

**Het zorgtraject diabetes type 2:
evaluatie van de patiënttevredenheid
en perceptie van de ervaringen**

Rapport voor de Koning Boudewijnstichting, de Vlaamse Diabetes Vereniging
en de Association du Diabète

April 2013



Frédéric Bielen – Sabine Janssens – Magali Ronsmans

Vlaamse Diabetes Vereniging vzw – Association Belge du Diabète asbl – Koning Boudewijn Stichting

BSM Management is een advies-, studie- en opleidingsbureau dat dienstverlenende organisaties met en zonder winstoogmerk helpt om hun activiteiten en praktijken continu te verbeteren en om een echt servicegerichte cultuur in te voeren waardoor de doelgroep centraal staat.

#

Onze website: www.bsm-management.be

Contact: f.bielen@bsm-management.be
s.janssens@bsm-management.be
m.ronsmans@bsm-management.be

Nederlandse vertaling van het rapport: Home Office

Inhoud

Inhoud	3
1. Inleiding	5
2. Methodologie	9
3. Verkennende studie	13
4. Analyse van de individuele en groepsgesprekken	15
5. Resultaten van de kwantitatieve studie	19
7. Conclusies en aanbevelingen	58
Overzicht van de bijlagen	60
Bibliografie	84

1. Inleiding

1.1. Context en missie

Volgens schattingen van de International Diabetes Federation (IDF)¹ leiden er in België momenteel 514.900 volwassenen tussen 20 en 79 jaar aan diabetes. Daarvan heeft 80 à 90% diabetes type 2.

Het zorgtraject diabetes type 2, dat dient om de begeleiding en follow-up van patiënten te organiseren, is in voege sinds september 2009 voor bepaalde diabetespatiënten. Vandaag de dag zijn er 20.952 zorgtrajecten diabetes type 2 afgerond².

Het koninklijk besluit van 21 januari 2009³ betreffende de zorgtrajecten voorziet in de evaluatie van deze zorgtrajecten. Voor de evaluatie maken de betrokken huisartsen elektronisch bepaalde gegevens, die gedefinieerd zijn door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, over aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Deze evaluatie is momenteel aan de gang en de resultaten worden verwacht tegen mei 2013.

Met het oog op "patient empowerment"⁴ en op initiatief van de Koning Boudewijnstichting kreeg BSM Management de opdracht om **te peilen naar de meningen en ervaringen van diabetes type 2-patiënten met betrekking tot het zorgtraject diabetes type 2**. Dit overkoepelende, proactieve en patiëntgerichte begeleidingsmechanisme is soms nog omstreken in de gezondheidszorg. Het onderzoeksproject loopt in samenwerking met de twee diabetesverenigingen - de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) en de Association Belge du Diabète (ABD) - en in overleg met het Begeleidingscomité Zorgtrajecten opgericht bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

De oorspronkelijke invalshoek van deze studie is gestoeld op de "vraag". Het onderhavige rapport geeft de voornaamste resultaten en vaststellingen weer.

1.2. Het zorgtraject voor diabetici type 2 ⁵

Een zorgtraject organiseert en coördineert de begeleiding, behandeling en follow-up van bepaalde patiënten met een chronische ziekte. Alleen patiënten met diabetes type 2 die aan bepaalde voorwaarden voldoen, krijgen toegang tot het zorgtraject diabetes type 2 sinds september 2009.

¹ IDF, Diabetes Atlas, 2011

² Volgens Ri De Ridder, tijdens zijn presentatie op het Diabetessymposium - 15/03/2012

³ Koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten.

⁴ "Empowerment van de patiënt is een proces waarbij een zieke een situatie of situaties die hem/haar voordien een gevoel van onmacht en ontreding bezorgden beter leert managen en aanvaarden." Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique [doctoraal proefschrift over volksgezondheid]. Leuven (België): Université catholique de Louvain; 2007: p. 42.

⁵ Volgens de website van het RIZIV <http://www.inami.fgov.be/care/fr/infos/tdszt/index.htm>

Medische voorwaarden

- een insulinebehandeling krijgen met 1 of 2 insuline-injecties per dag;
- omdat een behandeling met tabletten niet volstaat, overweegt men een insulinebehandeling;
- niet zwanger zijn (of de intentie hebben om zwanger te worden).

Andere voorwaarden

- over een globaal medisch dossier beschikken dat beheerd wordt door de huisarts;
- ten minste 2 keer per jaar de huisarts raadplegen en 1 keer per jaar de geneesheer-specialist;
- een zorgtrajectcontract ondertekenen;
- in staat zijn om naar een raadpleging te gaan (verplaatsingen)⁶.

Het zorgtraject is gebaseerd op de samenwerking tussen de patiënt, de huisarts en de geneesheer-specialist en loopt 4 jaar zodra deze 3 partijen een "zorgtrajectcontract" ondertekend hebben.

Het zorgtraject biedt voordelen, zowel voor patiënten als zorgverleners.

Voor patiënten zien de belangrijkste voordelen er als volgt uit:

- het ziekenfonds betaalt raadplegingen bij de huisarts en specialist volledig terug zolang het zorgtraject loopt;
- de patiënt krijgt alle nodige informatie om zijn aandoening te behandelen in de vorm van een persoonlijk follow-upplan (levenswijze, geneesmiddelen, medische controles, ...);
- de patiënt krijgt toegang tot specifiek materiaal, raadplegingen bij de diëtist, podoloog, diabeteseducator, ...;
- omdat de huisarts en specialist nauw samenwerken wordt de patiënt begeleid, behandeld en gevolgd in functie van zijn persoonlijke situatie;
- het zorgtraject draagt bij tot een hoogwaardige verzorging.

Voor zorgverleners zijn de belangrijkste voordelen de volgende:

- de begeleiding, behandeling en follow-up van patiënten die een zorgtraject volgen, worden georganiseerd en de zorgkwaliteit geoptimaliseerd;
- de samenwerking tussen de huisarts, de geneesheer-specialist en andere zorgverleners (diabeteseducator, diëtist, podoloog, ...) verloopt vlotter;
- voor elke patiënt die een zorgtraject afsluit, ontvangen de artsen die het zorgcontract ondertekenen jaarlijks een bedrag van 80 EUR.

⁶ Op 11 mei 2012 verklaarde de ministerraad zich akkoord met een ontwerpbesluit dat voorstelt om, met terugwerkende kracht tot 1 juni 2009, de gratis zorgverlening voor patiënten uit te breiden naar contacten in een andere context dan een raadpleging: voortaan gaat het om een raadpleging van of huisbezoek door de huisarts en een raadpleging van de geneesheer-specialist. De verruiming naar de term "contacten" (in plaats van raadpleging) is een belangrijke verbetering voor oudere patiënten die zich niet meer kunnen verplaatsen voor een raadpleging door hun gezondheidstoestand.

1.3. Doel van de studie en onderzoeksvragen

De **algemene doelstelling** van deze studie, die van start ging in november 2011, bestaat erin **de tevredenheid, ervaringen en perceptie van patiënten in een zorgtraject diabetes type 2 te meten** samen met **de impact van dat zorgtraject op hun levenskwaliteit**. Zo wil men de patiëntoriëntatie en het zorgproces continu verbeteren.

1.4. Structuur van het rapport

Hieronder volgt een gedetailleerde beschrijving van onze methodologie. De structuur van het rapport stemt overeen met het chronologische verloop van de studie. Zo handelt hoofdstuk 3 over de informatie die de verkennende studie opleverde, terwijl hoofdstukken 4 en 5 de kwalitatieve en kwantitatieve studies beschrijven. De uiteenlopende resultaten en hun implicaties komen aan bod in hoofdstuk 6.

2. Methodologie

De methodologie die we hanteerden voor dit project kan men onderverdelen in vier hoofdfases waarvoor telkens specifieke middelen en/of methodes nodig waren om de doelstellingen te bereiken. Hieronder beschrijven we de fases en de gebruikte methodes en instrumenten.

2.1. Fase 1 – verkennende studie: documentair onderzoek en verkennende gesprekken

Om vertrouwd te raken met het project voerden we een verkennende studie uit die bestaat uit een **documentair onderzoek over diabetes type 2 en het zorgtraject diabetes type 2**. Voorts wilden we inzicht verwerven in de problematiek van diabetes type 2-patiënten en zo goed mogelijk de diverse facetten van hun ervaringen vatten. Daarom organiseerden we **verkennde gesprekken met patiënten en zorgverleners** die dienden om dit project voor te bereiden.

We ondervroegen 4 patiënten (2 Nederlandstalige, en 2 Franstalige) en 5 “professionals” (2 huisartsen: 1 Nederlandstalige en 1 Franstalige waarvan een coördinator van het lokale, multidisciplinaire netwerk; 2 Franstalige verpleegsters en 1 Franstalige diabeteseducator).

Door de gesprekken met patiënten konden we het zorgtraject vanuit diverse oogpunten bekijken:

- de kennis over het zorgtraject;
- de beslissing om met een zorgtraject te starten;
- de perceptie en beleving;
- de impact van het zorgtraject op de levenskwaliteit;
- de noden van patiënten en hun omgeving en de manier waarop deze noden al dan niet ingevuld worden;
- de beweegredenen en/of remmingen om het zorgtraject aan te bevelen aan andere personen en de eventuele wijzigingen die men kan aanbrengen aan het traject.

De patiënten kregen ook de gelegenheid om vrijuit hun mening te geven over het zorgtraject.

Ook de professionals kregen vragen voorgeschoteld over het zorgtraject en dan specifiek over de volgende aspecten:

- hun kennis en algemene perceptie van het zorgtraject;
- hun kijk op de beweegredenen en remmingen van patiënten om deel te nemen aan het zorgtraject;
- de voor- en nadelen van het zorgtraject;
- suggesties om het zorgtraject te verbeteren.

Iedereen kreeg ook de gelegenheid om vrijuit zijn mening te geven over de problematiek. Natuurlijk werd hun respons vaak beïnvloed door hun professionele ervaringen of de rol die ze vervullen tegenover diabetici.

Profiel van de ondervraagde professionals:

Voornaam	Geslacht	Beroep	Provincie
Carla	V	Huisarts	Luik
Philippe	M	Huisarts	Limburg
	M	Verpleger – diabeteseducator	Luik
Jean	M	Huisarts	Luxemburg
Alice	V	Diabeteseducator	Luxemburg
Jeanne	V	Verpleegster - diabeteseducator	Brussel

Op basis van deze gesprekken maakten we een samenvattende inhoudsanalyse per thema zodat de belangrijkste elementen van de studie naar voren kwamen. De gesprekken stelden ons in staat om de ervaringen van patiënten met het zorgtraject beter te begrijpen en om inzicht te verwerven in het gezichtspunt van de betrokken professionals. De gesprekken dienden ook om de interviewhandleiding voor te bereiden die bestemd was voor de personen ondervraagd in fase 2 van het project. In deze fase konden we ook suggesties ter verbetering van het zorgtraject verzamelen.

2.2. Fase 2 – kwalitatieve studie bij patiënten en hun omgeving

Er vonden **twee focusgroepen**⁷ plaats, een Nederlandstalige (georganiseerd in Gent) en een Franstalige (georganiseerd in Brussel) die ongeveer 2.30 uur duurden. De samenstelling van deze focusgroepen (aantal en profiel van de deelnemers) werd gedefinieerd in overleg met de opdrachtgevers die de werving van de deelnemers op zich namen. Bovendien vond er ook een reeks individuele diepte-interviews plaats.

Aan de hand van de interviews, die verliepen op basis van een interviewhandleiding goedgekeurd door de opdrachtgevers, konden we de volgende informatie vergaren:

- de eventuele distinctieve kenmerken onder de patiënten;
- bepaalde remmingen en beweegredenen voor patiënten om deel te nemen aan het zorgtraject;
- de ontmoetingen met en begeleiding door de actoren en zorgteams;
- de wijze waarop allerlei informatie overgemaakt wordt;
- de bestaande contacten;
- de benadering van het dagelijkse leven en de ziekte.

Deze uiteenlopende informatie werd samengevat per thema en diende als uitgangspunt om een kwantitatieve vragenlijst op te stellen die we gebruikten in fase 3 van het project.

⁷ “Een focusgroep is een gestructureerde discussie onder een kleine groep van stakeholders (4-12 personen), begeleid door een ervaren gespreksleider. De methode is ontworpen om informatie te verkrijgen over de voorkeuren en waarden van (uiteenlopende) mensen met betrekking tot een bepaald onderwerp en om te kunnen verklaren waarom ze die meningen hebben. Tijdens een focusgroep wordt een gestructureerde discussie van een interactieve groep in een tolerante, geruststellende omgeving geobserveerd. Een focusgroep kan dus gezien worden als een combinatie van een gericht interview en een discussiegroep.” Participatieve methoden. Een gids voor gebruikers, Koning Boudewijnstichting p. 119.

2.3. Fase 3 – kwantitatieve studie onder patiënten

De derde fase van de studie bestond uit een **kwantitatieve enquête** onder personen waarbij diabetes type 2 vastgesteld werd.

Aan de hand van de verkennende studie en de kwalitatieve gesprekken konden we een vragenlijst samenstellen waarin de volgende elementen opgenomen zijn:

- de sociodemografische en gezondheidsgegevens van de respondent;
- het type diabetesbegeleiding;
- de kennis over het zorgtraject;
- de beslissing om met een zorgtraject te beginnen;
- de perceptie van de opgedane ervaringen;
- de impact van het zorgtraject op de levenskwaliteit;
- een evaluatie van de globale tevredenheid over het zorgtraject;
- de beweegredenen en/of remmingen om het zorgtraject aan te bevelen bij andere personen en de eventuele wijzigingen die men kan aanbrengen aan het zorgtraject.

De vragenlijst, die bestaat uit meer dan 80 vragen, kan men inkijken in bijlagen 2 en 3.

Verspreiding van de vragenlijst en profiel van de respondenten

De opdrachtgevers stonden in voor de verspreiding van de vragenlijst. Ze voorzagen in een link naar de enquête op de websites van de VDV en ABD, en ook de site <http://www.zorgtraject.be/> stelde diabetici type 2 voor om de enquête in te vullen. De verenigingen verstuurden een mail naar hun respectieve databanken en het RIZIV vroeg de lokale, multidisciplinaire netwerken om de link naar de vragenlijst te verspreiden.

De vragenlijst in de twee meest gesproken landstalen was online toegankelijk van 7 mei tot 1 juni. 614 personen vulden de lijst in. Deze **gelegenheidssteekproef** beoogde **diabetes type 2-patiënten, al dan niet in een zorgtraject, Nederlandstalig of Franstalig, die in België wonen.**

Analyse van de resultaten

De antwoorden werden onderworpen aan een enkelvoudige en multidimensionale analyse. De kenmerken van de respondenten en de enquêteresultaten worden weergegeven in hoofdstuk 5.

De analyse van de ervaringen van de patiënt en zijn eigen visie op de gebeurtenissen gebeurde door sleutelfases te formuleren die hij meegemaakt heeft tijdens het hele zorgtraject en met behulp van aangepaste meetschalen conform de literatuur, in de vorm van een zelfstandig in te vullen vragenlijst.

De enquête diende ook om uiteenlopende patiëntprofielen te identificeren met sociaal-medische kenmerken die de perceptie van ervaringen kunnen beïnvloeden.

Er kwamen vragen aan bod om de levenskwaliteit, de begeleiding en de algemene tevredenheid te beoordelen zodat men de indicatoren kon identificeren die de grootste impact hebben op deze algemene vragen. Aan patiënten die niet in het zorgtraject zitten, werd gevraagd om welke redenen ze geen gebruik maken van dit type begeleiding.

2.4. Fase 4 – triangulatie en formulering van de resultaten

Deze fase heeft tot doel om de verkregen resultaten te bevestigen of te ontcrachten door middel van diverse informatiebronnen en om voorstellen uit te werken. De fase is essentieel voor het welslagen van het project omdat ze ruimte biedt om bedenkingen te laten rijpen en om de onderhavige vaststellingen te formuleren.

3. Verkennende studie

3.1. Het zorgtraject in de pers⁸

Hoewel diabetes en in het bijzonder diabetes type 2 regelmatig in de algemene en gespecialiseerde pers komen (met name ter gelegenheid van de diabetesdag) geldt dat veel minder voor het zorgtraject diabetes type 2! De meeste artikels over dit laatste onderwerp die wij inkeken, werden opgesteld bij de geboorte van het zorgtraject of bij zijn eerste verjaardag.

De artikels steken de loftrumpet over het principe van het zorgtraject diabetes type 2, geven uitleg en daarbij komt ook de trage start van de zorgtrajecten, vooral in Wallonië, ter sprake (in het bijzonder in de provincies Luik en Luxemburg). Er komen hypothesen aan bod om deze situatie te verklaren (culturele verschillen tussen regio's, men moet wachten tot de lokale, multidisciplinaire netwerken op poten staan, de opleiding van diabeteseducatoren liep vertraging op in het zuidelijke landsdeel, ...). De pers brengt verbeteringsvoorstellen aan zoals meer educatoren inzetten in het zuiden van het land, oplossingen voorstellen voor patiënten met beperkte mobiliteit en huisartsen beter voorbereiden om insuline te verschaffen in de eerste lijn...

De artikels die we raadpleegden, beklemtonen ook de rol van de patiënt die niet altijd de voorgeschreven adviezen naleeft om zijn diabetes te behandelen. Het is dus belangrijk dat de patiënt de verantwoordelijkheid neemt voor zijn behandeling, want een patiënt verzorgt zich beter wanneer hij "opgeleid" is. Het dagelijkse leven van mensen met diabetes, een aandoening die hun levenskwaliteit sterk beïnvloedt, vormt ook het onderwerp van diverse getuigenissen. Zo stellen we vast dat heel wat diabetici hun ziekte verzwijgen om niet op problemen te stuiten in de maatschappij (verbod om bepaalde beroepen uit te oefenen, moeilijkheden om aan een lening te geraken bij de bank, discriminatie bij aanwervingen, ...).

3.2. Interviews met professionals

Van de professionals die we ondervroegen in het kader van de verkennende fase kregen we de volgende **vaststellingen** te horen:

Kennis en algemene perceptie van het zorgtraject

Artsen stonden weigerachtig tegenover het zorgtraject. Sommige artsen lijken nu echter in te zien hoe belangrijk het is om de patiënt beter op te volgen. Andere stellen het zorgtraject echter niet voor aan hun patiënten, maar zeggen niet nee wanneer hun patiënten erom vragen. De uiteenlopende formaliteiten (informatie overmaken aan het RIZIV bijvoorbeeld) en de zware administratie die erbij komen kijken, worden naar voren geschoven als verklaring. Ook het gebrek aan kennis over diabetes vormt een belangrijk obstakel: "*ik verwijz mijn patiënten liever door naar een collega-endocrinoloog*".

⁸ Zie lijst met geraadpleegde artikels in de bibliografie.

Beweegredenen en remmingen van patiënten om deel te nemen aan het zorgtraject

- De meeste patiënten wensen toegang tot het zorgtraject uit financiële overwegingen;
- patiënten die een zorgtraject willen aanvatten moeten over een globaal medisch dossier beschikken, wat soms tot complicaties leidt door de administratieve procedure bij het ziekenfonds;
- de administratieve procedure is te zwaar en te lang en vereist dat de patiënt zich veelvuldig verplaatst.

Voor- en nadelen van het zorgtraject

- Sommige patiënten volgen hun zorgtraject slechts gedeeltelijk omdat hun arts van mening is dat ze voldoende geïnformeerd zijn over hun ziekte. De ziekte kan echter evolueren en moet dan in functie daarvan anders begeleid worden om complicaties te vermijden. Vorming rond diabetes en (continue) evaluatie van de kennis zijn onontbeerlijk.

De professionals brachten ook ***verbeteringssuggesties*** aan met betrekking tot het zorgtraject *diabetes type 2*:

1. multidisciplinaire begeleiding van de patiënt plannen zodra de diagnose gesteld is;
2. een educatief luik integreren dat consequenter is (voeding, lichaamsbeweging) en sportsessies inlassen omdat het voor patiënten vaak enorm moeilijk is om hun levenswijze te veranderen;
3. diabeteseducatoren beter inzetten: zij spelen een essentiële rol om informatie door te spelen aan de patiënt en ze nemen het educatieve luik voor hun rekening;
4. de begeleiding centraliseren in de diabeteshuizen, want dat is eenvoudiger voor de patiënt die zo maar één contactpunt heeft;
5. de omgeving beter informeren over de dagelijkse verplichtingen van iemand met diabetes;
6. de coördinatie van de zorgtrajecten verbeteren bij de ziekenfondsen (informatie en administratie);
7. duidelijkheid scheppen over de terugbetalingsvoorwaarden voor de patiënt (wat wordt terugbetaald en onder welke voorwaarden? (geconventioneerde arts?));
8. ook de naalden bij het geleverde materiaal voegen om te vermijden dat de patiënt dezelfde naalden opnieuw gebruikt, want dat kan tot een slechte absorptie van de insuline leiden.

4. Analyse van de individuele en groeps gesprekken

In dit deel stellen we de resultaten voor van de inhoudelijke analyse van de groeps gesprekken⁹. Het gaat om een samenvattende, thematische analyse per regio, in functie van de doelstellingen van onze studie.

4.1. Het profiel van de deelnemers

Aan Franstalige zijde voerden we individuele gesprekken met 4 patiënten (3 mannen en een vrouw) en organiseerden we een focusgroep met 4 patiënten (3 vrouwen en een man). Aan Nederlandstalige zijde omvatte de focusgroep 4 patiënten (4 mannen) en drie partners (3 vrouwen).

4.2. Kennismaking met het zorgtraject diabetes type 2

In Wallonië en Brussel

Bij de meeste patiënten werd het zorgtraject **aanbevolen door de huisarts of de diabetesspecialist** tijdens een raadpleging. Alle **informatie** komt hoofdzakelijk van de **diabeteseducator en de huisarts**. De ondervraagde patiënten zijn allemaal van mening dat ze nuttige en duidelijke informatie ontvangen hebben, of zoals een patiënt uitlegt: *“zodra ik overstapte op insuline adviseerde mijn diabetesspecialist me om in het zorgtraject te stappen. Ik ontmoette de diabeteseducator die alles uitgelegd heeft. Vaak neemt de huisarts het administratieve luik, dat professionals in de sector als te zwaar bestempelen voor patiënten, voor zijn rekening.*

In Vlaanderen

Bij sommige geïnterviewde patiënten werd het zorgtraject aanbevolen door de **huisarts** tijdens een raadpleging. Andere hebben dan weer **zelf informatie gevonden** over het zorgtraject op internet en hebben erover gepraat met hun huisarts of diabetesspecialist. Deze patiënten voelden een lichte weerstand bij hun artsen tegenover het zorgtraject. Ze kregen soms de raad van hun diabetesspecialist om niet te starten met een zorgtraject en meenden verwijten te horen bij hun specialist omdat ze, ten nadele van hun behandeling, een huisarts gekozen hadden die dus minder gespecialiseerd is. Een patiënt onderstreept dat hij moeilijkheden ondervond bij zijn ziekenfonds omdat deze instelling het zorgtraject niet kende toen hij ermee startte.

4.3. Verloop van hun zorgtraject

De patiënten in de focusgroep hebben **in het algemeen een mening over het zorgtraject die toegespitst is op de financiële voordelen**. Alle patiënten hebben zich aangesloten bij het zorgtraject om de financiële voordelen te genieten en sommige, de Franstaligen, om de ziekte beter te begrijpen en aan te pakken, of zoals een van de patiënten uitlegt: *“wanneer de verpleegster de resultaten van mijn metingen bekijkt, proberen we samen te begrijpen waarom mijn bloedsuikerspiegel gestegen of gedaald is, en we denken na over de beste manier om hem te stabiliseren. Follow-up op maat is belangrijk!”*

⁹ De analyse van de resultaten werd voorgesteld aan de opdrachtgevers. Deze presentatie is terug te vinden als bijlage 1.

Terwijl alle **Franstalige patiënten** van mening zijn dat het zorgtraject hen **in staat stelt om meer aandacht te hebben voor hun dagelijkse noden** geldt dat slechts voor één Nederlandstalige patiënt. De andere **Nederlandstalige patiënten** beschouwen het zorgtraject als een **middel om zich “vlak bij huis te laten verzorgen”**, omdat de huisarts zich vlakbij bevindt in tegenstelling tot het ziekenhuis dat veel verder ligt. Alle Nederlandstalige patiënten (behalve een) vinden het echter jammer dat ze niet vaker contact kunnen hebben met de diabetesspecialist, want hoewel ze hun huisarts appreciëren, vermelden ze dat zijn kennis van de ziekte ontoereikend is en verklaren ze dat ze bang zijn om minder goed behandeld te worden “dan in het ziekenhuis”.

De Franstalige patiënten onderstrepen de **rol van de diabeteseducator** die noodzakelijk is om alles uit te leggen. Deze patiënten stellen dus vast dat een **persoonlijke begeleiding** voordelen biedt. Sinds ze het zorgtraject volgen, vinden ze dat hun voedingsgewoonten erop vooruitgegaan zijn, voelen ze zich beter in hun vel en hebben ze de ziekte beter onder controle. Voor patiënten die al autonoom waren, verandert er weinig in het dagelijkse leven, maar de anderen vinden dat de persoonlijke opvolging hen in staat stelt om autonoom te zijn en om een “intensievere” follow-up te krijgen indien nodig.

De Nederlandstalige patiënten (met uitzondering van één persoon) beschouwen het zorgtraject niet als een globale begeleiding. Ze zijn niet op de hoogte van de doelstelling om een tripartiete werking na te streven waarbij de huisarts, de diabetesspecialist en de patiënt betrokken zijn. Terwijl alle Franstalige patiënten contact(en) hadden met een educator die hen relevante informatie verschafte, ontmoetten de Nederlandstalige patiënten (behalve een) geen educator en waren ze niet op de hoogte van zijn bestaan en functie. Ze waren zeer geïnteresseerd in dit educatieve luik dat bij hen ontbrak en deze lacune verklaart misschien waarom ze **een gebrekkige kennis hadden over de diverse luiken van het zorgtraject**. Wellicht leidt dit gebrek aan informatie tot hun oordeel dat “de diabetesconventie veel interessanter is dan het zorgtraject”.

Is de omgeving voldoende geïnformeerd?

Hoewel sommige patiënten goed kunnen praten over hun ziekte met hun omgeving is het mogelijk dat mensen rondom hen onvoldoende begrip opbrengen voor hun dagelijkse noden en dat ze patiënten gedeeltelijk hun autonomie ontnemen door inadequate aanbevelingen. Een patiënte legt uit: *“mijn nicht berekent alles wat ik eet, want ze wil me zo lang mogelijk bij zich houden... maar ze berooft me van mijn vrijheid!”*

Patiënten benadrukken hoe belangrijk de hulp is die ze van hun partner krijgen en ook zijn/haar aanwezigheid tijdens de raadplegingen en zeker bij de follow-upafspraken voor hun dieet. De partners drukten hun wens uit om deel te kunnen nemen aan informatiesessies over de ziekte en, bijvoorbeeld, aan aangepaste kookworkshops.

4.4. De voor- en nadelen van het zorgtraject, volgens patiënten en hun omgeving

Enkele **voordelen** die de Franstalige en één Nederlandstalige patiënt aanhaalden:

- de gepersonaliseerde follow-up en het educatieve proces die afgestemd zijn op de behoeften van de patiënt spelen in het voordeel van zijn autonomie;
- het zorgtraject maakt het mogelijk om de complicaties die bij de ziekte komen kijken te beperken;
- het zorgtraject verbetert de levenskwaliteit dankzij een aangepaste begeleiding en terugbetalingen;

- de educatoren spelen een essentiële rol en zorgen voor een uitstekende follow-up zodat de patiënt over de nodige informatie beschikt;
- het zorgtraject geeft de patiënt referentiepunten: zo weet hij tot wie hij zich moet richten voor een adequate begeleiding.

De andere Nederlandstalige patiënten leggen er de nadruk op dat alle raadplegingen bij de huisarts gratis zijn.

Bij de **nadelen** halen alle patiënten de volgende punten aan:

- er worden niet genoeg teststrips terugbetaald (specifiek voor frequentere controles die nodig zijn aan het begin van het zorgtraject wanneer de bloedsuikerspiegel in evenwicht gebracht moet worden);
- de naalden worden niet terugbetaald. Daarom prikken sommige patiënten zich meermaals met dezelfde naald;
- om de teststrips terugbetaald te krijgen moet men volgens de procedure van het RIZIV toestemming krijgen voordat de terugbetaling in orde is.

De Nederlandstalige patiënten vragen zich af hoe het verder moet met hen aan het einde van het zorgtraject en ze halen twee extra nadelen aan:

- de diabetesspecialist wordt minder toegankelijk als een patiënt voor het zorgtraject kiest;
- de huisarts weet minder over de ziekte en daarom denkt men dat het risico bestaat op een minder goede verzorging.

4.5. Suggesties van patiënten en hun omgeving voor een ideaal zorgtraject

De discussiegroepen bogen zich over de vraag wat men nog kan verbeteren aan het zorgtraject. Volgens de geïnterviewde patiënten en hun omgeving zou het **ideale zorgtraject**:

- **de naalden terugbetalen** en **meer teststrips** terugbetalen, want zoals een patiënte uitlegt: *“soms ben ik genoodzaakt om 2 of 3 dagen tussen mijn tests te laten om een voorraad teststrips te bewaren in afwachting van het ziekenfondsdocument. Dan moet ik extreem strikt eten om problemen te vermijden!”*;
- ervoor zorgen dat het **ziekenfonds automatisch in actie treedt**, om lange terugbetalingstermijnen te vermijden.

De patiënten zouden ook graag de gelegenheid krijgen om deel te nemen aan meer **praatgroepen** waartoe experts een bijdrage leveren (diëtist, cardioloog, podoloog, verzekeraar, ...) zodat ze over alle informatie beschikken om hun ziekte dagelijks te managen in diverse situaties. Deze mogelijkheid kadert in het vormingsproces rond diabetes waarvan ook professionals vinden dat uitbreiding noodzakelijk is.

Tijdens de gesprekken **haalden de meeste patiënten aan dat ze de brochure “Stappenplan voor uw zorgtraject” niet ontvangen hadden**. Daaruit blijkt dat deze brochure niet optimaal verdeeld is. De deelnemers van de focusgroep vermeldde dat ze de brochure wensen te ontvangen.

De Nederlandstalige patiënten vragen ook om **opheldering** met betrekking tot:

- de verschillende **deelnemers aan het zorgtraject** en de respectieve rollen die ze spelen;
- de **kosten** die de patiënt uiteindelijk nog zelf moet dragen (patiënten in een zorgtraject zouden te horen krijgen dat ze niets meer hoeven te betalen);
- de **verschillen tussen de diabetespas, de diabetesconventie en het zorgtraject**.

Voorts willen ze graag dat er een **beter communicatie** tot stand komt tussen **de huisarts en de specialist**. Ze signaleren ten slotte dat de term “diabetes” niet correct is omdat ze aan “suikerziekte” lijden.

Het zorgtraject diabetes aanbevelen aan andere patiënten?

Alle geïnterviewde patiënten zouden het zorgtraject aanbevelen aan andere patiënten, hoofdzakelijk om de financiële aspecten. In Wallonië en Brussel komen ook de persoonlijke follow-up en de mogelijkheid om de ziekte-evolutie af te remmen ter sprake. *“Het zorgtraject helpt ons in ons dagelijkse leven, we zijn minder bang omdat we weten tot wie we ons kunnen richten...”*. In het Vlaams Gewest blijft de twijfel bestaan of de conventie financieel niet interessanter is dan het zorgtraject en vreest men ervoor dat men te maken krijgt met een minder gespecialiseerde arts.

4.6. Conclusie

We stellen vast dat er twee zeer verschillende percepties van het zorgtraject naast elkaar bestaan.

Sommige patiënten beleven het zorgtraject als een echt “traject” om hun diabetes te verzorgen waarbij ze **met raad en daad bijgestaan worden** door de betrokken partijen, terwijl andere patiënten het zorgtraject zien als een kans om **verzorging dichtbij huis te krijgen in de vorm van gratis consultaties** bij de huisarts. In dat laatste geval staat men veraf van de beleving van een zorgproces zoals dat voorgesteld wordt of zou moeten worden sinds september 2009.

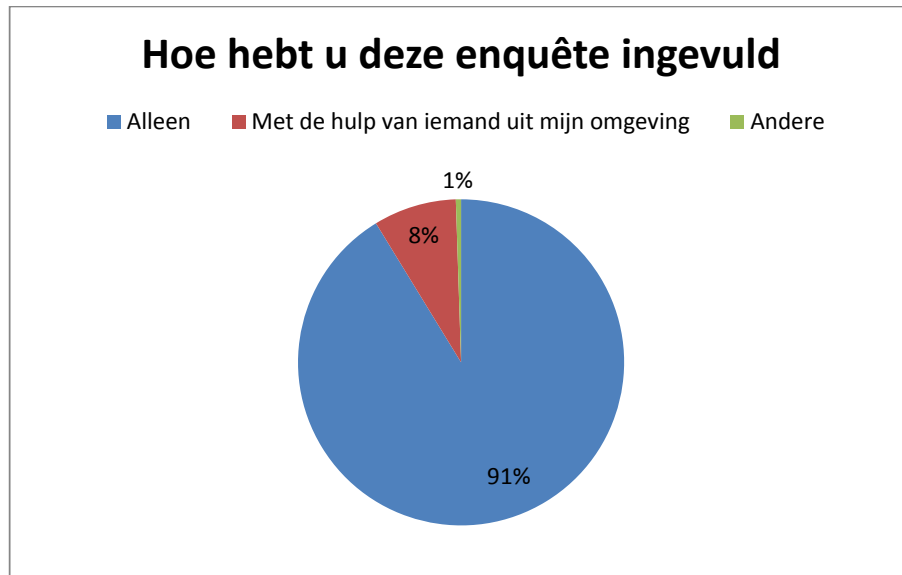
Aan de hand van de getuigenissen van patiënten kunnen we de bevindingen in de geraadpleegde persartikels enigszins nuanceren. Brussel en Wallonië hebben **diabeteseducatoren**, en **hoewel die talrijker zijn in het Vlaams Gewest blijken sommige Nederlandstalige patiënten ze nog niet ontmoet te hebben**.

Voorts stellen we ook vast dat de **verzoeken van patiënten** overeenstemmen met die van de ondervraagde professionals: **meer informatie** (informatie over de ziekte en het zorgtraject voor de patiënt en zijn omgeving via de diabeteseducator, groepsgesprekken en de bestaande communicatiemiddelen), een betere transversale **coördinatie en communicatie** tussen alle partijen en ten slotte de **herziening van de terugbetalingen** (meer teststrips en ook de naalden terugbetalen, een financiële bijdrage voor sportactiviteiten overwegen).

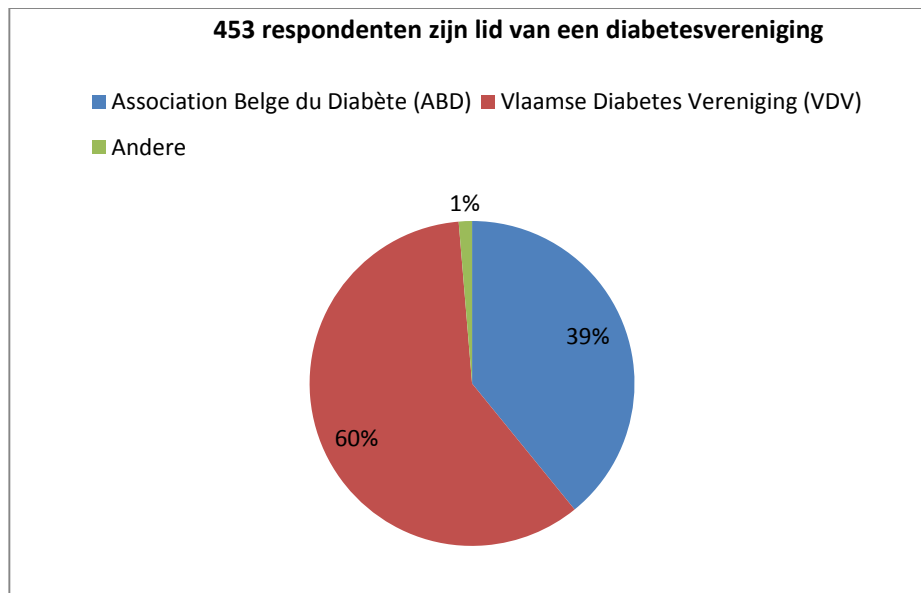
5. Resultaten van de kwantitatieve studie

5.1. Kenmerken van de respondenten

614 personen hebben de online enquête beantwoord. De meeste van hen beantwoordden de enquête alleen:



73% van de respondenten blijkt lid te zijn van een diabetesvereniging:



De sociodemografische en klinische kenmerken van de respondenten zijn in de tabel hieronder samengevat:

<i>Kenmerken van de respondenten</i>					
<i>Kenmerk</i>		<i>Aantal respondenten</i>	<i>Volledige steekproef</i>	<i>In zorgtraject</i>	<i>Niet in zorgtraject</i>
<i>In zorgtraject</i>	Ja	292	48%		
	Nee	322	52%		
		614	100%		
<i>Geslacht</i>	Vrouwelijk	205	34%	35%	33%
	Mannelijk	397	66%	65%	67%
		602	100%	100%	100%
<i>Leeftijd</i>	-45 jaar	37	8%	5%	10%
	45>55 jaar	81	17%	15%	18%
	55>65 jaar	157	33%	28%	37%
	65>75 jaar	164	34%	42%	27%
	75 en ouder	42	9%	10%	8%
		481	100%	100%	100%
<i>Taalgroep</i>	Franstalig	236	40%	29%	50%
	Nederlandstalig	356	60%	71%	50%
		592	100%	100%	100%
<i>Geografische spreiding</i>	Vlaams Gewest				
	Wallonië & Brussels	371	63%	73%	53%
	Hoofdstedelijk Gewest	221	37%	27%	47%
	592	100%	100%	100%	
<i>Provincie</i>	Antwerpen	103	17%	19%	16%
	Vlaams-Brabant	78	13%	12%	14%
	Waals-Brabant	37	6%	4%	9%
	West-Vlaanderen	54	9%	11%	8%
	Oost-Vlaanderen	78	13%	17%	10%
	Henegouwen	76	13%	11%	13%
	Luik	35	6%	4%	8%
	Limburg	58	10%	14%	6%
	Luxemburg	12	2%	3%	1%
	Namen	27	5%	3%	6%
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest ¹⁰	34	6%	2%	9%
		592	100%	100%	100%

¹⁰ Alle respondenten uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest waren Franstalig. We brengen ze onder bij de Waalse provincies om het onderscheid te kunnen maken per regio: enerzijds het Vlaams Gewest, anderzijds Wallonië en Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Gezinssituatie	Samenwonend zonder kind	345	58%	61%	56%
	Samenwonend met kind(eren)	136	23%	21%	25%
	Alleen zonder kind	96	16%	16%	16%
	Alleen met kind(eren)	14	2%	2%	3%
		591	100%	100%	100%
Beroepssituatie	Loontrekkend	142	24%	22%	26%
	Zelfstandig	21	4%	2%	5%
	Werkzoekend	14	2%	2%	3%
	Gepensioneerd	333	56%	61%	51%
	Arbeidsongeschikt	45	8%	6%	9%
	Andere	42	7%	7%	6%
		597	100%	100%	100%
Jaar diabetesdiagnose	0 tot 12 maand	62	11%	8%	13%
	1 tot 2 jaar	41	7%	7%	7%
	2 tot 5 jaar	105	18%	21%	15%
	+ 5 jaar	378	65%	64%	65%
		586	100%	100%	100%
Diabetici in nabije omgeving	Ja	299	50%	53%	48%
	Nee	296	50%	47%	52%
		595	100%	100%	100%
Lid van een vereniging	Ja	452	77%	75%	79%
	Nee	136	23%	25%	21%
		588	100%	100%	100%
Diabetespas	Kent en heeft pas	363	61%	70%	53%
	Kent pas maar heeft er geen	152	26%	21%	30%
	Kent de pas niet	79	13%	9%	17%
		594	100%	100%	100%

Onze analyse verloopt in twee fases: we stellen eerst de resultaten met betrekking tot de deelname aan het zorgtraject voor. Vervolgens komen de gegevens over de niet-deelname aan het zorgtraject aan bod. De cijfergegevens resulteren uit een **gelegenheidssteekproef** en vormen dus **niet** noodzakelijk een **perfecte weerspiegeling van de betrokken populatie**. Toch lijken de **tendensen die zich aftekenen** ons **zeer nuttig om te analyseren**.

43 % van de ondervraagden zijn ouder dan 65 jaar.

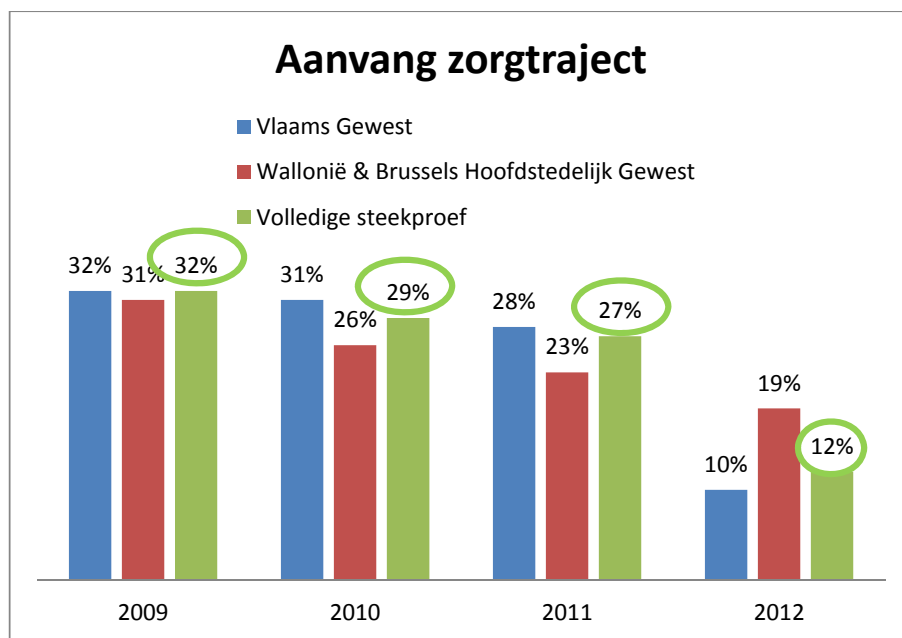
Conclusie: deze groep vraagt een specifieke aanpak wat betreft het verspreiden van informatie en educatie.

Aanbeveling: de informatie heel toegankelijk maken en wijd verspreiden zodat deze het doelpubliek echt bereikt.

5.2. Het zorgtraject

A. Profiel van de respondenten

48% van de respondenten op de online enquête, ofwel **292 personen**, verklaarde in het zorgtraject te zitten. De zorgtrajecten gingen van start op verschillende momenten.

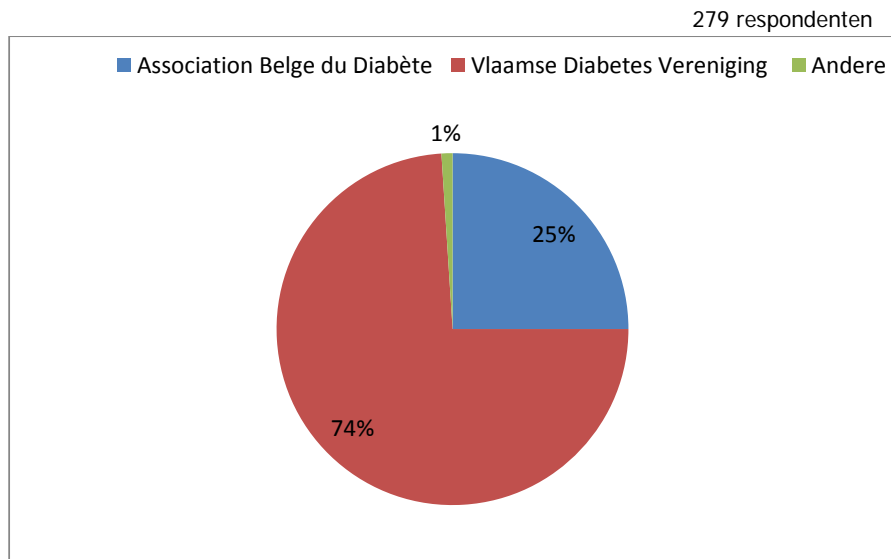
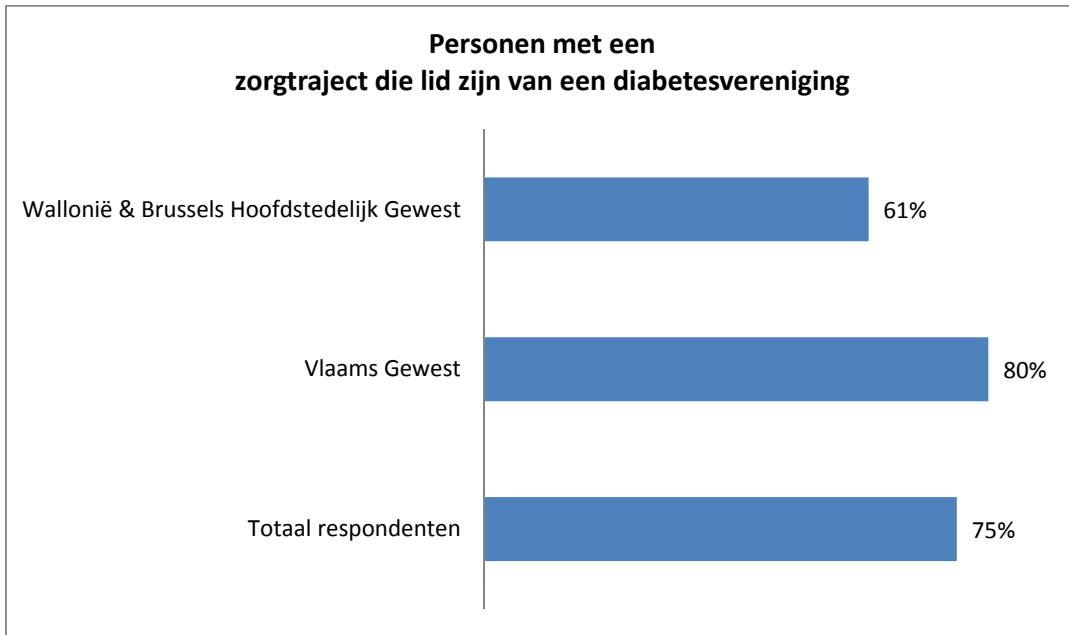


277 respondenten (200 Vlaams Gewest - 77 Wallonië & Brussels Hoofdstedelijk Gewest)

Zoals hiervoor aangegeven beantwoorden deze personen hoofdzakelijk aan het volgende profiel:

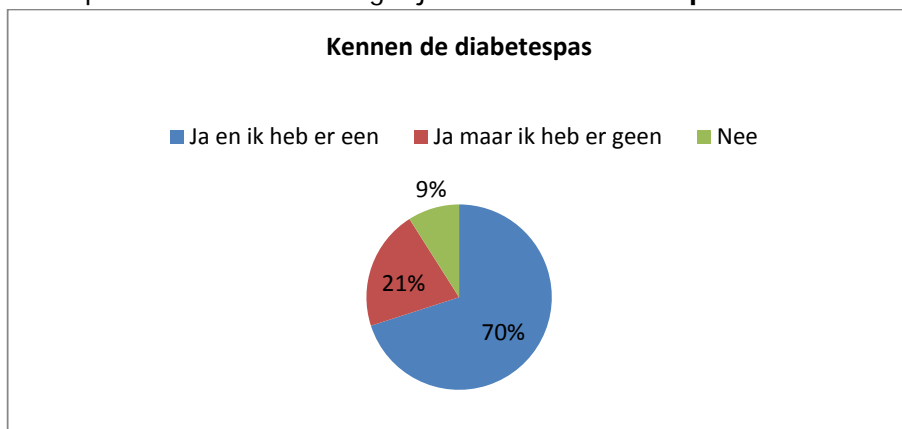
- mannen (65%);
- ouder dan 65 jaar (52%);
- Nederlandstalig (71%);
- samenwonend (82%);
- gepensioneerd (61%);
- er werd langer dan 5 jaar geleden diabetes gediagnosticeerd (64%).

Interessant is de vaststelling dat **75% van de personen met een zorgtraject** die onze enquête beantwoordden **lid is van een vereniging**.



208 respondenten

90% van de respondenten met een zorgtraject kent de **diabetespas**.



282 respondenten

48 % van de ondervraagden zijn opgenomen in het zorgtraject,
 52 % zijn niet opgenomen in het zorgtraject
 75 % zijn lid van een vereniging

Conclusie: mensen die lid zijn van een patiëntenvereniging lijken meer geïnformeerd te zijn dan mensen die geen lid zijn.

Aanbeveling: de drempel naar een lidmaatschap bij een vereniging zo laag mogelijk houden en stimuleren. Zo krijgen meer mensen de kans geïnformeerd te worden rond het zorgtraject.

B. Eerste contact met het zorgtraject

De respondenten van de enquête vernamen via diverse kanalen dat er een zorgtraject bestaat. In het **Vlaams Gewest** is de **huisarts** de belangrijkste informatievector (53% van de Vlaamse respondenten kwam door zijn toedoen te weten dat er een zorgtraject bestaat). In **Wallonië en Brussel** is de **diabetesspecialist** de voornaamste informatiebron (voor 55% van de Waalse en Brusselse patiënten). Voorts moeten we de rol van de **Vlaamse Diabetes Vereniging** onderstrepen die de derde informatievector is **in het Vlaams Gewest**.

Hoe leerde u het zorgtraject kennen	Aantal respondenten	Volledige steekproef	Vlaams Gewest	Wallonië & Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Mijn huisarts	140	49%	53%	40%
De diabetoloog	140	49%	48%	55%
De Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV)	32	11%	16%	0%
Een diabeteseducator	17	6%	8%	1%
Een ziekenfonds	15	5%	5%	6%
Ik heb de informatie zelf gevonden	14	5%	4%	6%
Een verpleegkundige	12	4%	4%	4%
Documentatie	11	4%	3%	6%
De Association Belge du Diabète (ABD)	8	3%	1%	6%
Website http://www.zorgtraject.be/	7	2%	3%	1%
De oogarts	5	2%	1%	1%
Andere	5	2%	1%	3%
Een diëtist	3	1%	1%	0%
Een podoloog	3	1%	1%	0%
Mijn omgeving (vrienden, familielid, kennis, ...)	3	1%	1%	1%
Een kinesist	1	0%	0%	0%

Een andere patiënt	1	0%	0%	1%
Een andere vereniging	0	0%	0%	0%
Totaal respondenten	283	100%	100%	100%

In 53 % van de situaties is de huisarts de voornaamste informatievektor in het Vlaams gewest.

Conclusie: de huisarts speelt binnen het zorgtraject een belangrijke coördinerende rol.

Aanbeveling: de huisarts beter informeren rond het zorgtraject en de verschillende spelers in het veld: een multidisciplinaire aanpak moet zoveel mogelijk gestimuleerd worden, zowel in het Vlaams gewest als in Wallonië en Brussel.

In 55 % van de situaties is de diabetesspecialist de voornaamste informatievektor in Wallonië en Brussel.

Conclusie: in Wallonië en Brussel (+50%) maar ook in het Vlaams gewest blijkt de huisarts onvoldoende op de hoogte van het zorgtraject.

Aanbeveling: huisarts nog beter informeren om de coördinerende rol te vervullen die hem is toebedeeld binnen het zorgtraject diabetes type 2 om zo de patiënt de best mogelijke diabeteszorg te bieden.

De Vlaamse Diabetes Vereniging is de derde informatievektor in het Vlaams Gewest.

Conclusie: patiëntenverenigingen spelen een belangrijke rol in informatieverstrekking.

Aanbeveling: aangezien één van de doelstellingen van de Vlaamse Diabetes Vereniging, en bij uitbreiding l' Association Belge du Diabète in Franstalig België, erin bestaat iedereen naar de best mogelijke diabeteszorg te leiden, kunnen zij een belangrijke rol spelen in het verspreiden van informatie aan de patiënt.

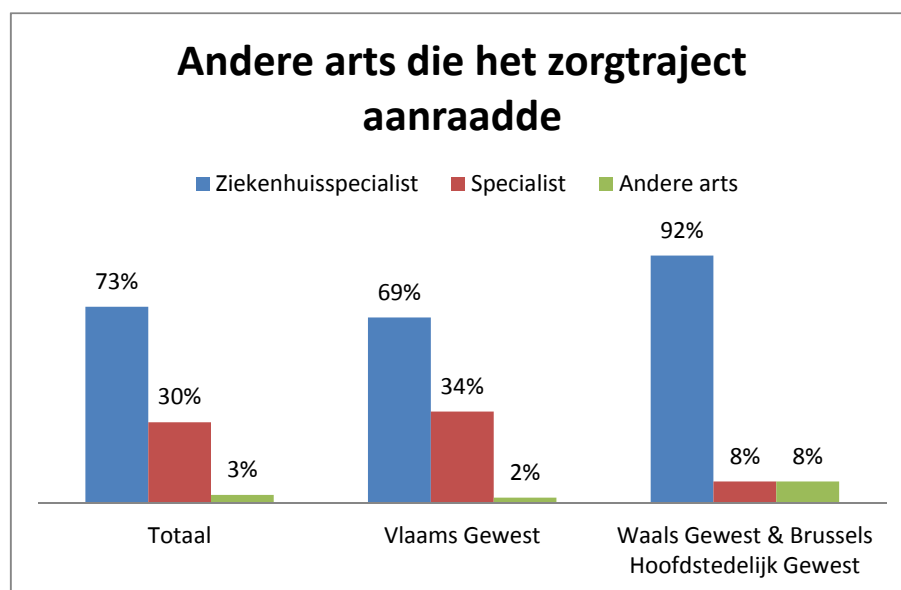
C. Beweegredenen om in het zorgtraject te stappen

De respondenten van de online enquête kozen ervoor om aan het zorgtraject deel te nemen om uiteenlopende redenen.

Hierboven stelden we vast dat een arts (huisarts of specialist) vaak als eerste de patiënt informeert over het bestaan van het zorgtraject. Dat verklaart waarschijnlijk waarom "**omdat mijn huisarts of een andere arts mij dat heeft aangeraden**" een van de voornaamste beweegredenen is die patiënten vermelden. Daaruit blijkt hoe belangrijk het is dat artsen het zorgtraject kennen en hun patiënten erover informeren.

Voorts moeten we benadrukken dat ook elementen die te maken hebben met de **empowerment van de patiënt** zoals "actief meewerken aan mijn behandeling", "me beter verzorgen" en "mijn diabetes beter begrijpen" beweegredenen zijn om deel te nemen aan het zorgtraject. Verder wordt de patiënt ook gemotiveerd door "**beter opgevolgd en begeleid worden**". De **financiële voordelen** die verbonden zijn aan het zorgtraject motiveren ook om deel te nemen en deze factor speelt meer in Wallonië en Brussel dan in Vlaanderen. Toch gaat het niet om de belangrijkste reden die de meeste respondenten aanhalen.

Beweegredenen om deel te nemen aan het zorgtraject	Aantal respondenten	Volledige steekproef	Vlaams Gewest	Wallonië-Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Omdat mijn huisarts mij dat heeft aangeraden	136	49%	48%	52%
Om beter opgevolgd te worden	117	42%	41%	45%
Om beter begeleid te worden	113	41%	40%	41%
Om actief mee te werken aan mijn behandeling	92	33%	33%	35%
Om me beter te verzorgen	84	30%	26%	43%
Omwille van de financiële voordelen van het zorgtraject	81	29%	27%	35%
Omdat een andere arts mij dat heeft aangeraden	77	28%	32%	16%
Om mijn diabetes beter te begrijpen	67	24%	24%	23%
Omdat een andere zorgverlener mij dat heeft aangeraden	12	4%	5%	3%
Omdat een andere persoon mij dat heeft aangeraden	4	1%	1%	1%
Andere	2	1%	0%	1%
Geen antwoord	13			
Totaal respondenten	279	100%	100%	100%



77 respondenten

45 % van de ondervraagden stappen in het zorgtraject om beter opgevolgd te worden (Wallonië en Brussel)

41 % en 40 % om beter begeleid te worden (Wallonië en Brussel – Vlaams Gewest)

33 % om actief mee te werken aan de behandeling (Wallonië en Brussel – Vlaams Gewest)

43 % om zich beter te verzorgen (Wallonië)

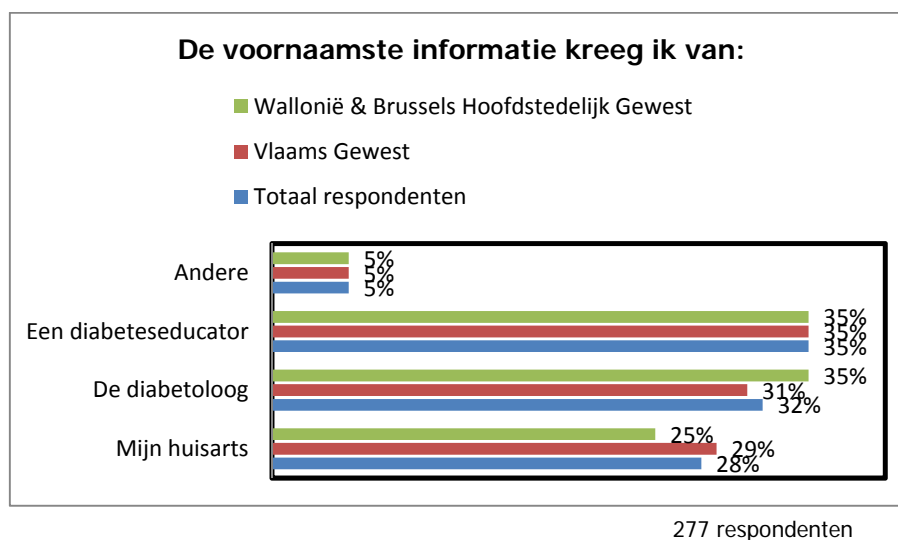
35 % omwille van de financiële voordelen van het ZTD (Wallonië en Brussel – Vlaams Gewest)

Conclusie: de beweegredenen om in het zorgtraject te stappen beantwoordt grotendeels aan hetgeen beoogd is bij de opstart van het zorgtraject.

Aanbeveling: meer inzetten op promotie van de zorgtrajecten

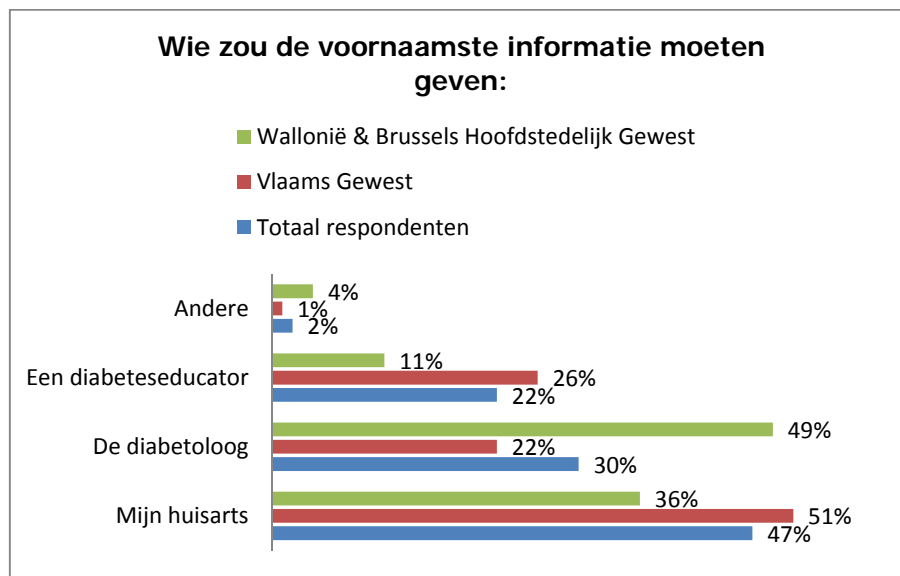
D. Informatie over de inhoud van het zorgtraject

De voornaamste informatie over de inhoud van het zorgtraject wordt hoofdzakelijk verspreid door **diabeteseducatoren (35%)**, de **diabetesspecialist (32%)** en de **huisarts (28%)**. De diabetesspecialist blijkt dus een belangrijke rol te spelen: hij brengt de patiënt op de hoogte dat er een zorgtraject bestaat en informeert hem over de werking ervan. Uit de resultaten van deze enquête blijkt dat deze rol belangrijker is in Wallonië en Brussel dan in het Vlaams Gewest. 49% van de Waalse respondenten (tegenover 22% in het Vlaams Gewest) vindt immers dat de diabetesspecialist de belangrijkste informatie moet verstrekken, terwijl de Vlaamse respondenten (51% tegenover 36% in Wallonië) van mening zijn dat men deze rol moet toebedelen aan de huisarts.



De andere geciteerde informatiebronnen zijn:

- de VDV en de ABD, hun publicaties over diabetes en hun websites;
- ziekenfondsen en de informatie op websites van ziekenfondsen;
- internet;
- de secretaris van een gezondheidspunt;
- de nierspecialist;
- de apotheker.



272 respondenten

35 % heeft de informatie ontvangen van de diabeteseducator,

32 % van de specialist

28% van de huisarts

Conclusie: gezien de huisarts een coördinerende rol speelt in het zorgtraject diabetes type 2 en bij hem tijdens een consultatie een zorgtraject wordt afgesloten, is het verwonderlijk dat toch zoveel mensen de informatie van een educator krijgen terwijl deze pas na de goedkeuring van het zorgtraject ingeschakeld wordt.

Aanbeveling:

- de huisarts informeren en motiveren om zijn coördinerende rol op zich te nemen
- de educator in een vroeger stadium in the picture laten komen want deze heeft de nodige expertise om de patiënt te informeren en te motiveren om zijn ziekte in eigen handen te nemen
- bij het toesturen van de goedkeuring naar patiënt en huisarts duidelijk verwijzen naar educatoren in de regio kan de drempel verlagen om contact op te nemen met de diabeteseducator.

E. Kennis over de inhoud van het zorgtraject en zijn werking

68% van de respondenten in het zorgtraject gaat akkoord of helemaal akkoord met de stelling "ik ken het verloop van het zorgtraject goed". (Eén respondent op twee in het Vlaams Gewest tegenover vier op tien in Wallonië en Brussel gaan helemaal akkoord met deze bewering.)

Ik ken het verloop van het zorgtraject goed	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	7%	7%	18%	21%	47%	244	3,95	1,24
Vlaams Gewest	6%	8%	13%	22%	50%	179	4,03	1,23
Wallonië & Brussel	6%	6%	30%	17%	40%	63	3,78	1,22

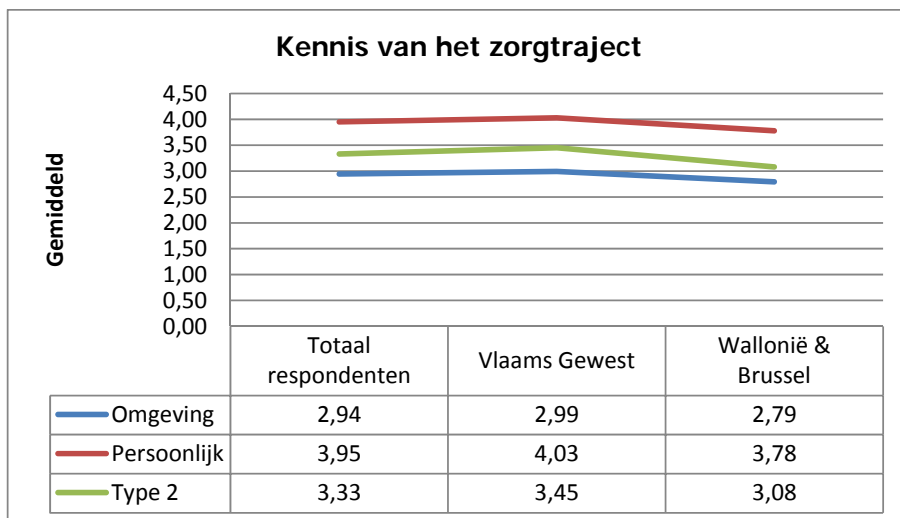
Toch lijken de respondenten in het zorgtraject aan te geven dat ze vinden dat **personen met diabetes type 2 in het algemeen onvoldoende geïnformeerd zijn over het zorgtraject**. Deze tendens is uitgesprokener in Wallonië en Brussel dan in het Vlaams Gewest.

Ik heb de indruk dat personen met diabetes type 2 in het algemeen voldoende geïnformeerd zijn over het zorgtraject	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	12%	15%	24%	25%	24%	233	3,33	1,32
Vlaams Gewest	11%	13%	23%	25%	27%	166	3,45	1,31
Wallonië & Brussel	15%	17%	28%	25%	15%	65	3,08	1,29

Volgens de respondenten **kent hun omgeving het zorgtraject niet goed**. Ook deze tendens is sterker in Wallonië en Brussel dan in het Vlaams Gewest.

Ik heb de indruk dat mijn omgeving het zorgtraject goed kent	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaa rd-deviatie
Totaal respondenten	22%	17%	22%	22%	17%	211	2,94	1,40
Vlaams Gewest	22%	15%	23%	23%	17%	158	2,99	1,39
Wallonië & Brussel	25%	23%	19%	17%	17%	53	2,79	1,43

De grafiek hieronder geeft de gemiddelde waarden weer voor wat patiënten vinden van hun persoonlijke kennis over het zorgtraject, die van hun omgeving en die van diabetes type 2-patiënten in het algemeen.



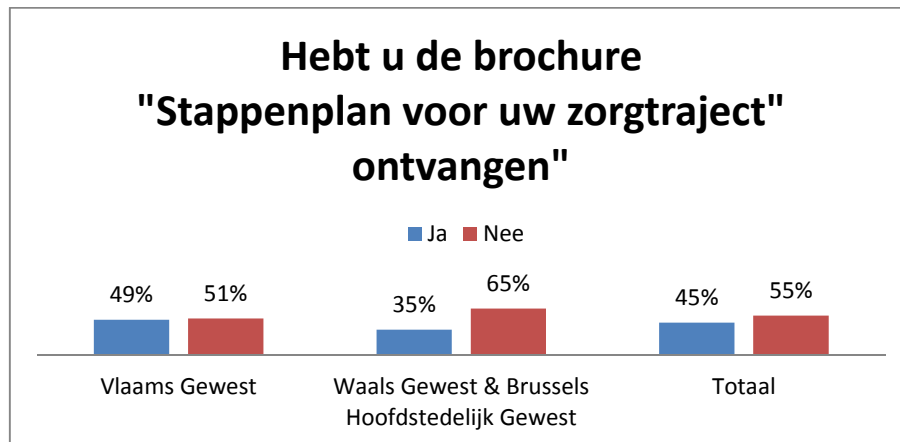
Eén respondent op twee geeft aan dat **de informatie over het zorgtraject gemakkelijk te vinden is**. Deze tendens is markanter in het Vlaams Gewest. 9% van de respondenten in het zorgtraject gaat helemaal niet akkoord met deze bewering.

De informatie over het zorgtraject is gemakkelijk te vinden	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	9%	14%	23%	26%	28%	243	3,50	1,29
Vlaams Gewest	9%	13%	23%	22%	33%	176	3,58	1,30
Wallonië & Brussel	11%	15%	22%	35%	17%	65	3,32	1,24

De informatie over het zorgtraject blijkt ook **makkelijk te begrijpen**. Deze tendens springt sterker naar voor in het Vlaams Gewest dan in Wallonië en Brussel.

De informatie over het zorgtraject is gemakkelijk te begrijpen	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	3%	8%	19%	30%	39%	232	3,94	1,10
Vlaams Gewest	4%	6%	20%	27%	43%	171	4,00	1,09
Wallonië & Brussel	3%	13%	15%	38%	30%	60	3,78	1,12

Wij voeren hier de hypothese aan dat de kennis van het zorgtraject verband houdt met de lectuur van de brochure "Stappenplan voor uw zorgtraject". **Het merendeel van de respondenten beschikt niet over de brochure** (55%) en de verspreiding ervan blijkt minder efficiënt te verlopen in Wallonië en Brussel waar 65% van de respondenten ze niet ontvangen heeft (tegenover 51% in het Vlaams Gewest). Toch blijken **respondenten die wel over de brochure beschikken ze bijzonder te appreciëren**.



278 respondenten

De brochure "Stappenplan voor uw zorgtraject" is nuttig en goed opgesteld	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	2%	5%	15%	25%	53%	163	4,22	1,00
Vlaams Gewest	2%	5%	18%	23%	52%	125	4,18	1,04
Wallonië & Brussel	0%	5%	5%	32%	57%	37	4,41	0,83

Mensen die de brochure ontvingen, kregen de voornaamste informatie vooral van de diabeteseducator. Mensen die de brochure niet ontvingen, blijken de informatie vooral van hun diabetesspecialist te krijgen:

Van wie kreeg u de voornaamste informatie?	Mijn huisarts	De diabetoloog	Een diabetes-educator	Andere	Totaal	%
Brochure ontvangen	. 28%	. 27%	++ 42%	. 2%	125	45%
Brochure niet ontvangen	. 28%	. 36%	- - 29%	. 7%	152	55%
Totaal	78	88	97	14	277	
%	28%	32%	35%	5%	100	

Uit de enquête kunnen we opmaken dat **patiënten die lid zijn van een diabetesvereniging niet noodzakelijk vaker over de brochure beschikken dan niet-leden:**

	Brochure ontvangen	Brochure niet ontvangen	Totaal	%
Lid van een diabetesvereniging	. 42%	. 58%	207	75%
Geen lid van een diabetesvereniging	. 53%	. 47%	70	25%
Totaal	124	153	277	
%	45%	55%	100	

We stellen vast dat de **respondenten** in het **Vlaams Gewest in het algemeen tevredener zijn over de informatie die ze kregen** dan de Waalse en Brusselse respondenten.

In het algemeen ben ik zeer tevreden over de informatie die ik kreeg	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	4%	7%	10%	24%	54%	244	4,17	1,13
Vlaams Gewest	5%	6%	9%	21%	60%	176	4,27	1,12
Wallonië & Brussel	2%	12%	15%	32%	39%	66	3,96	1,09

22 % van de ondervraagden in het Vlaams gewest en 25 % van Wallonië en het Brussels gewest, zegt dat hun omgeving het zorgtraject niet goed kent.

Conclusie: nog te weinig mensen zijn op de hoogte van het bestaan en de inhoud van het zorgtraject diabetes type 2. De recente opstart ervan zou hierin een rol kunnen spelen.

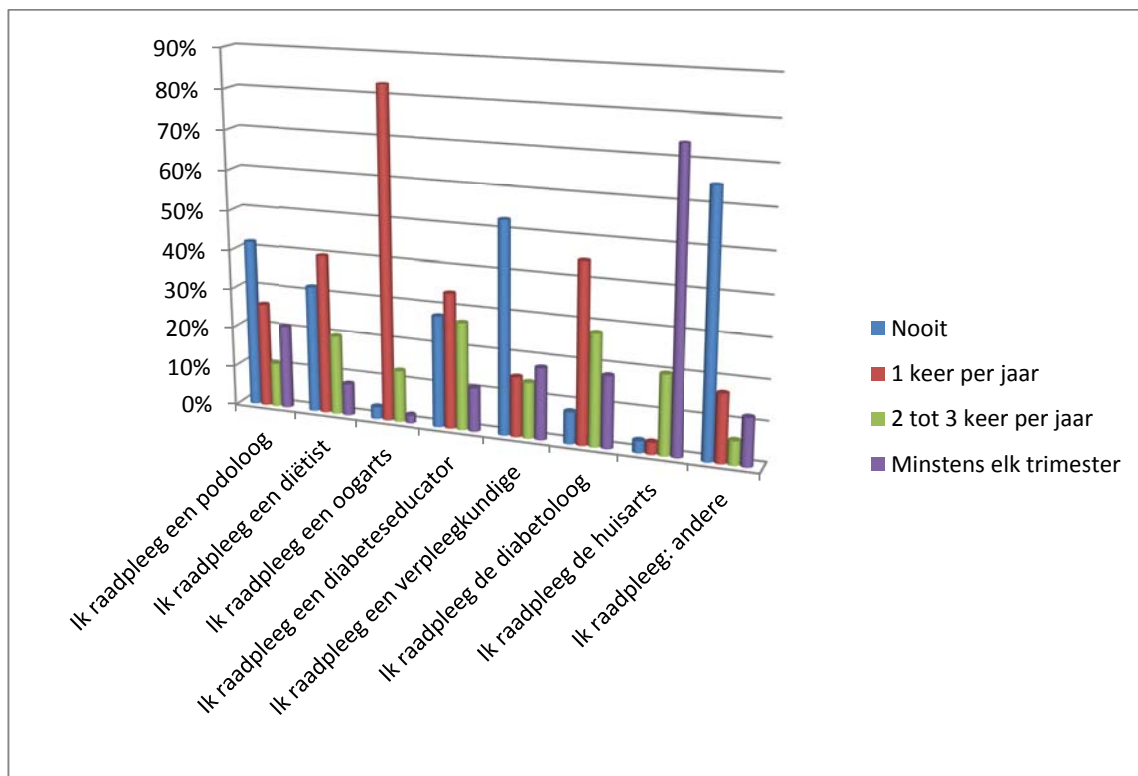
Aanbevelingen: het verspreiden van informatie verspreiden rond de zorgtrajecten, opvoeren.

Patiëntenverenigingen kunnen hierin een rol spelen.

Personen met diabetes zo snel mogelijk verwijzen naar een vereniging kan het bekomen van informatie versnellen en zo de diabeteszorg verder optimaliseren. Ook zorgverleners moeten goed geïnformeerd worden, zo kan een interdisciplinaire aanpak sneller tot stand komen.

F. Raadplegingen in het kader van het zorgtraject

Het zorgtraject voorziet in een aantal raadplegingen bij diverse zorgverstrekkers. De grafiek hieronder geeft de raadplegingsfrequentie weer bij deze zorgverstrekkers:



Ook hier bestaan er regionale verschillen.

Zo ontmoet **45% van de respondenten in Wallonië en in Brussel nooit een diabeteseducator** (tegenover slechts 22% in het Vlaams Gewest).

De raadplegingsfrequentie bij de diabetoloog ligt bij respondenten uit Wallonië en Brussel **hoger dan bij respondenten uit het Vlaams Gewest** (73% gaat 2 tot 3 keer per jaar of zelfs meer, tegenover 37% in het Vlaams Gewest).

De Vlaamse respondenten gaan dan weer regelmatig naar hun huisarts (77% gaat er elk trimester langs, tegenover 66% in Wallonië en Brussel).

Vlaams Gewest	Nooit	1 keer per jaar	2 tot 3 keer per jaar	Minstens elk trimester
Ik raadpleeg een podoloog	41%	27%	12%	20%
Ik raadpleeg een diëtist	30%	46%	16%	8%
Ik raadpleeg een oogarts	1%	86%	12%	2%
Ik raadpleeg een diabeteseducator	22%	38%	30%	10%
Ik raadpleeg een verpleegkundige	59%	16%	9%	17%
Ik raadpleeg de diabetoloog	9%	54%	22%	15%
Ik raadpleeg de huisarts	3%	3%	17%	77%
Ik raadpleeg: andere (vernoemd: cardioloog, neuroloog, internist, tandarts, medische pedicure, nierspecialist, orthopedist, tandarts)	68%	15%	6%	11%

Wallonië & Brussel	Nooit	1 keer per jaar	2 tot 3 keer per jaar	Minstens elk trimester
Ik raadpleeg een podoloog	46%	23%	9%	22%
Ik raadpleeg een diëtist	38%	23%	30%	9%
Ik raadpleeg een oogarts	9%	77%	13%	1%
Ik raadpleeg een diabeteseducator	45%	22%	18%	15%
Ik raadpleeg een verpleegkundige	39%	13%	26%	22%
Ik raadpleeg een diabetoloog	4%	23%	46%	27%
Ik raadpleeg een huisarts	3%	5%	26%	66%
Ik raadpleeg: andere (vernoemd: cardioloog, neuroloog, internist, tandarts, medische pedicure, nierspecialist, orthopedist)	56%	22%	6%	17%

45 % van de ondervraagden in Wallonië en in Brussel ontmoet nooit een diabeteseducator tegenover 22 % in het Vlaams Gewest

Conclusie: binnen het zorgtraject kunnen glucometer en glucosetrips enkel afgeleverd worden door de apotheker met het verplichte document “aanvraag glucometer, glucosetrips”.

Aangezien bijna de helft van de ondervraagden in Wallonië en Brussel ondanks deze verplichting, nooit een educator ontmoet, kan betekenen dat het stappenplan in Wallonië en Brussel onvoldoende gekend is en/of gevolgd wordt of er te weinig educatoren zijn. Zo genieten waarschijnlijk weinig mensen, opgenomen in het zorgtraject, van het voordeel controlemateriaal en van de aangeboden educatie.

Aanbeveling: ervoor zorgen dat het stappenplan gekend is en van bij de start correct gevolgd wordt door de verspreiding van informatie op grote schaal zowel naar mensen met diabetes als naar professionelen.

73 % van de ondervraagden in Wallonië en Brussel gaat 2 tot 3 x per jaar bij de diabetoloog terwijl slechts 37% van de ondervraagden in het Vlaams gewest.

Conclusie: Belangrijk is dat iedereen met diabetes de meest optimale diabeteszorg krijgt. Dat zoveel meer mensen in Wallonië en Brussel meer bij de diabetoloog gaan dan in het Vlaams gewest kan verschillende oorzaken hebben:

- ofwel zijn er minder huisartsen die op de hoogte zijn van diabetes en worden de mensen met diabetes vlugger doorgestuurd naar de endocrinoloog
- ofwel wordt de behandeling anders ingesteld en zijn er meer mensen met diabetes in de conventie opgenomen
- ofwel kennen de huisartsen het zorgtraject niet zo goed en willen ze hun patiënt een goede diabeteszorg verzekeren door hen naar de endocrinoloog te sturen.

Aanbeveling: ervoor zorgen dat iedere hulpverlener voldoende kennis heeft van de verschillende zorgsystemen om de gepaste diabeteszorg in de juiste situatie aan te bevelen. Het zorgtraject is hierbij de nieuwste aanvulling.

G. Voordelen die men ondervond bij de deelname aan het zorgtraject

Empowerment van de patiënt

We identificeerden **zes indicatoren** die bijdragen tot de empowerment van de patiënt. We rangschikken ze hierna in functie van het verkregen gemiddelde:

- het gevoel hebben dat je je gezondheid goed onder controle hebt;
- actief deelnemen aan je behandeling;
- gerustgesteld zijn omdat je weet tot wie je je kunt richten;
- je diabetes beter begrijpen.

Deze vier indicatoren krijgen een gemiddelde hoger dan vier. De twee laatste indicatoren hebben daarentegen een gemiddelde dat lager ligt dan vier:

- je minder zorgen maken om je diabetes;
- je voeding beter aanpassen aan je dagelijkse behoeften.

Er bestaan geen significante verschillen tussen de regio's, en ook al is de tendens uitgesprokener in Wallonië en Brussel, toch kunnen we vaststellen dat **de respondenten het gunstige effect onderstrepen dat het zorgtraject heeft op de empowerment van de patiënt.**

	Gemiddelde Vlaams Gewest	Gemiddelde Wallonië & Brussel
Een goed controlegevoel hebben over je gezondheidstoestand	4,38	4,4
Actief deelnemen aan je behandeling	4,22	4,25
Gerustgesteld zijn omdat je weet aan wie je vragen kan stellen	4,20	4,29
Je diabetes beter begrijpen	4	4,12
Je minder zorgen maken over je diabetes	3,45	3,89
Je voeding beter aanpassen aan je dagelijkse behoeften	3,84	3,88

De tabellen hieronder detailleren de antwoorden op de enquête:

De deelname aan het zorgtraject geeft een goed controlegevoel over de gezondheidstoestand	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	3%	3%	10%	21%	63%	240	4,38	0,98
Vlaams Gewest	3%	3%	10%	18%	65%	176	4,38	1,03
Wallonië & Brussel	2%	2%	10%	29%	58%	62	4,4	0,858

Het zorgtraject laat mij actief deelnemen aan mijn behandeling	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	4%	3%	13%	26%	54%	237	4,23	1,06
Vlaams Gewest	5%	2%	12%	27%	54%	177	4,22	1,08
Wallonië & Brussel	2%	5%	15%	22%	56%	59	4,25	1,01

Sinds ik in een zorgtraject zit, ben ik gerustgesteld omdat ik weet aan wie ik vragen kan stellen over mijn diabetes	1	2	3	4	5	Totaal	Gemi ddeld	Stand aard-deviat ie
Totaal respondenten	5%	4%	12%	22%	57%	232	4,22	1,13
Vlaams Gewest	6%	3%	14%	20%	57%	176	4,20	1,15
Wallonië & Brussel	4%	5%	7%	27%	57%	56	4,29	1,06

Sinds ik in een zorgtraject zit, heb ik een beter begrip van mijn diabetes	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	6%	5%	15%	27%	47%	233	4,03	1,19
Vlaams Gewest	7%	5%	16%	25%	47%	175	4,00	1,21
Wallonië & Brussel	5%	5%	10%	31%	48%	58	4,12	1,13

Sinds ik in een zorgtraject zit, maak ik me minder zorgen omtrent mijn diabetes	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	13%	7%	22%	28%	31%	229	3,56	1,33
Vlaams Gewest	14%	10%	24%	23%	30%	174	3,45	1,37
Wallonië & Brussel	9%	0%	16%	42%	33%	55	3,89	1,15

Sinds ik in een zorgtraject zit, pas ik mijn dagelijkse voeding beter aan mijn behoeften aan	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	6%	6%	23%	29%	36%	231	3,85	1,14
Vlaams Gewest	6%	6%	24%	25%	39%	173	3,84	1,19
Wallonië & Brussel	4%	5%	21%	40%	30%	57	3,88	1,02

De meeste ondervraagden benadrukken dat het zorgtraject een gunstig effect heeft op het empowerment van de patiënt.

Conclusie: door het zorgtraject krijgen meer mensen met diabetes een waardevolle multidisciplinaire diabeteszorg.

Aanbeveling: Indien nog meer mensen met diabetes in aanmerking komen voor het zorgtraject, krijgen nog meer personen de beste zorg. Afschaffen van de voorwaarde om een zorgcontract te ondertekenen op het ogenblik van een consultatie bij de huisarts.

Omgeving en sociaal leven

Deelnemen aan het zorgtraject lijkt het sociale leven van de respondenten niet radicaal om te turnen. Maar **één persoon op twee gaat akkoord of helemaal akkoord met de stelling dat het zorgtraject een impact op zijn sociale leven heeft**. Deze tendens is uitgesproken in Wallonië en Brussel.

Sinds ik in een zorgtraject zit, is mijn sociaal leven aangenamer	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	12%	11%	27%	25%	25%	194	3,38	1,31
Vlaams Gewest	13%	13%	26%	22%	25%	144	3,33	1,34
Wallonië & Brussel	10%	6%	28%	32%	24%	50	3,54	1,22

Volgens de enquête is maar 33% van de respondenten het helemaal eens met de stelling dat ze **steun krijgen van hun omgeving** om deel te nemen aan het zorgtraject.

Mijn omgeving ondersteunt mij in mijn deelname aan het zorgtraject	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	17%	10%	18%	22%	33%	213	3,44	1,46
Vlaams Gewest	17%	7%	17%	24%	35%	161	3,53	1,46
Wallonië & Brussel	17%	19%	21%	15%	27%	52	3,15	1,46

33% van de ondervraagden krijgt weinig steun van zijn/haar omgeving om de stap naar een zorgtraject te zetten

Conclusie: men kan ervan uitgaan dat de omgeving het zorgtraject niet of onvoldoende kent om een steun te kunnen zijn voor de persoon met diabetes.

Aanbeveling: een informatiekanaal voorzien waarlangs mandelzorgers en de ruimere omgeving van de persoon met diabetes, geïnformeerd wordt.

Financiële aspecten

De respondenten bevestigen wat al geformuleerd werd in de focusgroepen, met name dat **deelnemen aan het zorgtraject financieel voordelig is. Het zorgtraject wordt trouwens als financieel interessanter beschouwd dan de conventie.** Op dit punt is de tendens sterker in Wallonië en Brussel.

Ik vind dat de deelname aan het zorgtraject financieel interessant is	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	1%	4%	7%	18%	70%	242	4,51	0,88
Vlaams Gewest	1%	4%	7%	15%	73%	180	4,54	0,87
Wallonië & Brussel	2%	5%	5%	26%	62%	61	4,42	0,921

De deelname aan het zorgtraject lijkt mij financieel voordeliger dan de conventie	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	6%	6%	18%	20%	50%	175	4,01	1,22
Vlaams Gewest	6%	6%	19%	20%	48%	129	3,98	1,22
Wallonië & Brussel	7%	4%	15%	20%	54%	46	4,11	1,215

De meeste ondervraagden vinden dat het zorgtraject financieel interessant is.

Conclusie: doordat mensen het zorgtraject als financieel aantrekkelijk ervaren, komen ze gemakkelijker in een systeem waarbij diabeteseducatie een belangrijke factor is.

Aanbeveling: het systeem financieel aantrekkelijk houden zodat via deze weg de factor educatie aan populariteit wint.

In Wallonië en Brussel vinden de ondervraagden, meer dan in het Vlaams Gewest, dat het zorgtraject financieel interessanter is dan de conventie.

Conclusie: ondanks het feit dat in Wallonië en Brussel, de ondervraagden vaker de endocrinoloog raadplegen (zie 5.2.f.), vinden ze dat het zorgtraject méér financiële voordelen biedt.

Aanbevelingen: alle professionelen goed informeren, zodat ze optimaal informeren over de verschillende zorgsystemen om de beste diabeteszorg in de juiste situatie te verlenen, die ook financieel interessant is én tegelijkertijd toelaat de maximale educatie te geven.

Perceptie van de organisatie van het zorgtraject

De respondenten hebben de essentie van het zorgtraject goed begrepen: het overgrote merendeel ziet het zorgtraject als een **partnership tussen patiënt, huisarts en specialist**.

Ik ervaar het zorgtraject als een samenwerking tussen 3 partijen: de patiënt, zijn huisarts en de specialist	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaarddeviatie
Totaal respondenten	5%	4%	9%	16%	66%	244	4,35	1,11
Vlaams Gewest	6%	4%	9%	17%	64%	181	4,28	1,18
Wallonië & Brussel	2%	3%	8%	13%	74%	62	4,55	0,90

Het **eerste aanspreekpunt** van de respondenten is wel degelijk de huisarts, ook al tekent deze tendens zich duidelijker af in het Vlaams Gewest:

Mijn huisarts is de eerste aanspreekpersoon in verband met mijn diabetes	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaarddeviatie
Totaal respondenten	6%	8%	7%	18%	62%	245	4,21	1,23
Vlaams Gewest	6%	7%	6%	15%	66%	179	4,27	1,22
Wallonië & Brussel	6%	8%	11%	25%	51%	65	4,06	1,22

Ook al bestaat er een **samenwerking tussen de huisarts en de diabetoloog**, 30% van de respondenten heeft niet die indruk. Deze tendens is markanter in Wallonië:

Ik heb de indruk dat mijn huisarts en mijn diabetoloog nauw samenwerken	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaarddeviatie
Totaal respondenten	10%	7%	15%	22%	46%	235	3,86	1,34
Vlaams Gewest	9%	6%	14%	24%	47%	173	3,94	1,30
Wallonië & Brussel	11%	11%	18%	16%	43%	61	3,67	1,42

De respondenten voelen zich in hun zorgtraject begeleid door **een team van professionals**. Deze tendens komt sterker naar voor in Wallonië en Brussel dan in het Vlaams Gewest waar 36% van de respondenten zich niet akkoord kan verklaren met de stelling.

Een team zorgverleners begeleidt mij in mijn zorgtraject	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaarddeviatie
Totaal respondenten	6%	7%	19%	18%	49%	231	3,95	1,25
Vlaams Gewest	8%	8%	20%	15%	49%	171	3,90	1,31
Wallonië & Brussel	3%	5%	17%	25%	49%	59	4,12	1,08

De **diabeteseducator** wordt effectief beschouwd als een begeleider in het zorgtraject, hoewel maar één persoon op twee zich helemaal akkoord verklaart met deze stelling die meer aanhangers heeft in het noorden van het land dan in het zuiden.

Belangrijk om weten is dat 20% van de Walen en Brusselaars (en 12% van de Vlamingen) hem deze rol niet toeschrijft. Men kan zich afvragen of het gaat om de respondenten die de diabeteseducator nooit ontmoeten in het kader van hun zorgtraject.

De diabeteseducator begeleidt me in de kennis en de opvolging van mijn diabetes	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	13%	6%	9%	20%	52%	215	3,90	1,44
Vlaams Gewest	12%	7%	10%	18%	53%	164	3,95	1,40
Wallonië & Brussel	20%	4%	6%	24%	47%	51	3,75	1,56

De respondenten drukken de wens uit dat er **groepsmeetings onder leiding van een diabeteseducator** georganiseerd worden. 44% van de respondenten verklaart zich bovendien helemaal akkoord met dit voorstel. Deze tendens is uitgesprokener in het Waals Gewest en Brussel:

In het kader van de opvolging door de diabeteseducator zou het interessant zijn sommige thema's aan te halen in groepsverband met andere patiënten	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	13%	4%	18%	21%	44%	190	3,8	1,39
Vlaams Gewest	14%	5%	18%	22%	41%	147	3,72	1,39
Wallonië & Brussel	12%	0%	16%	16%	56%	43	4,05	1,34

66% van de ondervraagden ziet het zorgtraject als een partnership tussen patiënt, huisarts en specialist.

Conclusie: aangezien het zorgtrajectcontract moet worden ondertekend door patiënt, huisarts en specialist, zijn deze automatisch aan elkaar verbonden

Aanbeveling: de ondertekening door deze drie personen blijft best bestaan om het zorgtraject “waarde” te geven

62% van de ondervraagden ervaart de huisarts als eerste aanspreekpunt

Conclusie: de huisarts speelt een belangrijke rol in het opstarten en coördineren van een zorgtraject.

Aanbeveling: de huisarts moet op zijn coördineren rol kunnen worden gewezen.

46% van de ondervraagden heeft de indruk dat huisarts en diabetoloog samenwerken

Conclusie: als alle diabetesactoren binnen het zorgtraject hun toebedeelde taak correct uitvoeren en aandacht hebben voor multidisciplinaire zorg krijgt de persoon met diabetes een goede diabeteszorg.

Aanbeveling: multidisciplinaire diabeteszorg wordt best aangemoedigd in het voordeel van de persoon met diabetes

Bij 52% van de ondervraagden wordt de diabeteseducator beschouwd als een begeleider in het zorgtraject.

Conclusie: de diabeteseducator heeft naast de huisarts en specialist eveneens een belangrijke taak in het verstrekken van de beste diabeteszorg

Aanbeveling: de diabeteseducator zou zo vlug mogelijk zijn/haar plaats moeten krijgen binnen het zorgtraject zodat er geen zorgtrajecten worden opgestart zonder dat de diabeteseducator aan bod komt. De afspraak dat de diabeteseducator samen met de patiënt de meest geschikte glucometer kiest en het nodige document voor aflevering van glucometer en strips meegeeft, moet in elk geval gerespecteerd worden

44 % van de ondervraagden staat open voor educatie in groepsverband

Conclusie: groepseducatie heeft allicht ook zijn waarde maar mist misschien de doelstelling van de individuele benadering van de persoon met diabetes binnen het zorgtraject diabetes type 2.

Aanbeveling: groepseducatie gestructureerd aanbieden in een beginstadium van diabetes als aanvulling op het zorgtraject diabetes type 2 kan worden overwogen

Levenskwaliteit

Wij vestigen er de aandacht op dat 8% van de respondenten die deelnemen aan het zorgtraject bevestigt dat ze niet over een **persoonlijk behandelingsplan** beschikken. We kunnen de hypothese formuleren dat personen die een beoordeling 2 of 3 gaven (akkoord noch niet akkoord) geen persoonlijk behandelingsplan hebben of niet weten waarover het gaat.

Voorts blijkt ook uit de enquête dat de Waalse en Brusselse respondenten vaker over een persoonlijk behandelingsplan beschikken dan de Vlaamse respondenten.

Ik beschik over een persoonlijk behandelingsplan	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	8%	6%	17%	21%	47%	226	3,93	1,28
Vlaams Gewest	8%	7%	19%	20%	46%	166	3,88	1,29
Wallonië & Brussel	7%	3%	12%	25%	53%	59	4,14	1,18

74% van de respondenten gaat ermee akkoord of helemaal akkoord (1 persoon op 2) dat hun **diabetes beter behandeld wordt** sinds ze in het zorgtraject zitten. Deze tendens is markanter in het zuiden van het land.

Sinds ik in een zorgtraject zit, wordt mijn diabetes beter behandeld	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	4%	5%	16%	27%	47%	237	4,08	1,11
Vlaams Gewest	5%	6%	17%	26%	47%	176	4,05	1,13
Wallonië & Brussel	3%	5%	11%	31%	49%	61	4,18	1,04

De respondenten merken niet noodzakelijk op dat hun fysieke conditie verbetert of dat ze minder pijn hebben die gepaard gaat met de ziekte doordat ze deelnemen aan het zorgtraject. Op dit vlak bestaan er regionale verschillen. We stellen ook vast dat de respondenten moeilijkheden ondervinden om de evolutie van hun fysieke conditie te beoordelen.

Sinds ik in een zorgtraject zit, ben ik fitter	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	11%	8%	34%	27%	21%	219	3,38	1,21
Vlaams Gewest	12%	9%	32%	26%	21%	164	3,35	1,26
Wallonië & Brussel	7%	4%	39%	31%	19%	54	3,50	1,08

Sinds ik in een zorgtraject zit, voel ik minder pijn veroorzaakt door mijn diabetes	1	2	3	4	5	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Totaal respondenten	15%	10%	28%	23%	25%	186	3,33	1,34
Vlaams Gewest	17%	12%	27%	23%	22%	139	3,21	1,36
Wallonië & Brussel	9%	4%	32%	21%	34%	47	3,68	1,24

8% van de ondervraagden beschikken niet over een persoonlijk behandelingsplan

Conclusie: de doelstelling van de zorgtrajecten, de patiënt zijn ziekte en de opvolging doen begrijpen en in eigen handen te nemen, lijkt niet voor iedereen mogelijk. Soms is het kennen van een aantal streefwaarden een haalbare kaart en blijft een professionele opvolging broodnodig.

Aanbeveling: opvolgeducaties zijn nodig als blijvende begeleiding van mensen met diabetes die zijn opgenomen in het zorgtraject.

Toch zegt 74% van de ondervraagden dat hun diabetes beter behandeld wordt sinds ze in het zorgtraject zitten.

Conclusie: de doelstelling, verbeteren van kwaliteit van zorgverlening, wordt in veel gevallen bereikt.

Aanbeveling: mensen met diabetes blijven informeren over het bestaan van een zorgtraject om algemeen de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen.

H. Algemene tevredenheid over het zorgtraject

We kunnen bevestigen dat **77%** van de deelnemers aan het zorgtraject diabetes type 2 in het algemeen tevreden tot zeer tevreden is over de opvolging van zijn diabetes:

Algemene tevredenheid over het zorgtraject								
	Ze er ontevreden	Ontevreden	Noch tevreden, noch ontevreden	Tevreden	Ze er tevreden	Tot.	Gemiddeld	Standaard -deviatie
Totaal respondenten	3%	1%	19%	42%	35%	269	4,05	0,91
Vlaams Gewest	2%	1%	15%	45%	38%	195	4,18	0,82
Wallonië & Brussel	6%	3%	29%	38%	25%	72	3,74	1,05

Het verschil tussen het Vlaams Gewest en Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is significant. Zo krijgt het zorgtraject gemiddeld een betere beoordeling in Vlaanderen dan in Wallonië waar het aantal ontevreden personen en personen zonder mening (37%) bijna gelijk is aan het aantal personen dat tevreden is over het zorgtraject (38%).

Er bestaan ook significante verschillen op provinciaal niveau, maar omdat sommige provincies zwak vertegenwoordigd zijn en de substeekproef te klein is om stabiel te zijn, vermelden we hier geen resultaten op dit niveau.

We onderzochten de hypothese of de tevredenheid te maken heeft met het moment waarop men in het zorgtraject stapt. Hoewel er geen significant verschil bestaat tussen de verschillende startmomenten stellen we toch vast dat mensen die hun zorgtraject aanvatten in 2010 en 2011 het meest tevreden zijn.

	Ze er ontevreden	Ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Tevreden	Ze er tevreden	Totaal	%	Gemiddeld
A Sinds 2009	2%	1%	23%	42%	31%	81	31%	3,98
B Sinds 2010	2%	1%	14%	44%	38%	81	31%	4,15
C Sinds 2011	3%	1%	17%	40%	39%	70	27%	4,1
D Sinds 2012	3%	0%	25%	41%	31%	32	12%	3,97
Totaal	7	3	50	111	93	264		4,06
%	3%	1%	19%	42%	35%	100		

We voerden een specifieke factoriële correspondentieanalyse uit waarbij we alle items namen die beoordeeld werden door de respondenten in het zorgtraject. We kunnen deze items ordenen in functie van hun belang berekend op basis van de algemene tevredenheid. Dat resulteerde in de onderstaande tabel die volgens deze methode en in dalende volgorde de 10 indicatoren oplijst met de grootste impact op de algemene tevredenheid.

- 1 Sinds ik in een zorgtraject zit, **wordt mijn diabetes beter behandeld.**
- 2 Het zorgtraject laat mij **actief deelnemen aan mijn behandeling.**
- 3 Ik ervaar het zorgtraject als een **samenwerking tussen drie partijen:** de patiënt, zijn huisarts en de specialist.
- 4 De deelname aan het zorgtraject geeft de persoon met diabetes type 2 een **goed controlegevoel over zijn/haar gezondheidstoestand.**
- 5 Sinds ik in een zorgtraject zit, **ben ik gerustgesteld omdat ik weet aan wie ik vragen kan stellen over mijn diabetes.**

- 6 Ik vind dat de deelname aan het zorgtraject **financieel interessant is**.
- 7 Ik beschik over een **persoonlijk behandelingsplan**.
- 8 **De diabeteseducator** begeleidt me in de kennis en opvolging van mijn diabetes.
- 9 Ik heb de indruk dat mijn **huisarts en diabetoloog nauw samenwerken**.
- 10 **Een team zorgverleners begeleidt me** in mijn zorgtraject.

Deze analyse bevestigt bepaalde tevredenheidsaspecten met betrekking tot het zorgtraject die ook uit de kwalitatieve enquête naar voren kwamen: de autonomie van de patiënt, zijn gepersonaliseerde begeleiding (die geruststellender is) en de financiële troeven.

77% van de deelnemers aan het zorgtraject diabetes is tevreden of zeer tevreden over de diabetesopvolging. Mensen die hun zorgtraject hebben aangevat in 2010 en 2011 zijn het meest tevreden.

Conclusie: de deelnemers die een zorgtraject hebben afgesloten bij de opstart in 2009, zijn iets minder tevreden over het zorgtraject dan diegenen die later gestart zijn. Hierbij stellen we vast dat naarmate het zorgtraject diabetes type 2 beter gekend is, de tevredenheid toeneemt.

Aanbeveling: aangezien de tevredenheid verhoogt bij een betere kennis van het zorgtraject, blijft bekendmaking ervan bij de verschillende zorgverleners heel belangrijk.

1. Aanbeveling van het zorgtraject

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Neutraal	Waarschijnlijk	Zeker	Totaal	%	Gemiddeld
Vlaanderen	2%	2%	10%	17%	69%	189	73%	4,49
Wallonië-Brussel	0%	1%	13%	30%	56%	71	27%	4,41
Totaal	4	5	27	54	170	260		4,47
%	2%	2%	10%	21%	65%	100		

65% van de respondenten zou het zorgtraject aanbevelen aan een andere persoon met diabetes type 2.

Wat de aanbeveling betreft, bestaat er geen significant verschil tussen Wallonië en Vlaanderen zoals wel het geval was voor de tevredenheid, ook al is de tendens uitgesprokener in het Vlaams Gewest.

Dat de aanbeveling hoger scoort dan de tevredenheid in de twee regio's is interessant. Mogelijk kan men dit fenomeen verklaren doordat het zorgtraject positief is voor de patiënt, maar concreet nog gevoelig verbeterd kan worden.

We wilden de hypothese verifiëren dat er een verband bestaat tussen de aanvang van het zorgtraject en de aanbeveling. Wanneer men de data groepeerd per twee jaar kan men geen significant verschil vaststellen, maar onderscheidt men wel een tendens die positiever is in het voordeel van recentere zorgtrajecten.

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Neutraal	Waarschijnlijk	Zeker	Totaal	%	Gemiddeld
Sinds 2010 of eerder	1%	2%	13%	19%	64%	157	61%	4,43
Sinds 2011 of later	2%	2%	5%	22%	69%	100	39%	4,54
Totaal	4	5	26	52	170	257		4,47
%	2%	2%	10%	20%	66%	100		

65% van de deelnemers zou het zorgtraject aanbevelen aan een andere persoon met diabetes type 2.

Conclusie: de aanbeveling scoort lager dan de tevredenheid over de opvolging. Misschien betekent dit dat het zorgtraject als positief wordt ervaren voor de patiënt, maar nog kan verbeterd worden.

Aanbeveling: een vlot verloop van het zorgtraject kan ervoor zorgen dat het meer wordt aanbevolen aan een ander persoon met diabetes. Een positief cascade-effect kan het gevolg zijn.

J. Verbetering van het zorgtraject vanuit het gezichtspunt van de respondenten

De enquête wijst uit dat de zorgtrajectdeelnemers wensen dat men het zorgtraject verbetert. In eerste instantie tonen we de tabellen in afnemende volgorde van de gemiddelden. In Wallonië blijkt de vraag om de financiële en materiële voorwaarden te verbeteren belangrijker dan in het Vlaams Gewest. Vervolgens brengen we verslag uit over de opmerkingen en commentaren die de respondenten formuleerden.

Vanuit het oogpunt van de financiële voorwaarden

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Neutraal	Waarschijnlijk	Zeker	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Volledige steekproef	5%	10%	27%	27%	31%	269	3,68	1,16
Vlaams Gewest	7%	13%	26%	23%	31%	195	3,60	1,24
Wallonië & Brussel	1%	3%	28%	39%	29%	72	3,92	0,90

Vanuit het oogpunt van de ontvangen informatie

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Neutraal	Waarschijnlijk	Zeker	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Volledige steekproef	5%	14%	21%	32%	28%	268	3,65	1,17
Vlaams Gewest	4%	16%	19%	30%	30%	194	3,66	1,19
Wallonië & Brussel	7%	7%	25%	38%	24%	72	3,64	1,13

Vanuit het oogpunt van het materiaal dat men ter beschikking stelt

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Neutraal	Waarschijnlijk	Zeker	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Volledige steekproef	7%	12%	26%	23%	33%	267	3,64	1,24
Vlaams Gewest	8%	13%	27%	19%	34%	194	3,57	1,29
Wallonië & Brussel	4%	7%	23%	35%	31%	71	3,82	1,09

Vanuit het oogpunt van informatie voor de omgeving

Ongeveer een op twee respondenten wenst betere informatie voor zijn omgeving. Ter herinnering: de patiënt vindt immers dat zijn omgeving het zorgtraject onvoldoende kent. De omgeving zelf formuleerde in de focusgroepen de wens om beter geïnformeerd te worden.

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Neutraal	Waarschijnlijk	Zeker	Totaal	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Volledige steekproef	6%	7%	32%	27%	27%	268	3,63	1,13
Vlaams Gewest	7%	9%	31%	26%	28%	195	3,59	1,18
Wallonië & Brussel	3%	3%	37%	32%	25%	71	3,75	0,97

De meeste commentaren en verbeteringssuggesties die de respondenten formuleerden, bleken ongeveer gelijk te lopen. We hebben ze onderverdeeld in vier hoofdthema's:

1. informatie over de inhoud van het zorgtraject;
2. de begeleiding van de diabetes;
3. de levenskwaliteit als diabeticus type 2;
4. de organisatie van het zorgtraject.

Het is interessant om vast te stellen dat deze commentaren en suggesties aansluiten bij de belangrijkste indicatoren voor de tevredenheid.

Informatie over de inhoud van het zorgtraject
<p>Algemene informatie over diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat is het verschil tussen diabetes en zorgtraject? • Meer informatie is gewenst om onverklaarbare schommelingen in de glucosewaarden (ochtend) te onderkennen en op te vangen. • Zit momenteel aan het maximum van de medicatie, omdat ik graag van de inspuitingen gespaard zou blijven. Maar andere patiënten die vroeger medicatie namen en nu spuiten, zeggen dat ze zich beter voelen met inspuitingen. Is dat juist??? • Informatie over het effect van diverse medicatie en het optimale gebruik ervan. De aandacht van jonge mensen trekken i.v.m. obesitas en de relatie met diabetes. • Comment utiliser les stylos pour injection ? Avoir plus de réunions en cas de problèmes

Informatie over het zorgtraject

- BIJ DE DIAGNOSE VAN DIABETES KENT MEN HET VERSCHIL NIET TUSSEN CONVENTIE, DIABETESPAS EN ZORGTRAJECT. MEN VOLGT DUS STEEDS WAT DE ARTS VOORSTELT.
- De huisarts beweert dat ik niet voldoe aan de voorwaarden om toe te treden. Waar vind ik informatie? Heb diabetes 2, erfelijke vorm, sinds meer dan 10 jaar.
- MEER uitleg en informatie!!!
- Omtrent oogonderzoek (door specialist) is het moeilijk te weten of het kosteloos is of niet in het kader van een diabetesdossier.
- Je ne suis pas certain de ne pas confondre convention et trajet de soins
- Bien souvent, c'est le patient lui-même qui découvre l'existence de ce trajet de soins.
- Mieux coordonner la publicité de ce trajet de soins.

Informatie verstrekken

- Ik vul deze enquête in in naam van mijn tante die slechtzind is. Misschien loont het de moeite om jullie info in gesproken versie op cd uit te brengen, zodat mensen die niet meer kunnen lezen de informatie toch nog zouden kunnen beluisteren.
- Al de informatie die ik heb, komt van de **apotheker**.
- Ook de **apotheker** moet voldoende geïnformeerd zijn.
- Ik weet zo weinig van diabetes. De huisdokter kende het zorgplan niet en de internist evenmin.
- Je voudrais faire partie du trajet de soins mais ne suis aidé par personne
- Envoyer rappel automatique pour les prises de rdv chez diabétologue-podologue-ophtalmo en fonction date anniversaire (oubli facile!)

De begeleiding van de diabetes

- door in het zorgtraject te stappen is m'n diabetespas niet meer van toepassing.

De levenskwaliteit als diabeticus type 2

- Het zorgtraject geeft mij een beter gevoel wat betreft de opvolging van mijn diabetes en is financieel zeker interessant.
- Groepssessies waarop men ook familie kan uitnodigen.
- Ik word goed opgevolgd en mijn suikerwaarden zijn sinds mijn deelname aan het zorgtraject flink gedaald.
- Periodieke groepstoelichtingen rond thema's.
- Je trouve qu'il devrait y avoir plus d'info surtout pour les proches car je trouve que certaines choses sont encore mal connues
- PROGRAMMER DES REUNIONS AVEC DES DIABETIQUES DE TYPE 1 ET DE TYPE 2 ET LES FAMILLES J AI TOUJOURS DIFFICILE A ACCEPTER MON DIABETE
- Faudrait-il que les proches considèrent le diabète comme une maladie ! Tu n'as pas l'air malade, pourtant... qu'est-ce qu'on l'entend, celle-là !
- Avoir des réunions de groupe afin de pouvoir partager nos expériences et pour adapter ses expériences à nos besoins en vue de plus d'information
- Réunions avec table de conversation proche de chez soi

De organisatie van het zorgtraject

Deelnemers

Diabeteseducatoren/LMN

- Heb de educator op een jaar tijd niet gezien, dus weinig interesse van haar kant.
- Mijn zorgtraject verloopt via de huisarts. Ik zorg zelf voor de controles: per 3 maanden bloed, jaarlijks oogarts. Voorts zorg ik voor voeding die past bij type 2. **Ik heb geen weet van een zorgteam** zoals aangehaald in deze enquête.
- Ik heb veel te danken aan mijn dochter die diabeteseducator is. Alle nodige informatie rond het zorgtraject heb ik vernomen van mijn dochter. Ik ken geen educator in de streek.
- On ne va pas chez son médecin traitant comme on va au supermarché ! Or, parce que votre diabétologue attitré abandonne le suivi, le RLM vous invite à recommencer toute la procédure de demande de trajet de soins en commençant par votre médecin traitant !
- J'ai rencontré des difficultés pour trouver un éducateur de diabète.

Huisarts

- DE HUISARTS KENT ER NIET GENOEG VAN, DE PREMIE DIE HIJ HIERVOOR KRIJGT VIND IK OVERBODIG.
- Ik ben heel tevreden over mijn huisarts, maar over diabetes weet hij totaal niets. Ik vind dat hij ook alles zou moeten weten over diabetes.
- Ik vind dat nog veel te veel huisartsen veel te weinig weten over het zorgtraject. Sommige apothekers doen ook nog moeilijk over het materiaal. De pennaaldjes zijn nog het enige materiaal dat zelf betaald moet worden. Zijn hieromtrent ook al afspraken gemaakt?
- Indien de huisarts formulieren niet of verkeerd invult, kan dit ernstige (ook financiële) gevolgen hebben voor de patiënt.
- De huisartsen informeren over hun inbreng en plichten bij het zorgtraject.
- De huisarts heeft te weinig kennis over het zorgtraject.

Diabetoloog

- De bezoekfrequentie bij de diabetoloog moet omhoog, bijv. eens in de drie maanden, omdat je vaak onzeker wordt over je bloedwaarden als die schommelen. Wat doe ik fout, zie ik iets over het hoofd?

Andere

- Ook de **apotheker** moet voldoende geïnformeerd zijn.

Communicatie tussen de deelnemers

- **Je déplore le manque de concertation entre les acteurs du TDS** ; diabétologue, med.traitant, infirmière diabéto et la diététicienne !!!
- Il faudrait plus insister pour que les spécialistes se mettent d'accord entre eux !
- De samenwerking tussen alle betrokkenen zou veel beter kunnen en de patiënt zou zeker beter op de hoogte gehouden moeten worden.

Financiële voorwaarden en administratieve modaliteiten

- Er is nog veel werk aan de winkel rond de behandeling van diabetes type 2, zodat mensen met een laag inkomen ook makkelijker toegang zouden krijgen (zie voorgaande opmerkingen).
- Je dois payer tous les trimestres 85 euros c'est cher
- De diëtiste zou gratis moeten zijn. Om de 3 maanden moet ik 20 euro betalen voor het labo. Het zorgtraject zou zagezegd gratis zijn?
- Regelmatig bewegen is heel belangrijk bij diabetes, dus waarom niet tussenkomen in het abonnement van bijv. een fitnessclub i.p.v. een podoloog terug te betalen? Beter voorkomen dan genezen.
- Administratieve rompslomp is ingewikkeld.

Materiaal dat ter beschikking gesteld wordt

STRIPS

- Het aantal controlestrips (300/jaar) is onvoldoende.
- Voor een goede controle moet een patiënt in het zorgtraject nog veel teststrips zelf betalen.
- Er zou nog iets moeten gebeuren aan het aantal strips dat wij gratis krijgen. Het is toch altijd duur om ze aan te kopen.
- Waarom zijn er geen strips voor het hele jaar?
- Ik krijg onvoldoende teststrips.
- Kunnen wij teststrips krijgen voor 6 maanden en niet voor 5 maanden? Daarover verschillen de meningen wel met de apotheek.
- De pennaalden of spuitjes gratis maken (de drugverslaafden hebben deze wel).
- Prix des tigarettes one touch vita EXAGERE. Sauf pour hôpitaux etc...? On pourrait diminuer sa quantité de lancettes sans pblm.
- Que les tigarettes et aiguilles sois prise en charge dans le trajet de soins
- Intervention accrue dans la fourniture des tigarettes

NAALDEN

- De naalden voor eventuele inspuitingen met insuline, kunnen die ook niet in het zorgtraject opgenomen worden?
- Eventuele tussenkomst in de injectienaalden.
- Waarom worden de naaldjes van de Byetta-spuut niet gratis gegeven of terugbetaald?
- Wij moeten de naalden zelf betalen, druggebruikers krijgen ze gratis. Dat is wel de wereld op zijn kop.
- Financieel loopt het goed, behalve - en dat begrijp ik niet goed - de terugbetaling van de naalden om insuline te spuiten. Men promoot om de naalden dagelijks te vernieuwen en dat is het enige materiaal dat niet in het gratis pakket van de diabeet zit.
- Pourquoi les aiguilles pour les piqures de Victoza ne sont-elles pas prises en charge par le TDS

Glucometer

- Het toestelletje vervangen bij het einde van het contract, nl. na 4 jaar, i.p.v. het na 3 jaar te vervangen en na 4 jaar een nieuw contract te krijgen. Het zou beter zijn mocht dit gelijktijdig gebeuren.

Vanuit het oogpunt van de financiële voorwaarden
Vanuit het oogpunt van de ontvangen informatie
Vanuit het oogpunt van het materiaal dat men ter beschikking stelt
Vanuit het oogpunt van informatie voor de omgeving

Conclusie: de deelnemers geven aan dat ze wensen dat het zorgtraject op bovenstaande vlakken nog verbeterd, terugbetaling van naalden wordt meerdere malen aangehaald.

Aanbeveling: verbeteringen aanbrengen aan de voorwaarden en voordelen van een zorgtraject diabetes op basis van een grondige evaluatie.

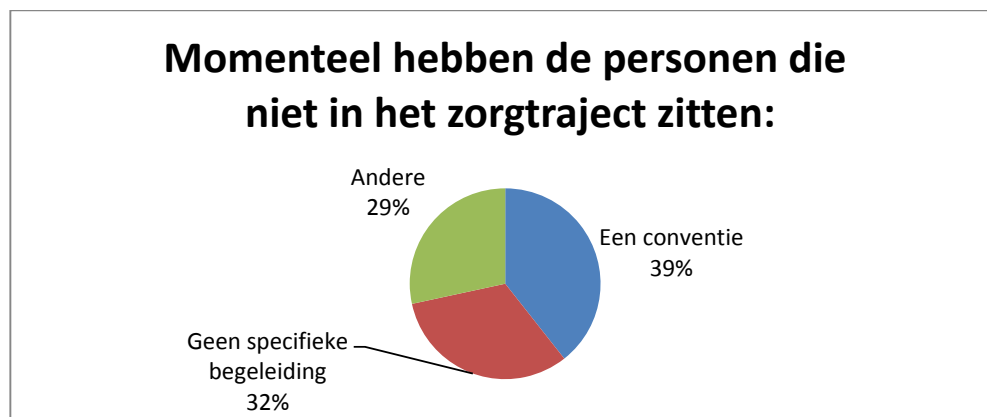
Bij deze vragen kregen deelnemers ook de kans individuele opmerkingen en commentaren te formuleren.

Conclusie: als mensen de nodige informatie ontvangen en omringd worden door zorgverleners die volledig op de hoogte zijn en hun eigen taak binnen het zorgtraject naar behoren vervullen: informeren (huisarts, verpleegkundige, diëtist), educatie verstrekken (educator) en coördineren (huisarts), is de persoon met diabetes meer tevreden over het zorgtraject.

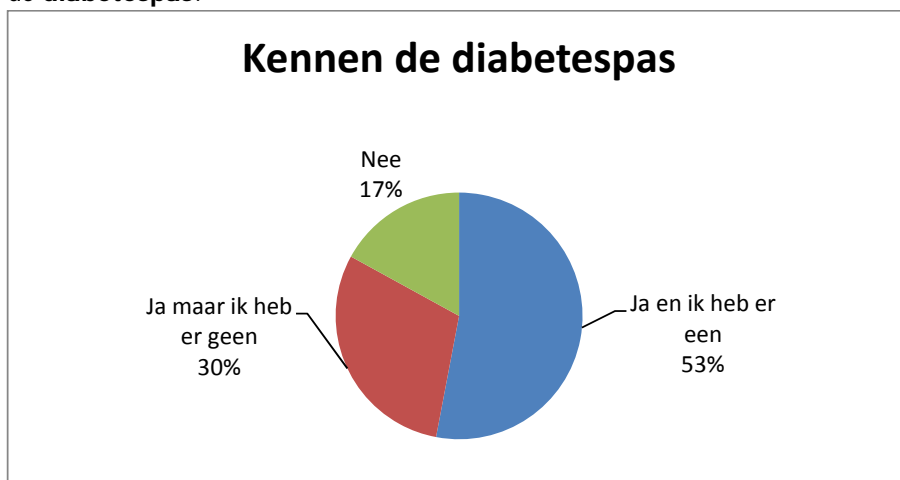
Aanbeveling: alle actoren binnen het zorgtraject blijven informeren en wijzen op hun taak binnen het zorgtraject en multidisciplinaire samenwerking stimuleren.

5.3. Personen die niet in het zorgtraject zitten

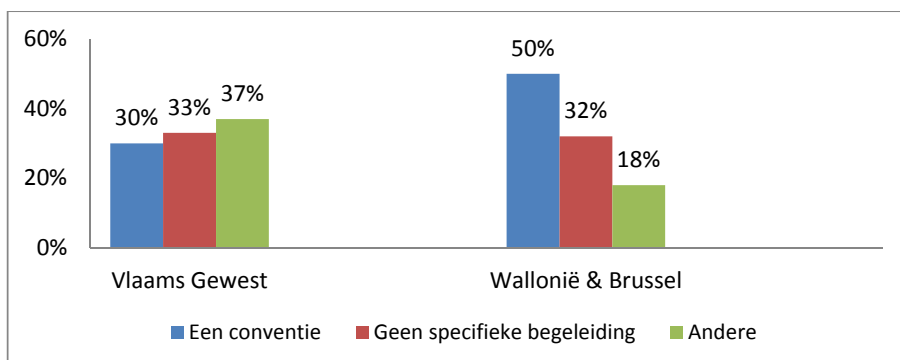
Hierna analyseren we de resultaten met betrekking tot de **322** personen (52% van de respondenten) die niet in het zorgtraject zaten in het kader van de opvolging van hun diabetes op het moment van de enquête. Twee personen waren stappen aan het ondernemen om te starten met een zorgtraject; drie personen zaten in een zorgtraject, maar vallen nu onder de conventie.



83% kent de **diabetespas**:



54% van deze personen is **Nederlandstalig** en **46%** is **Franstalig**. De regionale verdeling ziet er als volgt uit:

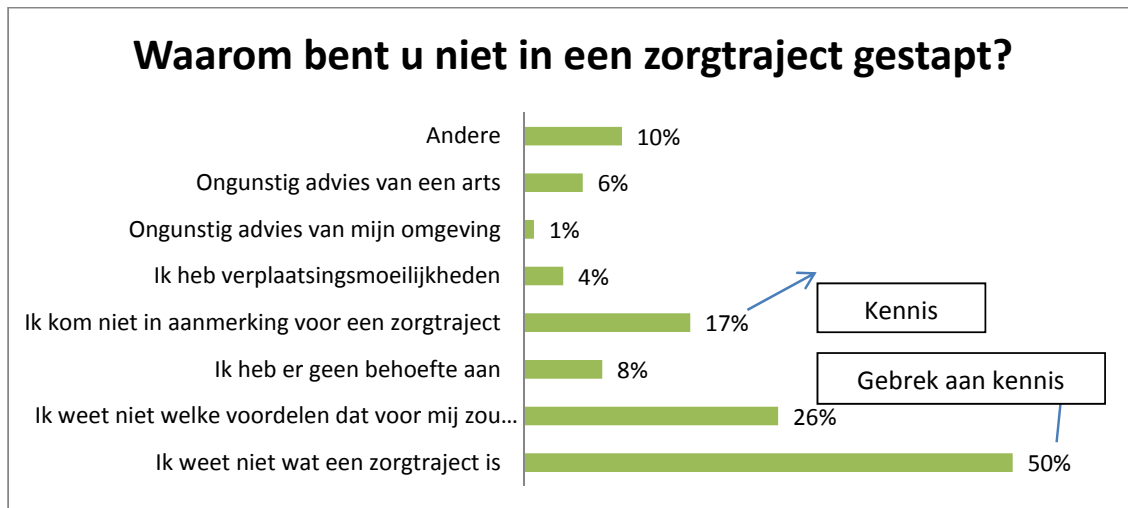


In Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest valt de helft van de respondenten onder de diabetesconventie, tegenover 30% in het Vlaams Gewest. Vooral in deze regio antwoordden de diabetici (37%) dat ze geen conventie en geen andere specifieke begeleiding hebben.

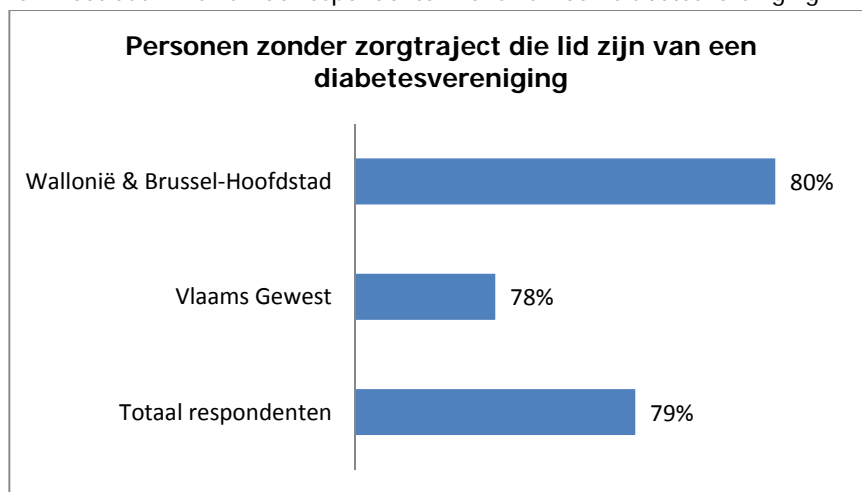
Uit de gegevens die ze meedeelden, kunnen we opmaken dat deze respondenten:

- hoofdzakelijk opgevolgd worden door hun huisarts, soms in samenwerking met een diabetoloog (in het kader van een jaarlijkse controle);
- een diabeteseducator ontmoeten;
- een behandeling met geneesmiddelen volgen;
- een dieet volgen, ofwel op eigen initiatief, ofwel met de hulp van hun huisarts of een diëtist (soms in het kader van de diabetespas), ofwel op aanbeveling van hun diabeteseducator;
- elk trimester een bloedafname doen;
- zichzelf controleren om de 3 à 4 weken;
- bij de oogarts, podoloog en pedicure langsgaan;
- één persoon zegt een bypass ondergaan te hebben.

Er bestaan **tal van redenen** waarom deze personen niet in het zorgtraject zitten.



50% van de respondenten weet niet wat een zorgtraject is en **26% weet niet welke voordelen het zorgtraject zou opbrengen**. Bovendien haalden twee op drie respondenten minstens een van deze twee redenen aan, wat neerkomt op 67% van deze steekproef. Dit resultaat verrast als men weet dat 79% van de respondenten lid is van een diabetesvereniging:



De commentaren die ze formuleerden, tonen duidelijk aan dat deze respondenten informatie wensen te verkrijgen (of ten minste vollediger informatie) over het zorgtraject en de voorwaarden om eraan deel te nemen:

« J'aurais aimé savoir ce qu'est un trajet de soins » ; « Comment faire pour être en trajet de soin? » ; « Kan ik nog toetreden aan het zorgtraject en hoe? »

« Je ne sais pas ce que vous entendez par trajet de soins. Je suis suivi par mon médecin traitant et par un diabétologue que je consulte tous les 6 mois. »

“Waar kan ik lezen wat een zorgtraject is en wat zijn de voorwaarden om daarin te treden???”

« Cela m'intéresserait d'avoir une mise à jour en ce qui concerne les conditions pour être inscrit dans un programme de trajet de soins. Mon diabétologue l'avait suggéré et mon médecin traitant appuyait la demande, mais ma mutuelle a refusé. »

17% van de respondenten **bevestigt niet aan de voorwaarden te beantwoorden** om in het zorgtraject te stappen, waaruit we kunnen afleiden dat ze deze voorwaarden kennen.

Huisartsen en specialisten hebben duidelijk een invloed op de perceptie die sommige respondenten hebben van het zorgtraject. 6% van de respondenten vermeldt immers de rol van artsen.

« Je n'ai pas d'aide de médecin traitant au niveau administratif »

« Mijn doctor heeft niet graag dat ik mij laat onderzoeken in hospitaal, heb ik vroeger een paar keer gedaan »

“In het zorgtraject bent u verplicht naar een specialist te gaan. Mijn arts zegt dat dit niet nodig is”

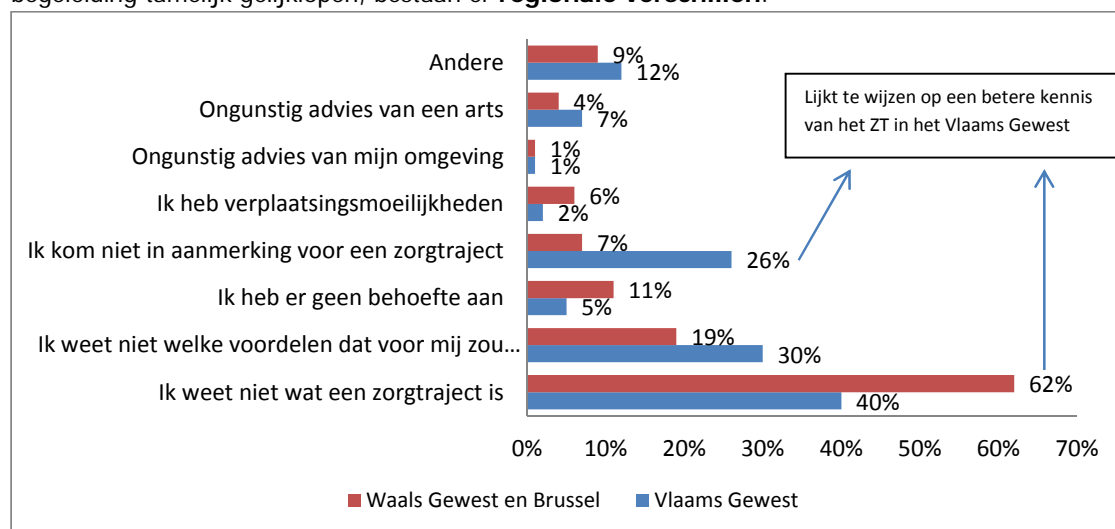
« Mon médecin généraliste et de famille depuis 40 ans ne veut pas ouvrir de DMC et je ne souhaite pas le quitter. »

« Je trouve un peu idiot de devoir renouveler la demande tous les trois ans ! J'en avais eu un et à l'époque il ne m'a servi à rien. J'ai depuis changé de médecin traitant, et celui-ci ne trouve pas cela utile dans mon cas. »

« Selon le diabétologue la méthode de contrôle n'est pas la même et l'explication des méthodes de suivi est parfois nulle »

« Je ne vois pas ce qu'apporte le trajet de soins. Le médecin généraliste n'est d'aucune utilité. Une fois un régime établi, c'est toujours le même. La diabétologue spécialiste est un excellent médecin et conseiller pour mon suivi. »

Hoewel de beweegredenen en remmingen van personen in de conventie of zonder specifieke begeleiding tamelijk gelijklopen, bestaan er **regionale verschillen**:



Ook de personen die niet in het zorgtraject opgenomen zijn, formuleerden opmerkingen. We stellen vast dat hun bekommernissen ingedeeld kunnen worden op basis van de vier thema's die we aansneden in het kader van het zorgtraject:

Informatie over diabetes
<ul style="list-style-type: none"> • Juste vous dire que je suis diabétique de type 1 et que je trouve que l'on entend beaucoup plus parler du type 2 que du type 1. • "Ik heb heel weinig uitleg gekregen over hoe ik moet omgaan met mijn diabetes... want het is (nog) niet te erg... zo is het mij gezegd :-("
De begeleiding van de diabetes
<p><i>Verschillen tussen de bestaande begeleidingsvormen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • "Waarom moeten mensen die in de conventie zitten hun strips en meetmachine zelf betalen?" • "Omdat ik mijn uiterste best doe om een goede regeling te hebben mag ik niet in het zorgtraject. Nochtans zou hulp regelmatig welkom zijn." • "Eigenlijk worden de mensen die zich alles ontzeggen en heel strikt leven gestraft voor hun inspanningen. Ook wij zouden graag eens met een diabeteseducator praten of iets." • "Ik word gestraft omdat ik mij goed verzorg: ik moet mijn testmateriaal zelf betalen. En als ik er mijn voeten aan zou vegeen kom ik wel in aanmerking voor gratis testmateriaal!" • Je trouve bizarre qu'une personne en trajet de soins ne paye pas la même chose que moi
Levenskwaliteit als diabetespatiënt
<ul style="list-style-type: none"> • "Omdat mijn echtgenoot eveneens aan diabetes lijdt, is ons sociaal leven er niet makkelijker op geworden. Enerzijds door de beperkingen van de ziekte en anderzijds door het onbegrip en de onwetendheid van de omgeving."
Organisatie van de begeleiding van diabetes type 2
<p><i>Ontvangen informatie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faudrait plus d'informations échangées entre infirmières de première ligne et de deuxième ligne. Idéalement par mail, c'est plus rapide. • "Het zou wel erg nuttig zijn om patiënten die in een beginstadium zitten, die orale medicatie krijgen en die een aanpassing van hun leefstijl moeten doorvoeren wat meer te begeleiden."
<p><i>Financiële voorwaarden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Je trouve que les soins de santé coutent fort cher aux diabétiques. • "Het zou wenselijk zijn meer dan twee tussenkomsten te krijgen bij podoloog en diëtist." • "Ik ga 1 keer per maand naar de podoloog, omdat het noodzakelijk is om mijn voeten te laten verzorgen. Zou er niet meer terugbetaling kunnen komen? 2 maal per jaar is echt heel weinig."
<p><i>Materiaal dat ter beschikking gesteld wordt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • "Hoe komt men aan een gratis pen voor het inspuiten van insuline? Huisdokter is blijkbaar niet op de hoogte en mijn apotheker kan wel een pen bezorgen maar dan voor iets meer dan 100€ (dus niet gratis)." • "Waarom zijn de prik- en injectienaalden nog steeds niet gratis?"

83% van de ondervraagden kent de diabetespas

Conclusie: zorgsystemen die al langer bestaan, zijn beter gekend

Aanbeveling: een nog betere organisatie van de aanpak en opvolging van de patiënt kan ervoor zorgen dat nog meer mensen in het zorgtraject kunnen worden opgenomen

50 % van de deelnemers weet niet wat een zorgtraject is en 26 % weet niet welke voordelen het zorgtraject zou opbrengen.

Conclusie: te veel patiënten kennen het zorgtraject niet of onvoldoende

Aanbevelingen: de zorgverlening nog verbeteren door mensen met diabetes, hun omgeving en de verschillende zorgverleners, vlotte informatiekanalen aan te bieden. Diabetesverenigingen kunnen ook hierin een belangrijke rol spelen naar informeren van mensen met diabetes, hun nabije en ruimere omgeving en de professionele zorgverleners. Het aanbieden van een laagdrempelige, gratis infolijn kan hierbij een belangrijke rol spelen.

17 % van de deelnemers bevestigt niet aan de voorwaarden te voldoen om in een zorgtraject te stappen.

Conclusie: in sommige situaties beïnvloedt het voorbehoud en de onwetendheid van de huisarts of zorgverlener tov het zorgtraject, de perceptie van de persoon met diabetes.

Als de zorgverlener het zorgtraject als positief ervaart en het voldoende kent, wordt de persoon met diabetes objectiever geïnformeerd

Aanbevelingen: de kwaliteit van de zorgverlening verbeteren door de juiste keuze te maken wat betreft het zorgsysteem, gebaseerd op voldoende kennis van de verschillende zorgsystemen.

6. Vaststellingen

Door middel van een gelegenheidssteekproef konden we nagaan hoe patiënten in een zorgtraject diabetes type 2 dat zorgtraject ervaren en hoe tevreden ze zijn. Zo slaagden we erin om de impact van dit traject op hun levenskwaliteit te meten.

We konden ook polsen naar de beweegredenen, remmingen en vragen van diabetes type 2-patiënten die geen deel uitmaken van het zorgtraject.

Als er al regionale verschillen bestaan, lopen de meningen van patiënten in het zorgtraject toch in die mate gelijk dat er zich bepaalde tendensen aftekenen en specifieke vragen gesteld worden:

De rol van de huisarts en de diabetoloog: artsen worden beschouwd als essentiële schakels. Hun invloed als medische autoriteiten moedigt de patiënt aan om in het zorgtraject te stappen. De coördinatie tussen de huisarts en de patiënt stelt de patiënt gerust dat zijn ziekte goed begeleid wordt. Deze coördinatie/samenwerking zou nog beter kunnen, zodat de globale tevredenheid van de patiënten toeneemt.

Terwijl artsen een "hefboomfunctie" vervullen, moet de **detailinformatie** van tussenpersonen komen (**diabeteseducatoren**) die eveneens referentiepersonen zijn voor de patiënt. Patiënten lijken echter te weinig in de richting van deze tussenschakels georiënteerd te worden.

De meeste patiënten beschikken niet over de **brochure** met betrekking tot het zorgtraject, nochtans een essentieel instrument om de werking van het traject te begrijpen: is de verspreiding van de brochure onder de betrokken professionals en de patiënten optimaal? Misschien moet de brochure ook afgestemd worden op het ziektebeeld van sommige patiënten (gebrekkig zicht of gehoor)? Zowel patiënten die voldoen aan de voorwaarden om in het zorgtraject te stappen als andere patiënten gaan, vanaf de diagnose van hun ziekte, op zoek naar informatie over mogelijke follow-upformules, hun specifieke kenmerken en voordelen.

De **financiële voordelen** verbonden aan het zorgtraject lonen de moeite en worden geapprecieerd. De meeste patiënten willen echter dat de terugbetaalde "prestaties" (hoofdzakelijk wat het aantal terugbetaalde teststrips en naalden betreft) aangepast worden in functie van de dagelijkse realiteit van de patiënt.

Hoewel sommige patiënten in het zorgtraject naast het hoofddoel van het traject, met name de **empowerment van de patiënt**, lijken te kijken, draagt het zorgtraject er onmiskenbaar toe bij dat patiënten hun ziekte in eigen handen nemen. Dat blijkt uit de wens van patiënten om **bepaalde thema's in groep aan te snijden** (een groep van patiënten en hun omgeving) **in het kader van de opvolging door de diabeteseducator**.

7. Conclusies en aanbevelingen

Onderzoek

De algemene doelstelling van de studie "Het zorgtraject type 2: evaluatie van de patiënttevredenheid en perceptie van de ervaringen", uitgevoerd door bsm-management, bestaat erin de tevredenheid, ervaringen en perceptie van patiënten in een zorgtraject diabetes type 2 te meten samen met de impact van dat zorgtraject op de levenskwaliteit van die mensen.

Op die manier wil men de patiëntoriëntatie en het zorgproces continu verbeteren.

Hiervoor werd een verkennende studie, bestaande uit documentair onderzoek en verkennende gesprekken, uitgevoerd.

In de tweede fase deed men een kwalitatieve studie bij patiënten en in de laatste fase werd een kwantitatieve studie onder patiënten uitgevoerd.

Wij hebben voor het formuleren van conclusies de resultaten van de kwantitatieve studie getoetst aan de doelstellingen van het zorgtraject diabetes type 2, zoals vermeld op [www. Zorgtraject.be](http://www.Zorgtraject.be):

- georganiseerde aanpak en opvolging van de patiënt;
- optimale samenwerking tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners;
- patiënt de ziekte en de opvolging doen begrijpen;
- verbeteren van kwaliteit van zorgverlening.

Bemerkingen

Niettemin moeten we de conclusies met enige nuance bekijken.

Deze evaluatie was een eerste oefening waarbij op dergelijke manier de ervaringen met een welbepaald zorgsysteem werden bevraagd bij patiënten.

Omwille van de beperkte beschikbare middelen is de bevraging ook niet kunnen gebeuren bij een zeer uitgebreide groep.

Belangrijk is ook dat er geen voorgaande is waardoor de conclusies niet kunnen afgemeten worden tegenover resultaten uit eerdere bevragingen.

Nochtans is de impact zeer belangrijk.

Ten eerste is er de meerwaarde van het feit dat in de evaluatie van een zorgsysteem principieel is gekozen om ook de gebruiker/patiënt te bevragen.

Daarnaast is gekozen om de ervaringen niet enkel te registreren maar ook te analyseren in functie van wat we hieruit kunnen leren en welke aandachtspunten in de toekomst kunnen bijdragen tot een positieve bijsturing.

Opvolging

Tot slot durven we pleiten voor een continuering van de evaluatie.

Deze methodiek herhalen kan het mogelijk maken om evoluties te registreren en bevindingen te vergelijken. Zowel de online bevraging als de focusgroepen zijn hiervoor aangewezen methodieken. Aanvullend is het zinvol om te overwegen om de groep patiënten die moeilijk te bereiken is via de digitale kanalen op andere manieren te betrekken.

Omdat een zorgtraject-contract voor 4 jaar geldt, lijkt het ons dan ook aangewezen om als eerste interval een nieuwe bevraging te organiseren na het verstrijken van deze termijn voor de eerste contracten, m.a.w. in 2014.

Omwille van hun vertegenwoordiging van mensen met diabetes, hun hoge representativiteit (meer dan 37.500 aangesloten leden), hun neutraliteit en het feit dat zij zowel patiënten als zorgverleners vertegenwoordigen, zijn de Vlaamse Diabetes Vereniging en l'Association Belge du Diabète uitermate geschikt om deze repetitieve oefening te doen, door middel van ondersteuning van de bevoegde autoriteiten volgend op de steun van de Koning Boudewijnstichting voor deze eerste bevraging.

Conclusies en aanbevelingen

Algemene conclusie

Als algemene conclusie kunnen we stellen dat een deel van de mensen met diabetes, hun omgeving en de verschillende zorgverleners rondom hen **nog onvoldoende op de hoogte** zijn van het zorgtraject en er dus nog onvoldoende gebruik van maken. Daardoor krijgen niet alle mensen met diabetes de meest geschikte diabeteszorg.

Verder merken we vooral op dat de taak en de meerwaarde van een **diabeteseducator nog te weinig gekend** is.

Anderzijds vertellen de resultaten dat mensen die in het zorgtraject zijn opgenomen en het kennen, meestal **tevreden** zijn en het zorgtraject ook **aanbevelen**. Op die manier leren ook anderen het zorgtraject kennen. We stellen wel vast dat ondanks de tevredenheid men nog **niet altijd het stappenplan kent en gebruikt**.

Uit de studie kunnen we ook concluderen dat de respondenten ervaren dat het Zorgtraject Diabetes een manier is om **waardevolle multidisciplinaire diabeteszorg** te kunnen genieten.

Algemene aanbeveling

Als algemene aanbeveling stellen we voor dat zowel mensen met diabetes, hun omgeving, als de omringende zorgverleners **nog beter geïnformeerd** moeten worden over het bestaan en de werking van een zorgtraject diabetes type 2.

Door deze betere kennis kan het aantal zorgtraject-contracten toenemen. Daardoor kunnen de voordelen en de kwaliteit van dit zorgsysteem betere diabeteszorg bieden aan mensen met diabetes in die specifieke situatie waarvoor het zorgtraject diabetes type 2 bedoeld is.

Daarbij is ook belangrijk dat de kracht benadrukt wordt van de **inclusie van diabeteseducatie** en de functie van de **huisarts als coördinator** binnen het zorgtraject.

Het **verspreiden van informatie** aan zowel de ruime bevolking, mensen met diabetes en professionele zorgverleners mag zeker niet stilvallen maar moet integendeel eerder aangescherpt worden om de groei van de zorgtrajecten te garanderen én de doelstellingen te bereiken:

- georganiseerde aanpak en opvolging van de patiënt;
- optimale samenwerking tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners;
- patiënt de ziekte en de opvolging doen begrijpen.

Tegelijkertijd is een strenge **bewaking van de kwaliteit van de diabeteszorg** binnen de zorgtrajecten noodzakelijk om te voldoen aan de vooropgestelde doelstelling 'verbeteren van kwaliteit van zorgverlening' van het zorgtraject diabetes type 2.

Overzicht van de bijlagen

- Bijlage 1:** **PowerPoint-presentatie van de kwalitatieve studie**
- Bijlage 2:** **vragenlijst kwantitatieve studie in het Frans**
- Bijlage 3:** **vragenlijst kwantitatieve studie in het Nederlands**

Bijlage 1 :



Trajet de soins diabète type 2 : Evaluation de la perception de l'expérience vécue par le patient

Synthèse des résultats de l'étude qualitative

Mars 2012

Zorgtraject diabetes type 2 : Evaluatie van de waarneming van de patiëntenervaring

Samenvatting van de resultaten van de kwalitatieve studie

Maart 2012

© bsm

1



Plan de la présentation du 6 mars 2012

1. Organisation pratique de l'étude qualitative auprès des patients francophones et néerlandophones.
2. Guide d'entretien utilisé
3. Résultats : L'entrée dans le trajet de soins
4. Résultats : Le déroulement du trajet de soins
5. Résultats : L'information aux proches
6. Résultats : Avantages et inconvénients du trajet de soins
7. Résultats : Pistes d'améliorations et recommandations
8. Conclusions

Plan van de presentatie van 6 maart 2012

1. Praktische organisatie van de kwalitatieve studie bij de Franstalige en Nederlandstalige patiënten
2. Gebruikte gespreksgids
3. Resultaten : Deelname aan het zorgtraject
4. Resultaten : Verloop van het zorgtraject
5. Resultaten : Informatie aan de omgeving
6. Resultaten : Voor en nadelen van het zorgtraject
7. Resultaten : pistes voor verbetering en aanbevelingen
8. Conclusies

© bsm

2

1. Organisation pratique de l'étude qualitative

1. Praktische organisatie van de kwalitatieve studie

Patients francophones

Entretiens individuels auprès de
4 patients (3 hommes - 1 femme)

- Namurois et liégeois
- Moyenne d'âge : 54 ans
- Mariés – 2 patients avec enfant(s)
- TDS depuis 1 à 3 ans
- Diabétiques depuis 10 à 15 ans.

Focus Group avec **4 patients**
(3 femmes - 1 homme)

- Tous bruxellois
- Moyenne d'âge : 66 ans
- Seuls (3/4) et sans enfants
- TDS depuis 1 ou 2 ans
- Diabétiques depuis 10 à 15 ans.

Nederlandstalige patiënten

Focus Group met **4 patiënten**
(mannen) en **3 partners** (vrouwen)

- Afkomstig uit de provincies Oost (4) en West-Vlaanderen (3)
- 56,61,62,66 → gemiddeld 61 jaar
- Samenwonend
- 1 is loontrekkend, 3 zijn gepensioneerd
- ZT sinds 2009, 2010 (2), 2011
- Hebben diabetes sinds max. 4 jaar

2. Guide d'entretien utilisé

2. Gebruikte gesprekgids

Le guide était structuré en
4 thèmes :

1^{er} thème : Comment avez-vous connu le trajet de soins ?

- Qui vous en a parlé
- Quand
- Où
- Information reçue
- Pertinence de l'information reçue
- Rôle du généraliste & spécialiste

2^{ème} thème : Comment se passe le trajet de soins ?

- Impression générale
- Pourquoi avoir adhéré au TS ?
- Impact sur implication personnelle dans la prise en charge de la maladie
- Utilisation du carnet du diabète / du passeport du diabète

De gesprekgids bestond uit
4 thema's :

Thema 1: Hoe heeft u kennis gemaakt met het zorgtraject ? (15')

- Wie heeft u informatie gegeven over ZT
- Wanneer
- Waar
- Welke informatie kreeg u
- Juistheid van deze informatie
- Rol van huisarts & specialist

Thema 2 : Over het (verloop) zorgtraject ? (45')

- Algemene indruk van patiënt en partner
- Reden voor deelname aan ZT
- Impact van ZT op eigen implicatie in aanpak van ziekte
- Vergelijking ZT /Diabetespas/Conventie

3ème thème :
Avantages et inconvénients du TS

Difficultés/inconvénients :

- Volet administratif
- Obligations contractuelles
- Communication entre intervenants

Avantages :

- Amélioration qualité de vie ?
- Prise en charge ?

4ème thème :
Le trajet de soin idéal

- Améliorations possibles ?
- Que faut-il changer ?

Thema 3 : Voor en nadelen van het zorgtraject (30')

Moelijkheden/nadelen :

- Administratief vlak
- (Contractuele) verplichtingen
- Communicatie tussen zorgverleners

Voordelen :

- Betere levenskwaliteit ?
- Betere begeleiding ?

Thema 4 :
Het ideale zorgtraject (30')

- Wat is er voor verbetering vatbaar ?
- Wat moet er veranderen ?

Patients francophones

Comment avez-vous connu le trajet de soins ?

- Conseillé par le généraliste lors d'une consultation (4)
- Conseillé par le diabétologue lors d'une consultation (2)
- Conseillé par le diabétologue à l'hôpital, dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire (2)

Nederlandstalige patiënten

Hoe heeft u kennis gemaakt met het zorgtraject ?

- Aangeraden door huisarts gedurende consultatie (2)
- Zelf informatie gezocht op internet (2) en daarna besproken
 - met huisarts (1)
 - met specialist (1)

Zorgtraject betekend opvolging door huisarts

><

Conventie betekend opvolging door specialist

Patients francophones**Qui vous a transmis l'information?
Était-ce complet ?**

- L'éducatrice au diabète (4)
- Le généraliste (3)
- Le diabétologue (1)
- Toutes infos utiles bien reçues et très claires (8).

Nederlandstalige patiënten**Wie heeft u informatie verstrekt ?
Was de informatie voldoende ?**

- De huisarts stelde voor om in het ZT te stappen (2)
- 2 patiënten hebben zelf het ZT "ontdekt" en hebben er dan bij de huisarts naar geïnformeerd.
- de patiënten weten niet wie/ wat een diabeteseducator is (1 patiënt had wel een afspraak met educator, maar dit ging uiteindelijk niet door, een andere patiënt "heeft iemand ontmoet in het ziekenhuis, maar of dat nu een educator was ?")
- 1 patiënt had een fotokopie van het stappenplan van huisarts gekregen, de andere kenden dit boekje niet

→ Patiënten hebben onvoldoende /weinig kennis van het ZT (weten niet dat het een stappenplan is),
→ dit geldt ook voor hun huisarts (2)

Patients francophones**Qui s'est occupé du volet
administratif ?**

- Le généraliste (7)
- Le diabétologue (1)

Nederlandstalige patiënten**Administratief luik**

- De huisarts (2)
- De specialist (1)
- Eén patiënt heeft zelf het contract gevonden op staatsblad en aan huisarts gegeven.

Patients francophones**Opinion générale par rapport au TDS**

- C'est intéressant financièrement (8)
- Cela permet d'être plus attentif aux besoins quotidiens (4)
- Bonne prise en charge (2)
- Cela n'apporte rien de plus qu'avant, sauf financièrement (3).
- Rôle de l'éducatrice est essentiel pour tout expliquer (5), médecins parfois trop pressés (1).

Nederlandstalige patiënten**Algemene indruk over het zorgtraject**

- Zeer positief voor 1 patiënt in bezit van het stappenplan en die een goede kennis heeft van het ZT. Voor hem betekent het ZT een goede aanpak van zijn ziekte
- 3 andere patiënten en hun partners weten helemaal niet wat het zorgtraject eigenlijk inhoud
 - hebben niet de indruk van daadwerkelijke opvolging (2)
 - Ondervinden geen grotere persoonlijke implicatie (3)
 - geen "echt" traject
- Huisdokter heeft onvoldoende kennis (2)
 - "Onze huisarts had beter geweigerd !"
- 2 patiënten twifelen over hun "keuze"

Patients francophones**Pourquoi y avoir adhéré ?**

- Pour les avantages financiers (8)
- Pour mieux comprendre la maladie et mieux se prendre en charge (4)

Nederlandstalige patiënten**Deelname, waarom ?**

- Zorgtraject = geen remgeld meer betalen MAAR 2 patiënten hebben de indruk dat een conventie financieel voordeliger is
- De huisarts woont dichtbij (2)
- "Wij hebben een goede relatie met onze huisarts" (1)
- "De huisarts heeft dit voorgesteld en ik volg zijn advies" (1)

Patients francophones

Implication personnelle p/r prise en charge de la maladie / atouts d'une prise en charge personnalisée

- Conseils diététiques : amélioration des habitudes, mieux dans sa peau, meilleure maîtrise de la maladie.
- Amélioration d'autonomie selon besoins de chacun, conseils personnalisés et suivi « renforcé » si nécessaire.
- Peu de changements au quotidien pour les patients déjà autonomes (3)

Utilisation/utilité du Carnet du diabète

- Peu utile car une seule piqure par jour.
- Très utile pour le suivi par le médecin.
- Passeport du Diabète : plus complet et indispensable pour le suivi personnalisé,
- Les patients ne possèdent pas le carnet du TDS (ADB)

Nederlandstalige patiënten

Persoonlijke implicatie in aanpak van ziekte

- 1 patiënt ondervindt dit, voelt zich meer betrokken bij eigen ziekte
- De andere patiënten begrijpen niet/weten niet dat dit de bedoeling van het zorgtraject is. Twee patiënten voelen zich toch betrokken bij hun ziekte omdat ze veel "hun plan moeten trekken"

Communicatie tussen zorgverleners

- Onbestaand, behalve voor 1 patiënt wiens huisarts contact heeft met de specialist

Patients francophones

- Certains patients en parlent facilement avec leurs proches, leurs collègues, qui comprennent les impératifs liés à la maladie (3)
- Dans certains cas : les proches sont au courant, mais pas attentifs au quotidien, il faut leur réexpliquer régulièrement les impératifs de la maladie (3)
- Les proches sont effarés face au diagnostic et ont tendance à être trop maternant. Leurs recommandations sont inadaptées car ils ne sont pas assez informés et privent les patients de leur autonomie (3)

Nederlandstalige patiënten

- Ziekenkas van NMBS was niet op de hoogte van zorgtraject. Patiënt is ter plaatse "uitleg gaan geven"
- Apotheker vergeet zorgtrajectvoorwaarden toe te passen (4). 1 patiënt schrijft telkens zelf ZT op doktersvoorschrift
- Geen moeilijkheden om met omgeving over ziekte te spreken maar "suikerziekte" is wel een rem voor sociaal leven (2)
- De rol van de partner is zeer belangrijk : gaat altijd mee op consultatie (3), ondersteund in moeilijke momenten, helpt met volgen van dieet (kookt), doet mee aan activiteiten,...

Patients francophones

- Suivi personnalisé et encouragement pour autonomie dans la prise en charge, en fonction des besoins de chacun.
- Limite les dangers et effets secondaires de la maladie grâce au suivi régulier.
- Amélioration de la qualité de vie par une prise en charge adaptée et grâce aux remboursements.
- **Excellent suivi des éducatrices, qui permettent d'accéder rapidement à l'information utile.**
- Amélioration des repères : savoir à qui s'adresser pour toutes questions liées à la prise en charge de la maladie.

Nederlandstalige patiënten

Idem voor 1 patiënt "modelpatiënt"

- Andere patiënten :
 - Financiële voordelen (3) (maar minder dan met conventie)
 - Opvolging door huisarts, dichterbij aan huis dan ziekenhuis (2)
- Maar 2 patiënten hadden liever een conventie aangegaan !

Patients francophones

- Nombre de tigettes remboursées est insuffisant pour certains patients, notamment ceux qui sont en début de TDS et doivent se contrôler plus fréquemment.
- Pas de remboursement des aiguilles, certains se piquent plusieurs fois avec la même aiguille.
- Attente de l'autorisation de l'INAMI pour le remboursement des tigettes -> certains patients espacent leurs tests pour garder un stock en attendant.

Bij de nederlandse

- Het aantal strips is onvoldoende voor patiënten die pas in het zorgtraject zitten.
- Naalden worden niet terugbetaald. 2 patiënten krijgen (gratis) het overbodige materiaal van conventiepatiënten
- Huisarts heeft onvoldoende kennis over diabetes (2). Dit werd zelfs door één specialist bevestigd !
- Diabetoloog is officieel niet meer beschikbaar (1)
« U koos voor het zorgtraject , dus richt u nu maar tot uw huisarts »
"Onze specialist was de een beetje boos op ons omdat wij voor het ZT kozen"
- Toekomst is onzeker: wat gebeurt er wanneer het contract afgelopen is?

Patients francophones

Le trajet de soin idéal

- Intégrer le remboursement des aiguilles (4)
- Augmenter le nombre de tigettes remboursées (5)
- Prévoir une prise en charge automatisée par la mutuelle, pour éviter les délais de remboursement en début de TDS (3).
- Prévoir davantage de groupes de paroles, avec interventions d'experts : infos précises pour tous aspects de gestion quotidienne de la maladie (diététicien, cardiologue, podologue, assureurs,...) (3)
- Mise à disposition du carnet du TDS (ABD) pour tous les patients en TDS.

Nederlandstalige patiënten

Het ideale zorgtraject

- Betere informatie vooraf over wat uiteindelijk nog te betalen valt (4)
- Betere informatie geven over conventie, zorgtraject en diabetespas zodat keuze gemakkelijker is
- **Stappenplan uitdelen** (3) !!!
- Rol van huisarts/specialist/diabeteseducator verduidelijken
- Naalden terugbetalen
- Aantal terugbetaalde strips verhogen
- **Gebruik van term « suikerziekte » in plaats van « diabetes »**
- Huisartsen (2), apothekers (3) en ziekenkas (1) beter op de hoogte brengen
- Informatie geven over toekomst (2) ("wat komt er na dit contract?")
- Oppassen met onnodige verspilling : zoals de vervanging van een meettoestel dat nog perfect werkt.

Patients francophones

Conseilleraient-ils le TDS à d'autres patients ?

OUI à l'unanimité, pour :

- Aspects financiers (8)
- Suivi personnalisé (4)
- ralentir l'évolution de la maladie (2).

Nederlandstalige patiënten

Zou u het zorgtraject aan andere patiënten aanraden ?

JA voor :

- Financiële aspecten (3)
- "De huisarts kost mij niets meer ook al ga ik voor mijn rug"
- Contact met huisarts (1)
- "Wij hebben een goede band met onze huisarts"
- "Dankzij het ZT is er een volledige opvolging van de ziekte" (1)

en NEE :

- De conventie is (lijkt) voordeliger (2)
- De Huisarts is niet competent (1), of is minder competent dan de specialist (1)
- "Je hebt bijna geen toegang meer tot je specialist" (1)

Conclusions - Conclusies

- Les patients étaient heureux de s'exprimer et sont prêts à renouveler l'expérience. Ils s'étonnaient de n'être pas plus nombreux.

- Il existe des **similitudes** entre les patients néerlandophones et francophones :

Information reçue :

- 1 seul patient disposait du fascicule « *Trajet de soins pas à pas* »
→ Y-a-t'il un problème de diffusion de cette brochure ?

Participation au trajet de soins :

- Motivation financière

Remboursements :

- Souhait du remboursement des aiguilles
- Souhait de l'augmentation du nombre de tiges

Conclusions - Conclusies

Il y a également des **différences** entre les patients néerlandophones et francophones :

- Information sur le trajet de soins :

- En Flandre, certains patients doivent se débrouiller ><recevoir l'information des la part des médecins
- En Flandre, les patients doivent parfois (ou ont l'impression de devoir) choisir eux-mêmes entre convention et trajet de soins
- La prise en charge par le généraliste semble être plus rigoureuse chez les patients des provinces de Namur et Liège, que chez les patients bruxellois.

- Perception du trajet de soins :

- En Flandre : il y a une dichotomie entre généralistes et spécialistes (et non un partenariat)
- La dimension de « patient empowerment » pas véritablement présente en Flandre

- Rôle de l'éducateur :

- Les patients francophones ont tous eu un (des) contact(s) avec un éducateur qui leur a transmis de l'information pertinente. Les patients néerlandophones rencontrés n'ont pas rencontré d'éducateur, ne connaissent pas son existence ni son rôle .

Bijlage 2 : vragenlijst kwantitatieve studie in het Frans

ENQUETE SUR LE TRAJET DE SOINS POUR DIABETE DE TYPE 2

1. Votre sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
2. Votre âge : ans
3. Dans quelle province habitez-vous principalement? :	<input type="checkbox"/> Flandre occidentale <input type="checkbox"/> Flandre orientale <input type="checkbox"/> Anvers <input type="checkbox"/> Limbourg <input type="checkbox"/> Brabant flamand <input type="checkbox"/> Brabant Wallon <input type="checkbox"/> Flandre occidentale <input type="checkbox"/> Flandre orientale <input type="checkbox"/> Liège <input type="checkbox"/> Namur <input type="checkbox"/> Hainaut <input type="checkbox"/> Luxembourg <input type="checkbox"/> Région de Bruxelles-Capitale
4. Pour le moment, vous vivez :	<input type="checkbox"/> En couple sans enfant <input type="checkbox"/> En couple, avec enfant(s) <input type="checkbox"/> Seul(e) sans enfant <input type="checkbox"/> Seul(e) avec enfant (s)
5. Quelle est votre situation professionnelle :	<input type="checkbox"/> Travailleur (-se) salarié(e) <input type="checkbox"/> Travailleur (-se) indépendant(e) <input type="checkbox"/> A la recherche d'un emploi <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> En incapacité de travail <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
6. A quand remonte votre diagnostic de diabète type 2 ?	<input type="checkbox"/> 0 à 12 mois <input type="checkbox"/> 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> 2 à 5 ans <input type="checkbox"/> + de 5 ans
7. Dans votre entourage proche, d'autres personnes ont-elles le diabète ?	<input type="checkbox"/> Oui <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Parent(s) <input type="radio"/> Frère(s) et/ ou sœur(s) <input type="radio"/> Enfant (autre) <input type="radio"/> Autre (précisez) : <input type="checkbox"/> Non
8. Etes-vous membre d'une association en rapport avec diabète ?	<input type="checkbox"/> Oui <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> L'Association Belge du Diabète (ABD) <input type="radio"/> La Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) <input type="radio"/> Autre (précisez) :

	<input type="checkbox"/> Non
9. Connaissez-vous le passeport du diabète ?	<input type="checkbox"/> Oui et j'en possède un <input type="checkbox"/> Oui, mais je n'en possède pas <input type="checkbox"/> Non
10. Dans le cadre de la prise en charge de votre diabète, êtes-vous actuellement	<input type="checkbox"/> En trajet de soins <input type="checkbox"/> Autre → question 25 et suivantes
11. Depuis quand êtes-vous en trajet de soins ?	<input type="checkbox"/> depuis 2009 <input type="checkbox"/> depuis 2010 <input type="checkbox"/> depuis 2011 <input type="checkbox"/> depuis 2012
12. Par qui avez-vous eu connaissance de l'existence du trajet de soins ? (qui vous en a parlé en premier ?) <i>Plusieurs réponses possibles</i>	<input type="checkbox"/> Mon médecin traitant <input type="checkbox"/> Le diabétologue <input type="checkbox"/> L'ophtalmologue <input type="checkbox"/> Un(e) infirmier(e) <input type="checkbox"/> Un(e) diététicien(ne) <input type="checkbox"/> Un(e) podologue <input type="checkbox"/> Un(e) éducateur (-trice) au diabète <input type="checkbox"/> Un(e) kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Un(e) autre patient(e) <input type="checkbox"/> L'entourage (ami, famille, connaissance,...) <input type="checkbox"/> Une documentation <input type="checkbox"/> Une mutualité <input type="checkbox"/> Le site internet " www.trajetsdesoins.be" <input type="checkbox"/> L'Association Belge du Diabète (ABD) <input type="checkbox"/> La Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) <input type="checkbox"/> Une autre association (précisez) <input type="checkbox"/> J'ai trouvé l'information moi-même <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
13. Pourquoi avez-vous souhaité participer au trajet de soins ?	<input type="checkbox"/> Parce que mon médecin traitant me l'a conseillé <input type="checkbox"/> Parce qu'un autre médecin me l'a conseillé <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste hospitalier <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste non hospitalier <input type="checkbox"/> Autre médecin traitant (précisez)..... <input type="checkbox"/> Parce qu'un autre soignant me l'a conseillé <input type="checkbox"/> Parce qu'une autre personne me l'a conseillée <input type="checkbox"/> Pour les avantages financiers <input type="checkbox"/> Afin d'être mieux pris en charge <input type="checkbox"/> Afin de mieux comprendre la maladie <input type="checkbox"/> Afin de participer activement à mon traitement <input type="checkbox"/> Pour bénéficier d'un meilleur suivi <input type="checkbox"/> Pour mieux me soigner <input type="checkbox"/> Autre (précisez)

14. Dans le cadre du trajet de soins, je rencontre	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jamais</th> <th>1 fois par an</th> <th>2 à 3 fois par an</th> <th>Au moins tous les trimestres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Un(e) podologue</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Un(e) diététicien(ne)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Un(e) ophtalmologue</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Un éducateur au diabète</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Un(e) infirmier(e)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le/la diabétologue</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le médecin généraliste</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre (précisez)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Jamais	1 fois par an	2 à 3 fois par an	Au moins tous les trimestres	Un(e) podologue					Un(e) diététicien(ne)					Un(e) ophtalmologue					Un éducateur au diabète					Un(e) infirmier(e)					Le/la diabétologue					Le médecin généraliste					Autre (précisez)				
	Jamais	1 fois par an	2 à 3 fois par an	Au moins tous les trimestres																																										
Un(e) podologue																																														
Un(e) diététicien(ne)																																														
Un(e) ophtalmologue																																														
Un éducateur au diabète																																														
Un(e) infirmier(e)																																														
Le/la diabétologue																																														
Le médecin généraliste																																														
Autre (précisez)																																														
15. Avez-vous reçu la brochure « Le trajet de soins pas à pas » ?	<input type="checkbox"/> Oui, par <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Par mon médecin traitant <input type="checkbox"/> Par le diabétologue <input type="checkbox"/> Par un éducateur au diabète <input type="checkbox"/> Par une mutualité <input type="checkbox"/> Je l'ai téléchargé sur un site internet <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> de l'Association Belge du Diabète (ABD) <input type="checkbox"/> de la Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) <input type="checkbox"/> de l'INAMI <input type="checkbox"/> « www.trajetsdesoins.be » <input type="checkbox"/> autre (précisez) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) <input type="checkbox"/> Non																																													
16. L'information principale relative au contenu du trajet de soins m'a été transmise par :	<input type="checkbox"/> Mon médecin traitant <input type="checkbox"/> Le diabétologue <input type="checkbox"/> Un éducateur au diabète <input type="checkbox"/> Autre (précisez).....																																													
17. Selon vous, qui devrait vous fournir l'information principale sur le trajet de soins ?	<input type="checkbox"/> Mon médecin traitant <input type="checkbox"/> Le diabétologue <input type="checkbox"/> Un éducateur au diabète Autre (précisez).....																																													

Nous vous demandons à présent d'apprécier chaque proposition en choisissant le chiffre qui correspond le mieux à votre appréciation (de 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord).

Si vous n'avez pas été concerné(e) par l'aspect considéré ou si vous êtes sans avis concernant la proposition, veuillez choisir « Sans avis »

	Pas du tout d'accord ☹			Tout à fait d'accord ☺		Sans avis
	1	2	3	4	5	
18. Informations sur le contenu du trajet de soins						
<i>Je connais bien le fonctionnement du trajet de soins</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>La brochure « Le trajet de soins pas à pas » est utile et bien faite</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>J'ai l'impression que les personnes diabétiques de type 2 sont en général suffisamment informées sur le trajet de soins</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>L'information relative au trajet de soins est facile à trouver</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>L'information relative au trajet de soins est facile à comprendre</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Globalement, je suis très satisfait(e) de l'information reçue</i>	1	2	3	4	5	SA
19. La participation au trajet de soins						
<i>Je trouve que participer au trajet de soins est financièrement avantageux</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>La participation au trajet de soins me semble financièrement plus intéressante que la convention</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>La participation au trajet de soins permet d'avoir un bon sentiment de contrôle sur son état de santé</i>	1	2	3	4	5	SA
20. Ma qualité de vie en tant que diabétique de type 2						
<i>Depuis que je participe au trajet de soins, je suis en meilleure forme physique</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Depuis que je participe au trajet de soin, mon diabète est mieux traité</i>	1	2	3	4	5	SA

<i>Depuis que je participe au trajet de soins, je ressens moins de douleurs liées à mon diabète</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Depuis que je participe au trajet de soins, j'adapte mieux mon alimentation quotidienne à mes besoins</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Depuis que je participe au trajet de soins, ma vie sociale est plus agréable</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Depuis que je participe au trajet de soins, mes proches connaissent mieux mon diabète</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Depuis que je participe au trajet de soins, je comprends mieux mon diabète</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Depuis que je participe au trajet de soins je suis moins stressé(e) face à mon diabète</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Depuis que je participe au trajet de soins, je suis rassuré(e) car je sais à qui m'adresser si j'ai des questions par rapport à mon diabète</i>	1	2	3	4	5	SA
21. L'organisation du trajet de soins						
<i>Selon mon expérience, le trajet de soins, c'est un partenariat entre 3 parties : le patient, son médecin traitant et le spécialiste</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Le trajet de soins me permet de participer activement à mon traitement</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Je dispose d'un plan de suivi personnel</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Une équipe de professionnels de la santé m'accompagne dans ce trajet de soins</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Mon médecin traitant est mon premier interlocuteur par rapport à mon diabète</i>	1	2	3	4	5	SA

<i>J'ai l'impression que mon médecin traitant et mon diabétologue collaborent étroitement</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>J'ai l'impression que mes proches connaissent bien le trajet de soins</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Mes proches me soutiennent dans ma participation au trajet de soins</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>L'éducateur au diabète m'accompagne dans la connaissance et la prise en charge de mon diabète</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Dans le cadre du suivi par l'éducateur au diabète, il serait intéressant d'aborder certaines thématiques en groupe avec d'autres patients</i>	1	2	3	4	5	SA
<i>Les formalités administratives pour participer au trajet de soins sont contraignantes</i>	1	2	3	4	5	SA
22. De manière générale, êtes-vous satisfait du trajet de soins pour la prise en charge de votre diabète ?	<input type="checkbox"/> Très insatisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait <input type="checkbox"/> Ni satisfait ni insatisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Très satisfait					
23. Recommanderiez-vous à un personne diabétique de type 2 de participer au trajet de soins ?	<input type="checkbox"/> Certainement pas <input type="checkbox"/> Probablement pas <input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Probablement <input type="checkbox"/> Certainement					

24. Faudrait améliorer le trajet de soins ?

	Certainement pas	Probablement pas	Neutre	Probablement	Certainement
Du point de vue des conditions financières					
Du point de vue des informations reçues					
Du point de vue du matériel mis à disposition					
Du point de vue de l'information aux proches					

Avez-vous des suggestions ?	
→ Fin du questionnaire	
25. Vous-êtes actuellement	<input type="checkbox"/> En convention <input type="checkbox"/> Sans prise en charge spécifique <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
26. Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas dans le trajet de soins ?	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas ce qu'est un trajet de soins <input type="checkbox"/> Je ne sais pas ce que cela pourrait m'apporter <input type="checkbox"/> Je n'en ai pas ressenti le besoin <input type="checkbox"/> Je ne remplis pas les conditions pour y accéder <input type="checkbox"/> J'ai des difficultés de déplacement <input type="checkbox"/> Avis défavorable de mon entourage <input type="checkbox"/> Avis défavorable d'un médecin <input type="checkbox"/> Autre(s) (précisez) :
Souhaitez-vous nous faire part de commentaires, suggestions et/ou nous faire part d'aspects que nous n'aurions pas abordés ci-avant :	
Comment avez-vous rempli ce questionnaire ?	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec l'aide d'un proche (ami, membre de la famille, voisin,...) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :

Bijlage 3 : vragenlijst kwantitatieve studie in het Nederlands

ENQUETE OVER HET ZORGTRAJECT DIABETES TYPE 2

1. Geslacht :	<input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man
2. Leeftijd : jaar
3. In welke provincie verblijft u meestal ?	<input type="checkbox"/> Antwerpen <input type="checkbox"/> Limburg <input type="checkbox"/> Vlaams-Brabant <input type="checkbox"/> Waals-Brabant <input type="checkbox"/> West-Vlaanderen <input type="checkbox"/> Oost-Vlaanderen <input type="checkbox"/> Luik <input type="checkbox"/> Namen <input type="checkbox"/> Henegouwen <input type="checkbox"/> Luxemburg <input type="checkbox"/> Brussel Hoofdstedelijk Gewest
4. Op het moment bent u :	<input type="checkbox"/> Samenwonend zonder kind(eren) <input type="checkbox"/> Samenwonend met kind(eren) <input type="checkbox"/> Alleen zonder kind(eren) <input type="checkbox"/> Alleen zonder kind(eren)
5. Uw beroepssituatie :	<input type="checkbox"/> Loontrekkend <input type="checkbox"/> Zelfstandig <input type="checkbox"/> Werkzoekend <input type="checkbox"/> Gepensioneerd <input type="checkbox"/> Arbeidsongeschikt <input type="checkbox"/> Andere (verduidelijk) :
6. Wanneer werd bij u de diagnose diabetes type 2 gesteld ?	<input type="checkbox"/> 0 tot 12 maanden geleden <input type="checkbox"/> 1 tot 2 jaar geleden <input type="checkbox"/> 2 tot 5 jaar geleden <input type="checkbox"/> Meer dan 5 jaar geleden
7. Hebben andere mensen in uw nabije omgeving diabetes ?	<input type="checkbox"/> Ja <ul style="list-style-type: none"> o Ouders o Broer(s) en/of zus(sen) o Kind(eren) o Andere (verduidelijk) : <input type="checkbox"/> Nee
8. Bent u lid van een diabetes vereniging?	<input type="checkbox"/> Ja <ul style="list-style-type: none"> o Association Belge du Diabète (ABD) o Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) o Andere (verduidelijk) : <input type="checkbox"/> Nee

9. Kent u de diabetespas ?	<input type="checkbox"/> Ja en ik heb er één <input type="checkbox"/> Ja maar ik heb er geen <input type="checkbox"/> Nee
10. In het kader van de behandeling van uw diabetes	<input type="checkbox"/> Volg ik een zorgtraject <input type="checkbox"/> Andere →vraag 25
11. Sinds wanneer volgt u een zorgtraject ?	<input type="checkbox"/> sinds 2009 <input type="checkbox"/> sinds 2010 <input type="checkbox"/> sinds 2011 <input type="checkbox"/> sinds 2012
12. Hoe heeft u het bestaan van het zorgtraject leren kennen? (Wie heeft u er als eerste over gesproken) <i>Meerdere antwoordenmogelijk</i>	<input type="checkbox"/> Mijn huisarts <input type="checkbox"/> De diabetoloog <input type="checkbox"/> De oogarts <input type="checkbox"/> Een verpleegkundige <input type="checkbox"/> Een diëtist(e) <input type="checkbox"/> Een podoloog <input type="checkbox"/> Een diabeteseducator <input type="checkbox"/> Een kinesist <input type="checkbox"/> Een andere patiënt <input type="checkbox"/> De omgeving (vrienden, familielid, kennis) <input type="checkbox"/> Documentatie <input type="checkbox"/> Een mutualiteit <input type="checkbox"/> De website " www.zorgtraject.be" <input type="checkbox"/> De Association Belge du Diabète (ABD) <input type="checkbox"/> De Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) <input type="checkbox"/> Een andere vereniging (verduidelijk) <input type="checkbox"/> Ik heb de informatie zelf gevonden <input type="checkbox"/> Andere (verduidelijk) :
13. Waarom hebt u beslist in het zorgtraject te stappen ? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	<input type="checkbox"/> Omdat mijn huisarts mij dat heeft aangeraden <input type="checkbox"/> Omdat een andere arts mij dat heeft aangeraden <ul style="list-style-type: none"> ○ Een ziekenhuisspecialist ○ Een specialist ○ Een andere arts (verduidelijk) <input type="checkbox"/> Omdat een andere zorgverlener mij dat heeft aangeraden <input type="checkbox"/> Omdat een andere persoon mij dat heeft aangeraden <input type="checkbox"/> Omwille van de financiële voordelen van het zorgtraject <input type="checkbox"/> Om beter begeleid te worden <input type="checkbox"/> Om mijn diabetes beter te begrijpen <input type="checkbox"/> Om actief mee te werken aan mijn behandeling <input type="checkbox"/> Om beter opgevolgd te worden <input type="checkbox"/> Om me beter te verzorgen <input type="checkbox"/> Andere (verduidelijk) :

14. In het kader van het zorgtraject raadpleeg ik	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JNooit</th> <th>1keer per jaar</th> <th>2 tot 3 keer per</th> <th>Minstens elke trimester</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Een podoloog</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>En diëtiste(e)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Een oogarts</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Een diabeteseducator</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Een verpleegkundige</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>De diabetoloog</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>De huisarts</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Andere (verduidelijk).....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		JNooit	1keer per jaar	2 tot 3 keer per	Minstens elke trimester	Een podoloog					En diëtiste(e)					Een oogarts					Een diabeteseducator					Een verpleegkundige					De diabetoloog					De huisarts					Andere (verduidelijk).....				
	JNooit	1keer per jaar	2 tot 3 keer per	Minstens elke trimester																																										
Een podoloog																																														
En diëtiste(e)																																														
Een oogarts																																														
Een diabeteseducator																																														
Een verpleegkundige																																														
De diabetoloog																																														
De huisarts																																														
Andere (verduidelijk).....																																														
15. Heeft u de brochure « Stappenplan voor uw zorgtraject » ontvangen ?	<input type="checkbox"/> Ja Indien ja : van <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mijn huisarts <input type="checkbox"/> De diabetoloog <input type="checkbox"/> Een diabeteseducator <input type="checkbox"/> Een mutualiteit <input type="checkbox"/> Ik heb de brochure gedownload op de website <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Van de Association Belge du Diabète (ABD) <input type="checkbox"/> Van de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) <input type="checkbox"/> Van RIZIV <input type="checkbox"/> « www.zorgtraject.be » <input type="checkbox"/> Andere (verduidelijk) : <input type="checkbox"/> Andere (verduidelijk)..... <input type="checkbox"/> Nee																																													
16. De voornaamste informatie over de inhoud van het zorgtraject kreeg ik van	<input type="checkbox"/> Mijn huisarts <input type="checkbox"/> De diabetoloog <input type="checkbox"/> Een diabeteseducator <input type="checkbox"/> Andere (verduidelijk) :																																													
17. Wie zou volgens u de informatie over het zorgtraject moeten geven ?	<input type="checkbox"/> Mijn huisarts <input type="checkbox"/> De diabetoloog <input type="checkbox"/> Een diabeteseducator <input type="checkbox"/> Andere (verduidelijk) :																																													

Wij vragen u nu om bij elke stelling een cijfer aan te duiden dat het beste bij uw mening

past (1=geheel niet akkoord, 5=helemaal akkoord).

Indien de stelling voor u niet van toepassing is of indien u geen mening wenst uit te drukken over een stelling, kies dan "zonder mening".

	☹			☺			zonder mening
	1	2	3	4	5		
	Geheel niet akkoord			Helemaal akkoord			

18. Informatie over de inhoud van het zorgtraject

<i>Ik ken het verloop van het zorgtraject goed</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>De brochure "Stappenplan voor uw zorgtraject" is nuttig en goed opgesteld</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Ik heb de indruk dat personen met diabetes type 2 zin het algemeen voldoende geïnformeerd zijn over het zorgtraject</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>De informatie over het zorgtraject is gemakkelijk te vinden</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>De informatie over het zorgtraject is gemakkelijk te begrijpen</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>In het algemeen ben ik zeer tevreden over de informatie die ik kreeg</i>	1	2	3	4	5	ZM

19. Deelname aan het zorgtraject

<i>Ik vind dat de deelname aan het zorgtraject financieel interessant is</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>De deelname aan het zorgtraject lijkt mij financieel voordeliger dan de conventie</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>De deelname aan het zorgtraject geeft de persoon met diabetes type 2 een goed controlegevoel over zijn/haar gezondheidstoestand</i>	1	2	3	4	5	ZM

20. Mijn levenskwaliteit als diabetes type 2 patiënt

<i>Sinds ik in een zorgtraject zit, ben ik fitter</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Sinds ik in een zorgtraject zit, wordt mijn diabetes beter behandeld</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Sinds ik in een zorgtraject zit, voel ik minder pijn veroorzaakt door mijn diabetes</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Sinds ik in een zorgtraject zit, pas ik mijn dagelijkse voeding beter aan mijn behoeften aan</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Sinds ik in een zorgtraject zit, is mijn sociaal leven aangenamer</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Sinds ik in een zorgtraject zit, heeft mijn omgeving een betere kennis van mijn diabetes</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Sinds ik in een zorgtraject zit, heb ik een beter begrip van mijn diabetes</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Sinds ik in een zorgtraject zit, maak ik me minder zorgen omtrent mijn diabetes</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Sinds ik in een zorgtraject zit, ben ik gerustgesteld omdat ik weet aan wie ik vragen kan stellen over mijn diabetes</i>	1	2	3	4	5	ZM
21. De organisatie van het zorgtraject						
<i>Ik ervaar het zorgtraject als een samenwerking tussen 3 partijen : de patiënt, zijn huisarts en de specialist</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Het zorgtraject laat mij actief deelnemen aan mijn behandeling</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Ik beschik over een persoonlijk behandelingsplan</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Een team zorgverleners begeleidt mij in mijn zorgtraject</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Mijn huisarts is de eerste aanspreekpersoon in verband met mijn diabetes</i>	1	2	3	4	5	ZM

<i>Ik heb de indruk dat mijn huisarts en diabetoloog nauw samenwerken</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Ik heb de indruk dat mijn omgeving het zorgtraject goed kent</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>Mijn omgeving ondersteunt mij in mijn deelname aan het zorgtraject</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>De diabeteseducator begeleidt me in de kennis en de opvolging van mijn diabetes</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>In het kader van de opvolging door de diabeteseducator zou het interessant zijn sommige thema's aan te halen in groepsverband met andere patiënten</i>	1	2	3	4	5	ZM
<i>De administratieve formaliteiten voor de deelname aan het zorgtraject zijn aanvaardbaar</i>	1	2	3	4	5	ZM
22. In het algemeen, bent u tevreden over het zorgtraject voor de opvolging van uw diabetes ?	<input type="checkbox"/> Zeer ontevreden <input type="checkbox"/> Ontevreden <input type="checkbox"/> Noch ontevreden/noch tevreden <input type="checkbox"/> Tevreden <input type="checkbox"/> Zeer tevreden					
23. Zou u een persoon met diabetes type 2 aanraden in een zorgtraject te stappen ?	<input type="checkbox"/> Zeker niet <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk niet <input type="checkbox"/> Misschien wel / misschien niet <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk <input type="checkbox"/> Zeker					

24. Moet men het zorgtraject verbeteren ?

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien wel/ Misschien niet	Waarschijnlijk	Zeker
Wat de financiële voorwaarden betreft					
Wat de ontvangen informatie betreft					
Wat het ter beschikking gestelde materiaal betreft					

Wat de informatie aan de omgeving betreft					
<p>Heeft u suggesties ?</p> <p>→ einde van de vragenlijst</p>					

25.Momenteel	<input type="checkbox"/> Ben ik opgenomen in een diabetesconventie <input type="checkbox"/> Volg ik geen specifieke behandeling <input type="checkbox"/> Andere (verduidelijk).....
26.Waarom bent u niet in een zorgtraject gestapt ?	<input type="checkbox"/> Ik weet niet wat een zorgtraject is <input type="checkbox"/> Ik weet niet welke voordelen dat voor mij zou kunnen opbrengen <input type="checkbox"/> Ik heb er geen behoefte aan <input type="checkbox"/> Ik kom niet in aanmerking voor een zorgtraject <input type="checkbox"/> Ik heb verplaatsingsmoeilijkheden <input type="checkbox"/> Ongunstig advies van mijn omgeving <input type="checkbox"/> Ongunstig advies van een arts <input type="checkbox"/> Andere (verduidelijk).....
<p>U kan hier nog commentaar, suggesties en/of opmerkingen toevoegen of ons eventueel op de hoogte brengen van andere aspecten waar nog geen sprake over was :</p>	
Hoe heeft u deze enquête ingevuld ?	<input type="checkbox"/> Alleen <input type="checkbox"/> Met de help van iemand uit mijn omgeving (vrienden, familie, buur,...) <input type="checkbox"/> Andere

Bibliografie

Artikels

- Persbericht RIZIV – lancering zorgtrajecten op <http://www.riziv.fgov.be/news/nl/press/pdf/press20080701.pdf>
- Delvaux Joëlle, "Première évaluation positive des trajets de soins" op http://www.rmlnamurois.be/DocumentsRML/Articles/Premiere_eval_positive_TDS.pdf
- Artikel "tds diabète : un anniversaire en demi-teinte" op de site van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Namen http://www.rmlnamurois.be/DocumentsRML/Articles/Le_generaliste_2septembre2010.pdf
- Artikel "Trajet de soins diabète, un an après, un goût de trop peu" op de site van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Namen op http://www.rmlnamurois.be/DocumentsRML/Articles/tds_medisphere.pdf
- ZORGTRAJECTEN EN LOKAAL MULTIDISCIPLINAIR NETWERK: inleiding van het symposium ingericht door de BVAS op 7 april 2009 op http://www.amf-vvh.be/news/news_news_250
- Zorgtrajecten hebben een enorm potentieel (site van de onafhankelijke ziekenfondsen) op <http://www.mloz.be/nl/node/2564>
- Première évaluation positive des trajets de soins (onafhankelijke ziekenfondsen) http://www.enmarche.be/Sante/Maladies/Diabete_1ere_evaluation_positive_7octobre2010.htm
- Artikel "Te weinig personen met diabetes in zorgtraject", Artsenkrant
- Artikel "Zorgtrajecten hebben een enorm potentieel", Artsenkrant, 17/06/'11
- Artikel "Collaborer pour mieux innover", La Tribune, 27/02/'12 (Canada)
- Artikel "Comment vivre avec son diabète", Magazine santé mutualistes, 06/04/'11 (Frankrijk)
- Hoofdartikel "Pourquoi se faire membre d'une association de patients ?", ABD, 2008
- Artikel "De omkadering van diabetici", Plus Magazine, 23/02/'12
- Artikel "Trajet de soins et diabète : la Wallonie et Bruxelles décollent lentement", dhnet, 08/10/'10
- Artikel "Diabète : près de 500 milliard de malades en 2030", Destination santé (web), 17/02/'12 (Frankrijk)
- Artikel "Quand le diabète des adultes frappe les jeunes", Planète Santé, 06/02/'12 (Zwitserland)
- "Resolutie van het Europees Parlement over de ontwikkeling van een EU-strategie voor diabetes", www.europa.eu, 14/03/2012

Brochures

- Diverse auteurs, Participatieve methoden, een gids voor gebruikers, Koning Boudewijnstichting, 2006, 204 p.

- Diabète type 2: votre trajet de soins pas à pas
- Diabetes type 2: stappenplan voor uw zorgtraject

Studies, rapporten, presentaties

- RIZIV, Jaarverslag 2007, 4^e deel: thematische uiteenzettingen : Diabetes in België, stand van zaken, pp. 45-52
- KCE, De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg, KCE Reports vol 27B, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2006, 108 p.
- Vanoverloop J., Onderzoek van levenskwaliteit en zorgconsumptie bij diabetici, Socialistische Mutualiteiten, 2012, 51 p.
- Zorgtraject CNI op http://www.dialyserhms.be/trajet_de_soins_uremique/trajet_soins_uremique2009_05_14.pdf

Boekwerken

Pellemans P. (1999), Recherche Qualitative en Marketing – Perspective psychoscopique, De Boeck Université, Brussel.

Doctoraal proefschrift

Aujoulat I. *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique* [Doctoraal proefschrift over

volksgezondheid]. Leuven (België) : Université catholique de Louvain ; 2007

Webologie

- Passeport santé : Vue d'ensemble sur le diabète et descriptif des formes de diabète, conseils et infos sur les complications:
http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/SectionSpeciale.aspx?doc=diabete_spec
- Site van de Christelijke Mutualiteit – instrumenten ontworpen door Infor Santé ter ondersteuning van diabetespatiënten en hun omgeving:
http://www.mc.be/fr/135/avantages_et_services/conseils_et_services_aide/service_de_promotion_de_la_sante/personnes_diabetiques/index.jsp
- <http://www.zorgtraject.be/NL/Professioneel/Huisarts/Diabetes/default.asp#>
- Belang van de omgeving bij de begeleiding van diabetes type 2:
<http://chronisante.inist.fr/spip.php?article535>

- Quebec: filmpje over de complicaties bij diabetes: <http://fr-ca.actualites.yahoo.com/vid%C3%A9o/actualites-22180765/les-ravages-du-diabete-27612814.html>
- Frankrijk – programma ter begeleiding van patiënten: telefonische support en netwerk van "patiënten-experts": <http://www.vivons-prevention.com/media-vous-n-etes-pas-seul-face-au-diabete-2920.html>
- Lokale Multidisciplinaire Netwerken (zie lijst op <http://www.trajetsdesoins.be/fr/Professionnels/network/pdf/pilotProjects.pdf>)
- Lokaal netwerk Carolo <http://www.sisdcarolo.be/pages/rlm.html>
- Lokaal Multidisciplinair Netwerk Namen: http://www.rlmnamurois.be/index.php?option=com_content&view=category&id=66&Itemid=213
- Multidisciplinair Netwerk Brussel: <http://www.rmlb.be/home>
- Multidisciplinair Netwerk Henegouwen: http://www.rlmrc.be/un_trajet_de_soins.html
- Maisons du diabète (Frankrijk + Dinant) : <http://www.maison-diabete.info/programme-de-votre-maison.php>
- Diabetesvereniging in de provincie Luxemburg: <http://www.diabete-luxembourg.be/les-maisons-du-diabete/>

**Het zorgtraject diabetes type 2:
evaluatie van de patiënttevredenheid en perceptie van de ervaringen**

Analyse en eerste conclusies op het rapport van BSM
door de Vlaamse Diabetes Vereniging vzw (VDV) en de Association Belge du Diabète asbl (ABD)

April 2013

Toelichting

Onderzoek

De algemene doelstelling van de studie “Het zorgtraject type 2: evaluatie van de patiënttevredenheid en perceptie van de ervaringen”, uitgevoerd door bsm-management, bestaat erin de tevredenheid, ervaringen en perceptie van patiënten in een zorgtraject diabetes type 2 te meten samen met de impact van dat zorgtraject op de levenskwaliteit van die mensen.

Op die manier wil men de patiëntoriëntatie en het zorgproces continu verbeteren.

Hiervoor werd een verkennende studie, bestaande uit documentair onderzoek en verkennende gesprekken, uitgevoerd.

In de tweede fase deed men een kwalitatieve studie bij patiënten en in de laatste fase werd een kwantitatieve studie onder patiënten uitgevoerd.

Wij hebben voor het formuleren van conclusies de resultaten van de kwantitatieve studie getoetst aan de doelstellingen van het zorgtraject diabetes type 2, zoals vermeld op [www. Zorgtraject.be](http://www.Zorgtraject.be):

- georganiseerde aanpak en opvolging van de patiënt;
- optimale samenwerking tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners;
- patiënt de ziekte en de opvolging doen begrijpen;
- verbeteren van kwaliteit van zorgverlening.

Bemerkingen

Niettemin moeten we de conclusies met enige nuance bekijken.

Deze evaluatie was een eerste oefening waarbij op dergelijke manier de ervaringen met een welbepaald zorgsysteem werden bevestigd bij patiënten.

Omwille van de beperkte beschikbare middelen is de bevestiging ook niet kunnen gebeuren bij een zeer uitgebreide groep.

Belangrijk is ook dat er geen voorgaande is waardoor de conclusies niet kunnen afgemeten worden tegenover resultaten uit eerdere bevestigingen.

Nochtans is de impact zeer belangrijk.

Ten eerste is er de meerwaarde van het feit dat in de evaluatie van een zorgsysteem principieel is gekozen om ook de gebruiker/patiënt te bevestigen.

Daarnaast is gekozen om de ervaringen niet enkel te registreren maar ook te analyseren in functie van wat we hieruit kunnen leren en welke aandachtspunten in de toekomst kunnen bijdragen tot een positieve bijsturing.

Opvolging

Tot slot durven we pleiten voor een continuering van de evaluatie.

Deze methodiek herhalen kan het mogelijk maken om evoluties te registreren en bevindingen te vergelijken. Zowel de online bevraging als de focusgroepen zijn hiervoor aangewezen methodieken. Aanvullend is het zinvol om te overwegen om de groep patiënten die moeilijk te bereiken is via de digitale kanalen op andere manieren te betrekken.

Omdat een zorgtraject-contract voor 4 jaar geldt, lijkt het ons dan ook aangewezen om als eerste interval een nieuwe bevraging te organiseren na het verstrijken van deze termijn voor de eerste contracten, m.a.w. in 2014.

Omwille van hun vertegenwoordiging van mensen met diabetes, hun hoge representativiteit (meer dan 37.500 aangesloten leden), hun neutraliteit en het feit dat zij zowel patiënten als zorgverleners vertegenwoordigen, zijn de Vlaamse Diabetes Vereniging en l'Association Belge du Diabète uitermate geschikt om deze repetitieve oefening te doen, door middel van ondersteuning van de bevoegde autoriteiten volgend op de steun van de Koning Boudewijnstichting voor deze eerste bevraging.

Conclusies en aanbevelingen

Algemene conclusie

Als algemene conclusie kunnen we stellen dat een deel van de mensen met diabetes, hun omgeving en de verschillende zorgverleners rondom hen **nog onvoldoende op de hoogte** zijn van het zorgtraject en er dus nog onvoldoende gebruik van maken. Daardoor krijgen niet alle mensen met diabetes de meest geschikte diabeteszorg.

Verder merken we vooral op dat de taak en de meerwaarde van een **diabeteseducator nog te weinig gekend** is.

Anderzijds vertellen de resultaten dat mensen die in het zorgtraject zijn opgenomen en het kennen, meestal **tevreden** zijn en het zorgtraject ook **aanbevelen**. Op die manier leren ook anderen het zorgtraject kennen. We stellen wel vast dat ondanks de tevredenheid men nog **niet altijd het stappenplan kent en gebruikt**.

Uit de studie kunnen we ook concluderen dat de respondenten ervaren dat het Zorgtraject Diabetes een manier is om **waardevolle multidisciplinaire diabeteszorg** te kunnen genieten.

Algemene aanbeveling

Als algemene aanbeveling stellen we voor dat zowel mensen met diabetes, hun omgeving, als de omringende zorgverleners **nog beter geïnformeerd** moeten worden over het bestaan en de werking van een zorgtraject diabetes type 2.

Door deze betere kennis kan het aantal zorgtraject-contracten toenemen. Daardoor kunnen de voordelen en de kwaliteit van dit zorgsysteem betere diabeteszorg bieden aan mensen met diabetes in die specifieke situatie waarvoor het zorgtraject diabetes type 2 bedoeld is.

Daarbij is ook belangrijk dat de kracht benadrukt wordt van de **inclusie van diabeteseducatie** en de functie van de **huisarts als coördinator** binnen het zorgtraject.

Het **verspreiden van informatie** aan zowel de ruime bevolking, mensen met diabetes en professionele zorgverleners mag zeker niet stilvallen maar moet integendeel eerder aangescherpt worden om de groei van de zorgtrajecten te garanderen én de doelstellingen te bereiken:

- georganiseerde aanpak en opvolging van de patiënt;
- optimale samenwerking tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners;
- patiënt de ziekte en de opvolging doen begrijpen.

Tegelijkertijd is een strenge **bewaking van de kwaliteit van de diabeteszorg** binnen de zorgtrajecten noodzakelijk om te voldoen aan de vooropgestelde doelstelling 'verbeteren van kwaliteit van zorgverlening' van het zorgtraject diabetes type 2.

Bespreking van de Resultaten

In de onderstaande toelichting bespreken we de resultaten van de kwantitatieve studie 'per onderdeel en geven we telkens conclusies en aanbevelingen mee. Daarbij vermelden we steeds de meest relevante of frappante cijfers/antwoorden als inleiding. Voor de volledige gegevens verwijzen we naar de resultaten in het volledige rapport.

In totaal hebben 614 personen de online enquête beantwoord. De meesten hebben dit alleen gedaan zodat er weinig beïnvloeding van hun antwoorden is ontstaan door omgeving of zorgverleners.

De resultaten van de kwantitatieve bevraging kunnen aangevuld worden met de conclusies van bsm-management over de kwalitatieve bevraging via focusgroepen, door hen uitgevoerd (te vinden in het volledige rapport). Deze bevindingen zijn vooral oriënterend geweest voor het opstellen van de vragenlijst gebruikt in de kwantitatieve studie, eveneens uitgevoerd door bsm-management.

Kenmerken van de respondenten (5.1 in de studie)

43 % van de ondervraagden zijn ouder dan 65 jaar.

Conclusie

Deze groep vraagt een specifieke aanpak wat betreft het verspreiden van informatie en educatie.

Aanbeveling

De informatie heel toegankelijk maken en wijd verspreiden zodat deze het doelpubliek echt bereikt.

Zorgtraject (5.2 in de studie)

Profiel van de ondervraagden (5.2.a in de studie)

48 % van de ondervraagden zijn opgenomen in het zorgtraject,

52 % zijn niet opgenomen in het zorgtraject,

75 % zijn lid van een vereniging.

Conclusie

Mensen die lid zijn van een patiëntenvereniging lijken meer geïnformeerd te zijn dan mensen die geen lid zijn.

Aanbeveling

De drempel naar een lidmaatschap bij een vereniging zo laag mogelijk houden en stimuleren. Zo krijgen meer mensen de kans geïnformeerd te worden rond het zorgtraject.

Eerste contact met het zorgtraject (5.2.b in de studie)

In 53 % van de situaties is de huisarts de voornaamste informatievector in het Vlaams Gewest.

Conclusie

De huisarts speelt binnen het zorgtraject een belangrijke coördinerende rol.

Aanbeveling

De huisarts beter informeren rond het zorgtraject en de verschillende spelers in het veld: een multidisciplinaire aanpak moet zoveel mogelijk gestimuleerd worden, zowel in het Vlaams Gewest als in Wallonië en Brussel.

In 55 % van de situaties is de diabetesspecialist de voornaamste informatievector in Wallonië/Brussel.

Conclusie

In Wallonië en Brussel (+50%) maar ook in het Vlaams Gewest blijkt de huisarts onvoldoende op de hoogte van het zorgtraject.

Aanbeveling

De huisarts nog beter informeren om de coördinerende rol te vervullen die hem is toebedeeld binnen het Zorgtraject diabetes type 2.

De Vlaamse Diabetes Vereniging is de derde informatievector in het Vlaams Gewest.

Conclusie

Patiëntenverenigingen spelen een belangrijke rol in informatieverstrekking.

Aanbeveling

Aangezien één van de doelstellingen van de Vlaamse Diabetes Vereniging, en bij uitbreiding l'Association Belge du Diabète in Franstalige België, erin bestaat iedereen naar de best mogelijke diabeteszorg te leiden, kunnen zij een belangrijke rol spelen in het verspreiden van informatie aan de patiënt.

Bewegredenen om in het zorgtraject te stappen (5.2.c in de studie)

45 % stapt in het zorgtraject om beter opgevolgd te worden (Wallonië en Brussel)

41 % en 40 % om beter begeleid te worden (Wallonië en Brussel – Vlaams Gewest)

33 % om actief mee te werken aan de behandeling (Wallonië en Brussel – Vlaams Gewest)

43 % om zich beter te verzorgen (Wallonië)

35 % omwille van de financiële voordelen van het zorgtraject (Wallonië en Brussel – Vlaams Gewest)

Conclusie

De bewegredenen om in het zorgtraject te stappen beantwoorden grotendeels aan wat beoogd is bij de opstart van het zorgtraject.

Aanbeveling

Meer inzetten op promotie van de zorgtrajecten.

Informatie over de inhoud van het zorgtraject (5.2.d in de studie)

35 % heeft de informatie ontvangen van de diabeteseducator,
32 % van de specialist,
28% van de huisarts.

Conclusie

Gezien de huisarts een coördinerende rol speelt in het zorgtraject diabetes type 2 en bij hem tijdens een consultatie een zorgtraject wordt afgesloten, is het verwonderlijk dat toch zoveel mensen de informatie van een educator krijgen terwijl deze pas na de goedkeuring van het zorgtraject ingeschakeld wordt.

Aanbeveling

- de huisarts informeren en motiveren om zijn coördinerende rol op zich te nemen;
- de educator in een vroeger stadium in the picture laten komen want deze heeft de nodige expertise om de patiënt te informeren en te motiveren om zijn ziekte in eigen handen te nemen;
- bij het toesturen van de goedkeuring naar patiënt en huisarts duidelijk verwijzen naar educatoren in de regio kan de drempel verlagen om contact op te nemen met de diabeteseducator.

Kennis over de inhoud van het zorgtraject en zijn werking (5.2.e in de studie)

22 % van de ondervraagden in het Vlaams Gewest en
25 % van Wallonië en het Brussels Gewest, zegt dat hun omgeving het zorgtraject niet goed kent.

Conclusie

Nog te weinig mensen zijn op de hoogte van het bestaan en de inhoud van het zorgtraject diabetes type 2. De recente opstart ervan zou hierin een rol kunnen spelen.

Aanbeveling

Het verspreiden van informatie verspreiden rond de zorgtrajecten, opvoeren.

Patiëntenverenigingen kunnen hierin een rol spelen.

Personen met diabetes zo snel mogelijk verwijzen naar een vereniging kan het bekomen van informatie versnellen en zo de diabeteszorg verder optimaliseren. Ook zorgverleners moeten goed geïnformeerd worden, zo kan een interdisciplinaire aanpak sneller tot stand komen.

Raadplegingen in het kader van het zorgtraject (5.2.f in de studie)

45 % van de ondervraagden in Wallonië en in Brussel ontmoet nooit een diabeteseducator tegenover,
22 % in het Vlaams Gewest.

Conclusie

Binnen het zorgtraject kunnen glucometer en glucosestrips enkel afgeleverd worden door de apotheker met het verplichte document 'aanvraag glucometer, glucosestrips'. Aangezien bijna de helft van de ondervraagden in Wallonië en Brussel ondanks deze verplichting, nooit een

educator ontmoet, kan betekenen dat het stappenplan in Wallonië en Brussel onvoldoende gekend is en/of gevolgd wordt of er te weinig educatoren zijn. Zo genieten waarschijnlijk weinig mensen, opgenomen in het zorgtraject, van het voordeel controle materiaal en van de aangeboden educatie.

Aanbeveling

Ervoor zorgen dat het stappenplan gekend is en van bij de start correct gevolgd wordt door de verspreiding van informatie op grote schaal zowel naar mensen met diabetes als naar professionelen.

73 % van de ondervraagden in Wallonië en Brussel gaat 2 tot 3 x per jaar bij de diabetoloog tegenover slechts 37% van de ondervraagden in het Vlaams Gewest.

Conclusie

Belangrijk is dat iedereen met diabetes de meest optimale diabeteszorg krijgt. Dat zoveel meer mensen in Wallonië en Brussel vaker bij de diabetoloog gaan dan in het Vlaams Gewest kan verschillende oorzaken hebben:

- ofwel zijn er minder huisartsen op de hoogte van diabetes en worden de mensen met diabetes vlugger doorgestuurd naar de endocrinoloog;
- ofwel wordt de behandeling anders ingesteld en zijn er meer mensen met diabetes in de conventie opgenomen;
- ofwel kennen de huisartsen het zorgtraject niet zo goed en willen ze hun patiënt een goede diabeteszorg verzekeren door hen naar de endocrinoloog te sturen.

Aanbeveling

Ervoor zorgen dat iedere hulpverlener voldoende kennis heeft van de verschillende zorgsystemen om de gepaste diabeteszorg in de juiste situatie aan te bevelen. Het zorgtraject is hierbij de nieuwste aanvulling.

Voordelen die men ondervond bij de deelname aan het zorgtraject (5.2.g in de studie)

Empowerment van de patiënt

De meeste ondervraagden benadrukken dat het zorgtraject een gunstig effect heeft op het empowerment van de patiënt.

Conclusie

Door het zorgtraject krijgen meer mensen met diabetes een waardevolle multidisciplinaire diabeteszorg.

Aanbeveling

Indien nog meer mensen met diabetes in aanmerking komen voor het zorgtraject, krijgen nog meer personen de beste zorg. Afschaffen van de voorwaarde om een zorgcontract te ondertekenen op het ogenblik van een consultatie bij de huisarts.

Omgeving en sociaal leven

33% van de ondervraagden krijgt weinig steun van zijn/haar omgeving om de stap naar een zorgtraject te zetten

Conclusie

Men kan ervan uitgaan dat de omgeving het zorgtraject niet of onvoldoende kent om een steun te kunnen zijn voor de persoon met diabetes.

Aanbeveling

Een informatiekanaal voorzien waarlangs mantelzorgers en de ruimere omgeving van de persoon met diabetes, geïnformeerd worden.

Financiële aspecten

De meeste ondervraagden vinden dat het zorgtraject financieel interessant is.

Conclusie

Doordat mensen het zorgtraject als financieel aantrekkelijk ervaren, komen ze gemakkelijker in een systeem waarbij diabeteseducatie een belangrijke factor is.

Aanbeveling

Het systeem financieel aantrekkelijk houden zodat via deze weg de factor educatie aan populariteit wint.

In Wallonië en Brussel vinden de ondervraagden, meer dan in het Vlaams Gewest, dat het zorgtraject financieel interessanter is dan de conventie.

Conclusie

Ondanks het feit dat in Wallonië en Brussel, de ondervraagden vaker de endocrinoloog raadplegen (zie 5.2.f.), vinden ze dat het zorgtraject méér financiële voordelen biedt.

Aanbeveling

Alle professionelen goed informeren, zodat ze optimaal informeren over de verschillende zorgsystemen om de beste diabeteszorg in de juiste situatie te verlenen, die ook financieel interessant is én tegelijkertijd toelaat de maximale educatie te geven.

Perceptie van de organisatie van de zorgtrajecten

66% van de respondenten ziet het zorgtraject als een partnership tussen patiënt, huisarts en specialist.

Conclusie

Aangezien het zorgtrajectcontract moet worden ondertekend door patiënt, huisarts en specialist, zijn deze automatisch aan elkaar verbonden.

Aanbeveling

De ondertekening door deze drie personen blijft best bestaan om het zorgtraject 'waarde' te geven.

62% van de ondervraagden ervaart de huisarts als eerste aanspreekpunt.

Conclusie

De huisarts speelt een belangrijke rol in het opstarten en coördineren van een zorgtraject.

Aanbeveling

De huisarts moet op zijn coördinerende rol kunnen worden gewezen.

46% van de ondervraagden heeft de indruk dat huisarts en diabetoloog samenwerken.

Conclusie

Als alle diabetesactoren binnen het zorgtraject hun toebedeelde taak correct uitvoeren en aandacht hebben voor multidisciplinaire zorg krijgt de persoon met diabetes een goede diabeteszorg.

Aanbeveling

Multidisciplinaire diabeteszorg wordt best verder aangemoedigd in het voordeel van de persoon met diabetes.

52% van de ondervraagden beschouwen de diabeteseducator als een begeleider in het zorgtraject.

Conclusie:

De diabeteseducator heeft naast de huisarts en specialist eveneens een belangrijke taak in het verstrekken van de beste diabeteszorg.

Aanbeveling:

De diabeteseducator zou zo vlug mogelijk zijn/haar plaats moeten krijgen binnen het zorgtraject zodat er geen zorgtrajecten worden opgestart zonder dat de diabeteseducator aan bod komt. De afspraak dat de diabeteseducator samen met de patiënt de meest geschikte glucometer kiest en het nodige document voor aflevering van glucometer en strips meegeeft, moet in elk geval gerespecteerd worden.

44 % van de ondervraagden staat open voor educatie in groepsverband

Conclusie:

Groepseducatie heeft allicht ook zijn waarde maar mist misschien de doelstelling van de individuele benadering van de persoon met diabetes binnen het zorgtraject diabetes type 2.

Aanbeveling

Groepseducatie gestructureerd aanbieden in een beginstadium van diabetes als aanvulling op het zorgtraject diabetes type 2 kan worden overwogen.

Levenskwaliteit

8% van de ondervraagden beschikken niet over een persoonlijk behandelingsplan.

Conclusie

De doelstelling van de zorgtrajecten, de patiënt zijn ziekte en de opvolging doen begrijpen en in eigen handen te nemen, lijkt niet voor iedereen mogelijk. Soms is het kennen van een aantal streefwaarden een haalbare kaart en blijft een professionele opvolging broodnodig.

Aanbeveling

Opvolgeducaties zijn nodig als blijvende begeleiding van mensen met diabetes die zijn opgenomen in het zorgtraject.

Toch zegt 74% van de ondervraagden dat hun diabetes beter behandeld wordt sinds ze in het zorgtraject zitten.

Conclusie

De doelstelling, verbeteren van kwaliteit van zorgverlening, wordt in veel gevallen bereikt.

Aanbeveling

Mensen met diabetes blijven informeren over het bestaan van een zorgtraject om algemeen de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen.

Algemene tevredenheid over het zorgtraject (5.2.h in de studie)

77% van de deelnemers aan het zorgtraject diabetes is tevreden of zeer tevreden over de diabetes-opvolging. Mensen die hun zorgtraject hebben aangevat in 2010 en 2011 zijn het meest tevreden.

Conclusie

De deelnemers die een zorgtraject hebben afgesloten bij de opstart in 2009, zijn iets minder tevreden over het zorgtraject dan diegenen die later gestart zijn. Hierbij stellen we vast dat naarmate het zorgtraject diabetes type 2 beter gekend is, de tevredenheid toeneemt.

Aanbeveling

Aangezien de tevredenheid verhoogt bij een betere kennis van het zorgtraject, blijft bekendmaking ervan bij de verschillende zorgverleners heel belangrijk.

Aanbeveling van het zorgtraject (5.2.i in de studie)

65% van de deelnemers zou het zorgtraject aanbevelen aan een andere persoon met diabetes type 2.

Conclusie:

De aanbeveling scoort lager dan de tevredenheid over de opvolging. Misschien betekent dit dat het zorgtraject als positief wordt ervaren voor de patiënt, maar nog kan verbeterd worden.

Aanbeveling

Een vlot verloop van het zorgtraject kan ervoor zorgen dat het meer wordt aanbevolen aan een ander persoon met diabetes. Een positief cascade-effect kan het gevolg zijn.

Verbetering van het zorgtraject vanuit het gezichtspunt van de respondenten (5.2.j in de studie)

Vanuit het oogpunt van de financiële voorwaarden
Vanuit het oogpunt van de ontvangen informatie
Vanuit het oogpunt van het materiaal dat men ter beschikking stelt
Vanuit het oogpunt van informatie voor de omgeving

Conclusie

De deelnemers geven aan dat ze wensen dat het zorgtraject op bovenstaande vlakken nog verbeterd, terugbetaling van naalden wordt meerdere malen aangehaald.

Aanbeveling

Verbeteringen aanbrengen aan de voorwaarden en voordelen van een zorgtraject diabetes op basis van een grondige evaluatie.

Bij deze vragen kregen deelnemers ook de kans individuele opmerkingen en commentaren te formuleren.

Conclusie

Als mensen de nodige informatie ontvangen en omringd worden door zorgverleners die volledig op de hoogte zijn en hun eigen taak binnen het zorgtraject naar behoren vervullen: informeren (huisarts, verpleegkundige, diëtist), educatie verstrekken (educator) en coördineren (huisarts), is de persoon met diabetes meer tevreden over het zorgtraject.

Aanbeveling

Alle actoren binnen het zorgtraject blijven informeren en wijzen op hun taak binnen het zorgtraject en multidisciplinaire samenwerking stimuleren.

Personen die niet in het zorgtraject zitten (5.3 in de studie)

83% van de ondervraagden kent de diabetespas

Conclusie

Zorgsystemen die al langer bestaan, zijn beter gekend.

Aanbeveling

Een nog betere organisatie van de aanpak en opvolging van de patiënt kan ervoor zorgen dat nog meer mensen in het zorgtraject kunnen worden opgenomen.

50 % van de deelnemers weet niet wat een zorgtraject is en 26 % weet niet welke voordelen het zorgtraject zou opbrengen.

Conclusie

Te veel patiënten kennen het zorgtraject niet of onvoldoende.

Aanbeveling

De zorgverlening nog verbeteren door mensen met diabetes, hun omgeving en de verschillende zorgverleners, vlotte informatiekkanalen aan te bieden. Diabetesverenigingen kunnen ook hierin een belangrijke rol spelen naar informeren van mensen met diabetes, hun nabije en ruimere omgeving en de professionele zorgverleners. Het aanbieden van een laagdrempelige, gratis infolijn kan hierbij een belangrijke rol spelen.

17 % van de deelnemers bevestigt niet aan de voorwaarden te voldoen om in een zorgtraject te stappen.

Conclusie

In sommige situaties beïnvloedt het voorbehoud en de onwetendheid van de huisarts of zorgverlener t.o.v. het zorgtraject, de perceptie van de persoon met diabetes. Als de zorgverlener het zorgtraject als positief ervaart en het voldoende kent, wordt de persoon met diabetes objectiever geïnformeerd.

Aanbeveling

De kwaliteit van de zorgverlening verbeteren door de juiste keuze te maken wat betreft het zorgsysteem, gebaseerd op voldoende kennis van de verschillende zorgsystemen.

Contact:

Stijn Deceukelier

Directeur van de Vlaamse Diabetes Vereniging vzw

Ottergemsesteenweg 456, 9000 Gent

T 09 220 05 20, M 0478 543 576, stijn.deceukelier@diabetes.be

www.diabetes.be