijden uitgevoerd. Bij 26 patiënten werd het serumcreatinine bepaald en bij 13 patiënten werd een albuminebepaling gedaan in de ochtendurine. Bij 11 patiënten werden zowel serumcreatinine als albumine in de urine bepaald. Van de 13 patiënten bij wie albumine in de ochtendurine werd bepaald het laatste jaar, hadden er 9 patiënten een albuminurie kleiner of gelijk aan 20 mg/l en 4 groter dan 20 mg/l. De waarden van serumcreatinine varieerden van 0,7 mg/dl tot 1,4 mg/dl. Van 25 patiënten werd een recent gewicht teruggevonden in het dossier. Van 22 patiënten kon een creatinineklaring berekend worden via de Cockcroft-Gault formule. Bij 11 patiënten werd zowel serumcreatinine als albumine in de ochtendurine bepaald. Drieëntwintig van de 32 patiënten waren gekend met arteriële hypertensie (AHT). Hiervan werden 12 patiënten onder andere behandeld met een angiotensin convertende enzyme inhibitor (ACE-I) of een angiotensine II receptor blokker (ARB). De 11 andere patiënten kregen geen ACE-I, noch ARB. Van de 9 patiënten zonder AHT werd 1 patiënt behandeld met een ACE-I en 8 zonder ACE-I of ARB.

Literatuurstudie:

- ◆ NHG standaard Diabetes mellitus type 2:
 - ✓ Bij diagnose en jaarlijks: serumcreatinine en < 50 j: albumineconcentratie of albumine/creatinine ratio in 1 e ochtendurine
 - ✓ Microalbuminurie: > 20 mg/l of alb./creat. > 3,5 mg/mmol (±31 µg/mg) (man), >2,5 nng/mmol (±22 µg/mg) (vrouw)
 - ✓ < 50 j en microalbuminurie, ongeacht bloeddruk: ACE-I
 - ✓ AHT: stap 1: thiazide, stap 2: + ACE-I of β-blokker, stap 3: combinatie van 3
 - ✓ Verwijzen: serumcreatinine > 200 µmol/l (2,25 mg/dl) of klaring < 30 ml/min
- ◆ American Diabetes Association, standards of medical care:

- ✓ Bij diagnose en jaarlijks: screening microalbuminurie, bij voorkeur alb./creat. ratio in willekeurig staal: nl < 30 µg/mg, micro 30-299 µg/mg, macr >300 µg/mg creatinine
- ✓ Ev. gebruik geschatte GFR om nierziekte te stadiëren met Levey modificatie van Cockcroft-Gault formule
- ✓ AHT: altijd ACE-I of ARB
- ✓ Micro- of macroalbuminurie: altijd ACE-I of ARB
- ✓ Verwijzing: eGFR < 60 ml/min/1,73m², of igv problemen met controle van bloeddruk of hyperkaliëmie
- ◆ NDF/CBO richtlijn ivm diabetische nefropathie:
 - ✓ Alle DM ptn van leeftijd per 10j jaarlijks screening naar albuminurie
 - ✓ Albumineconcentratie of albumine/creatinineratio in ochtendurine
 - ✓ Normaal: < 20 mg/l of alb./creat. <3,5 mg/mmol (man), < 2,5 mg/mmol (vrouw)
 - ✓ Altijd ACE-I, zo nodig + thiazide, als onvoldoende: + β-blokker
 - ✓ Als NW ACE-I: β-blokker + thiazide of ARB, als nog steeds onvoldoende: + Ca-blokker
 - ✓ Microalbuminurie: ACE-I/ARB, macroalbuminurie: ACE-I
 - ✓ Verwijzing bij klaring < 50 ml/min

Bespreking:

- ◆ Jaarlijkse screening in praktijk:
 - ✓ Albuminurie: 13/32
 - ✓ Albuminurie + serumcreatinine: 11/32
 - ✓ Geen: 4/32
- ◆ Voorstel: alle DM2 ptn
 - ✓ Jaarlijks albumine/creatinineratio (2e en ev 3e staal < 6m als afwijkend)
 - ✓ Jaarlijks serumcreatinine
- ◆ ACE-I/ARB in praktijk:
 - ✓ AHT: 11/23 geen ACE-I/ARB
 - ✓ Micro-albuminurie: 2/4 geen ACE-I/ARB
- ◆ Doel:
 - ✓ AHT: altijd ACE-I/ARB
 - ✓ Micro-albuminurie: altijd ACE-I/ARB

Contactgegevens

Naam:	Boonen Marie
Organisatie:	
Adres:	Tervuursevest 21/74
Postcode/plaats	3001, Heverlee
Tel.	016/225675
E-mail:	marieboonen@hotmail.com
Website:	

4.13. Titratie op basis van filtratie

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Opsporen van nierinsufficiëntie bij hypertensie- (144 pt) en diabetespatiënten (44 pt).

Nagaan of de medicatie optimaal is.

We registreren dit gedurende 2 maanden (nov 2004 t/m dec 2004) op basis van 2 verschillende registratieformulieren:

Het registratieformulier voor hypertensiepatiënten bevat de volgende gegevens:

Initialen vd patiënt; leeftijd; geslacht; lengte; gewicht; BMI; bloeddruk; serumcreatinine (uit de meest recente bloedafname); creatinine clearance (adhv. Cockroft Gqault formule); Glomerulaire filtratie rate (GFR/1,73)

Graad van Nierinsufficiëntie (NI): normaal: GFR 90;
lichte:GFR 60-80;
matige:GFR 30-59;
ernstige: GFR 29.

Het registratieformulier voor diabetespatiënten bevat dezelfde gegevens aangevuld met HbA1c (uit de meest recente bloedafname) en micro-albuminurie (met behulp van een microalbuminurie stick (Micraltest) indien mogelijk).

Motivering en knelpunten:

Op basis van onze registratieformulieren kan men naast de nierfunctie ook controleren of de bloeddruk van de hypertensiepatiënten op punt staat met de medicatie die ze nu nemen. Verder kan men ook zien of naast de nierfunctie, het HbA1c en de bloeddruk op punt staat bij de diabetespatiënten met de medicatie die ze nu nemen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Gedurende 2 maanden screenen van de hypertensie- en diabetespatiënten en retrograad of actueel de nierinsufficiëntie bepalen via serumcreatinine (uit de meest recente bloedname) en de Cockroft-Gault formule (geïnfomatiseerd programma van farmaceutisch bedrijf Menarini).

Zijn er al resultaten van het project?

- ♦ Van alle 188pt (100 %) die we registreerden:
 - ✓ zijn er 24 patiënten (12,8 %) met een normale nierfunctie.
 - ✓ zijn er 79 patiënten (42 %) met lichte NI.
 - ✓ zijn er 80 patiënten (42,6 %) met matige NI.
 - ✓ Zijn er 5 patiënten (2,6 %) met ernstige NI en dit enkel in de groep hypertensiepatiënten, waarvan reeds 1 dialyse-patiënt).
- ♦ Van de 144 hypertensiepatiënten (100 %) staan er op:
 - ✓ ACE-inhibitoren: 34 pt = $34/144 = 23,6$ %.

- ✓ Sartanen: 46 pt = 46/144= 31,9 %.
- ◆ Van de 44 diabetespatiënten (100 %) staan er op:
 - ✓ ACE-inhibitoren: 8 pt = 8/44 = 18 %. (waarvan 2 pt met DM type 1 en 6 pt met DM type 2).
 - ✓ Sartanen: 8 pt = 8/44 = 18 %.(waarvan 3 pt met DM type 1 en 5 pt met DM type 2).

De conclusies voor de praktijkwerking

- ◆ Nierinsufficiëntie komt vrij frequent voor in een algemene praktijk.
 - ✓ Vooral matige nierinsufficiëntie.
 - ✓ Minstens evenveel bij hypertensiepatiënten.
- ◆ Vanaf een matige nierinsufficiëntie (GFR 30-59), is het van belang om op regelmatige basis een 24-uurs-urinecollectie te bepalen. Nochtans is de Cockroft-Gault formule voldoende accuraat om de diagnose van nierinsufficiëntie te stellen op basis van serumcreatininebepaling
- ◆ Nierinsufficiëntie preventief uitstellen of vermijden door:
 - ✓ Tijdige diagnose van nierinsufficiëntie (naar aanleiding van ons praktijkproject zeer eenvoudig via ons labo MCT(Tessengerlo) m.b.v. Cockroft-Gault formule door naast creatinine aan te vragen, lengte en gewicht van de patient te vermelden op labo-aanvraag; geen meerkost!).
 - ✓ Tijdig nierprotectieve medicatie: ACE-inhibitoren en/of Sartanen. Op regelmatige basis controleren van ionogram en creatinine dient te gebeuren bij opstarten van deze anti-hypertensiva.
 - ✓ Geen overdreven vochtinname bij chronische nierinsufficiëntie.
 - ✓ Bij een matige NI tijdig starten met supplementen van CaCo₃ en NaHCO₃.
 - ✓ Bij Hb < 10g/dl wordt pas opgestart met EPO in samenspraak met nefroloog.
- ◆ Vanaf een matige nierinsufficiëntie tijdig doorverwijzen naar een nefroloog. Zodoende is er een betere medische begeleiding, een mindere snelle evolutie naar terminaal niertalen, gekoppeld aan minder co-morbiditeit (CV-pathologie, metabole botziekten, nutritie, lipidenafwijkingen, anemie en hypertensie).
- ◆ Nierfunctievervangende therapie (AV-fistel; dialyse) vanaf een GFR < 10ml/min.

Contactgegevens

Naam:	Rachel Mandungu
Organisatie:	HIBO (1ste jaars) in opleiding bij Dr. Paul Beke
Adres:	Schoolstraat 3
Postcode/plaats:	3970 Leopoldsburg
Tel.	0476-518768
E-mail:	Rachel.Mandungu@skynet.be
Website:	

5. Globale kwaliteitszorg

5.1. 'Bottom-up' ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, diabeteseducatoren, diëtisten, po-dologen, apothekers, bejaardenhelpsters, beleid

Timing: lopend project

Financiën: overheidssubsidie: federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Het DiabetesProject Aalst ⁶ onderzoekt de haalbaarheid en de effectiviteit van een model van gedeelde zorg in een afgebakende regio. In een eerste fase werd via een bottom-up procedure een regionaal gedragen interdisciplinair zorgprotocol ontwikkeld.

Doelgroep: Zorgverleners betrokken in de diabetes mellitus type 2 zorg.

Motivering en knelpunten:

Kwaliteitsvolle diabeteszorg vereist een efficiënte samenwerking tussen verschillende hulpverleners. Hiertoe zijn sluitende samenwerkingsafspraken en adequate informatie-overdracht noodzakelijk. In de betrokken onderzoeksregio bleken er nauwelijks interdisciplinaire taakafspraken te bestaan m.b.t. de zorg voor mensen met diabetes type 2. Daarenboven bleek dat een groot aantal hulpverleners aangaven niet voldoende informatie te ontvangen bij doorverwijzing.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Via een schriftelijke bevraging van alle betrokken disciplines in de eerste (huisartsen, diëtisten, podologen, verpleegkundigen, verzorgenden, apothekers) en de tweede lijn (specialisten), werden taakopvattingen, knelpunten en noden geïnventariseerd. De resultaten van deze bevraging werden besproken en aangevuld in verschillende intra-disciplinaire werkgroepen. Concrete werkpunten ter optimalisering van de zorg in de regio werden geselecteerd. Deze werkpunten vormden het discussiemateriaal voor een interdisciplinaire werkgroep en resulteerden in een consensus met adviezen voor interdisciplinaire taak- en werkafspraken.

Zijn er al resultaten van het project?

Momenteel wordt het interdisciplinair zorgprotocol verspreid en geïmplementeerd in de regio. Dit protocol bevat een aantal concrete adviezen m.b.t. een aantal prioritaire thema's zoals informatie-uitwisseling bij verwijzing en terugverwijzing, medicatiebewaking, voedingsadvies, preventie risicovoeten, aanpak diabetische voetwonden, zelfcontrole, aanpak hypoglycemie, educatie, rijgeschiktheidsattest en insuline-opstart. Vanuit het project werden er tevens initiatieven genomen om tegemoet te komen aan de algemene informatienood (website <http://www.zorgtrajectenaalst.be/dpa/> verspreiding papieren documenten).

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

- ◆ Snauwaert B, Sunaert P, Feyen L, Lambrecht D, Bastiaens H, Wens J, De Maeseneer J, Van Royen P . Bottom-up ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol m.b.t. diabetes type 2 zorg. Abstract Zesde Eerstelijnsymposium De eerste lijn 'in-team'. Leuven, 2005

⁶ Het DPA is een regionaal project gefinancierd door het RIZIV (KB 22-06-2001) met als doelstelling de overheid te adviseren met betrekking tot de organisatie van de zorg voor chronisch zieken in de eerste lijn, in casu diabetes type 2 patiënten.

- ◆ Interdisciplinair zorgprotocol: Analyse van de knelpunten en adviezen ter optimalisering van de diabeteszorg voor patiënten met diabetes type 2 in de regio Aalst. Rapport, juni 2005. Sunaert P., Lambrecht D., Snauwaert B., Feyen L., Jenkins L., Vertriest S., Bastiaens H., Wens J., Van Royen P., De Maeseneer J.
- ◆ Werkdocument huisartsen. Taken en samenwerkingsmodaliteiten huisartsen met betrekking tot de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de regio Aalst. Diabetes-project Aalst, december 2004.
- ◆ Werkdocument verzorgenden. Taken en samenwerkingsmodaliteiten verzorgenden met betrekking tot de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de regio Aalst. Diabetesproject Aalst, december 2004.
- ◆ Werkdocument thuisverpleegkundigen. Taken en samenwerkingsmodaliteiten thuisverpleegkundigen met betrekking tot de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de regio Aalst. Diabetesproject Aalst, december 2004.
- ◆ Werkdocument referentieverpleegkundigen. Taken en samenwerkingsmodaliteiten referentieverpleegkundigen met betrekking tot de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de regio Aalst. Diabetesproject Aalst, december 2004.
- ◆ Werkdocument podologen. Taken en samenwerkingsmodaliteiten podologen met betrekking tot de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de regio Aalst. Diabetes-project Aalst, december 2004.
- ◆ Werkdocument diëtisten. Taken en samenwerkingsmodaliteiten diëtisten met betrekking tot de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de regio Aalst. Diabetesproject Aalst, december 2004.
- ◆ Werkdocument apothekers. Taken en samenwerkingsmodaliteiten apothekers met betrekking tot de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de regio Aalst. Diabetesproject Aalst, december 2004.
- ◆ Werkdocument specialisten. Taken en samenwerkingsmodaliteiten specialisten met betrekking tot de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de regio Aalst. Diabetesproject Aalst, december 2004.
- ◆ Verder werden er een aantal teksten opgemaakt om tegemoet te komen aan een aantal concrete informatienoden in de regio (informatieve teksten i.v.m. voetverzorging, gezonde voeding, aandachtspunten bij zelfcontrole, aandachtspunten bij het inspuiten van insuline, hypoglycemie, terugbetalingscriteria consult voedingsadvies, terugbetalingscriteria consult podoloog, overzicht tegemoetkomingen mutualiteiten).
- ◆ Website DPA <http://www.zorgtrajectenaalst.be/dpa/>

Contactgegevens

Naam:	Snauwaert B, Sunaert P, Feyen L, Bastians H, Wens J, Van Royen P, De Maeseneer J
Organisatie:	Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent
Adres:	1 K3 De Pintelaan 185
Postcode/plaats:	9000 Gent
Tel.	09/2403647
E-mail:	boris.snauwaert@Ugent.be
Website:	http://www.zorgtrajectenaalst.be/dpa/

5.2. Diabetes Management in Antwerpen ('DiaMAnt'): een transmuraal klinisch pad

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, diabeteseducatoren, diëtisten, po-dologen,
apothekers, bejaardenhelpsters

Timing: lopend project

Financiën: eigen middelen (ZNA)

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

De doelstelling is om aan de hand van het klinisch pad de multidisciplinaire zorg voor diabetici in de regio Antwerpen optimaal te organiseren, over de verschillende lijnen heen. Dit wil het projectteam bereiken door de rollen van de verschillende actoren te definiëren, taakafspraken te maken m.b.t. de zorg en over communicatie, verwijzing en terugverwijzing. Bovendien is het de doelstelling om de patiënt in gans het zorgproces maximaal te responsabiliseren en te betrekken. De patiënt zal worden geëduceerd en gemotiveerd om zich telkens tot de meest aangewezen persoon te wenden, bij specifieke problemen.

Ultieme doelstelling is uiteraard optimale zorg. Het projectteam wil bij patiënten zo snel mogelijk de juiste behandeling ingesteld krijgen, om verdere degeneratie te voorkomen.

De doelpopulatie werd gesplitst in vier groepen: patiënten die alleen een aangepaste leefstijl moeten hanteren, patiënten op orale medicatie, insuline patiënten en ten slotte een complicatiegroep. De cut-off HbA1c voor inclusie in het project wordt gelegd op 8 %.

Motivering en knelpunten:

Een duidelijke knelpunt in de huidige zorgverlening is een onvoldoende communicatie tussen de zorgverleners onderling over de status van de patiënt. Het vlot doorstromen van informatie is primordiaal om vertrouwen te scheppen tussen de verschillende actoren en een doordacht verwijzingspatroon te realiseren. Momenteel is de communicatie en bijgevolg de zorg soms erg gefragmenteerd, waardoor patiënten niet altijd tijdig worden opgevolgd door de meest geschikte zorgverstrekker. Dit leidt niet alleen tot frustratie bij de zorgverleners, maar tevens tot suboptimale outcomes en ziekte-evolutie bij de patiënt.

Het klinisch pad zou het hoofd moeten bieden aan deze keten van problemen, door duidelijke richtlijnen voor zowel patiënt als zorgverstrekker.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Als basis wordt het zogenaamde 'Quattro model' gebruikt, dat aan de universiteit van Maastricht werd ontwikkeld. In dit model staat de patiënt centraal en rondom de patiënt bevinden de verschillende relevante actoren. Samen met eerste lijn en de diabetologen van het ZiekenhuisNetwerk Antwerpen, werd reeds een draft uitgewerkt van het Quattro model, toegespitst op diabetes. Dit model zal in het najaar verder verfijnd worden door andere disciplines en beroepsgroepen te betrekken. Het model voorziet in taakafspraken, communicatiestromen en verwijzingen.

Verder wordt educatie van zorgverstrekkers in de eerste lijn voorzien, om te zorgen dat alle betrokkenen zich optimaal kunnen profileren.

Om outcomes op te volgen zal de nadruk liggen op communicatie, verwijzing, doorverwijzing als procesindicatoren. Als klinische indicatoren zal de focus vooral liggen op de zelfevaluatie van de patiënten, bijvoorbeeld over de 'empowerment' van de patiënt. Er liggen een aantal zelfrapportage instrumenten op tafel, bijvoorbeeld de 'Quote' en de 'Health Locus of Control'.

Om gans het project te ondersteunen, wordt momenteel gekeken naar mogelijkheden om de transmurale communicatie elektronisch te laten verlopen, waardoor tevens een multidisciplinaire databank wordt aangelegd. Dit biedt in de toekomst nog ontelbare mogelijkheden op regionaal niveau.

Zijn er al resultaten van het project?

Met dit project is er al een forum opgericht om de diabetes problematiek te kunnen bespreken in regionale context. De eerste stappen zijn zeer veelbelovend om te komen tot een multidisciplinair project over de verschillende lijnen heen. De sleutelinterventies van het pad zijn reeds uitgestippeld, op basis van evidence based guidelines.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Voorlopig nog niet.

Contactgegevens

Naam:	Wim Van de Waeter
Organisatie:	ZiekenhuisNetwerk Antwerpen
Adres:	Lindendreef 1
Postcode/plaats:	2020 Antwerpen
Tel.	03 280 25 45
E-mail:	wim.vandewaeter@zna.be
Website:	www.zna.be

5.3. Diabetesspreekuur in multidisciplinaire groepspraktijk

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, intercultureel bemiddelaar
Timing: lopend project
Financiën: eigen middelen: wijkgezondheidscentrum

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Apart spreekuur binnen multidisciplinaire groepspraktijk (wijkgezondheidscentrum); disciplines tijdens spreekuur: arts, verpleegkundige met specifieke opleiding voor diabetes, intercultureel bemiddelaar (ICB) en diëtiste.

Doelstelling

- ♦ optimale regeling diabetesbehandeling (dieet, beweging & medicamenteus)
- ♦ preventie diabetescomplicaties (cardiovasculair, nefro-neuro-retinopathie, voet)

Doelgroep:

DM2 patiënten binnen de praktijk; grootste deel allochtone herkomst (De mensen van Turkse afkomst wonend in Gent zijn overwegend afkomstig uit Emirda (= platteland); binnen die groep zijn het vooral de mensen met lage scholingsgraad en uit een lagere economische klasse (lage scholingsgraad) die in de Sleep consulteren.

Motivering en knelpunten:

- ♦ motivering: zie boven
- ♦ knelpunten: gedragsveranderingen bij deze patiëntengroep is heel moeilijk (wel sterke opkomst)

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

- ♦ populatiespecifieke (Turkse allochtonen) deskundigheden (taalkennis-ICB)
- ♦ uitnodigingen volgens schema (brief en telefonisch)
- ♦ diabetesfiche & medisch protocol
- ♦ takenverdeling verpleegkundige-arts
- ♦ interdisciplinair overleg
- ♦ laagdrempelige verwijzing naar diëtiste in huis
- ♦ semi-vast samenwerkingsverband tweede lijn

Zijn er al resultaten van het project?

op niveau van de vereniging van wijkgezondheidscentra

Contactgegevens

Naam:	diabetes spreekuur
Organisatie:	wijkgezondheidscentrum De Sleep
Adres:	Doornzelestraat 32
Postcode/plaats:	9000 Gent
Tel.	09/223.29.23
E-mail:	kristofclaeys@wgcdesleep.be
Website:	http://www.wgcdesleep.be/

5.4. Diabetes ingebed in de eerste lijn

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, podologen, apothekers
Timing: lopend project
Financiën: eigen middelen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Optimaliseren van de zorg rond de diabetespatiënt, die buiten de ziekenhuisconventie valt. De huisarts is de coach: hij kent de zorgverleners.

Multidisciplinaire ondersteuning van veranderingsproces bij de patiënt.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

- ♦ starten van werkgroep: multidisciplinair samengesteld als motor van het project. Werkgroep vergadert maandelijks op vast tijdstip.
- ♦ Jaarlijkse updating diabetes voor huisartsen via bijscholing van de lokale artsenkring. Diabetesprotocols op de website terug te vinden.
- ♦ In kaart brengen van alle professionelen betrokken bij de zorg voor diabetespatiënten in onze regio →gegevens bundelen en ter beschikking stellen voor onze website www.artsenkring.be → project: diabetes
- ♦ Alle zorgverleners spreken met de patiënt eenzelfde diabetestaal vorming zowel per discipline als multidisciplinair: elke discipline vergadert hiervoor apart, voor alle disciplines samen wordt een grote voorlichtingsvergadering rond diabetes belegd. 100 zorgverleners kwamen hiervoor samen.
- ♦ Via persconferentie wordt de bevolking bij het vervolg van het project betrokken.
- ♦ Organisatie van grote infoavond voor de diabetespatiënt en zijn mantelzorgers (350 personen aanwezig).
- ♦ Organiseren van infosessies voor de patiënt in kleinere groepen rond:
 - ✓ voeding
 - ✓ voetproblemen
 - ✓ medicatie en materialen
 - ✓ sociale info

Deze infosessie werden gegeven door professionelen uit de regio. De patiënt diende via de website ingeschreven te worden door de huisarts zodoende dat een terugkoppeling mogelijk was naar de huisarts.

middelen:

- ♦ eigen professionelen die rond de diabetespatiënt werken
- ♦ coordinator van artsenkring
- ♦ projectverantwoordelijke van artsenkring
- ♦ medisch huis
- ♦ consultaties van diëtisten en podologen in medisch huis

Zijn er al resultaten van het project?

Project gestart in oktober 2004 en geëvalueerd in juni 2005.

Conclusie van project:

- ♦ Er worden patiënten bereikt die anders niet te bereiken zijn of moeilijk te motiveren.

- ◆ Patiënten die deelnamen waren heel enthousiast: goede informatie vertaalt zich in betere diabetescontrole.
- ◆ Diabeteszorg heeft een gezicht gekregen in de regio.

Project wordt hernomen in het najaar van 2005 omwille van de respons van de patiënten (via gesprekken en evaluatieformulieren) en de respons en enthousiasme bij de professionelen.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

- ◆ Diabetesinfo allerhande zowel praktische als theoretische te vinden op de website van de artsenkring.
- ◆ Voor de patiënten werd, zowel op de grote infosessie als bij de kleine sessies, geschreven info meegegeven.
- ◆ Project wordt voorgesteld in september op multidisciplinair symposium in Leuven.

Contactgegevens

Naam:	Dr.Greta Van Pottelbergh - Kristien Maelstaf, coördinator
Organisatie:	Artsenkring Halle en omgeving
Adres:	Alsebergsesteenweg 89
Postcode/plaats:	1501 Alseberg
Tel.	02/306.42.46
E-mail:	coordinator@artsenkring.be
Website:	www.artsenkring.be

5.5. Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, diëtisten
Timing: gepland project
Financiën: eigen middelen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Best mogelijke zorg aanbieden aan de diabetici in onze praktijk. Daarom de doelstellingen die in allerlei standaarden geformuleerd worden gaan onderzoeken om te implementeren in onze praktijk. Tezelfdertijd onderzoeken wat in onze praktijk en in ons cliënteel haalbaar is. Dus vaststellen van onze eigen mogelijkheden om dan in dialoog met de centra de verwachtingen en het aanbod van zowel onze praktijken als de centra te 'matchen'. Dit dus in een echt multiculturele omgeving en met drie diabetescentra op een afstand van minder dan drie kilometer!

Motivering en knelpunten:

- ♦ onze diabeteswerking evalueren, verbeteren en stroomlijnen
- ♦ door de betere inzet van middelen, de winst van de schaalvergroting delen over alle deelnemers (patiënten, huisartsen, diabetescentra, andere hulpverleners)

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

wordt momenteel op punt gesteld

Zijn er al resultaten van het project?

Neen

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Geen

Contactgegevens

Naam:	Drs. Milan Roex, Johan Buffels, Tim Hilgert, Luc Martens, Paul Kelchtermans, Tran Quoc Hung, Ann ROEX
Organisatie:	Helix
Adres:	4 sites
Postcode/plaats:	Anderlecht
Tel.	02.522.74.54
E-mail:	milan.roex@skynet.be
Website:	

5.6. Lijnoverschrijdende kwaliteitszorg voor type 2 diabetes

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen
Timing: lopend project
Financiën: eigen middelen
farmaceutische industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Responsabilisering van de patiënt.
Bevorderen van samenwerking 1^{ste} en 2^{de} lijn in kader van diabetes type 2 zorg.
Doelgroep: alle type 2 diabeten.

Motivering en knelpunten:

Project werd gestart om kwaliteit van zorg te optimaliseren en om 1^{ste} lijn meer bij de diabeteszorg te betrekken.

Knelpunten: papierwerk, in toekomst te vervangen door een elektronisch dossier.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Uniek diabetesdossier gecreëerd door een werkgroep van regionale huisartsen en endocrinologen van het ziekenhuis.

Het dossier is een papieren dossier waarin alle gegevens over de diabeteszorg van de patiënt zijn gebundeld (historiek, anamnese, klinisch onderzoek, biochemische parameters, micro- en macro-angiopathische status, medicatie) en welke pendelt tussen 1^{ste} en 2^{de} lijn. De patiënt heeft rechtstreeks inzage in dit dossier en is zo meer betrokken bij de opvolging.

Zijn er al resultaten van het project?

- ◆ Betere communicatie tussen 1 ste en 2de lijn.
- ◆ Betere bloeddrukcontrole (uitsluiten wittejas hypertensie).
- ◆ Betere uitwisseling van reeds uitgevoerde onderzoeken.

Contactgegevens

Naam:	Yves Kockaerts - Jos Tits
Organisatie:	Ziekenhuis Oost-Limburg
Adres:	Schiepse bos 6
Postcode/plaats:	3600 Genk
Tel.	089 32 55 32
E-mail:	Yves.Kockaerts@zol.be ; Jos.Tits@zol.be
Website:	www.endocrino.be

5.7. Samenkomst huisartsenkring

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten
Timing: afgerond project (2005)
Financiën: eigen middelen
farmaceutische industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Huisartsenkring Houtland.

Motivering en knelpunten:

Inzicht geven in de huidige behandelingstrends.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Organiseren van wetenschappelijke avonden en rondetafelconferenties.

Zijn er al resultaten van het project?

Kennis en inzicht geven in de huidige behandelingstrends.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Wetenschappelijke avonden organiseren rond het thema: type 2 Diabetes en het Metabool Syndroom (nieuwe inzichten en therapie, focus op hypertensie) en het organiseren van rondetafel conferenties: begeleiding (type 1 en type 2) Diabetes (aan de hand van casusbesprekingen).

Contactgegevens

Naam:	Dr. De Rudder
Organisatie:	Diabetesconventie Sint-Rembertziekenhuis Torhout
Adres:	Sint-Rembertlaan 21
Postcode/plaats:	8820 Torhout
Tel.	050/23.24.02
E-mail:	socialedienst@AzStRembert.be
Website:	/

5.8. Diabeteszorg, samen sterk

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, podologen, bejaardenhelpsters
Timing: afgerond project (2003)
Financiën: eigen middelen
farmaceutische industrie
voedingsindustrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelgroep: professionelen in de gezondheidszorg

Doelstelling: het beklemtonen van 'shared-care' kwaliteitszorg met ieder zijn bekwaamheden als onderdeel in de totale zorgverlening om een optimale benadering en behandeling van de diabetespatiënt te bewerkstelligen.

Motivering en knelpunten:

Diabeteszorg in België is goed ontwikkeld, maar iedereen werkt teveel op eigen terrein. We stelden de diabetespas voor, om het behandelingsbeleid omtrent diabetes te bundelen en de samenwerking tussen de professionelen te kunnen coördineren.

(organisatorisch geen knelpunten, grote opkomst uit allerlei sectoren)

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Diabetessymposium met namiddag- en avondsessies en infomarkt door farmaceutische en voedingsindustrie (accreditering voor artsen en bijscholingsattesten).

Zijn er al resultaten van het project?

We bevorderden de samenwerking met de eerste lijn, we doen vlotter wederzijds beroep op elkaar, en dit komt de diabetespatiënten uit de regio ten goede.

Contactgegevens

Naam:	Diabetesconventie Waregem Callens Trees (diabeteseducator)
Organisatie:	O.L.V. van Lourdesziekenhuis Waregem
Adres:	Vijfseweg 150
Postcode/plaats:	8790 Waregem
Tel.	056 62 31 11 alg. 056 62 35 22 conventie
E-mail:	trees.callens@ziekenhuiswaregem.be
Website:	www.ziekenhuiswaregem.be

5.9. Opleiding in de eerste lijn

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, podologen, bejaardenhelpsters
Timing: afgerond project (2003)
Financiën: eigen middelen
farmaceutische industrie
voedingsindustrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Eerstelijnsverzorgers (huisartsen, verpleegkundigen,)

Motivering en knelpunten:

Adequate therapierichtlijnen, voornamelijk voor insuliner therapie en gebruik van nieuwe insulines.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Eigen middelen en beeldvorming.

Zijn er al resultaten van het project?

Motivering en inzicht.

Contactgegevens

Naam:	Dr. De Rudder - Deprez Lieve
Organisatie:	Diabetesconventie Sint-Rembertziekenhuis Torhout
Adres:	Sint-Rembertlaan 21
Postcode/plaats:	8820 Torhout
Tel.	050/23.24.02 - 050/23.26.50
E-mail:	socialedienst@AzStRembert.be
Website:	/

5.10. Diabetes zorgpad met optimale allocatie van middelen en kennis

Opzet: multi-disciplinair: lijnoverschrijdend
huisartsen, specialisten, verpleegkundigen
Timing: lopend project
Financiën: eigen middelen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Uitbouwen van lokaal zorgpad waarbij er een optimale allocatie gebeurt van middelen en kennis rond diabeteszorg. Het uitbouwen van een platform waarbij continu vorming en interactie mogelijk is tussen de hulpverleners.

Motivering en knelpunten:

Huidige knelpunten: gebrek aan éénvoudigheid, gebrek aan samenwerking, suboptimale zorgen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Inventarisering, Consensusvergadering (eerst medisch tussen HA en specialisten), Intentieverklaring getekend door basis, Multidisciplinair overleg, Implementatie middels LOKs en web-based tool.

Zijn er al resultaten van het project?

Het project is lopende.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Het project is lopende.

Contactgegevens

Naam:	Jeroen van den Brandt - huisarts
Organisatie:	HAZOH (huisartsenkring), H. Hart Tienen
Adres:	
Postcode/plaats:	
Tel.	
E-mail:	jeroen.vdb@skynet.be
Website:	

5.11. Groepsconsultatie voor diabetespatiënten

Een vernieuwend experiment in samenwerking met het Wit-Gele Kruis

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, verpleegkundigen, diëtisten, ervaringsdeskundigen
Timing: lopend project
Financiën: eigen middelen (Geneeskunde voor het Volk)
farmaceutische industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Bij Diabetes type 2 is een verandering in de leefstijl factoren (voeding, beweging, rookgedrag,...) zeer belangrijk om de complicaties van de ziekte te voorkomen of vertragen. Maar het is niet altijd gemakkelijk om verkeerde levensgewoontes bij (diabetes)patiënten te wijzigen. Het doel van dit project was dan ook een verandering in deze verkeerde levensgewoontes (voeding, beweging, alcoholconsumptie) te bekomen en de kennis rond diabetes te verbeteren (ziekte inzicht). Dit door een consultatie in groep voor patiënten met diabetes op te zetten, waar verschillende onderwerpen gerelateerd aan de ziekte, samen met de patiënten besproken werden. Het ging hier om 5 bijeenkomsten gegeven door huisartsen, één diëtiste en één diabetesverpleegkundige (zie methode). Een bijkomende doelstelling was het optimaliseren van onze therapie en begeleiding aan de hand van de nieuwe 'aanbevelingen van de WVVH voor patiënten met Diabetes type 2'.

Motivering en knelpunten:

We zijn met dit project begonnen ten eerste omdat de tot nu toe voorgestelde aanpak (huisarts - diëtiste en verpleegkundige afzonderlijk, en het programma voor diabetespatiënten op niveau van de tweedelij) weinig verandering heeft gebracht op de verkeerde levensgewoontes van onze patiënten. De relevantie voor de patiënt is dat hij regelmatig geconfronteerd wordt met zijn ziekte vanuit verschillende invalshoeken, hij ziet hoe andere patiënten omgaan met diabetes en belangrijk: de patiënt leert dat hij zelf iets aan zijn ziekte kan veranderen en dat de inname van dat pilletje alleen, niet voldoende is. Een knelpunt was dat van de 22 gecontacteerde patiënten 13 de 5 bijeenkomsten hebben gevolgd, minder dan verwacht, maar langs de andere kant is het niet slecht om misschien met kleinere groepen te werken (iedereen kan aan bod komen). Een ander probleem was de financiële regeling (diëtiste, materiaal moesten ook betaald worden).

Methode en gebruikte materiaal

Er werd een consultatie in groep opgezet:

Onze multidisciplinaire equipe bestond uit een huisarts, twee huisartsen in opleiding, een diëtiste en een referentieverpleegkundige diabetes, beiden van het Wit Gele Kruis en een 'ervaringsdeskundige' in de persoon van de voorzitter van de lokale afdeling van de Vlaamse Diabetes Vereniging.

Voor een consultatie in groep in een geprogrammeerde cyclus bestaande uit 5 sessies die maandelijks doorgingen werden 22 patiënten bijeengebracht. Elke sessie duurde 2 uur en bestond uit meten, wegen, BD meting, afgeven van de door de patiënt ingevulde diabetes-pas met eigen metingen, gebruikte medicatie en persoonlijke vragen. In het educatieve gedeelte, waarbij telkens vertrokken werd van de persoonlijke ervaringen van de patiënten, kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- a) voeding 'gezond eten', 'hoe doen we inkopen: de 'dieetproducten',
- b) beweging 'Ik ga mijn krant 3 km verder halen',
- c) voetzorg 'hoe mijn voeten verzorgen',
- d) medicatie 'is mijn medicatie in orde? '

- e) medische onderzoeken: 'wat moet ik nog laten doen: oogonderzoek, nierfunctie, glycemie, HbA1c controle',
- f) autoverzekering 'Mag ik nog rijden?' (Een volledig schema en de bijhorende PowerPoint zijn beschikbaar).

Elke patiënt kon aan de hand van zijn persoonlijke diabetespas zichzelf positioneren. Hij moest telkens een persoonlijke target in zijn diabetespas noteren, iedereen werkte op eigen tempo. Bij het einde van de sessie kreeg elke patiënt de gevraagde voorschriften, eventueel aanvragen voor oogonderzoek, biochemie en een nieuwe uitdraai van zijn diabetespas.

In het EMD werden de noodzakelijk instrumenten gemaakt voor een vlotte follow-up, uitdraai van de diabetespas en communicatie met de tweede lijn.

Resultaten

22 patiënten zijn de cyclus gestart. 9 hebben er afgehaakt. Afhakers zijn vooral situationele elementen. (reis, werk, vergeten...) Dus 13 patiënten met diabetes, 8 mannen en 5 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 62 jaar, hebben de volledige cyclus gevolgd, hierop zijn dan ook de resultaten gebaseerd. Voor de volgende parameters is er een aanzienlijke verbetering: ziekte inzicht, gedragsverandering: vooral meer bewegen, meer groenten en fruit eten en minder alcoholverbruik scoorden goed. Op medisch vlak is ook de opvolging veel beter; in het bijzonder inzake statiegebruik, aspirine en BD verlagende middelen. Bij alle patiënten gebeurde een updating van de opvolgingsonderzoeken van ogen, nieren en voeten.

Besluit

Een consultatie in groep voor diabetespatiënten heeft bij onze patiënten een duidelijke verandering in ziekte-inzicht en leefstijl factoren meegebracht. We hebben ook een verbetering in onze medische therapie en begeleiding, aan de hand van de nieuwe aanbevelingen van de WVVH, geboekt.

De groepsdynamiek en het formuleren van persoonlijke targets per patiënt, zijn zeer waardevolle instrumenten die niet alleen de leefstijl factoren, maar ook de medische therapie beïnvloeden. Echte verbetering van de follow-up van diabetes zou kunnen gebeuren indien de multidisciplinaire setting naar de huisarts zelf gebracht wordt. In de huidige discussie over zorgpaden diabetes, moet de patiënt teveel pendelen tussen de verschillende zorgverleners, (diëtist(e), verpleegster, specialisten) en haakt hierdoor af. De huisarts wordt teveel herleid tot een beheerder van documenten. Er is een inadequate financiering van de diabeteszorg door de huisarts. Indien we vertrekken van het forfait van € 310 per jaar en per patiënt in de diabetesconventie, dan hebben we voor een groep van 20 patiënten € 6200 ter beschikking voor 4 sessies per jaar. Dat is meer dan voldoende voor testmateriaal, het loon van het team, (behalve de honoraria voor de huisarts) en de praktische organisatie.

Contactgegevens

Naam:	Torrigo Estrada Claudia, Engelbeen Thomas, De Witte Harrie
Organisatie:	Geneeskunde voor het Volk
Adres:	Keinkestraat 3A
Postcode/plaats:	3600- Genk
Tel.	089/359787
E-mail:	estratorrico@yahoo.com , claudia.torrigo@vhv.be , harrie.dewitte@qvhv.be
Website:	/

5.12. Individuele zelfzorgeducatie voor diabetes type 2 patiënten in de eerste lijn

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, diabeteseducator
Timing: lopend project
Financiën: overheidssubsidiëring: federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling: Ontwikkelen van een gestructureerd educatieprogramma voor diabetes type 2 patiënten in de eerste lijn. In dit project gaan we na of gestructureerde individuele zelfzorgeducatie in de eerste lijn haalbaar is, bekijken we hoe patiënten dit evalueren en onderzoeken we wat het effect is op hun objectieve gezondheidstoestand (voornamelijk HbA_{1c} en BMI) en op subjectieve gezondheidsparameters als kwaliteit van leven en emotionele stress t.g.v. leven met diabetes. Het is ook de bedoeling te beschrijven hoe het programma ontwikkeld wordt, wat de uiteindelijke inhoud is en wie educatie volgt.

Doelgroep: alle diabetes type 2 patiënten uit de regio Aalst (9300, 9308, 9310, 9320) die niet opgenomen zijn in de diabetesconventie.

Motivering en knelpunten:

Diabetes vraagt een levenslange, dagelijkse, actieve inzet en blijvende motivatie van de patiënt. Dit gezondheidsgedrag is uiteindelijk bepalend voor het welzijn en de gezondheidstoestand van de patiënt. Vele factoren kunnen de aanpassing aan een leven met diabetes bemoeilijken en een barrière vormen voor optimaal zelfzorggedrag. Diabetes kan voor de patiënt psychologisch ook zeer belastend zijn.

Zelfzorg educatie vormt een belangrijke peiler van de aanpak van diabetes. De bedoeling is patiënten voor te bereiden om effectieve zelfmanagers te zijn van hun chronische aandoening. Door patiënten te motiveren, informeren en ondersteunen, leren ze actief hun diabetes op te volgen en zelf mee beslissingen te nemen (empowerment van de patiënt).

In het huidige zorgaanbod voor diabetes type 2 patiënten in België is gestructureerde educatie beperkt. Patiënten behandeld met 2 insuline-injecties komen in aanmerking voor educatie in conventiecentra in de tweede lijn. Patiënten op 1 insuline injectie kunnen door referentie-verpleegkundigen in de eerste lijn een basiseducatie krijgen. De grote groep patiënten die geen insuliner therapie krijgt, heeft niet de mogelijkheid gestructureerde educatie te volgen. Als onderdeel van het DiabetesProject Aalst ⁷ (DPA) wordt gestructureerde individuele educatie voor diabetespatiënten in de eerste lijn uitgewerkt en geïmplementeerd.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Mensen met diabetes type 2 kunnen op verwijzing van hun huisarts terecht bij een diabetes-educator voor individuele zelfzorgeducatie. Het basispakket bestaat uit 3 sessies (1 u + 2 keer ½ uur). Het programma kan afhankelijk van de patiënt ingekort of uitgebreid worden. Deze educatie is kosteloos voor de patiënten in het kader van het DiabetesProject Aalst (oktober 2004 - juni 2006).

Basiscomponenten educatieprogramma:

⁷ Het Diabetesproject Aalst is een regionaal project gefinancierd door het RIZIV (KB 22-06-2001) met als doelstelling de overheid te adviseren met betrekking tot de organisatie van de zorg voor chronisch zieken in de eerste lijn, in casu diabetes type 2 patiënten.

- ◆ Algemene kennistopics (wat is diabetes, hyper- en hypoglycemie, voeding, beweging, roken, voetverzorging, eventueel zelfmonitoring)
- ◆ Aandacht voor psychosociale adaptatie aan het leven met diabetes
- ◆ Ingaan op specifieke vragen
- ◆ Motivatie om zelf verantwoordelijkheid op te nemen
- ◆ Vaardigheden aanleren
- ◆ Stimuleren en ondersteunen gebruik diabetespas, inclusief stellen van individuele doelen

Zijn er al resultaten van het project?

Ruim één derde (n=36) van de huisartsen uit de regio verwees tot nu toe patiënten voor educatie. Momenteel kregen 101 patiënten educatie. Gemiddelde leeftijd van deze groep is 64 (± 10), 51 % zijn mannen en 1/4 is alleenstaand. Het aantal sessies per patiënt schommelt tussen 1 en 5. Implementatie van een educatieprogramma voor diabetes type 2 patiënten in de eerste lijn lijkt haalbaar.

De eerste reacties zijn positief.

In een volgende fase zal een gestructureerde evaluatie door patiënten gebeuren en zullen de effecten op levenskwaliteit en gezondheidstoestand nagegaan worden. Dit gebeurt op basis van gevalideerde vragenlijsten (QUOTE, PAID), registratie door huisartsen en gegevens uit bestaande databanken.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Abstracts over dit project werden ingediend voor nationale en internationale congressen:

- ◆ Bastiaens H, Wens J, Jenkins L, Sunaert P, Feyen L, Snauwaert B, Van Royen P, De Maeseneer J. Development and implementation of a self-management education programme for patients with type 2 diabetes in primary care in Belgium. Abstract PCD Europe. Athene 2005 (aanvaard).
- ◆ Bastiaens H, Wens J, Jenkins L, Sunaert P, Feyen L, Snauwaert B, Van Royen P, De Maeseneer J. Educatie voor diabetes type 2 patiënten in de eerste lijn? Abstract zesde Eerstelijnsymposium De eerste lijn 'in-team'. Leuven 2005 (aanvaard).
- ◆ Bastiaens H, Wens J, Jenkins L, Sunaert P, Feyen L, Snauwaert B, Van Royen P, De Maeseneer J. Development and implementation of a self-management education programme for patients with type 2 diabetes in primary care in Belgium. Abstract EGPRN. Tartu 2005 (ingediend).

Contactgegevens

Naam:	Hilde Bastiaens
Organisatie:	Centrum voor Huisartsgeneeskunde — Universiteit Antwerpen
Adres:	Universiteitsplein 1
Postcode/plaats:	2610 Wilrijk
Tel.	03/820.25.29
E-mail:	hilde.bastiaens@ua.ac.be
Website:	http://www.zorgtrajectenaalst.be/dpa/

5.13. HbA1c waarden bij RTV patiënten

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, CRA, verpleegkundigen
Timing: lopend project
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Registratie van alle Hemoglobine A1c-waarden bij alle diabetespatiënten, die verblijven in de verschillende RVT's van het OCMW Antwerpen en dit voor de periode van 1 juli 2004 tot en met 30 juni 2005.

Motivering en knelpunten:

Motivering: Eind 2004 en begin 2005 werden in de RVT's voor alle diabetespatiënten nieuwe richtlijnen van kracht voor een gezonde en evenwichtige voeding rekening houdend met de hoge leeftijd en de aangepaste criteria voor een goede diabetesregeling.

Knelpunten: Verschillende factoren kunnen de waarde van de HbA1c-bepaling beïnvloeden. De toepassing van nieuwe voedingsadviezen is sterk afhankelijk van de motivatie van patiënt, familie en verzorgend personeel

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Bepaling van de HbA1c-waarde op veneus bloed opgevangen in EDTA-buisje

Contactgegevens

Naam:	Dr Hugo Anthoni
Organisatie:	OCMW Antwerpen RVT Melgeshof
Adres:	De Lunden 2
Postcode/plaats:	2170 Merksem
Tel.	0495242243
E-mail:	hucp.anthoni@ocmw.antwerpen.be
Website:	www.emdg.be

5.14. Van standaard tot praktijkrichtlijn

Van 'leerplan' tot elektronische diabetespas

Opzet: multi-disciplinair: eerste lijn
huisartsen, diëtisten
Timing: lopend project
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Kwaliteitsverbetering van de diabeteszorg in een grotere huisartsengroepspraktijk (8 huisartsen, 1 acupuncturist, 1 diëtiste) die in het forfaitair stelsel werkt (dwz. afgelijnde patiëntenpopulatie van 4200 ingeschreven patiënten) in arbeidersgemeente Hoboken (vooral patiënten uit arbeidersmilieu waarvan 35 % uit de migratie afkomstig).

Gelijktijdig met de kwaliteitsverbetering van onze diabeteszorg wilden we ook de kwaliteit van onze registratie en van het gebruik van ons EMD verbeteren.

Leerplan voor ICHO-praktijkopleiders.

Motivering en knelpunten:

Eerdere vaststelling uit sterkte-zwakte-analyse van onvoldoende kennis en resultaten in ons diabetesbeleid.

Noodzaak ons aan te passen aan recente ontwikkelingen: het vervangen van ons papieren DM-opvolgformulier, het gebruik van de diabetespas, recente evoluties in Evidence Based aanpak van diabetes.

Iedereen in de groep op dezelfde lijn krijgen qua beleid. Uniformering notities in EMD.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Methode:

- ◆ Brainstorming met heel de groep, vertrekkend van leerplan ingediend voor het ICHO -september 2003.
- ◆ Hieruit groeide een werkgroep (3 praktijkopleiders en 2 hibo's) die heel het proces begeleide.
- ◆ Planmatige uitwerking van leerplan in het kader van ICHO-opdracht - november 2003 tot juni 2005 met
 - ✓ 1. registratie diagnose en complicaties (praktijkproject)
 - ✓ 2. Evidentie rond DM 2 beleid (team-vergadering)
 - ✓ 3. Specifieke benadering DM2-patiënten uit de migratie (praktijk / ICHO-project)
 - ✓ 4. Registratie Cardio Vasculair Risico (praktijk / ICHO-project)
 - ✓ 5. Diabetische voet (LOK-vergadering)
 - ✓ 6. Verbetering communicatie met diëtiste (in huis)
 - ✓ 7. Optimalisering medicamenteuze therapie (2 team-vergaderingen)
 - ✓ 8. Invoering 'elektronische diabetespas' met daaraan verbonden optimalisering niet-medicamenteuze behandeling (praktijk / ICHO-project)
- ◆ Regelmatige terugkoppeling en evaluatie met heel de groep.

Materialen:

- ◆ Studiemateriaal: NHG-standaarden en WVVH-aanbevelingen, Folia Farmacotherapeutica, bloemlezing EBM-teksten.
- ◆ Ontwikkeling van diabetesmodule in CIS-scherm van EMD (Medidoc) met outprint in

diabetespasformat.

- ◆ Info-materiaal: artikel in patiëntentijdschrift, NHG-folders, video's en dvd's in arabisch, berbers, turks affiche en ander didactisch materiaal in wachtzaal verzorgd door diëtiste.
- ◆ Outprints diabetespas worden samen met papieren pas verzameld in plastic A5-mapje.

Middelen:

Eigen middelen van het begin tot het einde. Ook de ontwikkeling van de elektronische diabetespas gebeurde met eigen inzet gedurende nacht en weekends!

Zijn er al resultaten van het project?

Onze praktijkrichtlijn is er! Ze is systematisch inge oefend en wordt toegepast.

Volgende stap is nog een verdere verfijning door ze voor te leggen aan collega's, ook de internisten waar we mee samenwerken.

Begin 2006 moet er een eerste evaluatie komen. We kennen de vertreksituatie eind 2003.

Het was bovendien een mooie oefening in uniform registreren en alle problemen die daarbij opduiken. Met een gunstig gevolg voor alle registraties in het EMD!

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

- ◆ de richtlijn zelf
- ◆ 4 praktijkprojecten (waarvan 3 in kader van icho-opdracht)
 - ✓ Uniforme registratie van DM 2 in het EMD.
 - ✓ Cardiovasculair risico bij diabetes en het elektronisch medisch dossier, Dr. Kristof Hillemans. Genomineerd voor de prijs van de huisarts 2004:
www.roulartamedica.be/pdf/Kristof_Hillemans.pdf of
<http://www.michielvandamme.be/BronnenMedischeTijdschriften/Ha200402.pdf>
 - ✓ DM 2-beleid in de groepspraktijk bij patiënten van Marokkaanse origine, Dr. Ayse Tasatan.
 - ✓ Diabetespas als beleidsondersteunend instrument bij DM2-patiënten. Dr. Karen De Vos.
- ◆ de 'elektronische diabetespas'.

Contactgegevens

Naam:	Erik Vanobbergen
Organisatie:	Geneeskunde voor het Volk
Adres:	Oudestraat 34
Postcode/plaats:	2660 Hoboken
Tel.	03.828.02.43
E-mail:	erik.vanobbercien@qvhv.be
Website:	

5.15. Ontwikkeling en implementatie van het klinisch pad diabeteseducatie

Opzet: multi-disciplinair: tweede lijn
specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, podologen
Timing: lopend project
Financiën: overheidssubsidiëring: federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling: via realisatie van een klinisch pad de diabeteseducatie op een efficiënte, effectieve en kwaliteitsvolle wijze organiseren. Het is de bedoeling om op die wijze de patiënt zo zelfstandig, scherp en stabiel mogelijk zijn eigen ziekte onder controle te laten houden, teneinde acute en chronische verwickelingen te vermijden.

Doelgroep: het betreft type 1 of type 2 diabetespatiënten tussen 16 en 80 jaar, die voor hun behandeling minstens twee insuline-inspuitingen per dag nodig hebben en die gedurende 3 dagen opgenomen worden in het ziekenhuis voor educatie auto-injectie, zelfcontrole en autoregulatie. Patiënten met cognitief verval, zwangeren en nieuw gediagnosticeerde type 1 diabetespatiënten worden niet in het klinisch pad opgenomen.

Motivering en knelpunten:

Motivering: klinische paden zijn een methode om het proces, dat de patiënt doorloopt, transparant te maken, te evalueren en te optimaliseren om op die manier de outcome, de service, het financieel bilan, de kwaliteit en de multidisciplinaire en interprofessionele samenwerking te verbeteren. De meeste elementen, noodzakelijk voor een goede diabeteseducatie, waren reeds in het ziekenhuis aanwezig, maar via het klinisch pad worden de interdisciplinaire en interprofessionele zorg veel beter op elkaar afgestemd, zodat een gestandaardiseerde kwaliteit op een efficiënte wijze kan aangeboden worden.

Knelpunten: het inpassen van het cardiologisch en oftalmologisch consult op vaste dagen tijdens de opname heeft wel wat overleg met de respectievelijke diensten gevraagd. Ook het beschikbaar houden van een tweepersoonskamer gedurende 3 dagen per week vraagt organisatorische aanpassingen en duidelijke afspraken met artsen en verpleegkundigen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Gebruikte methode: aan het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap werd in het kader van het Netwerk Klinische Paden een 30 stappenplan ontwikkeld op basis van literatuurstudie. Dit stappenplan gebruikt de Deming cyclus [Plan - Do - Check - Act (P-D-C-A) cyclus] als referentiekader en is als leidraad gebruikt bij het ontwikkelen, implementeren en evalueren van het klinisch pad.

Zijn er al resultaten van het project?

Volgende indicatoren werden voor en na de implementatie van het klinisch pad opgevolgd: patiëntentevredenheid, HbA1c na 2 maanden, kennis, nood aan thuisverpleging en gemiddelde educatieduur.

Tot op heden werden bij 38 patiënten voor en 20 patiënten na de implementatie metingen uitgevoerd. Er was een statistisch significante stijging van de patiëntentevredenheid en de kennis ($p = 0.0064$) en een statistisch significante daling van de gemiddelde HbA1c na 2 maanden ($p = 0.0485$) bij de patiënten die het klinisch pad doorlopen hebben. Meer data worden verzameld en zijn zeker nodig om dit te bevestigen en definitieve conclusies te kunnen trekken.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Publicaties:

- ♦ Sermeus, W., Vanhaecht, K. Wat zijn klinische paden? Acta Hospitalia, 2002; 3:p 5-11.
- ♦ Vanhaecht, K., Sermeus, W. Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad. 30 stappenplan van het Netwerk Klinische Paden. Acta Hospitalia, 2002; 3: p 13-27.

Contactgegevens

Naam:	Paul Arnouts, Juul Boes, Martine Gijsbrechts, Frans Boonen, Louise-Marie Coenraerds
Organisatie:	Nefroloog-diabetoloog Sint-Jozef Ziekenhuis Turnhout
Adres:	Steenweg op Merksplas 44
Postcode/plaats:	2300 Turnhout
Tel.	014 44 40 06
E-mail:	Paul.Arnouts@azstjozef-turnhout.be
Website:	

5.16. Zaaltoer voor diabetespatiënten

Opzet: multi-disciplinair: tweede lijn
specialisten, verpleegkundigen
Timing: lopend project
Financiën: overheidssubsidiëring: federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelgroep: Alle gehospitaliseerde diabetespatiënten waarbij een diabetologisch consult wordt aangevraagd door de behandelende arts (endocrinoloog, andere specialist, huisarts).

Doelstelling: Streven naar normoglycemie's bij de patiënt door het dagelijks opvolgen van de glycemiewaarden en de therapie door de diabetesverpleegkundige en de endocrinoloog.

Bij afwijkende glycemiewaarden gaat de diabetes verpleegkundige de oorzaak hiervan opsporen door middel van bevraging van de patiënt, de verpleegkundigen van de afdeling en de behandelende geneesheren. Vervolgens bespreekt de diabetesverpleegkundige alle diabetespatiënten met de endocrinoloog en wordt in samenspraak de therapie aangepast.

Motivering en knelpunten:

Motivering:

- ♦ Het bereiken van kwalitatief goede diabeteszorg in heel het ziekenhuis, met het oog op het voorkomen complicaties (hypo-/ hyperglycemie).
- ♦ Het ondersteunen van de verpleegkundigen op de afdeling, door directe informatie te geven over nieuwe materialen, geneesmiddelen, technieken en gebruiken.

Knelpunten:

- ♦ Het aantal diabetespatiënten neemt steeds toe. Deze patiënten komen op alle afdelingen voor, bvb pediatrie, materniteit, heelkunde. Door de snelle evolutie binnen de diabetes-therapie, is het onmogelijk om op de verpleegafdelingen over alle kennis te beschikken.
- ♦ Er kunnen geen referentie diabetesverpleegkundige op de afdelingen aangesteld worden. Elke dienst beschikt al over verschillende referentieverpleegkundigen oa. Ziekenhuishygiëne, tiltechnieken,De vraag naar referentieverpleegkundige is groter dan het aanbod.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Middelen:

- ♦ PCS (patiënt care systeem = informatica systeem),
- ♦ C2M,
- ♦ Glycemie standaard volgblad,
- ♦ standaard procedures zaaltoer

Methode:

Om de zaaltoer te kunnen invoeren, werd het diabetesteam met een 0.5 FTE verpleegkundige uitgebreid en dit in kader van de Sociale Maribel.

Dagelijks bezoekt de verpleegkundige de verschillende verpleegafdelingen, waarbij een diabetologisch consult werd aangevraagd.

Zijn er al resultaten van het project?

Ja, verhoogde tevredenheid bij de verpleegkundigen op de afdeling, betere opvolging van de diabetespatiënt op de afdeling.

Contactgegevens

Naam:	De Cuyper Anne
Organisatie:	AZ Sint Augustinus
Adres:	Oosterveldlaan 24
Postcode/plaats:	2610 Wilrijk
Tel.	03/443.38.80
E-mail:	anne.de.cuyper@qvadroup.be
Website:	

5.17. Algemene informatiemap voor type 2 diabetes

Opzet: multi-disciplinair: tweede lijn
specialisten, verpleegkundigen, diëtisten
Timing: afgerond project
Financiën: privaat: farmaceutische industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling: Een overzichtelijke, éénduidige en voor de patiënt begrijpbare informatiemap.

Doelgroep: Alle mensen met type 2 diabetes, onafhankelijk van de behandeling (dieet tabletten en/of insuline).

Motivering en knelpunten:

Er bestaan veel verschillende folders over diabetes (die zeker hun nut hebben bij specifieke onderwerpen. vb. reizen, voeding,...). Maar er was nood aan één duidelijke map met daarin alle onderwerpen betreffende diabetes, die gebruikt kan worden binnen het ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA). Knelpunt: het was een tijdrovend project omdat de map door iedereen gebruikt moet kunnen worden.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Met de werkgroep diabetes van ZNA (ziekenhuisnetwerk Antwerpen) is er nagedacht om een map te maken die door alle educatoren gebruikt kan worden.

Het is een infomap (A4) die gebruikt wordt tijdens de persoonlijke educatie, wanneer de persoon op consultatie komt bij de diabetesverpleegkundige of bij de diëtiste en die de patiënt thuis kan gebruiken als naslagwerk.

De map is in hoofdstukken (telkens verschillend van kleur) ingedeeld en eventuele onderwerpen, die niet van toepassing zijn, kunnen eruit genomen worden (Vb. hoofdstuk insulinetoediening als de diabeet enkel tabletten neemt).

Zijn er al resultaten van het project?

De map wordt reeds enkele jaren gebruikt door de verschillende ziekenhuizen (ZNA) en de diabetes type 2 reageren hierop heel positief. Ook voor de educatoren is het praktisch om met de map teaching te geven.

Natuurlijk is het gebruik van de map door de diabeet thuis moeilijk te controleren. Er is ondertussen ook al een map voor type 1 diabetes gemaakt.

Contactgegevens

Naam:	Serge Goossens iov. Werkgroep diabetes ZNA
Organisatie:	Dienst endocrinologie AZ Jan Palfijn
Adres:	Lange Bremstraat 70
Postcode/plaats:	2170 Merksem
Tel.	03/640.28.01
E-mail:	serge.goossens@zna.be
Website:	

5.18. Personeelseducatie: juist gebruik van glucosemeter en insulinepen in het ziekenhuis

Opzet: multi-disciplinair: tweede lijn
specialisten, verpleegkundigen, diëtisten
Timing: afgerond project 2004
Financiën: privaat: farmaceutische industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Educatie geven aan het verpleegkundig personeel van het ziekenhuis (verplichte bijscholing).

Motivering en knelpunten:

Aan de hand van het organiseren van een verplicht educatiemoment, educatie geven aan het verpleegkundig personeel van het ziekenhuis.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Organiseren van namiddagen, waarbij educatie gegeven wordt over het juiste gebruik van de glucosemeter en de insulinepen, voorzien van een workshop.

Zijn er al resultaten van het project?

Inzicht geven van de noodzaak van een goed gebruik van het glucosemeetapparaat en de insulinepen (inspuittechniek).

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Organiseren van educatiemomenten voor het verpleegkundig personeel van het ziekenhuis.

Contactgegevens

Naam:	Dr. De Rudder - Deprez Lieve
Organisatie:	Diabetesconventie Sint-Rembertziekenhuis Torhout
Adres:	Sint-Rembertlaan 21
Postcode/plaats:	8820 Torhout
Tel.	050/23.24.02 - 050/23.26.50
E-mail:	socialedienst@AzStRembert.be
Website:	/

5.19. Opvolging van de diabetespatiënt en betere communicatie met de andere hulpverleners via het EMD

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn huisartsen
Timing: afgerond project 2005
Financiën: eigen: Geneeskunde voor het Volk

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

- ◆ Het implementeren van een diabetesstandaard in de huisartsenpraktijk. Het ontwikkelen van een tool en een routine binnen het EMD' voor het opvolgen van diabetespatiënten.
- ◆ Volledige integratie van de diabetespas in het EMD als communicatie-instrument naar de patiënt en de verschillende hulpverleners

Motivering en knelpunten:

Motivering:

- ◆ Alles moest functioneren binnen ons EMD. We wilden dus niet weten van een papieren dossier, speciaal voor de follow-up van diabetes als communicatie naar de specialistische lijn. We wilden dus ook niet weten van een papieren diabetespas. 'Wat niet in het EMD staat, bestaat niet.'
- ◆ Het verschil in benadering van diabetes tussen de specialist en de huisarts is ondermeer het aanmeldingsmoment. Bij de specialist meldt de patiënt zich met een vraag: mijn diabetes. Bij de huisarts meldt de patiënt zich met alle mogelijke vragen, die al dan niet verband houden met zijn diabetes. De tools die we ontwikkelen moeten dus passen binnen de normale routine van ons EMD voor een consultatie. We wilden dus niet weten van een 'dossier binnen het dossier'

Knelpunten.

- ◆ We hebben zeer veel tijd moeten steken in het ontwikkelen van die tools, om ons medisch programma veel dingen niet mogelijk maakte. Vb er is geen CVR parameter die vanuit de ingevulde gegevens automatisch het Cardio Vasculair Risico bepaalt. Door de volledige verwarring die er op dat terrein geschapen was door het ministerie van Volksgezondheid (cholesterol oorlog) hebben we gekozen voor de New-Zeeland standaard (die nu ook aanbevolen wordt door Minerva van April 2004) Dat maakte dat het extra tijd vergde om die parameter te registreren. De nieuwe parameters die we aanmaakten - bijvoorbeeld rond het voetrisico - konden niet in tekstformaat uitgeprint worden voor de diabetespas.
- ◆ Er was inconsistentie tussen de ICPC code en de verschillende benamingen die we gebruikten in Medidoc⁸ om Diabetes Mellitus type 2 aan te duiden: vb Diabetes Mellitus Insuline dependent werd soms geregistreerd als Type 1.
- ◆ Er was geen mogelijkheid om op een systematische manier de familiale risico's te registreren.
- ◆ Het statistische programma, voorzien in ons EMD, is absoluut niet in staat om de nodige extracties te doen van de genoteerde gegevens. We hebben zeer veel tijd verloren in onze pogingen om te achterhalen waarom er verkeerde gegevens uitkwamen. Uiteindelijk hebben we alle diagnoses moeten opnieuw definiëren en hebben we alle gegevens er manueel moeten uithalen via het openen van de individuele dossiers.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

⁸ Wij gebruiken het medisch pakket Medidoc van de firma Omegasoft.

We ontwikkelden een stappenplan om:

- ♦ Het EMD te gebruiken om een populatie at risk af te lijnen.
- ♦ Ontwikkelen en implementatie van een parameterset in het centrale invoerscherm van ons EMD op basis van de Vlaamse consensus rond diabetes type 2.
- ♦ Ontwikkelen van de nodige verwijsbrieven, door bijna volautomatische extractie van gegevens uit het EMD, die zorgen voor een efficiënte communicatie met de diabetoloog, de ophthalmoloog, het labo.
- ♦ Automatische generatie van de diabetespas uit ons EMD als communicatie met de patiënt.

Zijn er al resultaten van het project?

Uit 3006 GMD patiënten konden we 140 diabetes type 2, of 4,66 %, in kaart brengen samen met de begeleidende pathologie. Niettegenstaande we een jonge populatie hebben, is dat 50 % meer dan in de huisartsen peilpraktijken. Voorzichtig kunnen we stellen dat we de diagnose vroegtijdig stellen, en dat dit het meest gezondheidswinst kan opleveren. Van 110 patiënten hebben we correcte parameters ingevuld. Door falen van digitale communicatie ontbreekt van 21 patiënten, door de diabetoloog gevolgd en 22 patiënten die enkel via huisbezoek gevolgd worden, de noodzakelijke parameters en biochemische waarden in het EMD.

Conclusies.

Niet registreren = niet weten = een gebrek aan kwaliteit.

Het aanbieden van een huisartsvriendelijk EMD model, resulteert onmiddellijk in betere resultaten. Er zijn belangrijke tekorten in digitale uitwisseling tussen specialist, ziekenhuis en huisarts met EMD. Feedback door kwaliteitsrapporten op basis van EMD, is een sterke stimulans ter verbetering. Er zijn nog belangrijke tekorten in ons EMD pakket inzake een gestructureerde parametersets, communicatie en kwaliteitsbewaking. Het corrigeren van lifestyle parameters is zeer belangrijk voor de gezondheid van een diabeet. Om hierop daadwerkelijk invloed te hebben, hebben we een andere setting nodig dan de individuele consultatie. Daarom werken we nu aan de uitbouw van een multidisciplinaire diabetes groepconsultatie.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Publicatie:

Peker Hanife, Yologlu Birsen, Martens Marc, Thoolen Milly, Dewitte Harrie. De follow-up binnen de huisartsenpraktijk van patiënten met diabetes type 2. Tussentijds project GVHV Genk, Mei 2004.

Tools:

Parameterset voor de follow up van diabetes type 2 in het EMD (Medidoc); een sjabloon voor de automatische extractie van de diabetespas die kan meegegeven worden met de patiënt. Een sjabloon voor opname van alle belangrijke parameters (lifestyle, chronische ziektes, medicatie en biochemische waarden) voor verwijsbrieven naar de diabetoloog, de oogarts, de dietist(e) en de podoloog. Volgens een mededeling van Omegasoft worden deze tools in een volgende upgrade van Medidoc standaard geïntegreerd.

Contactgegevens

Naam:	Dr. Harrie Dewitte
Organisatie:	Geneeskunde voor het Volk
Adres:	Keinkesstraat, 3A
Postcode/plaats:	3600 Genk
Tel.	089. 359787
E-mail:	harrie.dewitte@gvhv.be
Website:	www.qvhv.be

5.20. Glycemiecontrole in de praktijk

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn huisartsen
Timing: afgerond project 2005
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Verbeteren van de glycemiecontrole in de praktijk adhv betere follow-up en optimaliseren van orale medicatie of overschakelen op insulinetherapie.

Inclusiecriteria: > 40 jaar, gekende DM type 2.

Motivering en knelpunten:

Na vaststelling van een aantal patiënten met HbA1c > 9 en beperkt aantal patiënten op insulinetherapie, wou ik nagaan hoe goed de glycemiecontrole in de praktijk was. Indien onvoldoende, wou ik vervolgens de oorzaken nagaan.

Relevantie:

Door goede glycemiecontrole aantal complicaties doen dalen, wat positief is voor patiënt, hulpverlener en overheid.

Knelpunten:

Hoe follow-up verbeteren? Door HbA1c en nuchtere glycemie driemaandelijks te controleren (icoon in medisch dossier dat na 3 maanden verschijnt).

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Nuchtere bloedname met bepaling HbA1c en nuchtere glycemie indien vorige bepaling meer dan 3 maand geleden was. Indien recente bepaling, werden laatste waarden gebruikt.

Zijn er al resultaten van het project?

Er zijn nog geen geregistreerde verbeteringen (adhv concrete HbA1c of nuchtere glycemiewaarden, maar wel reeds een betere follow-up (3 maandelijks) wat de belangrijkste doelstelling was van dit project.

Tenslotte proberen we de therapietrouw te verbeteren door de patiënt te bevragen over moeilijkheden die hij/ zij ondervindt bij de therapie en samen tot een beslissing te komen. Dit komt neer op een overgang van het paternalistisch consultmodel naar 'shared decision making'.

Contactgegevens

Naam:	Vulsteke Philip
Organisatie:	
Adres:	Elverdingestraat 22
Postcode/plaats:	8640 Vleteren
Tel.	0495 32 19 45
E-mail:	philip_vulsteke@hotmail.com
Website:	

5.21. Follow-up bij diabetes mellitus type 2

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project 2005
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Follow-up van diabetespatiënten. Bij elke patiënt werd de follow-up nagekeken en aangepast aan de huidige richtlijnen. Praktijk project hibo.

Motivering en knelpunten:

De bloedafname gebeurde regelmatig. Het jaarlijkse EKG, voetonderzoek, oftalmologisch nazicht, en microalbuminurie gebeurden niet systematisch.
Slechte communicatie met oogartsen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Aan de hand van het EMD werden alle patiënten met diabetes opgenomen in 1 database en voor elke patiënt werd er een individuele planning opgenomen in het dossier.
Zijn er al resultaten van het project? Project is afgewerkt.

Contactgegevens

Naam:	Tim Hilgert
Organisatie:	
Adres:	Nellie Melbalaan 69
Postcode/plaats:	1070 Anderlecht
Tel.	0486 28 21 96
E-mail:	timhilgert@hotmail.com
Website:	

5.22. Praktijkconsensus diabetes type 2

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn huisartsen
Timing: afgerond project 2004
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling:

Optimalisatie behandeling diabetes type 2, op basis van huidige beschikbare evidentie, alsook haalbaarheid in onze praktijksettings.

Doelgroep

Al onze diabetes type 2- patiënten.

Motivering en knelpunten:

Motivering:

- ◆ Kwaliteitsbevordering in de praktijk in het belang van de patiënt.
- ◆ Met 5 artsen (3 praktijken) vormen we een consensusgroep. Over verschillende items maken we een 'praktijkconsensus'.

Knelpunten waren:

- ◆ De verschillende groepen orale antidiabetica en hun indicaties.
- ◆ Onze moeite om over te schakelen op insuline, vanaf noodzakelijk.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

- ◆ Nazicht van de beschikbare evidentie/beschikbare guidelines.
- ◆ Advies van een huisarts diabetes-expert en van een thuisverpleegkundige.

Zijn er al resultaten van het project?

Omdat dit een kleinschalig praktijkproject is, werd er geen registratie verricht.

Een evaluerende vergadering na ongeveer 9 maanden na het opstellen van de praktijkconsensus bracht een aantal zaken aan het licht:

- ◆ Onze flowchart is heel eenvoudig en makkelijk te hanteren.
- ◆ 'Treat to target' is een makkelijk na te streven doel (makkelijk te halen doel). Er kan tgevens sneller/krachtiger in therapie worden opgedreven.
- ◆ Overstap naar insuline: is ondertussen nog maar één maal gebeurd. Reden: ofwel nog niet geïndiceerd, ofwel toch liever via verwijzing naar specialist. Het blijft moeilijk om de patiënt te motiveren om de stap naar insuline te zetten.
- ◆ We merken eveneens dat het moeilijk is om de patiënt te motiveren tot verandering in leefstijl (vermageren, bewegen, alsook verwijzing naar diëtist).
- ◆ Te doen: informatieve folder voor de patiënten maken, dan wel een bestaande folder (bijvoorbeeld NHG) gebruiken.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

- ◆ eigen praktijkconsensus
- ◆ eigen flowchart

Beide op ieders PC, dus onmiddellijk beschikbaar tijdens de consultatie.

Contactgegevens

Naam:	Vermeyen B, Bauwens T, Demeulenaere P, Dubois T, Herweyers K
Organisatie:	
Adres:	Pastoor Bauwenslaan 10
Postcode/plaats:	2610 Wilrijk
Tel.	03/825.10.15
E-mail:	bea.vermeyen@telenet.be
Website:	

5.23. Een betere zorgaanpak in de huisartsenpraktijk

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project 2004
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling

De onderzoeksvraag van ons praktijkproject was de volgende: Verloopt in onze praktijk de follow-up van patiënten met diabetes mellitus type 2 volgens de richtlijnen van de diabetes-pas? We voerden een retrospectieve studie uit.

De bedoeling was een overzichtelijk parameterscherm in het elektronisch medisch dossier op te stellen dat praktisch was om verder te gebruiken bij iedere diabetesconsultatie. Dit zou een betere zorgaanpak en tijdsbesparing voor de arts moeten impliceren.

Doelgroep :

Bij alle diabetes type 2 patiënten, die op consultatie of huisbezoek gezien werden, registreerden we retrospectief, gedurende 2 maand, hoe de follow-up in het voorbije jaar 2003 gebeurde.

Motivering en knelpunten:

Motivering:

De prevalentie van diabetes mellitus type 2 neemt toe met de leeftijd. De veroudering van de bevolking, het toenemend probleem van overgewicht en het gebrek aan lichaamsbeweging liggen ondermeer aan de basis van dit groeiend gezondheidsprobleem. Een strikte controle van de glycemiewaarden en andere parameters die de glycemiecontrole weerspiegelen, heeft een gunstige invloed op het voorkomen van micro- en macrovasculaire complicaties. Naar aanleiding van de invoering van de diabetespas, gingen we in onze praktijk na hoe het zat met de follow-up van onze diabetespatiënten en of deze voor verbetering vatbaar was. Een gebrek aan een éénvormig en overzichtelijk diabetes-parameterscherm in het EMD was onze drijfveer.

Knelpunten:

- ◆ Externe factoren: Er is tijdsdruk tijdens de consultaties, registratie is tijdrovende opdracht. De insulinedependente diabetici zitten in conventie: geen duidelijke afspraken met endocrinoloog; 'wie doet wat?' Er zijn geen podologen in de eerste lijn in de streek.
- ◆ Dossiergebonden factoren: Slechte registratie van parameters in computerdossier. Er is geen eenduidigheid bij de verschillende artsen in de praktijk in verband met de manier van registreren (bijv rookgedrag, voetrisico). De parameters gemeten van een consultatie bij een geneesheerspecialist staan niet altijd in het dossier. Op huisbezoek is het computerdossier niet ter beschikking.
- ◆ Patiëntgebonden factoren: Patiënt komt voor ander probleem op consultatie. Patiënt is niet goed geïnformeerd ivm follow-up diabetes.
- ◆ Artsgebonden factoren: Arts is onvoldoende vertrouwd met monofilament. Oftalmologen/ cardiologen sturen niet altijd verslag van consultatie door (via medibridge).
- ◆ Praktijkgebonden factoren: er was onvoldoende consensus in de praktijk ivm op te volgen parameters.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Methode:

We registreerden met twee HIBO's in een duopraktijk en een groepspraktijk. We gingen voor het voorbije jaar 2003 na of we in het computerdossier de volgende gegevens terugvonden: Driemaandelijks: nuchtere glycemie via veneuze bloedafname, HbA1c, BMI en bloeddruk Jaarlijks: risicoprofiel van de voeten, microalbuminurie, labo (cholesterol, HDL-cholesterol, triglyceriden, serumcreatinine, GPT, GOT, perifereer bloedbeeld), oftalmologisch verslag, ECG, griepvaccinatie, roker of niet-roker.

Daarnaast spoorden we alle patiënten op die nog geen diabetespas hadden.

Middelen:

Er werd een registratieformulier opgesteld. Het computerdossier werd aangepast: een invoerbase werd opgemaakt, die bij elke diabetesconsultatie geraadpleegd kan worden. Zo werd een overzichtelijke vergelijking met de vorige waarden bekomen.

Voor de patiënten werden foldertjes ontworpen met een korte uitleg ivm de diabetesopvolging.

Een verwijsbrief voor de oftalmoloog werd opgesteld en zo nodig meegegeven. Het 10 g-monofilament werd adequaat gebruikt om het voetrisico in te schatten.

Voor alle patiënten die nog geen diabetespas hadden, werd een aanvraagformulier meegegeven.

Zijn er al resultaten van het project?

Voor de beide praktijken samen registreerden we 100 patiënten.

De driemaandelijks nuchtere glycemie, HbA1c en de bloeddruk, alsook het jaarlijks uitgebreid bloedonderzoek en de griepvaccinatie werden bij meer dan de helft van de patiënten teruggevonden in het dossier. De BMI waarde vonden we slechts bij een kleine helft van de patiënten terug. Jaarlijks oftalmologisch verslag, microalbuminurie, inschatting voetrisico, ECG, rookgedrag vonden we bij meer dan tweederde niet terug.

De gemiddelde nuchtere glycemiewaarde was 131.6mg/dl, de gemiddelde HbA1c waarde was 7.2 %, de gemiddelde BMI waarde was 29.2, voor de bloeddruk was dit 134/80 mmHg

Contactgegevens

Naam:	Dewulf Flore en Dewulf Hubert
Organisatie:	Huisartsenpraktijk - HIBO-praktijkproject rond diabeteszorg
Adres:	Rijselstraat 181
Postcode/plaats:	8200 Brugge
Tel.	0486/69 15 83 of 050/38 29 81
E-mail:	floordewulf@hotmail.com - hubert.dewulf@skynet.be
Website:	/

5.24. Kwaliteitsverbetering van de opvolging van de diabeteszorg

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project 2003
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Verbetering van de opvolging van gekende diabetespatiënten en vooral de type 2 diabetespatiënten om zo een betere controle van de 'diabetes' te bereiken.

Dit was een beperkte groep van 31 patiënten in de praktijk.

- ♦ kijken hoe onze diabetespatiënten opgevolgd werden
- ♦ verder werken en uitwerken van project gestart in 2002 over diabetes en hypertensie
- ♦ kijken welke hiaten er zijn in de opvolging
- ♦ diabetespatiënten vollediger onderzoeken
- ♦ diabetespatiënten informatie geven
- ♦ kijken in hoeverre streefdoelen voor diabetespatiënten bereikt worden

Motivering en knelpunten:

De start gebeurde vanuit een praktijkproject van een hibo. De opvolging van diabetespatiënten kon zeker nog verbeterd worden. Bij de routine consultaties immers bleken een aantal items niet aan bod te komen. Door systematisch te registreren werden we zelf extra gemotiveerd en hadden we een duidelijk overzicht.

Knelpunten:

- ♦ Duur onderzoek: Het vergde gemakkelijk een half uur en meer om het onderzoek goed te doen, uitleg te geven... Achteraf kroop er ook nog veel tijd in het aanvullen van gegevens op het registratieblad.
- ♦ Motiveren van sommige patiënten tot bijkomende onderzoeken (bij oogarts) vergde extra inspanning.
- ♦ Patiënten opgevolgd door diabetoloog: alle gegevens zijn niet aanwezig in de brieven of verspreid over verschillende brieven, de brieven komen via medserve maar de labuitslagen niet en als ze door de diabetoloog verwezen zijn naar de oogarts, krijgen wij hiervan geen bericht.
- ♦ Type 1 gaan naar de diabetoloog en zien we zelden i.v.m. hun diabetes.
- ♦ Het EMD is niet echt geschikt om diabetes patiënten vlot te kunnen opvolgen
- ♦ De terugbetaling van 2 consultaties bij de diëtiste voor diabetespatiënten werkt drempelverlagend, maar het was niet evident om een diëtiste te vinden die hier goed in thuis was.
- ♦ Er woont geen podologe in de buurt.
- ♦ Het is zeer moeilijk om te achterhalen welke pedicures in de omgeving een bijkomende scholing hebben in verband met de verzorging van de voeten van diabetespatiënten.

Positieve dingen:

- ♦ We krijgen zelf beter zicht op wat we doen.
- ♦ Door een registratie krijgen we een duidelijkere kijk op de hiaten o.a. consultatie oogarts.
- ♦ Door het systematisch en op een afgesproken manier te werken krijg je een bepaalde routine.
- ♦ We hebben nu een vaste plaats om deze dingen te noteren (diabetes dossier — consultatie: groot diabetesonderzoek in het groen).

- ♦ Het invoeren van de diabetespas werd hierdoor zeer makkelijk ingepast.
- ♦ Patiënten in een rusthuis lijken makkelijker opvoigbaar. Zeker in een pvt setting waar je bepaalde taken aan de verpleging kan doorgeven.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Het is deels retrospectief (bloeddruk, HbA1c, microalbumine, ecg, oogarts, diëtist en vaccinatie in 2002), deels actief project: voetonderzoek, huidige bloeddruk, roken...

De diabetestabel werd gemaakt op 'basis van diabetesproject Vlaanderen' en 'Nationaal project diabetische voet St. Vincent werkgroep' waardoor er een aantal zaken anders zijn als in de diabetespas o.a.

- ♦ werd daar de arm-enkel index bij doppler gehanteerd en niet alleen naar pulsaties gevoeld
- ♦ beweging was of goed (3/w) of neg
- ♦ de nuchter glycemie werd niet ingebracht

Voor de voet educatie werd mondelinge uitleg gegeven en uit bestaande info een folder gemaakt en meegegeven. Later ontdekten we een goed folder namelijk: 'Bescherm je voeten' van Lily /diabcare / vlaamse diabetes vereniging met duidelijke foto's.

Praktisch kwamen de patiënten in de ochtend voor bloedname, in de namiddag/avond voor dagcurve en verder onderzoek.

Als de onderzoeken rond waren werd er in het dossier van de patiënt aangebracht waar er extra aandacht aan moest besteed worden.

Dit werd in 2004 herhaald.

In 2005 werden de gegevens in het dossier ingebracht maar werd de registratietabel alleen gebruikt om aan te kruisen welk onderzoek uitgevoerd werd en niet zoals voorheen om de numerieke uitslagen te noteren.

Zijn er al resultaten van het project?

De gegevens van 2002 en 2003 werden vergeleken t.o.v. elkaar, en ook welke behandelingsdoelen de patiënten bereikten. De gegevens van 2004 zijn aanwezig maar werden niet vergeleken. Er steekt enorm veel tijd in.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Registratietabel

Verwijsbrief diëtiste voor diabetici

Folder voethygiëne

Verwijsbrief oogarts voor diabetici

Subdossier diabetes

Vaste lay-out diabetes anamnese en onderzoek

Contactgegevens

Naam:	Heidi Schotsmans
Organisatie:	
Adres:	St-Antoniusbaan 281
Postcode/plaats:	2980 Zoersel
Tel.	03 384 18 01
E-mail:	heidi.schotsmans@pandora.be
Website:	

5.25. Farmaceutische zorg: mogelijkheden in de Belgische apotheek voor diabetestype 2 patiënten

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
apothekers
Timing: afgerond project 2003
Financiën: eigen: KAVA

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelgroep: Diabetes type 2 patiënten met een orale behandeling

Doelstelling: Begeleiding en ondersteuning van diabetes type 2 patiënten met betrekking tot orale behandeling, voeding, voetzorg, bloedglucosecontrole

Motivering en knelpunten:

In het kader van farmaceutische zorg bestaat een Europees aanvaarde consensus m.b.t. begeleiding van diabetespatiënten in de officina. Ondermeer op basis hiervan heeft de werkgroep Praktische Farmaceutische Zorg van KAVA (Koninklijke Apothekers Vereniging van Antwerpen) een modelprogramma ontworpen voor de Belgische apotheek. Gedurende een 16-tal maanden wordt gewerkt rond 4 topics waarbij de apotheker daadwerkelijk een inbreng kan hebben bij diabetes, nl:

- ♦ begeleiding van medicatiegebruik,
- ♦ ondersteuning van het voedingsadvies,
- ♦ ondersteuning van preventie en verzorging van voetklachten,
- ♦ correcte uitvoering van bloedglucosemonitoring.

Op elk van deze topics wordt gedurende 4 maanden gefocusseerd.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Een standaardprocedure farmaceutische zorg werd ontwikkeld op basis van literatuurgegevens. Bijzondere aandacht ging naar het patiëntmanagement aan de hand van de bestaande software. Deze farmaceutische zorg- en informaticaprocedures werden uitgetest in een pilootfase in 7 apotheken. Na aanpassing werd een implementatieprogramma ontwikkeld en uitgevoerd. 35,2 % van de Antwerpse apotheken namen hieraan deel. Specifiek voor de topic medicatiebegeleiding werd via enquêtering onderzocht in hoeveel apotheken het programma nadien werd opgestart, hoeveel diabetici de apotheker tussen zijn patiënten identificeerde en bij hoeveel van deze patiënten de medicatiebegeleiding werd opgestart. Tevens werd een evaluatie van het ter beschikking gestelde didactische materiaal gevraagd aan de hand van een Likertschaal (van 1 tot 5).

Zijn er al resultaten van het project?

De ontwikkelde standaardprocedure heeft als hoofddoelstelling een betere opvolging van alle diabetespatiënten in de officina. In de eerste module (medicatiebegeleiding) namen 142 van de 403 Antwerpse apotheken deel. 45 deelnemende apotheken participeerden in de enquête, waarvan 98 % de implementatie in de dagelijkse praktijk gestart waren. De standaardprocedure werd in deze apotheken toegepast bij 1616 van de 2230 geïdentificeerde diabetici. Voor de selectie van de patiënten werden de voorgestelde software procedures in 80 % gebruikt. Er werd uitgebreid gewerkt met het ter beschikking gestelde didactische materiaal, waarbij geneesmiddel-specifieke folders beter worden geëvalueerd dan algemene folders over diabetes (score 4,5 versus score 4,1). De geneesmiddelenstickers kregen een score van 4,0.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Gerealiseerde materialen:

Werkmap met:

- ◆ Schema farmaceutische zorg per module, met inbegrip van handleiding patiëntmanagement.
- ◆ Per medicatiegroep specifieke folder met praktische richtlijnen voor correct gebruik met bijhorende geneesmiddelenstickers.
- ◆ Herkenningsfiche bloedglucosemeters: 'Welke meter hebt u?'
- ◆ KAVA-flowchart Voetproblemen? Zelfzorg of doorverwijzen naar arts?'
- ◆ Doorverwijslijsten van erkende diëtisten en podologen.
- ◆ Bestaande algemene en specifieke folders diabetes.
- ◆ KAVA Voedingsadviezen.

De resultaten van de implementatiegraadsmeting van de module medicatiebegeleiding werd voorgesteld op het Eerstelijnsymposium 2003 en gepubliceerd in het Antwerps farmaceutisch Tijdschrift (M. Haems AFT, 2004,1:18-20).

De werkmap met inbegrip van alle gebruikte didactisch materiaal is beschikbaar en kan besteld worden bij KAVA, Consciencestraat 41 2018 - Antwerpen. fax: 03/218 57 40

mail: info@kava.be of website:

http://www.kava.be/opencms/opencms/projects/default/nl_BE/Afdeling/Apotheek/InBeweging/farm_zorg.html .

Contactgegevens

Naam:	Haems M, De Heyn T, De Munck G
Organisatie:	KAVA
Adres:	Consciencestraat 41
Postcode/plaats:	2018 — Antwerpen
Tel.	03/280 15 11
E-mail:	Marleen.Haems@kava.be
Website:	www.kava.be

5.26. Kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde op basis van registratie van praktijkgegevens: diabetes type 2

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project 2002
Financiën: overheidssubsidiëring: federaal

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

De doelstelling van dit project was het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor type 2 diabetes en hypertensie in de huisartsgeneeskunde met als belangrijkste aandachtspunt het verder uitbouwen en evalueren van een instrument dat toelaat aan kwaliteitsondersteuning in de huisartspraktijk te doen. De doelgroep waren huisartsen die willen deelnemen aan vrijwillige gegevensverzameling met feedback rond de zorg voor type 2 diabetes. Dit was reeds het derde project in een reeks van kwaliteitsondersteunende huisartsregistraties (diabetes type 2 en acute keelpijn in 1999-2000, NSAID en artrose I in 2001, NSAID en artrose II in 2003). Diabetes werd dus voor de tweede maal opgenomen.

Motivering en knelpunten:

De bedoeling was om in de deelnemende huisartspraktijken een kwaliteitscirkel op gang te brengen: men vertrekt vanuit de richtlijnen voor goede medische praktijkvoering, vervolgens worden gegevens verzameld over de actuele toestand van de zorg, dan kunnen de deelnemende huisartsen dankzij een feedback van de gegevensverzameling nagaan of de zorg volgens deze richtlijnen wordt verleend. Indien dit niet het geval is, worden verbeteringen gepland en doorgevoerd. Ten slotte wordt via een tweede gegevensverzameling nagegaan of de zorg daadwerkelijk is verbeterd.

De klemtoon in dit project ligt op kwaliteitsbevordering en niet op kwaliteitscontrole. Dit houdt in dat men resoluut en expliciet kiest voor het respect van de autonomie van de beroepsbeoefenaars en dat men dan ook een scherp onderscheid maakt tussen de ondersteunende en faciliterende functie van dit project enerzijds, en controlerende of sanctionerende overheidsinitiatieven anderzijds. Dit is immers fundamenteel voor het opbouwen en bewaren van het klimaat van vertrouwen, dat vereist is voor een goede samenwerking met de zorgverleners te velde.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

In samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen (WVVH en SSMG) werden kwaliteitsindicatoren opgesteld voor structuur (vb. het percentage van de praktijken dat samenwerkt met een diëtist), proces (vb. het percentage van de diabetespatiënten dat werd verwezen naar de oogarts in het afgelopen jaar) en uitkomst (vb. het percentage van de diabetes-patiënten met afwezigheid van micro-albuminurie in de afgelopen 12 maand). Dezelfde indicatoren als in de eerste registratie werden behouden: 3 structuurindicatoren, 12 procesindicatoren en 2 uitkomstindicatoren.

Registratie kon gebeuren op basis van papieren formulieren of met behulp van het elektronisch medisch dossier (EMD). Deelnemende producenten waren Medidoc, Socrate, Sosoeme, Epicure, OmniWin, Health One, Medigest en Medicon 2000 (nu Accrimed-2000). Naast registratieformulieren rond hypertensie en diabetes mellitus type 2, werd een vragenlijst ontwikkeld om informatie te verzamelen over de kennis, de attitudes en de praktijkomgeving van de deelnemende artsen.

Een procedure om de confidentialiteit van de gegevens, zowel op niveau van de patiënt als op het niveau van de arts, te waarborgen, werd opgezet en in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen uitgevoerd.

De artsen die meewerkten via papieren registratie bezorgden hun gegevens voorzien van hun artsencode aan het WIV waar deze werden ingevoerd en verwerkt. De elektronisch verzamelde gegevens werden geëncrypteerd bezorgd aan de wetenschappelijke verenigingen die deze anonimiseerden op niveau van de arts en doorstuurden naar het WIV met het codenummer van de arts. Voor het verzamelen van de elektronische gegevens werd gebruik gemaakt van een universeel uitwisselingsformaat (KMEHR) wat het mogelijk maakte om gegevens van verschillende softwarepakketten samen te voegen.

Zijn er al resultaten van het project?

Uit een vergelijking met de resultaten van 1999 blijkt dat er zowel positieve als negatieve evoluties waren. De controle van HbA1c, van de microalbuminurie en de verwijzing naar de oogarts zijn significant verbeterd sinds 1999. Het percentage patiënten waarbij geen enkele controle binnen de aanbevolen periode is gebeurd is significant afgenomen. De controle van de bloeddruk en de voetinspectie zijn significant verslechterd sinds 1999.

Het beschikken over gegevens betreffende de verleende zorg is een belangrijk element in het streven naar continue kwaliteitsbevordering. In dit project bleek opnieuw dat het haalbaar is gegevens te verzamelen op basis van zelfregistratie door de huisarts alsook het aansluitend bezorgen van een globale en individuele feedback. Registratie via een papieren registratieformulier of via elektronische weg is mogelijk. Wel is het zo dat het aantal ontbrekende gegevens in de elektronische registratie veel hoger is dan in de papieren registratie en dit voornamelijk voor de procesindicatoren.

Op basis van de bekomen resultaten en de ervaringen opgedaan tijdens dit project kan verder bevestigd worden dat een registratie, met hierop aansluitend een feedback van de resultaten, een belangrijke bijdrage kan leveren in de ondersteuning van de huisartsgeneeskunde in het streven naar een continue kwaliteitsbevordering.

Verdere verbetering van de procedure om gegevens over de verleende zorg uit het elektronisch dossier van huisartsen te bekomen, is wel noodzakelijk.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Vandenbergh H, Bastiaens H, Jonckheer P, Orban T, Declercq E, Lafontaine MF en Van Gasteren V. Kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde op basis van registratie van praktijkgegevens: diabetes type 2 en hypertensie. IPH/EPI REPORTS N° 2003 -09. 2003.

(rapport te downloaden op <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epin/index000.htm>)

Contactgegevens

Naam:	Dr. Viviane Van Casteren
Organisatie:	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Adres:	Juliette Wytsmanstraat 14
Postcode/plaats:	1050 Brussel
Tel.	02/642.50.30
E-mail:	v.vancasteren@iph.fgov.be
Website:	www.iph.fgov.be/epidemio

5.27. Actualisatie van het bestaande standaardverpleegplan diabetes

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn verpleegkundigen
Timing: afgerond project
Financiën: eigen: Wit-Gele Kruis

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

De doelstelling van het project was dubbel:

- ♦ een kwaliteitsvolle verpleegkundige diabeteszorg, gebaseerd op evidence based informatie
- ♦ de uniformiteit van de verpleegkundige zorgen voor diabetespatiënten in gans het Wit-Gele Kruis stimuleren

Doelgroep: Alle diabetespatiënten verzorgd door thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, in hoofdzaak betreft het type 2 patiënten op insuline.

Motivering en knelpunten:

Motivering:

Diabetespatiënten moeten een complex geheel van leefregels naleven. Ze moeten hun levenswijze meestal grondig aanpassen, wat geen eenvoudige opgave is. Uit de literatuur blijkt overduidelijk dat verpleegkundigen hier een belangrijke rol in spelen. Thuisverpleegkundigen zien veel diabetespatiënten, vooral oudere type 2 diabetici, met zelfzorgtekorten, en vaak reeds complicaties en co-morbiditeit. Thuisverpleegkundigen hebben een belangrijke opdracht bij de ondersteuning, educatie en begeleiding van deze kwetsbare patiënten.

Knelpunten:

Er is nog niet veel literatuur beschikbaar over het evidence based (thuis-)verplegen van diabetespatiënten. Het aantal gecontroleerde studies over specifieke verpleegkundige interventies bij diabetespatiënten is eerder beperkt. Er bestaan wel heel wat medische richtlijnen (guidelines), maar deze medische richtlijnen zijn niet steeds éénduidig.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

In 2004 werd een literatuurstudie over 'evidence based nursing in de diabeteszorg' uitgevoerd. Vervolgens werd aan de hand van deze literatuurstudie het standaardverpleegplan diabetes van het WGK overlopen en werden de punten op rij gezet die aanpast dienden te worden. Een groep diabeteseducatoren werkzaam in verschillende WGK-provincies maakte een nieuwe basistekst voor het standaardverpleegplan op waarin items aangepast, geschrapt of toegevoegd werden.

Zijn er al resultaten van het project?

In een document werden de nodige aanpassingen aan het standaardverpleegplan uitvoerig beschreven en gedocumenteerd. De items opgenomen in het standaardverpleegplan zijn :

- ♦ de frequentie van glycemiebepalingen bij een dagprofiel
- ♦ het injecteren van insuline: zones, rotatie, ontsmetten, naaldlengte en injectietechniek
- ♦ de voet- en schoeiselcontrole
- ♦ bestaande tegemoetkomingen: diabetespas, ziekenfondsen, VDV
- ♦ specifieke aandachtspunten: HbA1c, gezonde voeding en gewichtscontrole, beweging, cardiovasculaire preventie, depressie, polyfarmacie, geriatrische problemen en gebruik van glucagon.

De provinciale zetels werden op de hoogte gebracht van deze nieuwe basistekst en staan nu in voor de verspreiding naar de basis en de praktische vertaling in hun lokale verpleegdossiers.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

- ◆ Literatuurstudie: Evidence-based nursing in de diabeteszorg (Wit-Gele Kruis Vlaanderen, 2004)
- ◆ Actualisatie van het standaardverpleegplan diabetes van het WGK (Wit-Gele Kruis Vlaanderen, 2005)
- ◆ Gepland: artikels in diverse vakbladen (verpleegkundige en andere)

Contactgegevens

Naam:	Roseline Debaillie
Organisatie:	Wit-Gele Kruis Vlaanderen
Adres:	Adolphe Lacomblélaan 69 - bus 3
Postcode/plaats:	1030 Brussel
Tel.	02/739.35.11
E-mail:	roseline.debaillie@vlaanderen.wgk.be
Website:	www.witgelekruis.be

5.28. Huisartsen evalueren zelf hun medische praktijk

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: lopend project
Financiën: eigen: WVVH

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Het project wil HIBO's (ICHO), huisartsen, LOK's en huisartsenkringen op een boeiende manier steun bieden bij hun (zelf) zorg voor kwaliteit van medisch handelen.

Motivering en knelpunten

Bedoeling is te leren uit eigen ervaring in afwezigheid van controlerende of sanctionerende maatregelen. De belangrijkste knelpunten zijn weerstand tegen registratie (nog meer papierwerk) en het Big Brother is watching you' gevoel.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Geïnteresseerde huisartsen kiezen zelf een topic van medisch handelen uit een aangeboden lijst. Dan volgt een periode van registreren van het eigen medisch handelen voor de gekozen topic. Hierbij wordt kosteloos voor persoonlijke steun en begeleiding gezorgd. Na anonieme verwerking van de geregistreerde gegevens volgt, na een vooraf afgesproken termijn, met behoud van privacy, een persoonlijk rapport. De betrokken huisarts beslist zelf wat hij met de gegevens van het rapport doet. Indien gewenst, zal na een bepaalde periode de betrokken huisarts herinnerd worden aan het opstarten van een nieuwe registratieperiode van het medisch handelen voor de gekozen topic. Alle voorafgaande afspraken worden contractmatig vastgelegd. Het is de bedoeling om deelname aan de registratie expliciet te laten erkennen als een volwaardige accrediteringsactiviteit. Dit moet nog onderhandeld worden

Zijn er al resultaten van het project?

Op dit ogenblik zijn een 15-tal artsen aan het registreren rond diabetes diagnose en follow-up. De eerste resultaten zullen bekend zijn tegen september 2005. In de loop van de maand juni wordt COPD uitgetest.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Lijst met topics waar uit kan gekozen worden, handleidingen per topic met registratieformulieren (elektronisch en/of papier), geanonimiseerde databank, persoonlijke rapporten, contract van gemaakte afspraken.

Topics: Diabetes diagnose, Diabetes Follow-up, COPD (08/2005), Griep (09/2005), Acute lage rugpijn (01/2006).

Vanaf 08/2005 zal alle informatie terug te vinden zijn met voorbeeld op de website van de WVVH: <http://www.wvvh.be> onder Continue Professionele Vorming.

Contactgegevens

Naam:	Seuntjens Luc (coördinator) Springael Eddy (medewerker) Nancy Denyn
Organisatie:	WVVH / VHP
Adres:	Sint-Hubertusstraat 28
Postcode/plaats:	2600 Berchem
Tel.	03/281.16.16
E-mail:	nancy.denvn@wvvh.be ; eddy.springael@telenetbe
Website:	www.wvvh.be onder Continue professionele Vorming (vanaf 08/2005)

5.29. Follow-up van diabetes door de huisarts

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: Lopend project
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Als invalshoek werd gekozen voor implementatie van registratieformulieren betreffende diabetes in ons elektronisch dossier (EMD). De formulieren zijn grotendeels gebaseerd op een reeds bestaand project uitgaande van het WVVH: Diabetes: Follow-up en therapie. Het leek ons zinvol een link tussen het EMD en het WVVH-project door te voeren met oog op kwaliteitsverbetering van follow-up. Een evaluatie zal volgen na één jaar.

Doelstelling en doelgroep:

Het bekomen van een praktische kwaliteitsvolle follow-up van onze diabetespatiënten.

Motivering en knelpunten:

Het project is gestart uit een gemis aan overzicht betreffende opvolging van diabetes. Dankzij deze opzet werd tevens een diabeteslijst bekomen. De follow-up van onze patiënten gebeurt vandaag systematischer hetgeen de kwaliteit van werken door de huisarts als de kwaliteit van opvolging van de patiënt ten goede komt. Diabetes kent een grote co-morbiditeit. Op lange termijn zal onze preventie niet enkel de levenskwaliteit bevorderen doch ook kostenbesparend zijn voor de gemeenschap. Er werden geen knelpunten gesignaleerd.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Ons EMD (Type WINDOC 8.6.6.) vormt de basis. Alle patiënten met een GMD (globaal medisch dossier) én een afwijkende hoge glycemiewaarde werden weerhouden. Onze diabeteslijst werd een feit. Patiënten voorkomende op deze lijst werden telefonisch gecontacteerd betreffende onze opzet. Allen werden bevraagd (zie project) en uitgenodigd tot een vervolledigend gesprek en onderzoek. Nieuwe diabetespatiënten zullen onmiddellijk ingevoegd worden in ons systeem om zodoende onze opvolging up-to-date te houden. Na een jaar zal bij de gevraagde patiënten, bij uitnodiging tot griepvaccinatie, tevens nagegaan worden of de registratie betreffende de verschillende indicatoren reeds gebeurde. Derhalve kunnen wij een verbetering in de follow-up nagaan en eventuele veranderingen doorvoeren.

Zijn er al resultaten van het project?

Niemand van de gecontacteerde patiënten weigerde medewerking, integendeel, velen verschenen reeds op consultatie met de vraag naar vervollediging van de follow-up parameters. De patiënt betrekken in de follow-up lijkt op het eerste zicht de compliantie te verbeteren. Motivatie en psychologische ondersteuning met nadruk op 'team-work' (arts-patiënt) tijdens de regelmatige consulten zijn van groot belang bij deze latent aanwezige ziekte. Zowel patiënt als arts voelen zich blijikbaar 'gedragen' door deze manier van werken.

Contactgegevens

Naam:	dr. Ann Kievits, dr. P.Impens, STACO: dr. D. De Decker.
Adres:	Schaapsdam 25 - 9070 Heusden-Destelbergen
Tel.	0474 79 79 51
E-mail:	annkievits@hotmail.com

5.30. Diabetes Mellitus type 2: alles registreren valt niet mee

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: lopend project
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doel: optimaliseren opvolging en dus behandeling van alle type 2 diabeten.

Motivering en knelpunten:

Diabetes is niet een probleem van 'mijne suiker' alleen. Er zijn enorm veel aspecten die op overeengekomen (via EBM) tijdstippen moeten geëvalueerd en gecontroleerd worden. Ook de behandeling vraagt regelmatige herevaluatie.

In vele huisartsenpraktijken worden verschillende aspecten nagekeken (BD, glycemie, HbA1 c), maar al te gemakkelijk worden enkele aspecten vergeten (microalbuminurie, gewichtscontrole, monofilamenttest, aspirine?,...).

Daarenboven is de communicatie met de tweede lijn niet optimaal. Verschillende parameters worden door beide partijen nagekeken, van andere wordt uitgegaan dat 'de andere partij het wel zal doen'.

Daarom startten wij een project op om de knelpunten op te zoeken en een standaardformulier op te stellen in samenspraak met de tweede lijn, ten einde deze communicatie te verbeteren en zodoende een optimalisering van de behandeling te verkrijgen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Na een literatuurstudie en overleg met enkele endocrinologen, stelden we een 'diabetesfiche' op met alle te controleren parameters. Tevens werd aan de hand van EBM vastgelegd op welke tijdstippen een controle der parameters kosten/baten nuttig bleek.

Deze fiche werd toegepast op de eerste 50 type 2 patiënten die onze huisartsenpraktijk bezochten. Hiaten in de behandeling en opvolging werden aldus opgespoord. Patiënten werden ermee geconfronteerd, wat vaak motiverend werkte.

Zijn er al resultaten van het project?

Deze eerste registratie leerde ons waar we aan overbehandeling deden (bepaling van cholesterol, bloeddruk...) en vooral waar we meer aandacht aan moesten besteden: het registreren op zich schoot vaak tekort, maar ook podologisch onderzoek, urinair onderzoek, nakijken risicofactoren en deze opvolgen bleken vaak slechts sporadisch terug gevonden te worden in het dossier. Ook stond de behandeling vaak nog niet op punt (aspirine, statine, ev ACE-in hibitor).

Vervolgens leerde het ons dat het hanteren van een diabetesfiche een absolute must is en een enorme motivatie voor onszelf én de patiënt kan betekenen.

Het leerde ons ook dat de tijd die je in deze totaalbehandeling moet steken enorm is en er dus een betere samenwerking moet zijn met de diabetologen, endocrinologen en andere disciplines.

Tenslotte zal het ons moeten leren of de kwaliteit van onze patiënten er dan ook op vooruit zal gaan, doch deze evaluatie vraagt tijd. De eerste stappen van dit project werden slechts in de zomer van 2004 gezet.

Een eerste evaluatie van het nut van deze fiche zal er dus pas eind 2005 ten vroegste komen.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Praktijkproject, ingezonden naar het ICHO, Leuven.

Contactgegevens

Naam:	Swannet Halewijn
Organisatie:	
Adres:	Dorpstraat 8
Postcode/plaats:	3200 Gelrode
Tel.	0473 597 298
E-mail:	halewijnswannet@ hotmail.com
Website:	

5.31. Gebeurt de opvolging van diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk volgens de richtlijn?

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: lopend project
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Het doel was om na te gaan hoe de diabetici opgevolgd werden in onze praktijk en of de nodige onderzoeken, gebaseerd op de richtlijnen (prodigy en NHG), tijdig werden uitgevoerd. Dit om onze aanpak te kunnen optimaliseren. De onderzochte populatie waren alle diabetes mellitus type 2 patiënten die in de periode van november 2004 tot maart 2005 in de praktijk op consultatie kwamen.

Motivering en knelpunten:

Dit project was van belang om in te zien wat de tekortkomingen waren bij de follow-up en welke onderzoeken op welke tijdstippen dienden plaats te vinden. Hierdoor is het mogelijk gestructureerder te werk te gaan.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Alle DM 2 patiënten die gedurende de onderzoeksperiode naar de consultatie kwamen, werden opgenomen in de studie. Bij dezen werd retrospectief nagegaan welke controles de voorbije jaren gebeurden op vlak van bloeddruk, cholesterolbepaling, nierfunctie onderzoek en HbA1c bepaling. Er werd ook nagegaan of het gewicht en het rookgedrag in het dossier genoteerd stonden. Ten slotte ging ik na of de patiënt naar een diëtist of oogarts ging. Deze gegevens werden dan getoetst aan hoe de opvolging zou moeten gebeuren.

Zijn er al resultaten van het project?

Volgende conclusies konden uit dit onderzoek getrokken worden:

- ◆ de cholesterolbepaling gebeurt frequent genoeg maar er worden te weinig statines voorgeschreven.
- ◆ de hemoglobine A1c wordt voldoende gemeten en de medicatie wordt correct aangepast.
- ◆ de bloeddruk wordt voldoende vaak gemeten.
- ◆ de creatininebepaling gebeurt frequent genoeg maar de albuminurie wordt onvoldoende nagekeken.
- ◆ het wegen van de patiënt wordt te weinig gedaan.
- ◆ het rookgedrag zou expliciet in het dossier vermeld moeten worden.
- ◆ aspirine zou vaker mogen voorgeschreven worden in het kader van primaire preventie (de richtlijnen hieromtrent zijn wel onduidelijk).
- ◆ er wordt onvoldoende verwezen wordt naar oogarts, diëtist en podoloog.

We kennen nu in grote lijnen de criteria waar meer aandacht aan besteed moet worden in de follow-up. Het uiteindelijke doel is om een diabetes fiche te ontwikkelen of te bemachtigen om een overzichtelijke weergave te hebben van wat er bij de patiënt recent gebeurd is en welke onderzoeken opnieuw gepland moeten worden.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Dit onderzoek werd gedaan in het kader van een praktijkproject voor de huisartsopleiding.

Contactgegevens

Naam:	Alessandra Roelandt
Organisatie:	
Adres:	Beukenlaan 28
Postcode/plaats:	1653 Dworp (Beersel)
Tel.	0494/43.72.46
E-mail:	alessandra_roelandt@hotmail.com
Website:	

5.32. Optimalisatie van de follow-up m.b.v. een diabetesfiche

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: lopend project
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Betere follow-up van diabetes type 2 om complicaties te verminderen.

Motivering en knelpunten:

Nog te vaak worden diabetespatiënten niet goed gevolgd, al denken de artsen het omgekeerde; betere opvolging leidt tot betere controle van de glycemie en andere risicofactoren (bloeddruk, vetten,...) en dit geeft op langere termijn minder complicaties (daling morbiditeit, mortaliteit)

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Eigen dossier, het maken van een overzichtsfiche

Zijn er al resultaten van het project?

1e fase (vorig jaar): hoe loopt de opvolging van diabetes type 2 in de eigen praktijk, registratie en interpretatie

2e fase: invoeren van diabetesfiche

- ◆ meerwaarde voor de praktijk, betere controle en follow-up van de patiënten
- ◆ betere communicatie met de 2e lijn
- ◆ efficiëntie stijgt, op langere termijn minder complicaties

Dit jaar: opnieuw registratie in de praktijk en vergelijking met resultaat vorig jaar

3e fase: In samenwerking met plaatselijke endocrinoloog en wetenschappelijke kring omgeving:

Bespreking in de kring voor veralgemening gebruik diabetesfiche om alzo

- ◆ de zorg voor diabetes in de regio te verbeteren
- ◆ de communicatie met de 2e lijn te optimaliseren
- ◆ informatie uit te wisselen
- ◆ bijscholing te organiseren

Contactgegevens

Naam:	Raskin Theo
Organisatie:	
Adres:	Luikersteenweg 518
Postcode/plaats:	3800 Sint-Truiden
Tel.	011 48 59 32
E-mail:	theo.raskin@pandora.be
Website:	

5.33. Opvolging van patiënten met diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing:
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

De doelgroep is alle type 2 diabetes mellitus (DM 2) patiënten, niet geconventioneerd, die op consultatie gevolgd worden. De bedoeling is na te gaan of in het EMD alle noodzakelijke gegevens voor een goede follow-up terug te vinden zijn, oftewel of ze uitgevoerd zijn.

Motivering en knelpunten:

De overgang van het papierendossier naar het EMD verliep niet vlot. Er was geen structuur, geen vaste stramien in de follow-up van patiënten.

Het knelpunt was aan een lijst van onze diabetespatiënten komen. Uiteindelijk hebben we besloten om alle patiënten met DM 2 die op consultatie kwamen tussen begin januari en eind maart te includeren in het project.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Ten eerste werd op een duidelijke manier vermeld in het dossier dat de patiënt DM 2 heeft. Vervolgens hebben we retrograad de dossiers doorgenomen. Een checklist, i.e. een lijst van gegevens die noodzakelijk zijn voor de goede follow-up van DM2, gebaseerd op het protocol van het Diabetes Project Leuven 2004, werd ingevuld. 'Ja' werd aangekruist indien het item op tijd was uitgevoerd, 'neen' werd aangekruist indien het item niet terug te vinden was of indien het te lang geleden uitgevoerd werd.

Zijn er al resultaten van het project?

Registratie was afgelopen eind maart, de statistische analyse is gebeurd, de conclusies zijn getrokken. De voornaamste conclusies zijn:

- ◆ Anamnestiche verwaarlozing van seksuele problemen, paresthesieën en mictieproblemen
- ◆ Klinisch: verwaarlozing van BMI en voetonderzoek
- ◆ Technisch: verwaarlozing van micro-albuminurie, ECG
- ◆ Verwijzing: te weinig naar oftalmoloog en diëtiste

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Dit was het praktijkproject van Tom Van der Auwera en Barbara Ghesquiere juni 2005 in het kader van hun opleiding tot huisarts aan de KULeuven.

Contactgegevens

Naam:	Barbara Ghesquiere
Organisatie:	huisarts
Adres:	Weldadigheidsstraat 25
Postcode/plaats:	3000 Leuven
Tel.	0478/679215
E-mail:	barbaragesquiere@hotmail.com
Website:	

5.34. Beter regelen van type 2 diabetes bij Marokkaanse patiënten

Opzet: mono disciplinair: eerste lijn
huisartsen
Timing: afgerond project
Financiën: Eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Beter regelen van type 2 diabetes bij Marokkaanse patiënten.

Motivering en knelpunten:

Wij hebben de indruk dat onze Marokkaanse patiënten met diabetes type 2 minder goed onder controle zijn, dan onze Turkse en Belgische (slechtere HbA1c, minder consultaties, minder gegevens gekend). Aangezien onze praktijk zowel Turks als Vlaams sprekende artsen bevat, dachten wij dat dit een taalprobleem was.

Omdat wij nu een Arabisch sprekende Hibo hebben was dit het ogenblik om de zaak recht te zetten.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Meten van HbA1c, daarna interventie (gezondheidsvoorlichting en folders in het Arabisch), terug meten van HbA1c na interventie.

Zijn er al resultaten van het project?

Marokkaanse vrouwen kunnen meestal niet lezen, de meeste Marokkaanse vrouwen in onze praktijk zijn Berbers, ze spreken al even slecht Arabisch als Vlaams.

Het blijkt zeer moeilijk een HbA1c te pakken te krijgen.

Onze Irakese Hibo is tot het besluit gekomen dat het veel meer een communicatieprobleem door verschil in perceptie van diabetes is dan door een verschil van taal.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

moet nog vorm krijgen

Contactgegevens

Naam:	Nuyts Herman / Hani Adel
Organisatie:	huisartspraktijk
Adres:	Balansstraat 10
Postcode/plaats:	2018 Antwerpen
Tel.	032161860
E-mail:	nuytsherman@yucom.be , himonn67be@hotmail.com
Website:	Geen

5.35. Diabetes, je staat er niet alleen voor

Opzet: mono-disciplinair: eerste lijn
verpleegkundigen
Timing: gepland
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstelling: Gezondheidswinst voor diabetespatiënten door ondersteuning en advies te geven.

Vroegtijdige opsporing

Doelgroep: Type 2 Diabetes patiënten, gekende en niet gekende.

Motivering en knelpunten:

Motivering: Ondersteuning diabetes in de thuiszorg. Diabetes binnen eerste lijn.

Knelpunten: Conventie in de ziekenhuizen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Brochure, folder, affiche, artikel, adviesmomenten, educatie tot inzicht en educatie tot zelfzorg.

Zijn er al resultaten van het project?

Nog niet.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

In aanmaak

Contactgegevens

Naam:	Mevr. Raedt Maureen
Organisatie:	Provinciaal diensthoofd Thuisverpleging Bond Moyson West-Vlaanderen.
Adres:	Pr. Kennedypark 2
Postcode/plaats:	8500 Kortrijk
Tel.	056-230.396 - 095-551.647
E-mail:	maureen.raedt@socmut.be
Website:	

5.36. Educatie binnen het klinisch pad voor gehospitaliseerde diabetespatiënten

Opzet: mono-disciplinair: tweede lijn
verpleegkundigen
Timing: gepland
Financiën: eigen

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Doelstellingen:

- ◆ Het educeren van vooraf geplande diabetespatiënten volgens een vast bepaald schema ten einde zelfregulatie te bekomen.
- ◆ Een kwalitatieve educatie voor de geplande gehospitaliseerde diabetespatiënt door op vastgestelde tijdstippen en met een vooropgesteld schema groeps- of individuele educatie geven.

Doelgroep:

De gehospitaliseerde diabetes type 2 patiënt waarbij insuline wordt opgestart.

Motivering en knelpunten:

- ◆ Hospitalisatie duur wordt verlengd ten gevolge van laattijdige educatie.
- ◆ Het in het ziekenhuis gebruikt 'computer patiënt care systeem', laat ons toe verschillende medisch technische onderzoeken te plannen, zonder dat de planning van de andere onderzoeken in het gedrang komen.

Tot op heden waren hier geen educaties in verwerkt, met als gevolg dat een medisch technisch onderzoek steeds kon gepland worden op de educatie tijdstippen. Via het klinisch pad voor gehospitaliseerde diabetespatiënten zal de educatie mee verwerkt worden in de patiëntenplanning van het 'patiënt care systeem'.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

- ◆ Implementatie van het klinisch pad in het computergestuurde patiëntendossier, PCS (patiënt care systeem) en C2M (medisch computer dossier).
- ◆ De geneesheer beslist tijdens de consultatie om een patiënt te laten opnemen omwille van diabetes type 2. Van op de consultatie worden de voorbereidingen getroffen voor de vooropname van de patiënt, dit door het opstarten van het klinisch pad. Het klinisch pad zorgt ervoor dat alle aanvragen voor de basis medische onderzoeken en educaties worden verzonden naar de respectievelijke diensten.
- ◆ De diabetes educatie gebeurt volgens een vastgelegd weekschema.
- ◆ Het prikken wordt aangeleerd. Er worden verschillende oefenmomenten voorzien. Het meten van de glycemiewaarden, algemene kennis, hypo en hyperglycemie worden in groep geëduceerd. Indien de diabetesverpleegkundige problemen ervaart tijdens de educatie, kan de sociale dienst of familie ingeschakeld worden, bij taalproblemen een tolk.
- ◆ Bij ontslag is er een multidisciplinair overleg, waarbij de resultaten en de zelfredzaamheid van de patiënten worden besproken. Bij problemen van zelfredzaamheid wordt de thuiszorg ingeschakeld.
- ◆ Bij het verlaten van het ziekenhuis, krijgt de patiënt een medisch verslag mee voor de huisarts.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Website in 2006

Contactgegevens

Naam:	Anne De Cuyper
Organisatie:	Sint Augustinus Ziekenhuis
Adres:	Oosterveldiaan 24
Postcode/plaats:	2610 Wilrijk
Tel.	03/443.38.80
E-mail:	anne.de.cuyper@gyagroup.be
Website:	

5.37. Groepseducatie aan conventiepatiënten

Opzet: project opgezet voor diabetes patiënten
Timing: gepland
Financiën: eigen
privaat: farmaceutische industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Educatie geven aan de diabeten uit de diabetesconventie van het ziekenhuis.

Motivering en knelpunten:

Aan de hand van het organiseren van een educatiemoment op vrijdagmiddag (maandelijks), educatie geven aan de diabeten, en het motiveren tot een goede behandeling van hun diabetes.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

Organiseren van patiëntenvoorlichtingnamiddagen (teaching/educatie): inzicht in (type 1/type 2) diabetes, het metabool syndroom, therapeutisch consequenties voor de patiënt (andere therapeutische behandelingen), medicamenteuze uitleg (therapiemogelijkheden), diabetes en het rijbewijs, diabetes en een gezonde voeding.

Zijn er al resultaten van het project?

Inzicht geven van de noodzaak van een goede voorlichting en behandeling bij diabetes.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

Organiseren van educatienamiddagen (op vrijdag, om de maand): gemiddeld 30 aanwezigen per namiddag.

Contactgegevens

Naam:	Dr. De Rudder - Wauman Rita - Deprez Lieve
Organisatie:	Diabetesconventie Sint-Rembertziekenhuis Torhout
Adres:	Sint-Rembertlaan 21
Postcode/plaats:	8820 Torhout
Tel.	050/23.24.02 - 050/23.26.50
E-mail:	Socialediens@AzStRembert.be
Website:	/

5.38. Diabeteseducatie in groep

Opzet: project opgezet voor diabetespatiënten
Timing: lopend
Financiën: eigen
privaat: farmaceutische industrie

Projectbeschrijving

Doelstelling en doelgroep:

Opzet project:

Een reeds acht jaar lopend informatief en educatief project dat zich richt naar de type 2 diabetespatiënt en dat geëvolueerd is van flip-charts, transparanten, naar een mooi uitgewerkte PowerPoint presentatie die, wanneer nodig, gepdatet wordt en tot stand is gekomen in samenwerking met de farmaceutische industrie, diabetoloog, diëtiste en diabetesverpleegkundige.

Projectbeschrijving:

De groepseducatie omvat een informatieve en praktijkgerichte lessenreeks van drie opeenvolgende maandagnamiddagen met tussenperioden van een drietal maanden met uitzondering van juli, augustus en december. De educatie wordt gegeven door twee diabetesverpleegkundigen en een diëtiste met ondersteuning van hun diabetoloog

Items als: wat is diabetes, werking insuline en OAD's, hypo- en hyperglycemie, conventie, zelfregulatie, complicaties, voetzorg, lichaamsbeweging en gezonde levensstijl,...worden uiteengezet in twee lessen. Uitgebreid voedingsadvies en motivering naar gezonde voedingsgewoonten loopt over één namiddag.

Doelgroep:

Oorspronkelijk werd de educatie opgestart voor de niet geconventioneerde type 2 diabetespatiënt maar gezien de interesse werd al vlug ook de geconventioneerde type 2 diabetespatiënt uitgenodigd.

De uitnodiging is steeds vrijblijvend: patiënten komen met of zonder partner. Leeftijd, behandeling, sociale of intellectuele achtergrond, al dan niet geconventioneerd zijn, mochten geen belemmering zijn om van dit project een interactief en communicatief gebeuren te maken.

Motivering en knelpunten:

Motivering en doelstelling:

De nood aan patiënt- en praktijkgerichte verstaanbare informatie en educatie deed ons op zoek gaan naar een manier om deze informatie op een aangename en eenvoudige wijze, en zonder tijdsdruk, over te brengen bij een bepaalde groep diabetespatiënten: er werd gekozen voor geplande groepseducatie. Patiënten samenbrengen in groep heeft als voordeel dat de patiënt zich enigszins 'gesteund' voelt door medepatiënten. Ongeacht zijn behandeling krijgt de patiënt een gevoel van samenhang, samen 'werken' rond hetzelfde ziektebeeld. Na afloop van de educatieve reeks ondervinden we dat patiënten zich zelfzekerder voelen en hun behandeling meer in eigen handen durven nemen, wetende dat ze ondersteuning krijgen van een diabetesteam wanneer dit nodig blijkt.

Knelpunten:

De eerste jaren van het project liep de lessenreeks over vier maandagnamiddagen en dit elke maand. De laatste maandagnamiddag werd volledig gewijd aan voetzorg en praktische voetgymnastiek maar steeds weer haakten ongeveer de helft van de patiënten af: geen interesse, schaamtegevoel, ...? Nu wordt dit item kort geëduceerd tijdens de tweede les en heeft wel succes. De tijdsspanne van elke maand een educatieve reeks was niet langer haalbaar omwille van tijdsdruk tengevolge van overvolle patiëntenlijsten met daarnaast het gekende personeelstekort. Ook tijdens de vakantiemaanden juli en augustus en tijdens de feestmaand december was het moeilijk om voldoende patiënten te motiveren. De tussentijdse perioden van drie maanden, met uitzondering van juli, augustus en december, vormen een goed compromis om een gemotiveerde groep patiënten bij elkaar te brengen.

Gebruikte methode, welke materialen en middelen werden ingezet?

De PowerPoint presentatie is veel vollediger en vlotter in gebruik dan de vroegere flip-charts en transparanten. Als geheugensteuntje voor de patiënt zelf zijn er begeleidende diabetes infotips. Deze tips zijn voorgedrukt op glanzend, stevig papier. Elk item heeft een andere kleur en geeft verstaanbare informatie die ook tijdens de lessen aangehaald wordt. Zo ook wordt een 'conventiebunder' gebruikt met beknopte samenvatting van de educatieve reeks, belangrijke telefoonnummers, info rond diabetespas, conventie, insulinepennen, glucosemeters,...

Wanneer patiënten hun behandelend arts consulteren, krijgen zij een uitnodiging om deel te nemen aan de educatiereeks indien dit nodig blijkt. Geheel vrijblijvend kunnen zij zich nadien laten inschrijven bij de secretaresse.

Zijn er al resultaten van het project?

De meerderheid van de patiënten zijn na afloop van de lessenreeks erg tevreden. Het gaat niet zozeer om de 'kwantiteit' van de gegeven informatie maar eerder om de 'kwaliteit'. Tijd maken voor de patiënt zodat hij zich 'belangrijk' voelt. Patiënten die geëduceerd en geïnformeerd zijn, staan nadien ook meer open voor informatie van buitenaf, hebben meer zelfvertrouwen, een positiever zelfbeeld en blijven gemotiveerder om het 'goed' te doen. Als dit blijkt uit betere resultaten bij een volgende consultatie kan er van uit gegaan worden dat het doel van de diabeteseducatie in groep bereikt is. Met dit gegeven voor ogen blijven dan ook de arts en educatoren gemotiveerd om zich ten volle in te zetten.

Gerealiseerde materialen, publicaties enzovoort:

De transparanten en conventiebundel zijn gemaakt door de diabetesverpleegkundige op basis van de flip-charts van de firma Roche, de informatieve twee maandelijkse tijdschriften van de V.D.V, ervaring en gebruiken van consultatie in eigen huis, bijscholing en voordrachten van eigen diabetoloog, ... Hieruit kon de power point presentatie verder uitgebouwd worden die tot stand kwam met medewerking van de firma Lifescan. De gekende infotips zijn van de firma Lifescan en Novo Nordisk en kunnen bij betreffende firma's besteld worden.

De uitnodiging werd opgesteld door de diabetesverpleegkundige en wordt aangepast volgens de geplande data.

Het kopiëren van conventiebundel en uitnodigingen, het gebruik van de nodige multimedia en het betreffende lokaal wordt vanuit het eigen ziekenhuis aangeboden.

Contactgegevens

Naam:	Paul Arnouts, Martine Gijsbrechts, Frans Boonen, Louise-Marie Coenraeds
Organisatie:	Nefroloog-diabetoloog Sint-Jozef Ziekenhuis Turnhout
Adres:	Steenweg op Merksplas 44
Postcode/plaats:	2300 Turnhout
Tel.	014 44 40 06
E-mail:	Paul.Arnouts@azstjozef-turnhout.be
Website:	

Auteursregister

In het geval van samenwerkingsprojecten staat na de auteur steeds schuin de naam vermeld van de instelling die het project heeft ingediend

Anthoni Hugo	OCMW Antwerpen, RVT Melgeshof	
	5.13. HbA1c waarden bij RTV patiënten	p. 146
Arnouts Paul	St. Jozef Ziekenhuis Turnhout	
	5.15. Ontwikkeling en implementatie van het klinisch pad diabeteseducatie	p. 150
	5.38. Diabeteseducatie in groep	p. 196
Baekelandt Jan	Geneeskunde voor het Volk - Hoboken	
	4.5. Cardiovasculair risico bij diabetici en het EMD	p. 104
Baeten R.	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	1.7. Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure	p. 42
Bastiaens Hilde	Centrum HuisartsGeneeskunde U Antwerpen	
	3. RIZIV Deelproject Aalst	p. 18
	2.1. Groepseducatie i.v.m. voeding en beweging	p. 50
	5.12. Individuele zelfzorgeducatie voor diabetes type 2 patiënten in de eerste lijn	p. 144
	Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg U Gent	
	5.1. Bottom-up ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
Bauche B.	Brabants Apothekers Forum	
	3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86
Bauwens T.	5.22. Praktijkconsensus diabetes type 2	p. 164
Bie Callens	CM Brugge	
	1.5. Regionaal sensibiliseringsproject: week over diabetes Vierjaarlijks project	p. 38
Boes Juul	St. Jozef Ziekenhuis Turnhout	
	5.15. Ontwikkeling en implementatie van het klinisch pad diabeteseducatie	p. 150
Boeynaems Els	Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, werkgroep diëtisten	
	2.6. Visueel voedings-educatiepakket voor allochtonen met type 2 diabetes	p. 60
Boonen Frans	St. Jozef Ziekenhuis Turnhout	
	5.15. Ontwikkeling en implementatie van het klinisch pad diabeteseducatie	p. 150
	5.38. Diabeteseducatie in groep	p. 196
Boonen Marie	4.12. Diabetes mellitus type 2 en nierlijden	p. 118
Borgermans Liesbeth	Acad. Centrum voor HuisartsGeneeskunde KU Leuven- diabetesproject	
	2.5. Stimuleren tot meer beweging	p. 60
	2.8. Rookstop bij diabetespatiënten	p. 64
	Brabants Apothekers Forum	
	3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86
Buffels Johan	Helix	
	5.5. Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 130
Buyse Luk	VUB, dienst menselijke fysiologie en sportgeneeskunde	
	2.4. Diabetes in beweging	p. 56
Callens Trees	Diabetesconventie Waregem	
	2.13. Gezond aperitieven voor diabetici	p. 74
	5.8. Diabeteszorg, samen sterk	p. 136
Calliauw Catherine	CM Brugge	
	1.5. Regionaal sensibiliseringsproject: week over diabetes Vierjaarlijks project	p. 38
Campe Linde	LOGO Zuid-Oost-Vlaanderen	
	2.17. Preventie van diabetes door gezonde voeding	p. 82
Claeys Kristof	Wijkgezondheidscentrum De Sleep - Gent	
	5.3. Diabetessprekuren in multidisciplinaire groepspraktijk	p. 126
Coenraeds Louise-Marie	St. Jozef Ziekenhuis Turnhout	
	5.15. Ontwikkeling en implementatie van het klinisch pad diabeteseducatie	p. 150
	5.38. Diabeteseducatie in groep	p. 196
De Cuyper Anne	AZ St. Augustinus	
	5.16. Zaaltoer voor diabetespatiënten	p. 152

	5.36. Educatie binnen het klinisch pad voor gehospitaliseerde diabetespatiënten	p. 192
De Decker D.	5.29. Follow-up van diabetes door de huisarts	p. 178
De Geest Ward	3.6. Clinical trials in primary healthcare networking	p. 94
De Heyn Th.	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	1.7. Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure	p. 42
	5.25. Farmaceutische zorg: mogelijkheden in de Belgische apotheek voor diabetestype 2 patiënten	p. 170
De Maeseneer Jan	Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg U Gent	
	5.1. Bottom-up ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
De Munck G.	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	5.25. Farmaceutische zorg: mogelijkheden in de Belgische apotheek voor diabetestype 2 patiënten	p. 170
De Rudder Dr.	St. Rembertziekenhuis Torhout - diabetesconventie	
	2.9. Feestelijk koken voor diabetici	p. 64
	2.10. Kookatelier: slaatjes en dipsausjes	p. 68
	2.11. Vegetarisch koken	p. 70
	2.12. Groepseducatie	p. 72
	4.10. Voetverzorging en medische pedicure bij diabeten	p. 114
	5.7. Samenkomst huisartsenkring	p. 134
	5.9. Opleiding in de eerste lijn	p. 138
	5.18. Personeelseducatie: juist gebruik van glucosemeter en insulinepen in het ziekenhuis	p. 156
	5.37. Groepseducatie aan conventiepatiënten	p. 194
De Witte Harrie	Geneeskunde voor het Volk - Genk	
	5.11. Groepsconsultatie voor diabetespatiënten. Een vernieuwend experiment in samenwerking met het Wit-Gele Kruis	p. 142
Debacker Noëmi	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid	
	4. IKED project	p. 24
Debaillie Roseline	Wit-Gele Kruis Vlaanderen	
	5.27. Actualisatie van het bestaande standaardverpleegplan diabetes	p. 174
Decleyn John	Onafhankelijke Ziekenfondsen	
	1.6. Diabetesplatform: opsporing van diabetes. Een programma voor de vroegtijdige opsporing van diabetes gekoppeld aan leefstijladviezen	p. 40
	2.14. Diabetesplatform: omgaan met diabetes	p. 76
Decoster S.	Brabants Apothekers Forum	
	3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86
Dejonghe Katrien	LOGO Pajottenland/Zennevallei vzw	
	1.4. Gezond eten, even zweten, minder kans op diabeten	p. 36
Demeulenaere P.	5.22. Praktijkconsensus diabetes type 2	p. 164
Deneyer H.	APB-Vlaams Apothekers Netwerk	
	3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren	p. 84
	Brabants Apothekers Forum	
	3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86
Deprez Lieve	St. Rembertziekenhuis Torhout - diabetesconventie	
	2.9. Feestelijk koken voor diabetici	p. 66
	2.10. Kookatelier: slaatjes en dipsausjes	p. 68
	2.11. Vegetarisch koken	p. 70
	2.12. Groepseducatie	p. 72
	4.10. Voetverzorging en medische pedicure bij diabeten	p. 114
	5.9. Opleiding in de eerste lijn	p. 138
	5.18. Personeelseducatie: juist gebruik van glucosemeter en insulinepen in het ziekenhuis	p. 156
	5.37. Groepseducatie aan conventiepatiënten	p. 194
Desmet Annick	LOGO Zuid-Oost-Vlaanderen	
	2.17. Preventie van diabetes door gezonde voeding	p. 82
Dethier M.	APB-Vlaams Apothekers Netwerk	
	3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)	...p. 84
Dewaegenaere Sofie	4.11. Micro-albuminurie en type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk	p. 116

Dewitte Herrie	Geneeskunde voor het Volk - Genk	
	5.19. Opvolging van de diabetespatiënt en betere communicatie met de andere hulpverleners via het EMD	p. 158
Dewulf Flore	5.23. Een betere zorgaanpak in de huisartsenpraktijk	p. 166
Dewulf Hubert	5.23. Een betere zorgaanpak in de huisartsenpraktijk	p. 166
Dewulf 1.	APB-Vlaams Apothekers Netwerk	
	3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)	p. 84
Dubois T.	5.22. Praktijkconsensus diabetes type 2	p. 164
Engelbeen Thomas	Geneeskunde voor het Volk - Genk	
	5.11. Groepsconsultatie voor diabetespatiënten. Een vernieuwend experiment in samenwerking met het Wit-Gele Kruis	p. 142
Feyen L.	Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg U Gent	
	5.1. Bottom-up ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
Foulon E.	APB-Vlaams Apothekers Netwerk	
	3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)	...p. 84
Fynaerts Ann	CM Antwerpen, dienst gezondheids promotie	
	2.7. Wat eet een diabeet? Voeding voor mensen met diabetes type 2	p. 62
Geerts W.	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	1.7. Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure	p. 42
Ghesquiere Barbara	5.33. Opvolging van patiënten met diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk p.	186
Gijsbrechts Martine	St. Jozef Ziekenhuis Turnhout	
	5.15. Ontwikkeling en implementatie van het klinisch pad diabeteseducatie	p. 150
	5.38. Diabeteseducatie in groep	p. 196
Goddeeris Annelies	4.6. Diabetes en hypertensie	p. 106
Goderis Geert	Acad. centrum HuisartsGeneeskunde KU Leuven	
	2. RIZIV Deelproject Leuven	p. 13
Goossens Serge	Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, werkgroep diabetes	
	5.17. Algemene informatiemap voor type 2 diabetes	p. 154
Haems Marleen	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	1.7. Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure	p. 42
	4.2. Voetproblemen: zelfzorg of doorverwijzing naar de arts?	p. 98
	5.25. Farmaceutische zorg: mogelijkheden in de Belgische apotheek voor diabetestype 2 patiënten	p. 170
Haems Marleen	APB-Vlaams Apothekers Netwerk	
	3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)...	p. 84
Helegeer Isabelle	4.4. Bloeddrukregistratie bij DM type 2 patiënten jonger dan 70 jaar	p. 102
Henderickx Greet	LOGO Antwerpen Noord	
	2.15. Kookcursus 'gezonde voeding' voor kansarmen	p. 78
Herweyers K.	5.22. Praktijkconsensus diabetes type 2	p. 164
Hilgert Tim	Helix	
	5.5. Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 126
	5.21. Follow-up bij diabetes mellitus type 2	p. 158
Hillemans Kristof	Geneeskunde voor het Volk - Hoboken	
	4.5. Cardiovasculair risico bij diabetici en het EMD	p. 100
Hung Tran Quoc	Helix	
	5.5. Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 126
Impens P.	5.29. Follow-up van diabetes door de huisarts	p. 174
Kelchtermans Paul	Helix	
	5.5. Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 126
Kievits Ann	5.29. Follow-up van diabetes door de huisarts	p. 174
Kockaerts Yves	Ziekenhuis Oost-Limburg	
	5.6. Lijnsoverschrijdende kwaliteitszorg voor type 2 diabetes	p. 128
Lamens R.	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	4.2. Voetproblemen: zelfzorg of doorverwijzing naar de arts?	p. 94
Leemans L.	APB-Vlaams Apothekers Netwerk	
	3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)	p. 80
	Brabants Apothekers Forum	

	3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86
Leurs Mieke	LOGO Zuiderkempem	
	2.16. Aan tafel 'Fruit of friet'	p. 80
Leys An	1.10. Hoe verloopt de registratie van risicofactoren en het opnemen in de planning (EMD) in onze praktijk? Kunnen we deze verbeteren?	p. 48
Maelstaf Kristien	Artsenkring Halle e.o.	
	5.4. Diabetes ingebed in de eerste lijn	p. 128
Mandungu Rachel	4.13. Titratie op basis van filtratie	p. 120
Martens Luc	Helix	
	5.5. Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 130
Mehuys E.	APB-Vlaams Apothekers Netwerk	
	3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)	p. 84
Naegels M.	Brabants Apothekers Forum	
	3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86
Nagels Francis	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	1.7. Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure	p. 42
Nobels Frank	Vlaamse Diabetes Vereniging	
	1. Het Diabetesproject Vlaanderen	P. 9
Nuyts Herman	5.34. Beter regelen van type 2 diabetes bij Marokkaanse patiënten	p. 188
Pype Peter	4.8. Perifeer arterieel vaatlijden en diabetes: partners in crime	p. 110
Raedt Maureen	Bond Moyson West-Vlaanderen	
	5.35. Diabetes, je staat er niet alleen voor	p. 190
Raskin Theo	5.32. Optimalisatie van de follow-up m.b.v. een diabetesfiche	p. 184
Roelandt Alessandra	5.31. Gebeurt de opvolging van diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk volgens de richtlijn?	p. 182
Roex Ann	Helix	
	5.5. Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 130
Roex Milan	Helix	
	5.5. Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 130
Schoolmeesters Bart	Samenwerkingsinitiatief Aarschot Begijnendijk	
	4.1. Hoe ziek zijn type 2 diabetici in de huisartsenpraktijk?	p. 96
Schotsmans Heidi	5.24. Kwaliteitsverbetering van de opvolging van de diabeteszorg	p. 168
Segaert D.	APB-Vlaams Apothekers Netwerk	
	3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)	p. 84
Seuntjens Luc	Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen / Vlaams Huisartsen Parlement	
	5.28. Huisartsen evalueren zelf hun medische praktijk	p. 176
Smets Karen	Geneeskunde voor het Volk - Hoboken	
	4.5. Cardiovasculair risico bij diabetici en het EMD	p. 104
Snauwaert B.	Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg U Gent	
	5.1. Bottom-up ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
Springael Eddy	Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen / Vlaams Huisartsen Parlement	
	5.28. Huisartsen evalueren zelf hun medische praktijk	p. 176
Stubbe B.	APB-Vlaams Apothekers Netwerk	
	3.1. Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)	p. 84
Sunaert Patricia	Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg U Gent	
	3.3. Insuline-opstart in de eerste lijn: evaluatie van model 'gedeelde zorg'	p. 88
	5.1. Bottom-up ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
Sung Yuk Ling Veronica	1.9. Diabetesscreening bij symptoomloze hoogrisico patiënten in de huisartsenpraktijk	p. 46
Swannet Halewijn	5.30. Diabetes Mellitus type 2: alles registreren valt niet mee	p. 180
Teughels Stefan	LOGO Zuiderkempem	
	1.8. Opsporingscampagne diabetes Type 2 in gemeente Olen en Balen (najaar 2000)	p.44
Thijs Gabie	Limburgs Gezondheidsoverleg LOGO's Limburg	
	1.3. 'DIABETEST' Een project van Koninklijke Limburgse Apothekersvereniging met ondersteuning door de Limburgse LOGO's	p.34
	2.2. Integratie van van het ABC concept 'motivatie tot gezonder gedrag' in ziektepreventie-initiatieven van hulpverleners	p. 52
Tits Jos	Ziekenhuis Oost-Limburg	
	5.6. Lijnoverschrijdende kwaliteitszorg voor type 2 diabetes	p. 132

Torrico Estrada Claudia	Geneeskunde voor het Volk - Genk	
	5.11. Groepsconsultatie voor diabetespatiënten. Een vernieuwend experiment in samenwerking met het Wit-Gele Kruis	p. 142
Truyen Jos	VZW HAM-Maasmechelen	
	1.2. 'DIABETEST' Diabetesopsporing en sensibilisering	p. 32
Dr. Vaes	4.7. Een basis-EKG en het oftalmologisch nazicht bij type 2 diabetes patiënten	p. 108
Van Casteren Viviane	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid	
	5.26. Kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde op basis van registratie van praktijkgegevens: diabetes type 2	p. 172
Van de Waeter Wim	Ziekenhuis Netwerk Antwerpen	
	5.2. Diabetes Management in Antwerpen (DiaMAnt): een transmuraal klinisch pad	p. 124
Van den Brandt Jeroen	5.10. Diabetes zorgpad met optimale allocatie van middelen en kennis	p. 140
Van den Bruel Annick	Endocrinologen Brugge e.o. en HABO	
	3.4. Insulinestart bij type 2 diabetes: een medische en organisatorische uitdaging	..p. 90
Van Duppen Dirk	Geneeskunde voor het Volk - Hoboken	
	4.5. Cardiovasculair risico bij diabetici en het EMD	p. 104
Van Hellemont A.	Brabants Apothekers Forum	
	3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86
Van Huffel Christian	4.9. Voetcontrole bij diabetes	p. 112
Van Malderen Gert	Wijkgezondheidscentrum De Sleep - Gent	
	4.3. Arteriële hypertensie bij diabetes type 2 patiënten	p. 100
Van Pottelbergh Greta	Artsenkring Halle e.o.	
	5.4. Diabetes ingebed in de eerste lijn	p. 128
Van Puyenbroeck Karolien	Huisartsen groep Koepoort	
	3.5. Maximale aanpak van type 2 patiënten overeenkomstig de WVVH aanbeveling	p. 92
Van Puymbroeck H.	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	1.7. Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure	p. 42
Van Royen Paul	Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg U Gent	
	5.1. Bottom-up ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
Van Waes Nicole	Wijkgezondheidscentrum De Sleep - Gent	
	4.3. Arteriële hypertensie bij diabetes type 2 patiënten	p. 100
Vanden Daelen J.J.	Brabants Apothekers Forum	
	3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86
Vankeirsbilck Marieke	4.8. Perifeer arterieel vaatlijden en diabetes: partners in crime.	p. 110
Vanobbergen Erik	Geneeskunde voor het Volk - Hoboken	
	5.14. Van standaard tot praktijkrichtlijn. Van 'leerplan' tot elektronische diabetespas	p. 148
Verhaegen A.	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	1.7. Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure	p. 42
Verhaest Michele	4.11. Micro-albuminurie en type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk	p. 116
Verleysen Dr.	4.7. Een basis-EKG en het oftalmologisch nazicht bij type 2 diabetes patiënten	p. 108
Vermeyen B.	5.22. Praktijkconsensus diabetes type 2	p. 164
Vulsteke Philip	5.20 Glycemiecontrole in de praktijk	p. 160
Wauman Rita	St. Rembertziekenhuis Torhout - diabetesconventie	
	2.9. Feestelijk koken voor diabetici	p. 66
	2.10. Kookatelier: slaatjes en dipsausjes	p. 68
	2.11. Vegetarisch koken	p. 70
	2.12. Groepseducatie	p.72
	4.10. Voetverzorging en medische pedicure bij diabetes	p. 114
	5.37. Groepseducatie aan conventiepatiënten	p. 194
Weets Ilse	Belgisch Diabetes Register	
	1.1. Epidemiologie, klinische presentatie en biologische merkers van diabetes (<40 jaar): opsporen van etiologische factoren en risicopersonen voor preventiestudies	p. 29
Wens Johan	Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen	
	1. Het Diabetesproject Vlaanderen	P. 9
	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	1.7. Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar	p. 42

	huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure	
	Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg U Gent	
	5.1. Bottom-up ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
Wynant Dirk	Werkgroep Thuisgezondheidszorg Asse	
	2.3. Multidisciplinaire diabetesraadpleging (MDR) in de eerste lijn (Asse)	p. 54
Zwaenepoel E.	Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen	
	4.2. Voetproblemen: zelfzorg of doorverwijzing naar de arts?	p. 98
Zwaenepoel L.	Brabants Apothekers Forum	
	3.2. Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86

Disciplineregister

Apothekers		
1.2.	'DIABETEST' Diabetesopsporing en sensibilisering	p. 32
1.3.	'DIABETEST' Een project van Koninklijke Limburgse Apothekersvereniging met ondersteuning door de Limburgse LOGO's	p. 34
1.7.	Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure	p. 42
2.2.	Integratie van van het ABC conceptmotivatie tot gezonder gedrag' in ziektepreventie-initiatieven van hulpverleners	p. 52
3.1.	Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)	p. 84
3.2.	Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86
4.2.	Voetproblemen: zelfzorg of doorverwijzing naar de arts?	p. 98
5.1.	'Bottom-up' ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
5.2.	Diabetes Management in Antwerpen ('DiaMAnt'): een transmuraal klinisch pad	p. 124
5.4.	Diabetes ingebed in de eerste lijn	p. 128
5.25.	Farmaceutische zorg: mogelijkheden in de Belgische apotheek voor diabetestype 2 patiënten	p. 170
Gezins- en bejaardenhulp		
1.2.	'DIABETEST' Diabetesopsporing en sensibilisering	p. 32
1.4.	Gezond eten, even zweten, minder kans op diabetes	p. 36
2.2.	Integratie van van het ABC concept 'motivatie tot gezonder gedrag' in ziektepreventie-initiatieven van hulpverleners	p. 52
5.1.	'Bottom-up' ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
5.2.	Diabetes Management in Antwerpen ('DiaMAnt'): een transmuraal klinisch pad	p. 124
5.8.	Diabeteszorg, samen sterk	p. 136
Beleid		
1.4.	Gezond eten, even zweten, minder kans op diabetes	p. 36
2.4.	Diabetes in beweging	p. 46
5.1.	'Bottom-up' ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
5.8.	Diabeteszorg, samen sterk	p. 136
Bevolking		
1.2.	'DIABETEST' Diabetesopsporing en sensibilisering	p. 32
1.4.	Gezond eten, even zweten, minder kans op diabetes	p. 36
1.5.	Regionaal sensibiliseringsproject: week over diabetes Vierjaarlijks project	p. 38
1.8.	Opsporingscampagne diabetes Type 2 in gemeente Olen en Balen (najaar 2000) - Logo Zuiderkempen	p. 44
2.9.	Feestelijk koken voor diabetici	p. 64
2.10.	Kookatelier: slaatjes en dipsausjes	p. 68
2.11.	Vegetarisch koken	p. 70
2.12.	Groepseducatie	p. 72
2.13.	Gezond aperitieven voor diabetici	p. 74
2.14.	Diabetesplatform: omgaan met diabetes	p. 76
2.15.	Kookcursus 'gezonde voeding' voor kansarmen	p. 78
2.16.	Aan tafel 'Fruit of friet'	p. 80
2.17.	Preventie van diabetes door gezonde voeding	p. 82
4.10.	Voetverzorging en medische pedicure bij diabetes	p. 114
5.37.	Groepseducatie aan conventiepatiënten	p. 194
5.38.	Diabeteseducatie in groep	p. 196

Bewegingstherapeuten		
2.1.	Groepseducatie i.v.m. voeding en beweging	p. 50
Cobrdinerend en raadgevend arts (CRA)		
5.13.	HbA1c waarden bij RTV patiënten	p. 146
Diabeteseducatoren		
2.1.	Groepseducatie i.v.m. voeding en beweging	p. 50
3.3.	Insuline-opstart in de eerste lijn: evaluatie van model 'gedeelde zorg'	p. 88
5.12.	Individuele zelfzorgeducatie voor diabetes type 2 patiënten in de eerste lijn	p. 144
Diëtisten		
1.2.	'DIABETEST' Diabetesopsporing en sensibilisering	p. 32
1.4.	Gezond eten, even zweten, minder kans op diabetes	p. 36
1.5.	Regionaal sensibiliseringsproject: week over diabetes Vierjaarlijks project	p. 38
1.6.	Diabetesplatform: opsporing van diabetes. Een programma voor de vroegtijdige opsporing van diabetes gekoppeld aan leefstijladviezen	p. 40
2.1.	Groepseducatie i.v.m. voeding en beweging	p. 50
2.2.	Integratie van van het ABC concept 'motivatie tot gezonder gedrag' in ziektepreventie-initiatieven van hulpverleners	p. 52
2.3.	Multidisciplinaire diabetesraadpleging (MDR) in de eerste lijn (Asse)	p. 54
2.6.	Visueel voedings-educatiepakket voor allochtonen met type 2 diabetes	p. 60
2.7.	Wat eet een diabeet? Voeding voor mensen met diabetes type 2	p. 62
3.3.	Insuline-opstart in de eerste lijn: evaluatie van model 'gedeelde zorg'	p. 88
5.1.	'Bottom-up' ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
5.2.	Diabetes Management in Antwerpen ('DiaMAnt'): een transmuraal klinisch pad	p. 124
5.3.	Diabetessprekkuur in multidisciplinaire groepspraktijk	p. 126
5.4.	Diabetes ingebed in de eerste lijn	p. 128
5.5.	Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 130
5.8.	Diabeteszorg, samen sterk	p. 136
5.9.	Opleiding in de eerste lijn	p. 138
5.11.	Groepsconsultatie voor diabetespatiënten. Een vernieuwend experiment in samenwerking met het Wit-Gele Kruis	p. 142
5.13.	HbA1c waarden bij RTV patiënten	p. 146
5.14.	Van standaard tot praktijkrichtlijn. Van 'leerplan' tot elektronische diabetespas	p. 148
5.15.	Ontwikkeling en implementatie van het klinisch pad diabeteseducatie	p. 150
5.17.	Algemene informatiemap voor type 2 diabetes	p. 154
5.18.	Personeelseducatie: juist gebruik van glucosemeter en insulinepen in het ziekenhuis	p. 156
5.19.	Opvolging van de diabetespatiënt en betere communicatie met de andere hulpverleners via het EMD....p.	158
Ervaringsdeskundigen		
5.11.	Groepsconsultatie voor diabetespatiënten. Een vernieuwend experiment in samenwerking met het Wit-Gele Kruis	p. 142
Fitnesscentra		
2.4.	Diabetes in beweging	p. 56
Huisartsen		
1.1.	Epidemiologie, klinische presentatie en biologische merkers van diabetes (<40 jaar): opsporen van etiologische factoren en risicopersonen voor preventiestudies	p. 29
1.2.	'DIABETEST' Diabetesopsporing en sensibilisering	p. 32
1.3.	'DIABETEST' Een project van Koninklijke Limburgse Apothekersvereniging met ondersteuning door de Limburgse LOGO's	p. 34
1.4.	Gezond eten, even zweten, minder kans op diabetes	p. 36
1.5.	Regionaal sensibiliseringsproject: week over diabetes Vierjaarlijks project	p. 38
1.6.	Diabetesplatform: opsporing van diabetes. Een programma voor de vroegtijdige opsporing van diabetes gekoppeld aan leefstijladviezen	p. 40
1.7.	Verwijzen van patiënten met een verhoogd risico op diabetes van apotheker naar huisarts. Zoeken naar een efficiënte procedure	p. 42
1.8.	Opsporingscampagne diabetes Type 2 in gemeente Olen en Balen (najaar 2000) - Logo Zuiderkempen	p. 44
1.9.	Diabetesscreening bij symptoomloze hoogrisico patiënten in de huisartsenpraktijk	p. 46
1.10.	Hoe verloopt de registratie van risicofactoren en het opnemen in de planning (EMD) in onze praktijk? Kunnen we deze verbeteren?	p. 48
2.1.	Groepseducatie i.v.m. voeding en beweging	p. 50
2.2.	Integratie van van het ABC conceptmotivatie tot gezonder gedrag' in ziektepreventie-initiatieven van	p. 52

	hulpverleners	
2.3.	Multidisciplinaire diabetesraadpleging (MDR) in de eerste lijn (Asse)	p. 54
2.4.	Diabetes in beweging	p. 56
2.5.	Stimuleren tot meer beweging	p. 58
2.8.	Rookstop bij diabetespatiënten	p. 64
3.1.	Rol van de Vlaamse apotheker binnen het diabetesgebeuren (overzicht)	p. 84
3.2.	Begeleiding van chronisch zieken door de apotheker	p. 86
3.3.	Insuline-opstart in de eerste lijn: evaluatie van model 'gedeelde zorg'	p. 88
3.4.	Insulinestart bij type 2 diabetes: een medische en organisatorische uitdaging	p. 90
3.5.	Maximale aanpak van type 2 patiënten overeenkomstig de WVVH aanbeveling	p. 92
3.6.	Clinical trials in primary healthcare networking	p. 94
4.1.	Hoe ziek zijn type 2 diabetici in de huisartsenpraktijk?	p. 96
4.2.	Voetproblemen: zelfzorg of doorverwijzing naar de arts?	p. 98
4.3.	Arteriële hypertensie bij diabetes type 2 patiënten	p. 100
4.4.	Bloeddrukregistratie bij DM type 2 patiënten jonger dan 70 jaar	p. 102
4.5.	Cardiovasculair risico bij diabetici en het EMD	p. 104
4.6.	Diabetes en hypertensie	p. 106
4.7.	Een basis-EKG en het oftalmologisch nazicht bij type 2 diabetes patiënten	p. 108
4.8.	Perifeer arterieel vaatlijder en diabetes: partners in crime.	p. 110
4.9.	Voetcontrole bij diabetes	p. 112
4.11.	Micro-albuminurie en type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk	p. 116
4.12.	Diabetes mellitus type 2 en nierlijden	p. 118
4.13.	Titratie op basis van filtratie	p. 120
5.1.	'Bottom-up' ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
5.2.	Diabetes Management in Antwerpen ('DiaMAnt'): een transmuraal klinisch pad	p. 124
5.3.	Diabetesspreekuur in multidisciplinaire groepspraktijk	p. 126
5.4.	Diabetes ingebed in de eerste lijn	p. 128
5.5.	Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 130
5.6.	Lijnoverschrijdende kwaliteitszorg voor type 2 diabetes	p. 132
5.7.	Samenkomst huisartsenkring	p. 134
5.8.	Diabeteszorg, samen sterk	p. 136
5.9.	Opleiding in de eerste lijn	p. 138
5.10.	Diabetes zorgpad met optimale allocatie van middelen en kennis	p. 140
5.11.	Groepsconsultatie voor diabetespatiënten. Een vernieuwend experiment in samenwerking met het Wit-Gele Kruis	p. 142
5.12.	Individuele zelfzorgeducatie voor diabetes type 2 patiënten in de eerste lijn	p. 144
5.13.	HbA1c waarden bij RTV patiënten	p. 142
5.14.	Van standaard tot praktijkrichtlijn. Van 'leerplan' tot elektronische diabetespas	p. 148
5.19.	Opvolging van de diabetespatiënt en betere communicatie met de andere hulpverleners via het EMD	p. 158
5.20.	Glycemiecontrole in de praktijk	p. 160
5.21.	Follow-up bij diabetes mellitus type 2	p. 162
5.22.	Praktijkconsensus diabetes type 2	p. 164
5.23.	Een betere zorgaanpak in de huisartsenpraktijk	p. 166
5.24.	Kwaliteitsverbetering van de opvolging van de diabeteszorg	p. 168
5.26.	Kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde op basis van registratie van praktijkgegevens: diabetes type 2	p. 172
5.28.	Huisartsen evalueren zelf hun medische praktijk	p. 176
5.29.	Follow-up van diabetes door de huisarts	p. 178
5.30.	Diabetes Mellitus type 2: alles registreren valt niet mee	p. 180
5.31.	Gebeurt de opvolging van diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk volgens de richtlijn?	p. 182
5.32.	Optimalisatie van de follow-up m.b.v. een diabetesfiche	p. 184
5.33.	Opvolging van patiënten met diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk	p. 186
5.34.	Beter regelen van type 2 diabetes bij Marokkaanse patiënten	p. 188
	Mutualiteit	
1.4.	Gezond eten, even zweten, minder kans op diabetes	p. 36
5.4.	Diabetes ingebed in de eerste lijn	p. 128
	Podologen	
1.5.	Regionaal sensibiliseringsproject: week over diabetes Vierjaarlijks project	p. 38

2.3.	Multidisciplinaire diabetesraadpleging (MDR) in de eerste lijn (Asse)	p. 54
5.1.	'Bottom-up' ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
5.2.	Diabetes Management in Antwerpen ('DiaMAnt'): een transmuraal klinisch pad	p. 124
5.4.	Diabetes ingebed in de eerste lijn	p. 128
5.8.	Diabeteszorg, samen sterk	p. 136
5.15.	Ontwikkeling en implementatie van het klinisch pad diabeteseducatie	p. 150
Specialisten		
1.1.	Epidemiologie, klinische presentatie en biologische merkers van diabetes (<40 jaar): opsporen van etiologische factoren en risicopersonen voor preventiestudies	p. 29
1.5.	Regionaal sensibiliseringsproject: week over diabetes Vierjaarlijks project	p. 38
2.4.	Diabetes in beweging	p. 56
3.3.	Insuline-opstart in de eerste lijn: evaluatie van model 'gedeelde zorg'	p. 88
3.4.	Insulinestart bij type 2 diabetes: een medische en organisatorische uitdaging	p. 90
5.1.	'Bottom-up' ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
5.2.	Diabetes Management in Antwerpen ('DiaMAnt'): een transmuraal klinisch pad	p. 124
5.3.	Diabetesspreekuur in multidisciplinaire groepspraktijk	p. 126
5.4.	Diabetes ingebed in de eerste lijn	p. 128
5.5.	Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 130
5.6.	Lijnoverschrijdende kwaliteitszorg voor type 2 diabetes	p. 132
5.7.	Samenkomst huisartsenkring	p. 134
5.8.	Diabeteszorg, samen sterk	p. 136
5.9.	Opleiding in de eerste lijn	p. 138
5.10.	Diabetes zorgpad met optimale allocatie van middelen en kennis	p. 140
5.15.	Ontwikkeling en implementatie van het klinisch pad diabeteseducatie	p. 150
5.16.	Zaaltoer voor diabetespatiënten	p. 152
5.17.	Algemene informatiemap voor type 2 diabetes	p. 154
5.18.	Personeelseducatie: juist gebruik van glucosemeter en insulinepen in het ziekenhuis	p. 156
5.19.	Opvolging van de diabetespatiënt en betere communicatie met de andere hulpverleners via het EMD	p. 158
Verpleegkundigen		
1.1.	Epidemiologie, klinische presentatie en biologische merkers van diabetes (<40 jaar): opsporen van etiologische factoren en risicopersonen voor preventiestudies	p. 29
1.2.	'DIABETEST' Diabetesopsporing en sensibilisering	p. 32
1.4.	Gezond eten, even zweten, minder kans op diabetes	p. 36
1.5.	Regionaal sensibiliseringsproject: week over diabetes Vierjaarlijks project	p. 38
2.2.	Integratie van van het ABC concept 'motivatie tot gezonder gedrag' in ziektepreventie-initiatieven van hulpverleners	p. 52
2.3.	Multidisciplinaire diabetesraadpleging (MDR) in de eerste lijn (Asse)	p. 54
3.3.	Insuline-opstart in de eerste lijn: evaluatie van model 'gedeelde zorg'	p. 88
3.4.	Insulinestart bij type 2 diabetes: een medische en organisatorische uitdaging	p. 90
4.1.	Hoe ziek zijn type 2 diabetici in de huisartsenpraktijk?	p. 96
4.3.	Arteriële hypertensie bij diabetes type 2 patiënten	p. 100
5.1.	'Bottom-up' ontwikkeling van een interdisciplinair zorgprotocol	p. 122
5.2.	Diabetes Management in Antwerpen ('DiaMAnt'): een transmuraal klinisch pad	p. 124
5.3.	Diabetesspreekuur in multidisciplinaire groepspraktijk	p. 126
5.4.	Diabetes ingebed in de eerste lijn	p. 128
5.5.	Diabeteswerking 'HELIX' in Anderlecht	p. 130
5.6.	Lijnoverschrijdende kwaliteitszorg voor type 2 diabetes	p. 132
5.8.	Diabeteszorg, samen sterk	p. 136
5.9.	Opleiding in de eerste lijn	p. 138
5.10.	Diabetes zorgpad met optimale allocatie van middelen en kennis	p. 140
5.11.	Groepsconsultatie voor diabetespatiënten. Een vernieuwend experiment in samenwerking met het Wit-Gele Kruis	p. 142
5.13.	HbA1c waarden bij RTV patiënten	p. 146
5.15.	Ontwikkeling en implementatie van het klinisch pad diabeteseducatie	p. 150
5.16.	Zaaltoer voor diabetespatiënten	p. 152
5.17.	Algemene informatiemap voor type 2 diabetes	p. 154
5.18.	Personeelseducatie: juist gebruik van glucosemeter en insulinepen in het ziekenhuis	p. 156
5.27.	Actualisatie van het bestaande standaardverpleegplan diabetes	p. 174
5.35.	Diabetes, je staat er niet alleen voor	p. 190

