Hoe kan een huisarts zijn/haar patiënten overtuigen deel te nemen aan informatie- en educatiesessies?

Dr. Depovere Tine, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. A. Roex, Huisartsgeneeskunde KUL

Co-promotor: Prof. Dr. J. Buffels, Huisartsgeneeskunde KUL

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Hoe kan een huisarts zijn/haar patiënten overtuigen deel te nemen aan informatie- en educatiesessies?

Tine Depovere, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Ann Roex

Co-promotor: Prof. Dr. Johan Buffels

Praktijkopleider: Dr. Luc Martens

Context:
Gezien educatie een gunstige invloed heeft op de mortaliteit, morbiditeit en complicaties van diabetes, is in Anderlecht een regiohuis opgericht waar diabetespatiënten en hoogrisicopatiënten informatie- en educatiesessies in verband met hun aandoening kunnen bijwonen. Deze sessies worden verzorgd door diabeteseducatoren, diëtisten en huisartsen. In Anderlecht is er nood aan een dergelijke centraliserende en laagdrempelige structuur gezien het zorglandschap in Brussel een complex gegeven is.

Onderzoeksvraag:
Hoeveel en welke (pré)diabetespatiënten kunnen we door middel van het schrijven van een gerichte brief en een gesprek overtuigen om deel te nemen aan de georganiseerde informatie- en educatiesessies omtrent diabetes in het regiohuis?

Methode:
De studiepopulatie, met name meerderjarige patiënten met diabetes mellitis type 2 of een gestoorde nuchtere glycemie (prédiabetespatiënten), worden via het elektronisch medisch dossier geselecteerd. Aan deze patiënten wordt per post een brief verstuurd met de vraag op consult te komen bij hun huisarts om meer uitleg te krijgen over het regiohuis. Tijdens het consult krijgt de patiënt meer informatie en kan deze zich ook inschrijven voor de informatiesessies. Na het consult wordt een diabetes kennistoets afgenomen. De aanwezigheden op de sessies in het regiohuis worden geregistreerd. Om de redenen van niet participatie na te gaan wordt na afloop van de registratieperiode telefonisch contact opgenomen met de patiënten die geen sessies bijgewoond hebben.

Resultaten:
In totaal werden 343 patiënten aangeschreven waarvan 153 patiënten naar het consult zijn gekomen (44,61%). Uiteindelijk zijn er 82 patiënten naar het regiohuis gegaan (dit is 23,91% van de oorspronkelijk aangeschreven patiënten).
Het zijn vooral patiënten uit de leeftijdsgroep van 65 tot 84 jaar die op consult zijn gekomen en die naar de sessies zijn gegaan. Er is geen verschil tussen het aantal diabetespatiënten en het aantal patiënten met gestoorde nuchtere glycemie.
De score op de diabetes kennistoets varieert sterk. Er is toch een verschil in kennis tussen diabetespatiënten en prédiabetespatiënten. De patiënten die naar de sessies zijn geweest, scoren even goed op de kennistoets als de patiënten die niet naar de sessies zijn geweest.
De voornaamste redenen tot niet participatie waren: afspraak vergeten, geen interesse en het feit dat de patiënt nog geen diabetes heeft of dat de diabetes goed geregeld is.

Conclusies:
Bijna de helft van de geselecteerde patiënten zijn ingegaan op de brief. Een brief is een goed middel om het project bekend te maken. Iets meer dan de helft van de patiënten die op consult zijn gekomen (dus een vierde van de oorspronkelijk aangeschreven patiënten), is naar het regiohuis gegaan. Het resultaat op de kennisproef lijkt geen voorspeller te zijn voor het al dan niet bijwonen van de sessies.
Het project heeft een goede start genomen. Met de aanbevelingen die voortvloeien uit deze studie kan de werking van het regiohuis verder geoptimaliseerd worden.

E-mail: Tine.Depovere@vub.ac.be

ICPC-code: T90

Inhoudsopgave

Abstract 2

Inhoudsopgave 3

Inleiding 6

HELIX: een netwerk voor een betere dienstverlening 6

Huis voor gezondheid 7

"Het regiohuis" 7

De website www.zorgtrajectbrussel.be 9

Motivatie 9

Onderzoeksvragen 10

Literatuuronderzoek 11

Zoekstrategie 11

Diabetes mellitus: algemeen 11

Diagnose diabetes mellitus 12

Epidemiologie diabetes mellitus 12

Levensstijlaanpassingen 13

Diabeteseducatie 14

Doelstelling 16

Methode en materiaal 17

Methode 17

Informatie- en educatiesessies 221

Verwerking informatie 22

Ethische commissie 22

Resultaten 23

Algemeen 23

Hoeveel patiënten komen op consult naar aanleiding van de uitnodigingsbrief? 23

Welke patiënten komen op consult naar aanleiding van de uitnodigingsbrief? 24

Geslacht 24

Leeftijd 25

Taal 25

DM versus GNG 26

Glycemie 27

HbA1c 28

Hoe is het gesteld met de kennis over diabetes bij de patiënten die op consult komen? 29

Totaalscore diabetes kennistoets 29

Enkele vragen nader bekeken 32

Hoeveel en welke patiënten die op consult zijn geweest, komen naar de sessies in het regiohuis? 34

Geslacht 35

Leeftijd 35

DM versus GNG 36

Glycemie 37

HbA1c 38

Wat zijn de redenen om niet deel te nemen aan de sessies in het regiohuis? 39

Discussie 40

Bespreking van de resultaten 40

Sterktes en zwaktes van het onderzoek 45

Implementatie 47

Conclusie 49

Dankwoord 50

Referenties 51

Bijlagen 55

Bijlage I: uitnodigingsbrief in het Nederlands 55

Bijlage II: Uitnodigingsbrief in het Frans 56

Bijlage III: Informatiebrochure 57

Bijlage IV: Patiënteninformatie en Informed Consent 59

Bijlage V: Diabetes kennistoets origineel + puntenverdeling 66

Bijlage VI : Diabetes kennistoets in het Nederlands 69

Bijlage VII: Diabetes kennistoets in het Frans 73

1. Inleiding

1.1 HELIX: een netwerk voor een betere dienstverlening

Ik heb het genoegen gehad om als HAIO twee jaren in een “HELIX- praktijk” te mogen werken en zo kennis te maken met het Helix-netwerk, een netwerk dat bestaat uit 4 huisartsenpraktijken te Anderlecht. Het heeft tot doel een **betere dienstverlening** aan de patiënt te geven.

Tijdens de week is er permanent een arts van Helix beschikbaar,ook buiten de normale werkuren, waardoor de artsen van Helix **continuïteit van zorg** kunnen garanderen aan hun patiënten.

Alle praktijken werken met hetzelfde medische programma en houden van elke patiënt nauwgezet een **elektronisch medisch dossier** (EMD) bij waarin zoveel mogelijk gecodeerd gewerkt wordt.

De artsen komen 1 keer per maand samen. Tijdens deze vergaderingen worden casussen besproken, **projecten** op touw gezet en geëvalueerd, informatie uitgewisseld over de praktijkvoering enz. Op deze manier streven de artsen naar een continue **verbetering van de kwaliteit van zorg**.

De patiëntenpopulatie van de Helix-praktijken is zeer **gevarieerd**: jong en oud, verschillende nationaliteiten en culturen kunnen bij de artsen terecht voor zowel **preventieve als curatieve** zorg.

De artsen werken samen met andere medewerkers uit de eerste lijn maar ook met tweede en indien nodig derde lijn. **Communicatie** tussen de verschillende zorgverleners speelt hierbij een belangrijke rol gezien de huisarts toch diegene is die het volledige dossier van een patiënt kent en bijhoudt.

Er komen ook geregeld stagiairs in de praktijk stage lopen waardoor het netwerk ook een **educatieve** rol op zich neemt. (1)

1.2 Huis voor Gezondheid

Het Huis voor Gezondheid is een organisatie die in 2010 ontstaan is uit een project dat zorgverleners en organisaties samenbracht. Hun streefdoel is een efficiënte zorgorganisatie waardoor een toegankelijke en kwalitatieve zorg in Brussel kan aangeboden worden in het bijzonder aan de Nederlandstalige patiënt in Brussel. Om dit streefdoel te bereiken, biedt het Huis voor Gezondheid ondersteuning aan zorgverleners en organisaties van zorgverleners. (2)

1.3 "Het regiohuis"

Diabetes is een aandoening die een chronisch zorgmodel vergt waarin plaats is om gecoördineerd en geïntegreerd op de behoeften van de patiënt in te spelen. Deze uitdaging is in Brussel des te meer relevant gezien de specialistische zorgconsumptie in schril contrast staat met de chronische zorgbehoefte, socio-economische status van de Brusselse populatie en de etnische predispositie van sommige bevolkingsgroepen. De grootste uitdaging is het aanpassen van de levensstijl en het wegnemen van drempels die deze aanpassingen in de weg staan. Er is geen afdoende financiering voor kwalitatieve ondersteuning aan de burger bij deze aanpassingen. (3)

Mede op vraag van de artsen van het Helix-netwerk is het Huis voor Gezondheid in 2012 van start gegaan met 'het regiohuis', een project rond diabetes, om aan deze belangrijke uitdagingen tegemoet te komen.

Het regiohuis kon worden opgericht in het gezondheidscentrum van Anderlecht (zeer gekend bij de lokale bevolking) dankzij de steun van de gemeente. Het doel van het regiohuis is op

laagdrempelige wijze informatie- en educatiesessies omtrent diabetes aanbieden aan de inwoners van Anderlecht.

In het regiohuis wordt het volgende aangeboden:

- **Algemene informatiesessies** omtrent diabetes: deze gratis sessies zijn toegankelijk voor alle inwoners van Anderlecht en worden voorzien in beide landstalen. Deze sessies worden verzorgd door een huisarts, diëtist en diabeteseducator (afhankelijk van het onderwerp). De sessies gaan door op zaterdagvoormiddag (van 10h tot 12h) waarbij aan de hand van een powerpointpresentatie informatie wordt gegeven omtrent diabetes, gezonde voeding en lichaamsbeweging. Er is ook tijd voorzien voor vragen vanuit het publiek.
- **Groepsessies**: dit zijn educatiesessies voor kleine groepen diabetespatiënten gegeven door een diabeteseducator. Voor deze sessies wordt een bijdrage van 3 euro per sessie gevraagd aan de patiënt. De sessies gaan door op woensdagnamiddag van 16h tot 17h30. De sessies zijn in een eerste fase enkel toegankelijk voor de patiënten van het Helix-netwerk. Zodra het project vlot loopt, zullen ook andere huisartsen van Anderlecht hun patiënten naar het regiohuis kunnen doorverwijzen.
- **Individuele educatiesessies** volgens RIZIV voorwaarden. Indien de RIZIV voorwaarden niet vervuld zijn, dient de patiënt 21 euro te betalen per half uur.

De inschrijvingen voor deze sessies gebeuren steeds door de huisarts via een website ingericht door het Huis voor Gezondheid (www.zorgtrajectbrussel.be).

Dit project is na vele overlegvergaderingen tot stand kunnen komen door de medewerking van volgende actoren: medewerkers van het Huis voor Gezondheid, de gemeente Anderlecht, de huisartsen van Helix, diabeteseducatoren en diëtisten.

1.4 De website www.zorgtrajectbrussel.be

Deze zeer gebruiksvriendelijke website is een groot hulpmiddel voor de huisarts. Men vindt er niet enkel informatie terug over het regiohuis maar ook andere praktische tools. Er is een luik voorzien voor de zorgverlener en een luik voor de patiënt.

De huisarts kan er veel informatie terugvinden over de zorgtrajecten: informatiebrochure, contract, stappenplan, voorschriften, verwijsbrieven enz.

De patiënt vindt er uitleg over het zorgtraject. Vaak gebruikte termen zoals Globaal Medisch Dossier, OMNIO statuut, en dergelijke, worden in een voor de patiënt verstaanbare taal uitgelegd.

Deze website is zeer kwaliteitsvol.

1.5 Motivatie

Diabetes is een veel voorkomende aandoening in de huisartsenpraktijk. Ik was dan ook zeer verheugd dat het Huis voor Gezondheid naar Helix kwam met een voorstel van een project rond diabetes. Ik was zeer gemotiveerd om hieraan mee te werken gezien het project op termijn ervoor zal zorgen dat onze praktijkvoering rond diabetes zal verbeteren. Hiervoor is er ook nood aan een goede lancering en evaluatie van het project en hieraan wou ik graag een bijdrage leveren.

1.6 Onderzoeksvragen

Hoeveel en welke (pré)diabetespatiënten kunnen we door middel van het schrijven van een gerichte brief en een gesprek overtuigen om deel te nemen aan de georganiseerde informatie- en educatiesessies omtrent diabetes in het regiohuis?

Specifieke aandacht zal besteed worden aan volgende vragen:

1. Hoeveel patiënten consulteren naar aanleiding van een gerichte brief waarin hen gevraagd wordt naar het consult te komen?
2. Hoe is het gesteld met de kennis over diabetes bij de patiënten die op consult komen?
3. Hoeveel en welke patiënten die naar de consult komen, gaan uiteindelijk naar de sessies in het regiohuis?
4. Wat zijn de redenen om niet deel te nemen aan de sessies in het regiohuis?

2. Literatuuronderzoek

2.1 Zoekstrategie

Voor het literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van de watervalmethode waarbij gezocht werd in volgende bronnen:

1. Nationale en internationale richtlijnen (aanbevelingen Domus Medica, NHG-standaarden, KCE, RIZIV-richtlijnen, …)
2. Kritische artikelbesprekingen (Minerva, EBM, …)
3. Reviews (Cochrane library)
4. Tijdschriftenartikels (PubMed/Medline)

Volgende zoektermen werden gebruikt: diabetes mellitus type 2/ education / lifestyle changes/ general practice/ prevention diabetes/ impaired glucose tolerance

De referenties en de 'related articles' werden telkens ook onderzocht op voor mijn onderwerp belangrijke bronnen.

2.2 Diabetes mellitus: algemeen

Diabetes is een chronische metabole aandoening welke gekenmerkt wordt door een verhoogde bloedsuikerwaarde. De aandoening wordt veroorzaakt door een insulinetekort (de cellen produceren onvoldoende insuline) en/of insulineresistentie (dwz dat de perifere weefsels ongevoelig zijn geworden voor insuline) [(4)]. Bij diabetes type 2 is de oorzaak vaak een combinatie van beide.

De behandeling van een diabetespatiënt is complex en omvat veel meer dan enkel medicamenteuze behandeling. Adviezen over voeding en lichaamsbeweging, opstellen van behandelingsdoelen, behandeling van cardiovasculaire risicofactoren en opsporen en

behandelen van chronische complicaties maken ook deel uit van de aanpak van diabetes. Deze aanpak gebeurt best door verschillende zorgverleners [5]. Er is gebleken dat in de opvolging en begeleiding van diabetespatiënten de eerstelijnszorg een belangrijke rol speelt. Wanneer deze opvolging in de eerstelijnszorg adequaat gebeurt, is de outcome even goed of zelfs beter dan de outcome wanneer de patiënt opgevolgd wordt in het ziekenhuis. [6]

Volgende risicofactoren voor het ontwikkelen van diabetes werden reeds geïdentificeerd:

- Genetische factoren [7], familiale antecedenten [8]
- Obesitas: risico op diabetes stijgt bij patiënten met een hogere BMI [9]
- Abdominale vetverdeling [10]: het risico stijgt bij een middelomtrek > 88 cm voor vrouwen en bij mannen met een middelomtrek > 102 cm [11]
- Mate van lichamelijke activiteit [12]

2.3 Diagnose diabetes mellitus

De glycemie dient via een bloedafname bepaald te worden, bij voorkeur als de patiënt nuchter is. De diagnose van diabetes mellitus kan gesteld worden als men twee maal een nuchtere glycemie heeft van ≥ 126 mg/dl.[13]

Indien de glycemie tussen 100 en 125 mg/dl ligt, spreken we van een gestoorde nuchtere glycemie (GNG). Dit moet beschouwd worden als een toestand van prédiabetes en deze patiënten hebben een hoger risico om op termijn diabetes te ontwikkelen. [14]

2.4 Epidemiologie diabetes mellitus

In 2012 hadden wereldwijd meer dan 371 miljoen mensen diabetes. Dit aantal blijft nog stijgen in elk land. De helft van de diabetespatiënten weet niet dat ze de aandoening heeft.[15]

De prevalentie van diabetes in Europa bedroeg in 2011 6,7%. In België was dit toen 6,6%. Er wordt geschat dat de prevalentie in 2025 9,2% zal bedragen. [15]

Jaarlijks komen er ongeveer 23.500 nieuwe type 2 diabetespatiënten bij. Dit betekent 2 à 3 diagnoses per huisartsenpraktijk per jaar.[16]

Diabetes en de complicaties van diabetes, zoals coronaire aandoeningen, cerebrovasculaire aandoeningen, neuropathie, amputaties, nierinsufficiëntie, blindheid, enz, resulteren in een verminderde levensverwachting en brengen hoge kosten met zich mee voor de maatschappij (tussen 1000 en 5000 euro per patiënt per jaar).[17]

2.5 Levensstijlaanpassingen

Levensstijlaanpassingen spelen niet alleen een belangrijke rol in de preventie van diabetes maar ook in de behandeling. Ze dragen ook bij tot controle van belangrijke behandelingsparameters zoals gewicht, bloeddruk, glycemie en lipiden.[18]

Tuomilehto J, et al hebben aangetoond dat het mogelijk is om bij obese patiënten tussen 40 en 65 jaar met een gestoorde nuchtere glycemie de evolutie naar diabetes te voorkomen. In hun studie gebeurde dit door een begeleide interventie met dieet en verhoogde lichaamsbeweging.[19,20]

In China is een studie gebeurd om het effect na te gaan van begeleide levensstijlaanpassingen bij patiënten met gestoorde nuchtere glycemie gedurende 6 jaar op het voorkomen van diabetes op lange termijn (20 jaar). De studie toont aan dat diabetes kan uitgesteld worden (gemiddeld 3,6 jaar) door aanpassingen van dieet en toename van lichaamsbeweging. De gunstige invloed van deze aanpassingen op cardiovasculaire mortaliteit/morbiditeit en totale mortaliteit kon niet worden aangetoond in deze studie. [21,22]

De helft van de patiënten met een gestoorde nuchtere glycemie hebben een metabool syndroom.

Orchard TJ, et al hebben een studie gedaan bij patiënten met metabool syndroom om na te gaan of ze de incidentie van metabool syndroom kunnen terugdringen. Ze onderzochten het effect van intense levensstijlaanpassingen en Metformine op de incidentie van metabool syndroom. Uit deze studie blijkt dat een laagcalorische vetarme voeding in combinatie met matige fysieke inspanning van minstens 150 minuten per week zowel het aantal bestaande als het aantal nieuwe gevallen van metabool syndroom reduceert. Metformine 850 mg 2 maal daags heeft hetzelfde effect, maar minder sterk.[23,24]

Knowler WC, et al hebben een gelijkaardige studie uitgevoerd bij patiënten met gestoorde nuchtere glycemie. Ook uit deze studie blijkt dat zowel intense levensstijlaanpassingen als Metformine de incidentie van diabetes reduceren. Het effect van de levensstijlaanpassingen is ook in deze studie sterker dan deze van Metformine.[25]

Het is aangetoond dat een gewichtsreductie van 5 à 10 % een gunstig effect heeft op insulineresistentie, bloeddruk, cholesterolgehalte en het cardiovasculaire risico.[26,27]

Om dit behandelingsdoel te bereiken is het aangeraden de patiënt door te verwijzen naar een diëtist. [28]

Een matige fysieke inspanning met zowel aerobe als weerstandstraining en dit minstens een halfuur per dag meerdere dagen in de week is effectief gebleken in de preventie en behandeling van diabetes.[23,29]

2.6 Diabeteseducatie

Er zijn voldoende studies die aantonen dat levensstijlaanpassingen de hoeksteen vormen in de preventie en behandeling van diabetes. De patiënt zelf speelt hier een belangrijke rol in.

Diabeteseducatie vormt dan ook een belangrijk onderdeel in de begeleiding van diabetespatiënten om tot een optimale zelfzorg te komen. [5]

De patiënt moet zelfstandig met zijn ziekte leren omgaan maar heeft de correcte informatie nodig om dit te kunnen doen. [30]

Tijdens de educatie kan de patiënt leren omgaan met zijn ziekte: medicatie, levensstijlaanpassingen, glucose-zelfmonitoring juiste reactie bij ontregeling, gebruik diabetespas, zorgtraject, enzovoort. [5]

Het is voor de huisarts onmogelijk om de educatie volledig op zich te nemen. Mits een gestructureerde samenwerking kan de educatie wel in eerste lijn gebeuren. [6]

De huisarts werkt samen met andere zorgverleners uit eerste lijn, maar deze samenwerking in momenteel niet optimaal georganiseerd en gestructureerd. [31]

Er is dus nood aan een centraliserende en laagdrempelige structuur op regionaal niveau.

3. Doelstelling

Het doel van deze studie is om na te gaan hoeveel en welke patiënten ingaan op de gerichte brief en we kunnen overtuigen om deel te nemen aan de georganiseerde informatie- en educatiesessies in het regiohuis in Anderlecht.

Ten eerste brengt het de huidige praktijkvoering in verband met diabetespatiënten en hoogrisicopatiënten in een netwerk van 4 huisartsenpraktijken in Anderlecht in kaart.

Ten tweede laat het toe eventuele drempels, die er bij sommige patiënten zijn, aan het licht te brengen zodat we in de toekomst nog meer patiënten kunnen bereiken.

Ten derde laat het toe sterktes en zwaktes van dit project te identificeren zodat deze in de toekomst verholpen kunnen worden.

4. Methode en materiaal

4.1 Methode

Setting

Er nemen vier huisartsenpraktijken uit Anderlecht, die samen het Helix-netwerk vormen, deel aan deze studie.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle patiënten die voldoen aan volgende criteria:

- Beschikken over een globaal medisch dossier (GMD)

  EN

- ≥ 18 jaar

  EN

  - Diabetes mellitus type 2 hebben (DM)

    OF

  - een gestoorde nuchtere glycemie (nuchtere glycemie ≥ 100 mg/dl) tijdens de afgelopen twee jaar hebben (GNG)

Exclusiecriteria van deze studie zijn:

- Patiënten met diabetes type 1
- Patiënten met zwangerschapsdiabetes
- Patiënten met diabetes type 2 opgenomen in de diabetesconventie
- Niet mobiele patiënten

De onderzoekspopulatie werd geselecteerd via een zoekopdracht in het bestand van elektronisch medische dossiers (EMD).

De volgende criteria werden ingegeven:

- Globaal medisch dossier

  EN

- ≥ 18 jaar

  EN

  - Diabetes mellitus type 2

    OF

  - Antidiabetica

    OF

  - Nuchtere glycemie ≥ 100 mg/dl tijdens de afgelopen 2 jaar

Interventie

1. Selectie uit EMD

Na een selectie uit het EMD-bestand verkreeg elke praktijk een overzichtstabel met de geselecteerde patiënten.

2. Nalezen door artsen

Elke arts diende deze lijst na te kijken en op basis van de bovenstaande inclusie- en exclusiecriteria werd de definitieve onderzoekspopulatie geselecteerd.

Via het EMD werden dan verdere basisgegevens van de onderzoekspopulatie verzameld: leeftijd, geslacht, taal, diagnose (diabetes vs gestoorde nuchtere glycemie), laatste nuchtere glycemiewaarde en HbA1c waarde. Op basis van deze gegevens zal een indeling gemaakt

worden tussen de patiënten die wel en de patiënten die niet op consult geweest zijn evenals een indeling tussen de patiënten die wel en de patiënten die niet naar het regiohuis zijn gegaan.

3. Versturen van de uitnodigingsbrief

Aan de patiënten werd eind augustus 2012 een brief (bijlage I - II) per post verstuurd waarin uitleg gegeven werd over het regiohuis en met de vraag om binnen de maand op consult te komen bij hun huisarts. Er werd hen gevraagd te verwittigen indien ze niet tijdens de vooropgestelde periode (vanaf 27 augustus tot en met 28 september 2012) konden langskomen zodat ze eventueel op een later tijdstip de nodige uitleg konden krijgen. Bij de brief werd een brochure over het regiohuis (bijlage III) gevoegd die ze op voorhand konden doornemen zodat alle patiënten dezelfde eenduidige informatie kregen en het consult ook vlotter kon verlopen.

4. Consult

Tijdens het consult werd aan de hand van de brochure verder uitleg verschaft over het regiohuis. Er werd ook ingegaan op eventuele onduidelijkheden die er waren bij de patiënt.
Aan het einde van het consult werd aan de patiënt gevraagd om een diabetes kennistoets (bijlage V, VI en VII) in te vullen ter plaatse of thuis. Deze lagen zowel in het Frans als in het Nederlands ter beschikking in de kabinetten. Vooraf diende het informed consent (bijlage IV) te worden getekend. De kennistoetsen dienden wel terug te worden ingediend vóór de start van de sessies.
De patiënten konden zich inschrijven voor een sessie in het regiohuis tijdens het consult of op een later tijdstip via de huisarts.

5. Registratie aanwezigen voor sessies in het regiohuis

Bij elke sessie lag een overzichtsblad met de namen van de ingeschreven patiënten en hun huisarts. Bij binnenkomst werd de naam van de patiënt gevraagd en werd hun aanwezigheid genoteerd.

6. Telefonisch contact met afwezigen

Op een later tijdstip werd door de onderzoeker contact opgenomen met de patiënten die wel op consult zijn gekomen bij hun huisarts maar uiteindelijk niet naar het regiohuis zijn gegaan. Aan hen werd gevraagd wat hiervoor de reden was zodat er in de toekomst aan eventuele drempels gewerkt kan worden om de participatie te verhogen.

Diabetes kennistoets

De diabetes kennistoets die gebruikt werd in deze studie is een kennistoets die ontwikkeld en gevalideerd is in Australië (bijlage V). Deze is van toepassing voor zowel patiënten met diabetes type 1 als patiënten met diabetes type 2. [32]

De kennistoets werd vertaald naar het Nederlands (bijlage VI) en het Frans (bijlage VII) via de “forward/backward” methode. Het doel van deze methode is om een Nederlandstalige en Franstalige versie van de originele Engelse vragenlijst te verkrijgen zonder dat er inhoudelijke veranderingen zijn. Hierbij werd de Engelstalige vragenlijst vertaald naar het Nederlands en het Frans. Vervolgens werden de Franstalige en Nederlandstalige versie opnieuw vertaald naar het Engels.

De originele vragenlijst bestaat uit 15 meerkeuzevragen waarvan 1 vraag enkel opgelost dient te worden door patiënten met diabetes type 1 en waarvan 1 vraag handelt over een organisatie specifiek voor Australië. Deze 2 vragen werden dan ook niet opgenomen in de

Nederlandstalige en Franstalige versie waardoor de kennistoets die aan de patiënt werd gegeven uiteindelijk bestond uit 13 meerkeuzevragen.

De vragen testen de kennis over volgende onderwerpen: diabetes algemeen, dieet en lichaamsbeweging, complicaties, zelfmanagement, medicatie en medische opvolging.

Outcome-maten

- Aantal patiënten die gevolg geven aan de uitnodigingsbrief
- Aantal patiënten die sessies bijwonen in het regiohuis
- Kennis van patiënten over diabetes
- Redenen voor niet participatie

4.2 Informatie- en educatiesessies

De informatie- en educatiesessies gaan door in het gezondheidscentrum van Anderlecht. Dit is een plaats die goed gekend is bij de inwoners van Anderlecht. Tijdens de periode dat dit onderzoek liep, stonden er 2 algemene informatiesessies en 2 groepeducatiesessies op het programma, zowel in het Frans als in het Nederlands.

De eerste algemene informatiesessie handelde over leven met diabetes. Deze werden verzorgd door een diabeteseducator en een huisarts.

Tijdens de tweede algemene informatiesessie werd er vooral gesproken over gezonde voeding en lichaamsbeweging. Deze sessies werden voorgedragen door een diëtist en huisarts.

De algemene informatiesessies werden gepresenteerd via een powerpointpresentatie die anderhalf uur duurden en waarna nog voldoende tijd was voor eventuele vragen. Deze sessies waren gratis en voor iedereen toegankelijk.

De groepeducatiesessies werden georganiseerd in kleinere groepen en duurden anderhalf uur. Tijdens deze sessies kon dieper ingegaan worden op de vragen van de patiënten.

4.3 Verwerking informatie

De resultaten van de kennistoets en de gegevens van de patiënten zoals leeftijd, taal, geslacht, diabetes of gestoorde nuchtere glycemie, laatste glycemiewaarde en HbA1c, aanwezigheid op consult en informatiesessies werden ingevoerd in Microsoft Office Excel.

In de studie is vooral gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek met behulp van formules beschikbaar in Excel.

Voor het uitzetten van de totaalscores van de diabetes kennistoets in een histogram en het berekenen van de Crohnbach's alpha van de toets werd gebruik gemaakt van het statistische softwareprogramma MedCalc. Dit programma werd ook gebruikt om de gemiddelden te berekenen van de totaalscores van de diabetespatiënten, prédiabetespatiënten, patiënten die wel en patiënten die niet naar een sessie geweest zijn. De totaalscores van deze groepen werden uitgezet in een Box-and-Whisker plot.

4.4 Ethische commissie

Het onderzoek werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Katholieke Universiteit Leuven.

5. Resultaten

5.1 Algemeen

Uit het EMD-bestand werden er in totaal 412 patiënten van de vier huisartsenkabinetten geselecteerd. Hierna werd een verdere selectie gemaakt door de huisartsen zelf. Uiteindelijk werden er 343 patiënten aangeschreven en opgenomen in de studie. Het betreft 196 patiënten met diabetes type 2 en 147 patiënten met een gestoorde nuchtere glycemie tijdens de afgelopen 2 jaar.

Redenen om patiënten, die initieel geselecteerd werden door de eerste selectie uit het EMD-bestand, toch niet op te nemen in de studie waren de volgende:

- Het betreft een niet-mobiele patiënt die zich ondanks bijkomende hulpmiddelen of hulp van derden niet kan verplaatsen naar het regiohuis
- De patiënt is opgenomen in de diabetesconventie.
- Het is een patiënt met diabetes type 1, zwangerschapsdiabetes of patiënten met familiale antecedenten van diabetes.
- Een niet-risico patiënt die eenmalig een gestoorde nuchtere glycemie vertoonde waarvan men niet met zekerheid kan zeggen dat de bloedafname nuchter plaatsvond.
- De patiënt is overleden.
- De patiënt lijdt aan dementie of heeft een mentale achterstand.
- Taalproblemen

5.2 Hoeveel patiënten komen op consult naar aanleiding van de uitnodigingsbrief?

Binnen de korte registratieperiode (1 maand) kwamen 153 patiënten op consult bij hun huisarts naar aanleiding van een gericht schrijven. Dit komt overeen met een percentage van 44,61 %.

5.3 Welke patiënten komen op consult naar aanleiding van de uitnodigingsbrief?

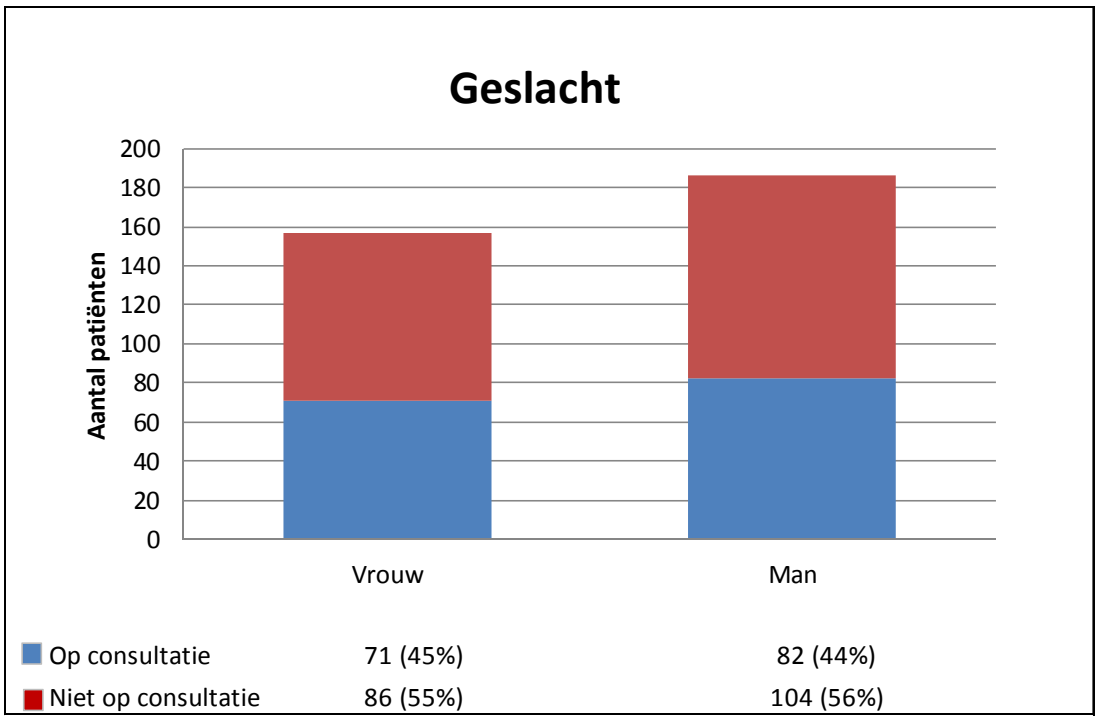
Op basis van volgende basisgegevens hebben we een verdeling gemaakt tussen de patiënten die op consult zijn gekomen en deze die niet zijn gekomen: geslacht, leeftijd, taal, laatste nuchtere glycemiewaarde, laatste HbA1c waarde en de diagnose (diabetes versus gestoorde nuchtere glycemie).

5.3.1 Geslacht

Grafiek 1 geeft de verdeling van de patiënten weer op basis van het geslacht.

Van de 157 aangeschreven vrouwen is 45,22 % ingegaan op de uitnodiging.

Bij de 186 aangeschreven mannen is 44,09 % op consult gegaan.

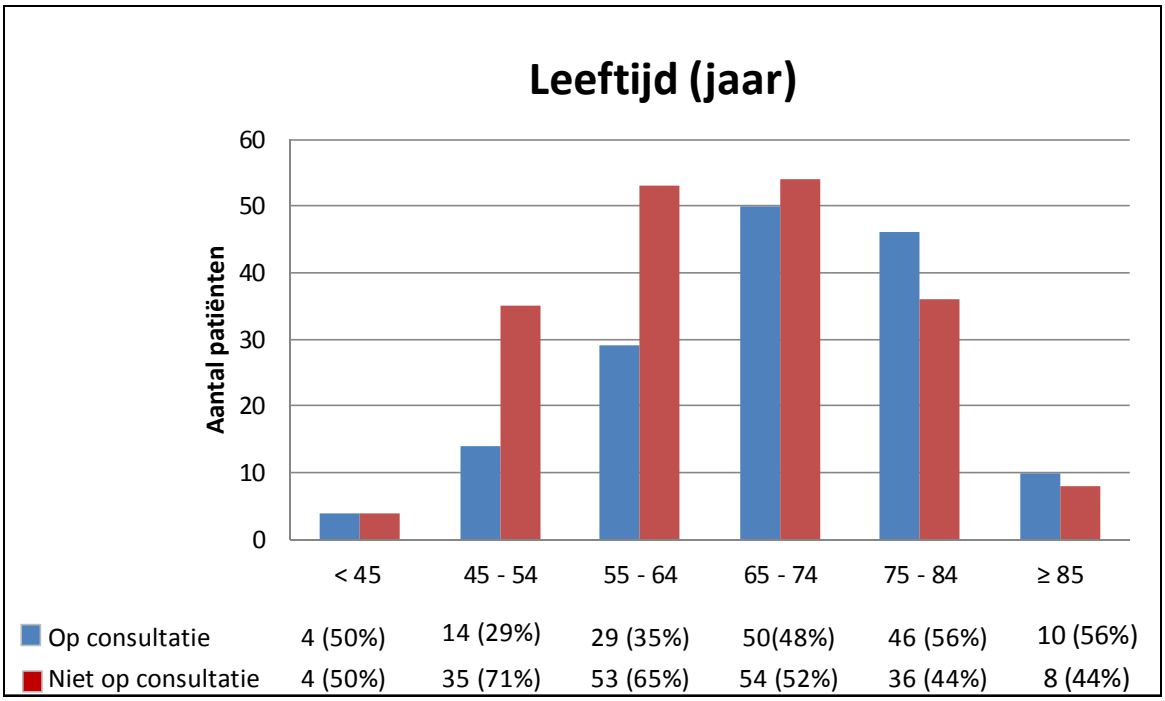


Grafiek 1: verdeling van de patiënten op basis van het geslacht

5.3.2 Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van alle aangeschreven patiënten bedraagt 66,83 jaar.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten die op consult zijn geweest, bedraagt 69,20 jaar.



Grafiek 2: verdeling van de patiënten op basis van leeftijd

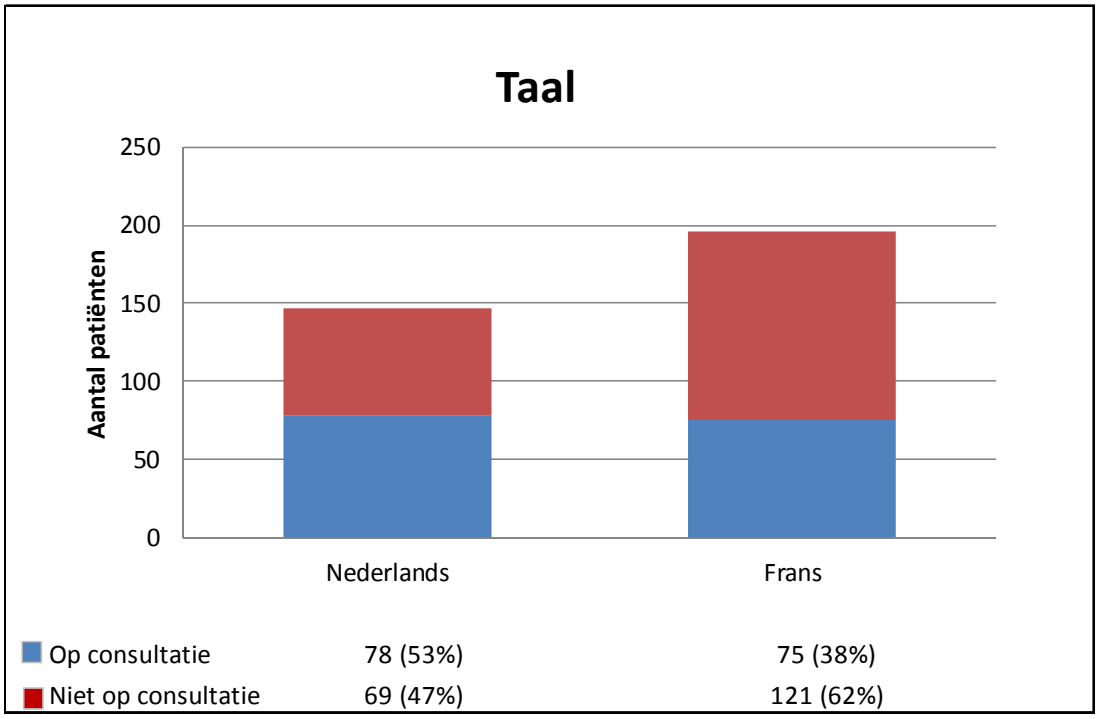
Als we de verhouding bekijken tussen de patiënten die wel en de patiënten die niet op consult zijn gekomen per leeftijdsgroep, stellen we een duidelijk verschil vast tussen de patiënten jonger dan 65 jaar en de patiënten ouder dan 65 jaar.

Het zijn voornamelijk de 65 plussers die ingegaan zijn op de brief.

5.3.3 Taal

Gezien de Brusselse context, kan er ook een verdeling gemaakt worden tussen de Franstalige en Nederlandstalige patiënten.

Van de 196 geselecteerde Franstalige patiënten is 38,27 % ingegaan op de uitnodigingsbrief. Bij de 147 Nederlandstalige patiënten bedraagt dit percentage 53,06%.

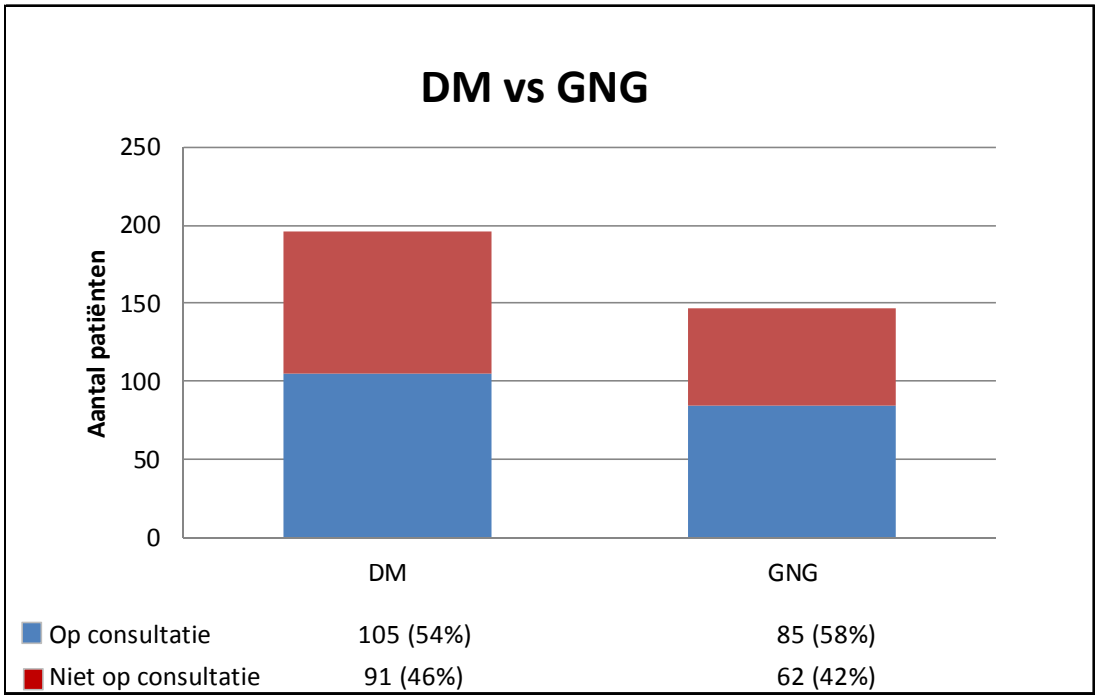


Grafiek 3: verdeling van de patiënten op basis van taal

5.3.4 DM versus GNG

Zowel patiënten met diabetes als patiënten met een gestoorde nuchtere glycemie werden aangeschreven. Het betreft 196 patiënten met diabetes type 2 en 147 patiënten met gestoorde nuchtere glycemie.

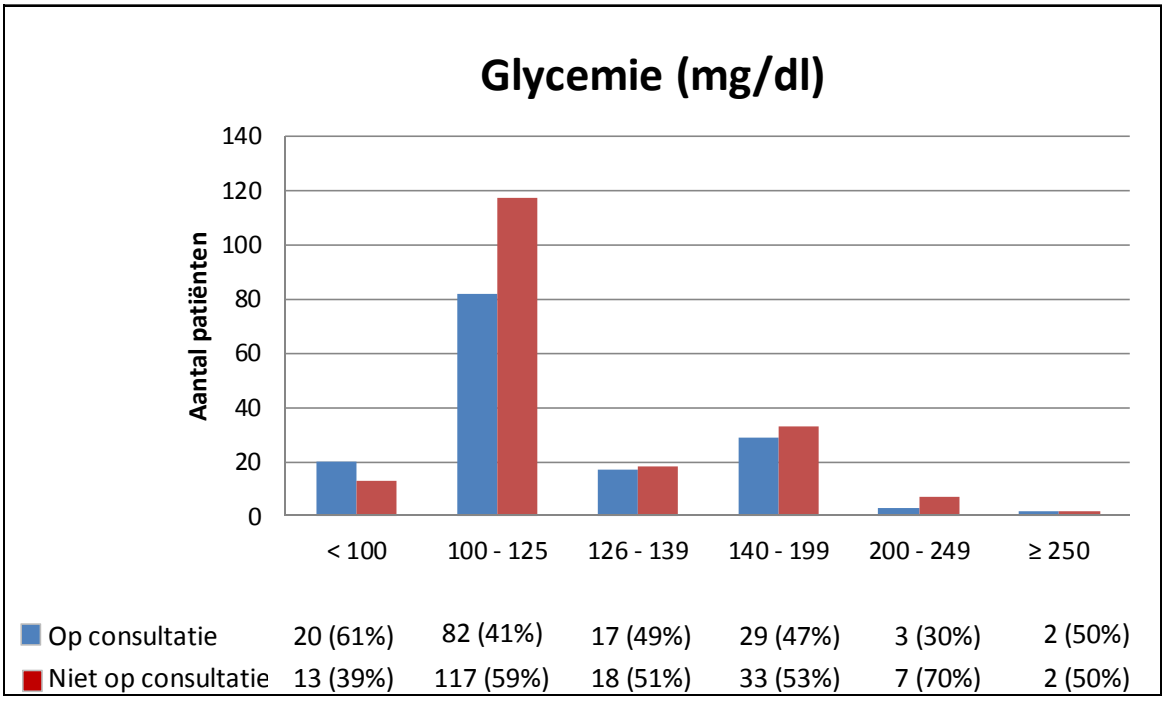
Uit deze groep hebben 91 patiënten met diabetes type 2 (46,43 %) en 62 patiënten met gestoorde nuchtere glycemie (42,18 %) gereageerd op de uitnodigingsbrief



Grafiek 4: verdeling van de patiënten op basis van diagnose

5.3.5 Glycemie

De laatst gemeten nuchtere glycemiewaarde (vastgesteld via een bloedafname) van alle geselecteerde patiënten werd opgezocht in het dossier en verzameld in een overzichtstabel. Onderstaande grafiek toont aan dat de meeste patiënten een nuchtere glycemiewaarde hebben tussen 100 en 125 mg/dl. Er dient wel rekening gehouden te worden dat ook de patiënten met een gestoorde nuchtere glycemie (dwz nuchtere glycemie ≥ 100 mg/dl en < 126 mg/dl) opgenomen zijn in deze grafiek.

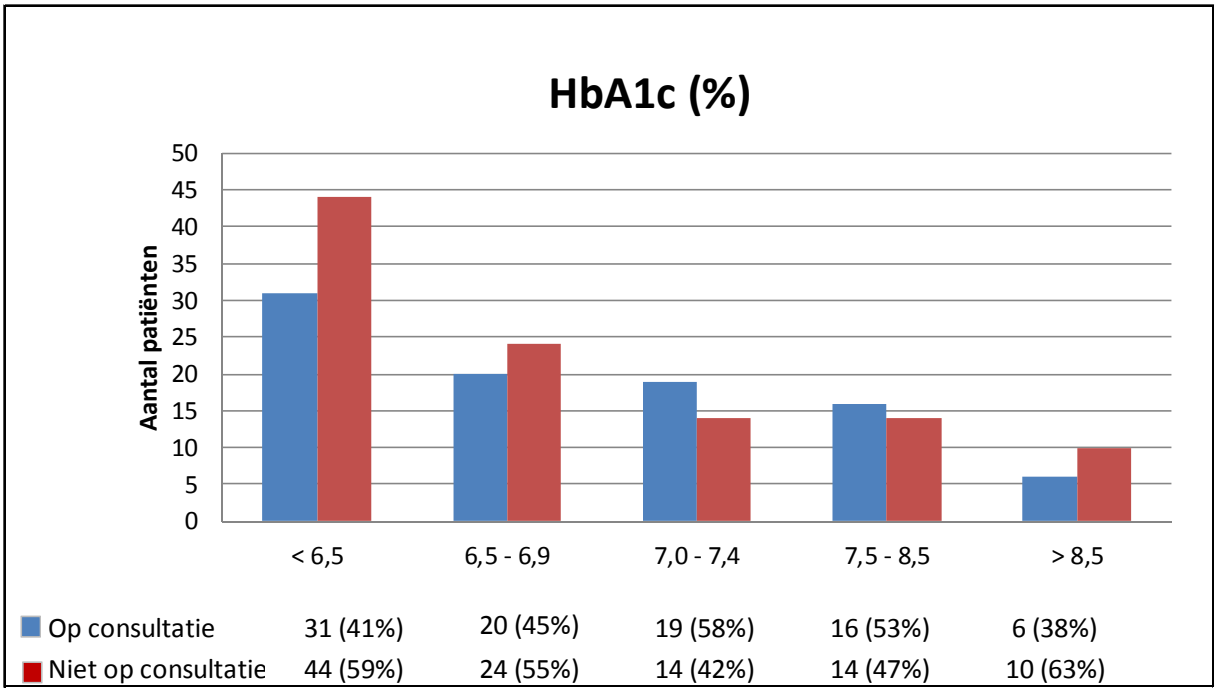


Grafiek 5: verdeling van de patiënten op basis van laatste glycemiewaarde

5.3.6 HbA1c

De laatste HbA1c waarde van alle geselecteerde **diabetes**patiënten werd opgezocht in de dossiers en verzameld in een overzichtstabel.

Onderstaande grafiek toont aan dat de meerderheid van diabetespatiënten (60 %) een HbA1c hebben lager dan 7%.



Grafiek 6: verdeling van diabetespatiënten op basis van HbA1c

5.4 Hoe is het gesteld met de kennis over diabetes bij de patiënten die op consult komen?

In totaal werden 77 toetsen ingevuld waarvan 36 beantwoord werden door diabetespatiënten en 41 door patiënten met gestoorde nuchtere glycemie.

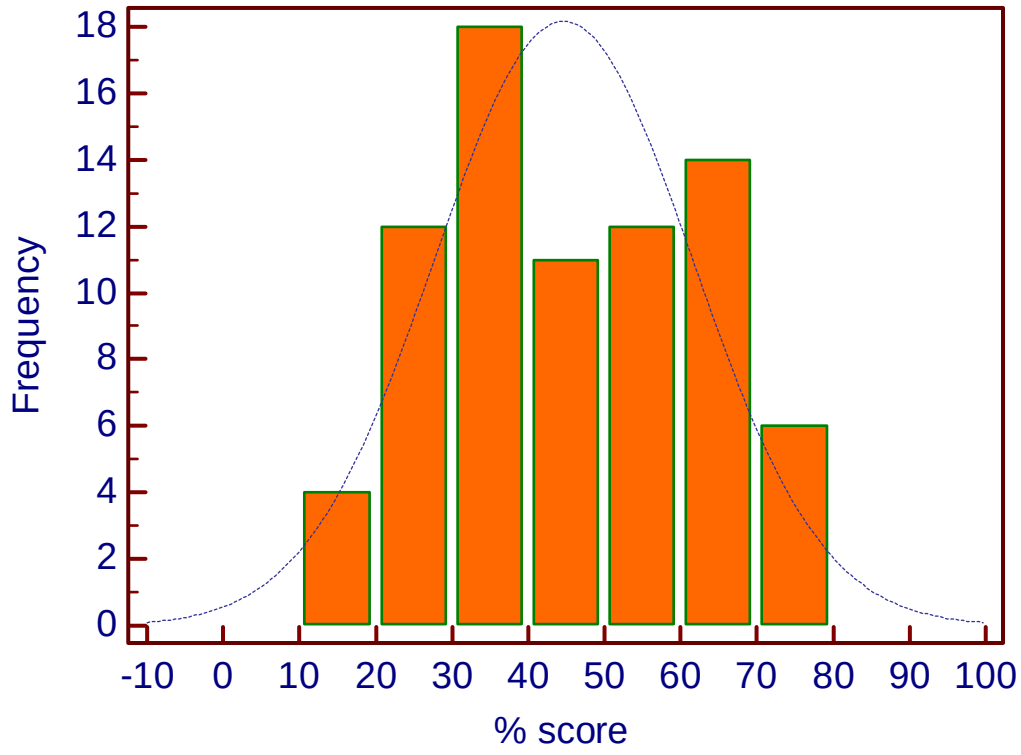
50 patiënten die de kennistoets hebben ingevuld, zijn ook naar het regiohuis gegaan.

5.4.1 Totaalscore diabetes kennistoets

De totaalscores van alle deelnemers werden uitgerekend en omgezet in percentages.

Histogram 1 geeft de verdeling weer van de totaalscores van de deelnemers.

Deze toont dat de totaalscores sterk variëren.



Histogram 1: verdeling van de totaalscores op de kennistoets

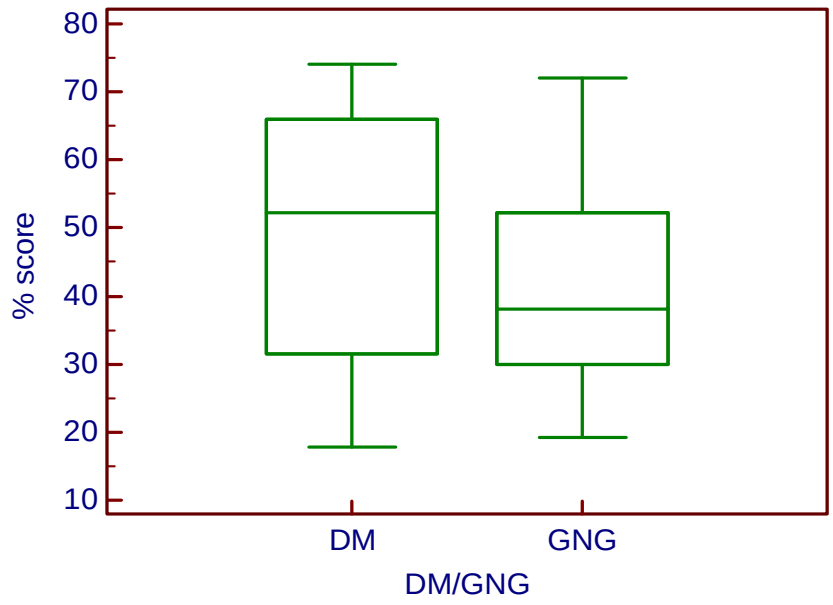
De Crohnbach's alpha, berekend om de maat van interne consistentie van de kennistoets te bepalen, bedraagt 0,7118.

Verder werd een vergelijking gemaakt van de totaalscores tussen diabetespatiënten en patiënten met gestoorde nuchtere glycemie en een vergelijking tussen de patiënten die naar de sessie zijn gegaan en de patiënten die niet zijn gegaan. Deze vergelijking wordt weergegeven aan de hand van onderstaande Box-and-Whisker plots.

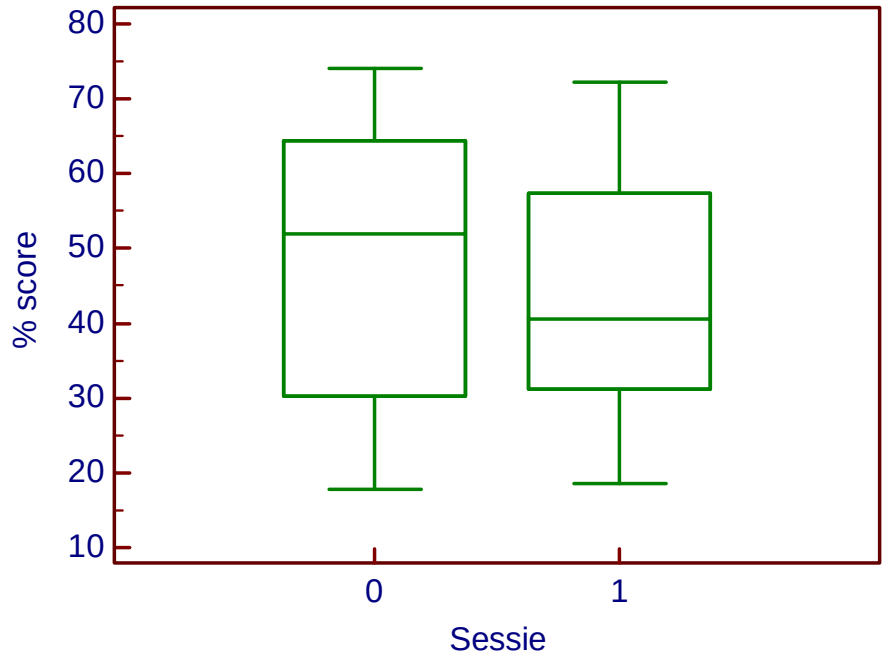
Wat is een Box-and-Whisker plot?

De onderste horizontale lijn komt overeen met de laagste score en de bovenste horizontale lijn geeft de hoogste score weer.

50% van de scores liggen tussen de onderste lijn van de rechthoek en de bovenste. De horizontale lijn in de rechthoek geeft de mediaan weer. [33]



Box-and-Whisker plot 1 : spreiding van de totaalscores van diabetespatiënten en patiënten met gestoorde nuchtere glycemie



Box-and-Whisker plot 2: spreiding van de totaalscores van patiënten die de sessie wel (=1) en niet (=0) bijwoonden.

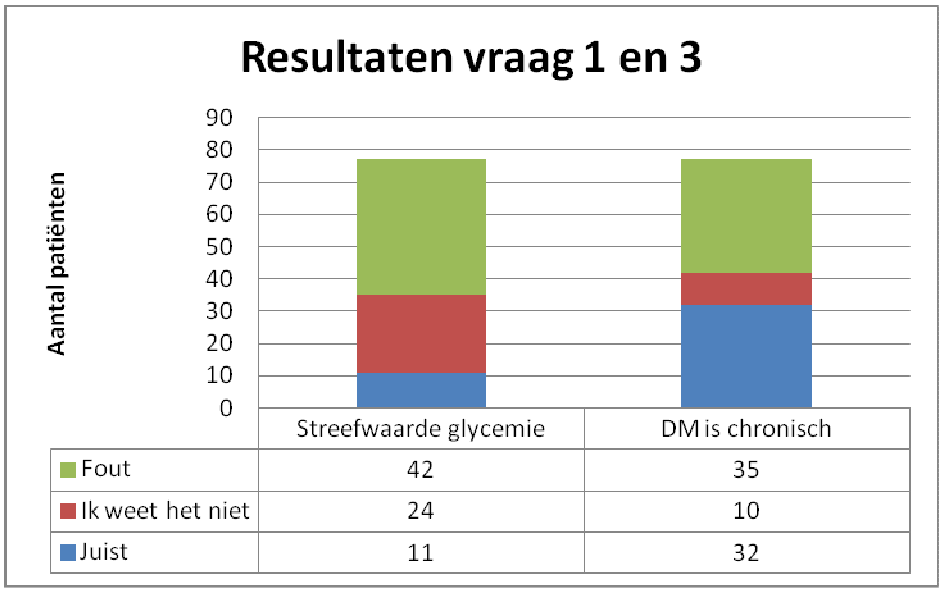
Er zijn geen grote verschillen tussen de laagste en hoogste scores. Daarentegen illustreren deze plots dat het kennisniveau bij patiënten met gestoorde nuchtere glycemie lager ligt dan bij patiënten met diabetes (gemiddelde score van 48,64% bij diabetespatiënten tegenover 41,09% bij patiënten met gestoorde nuchtere glycemie). Het verschil in kennis tussen de patiënten die wel en de patiënten die niet naar de sessie zijn gegaan is eerder klein. De patiënten die niet zijn gegaan lijken een betere kennis te hebben dat deze die niet zijn gegaan (gemiddelde score van 47% bij patiënten die naar een sessie zijn gegaan tegenover 43,32% bij patiënten die wel zijn gegaan).

5.4.2 Enkele vragen nader bekeken

Enkele vragen met opmerkelijke resultaten worden hieronder verder besproken.

1. Kennis over streefwaarde glycemie en over het concept 'diabetes als chronische aandoening' (vraag 1 en 3)

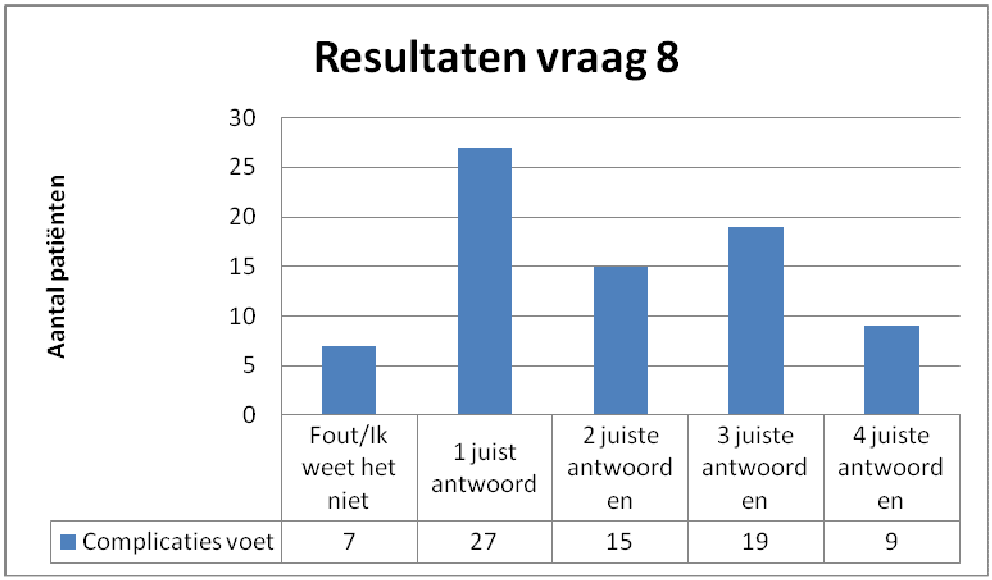
   Vraag 1 gaat over de ideale bloedsuikerwaarde en vraag 3 handelt over het chronische karakter van diabetes.



Grafiek 7: resultaten vraag 1 en 3

2. <u>Kennis over complicaties ter hoogte van voet (vraag 8)</u>

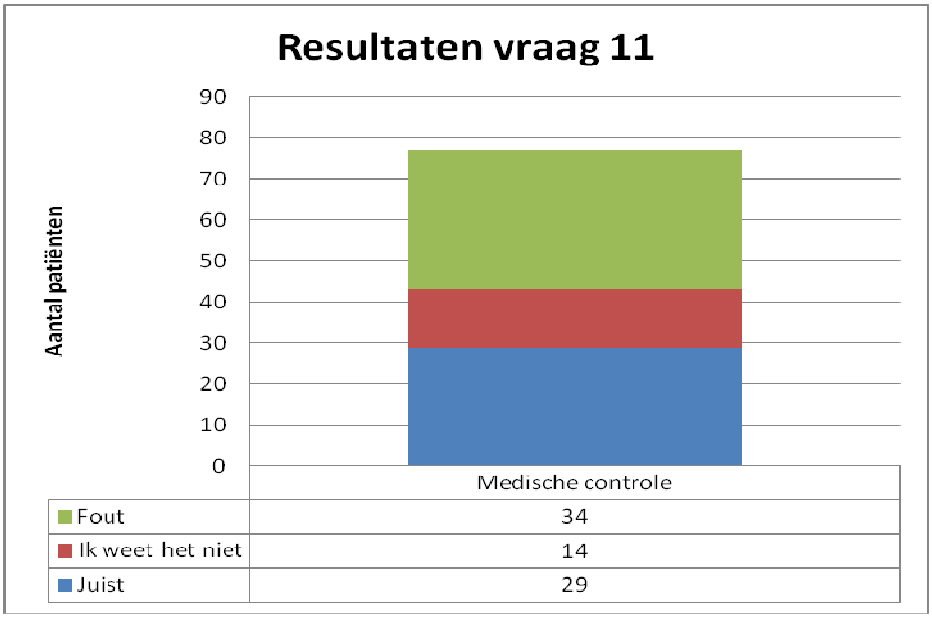
Vraag 8 gaat na hoeveel en welke complicaties ter hoogte van de voet gekend zijn.



Grafiek 8 : resultaten vraag 8

3. <u>Kennis over medische controle (vraag 11)</u>

Vraag 11 peilt of de patiënten weten hoeveel keer ze de ogen, het zenuwstelsel en de nierfunctie moeten laten nakijken.



Grafiek 9 : resultaten vraag 11

5.5 Hoeveel en welke patiënten die op consult zijn geweest, komen naar de sessies in het regiohuis?

Per onderwerp vond er een algemene informatiesessie en een groepseducatiesessie plaats en dit in beide landstalen.

Tabellen 1 en 2 geven weer hoeveel patiënten per sessie zijn ingeschreven en hoeveel patiënten daadwerkelijk zijn komen opdagen.

'Leven met diabetes'

	Alg sessie NL	**Alg sessie FR**	**Groepsessie NL**	**Groepsessie FR**
Aantal ingeschreven patiënten	15	31	6	10
Aantal aanwezige patiënten	12	24	3	8
Participatiegraad	80%	77,42%	50%	80%

Tabel 1: aantal ingeschreven en aanwezige patiënten op de sessie 'leven met diabetes'

'Gezonde voeding en beweging'

	Alg sessie NL	**Alg sessie FR**	**Groepsessie NL**	**Groepsessie FR**
Aantal ingeschreven patiënten	31	35	5	11
Aantal aanwezige patiënten	19	24	5	7
Participatiegraad	61,29%	68,57%	100%	63,64%

Tabel 2: aantal ingeschreven en aanwezige patiënten op de sessie 'gezonde voeding en beweging'

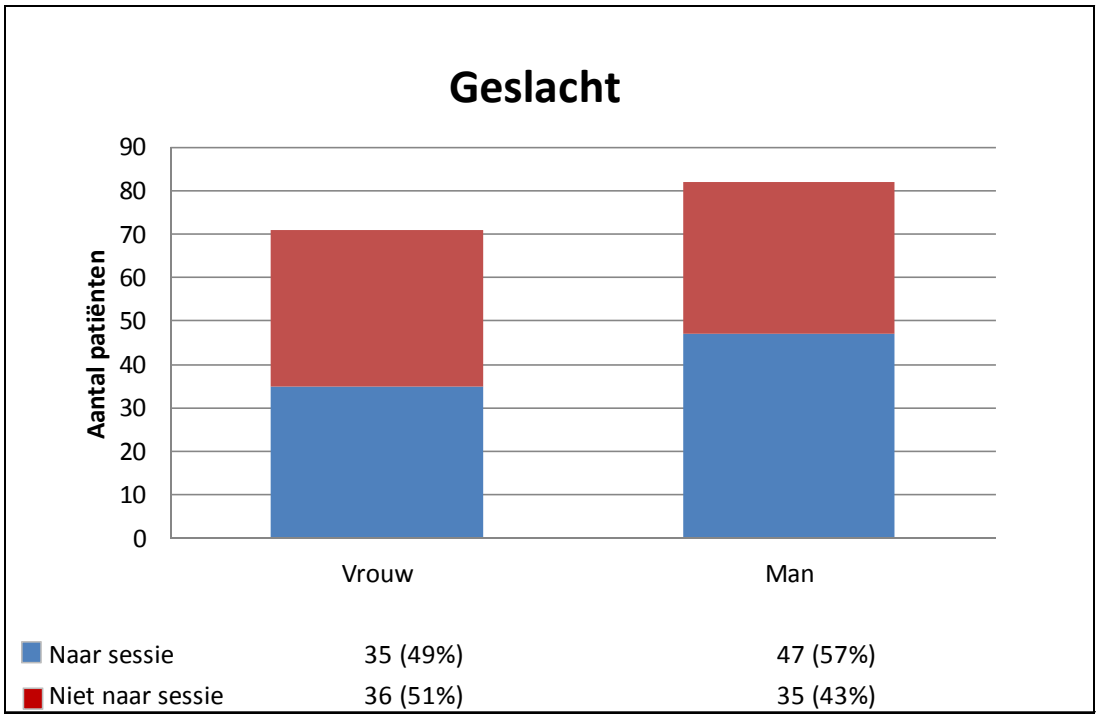
Geen enkele patiënt ging naar de individuele sessie.

5.5.1 Geslacht

Grafiek 10 geeft de verdeling van de patiënten weer op basis van het geslacht.

Van de 71 vrouwen die op consult zijn geweest, is 49,30 % naar het regiohuis gegaan.

Bij de 82 mannen is 57,32 % gegaan.

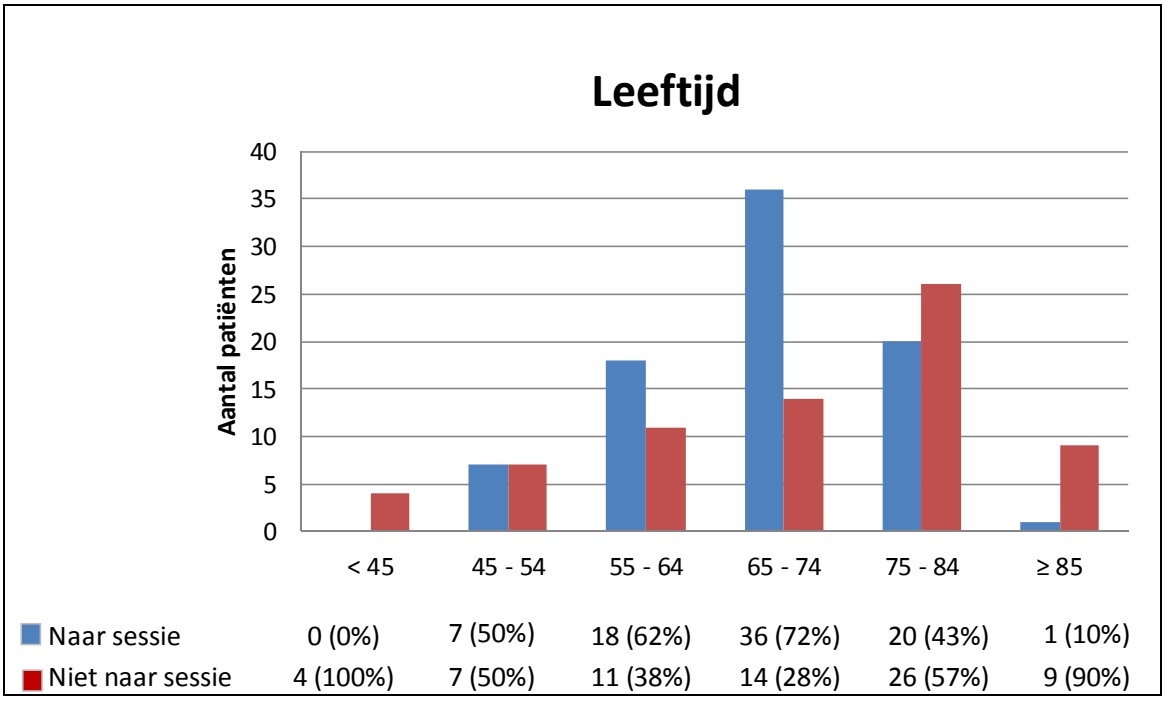


Grafiek 10: verdeling van de patiënten op basis van het geslacht

5.5.2 Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van alle geconsulteerde patiënten bedraagt 69,20 jaar.

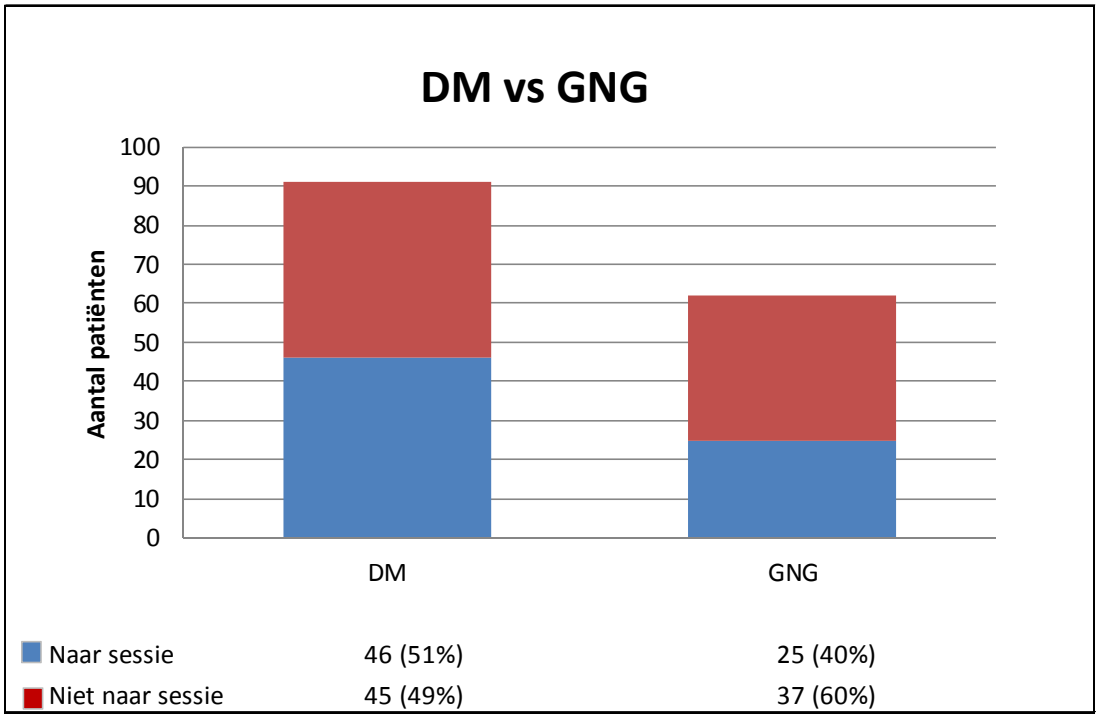
De gemiddelde leeftijd van de patiënten die naar sessie zijn gegaan, bedraagt 68,23 jaar.



Grafiek 11: verdeling van de patiënten op basis van leeftijd

5.5.3 DM versus GNG

Er zijn 45 diabetespatiënten (49,45 %) en 37 patiënten met gestoorde nuchtere glycemie (59,68 %) naar de sessies gegaan.

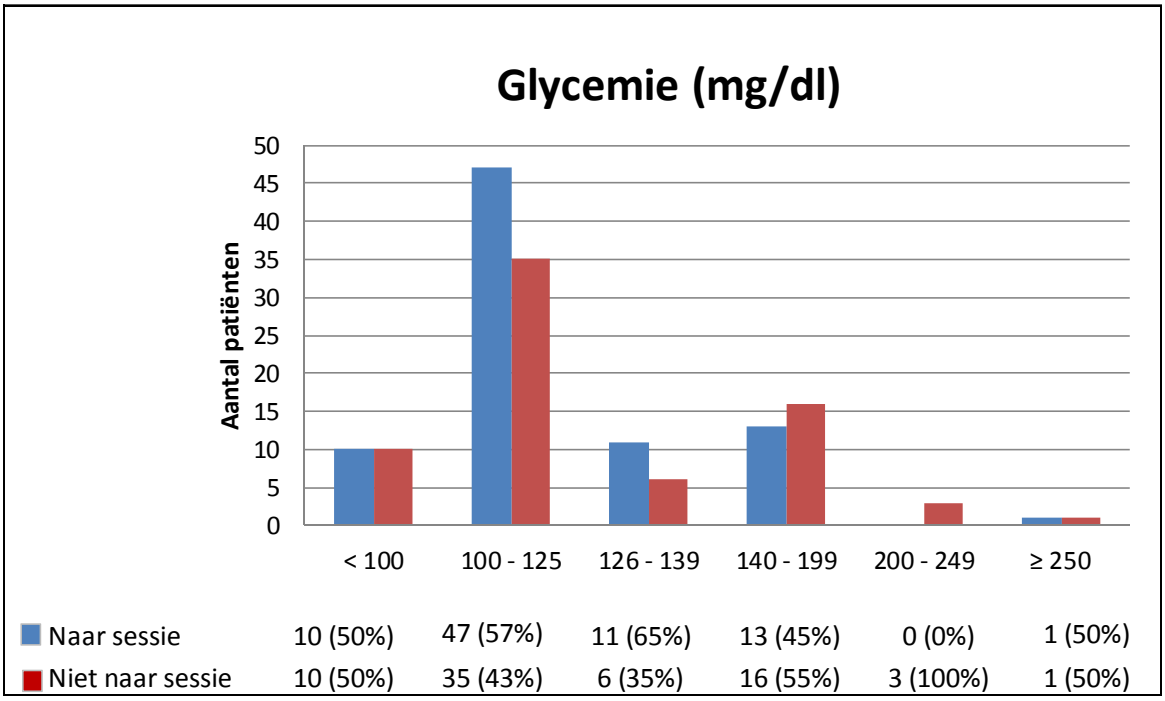


Grafiek 12: verdeling van de patiënten op basis van diagnose

5.5.4 Glycemie

Onderstaande grafiek geeft weer dat de meeste patiënten (83%) die naar de sessie zijn geweest een nuchtere glycemiewaarde hebben lager dan 140 mg/dl.

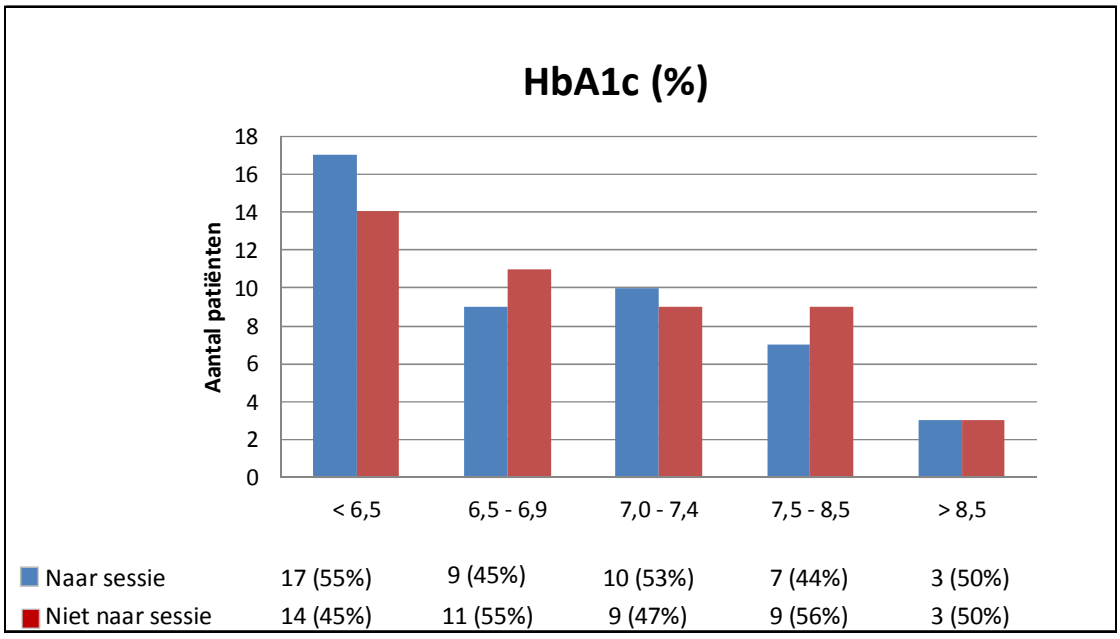
Als we naar de verhouding kijken tussen de patiënten die wel en de patiënten die niet naar een sessie zijn geweest, valt op dat deze verhouding per categorie tamelijk gelijklopend is.



Grafiek 13: verdeling van de patiënten op basis van laatste glycemiewaarde

5.5.5 HbA1c

Onderstaande grafiek toont aan dat de meerderheid van de diabetespatiënten (77%) die naar de sessies zijn geweest een HbA1c hebben lager dan 7,4%.

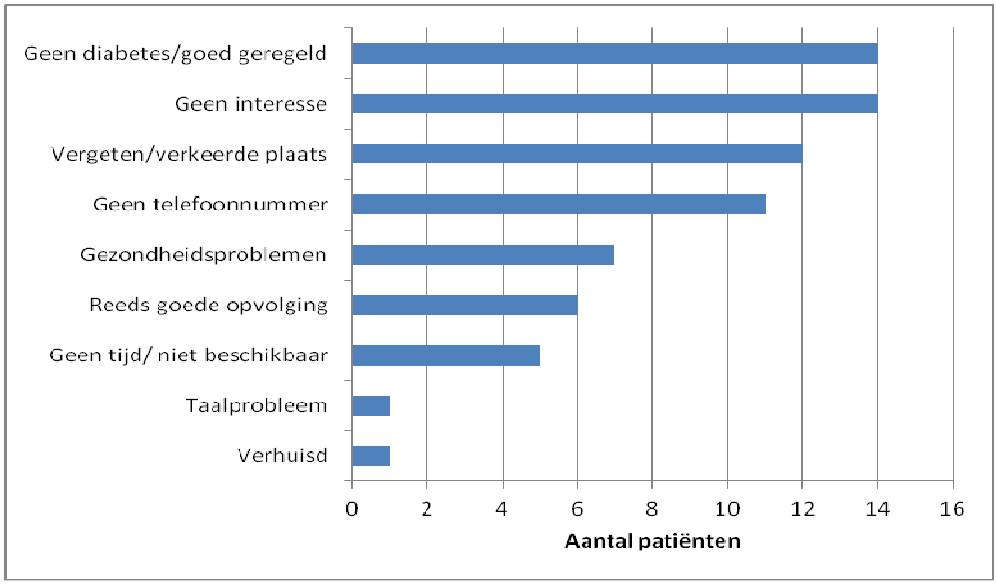


Grafiek 14: verdeling van diabetespatiënten op basis van HbA1c

5.6 Wat zijn de redenen om niet deel te nemen aan de sessies in het regiohuis?

Patiënten die op consult zijn geweest maar aan geen enkele sessie hebben deelgenomen, werden telefonisch gecontacteerd om na te gaan waarom ze uiteindelijk niet naar het regiohuis zijn gegaan. Bij 11 patiënten stond er geen telefoonnummer in het dossier. Deze werden niet gecontacteerd. In totaal werden 60 patiënten opgebeld en zij gaven volgende redenen aan voor niet participatie:

- "Ik heb geen diabetes" / "Mijn diabetes is goed geregeld"
- Geen interesse: "ik weet reeds wat te doen of niet te doen", "op mijn leeftijd hoeft dat niet meer"
- Enkele patiënten waren de afspraak vergeten of stonden op een verkeerde plaats (verkeerd lokaal)
- Gezondheidsproblemen op moment van sessies
- "Ik word reeds goed opgevolgd door specialist en diëtist"
- Geen tijd, niet beschikbaar op de data van de sessies
- 1 patiënt meldt een taalprobleem en 1 patiënt is ondertussen verhuisd.



Grafiek 15: redenen voor niet participatie

6. Discussie

6.1 Bespreking van de resultaten

Bijna de helft van de aangeschreven patiënten kwamen op **consult**. Het betrof ongeveer evenveel mannen als vrouwen.

Indien we kijken naar de **leeftijd** valt het vooral op dat patiënten **tussen 65 en 85 jaar** gevolg gaven aan de brief. Dit is mogelijks te verklaren doordat 65 plussers vaak niet meer actief zijn op de arbeidsmarkt en dus meer tijd hebben om bij de huisarts langs te gaan. De consult-uren van de deelnemende praktijken houden nochtans ook rekening met de werkende patiënt. Een andere mogelijke uitleg is dat oudere mensen al langer aan diabetes lijden en complicaties hebben waardoor ze meer gemotiveerd zijn om naar de huisarts te gaan.

Patiënten ouder dan 85 jaar zijn daarentegen vaak minder mobiel en hebben hulp van derden nodig om naar de consult te komen. Ze tonen mogelijks ook minder interesse omdat ze zich, gezien hun leeftijd, soms afvragen wat voor zin het voor hen nog heeft om hun levensstijl nog aan te passen.

Als huisarts in Brussel krijgen we zowel Nederlandstalige als Franstalige patiënten over de vloer. Uit de resultaten blijkt dat er procentueel gezien **meer Nederlandstalige** dan Franstalige patiënten zijn ingegaan op de brief.

We hebben ervoor gekozen om ons niet te beperken tot de diabetespatiënten maar ook patiënten met een gestoorde nuchtere glycemie te betrekken bij dit project. Bijna **evenveel patiënten met gestoorde nuchtere glycemie als diabetespatiënten** zijn ingegaan op de brief. Dit is geruststellend gezien uit de praktijk vaak blijkt dat patiënten met gestoorde nuchtere glycemie vaak de neiging hebben hun probleem te minimaliseren of zelfs te ontkennen en diabetes dan ook als een ‘ver van mijn bed show’ te beschouwen.

We hebben van alle patiënten de laatst gemeten nuchtere glycemiewaarde opgezocht in de dossiers evenals de laatste HbA1c (in geval dat de patiënt diabetes heeft). Resultaten hiervan (grafiek 5) tonen ons dat de meeste geselecteerde patiënten een **nuchtere glycemie hebben van minder dan 140 mg/dl**. Men dient rekening te houden met het feit dat patiënten met gestoorde nuchtere glycemie in dezelfde grafiek zijn opgenomen. Eigenlijk zijn er 84 diabetespatiënten die een glycemiewaarde hadden lager dan 125 mg/dl (36% van alle patiënten met een glycemie ≤ 125 mg/dl). In verband met HbA1c waarde kunnen we uit grafiek 6 afleiden dat de meeste diabetespatiënten een HbA1c waarde hebben van **minder dan 7,5 %.** Vooral patiënten met HbA1c van meer dan 8,5 % zijn niet ingegaan op de brief.

Hoe is het eigenlijk gesteld met **de kennis** over diabetes van de patiënten die op consult zijn geweest?

Een bemerking vooraf is dat slechts de helft van de patiënten die op consult zijn gekomen de kennistoets hebben ingevuld.

Histogram 1 toont ons dat de totaalscores van de deelnemers **sterk uiteenloopt**. Uit Box-and-Whisker plot 1 kunnen we afleiden dat de scores voor diabetespatiënten hoger liggen dan bij patiënten met gestoorde nuchtere glycemie. Er zijn geen grote verschillen in de totaalscores tussen de patiënten die wel en de patiënten die niet naar het regiohuis gegaan zijn. De kennis blijkt **geen goede voorspeller** te zijn voor het al dan niet bijwonen van de sessies.

Enkele vragen van de kennistoets werden nader bekeken gezien de interessante (verrassende) resultaten.

Slechts 1 patiënt op 7 kent de **ideale bloedsuikerwaarde**. Nog niet de helft van de patiënten weet dat diabetes een **chronische ongeneeslijke aandoening** is. De resultaten van deze vragen tonen ons aan dat er veel werk aan de winkel is zowel voor de huisarts als andere medewerkers in de preventieve gezondheidszorg. Is het mogelijk dat wij als huisarts te weinig

tijd vrijmaken om de resultaten van de bloedafname te bespreken met de patiënt en om uit te leggen wat de streefwaarden zijn? De geselecteerde patiënten zijn veelal patiënten met een gestoorde nuchtere glycemie of diabetespatiënten die geen medicatie of enkel orale antidiabetica nemen. Deze patiënten hebben geen recht op terugbetaling van een glucometer en hebben deze dan meestal ook niet in huis. De patiënt doet dus niet aan zelfcontrole en is daardoor mogelijks ook minder vertrouwd met de streefwaarden.

Het benadrukken van het chronische karakter van diabetes is blijkbaar zeer nodig en dit zeker bij de patiënten met een gestoorde nuchtere glycemie. Indien ze beseffen dat diabetes een chronische ongeneeslijke aandoening is, zullen ze mogelijks meer inspanningen leveren om te voorkomen dat ze diabetes ontwikkelen. Het is duidelijk dat mensen denken te kunnen genezen door het nemen van medicatie en levensstijlveranderingen.

De kennistoets leert ons dat de meeste patiënten wel weet hebben dat er **complicaties van de voet** bestaan maar niet goed weten welke deze zijn. Het is belangrijk om als huisarts regelmatig de voeten van de patiënt te controleren (wonde, sensibiliteit, perifere polsen, …) en daarbij ook uitleg te verschaffen aan de patiënt. Mogelijks doen we dit te weinig. De diabetespas laat ons ook toe om de patiënt 2 keer per jaar door te sturen naar een podoloog ter controle van de voeten. Deze consults worden grotendeels terugbetaald door de mutualiteit.

Slechts één derde van de patiënten weet dat ze jaarlijks een **medisch nazicht** moeten ondergaan (37,66 %). Ook op dit gebied is er dus verbetering mogelijk. De diabetespas kan hierbij een nuttig instrument zijn evenals de planningstool in het EMD. Vermoedelijk gebruiken we deze hulpmiddelen te weinig als huisarts.

In verband met de respons op de **sessie** kunnen we zien dat we **iets meer dan de helft** van de patiënten die op consult zijn geweest, hebben kunnen overtuigen om een sessie in het

regiohuis bij te wonen. Dit is zeker geen slecht resultaat voor een eerste proefperiode maar er is uiteraard nog ruimte voor verbetering.

Op basis van resultaten kunnen we vaststellen dat er patiënten zijn die zich wel inschrijven maar uiteindelijk toch niet naar het regiohuis gaan.

Voor de 1ste sessie (zowel de algemene als die in groep) is het opmerkelijk dat er dubbel zoveel Franstalige als Nederlandstalige patiënten aanwezig waren. Dit was toch onverwacht gezien er merkelijk meer Nederlandstalige dan Franstalige patiënten respons hadden gegeven op de uitnodigingsbrief.

Geen enkele patiënt is naar individuele educatiesessies geweest. Dit is deels omdat deze betalend zijn en niet iedereen in aanmerking komt voor terugbetaling. Er zijn zeer weinig zorgtrajecten in de deelnemende praktijken. De patiënten die toch in een zorgtraject opgenomen zijn, hebben de educatiesessies al achter de rug in het ziekenhuis. Wat ook gebleken is uit evaluatievergadering met de betrokken partijen (huisartsen, educator, Huis voor Gezondheid), is dat de informatie over de individuele sessies voor de huisarts niet zo duidelijk was (kostprijs, hoe inschrijven, wanneer gaan deze door, en dergelijke).

Procentueel gezien zijn er meer mannen dan vrouwen naar het regiohuis geweest.

Grafiek 11 toont duidelijk aan dat het voornamelijk de patiënten **tussen 65 en 74 jaar** zijn die naar de sessies zijn gegaan.

Bij patiënten jonger dan 55 jaar zijn we maar matig in ons opzet geslaagd. Dit is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat dit deel van de bevolking nog actief is op de arbeidsmarkt. De groepseducatieessies vinden plaats tijdens de week wat het moeilijk maakt voor de werkende patiënt om deel te nemen. De informatiesessies daarentegen zijn in het weekend (op zaterdagochtend). Mogelijks moeten we toch overwegen om de dagen en het uur van de sessies aan te passen om zo de jongere patiënten ook de kans te bieden om makkelijker aanwezig te kunnen zijn aangezien preventie toch zeer belangrijk is in deze groep.

Slechts 1 patiënt van de 85 plussers nam deel aan de sessies. Dit heeft mogelijks te maken met het feit dat ze denken dat het voor hun nog weinig zin heeft. Dit is bevestigd door de redenen voor niet participatie die ze opgaven. Een andere belangrijke factor die waarschijnlijk een rol speelt, is het feit dat ze afhankelijk zijn van derden om zich te verplaatsen. Er is nochtans transport voorzien vanuit de gemeente Anderlecht.

Bijna de helft van de diabetespatiënten zijn naar de sessies gegaan, wat toch een goed resultaat is. Opmerkelijk is dat er **bijna 60% van de patiënten met gestoorde nuchtere glycemie** naar de sessies zijn gegaan. Dit is toch een resultaat waar we zeer tevreden mee kunnen zijn omdat het juist in die patiëntengroep is waar we nog aan preventie kunnen doen en kunnen voorkomen dat ze evolueren naar diabetes.

Het zijn voornamelijk diabetspatiënten met een glycemie **tussen 125 en 200 mg/dl** die naar de sessies gekomen zijn. Patiënten met een nog hogere glycemie (gelukkig zijn er dit niet zoveel) konden niet overtuigd worden om naar de sessies te gaan hoewel juist deze groep de educatiesessies het meest nodig heeft.

Het zijn voornamelijk de patiënten met een **HbA1c lager dan 7,5 %** die we hebben kunnen overtuigen om deel te nemen aan de sessies.

Als we de redenen tot niet participatie nagaan, valt het op dat een deel van de patiënten **geen interesse** vertoont: niet alle patiënten met gestoorde nuchtere glycemie of goed geregelde diabetespatiënten vertonen interesse voor de sessies. Ook was er een klein deel van de patiënten de afspraak vergeten.

De 2 belangrijkste redenen die worden aangegeven voor niet participatie zijn: geen interesse, ‘ik heb nog geen diabetes’ of ‘mijn diabetes is goed geregeld’.

6.2 Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Aangezien alle praktijken EMD's bijhouden en zo uniform mogelijk trachten te werken door het toekennen van codes, kan op eenvoudige wijze een eerste selectie bekomen worden. Het laten lopen van een epidemiologische studie via het EMD is echter niet onfeilbaar en vals positieve resultaten zijn dus mogelijk. Hiervoor werd een verdere selectie door de huisarts zelf uitgevoerd.

Gezien enkel patiënten met een GMD aangeschreven mogen worden door hun huisarts, werd dit criterium opgenomen in de inclusiecriteria. Dit brengt een selectiebias met zich mee, ondanks het feit dat in de deelnemende praktijken intensief gewerkt wordt aan het aanmaken en bijhouden van globaal medische dossiers.

Wanneer we de glycemiewaarden en HbA1c waarden van de geselecteerde patiënten bekijken kunnen we stellen dat deze globaal bekeken goed opgevolgd en onder controle zijn. Mogelijks is dit toe te schrijven aan de selectiebias die we hebben door GMD op te nemen in de inclusiecriteria. Anderzijds moet dit ook wel gezien worden als een verdienste van de deelnemende huisartsenpraktijken.

Er werd geopteerd om enkel met meerderjarige patiënten te werken aangezien onderzoek met minderjarigen op ethisch gebied complexer is en het onderzoek handelt over een aandoening die zich vooral op latere leeftijd manifesteert. Dit neemt niet weg dat de preventie wel dient te starten op jonge leeftijd.

De brieven werden per post verstuurd en er stond geen tegenadres op de enveloppe. Dit zorgt ervoor dat we geen zicht hebben op het aantal brieven dat niet op hun bestemming is gekomen (patiënten melden bijvoorbeeld niet altijd een verhuis).

De brieven werden eind augustus verstuurd en er werd gevraagd tijdens de maand september op consult te komen. Dit is een vakantieperiode, zeker voor gepensioneerden.

Het moet opgemerkt dat de brieven in de taal van de patiënt verstuurd werden en dat de bijgevoegde brochure ook in beide landstalen was geschreven.

Het feit dat de consult betalend was, kan een drempel zijn voor sommige patiënten. Mogelijks stellen ze de ‘extra’ consult uit tot op het moment dat ze om een andere reden toch de huisarts moeten raadplegen. De consultperiode kon echter niet verlengd worden aangezien 2 van de 4 deelnemende huisartsenpraktijken tijdens de maand oktober een brief versturen met de griepvaccinatie en er anders een bias zou ontstaan.

Door ons niet te beperken tot het uitnodigen van diabetespatiënten, hebben we mogen ervaren dat het versturen van de brief toch een ‘wake-up call’ was voor sommige patiënten met gestoorde nuchtere glycemie. Dit geldt niet enkel voor de patiënt maar ook voor de huisarts. Sommige patiënten reageerden soms verbaasd over het feit dat ze een verhoogde glycemiewaarde hadden.

Slechts de helft van de patiënten die op consult zijn geweest, hebben de kennistoets ingevuld. Mogelijks zijn het nog patiënten met een betere kennis die de vragen hebben ingevuld. Patiënten met mindere kennis gaan er misschien van uit dat ze de antwoorden toch niet weten en vullen de lijst dan ook niet in.

Gezien de korte tijdspanne van de masterproef is er gekeken naar de invloed van de afzonderlijke kenmerken. Het kan interessant zijn om in de toekomst met behulp van regressie-analyse de invloed van combinaties van kenmerken verder te bestuderen.

Om de redenen tot niet participatie te weten te komen, werd besloten telefonisch contact op te nemen met de patiënt. Nadeel is dat niet alle patiënten bevraagd zijn gezien we niet beschikten over de telefoonnummers van iedere patiënt. Ze zijn ook minder open aan telefoon dan in een persoonlijk gesprek. Ze zien immers de persoon aan de andere kant van de lijn niet en bovendien is het niet hun eigen huisarts.

6.3 Implementatie

Is het een goed idee om een brief te versturen: voor herhaling vatbaar of niet?

We kunnen stellen dat gezien de respons het een goed idee was om een brief te versturen om het project bekend te maken bij ons doelpubliek gezien de respons.

Het project heeft een goede start genomen maar kan nog verder uitgediept worden. Het is belangrijk dat de patiënten weten dat het niet stopt na deze eerste reeks informatiesessies. Er zijn al nieuwe activiteiten gepland in het voorjaar. Het betreft niet enkel theoretische informatiesessies maar ook meer praktische sessies (koken, samen boodschappen doen).

Gezien het onmogelijk is om bij elke nieuwe geplande activiteit een studie uit te voeren van het EMD en de patiënten hierover aan te schrijven, is het nu aan de deelnemende praktijken om na te denken hoe ze dit verder in de praktijk zullen organiseren (idee voor een praktijkbevorderend project).

Enkele voorstellen:

- Affiche hangen en het beschikbaar stellen van brochure in de wachtzaal
- In de invoerbasis diabetes een lijn toevoegen (bv. regiohuis) die er ons doet aan denken om telkens een diabetespatiënt op consult komt hem te informeren over het regiohuis
- Actief opsporen van patiënten met gestuurde nuchtere glycemie en dit ook duidelijk in het EMD noteren zodat er geregeld een studie kan uitgevoerd worden om deze groep van patiënten op te sporen en het regiohuis in hun planning (agenda?) te noteren. Als de patiënt dan een volgende keer op consult komt (ook al komt hij voor iets anders) dan wordt de arts eraan herinnerd te spreken over het regiohuis.

Uit de resultaten van de diabetes kennistoets kunnen we ook onderwerpen selecteren voor toekomstige sessies, bv. een informatiesessie gegeven door een podoloog over verzorging van de voeten en hoe complicaties te voorkomen.

In de toekomst moet overwogen worden om de ingeschreven patiënt een SMS te versturen of telefonisch contact op te nemen ter herinnering aan de sessie gezien er toch patiënten zijn die de afspraak vergeten.

Ook zullen we als huisarts ons best moeten doen en onze communicatievaardigheden om patiënten te motiveren naar een sessie te gaan, bijschaven. We dienen ons vooral te richten naar de jongere patiënten en eventueel de planning van de sessies ook afstemmen op de agenda van de patiënt die nog actief is op de arbeidsmarkt.

Het is ook belangrijk te weten dat dit project verder uitgebreid kan worden in Anderlecht. Niet enkel de huisartsen van Helix zullen hun patiënten naar het regiohuis kunnen sturen maar ook andere huisartsen.

Hopelijk kunnen in de toekomst ook meer diabetespatiënten naar het regiohuis doorverwezen worden voor individuele sessies.

Het is ook belangrijk om ons te blijven concentreren op de patiënten met gestoorde nuchtere glycemie en andere hoogrisicopatiënten om de evolutie naar diabetes trachten te voorkomen.

Het effect van de sessies en activiteiten in het regiohuis op o.a. de glycemie binnen deze groep van patiënten zal pas merkbaar worden over enige tijd. Een studie op langere termijn is dan ook aangewezen. Deze studie kan dan ook het effect nagaan op de glycemie, HbA1c, gewicht, bloeddruk, cholesterol enz van de hoogrisico- en diabetespatiënten. Ook het effect op de kennis van diabetes kan in de toekomst geëvalueerd worden.

Men kan overwegen in het regiohuis niet enkel educatiesessies te geven, maar ook consult bij diëtiste, podoloog, tabacoloog, … .

Het project kan in de toekomst ook verder uitgebreid worden naar andere gemeenten in het Brussels Gewest. Dergelijke projecten kunnen ook opgezet worden voor andere chronische aandoeningen zoals chronische nierinsufficiëntie. Het onderbrengen van meerdere disciplines in eenzelfde regiohuis zal de eerstelijnszorg versterken.

7. Conclusie

Bijna de helft van de geselecteerde patiënten zijn ingegaan op de brief. Een brief is een goed middel om het project bekend te maken. Iets meer dan de helft van de patiënten die op consult zijn gekomen (dus een vierde van de oorspronkelijk aangeschreven patiënten), is naar het regiohuis gegaan. Het resultaat op de kennisproef lijkt geen voorspeller te zijn voor het al dan niet bijwonen van de sessies.

Het project heeft een goede start genomen. Met de aanbevelingen die voortvloeien uit deze studie kan de werking van het regiohuis verder geoptimaliseerd worden.

8. Dankwoord

Ik wil graag mijn dank betuigen aan iedereen die bijgedragen heeft tot het goed doorlopen van mijn studies en het tot een goed einde brengen van mijn masterproef.

In de eerste plaats gaat mijn dank uit naar mijn promotor Prof. Dr. Ann Roex en co-promotor Prof. Dr. Johan Buffels, die mij hebben ondersteund met het verschaffen van informatie en raadgevingen.

Mijn dank gaat ook uit naar mijn praktijkopleider Dr. Luc Martens die mij de voorbije 2 jaren heeft bijgestaan met goede raad, niet alleen voor mijn masterproef maar ook in mijn leerproces om een goede huisarts te worden.
Dit leerproces werd ondersteund door goede en leerrijke seminaries onder de leiding van Dr. Johan Vansintejan waarvoor dank.

Ik wens ook het Huis voor Gezondheid en de collega's van het Helix netwerk te bedanken die hun medewerking hebben verleend aan het opzetten van dit project en het ondersteunen van mijn masterproef.

Verder wil ik familie en vrienden bedanken, bij wie ik steeds terecht kon, ook in de moeilijke momenten, voor morele en praktische ondersteuning.

Tenslotte een speciaal woord van dank aan mijn ouders, die me de mogelijkheid hebben gegeven mijn studies aan te vatten en te volbrengen en die samen met mijn echtgenoot, mijn broer, zus en schoonzus steeds voor me klaar staan.

9. Referenties

1. www.helix-anderlecht.net
2. http://www.huisvoorgezondheid.be/Wiezijnwij.aspx
3. http://www.vgc.be/bestuur/cms_college/2012/2012-02/cbbij1-1112-0374.pdf
4. Harris M, Zimmet P. Classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. In: Alberti KG, Zimmet P, Defronzo, editors. Chichester, John Wiley and Sons Ltd: International Textbook of Diabetes Mellitus. 1997: 9-23.
5. Wens J, Sunaert P, Nobels F, Feyen L, Van Crombrugge P, Bastiaens H, Van Royen P. WVVH-VDV Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Diabetes Mellitus Type 2. Berchem/Gent: WVVH/VDV, 2005.
6. Griffin S. Diabetes care in general practice – meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ 1998;317:390-5.
7. Barnett AH, Eff C, Leslie RD, Pyke DA. Diabetes in identical twins. A study of 200 pairs. Diabetologia 1981;20:87-93.
8. Kobberling J, Tillil H. Genetic and nutritional factors in the etiology and pathogenesis of diabetes mellitus. World Rev Nutr Diet 1990;63:102-15.
9. Perry IJ, Wannamethee SG, Walker MK, et al. Prospective study of risk factors for development of non-insulin dependent diabetes in middle aged British men. BMJ 1995;310:560-4.
10. De Vegt F, Dekker JM, Jager A, Hienkens E, Kostense PJ, Stehouwer CD, et al. Relation of impaired fasting and postload glucose with incident type 2 diabetes in a Dutch population: The Hoorn Study. JAMA 2001;285:2109-13.
11. Lean ME, Han TS, Seidell JC. Impairment of health and quality of life in people with large waist circumference. Lancet 1998;351:853-6.

12. Hu G, Lindstrom J, Valle TT, Eriksson JG, Jousilahti P, Silventoinen K, et al. Physical activity, body mass index, and risk of type 2 diabetes in patients with normal or impaired glucose regulation. Arch Intern Med 2004;164:892-6.
13. American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2005;28:S37-42.
14. The DECODE Study Group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. Lancet 1999;354:617-21.
15. International Diabetes Federation. The diabetes atlas. http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012
16. http://www.diabetes.be/3/83/overdiabetes/diabeteswereldwijd.aspx
17. Health expenditure for diabetes, 2010 | Diabetes Atlas; 2010
18. Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care* 2002;25:1869-75.
19. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343-50.
20. Wens J. Kan een gezonde leefstijl diabetes voorkomen? Minerva 2002; 31(1): 45-47
21. Li G, Zhang P, Wang J, et al. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20 year follow-up study. Lancet 2008;371:1783-9.
22. De Cort P. Het langetermijneffect van leefstijlaanpassingen bij personen met gestoorde glucosetolerantie. Minerva 2010; 9(3): 30-31.

23. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002; 346:393-403.
24. Wens J. Effect van metformine en leefstijlinterventies op ‘metabool syndroom’. Minerva 2006; 5(2): 23-26.
25. Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, et al. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: The Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med 2005;142:611-9.
26. Goldstein D. Beneficial health effects of modest weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1992;16:397-415.
27. Van Gaal L, Wauters M, De Leeuw I. The beneficial effects of modest weight loss on cardiovascular risk factors. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997;21:S5-9.
28. Pastors JG, Warshaw H, Daly A, Franz M, Kulkarni K. The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes Care* 2002;25:608-13.
29. Church TS, Blair SN, Cocreham S, et al. Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. JAMA 2010;304:2253-62.
30. Anderson R, Funnell M, Carlson A, et al. Facilitating self-care through empowerment. In: Snoek F, Skinner T [eds]. Psychology in diabetes care. New York: John Wiley and Sons Inc, 2000.
31. Sunaert P, Feyen L, Vyt A, De Maeseneer J. Interdisciplinaire samenwerking bij diabetesproblematiek. In: De Pover M, Roosen Ph, Vyt A [eds]. Multidisciplinaire aanpak van diabetes mellitus. Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2004:195-216.

32. Eigenmann CA, Skinner T, Colagiuri R. Development and validation of a diabetes knowledge questionnaire. Pract Diab Int May 2011 Vol. 28 No. 4: 166-170d.
33. ANDY FIELD. 2005. Discovering Statistics Using SPSS. Sage Publications, Londen, 856 p.

10.Bijlagen

Bijlage I: uitnodigingsbrief in het Nederlands

HELIX

NETWERK VAN HUISARTSEN - RÉSEAU DE MÉDECINE GÉNÉRALE

www.helix-anderlecht.net

PRAKTIJK MEIR
CABINET MEIR

Dr Paul Kelchtermans
H. Limbourglaan 49
49, Avenue H. Limbourg
1070 Anderlecht
✆ 02/521.10.75

PRAKTIJK DE VIJVERS
CABINET DES ETANGS

Dr Johan Buffels
Dr Tim Hilgert
Resid. Capri
Jean Hayetsquare 14 bus 11
14, Square Jean Hayet boite 11
1070 Anderlecht
✆ 02/520.14.11

PRAKTIJK SCHEUT
CABINET SCHEUT

Dr Luc Martens
L. Debattylaan 21
21, Avenue L. Debatty
1070 Anderlecht
✆ 02/520.83.41.

PRAKTIJK VOGELENZANG
CABINET CHANT d'OISEAUX

Dr Milan Roex
Dr Ann Roex
Dr Iliass Tigra
Vogelenzangstraat 89
89, rue du Chant d'Oiseaux
1070 Anderlecht
✆ 02/522.74.54

Mijnheer ,

Uit een analyse van uw medisch dossier blijkt dat U een verhoogde suikerwaarde in uw bloed had. Dit kan wijzen op een verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes. Misschien werd de diagnose van diabetes bij U reeds gesteld.

Zoals U weet is er een duidelijk verband tussen het ontwikkelen van diabetes en de levensstijl. Daarom zullen zowel in de preventie als in de behandeling van diabetes, aanpassingen van de levensstijl een belangrijke bijdrage hebben.

Daarom nodigen we U graag uit om een bezoek te brengen aan het Regiohuis voor diabetes. In dit regiohuis kunt U terecht met al uw vragen over diabetes, maar ook voor algemene informatiesessies en educatiesessies over diabetes. In bijlage vindt U reeds een brochure met wat uitleg.

We zijn overtuigd dat deze sessies voor U zeer nuttig kunnen zijn.

Bent U geïnteresseerd?

Dan nodigen we U graag uit om bij ons op raadpleging te komen **tussen 27 augustus 2012 en 28 september 2012**. Tijdens deze raadpleging zullen we met U de stand van zaken van uw diabetes overlopen, zullen we vervolgens uitleggen wat dit project voor U kan betekenen en zullen we U tenslotte vragen een diabetes-quiz in te vullen. Uiteraard zal er ook tijd zijn om uw vragen te beantwoorden.

Geeft U ons een seintje indien U niet kan komen tijdens de vooropgestelde periode? We maken dan eventueel een afspraak voor een latere datum.

Met vriendelijke groeten,

Dokter

Bijlage II: Uitnodigingsbrief in het Frans

HELIX

NETWERK VAN HUISARTSEN - RÉSEAU DE MÉDECINE GÉNÉRALE

www.helix-anderlecht.net

Monsieur ,

L'analyse de vos données médicales révèle une glycémie dépassant les 100 mg/dl : ceci peut signifier un risque de diabète à l'avenir. Il se peut que votre médecin ait déjà diagnostiqué le diabète chez Vous.

Comme Vous le savez, diabète et mode de vie sont fortement liés. L'adaptation du mode de vie est primordial tant dans la prévention que dans le traitement du diabète.

C'est pourquoi nous Vous invitons à rendre visite à la maison régionale de la santé pour recevoir une information concernant le diabète.

Vous pouvez faire appel à cette maison de la santé pour toutes vos questions concernant le diabète mais également pour des sessions d'information et d'éducation sur le diabète. En annexe Vous trouvez déjà une brochure avec plus d'information.

En tant que médecin généraliste nous sommes convaincus que ces sessions peuvent être très utiles pour vous.

Etes-vous intéressés ?

Alors nous Vous invitons volontiers à venir chez nous pour une consultation **entre le 27 août 2012 et le 28 septembre 2012.** Pendant cette consultation nous ferons le point sur votre glycémie, ensuite nous expliquerons ce que ce projet peut signifier pour vous et finalement nous vous demanderons de remplir un quiz sur le diabète. Bien entendu nous prendrons le temps de répondre à vos questions.

Si Vous ne pouvez pas venir pendant la période proposée, signalez le nous. Nous pouvons éventuellement fixer un rendez-vous à une date ultérieure.

Salutations cordiales,

Docteur

PRAKTIJK MEIR
CABINET MEIR

Dr Paul Kelchtermans
H. Limbourglaan 49
49, Avenue H. Limbourg
1070 Anderlecht
✆ 02/521.10.75

PRAKTIJK DE VIJVERS
CABINET DES ETANGS

Dr Johan Buffels
Dr Tim Hilgert
Resid. Capri
Jean Hayetsquare 14 bus 11
14, Square Jean Hayet boite 11
1070 Anderlecht
✆ 02/520.14.11

PRAKTIJK SCHEUT
CABINET SCHEUT

Dr Luc Martens
L. Debattylaan 21
21, Avenue L. Debatty
1070 Anderlecht
✆ 02/520.83.41.

PRAKTIJK VOGELENZANG
CABINET CHANT d'OISEAUX

Dr Milan Roex
Dr Ann Roex
Dr Iliass Tigra
Vogelenzangstraat 89
89, rue du Chant d'Oiseaux
1070 Anderlecht
✆ 02/522.74.54

Bijlage III: Informatiebrochure

IK HEB DIABETES

MEER WETEN?

U weet dat u diabetes hebt. Of u kent iemand die diabetes heeft. Van uw huisarts krijgt u onmisbare informatie over deze aandoening en over de behandeling ervan. Maar wellicht wilt u nog meer weten? Kom naar het Gezondheidscentrum van Anderlecht!

Infosessies diabetes

NL

In grote groep onder begeleiding van een huisarts en een paramedicus.

- zaterdag 22 september 2012: **leven met diabetes**
- zaterdag 17 november 2012: **gezonde voeding en beweging**

Uur: 10u-12u
Prijs: gratis
Inschrijven:
- via uw huisarts
- Huis voor Gezondheid: tel. 02 412 31 65 of mail diabetes@huisvoorgezondheid.be

Groepssessies diabetes

NL

Uitwisselen van informatie in kleine groep, onder begeleiding van een zorgverlener.

- woensdag 3 oktober 2012: **leven met diabetes**
- woensdag 5 december 2012: **gezonde voeding en beweging**

Uur: 16u-17u30
Prijs: 3 euro
Inschrijven: via uw huisarts

Alle activiteiten vinden plaats in het Gezondheidscentrum Anderlecht, ingang Kapittelstraat 33:

Gezondheidscentrum Anderlecht
d'Aumalestraat 21
1070 Anderlecht

Heeft u vragen omtrent uw diabetes, de infosessies, ... contacteer zeker uw huisarts.

Een initiatief van:

Huis voor Gezondheid
draagt ZORG in Brussel

ANDERLECHT

In samenwerking met:

rml b

réseau multidisciplinaire local Bruxelles

V.U. Huis voor Gezondheid, Lakensestraat 76 bus 7, 1000 Brussel

LE DIABÈTE

JE M'INFORME

Vous savez que vous souffrez de diabète, ou vous connaissez quelqu'un qui a le diabète. Votre médecin traitant vous donnera de précieuses informations sur cette pathologie et son traitement. Et si vous souhaitez en savoir plus, venez au Centre de santé d'Anderlecht!

Sessions d'information

FR

Information générale, donnée par un médecin généraliste et un prestataire paramédical.

- samedi 29 septembre 2012 : **vivre avec le diabète**
- samedi 24 novembre 2012 : **alimentation équilibrée et activités physiques recommandées**

Heure : 10h-12h
Prix : gratuit
Inscription :

- auprès de votre médecin généraliste
- Huis voor Gezondheid, tél. : 02 412 31 65 ou par mail : diabetes@huisvoorgezondheid.be

Sessions de groupe

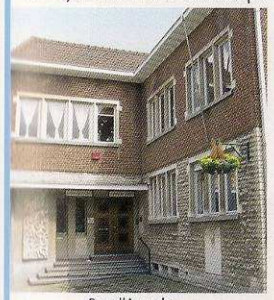
FR

Echange d'information en petit groupe, en présence d'un prestataire de soins.

- mercredi 10 octobre 2012 : **vivre avec le diabète**
- mercredi 12 décembre 2012 : **alimentation équilibrée et activités physiques recommandées**

Heure : 16h-17h30
Prix : 3 euro
Inscription : auprès de votre médecin généraliste

Les activités se déroulent au Centre de Santé Anderlecht, entrée Rue du Chapitre 33 :



Rue d'Aumale



Rue du Chapitre

Centre de Santé Anderlecht
Rue d'Aumale 21
1070 Anderlecht



Pour toute question sur le diabète, les séances d'informations, les sessions de groupe, ..., contactez votre médecin généraliste.

Une initiative de:

Huis voor Gezondheid
draagt ZORG in Brussel

ANDERLECHT

En collaboration avec:

rml b
réseau multidisciplinaire local Bruxelles

ER : Huis voor Gezondheid, Lakensestraat 76 bus 7, 1000 Brussel

Bijlage IV: Patiënteninformatie en Informed Consent

Patiënteninformatie

Onderzoek: Hoe kan een huisarts zijn/haar patiënten overtuigen deel te nemen aan informatie- en educatiesessies in het regiohuis in Anderlecht?

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek.

Voordat u beslist of u al dan niet zal deelnemen, is het belangrijk dat u begrijpt waarom dit onderzoek wordt uitgevoerd en wat het inhoudt. Neem uw tijd om deze informatie door te nemen en te bespreken met vrienden of familieleden en uw huisarts indien u dit wenst. U kan steeds vragen stellen bij onduidelijkheden of wanneer u meer inlichtingen wenst.

Doel van deze studie

Met het onderzoek wordt nagegaan hoeveel en welke patiënten we via een gericht schrijven en een gesprek met de huisarts kunnen overtuigen deel te nemen aan de informatie- en educatiesessies in verband met diabetes. We wensen graag een antwoord te formuleren op volgende vragen:

- Hoeveel patiënten consulteren naar aanleiding van een gerichte brief?
- Hoeveel van deze patiënten gaan uiteindelijk naar de sessies in het regiohuis?
- Welk is de relatie tussen de kennis over diabetes en het al dan niet deelnemen aan de sessies?
- Welk zijn de redenen om niet deel te nemen?

Waarom werd ik gekozen ?

U werd gevraagd om deel te nemen omdat we voor dit onderzoek op zoek zijn naar diabetespatiënten of patiënten met een verhoogde suikerwaarde in het bloed en die ouder zijn als 18 jaar. Uw huisarts gaf aan dat u aan deze criteria voldoet.

Wat gebeurt er wanneer ik deelneem ?

Indien u interesse heeft om deel te nemen aan het onderzoek zal u gevraagd worden deel te nemen aan ‘de diabetesquiz’. Dit is een lijst met 14 meerkeuze vragen over diabetes en haar behandeling. Het doel van deze kennistoets is na te gaan hoe het gesteld is met uw kennis over diabetes en de behandeling ervan.

Wat zijn de mogelijke nadelen en risico's van mijn deelname ?

Er zijn geen nadelen aan verbonden. U kan het doornemen van de informatie en het beantwoorden van de vragen misschien ongemakkelijk vinden.

Voor de consultatie waartoe u werd uitgenodigd door uw huisarts, betaalt u de prijs van een gewone consultatie.

De algemene informatiesessies zijn gratis en voor iedereen toegankelijk. Voor de specifieke educatiesessies (in groep of individueel) zal de kostprijs u medegedeeld worden voor het starten van de sessies.

Wat zijn de mogelijke voordelen van mijn deelname ?

We hopen via de brief en een gesprek jullie te kunnen overtuigen deel te nemen aan de informatie- en educatiesessies in het regiohuis. Deze sessies hebben tot doel meer inzicht te creëren in de aandoening diabetes en de behandeling. Tijdens deze sessies zullen ook heel wat praktische tips worden meegegeven. We hopen zo de kwaliteit van de zorg die we jullie aanbieden te verhogen en complicaties op langere termijn te voorkomen.

Hoe wordt de anonimiteit gewaarborgd ?

De onderzoekers garanderen uw privacy tijdens de deelname aan dit onderzoek. Alle gegevens die van u verzameld worden in het kader van deze studie zullen vertrouwelijk behandeld worden zoals bepaald in de "wet op de bescherming van persoonsgegevens". De lijst met namen en codes worden bewaard op een plaats die enkel voor de onderzoeker toegankelijk is. Bij de weergave van de resultaten zullen geen namen van personen vermeld worden. De gegevens zullen zo beschreven worden dat identificatie niet mogelijk is.

Wie organiseert en ondersteunt het onderzoek ?

Het onderzoek wordt uitgevoerd door dr. Tine Depovere, huisarts in opleiding in de praktijk van dr. Martens te Anderlecht, met ondersteuning van het Helix netwerk en het Huis voor Gezondheid. De promotor van deze studie is dr. Ann Roex en Dr. Johan Buffels is co-promotor. Beiden zijn werkzaam in het Departement huisartsgeneeskunde van de Faculteit Geneeskunde aan de K.U.Leuven.

De Ethische Commissie van de K.U.Leuven keurde het onderzoek goed. U ontvangt een exemplaar van de onderzoeksresultaten.

Wij willen u alvast bedanken voor de tijd en moeite om deze brochure door te nemen. Wij hopen u hiermee wat helderheid gebracht te hebben over het onderzoek. Mocht u nog vragen hebben of u wenst mee te werken aan het onderzoek kunt u contact opnemen met uw huisarts.

We hopen van harte dat u mee wilt werken!

Met vriendelijke groet,

Toestemmingsformulier

Naam van het onderzoek: **Hoe kan een huisarts zijn/haar patiënten overtuigen deel te nemen aan informatie- en educatiesessies in het regiohuis in Anderlecht?**

Naam van de onderzoeker: Tine Depovere

Ik bevestig dat ik de informatie omtrent deze studie heb gelezen en begrepen en dat ik de kans heb gekregen vragen te stellen.

Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik vrij ben uit de studie te stappen op elk moment, zonder een reden op te geven en zonder dat mijn medische behandeling of rechten hierdoor beïnvloed worden.

Ik begrijp dat delen van mijn medisch dossier die van belang zijn voor het onderzoek ingekeken zullen worden door personen die daartoe bevoegd zijn. Ik geef toelating aan deze personen om mijn dossier in te kijken.

Ik ga akkoord om deel te nemen aan deze studie.

_____	_____	_____
Naam van de patiënt	Datum	Handtekening

_____	_____	_____
Naam van de persoon die toestemming bekomt (indien verschillend van onderzoeker	Datum	Handtekening

_____	_____	_____
Naam van de onderzoeker	Datum	Handtekening

Opgesteld in twee exemplaren: Eén exemplaar voor patiënt en één voor de onderzoeker.

INFORMATION DU PATIENT

L'étude: Comment le médecin généraliste peut-il convaincre ses patients de participer aux sessions informatives et éducatives dans la maison régionale d'Anderlecht.

On vous invite à participer à cette recherche. Avant que vous décidiez de participer, il est important que vous compreniez pourquoi cette recherche est exécutée et en quoi elle consiste. Prenez le temps pour lire cette information et d'en parler avec des amis ou des membres de votre famille et, si vous le désirez, avec votre médecin généraliste. Vous pouvez à tout moment poser des questions si certaines choses ne sont pas claires ou si vous désirez des informations supplémentaires.

OBJECTIF DE CETTE ETUDE

Par cette recherche nous voulons déterminer combien de patients et quels patients nous pouvons convaincre à participer aux sessions informatives et éducatives concernant le diabète avec une lettre ciblée ou un entretien avec le médecin généraliste. Nous souhaitons formuler une réponse aux questions suivantes:

- Combien de patients pouvons-nous atteindre avec une lettre ciblée?
- Combien de ces patients iront finalement aux sessions dans la maison régionale?
- Quelle est la relation entre les connaissances sur le diabète et la participation aux sessions ?
- Quels sont les motifs de ceux qui n'y participent pas.

POURQUOI AI-JE ETE choisi?

On vous a demandé de participer à cette recherche parce que nous recherchons des diabétiques ou des patients avec un taux de sucre élevé dans le sang, qui ont plus de 18 ans. Votre médecin généraliste nous a signalé que vous correspondez à ces critères.

QUE SE PASSE-T-IL QUAND JE PARTICIPE?

Si une participation à la recherche vous intéresse on vous demandera de participer au 'quiz sur le diabète'. C'est une liste de 14 questions à choix multiples sur le diabète et son traitement. L'objectif de ce test est d'examiner quelles sont vos connaissances sur le diabète et son traitement.

QUELS SONT LES EVENTUELS DESAVANTAGES ET RISQUES DE MA PARTICIPATION? qUEL EN EST LE COUT ?

La participation ne contient aucun désavantage. Vous pouvez éventuellement trouver ennuyeux de lire l'information ou de répondre aux questions.

Pour la consultation à laquelle vous serez invité par votre médecin généraliste, vous payez le prix d'une consultation normale.

Les sessions informatives générales sont gratuites et accessibles à tout le monde. Pour les sessions éducatives spécifiques (en groupe ou individuellement) le prix vous sera communiqué avant le début des sessions.

QUELS SONT LES AVANTAGES POSSIBLES DE MA PARTICIPATION?

Avec la lettre et l'entretien nous espérons vous convaincre de participer aux sessions informatives et éducatives dans la maison régionale. Ces sessions ont comme objectif de vous donner une idée du diabète et de son traitement. Pendant ces sessions on vous donnera également de nombreux tuyaux pratiques. De cette façon nous espérons augmenter la qualité des soins que nous vous offrons et éviter des complications à long terme.

COMMENT L'ANONimat EST-il GARANTI?

Les chercheurs garantissent le respect de votre vie privée durant la participation à la recherche. Toutes vos données recueillies dans le cadre de l'étude seront traitées de façon strictement confidentielle, comme prévu dans 'la loi sur la protection de la vie privée'. La liste des noms et des codes sera uniquement accessible au chercheur. Lors de la publication des résultats aucun nom ne sera mentionné. Les données seront décrites d'une telle façon qu'une identification sera impossible.

QUI ORGANISE ET QUI SOUTIENT LA RECHERCHE?

La recherche est exécutée par le docteur Tine Depovere, médecin généraliste en formation dans le cabinet du docteur Martens à Anderlecht, avec le soutien du réseau Helix et la Maison de la Santé. Les directeurs de thèse sont les docteurs Ann Roex et Johan Buffels. Les deux travaillent au Département de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de la K.U.Louvain.

La Commission Ethique de la K.U.Louvain a approuvé l'étude. Vous recevrez un exemplaire des résultats de la recherche.

Nous vous remercions déjà d'avoir pris le temps et la peine de lire cette brochure. Nous espérons de cette façon avoir u peu éclairci le but de l'étude. Si vous avez d'autres questions ou si vous souhaitez collaborer à la recherche, vous pouvez contacter votre médecin généraliste.

Nous espérons de tout coeur que vous êtes prêt à collaborer.

Salutations cordiales,

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom de la recherche: Comment le médecin généraliste peut-il convaincre ses patients de participer aux sessions informatives et éducatives dans la maison régionale à Anderlecht?

Nom du chercheur : Tine Depovere

Je confirme avoir lu et compris l'information concernant cette étude et avoir eu l'occasion de poser des questions.

Je comprends que ma participation est volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans devoir donner une raison et sans que mon traitement médical ou mes droits soient influencés.

Je comprends également que certaines parties de mont dossier médical, ayant une importance pour la recherche, seront consultées par des personnes habilitées à le faire. Je donne à cas personnes la permission de consulter mon dossier.

Je suis d'accord de participer à cette étude.

_____	_____	_____
Nom du patient	Date	Signature

_____	_____	_____
Nom de la personne qui obtient la permission (s'il ne s'agit pas du chercheur)	Date	Signature
T. Depovere	27/8/12	
_____	_____	_____
Nom du chercheur	Date	Signature

Rédigé en deux exemplaires: un exemplaire pour le patient et un pour le chercheur.

Bijlage V: Diabetes kennistoets origineel + puntenverdeling

Dear participant
Please read the instruction for each question carefully as the required responses change from *'circle ONE answer only'* to *'circle AS MANY as apply'*.
Please assist us by answering ALL questions on EVERY page.

1. **What is the ideal range for blood glucose (sugar) levels a person with diabetes should aim for?**
   Please circle ONE answer only
   a. 2 to 6mmol/L
   b. 7 to 13mmol/L
   c. 4 to 8mmol/L
   d. 4.5 to 15mmol/L
   e. Unsure

2. **A blood test called HbA_{1c} (or A_{1c}) measures the average blood glucose levels over the past 2 to 3 months. What is the HbA_{1c} result that indicates a lowest risk of developing long-term diabetes complications?**
   Please circle ONE answer only
   a. Less than or equal to 7%
   b. Less than 8%
   c. 9%
   d. Less than or equal to 10%
   e. Unsure

3. **Diabetes is a condition that:**
   Please circle ONE answer only
   a. Can be cured by adopting a healthy lifestyle
   b. Can be cured with tablets and/or insulin
   c. Is currently not curable
   d. Is always life threatening when first diagnosed
   e. Unsure

4. **Which of the following statements about diabetes and diet is true?**
   Please circle ONE answer only
   a. People with diabetes should eat a sugar free diet
   b. It is OK to eat fried take away food three times a week
   c. Red meat is a carbohydrate food
   d. A diet which is low in fat, high in fibre, low in added sugar is recommended for everyone with diabetes
   e. Unsure

5. **Why is doing regular exercise or being physically active good for your health?**
   Please circle AS MANY as apply, or circle 'Unsure'
   a. It can help to control blood glucose levels
   b. It can lower blood pressure
   c. It can help to regulate a person's mood
   d. It can reduce the risk of skin cancer
   e. It can lower cholesterol levels
   f. Unsure

6. **How often should people with diabetes exercise or be physically active?**
   Please circle ONE answer only
   a. Most days of the week for at least 30 minutes
   b. Once a week for at least 30 minutes
   c. Once a month for one hour
   d. At least every fortnight for two hours
   e. Unsure

7. **Well-managed diabetes decreases the risk of:**
   Please circle AS MANY as apply, or circle 'Unsure'
   a. Kidney damage
   b. Blindness
   c. Melanoma
   d. Heart disease
   e. Foot ulcers
   f. Unsure

8. **What foot problems are people with diabetes most at risk of?**
   Please circle AS MANY as apply, or circle 'Unsure'
   a. Poor circulation
   b. Loss of feeling in the feet
   c. Foot ulcers
   d. Hammer toe
   e. Infections
   f. Unsure

9. **Why are people with diabetes advised to test their own blood glucose (BG)?**
   Please circle ONE option only
   a. To alert them to changes in BG level patterns
   b. To help make decisions in relation to exercise, treating 'hypos' (low BG) or sick-day management
   c. It can make people more confident in looking after their diabetes
   d. All of the above
   e. Unsure

(continued on next page)

Appendix 2. Text of the Diabetes Knowledge Questionnaire *(continued from previous page)*

10. What should a person with diabetes do if s/he becomes ill (e.g. flu, gastric upset, infection)?
Please circle AS MANY as apply, or circle 'Unsure'

a. Check blood glucose level more frequently (every 2 to 4 hours)
b. Stop taking all diabetes tablets and/or insulin
c. Drink lots of non-sweet fluid if blood glucose levels are over 15mmol/L
d. Seek medical attention if very unwell and unable to check blood glucose
e. Try to do as much exercise as possible to lower blood glucose levels
f. Unsure

11. People with diabetes need a medical check-up of their eyes, nerve and kidney function at least:
Please circle ONE answer only

a. Every month
b. Six monthly
c. Once a year
d. Every two to three years
e. Unsure

12. The National Diabetes Services Scheme (NDSS):
Please circle AS MANY as apply, or circle 'Unsure'

a. Allows members to purchase blood glucose testing strips at reduced price
b. Offers members free syringes and insulin pen needles
c. Is only available to people on low incomes
d. Is available to people with all types of diabetes
e. Is free to join
f. Unsure

The following questions (13 and 14) are to be completed by people taking diabetes medication (i.e. blood glucose lowering tablets or insulin)
***If you are not taking any diabetes medication please go to question* No 16**

13. Which of the following statements about diabetes medication is true?
Please circle ONE answer only

a. If blood glucose levels are normal for two months, diabetes medication can be stopped
b. Tablets for diabetes work by increasing blood glucose levels
c. Regular medical check-ups are necessary to assess the need for adjustments to diabetes medication
d. People taking diabetes medication do not need to worry about healthy eating
e. Unsure

14. If a person with diabetes has a hypo (low blood glucose level) reaction, s/he should:
Please circle ONE answer only

a. Immediately take some insulin or diabetes tablets
b. Rest and wait until s/he feels better
c. Immediately have some sugary food or drink (e.g. jelly beans, soft drink)
d. Drink some diet soft drink
e. Unsure

The next question (No 15) is to be completed by people with or carers of people with type 1 diabetes only

15. A person with type 1 diabetes feeling unwell and unable to eat should:
Please circle AS MANY as apply, or circle 'Unsure'

a. Check blood glucose and ketone levels at least every 2 hours
b. Drink carbohydrate containing (sugary) fluids if blood glucose below 15mmol/L
c. Go to the hospital if persistent vomiting and/or diarrhoea
d. Stop taking all insulin
e. Seek medical advice for adjusting insulin doses
f. Unsure

16. Finally, we would like to ask you some questions about yourself. This questionnaire is strictly confidential. Please assist us by answering all questions.

What is your age? ..... years

What is your gender? Female ☐ Male ☐

How long have you had diabetes?
..... years or ..... months or ..... days

What type of diabetes do you have?
Type 1 ☐ Type 2 ☐ Unsure ☐
Other ☐ *please specify* .....

Do you take diabetes medication? Yes ☐ No ☐
If yes ☐ glucose lowering **tablets**
and/or ☐ **insulin**

If you ticked insulin **how many injections per day?**
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ Other, *please specify*
.....

If you ticked glucose lowering tablets, **how many different tablets?**
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
☐ Other, *please specify*
.....

Have you ever seen a Diabetes Educator? Yes ☐ No ☐

Have you ever seen a Dietitian? Yes ☐ No ☐

Thank you very much for completing this questionnaire!

Appendix 3. Diabetes Knowledge Questionnaire scoring instructions

For all questions with ONE answer:

1 = correct
0 = incorrect
0.5 = unsure

For all questions with AS MANY as apply answers enter **for each option i.e. a. b. c. d. e.:**

1 = correct
0 = incorrect

For Question 9:
Enter 0.3 if option a. or b. or c. are circled individually **or**
1 = correct, i.e. option d.

For people with **type 2 diabetes NOT taking diabetes medication** the total possible score is **26**.

For people with **type 2 diabetes taking diabetes medication** the total possible score is **28**.

For people/carers of people with **type 1 diabetes** the total possible score is **32**.

Correct answers

Question number	Correct answer(s)
1	c
2	a
3	c
4	d
5	a, b, c, e
6	a
7	a, b, d, e
8	a, b, c, e,
9	d
10	a, c, d
11	c
12	a, b, d, e
13	c
14	c
15	a, b, c, e

Bijlage VI : Diabetes kennistoets in het Nederlands

Diabetesquiz

Beste deelnemer,

Lees elke vraag aandachtig. Bij sommige vragen kan je maar 1 antwoord kiezen, bij andere vragen kan je meerdere antwoorden aanduiden. Gelieve **elke** vraag op **elk** blad te beantwoorden.

Wij garanderen uw privacy. De gegevens zijn enkel toegankelijk voor de onderzoeker en worden ook enkel voor wetenschappelijke doeleinden gebruikt. Alvast bedankt voor uw deelname.

1. **Voor een diabetespatiënt is de ideale suikerwaarde in het bloed**: *(slechts 1 antwoord mogelijk)*
    a. Tussen 36 en 108 mg/dl.
    b. Tussen 126 en 134 mg/dl.
    c. Tussen 72 en 144 mg/dl.
    d. Tussen 81 en 270 mg/dl.
    e. Ik ken het antwoord op deze vraag niet.

2. **Het HbA1c (een bloedtest) geeft weer hoeveel het suikergehalte in het bloed de voorbije 2 à 3 maanden bedroeg. Welke HbA1c waarde geeft het laagste risico weer op het ontwikkelen van complicaties van diabetes op lange termijn?**
   Een HbA1c waarde: *(slechts 1 antwoord mogelijk)*
    a. minder dan of gelijk aan 7%.
    b. minder dan 8%.
    c. 9%.
    d. minder dan of gelijk aan 10%.
    e. ik ken het antwoord op deze vraag niet.

3. **Diabetes is een aandoening die**: *(slechts 1 antwoord mogelijk)*
    a. kan genezen worden door een gezonde levensstijl aan te nemen.
    b. kan genezen worden door medicatie en/of insuline.
    c. momenteel niet te genezen is.
    d. altijd levensbedreigend is op het moment van de eerste diagnose.
    e. ik ken het antwoord op deze vraag niet.

4. **Diabetes en dieet: welke van de volgende uitspraken is correct?** *(slechts 1 antwoord mogelijk)*

a. Patiënten met diabetes moeten een suikervrij dieet volgen.
b. 3 keer per week gefrituurde voeding eten is toegelaten.
c. Rood vlees is rijk aan koolhydraten.
d. Een dieet dat arm is aan vetten, rijk aan vezels en arm aan toegevoegde suikers is aangeraden voor iedereen met diabetes.
e. Ik weet niet welke uitspraak correct is.

5. **Waarom is regelmatig sporten of fysieke activiteit goed voor de gezondheid?** *(meerdere antwoorden mogelijk)*

a. Het helpt de suikerwaarden onder controle te houden.
b. Het verlaagt de bloeddruk.
c. Het helpt de gemoedstoestand te regelen.
d. Het vermindert het risico op huidkanker.
e. Het verlaagt de cholesterolwaarden.
f. Ik ken het antwoord op deze vraag niet.

6. **Hoe vaak moeten patiënten met diabetes sporten of fysieke activiteit uitvoeren?** *(slechts 1 antwoord mogelijk)*

a. Meerdere dagen per week gedurende minimum 30 minuten.
b. 1 keer per week gedurende minimum 30 minuten.
c. 1 keer per maand gedurende 1 uur.
d. Minimum om de 2 weken gedurende 2 uren.
e. Ik ken het antwoord op deze vraag niet.

7. Als hun suikerziekte goed onder controle is, hebben diabetespatiënten minder kans op: *(meerdere antwoorden mogelijk)*

a. nierbeschadiging.
b. blindheid.
c. melanoom (huidkanker).
d. hartaandoening.
e. voetwonde.
f. Ik ken het antwoord op deze vraag niet.

8. **Patiënten met diabetes hebben een verhoogd risico op volgende problemen ter hoogte van de voeten**: *(meerdere antwoorden mogelijk)*
    a. verminderde doorbloeding
    b. gevoelsverlies
    c. wonden
    d. hamertenen
    e. infecties
    f. Ik ken het antwoord op deze vraag niet.

9. **Waarom moeten patiënten met diabetes regelmatig zelf hun suikerwaarden controleren?** *(slechts 1 antwoord mogelijk)*
    a. Om hen attent te maken op veranderingen in suikerwaarden.
    b. Om hen te helpen beslissingen te nemen met betrekking tot fysieke activiteit, om hypoglycemies (te lage suikerwaarden) te behandelen en om het suikergehalte te regelen wanneer ze zich ziek voelen.
    c. Het geeft hen meer zelfvertrouwen in het behandelen van hun diabetes.
    d. Alle bovenstaande uitspraken zijn juist.
    e. Ik ken het antwoord op deze vraag niet.

10. **Wat moet een patiënt met diabetes doen wanneer hij/zij ziek wordt (bvb. griep, buikgriep, infectie)?**: *(meerdere antwoorden mogelijk):*
    a. De suikerwaarde in het bloed frequenter controleren (om de 2 tot 4 uur).
    b. Alle medicatie voor diabetes (medicatie en/of insuline) stoppen.
    c. Veel drinken (suikervrije dranken) indien de suikerwaarde in het bloed meer dan 270 mg/dl bedraagt.
    d. Een arts consulteren wanneer hij/zij zich erg slecht voelt en wanneer hij/zij het suikergehalte niet kan nakijken.
    e. Zoveel mogelijk bewegen om de suikerwaarde te verlagen.
    f. Ik ken het antwoord op deze vraag niet.

11. **Diabetespatiënten moeten hun ogen, zenuwstelsel en nierfunctie medisch laten nakijken. Dit gebeurt best** (*slechts 1 antwoord mogelijk)*:
    a. maandelijks.
    b. om de 6 maanden.
    c. jaarlijks.
    d. om de 2 tot 3 jaar.
    e. Ik ken het antwoord op deze vraag niet.

De volgende vragen (nr. 12 en 13) dienen enkel beantwoord te worden door patiënten die suikerverlagende medicatie en/of insuline nemen.

12. **Welke van de volgende uitspraken ivm diabetesmedicatie is correct?** *(slechts 1 antwoord mogelijk)*
    a. Medicatie mag stopgezet worden indien de suikerwaarde gedurende 2 maanden normaal is.
    b. Medicatie werkt door de suikerwaarde in het bloed te verhogen.
    c. Regelmatig medisch nazicht is nodig om de behandeling zo nodig aan te passen.
    d. Diabetespatiënten die medicatie nemen hoeven geen gezonde levensstijl aan te nemen.
    e. Ik ken het antwoord op deze vraag niet.

13. **Indien een diabetespatiënt een te lage suikerwaarde heeft, dan moet hij/zij:** *(slechts 1 antwoord mogelijk)*
    a. onmiddellijk zijn medicatie of insuline nemen.
    b. rusten en wachten tot hij/zij zich beter voelt.
    c. onmiddellijk suiker innemen (bv. frisdrank).
    d. een 'light' drank drinken.
    e. Ik ken het antwoord op deze vraag niet.

Ten slotte nog enkele vragen over jezelf. Deze vragenlijst is strikt vertrouwelijk.

Naam: ……

Leeftijd: . . jaar

Geslacht: man / vrouw

Hoelang hebt u al diabetes? . . . jaren / maanden / dagen

Neemt u medicatie voor diabetes? ja / neen
Zo ja, welke?
Indien insuline, hoeveel injecties per dag?
Indien tabletten (orale medicatie), hoeveel verschillende?

Bent u ooit al naar een diabeteseducator gegaan? ja / neen
Bent u ooit al naar een diëtist gegaan? ja / neen

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

Bijlage VII: Diabetes kennistoets in het Frans

Quiz du diabète

Chèr(e) participant(e),
Lisez chaque question attentivement. Il y a des questions où plusieurs réponses sont possibles. Veuillez répondre à toutes les questions sur chaque feuille.

Nous garantissons votre anonymat. Vos données personnelles ne seront accessibles que par le chercheur. Merci d'avance pour votre collaboration.

1. **Quelles sont les limites idéales du taux de glucose dans le sang (sucre) qu'un patient diabétique doit veiller à avoir ?** (*Veuillez ne choisir qu'une seule réponse)*

    f. Entre 36 en 108 mg/dl.
    g. Entre 126 en 134 mg/dl.
    h. Entre 72 en 144 mg/dl.
    i. Entre 81 en 270 mg/dl.
    j. Je ne sais pas.

2. **Un test sanguin appelé HbA1c mesure les taux moyens de glucose dans le sang durant les 2 à 3 derniers mois. A partir de quel taux de HbA1c dans le sang le test indique un risque le moins élevé de développer à long terme des complications diabétiques ?** *(Veuillez ne choisir qu'une seule réponse)*

    a. Moins ou égal à 7%.
    b. Moins de 8%.
    c. 9%.
    d. Moins ou égal à 10%.
    e. Je ne sais pas.

3. **Le diabète :** *(Veuillez ne choisir qu'une seule réponse)*

    a. peut se guérir en adoptant un mode de vie sain.
    b. peut se guérir en prenant des médicaments ou de l'insuline.
    c. ne se guérit pas encore.
    d. présente toujours un risque mortel au moment du premier diagnostic.
    e. Je ne sais pas.

4. **Laquelle des phrases reprises ci-dessous concernant le régime à adopter en cas de diabète est correcte?** (*Veuillez ne choisir qu'une seule réponse)*
    a. Les diabétiques doivent adopter un régime sans sucre.
    b. Il est possible de manger des plats préparés à emporter trois fois par semaine.
    c. La viande rouge est un aliment riche en glucides (sucre).

d. Un régime pauvre en graisse, riche en fibres et pauvre en sucres ajoutés est recommandé pour les diabétiques.
e. Je ne sais pas.

5. **Pourquoi des exercices réguliers ou la pratique d'une activité physique sont-ils bénéfiques pour votre santé?** *(Plusieurs réponses possibles)*

a. Peut aider à contrôler le taux de glucose dans le sang.
b. Peut diminuer la tension artérielle.
c. Peut aider à réguler les humeurs.
d. Peut réduire les risques de cancer de la peau.
e. Peut réduire le taux de cholestérol.
f. Je ne sais pas.

6. **A partir de quelle quantité d'exercice peut-on considérer qu'un diabétique est actif?** (*Veuillez ne choisir qu'une seule réponse)*

a. La plupart des jours de la semaine à raison de 30 minutes.
b. Une fois par semaine durant au moins 30 minutes.
c. Une fois par mois durant une heure.
d. Au moins tous les 15 jours pendant deux heures.
e. Je ne sais pas.

7. **Un diabète bien contrôlé diminue le risque de:** *(Plusieurs réponses possibles)*

a. insuffisances rénales.
b. cécité.
c. mélanome (cancer de la peau).
d. maladie cardiaque.
e. ulcères aux pieds.
f. Je ne sais pas.

8. **A quels problèmes aux pieds les diabétiques sont le plus exposés?** *(Plusieurs réponses possibles)*

a. Mauvaise circulation.
b. Perte de sensibilité dans le pied.
c. Ulcères aux pieds.
d. Orteils en griffes.
e. Infections.
f. Je ne sais pas.

9. **Pourquoi est-il recommandé aux diabétiques de tester leur taux de glucose dans le sang ?** (*Veuillez ne choisir qu'une seule réponse)*

    a. Afin de les prévenir en cas de changement du taux de glucose.
    b. Afin de les aider lorsqu'il faut décider d'effectuer des exercices, de traiter des situations d'hypoglycémie ou de gérer un jour de maladie.
    c. Afin de permettre aux diabétiques de prendre plus d'assurance et de confiance lors de la surveillance de leur diabète.
    d. Pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus.
    e. Je ne sais pas.

10. **Que doit faire un patient diabétique s'il est malade. (par ex. grippe, indigestion, infection, …)?** *(Plusieurs réponses possibles)*

    a. Surveiller le taux de glucose le plus fréquemment possible (toutes les 2 à 4 heures).
    b. Arrêter la prise de médicaments contre le diabète ou d'insuline .
    c. Boire beaucoup de liquides non sucrés si le taux de glucose dépasse les 270 mg/dl.
    d. S'adresser à un médecin si très malade et incapable de vérifier le taux de glucose dans le sang.
    e. Essayer de faire un maximum d'exercices afin de diminuer le taux de glucose dans le sang.
    f. Je ne sais pas.

11. **Les patients diabétiques ont besoin de faire un contrôle médical des yeux, des fonctions nerveuses et rénales au moins :** (*Veuillez ne choisir qu'une seule réponse)*

    a. tous les mois.
    b. tous les six mois.
    c. une fois par an.
    d. tous les deux à trois ans.
    e. Je ne sais pas.

Les questions suivantes (n° 12 et 13) sont que pour les diabétiques qui prennent des médicaments contre le diabète et/ou l'insuline.

12. **Laquelle des phrases suivantes à propos du traitement médical du diabète est correcté ?** (*Veuillez ne choisir qu'une seule réponse)*
    a. Si le taux de glucose dans le sang est normal durant deux mois, la prise de médicaments peut prendre fin.
    b. Les médicaments contre le diabète fonctionnent en augmentant le taux de glucose dans le sang.
    c. Des contrôles médicaux réguliers sont nécessaires pour adapter éventuellement le traitement du diabète.
    d. Les patients prenant un traitement diabétique ne doivent pas se préoccuper de manger sainement,
    e. Je ne sais pas

13. **Si une personne souffrant de diabète fait une réaction hypoglycémique (taux bas de de glucose), elle doit :** (*Veuillez ne choisir qu'une seule réponse)*

    a. Prendre immédiatement de l'insuline ou des médicaments contre le diabète.
    b. Se reposer et attendre d'aller mieux.
    c. Prendre immédiatement des aliments ou des boissons sucrés (par ex. des dragées ou des boissons non alcoolisées sucrées).
    d. Prendre des boissons de régime.
    e. Je ne sais pas.

Enfin, encore quelques questions personnelles. Les données sont confidentielles.

Nom : ……..
Votre âge : … ans

Sexe : masculin/féminin

Depuis combien de temps votre diabète est-il connu ? ……. ans/mois/jours

Prenez-vous des médicaments contre le diabète ? Oui/Non
Si oui, lequel ?
Si vous prenez de l'insuline, combien d'injections par jour ?
Si vous prenez des médicaments oraux, combien de comprimés par jour ?

Avez-vous déjà consulté un éducateur du diabète ?
Avez-vous déjà consulté une diététicienne?

Merci pour votre collaboration !