Optimaliseren van de samenwerking tussen de huisarts en de diëtiste voor type 2 diabetespatiënten

De fauw Loes, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. D. Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. P. Sunaert, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

OPTIMALISEREN VAN DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN DIETISTE BIJ TYPE 2 DIABETESPATIENTEN

Haio: Loes DE FAUW

Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. D. AVONTS

Co-promotor: Dr. P. SUNAERT

Praktijkopleider: Dr. K. DE MUYNCK

Context:

Diabetes Mellitus type 2 is een belangrijk, veel voorkomend en groeiend gezondheidsprobleem. De huisarts speelt een belangrijke rol in preventie, behandeling en opvolging. Levensstijladvies, waaronder dieetadvies door een erkende diëtiste, is een belangrijk onderdeel in de behandeling van DM2 patiënten.

Onderzoeksvraag:

Hoe kan de samenwerking tussen huisarts en diëtiste in de huisartsenpraktijk geoptimaliseerd worden voor type 2 diabetespatiënten?

Methode:

Naast een literatuuronderzoek werd ook een participerend actieonderzoek uitgevoerd in een groepspraktijk, bestaande uit 3 artsen, 1 HAIO en 1 diëtiste (diabeteseducator). In het literatuuronderzoek werd het effect van (intensief) dieetadvies bij DM2 patiënten onderzocht op o.a. glycemie, HbA1c, gewicht, BMI, lipiden, RR, morbiditeit en mortaliteit. Daarnaast werden ook de barrières bij het gebruik van de diëtiste onderzocht. Aan de hand van een visgraatanalyse werden de bevindingen uit de literatuur samengelegd met de ervaringen uit de praktijk. Van daaruit werd een verbeterplan opgesteld met specifieke actiepunten die in de huisartsenpraktijk ingevoerd werden. Het kwaliteitsverbeterend praktijkproject werd gedaan volgens de FOCUS procedure en de PCDA cyclus. Patiënten die in de laatste 5 jaar de diagnose van DM2 kregen, werden door hun behandelende arts uitgenodigd om naar de diëtiste te gaan voor algemeen- en dieetadvies. Daarnaast werden ook alle nieuwe DM2 patiënten hiervoor uitgenodigd. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews met de patiënten, de artsen en de diëtiste werden de verwachtingen, ideeën, bezorgdheden en mogelijkheden tot verbetering in kaart gebracht voor en na het krijgen van het dieetadvies. Zo werd het proces van de verwijzing geëvalueerd en vergeleken met het literatuuronderzoek, met de bedoeling van hieruit aanbevelingen te kunnen doen.

Resultaten:

Dieetadvies door een diëtiste bij DM2 patiënten geeft, volgens het literatuuronderzoek, een significante verbetering op de intermediaire eindpunten zoals glycemie, HbA1c, bloeddruk, gewicht en BMI. Tot nu toe is echter geen effect aangetoond op morbiditeit en mortaliteit. Bij stoppen van dieetadvies blijkt wel dat de positieve resultaten verminderen. Een blijvende opvolging door de diëtiste wordt dus aangeraden. Bij het gebruik van de diëtiste zijn talrijke barrières te overwinnen zowel bij arts, patiënt als in het zorgsysteem. Het is belangrijk deze te kennen, om er zo beter op in te kunnen pikken. In het praktijkonderzoek werden van de 56 patiënten, die in de laatste 5 jaar de diagnose van DM2 kregen, 41 patiënten door hun behandelende arts uitgenodigd voor dieetadvies bij de diëtiste in de praktijk. Negen van de 41 patiënten (22%) hadden hiervoor interesse en 7 patiënten gingen uiteindelijk naar de diëtiste. De ervaringen van de patiënten waren algemeen positief, zij zouden alle nieuwe diabetespatiënten dieetadvies aanraden. Artsen hebben een belangrijke rol als motivator en verwijzer. Motivationele gesprekstechnieken en het kennen van de barrières kunnen hen hierbij helpen. Het gebruik van de diabetespas, goede concrete afspraken binnen de praktijk, een degelijke verwijsbrief en een goed EMD zijn belangrijke factoren in het verwijsproces.

Conclusies:

Algemeen- en dieetadvies door een erkende diëtiste is een belangrijke meerwaarde in de behandeling van DM2 patiënten. Artsen dienen hiervan overtuigd te zijn want zij hebben een belangrijke rol als motivator. Een goed gestructureerde opvolging van DM2, het routinematig motiveren van alle nieuwe DM2 patiënten en goede concrete afspraken over de verwijzing binnen de praktijk zijn belangrijke aspecten die de samenwerking tussen huisarts en diëtiste kunnen optimaliseren.

E-mail: loesdefauw@gmail.com
ICPC-code: T90

Inhoud

1. Algemene inleiding 6

1.1 Praktijkschets 7

2. Literatuuronderzoek 8

2.1 Wat is het effect van het dieetadvies bij DM2 patiënten? 8

2.2 Wat zijn de barrières bij gebruik van de diëtiste? 12

3 Kwaliteitsverbeterend praktijkproject 18

3.1 Onderzoeksmethodiek 18

3.2 Probleemanalyse: knelpunten in de samenwerking tussen huisarts en diëtiste. 19

3.2.1 Samenwerking huisartsen-diëtiste: visie van de diëtiste 20

3.2.2 Samenwerking huisarts-diëtiste: visie van de huisartsen 21

3.2.3 Barrières bij de verwijzing van diabetespatiënten naar de diëtiste. 22

3.3 Opstellen verbeterplan: protocol voor verwijzing naar de diëtiste 24

3.3.1 Formuleren van knelpunten en mogelijke acties in de praktijk 24

3.3.2 Informatievergadering voor de huisartsen en de diëtiste 25

3.3.3 Plannen interventie 26

4 Resultaten 28

4.1 Beschrijving doelgroep voor de interventie 28

4.2 Participatie van de doelgroep 30

4.2.1 Welke patiënten worden uitgenodigd door de huisartsen? 30

4.2.2 Participatie van de uitgenodigde patiënten 31

4.2.3 Kenmerken van de participerende patiënten 31

4.3 Verwachtingen van de patiënten voor verwijzing naar de diëtiste 32

4.4 Evaluatie van de interventie 33

4.4.1 Evaluatie van de interventie door de diëtiste 33

4.4.2 Evaluatie van de interventie door de huisartsen 34

4.4.3 Evaluatie van de interventie door de patiënten 36

5 Discussie 38

6 Algemeen besluit 43

7 Referenties 44

Bijlage 1: Algemene voedingsprincipes 46

Bijlage 2: Tijdslijn 47

Bijlage 3: Terugbetalingsmogelijkheden dieetadvies bij DM2 België 48

Bijlage 4: Presentatie informatievergadering 50

Bijlage 5: Uitnodigingsbrief retrospectieve groep patiënten 53

Bijlage 6: Affiche 55

Bijlage 7: Verwijsbrief huisarts – diëtiste 56

Lijst met afkortingen

BMI	Body Mass Index
DM2	Diabetes Mellitus type 2
FU	Follow Up
GMD	Globaal Medisch Dossier
HAIO	Huisarts in Opleiding
IBW	Ideal Body Weight
ICHO	Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding
SES	Sociaal Economische Status

1. Algemene inleiding

Deze masterproef kadert in mijn opleiding master in de huisartsgeneeskunde aan de universiteit Gent, georganiseerd door het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO), gedurende het academiejaar 2011-2012 en 2012-2013.

Om tot het onderwerp te komen voor een kwaliteitsverbeterend praktijkproject werd gestart vanuit de interesse iets te doen over patiënten met diabetes mellitus type 2. De huisarts speelt een zeer belangrijke rol bij deze chronische ziekte: preventie, screening, diagnostiek, nauwkeurige opvolging, correcte verwijzing en coördinatie. Daarnaast is diabetes Mellitus type 2 een belangrijk en veel voorkomend gezondheidsprobleem in onze samenleving. Het aantal diabetespatiënten in België wordt geschat op 4 à 5 %. Volgens de gezondheidsenquête in België in 2008 gaat het over 3.4%, volgens de gegevens van Farmanet in 2009 4.7%. De behandeling van diabetes type 2 heeft tot doel de glycemie onder controle te houden om zo micro- en macrovasculaire complicaties op lange termijn te vermijden. Daarnaast is diabetes een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten en is het belangrijk de andere risicofactoren mee te behandelen (hypertensie, hypercholesterolemie, overgewicht, roken, …). Die doelstellingen zijn te bereiken door een combinatie van medicamenteuze en niet-medicamenteuze maatregelen. Naast de behandeling met geneesmiddelen bestaat de behandeling ook uit het aanpassen van de levensstijl: aangepaste voeding, voedingspatroon, lichaamsbeweging en rookstop.

Vanuit de praktijk werd gezien dat er nog verbetering mogelijk was op het vlak van opvolging van type 2 diabetespatiënten. Deze opvolging gebeurt soms nog onvoldoende gestructureerd. Daarnaast is er nog verbetering mogelijk op verschillende domeinen: preventie, registratie parameters en controles in het EMD, invoeren en gebruik van de diabetespas, levensstijladvies. Om 1 deelaspect hiervan te kunnen bestuderen en optimaliseren, werd vertrokken vanuit een sterk punt in de praktijk: de aanwezigheid van een erkende diëtiste. Zij volgde bovendien de opleiding tot diabeteseducator. Zo werd op het idee gekomen om de samenwerking tussen huisarts en diëtiste in de praktijk in kaart te brengen en te optimaliseren, aan de hand van een kwaliteitsverbeterend praktijkproject.

Algemene richtlijnen (Domus Medica richtlijn België 2009, NHG standaard Nederland 2006, ADA standards of medical care 2012 USA , CKS and NICE guidelines UK 2011) benadrukken het belang van dieetadvies dat kadert in het algemene levensstijladvies voor DM2 patiënten. De NHG standaard vat levensstijladvies bij DM2-patiënten als volgt samen: *“Adviseer niet-roken, voldoende lichaamsbeweging, goede voeding, maximaal twee alcoholeenheden per dag en afvallen bij BMI >25.*

Verwijs naar een diëtist." De basisprincipes van voedingsadvies bij DM2 patiënten zijn terug te vinden in bijlage (bijlage 1).

Bij verandering van voedingsgewoonten is het belangrijk om te vertrekken van de huidige gewoonten van de patiënt. Dit voedingspatroon kan met een eetdagboek in kaart worden gebracht. Op basis hiervan kan de arts individuele doelen afspreken met de patiënt. Dit proces vraagt echter veel tijd en specifieke vaardigheden. (Domus Medica, 2009) Om deze reden zijn alle richtlijnen het er over eens dat elke diabetespatiënt het best verwezen wordt naar een erkende diëtiste. Volgens de ADA zou dit zelfs resulteren in kostenbesparingen en in betere resultaten (glycemie, HbA1c, complicaties). Zij stellen dan ook dat de kosten zouden moeten vergoed worden door de ziekteverzekering.

In dit artikel worden de resultaten van het kwaliteitsverbeterend praktijkproject en het hieraan voorafgaande literatuuronderzoek beschreven. Het is de bedoeling te beschrijven en te onderzoeken hoe de samenwerking tussen huisarts en diëtiste bij DM2 patiënten geoptimaliseerd kan worden. Aan de hand van de resultaten van het participerend actieonderzoek in de huisartsenpraktijk en de bevindingen uit de literatuur worden dan aanbevelingen gedaan.

1.1 Praktijkschets

Ik loop mijn praktijkstage als huisarts in opleiding (HAIO) in groepspraktijk 'De Linde' te Brugge (augustus 2011 – juli 2013). In deze drukbezochte huisartsenpraktijk werken 3 vaste huisartsen (2 mannen en 1 vrouw), 1 HAIO, 1 secretaresse en 1 diëtiste (½ dag per week). De diëtiste is een erkende diëtiste die ook diabeteseducator is. De huisartsen hebben allen evenveel ervaring met de opvolging van diabetespatiënten in de praktijk. Er zijn geen vaste overlegmomenten. Dagelijks wordt er gewerkt in 3 perioden van vrije raadplegingen door 1 of 2 huisartsen (van 8-10u, van 14-16u en van 18-20u of 17-19u). Daarnaast wordt er op verschillende vaste momenten ook op afspraak gewerkt. Het praktijkgebouw bestaat uit 1 hoofdconsultatieruimte en 2 kleinere consultatieruimtes. De patiëntenpopulatie is zeer gevarieerd in leeftijd en sociale klasse. Er wordt gewerkt met het medisch programma Medsoft®, daarnaast hebben de meeste patiënten hebben ook nog een papieren dossier. Er wordt geen codering toegepast in het EMD. Tot nu toe werd er nog geen enkel HAIO- of ander project rond diabetes gedaan in de praktijk. De opvolging van diabetespatiënten gebeurt tot nu toe niet specifiek volgens een bepaald standaardprotocol, maar is wel gebaseerd op de aanbevelingen van Domus Medica. Er wordt geen gebruik gemaakt van standaard opvolgingsprotocollen (in EMD) of patiëntenbrochures.

2. Literatuuronderzoek

In eerste instantie werd gezocht naar algemene nationale richtlijnen over diabetes mellitus type 2 die bruikbaar zijn voor de huisarts. Er werden 4 richtlijnen weerhouden: Domus Medica richtlijn België 2009, NHG standaard Nederland 2006, ADA standards of medical care 2012 USA en CKS and NICE guidelines UK 2011. Het belang van dieetadvies wordt benadrukt in alle hierboven genoemde richtlijnen en kadert in algemeen levensstijladvies. In de NHG standaard (2006) wordt gesteld dat het streven naar een blijvende gewichtsreductie van 5 tot 10% bij patiënten met een BMI > 25, resulteert in gezondheidswinst: verbetering van de glycemiewaarden en het hart- en vaatrisico. Ook de Domus Medica standaard (2009) beveelt een gewichtsverlies van 5 à 10% aan om een betere glycemiecontrole te krijgen. Deze vermindering zou ook bloeddruk, cholesterol en het globaal cardiovasculair risico verminderen. De richtlijnen blijven echter zeer algemeen en gaan niet dieper in op de echte waarde van dieetadvies bij DM2 patiënten. Wanneer we onze patiënten willen motiveren tot algemeen- en dieetadvies bij een erkende diëtiste moeten we eerst zelf overtuigd zijn van de waarde hiervan. Daarnaast leek het ook nuttig om in de literatuur op zoek te gaan naar belangrijke barrières bij het gebruik van de diëtiste. Het is belangrijk op voorhand alle barrières en de ervaring uit literatuuronderzoek te kennen om hier zo beter te kunnen inspelen in het eigen praktijkproject.

In het onderstaande literatuuronderzoek wordt gezocht naar een antwoord op volgende twee vragen:

- Wat is het effect van (intensief) dieetadvies t.o.v. geen of standaard dieetadvies bij DM2 op de glycemie, HbA1C, gewicht, BMI, lipidenprofiel, bloeddruk, levenskwaliteit, morbiditeit en mortaliteit?
- Wat zijn de barrières bij gebruik van de diëtiste?

Hieronder wordt per onderzoeksvraag de zoekmethode en resultaten beschreven.

2.1 Wat is het effect van het dieetadvies bij DM2 patiënten?

Deze onderzoeksvraag kan uitgeschreven worden als PICO – vraag:

P	Patiënt	DM2-patiënten.
I	Interventie	Dieetadvies of intensief dieetadvies door een erkende diëtiste.
C	Controle	Geen of standaard dieetadvies.
O	Outcome	Glycemie, HbA1C, gewicht, BMI, lipiden, bloeddruk, verandering in medicatie (bloeddruk, lipiden, glycemie), levenskwaliteit, morbiditeit en mortaliteit.

In de eerste stap werden de richtlijnen over DM2 onderzocht. In deze richtlijnen wordt gerefereerd naar specifieke RCT's, die verder nagelezen werden. Van hieruit werd gestart om via Pubmed te zoeken naar gelijkaardige publicaties via de zoekfunctie 'related articles'. Alle types onderzoeken werden opgenomen: RCT's, reviews, beschrijvende studies. Daarnaast werd ook gezocht naar artikels via volgende MESH zoektermen: diabetes AND 'medical nutrition therapy' AND outcome leverde 37 publicaties op. 'Diabetes mellitus type 2' AND 'medical nutrition therapy' leverde 67 publicaties op. Volgens de beschikbaarheid via VPN Universiteitsbibliotheek Gent en na het lezen van het abstract werden 6 publicaties weerhouden. Via 'related articles' en het sneeuwbaleffect werden nog eens 2 publicaties opgenomen in dit literatuuronderzoek. Daarnaast werd een brede search gedaan naar 'lifestyle' AND 'diabetes mellitus type 2' AND outcome, wat 444 publicaties opleverde. Enkel publicaties over levensstijladvies (incl. dieetadvies) bij DM2 patiënten werden weerhouden. Na het lezen van alle titels en abstracts werden, volgens beschikbaarheid via VPN Ugent, uiteindelijk nog 3 publicaties geselecteerd.

Onderstaande tabel toont een overzicht van het literatuuronderzoek. Daaronder worden de studies kort beschreven.

Tabel 1 Overzicht literatuuronderzoek

Studie	type studie	Studie - duur	Patiënt	Interventie	Outcome
UK prospective diabetes study (1990)	Beschrijvende prospectieve studie	3 maand	4209 DM2 nieuwe diagnose	Erkende diëtiste (50% KH, 30% vet, 20% EW) 1x per maand diëtiste	HbA1C van 11,4 naar 8,1 en 130% naar 123% IBW na 3 maand in totale groep. 16% van de patiënten haalden door het dieet terug een HbA1c van < 6 mmol/l
Franz et al. (1995)	RCT	6 maand	179 DM2 nieuwe diagnose	Basic (1 consult bij de diëtiste) t.o.v. 'intensive nutrition care' (3 consulten in 6 w) Inhoud: algemene voedingsprincipes, uitleg, individueel voedingsplan.	Glycemie - 10,5% intensieve groep en - 5,3% in basic groep. HbA1c van -0,9 (8,3 naar 7,2) intensief t.o.v. -0,7 (8,3 naar 7,6) basic. Significante daling, onderling geen significant verschil
Lemon et al.(2004)	prospectieve beschrijvende studie	6 maand	244 DM2	Individuele 'nutrition counseling/education' uitleg over voeding, beweging, medicatie, glycemie, … Voedingsplan op basis voedingsdriehoek of 50% KH.	HbA1c daling van 1,4%/1,7%over 3/6 maanden. Gewicht -2,6 kg over 6m. Ook significante daling
Al shookri (2012)	RCT	6 maand	170 DM2	Normale t.o.v. Individuele nutrition counseling/education: 3 afspraken bij erkende diëtiste	HbA1c daling (-1,8%), glycemie (-1,3mmmol/l), gewicht (-5,1kg) t.o.v. controle groep (-0,4%/-0,2%/-2,6kg), ook significant verschil in buikomtrek, TG en HDL tussen de 2 groepen.
Look AHEAD study (2001-2012)	RCT	1 jaar en 4 jaar	5145 DM2 en BMI > 25	intensief levensstijlinterventie (ILI) groep (zie tekst) t.o.v. controle	na 1 jaar: ILI groep -8,6% gewichtsverlies t.o.v. 0,7% in controlegroep. Fitheidstijging van 20,9% in ILI t.o.v. 5,8% in controle. Ook significant betere glycemie, cholesterol en RR, minder gebruik van hypolipid med. Echter geen verschil in morbiditeit en mortaliteit. (resultaten na 4j gelijkaardig)
Khunti et al. (2012)	RCT	3 jaar	824 DM2 >731 FU 3j >604 data >513 vragenlijsten	normale zorg t.o.v. eenmalig 'Group education programme' van 6uur door professionals kort na de diagnose van DM2.	Er werd geen significant verschil aangetoond in RR, gewicht, glycemie, HbA1c, cholesterol, rookstatus, fysieke activiteit, levenskwaliteit.
Andrews et al. (2011)	RCT	Na 6 m en na 12 maand	593 DM2 recente diagnose <8m en BMI>25	Gewone zorg (controle: 1 consultatie dieet en levensstijladvies + 6m FU) t.o.v. 'dieetgroep' (dietiste/3m,vpk/1m) t.o.v. 'dieet+beweging' (idem vorige + 30'wandelen 5/w)	Na 6m/12m: significante daling van HbA1C in dieetgroep en dieet+beweging t.o.v. controle groep (-0.28%/-0.33%). Ook significante verbetering in gewicht, buikomtrek, insulineresistentie. Geen verschil in RR en cholesterol. Geen verschil met/zonder beweging erbij.
Linmans et al. (2011)	RCT	1 jaar	2852 DM2 186 cases 2632 controle	Gewone zorg (controle: 1x/j huisarts, 3x/j diabetes Vpk, diagnose/insuline: diëtiste) t.o.v. Lifestyle Coaching (bewegingsprogramma + educatie + diëtiste)	Geen significant verschil in glycemie, HbA1c, RR, cholesterol, excercise level en BMI tussen beide groepen.

Er wordt in de NHG standaard verwezen naar de UK-prospective diabetes study (1990) waarbij nieuwe DM2 patiënten (n=3044) uit 15 gespecialiseerde centra in de UK gedurende 3 maanden intensief gevolgd werden door een erkende diëtiste. Zij werden 1 keer per maand gezien en kregen advies op basis van de richtlijnen van de Britse diabetes associatie (dieet van 50% KH, 30% vet, 20% eiwitten en energierestrictie volgens gewicht en activiteit). Het doel van de studie was om patiënten terug te kunnen brengen naar een normale glycemie van < 6 mmol/l. 2597 van de patiënten volgden het dieet gedurende 3 maanden. Het gewicht van de patiënten daalde van 130% (+/- 26%) naar 123% (+/-24%) IBW (5kg) en de nuchtere glycemie van 11.4 (+/- 3.3) naar 8.1 (+/-1.8)mmol/l (=206 mg/dl (+/-60) naar 146 mg/dl (+/-36)). Van deze patiënten bereikte 16% (n=482) een glycemie < 6 mmol/l (= 108 mg/dl) door dieet alleen, waardoor ze dus geen medicatie meer dienden te starten na 3 maanden dieet. De reductie van de glycemie was hoger bij patiënten met een hogere initiële glycemie en bij patiënten met meer gewichtsverlies, maar is niet gerelateerd aan het % overgewicht.

Franz et al. (1995) bestudeerden de effectiviteit van professioneel dieetadvies door diëtisten bij DM2 patiënten op metabole en klinische parameters (nuchtere glycemie, HbA1c, lipiden en gewicht). De populatie bestond uit zowel nieuwe DM2 patiënten als patiënten die reeds in behandeling waren voor DM2 (incl. reeds dieetadvies, diabetesmedicatie en/of insulinetherapie) uit 3 ‘outpatient diabetes centers’ in 3 verschillende staten in de USA. De studie maakt een onderscheid tussen ‘basic nutrition care’(BC) met 1 consultatie bij de diëtiste in het begin en ‘practice guidelines nutrition care’ (PGC) waarbij 3 consultaties bij de diëtiste plaatsvonden in een periode van 6 weken. In de basic nutrition groep werd gedurende 1 uur een voedingsplan opgesteld en werden algemene principes uitgelegd. In de intensieve groep zag de diëtiste de patiënten 3 keer (1u, 45 min en 30 min) en werd er bijgesteld waar nodig. De resultaten werden na 3 en 6 maanden bekeken. Er was een significante verbetering voor HbA1c, glycemie, lipiden en gewicht. HbA1C daalde van gemiddeld 8.3% naar 7.2% na 3 maanden en 7.4% na 6 maanden in PGC en van 8.3% naar 7.5% na 3 maanden en 7.6% na 6 maanden in BC groep. Glycemie daalt van gemiddeld 184 mg/dl naar 154 mg/dl na 3 maanden en 164 mg/dl na 6 maanden in PCG en van 176 mg/dl naar 156 mg/dl en 166 mg/dl gemiddeld na respectievelijk 3 en 6 maanden in BC groep. De BMI daalt van gemiddeld 32.9 naar 32.4 na 6 maanden en van 33 naar 32.4 na 6 maanden in respectievelijk PCG en BC groep. Cholesterol daalt van 216 mg/dl in PGC groep naar 204 mg/dl en 208 mg/dl na 3 en 6 maanden en van 220 mg/dl naar 208 en 2012 mg/dl na 3 en 6 maanden. Beide groepen basis dieetadvies (1x) en intensiever dieetadvies (3x) toonden een significante verbetering aan. De groep met intensievere begeleiding had een nog beter resultaat ten opzichte van het eenmalig dieetadvies. Het verschil tussen deze groepen is echter niet significant. Men zag wel een stijging van de HbA1c-waarden optreden na 3

maanden, waaruit men concludeert dat blijvend dieetadvies belangrijk is voor langdurige metabole controle.
Franz et al. (1995) bestudeerde ook de kosteneffectiviteit van deze nutritionele interventies en concluderen dat de goede medische resultaten deze relatief kleine aanvaardbare investering waard zijn.

In de review van Pastors et al. (2002) wordt een overzicht gegeven van publicaties die nutritionele interventies bestudeerden bij diabetes patiënten. Er zijn 3 RCT's opgenomen in de review die enkel medical nutritional therapy (MNT) bespreken. De eerste is de hierboven genoemde RCT van Franz et al. (1995). Als tweede werd de hierboven genoemde UK prospective study beschreven. De derde RCT is een studie bij diabetes type 1 patiënten. Over het algemeen concludeert de review van Pastors et al.(2002) dat evidence-based onderzoek duidelijk aantoont dat MNT door een erkende diëtist klinisch effectief is en een verbetering geeft van metabole parameters (glycemie, HbA1c en gewicht). RCT's documenteren, aldus de review, een gemiddelde daling van HbA1c van ongeveer 2% bij nieuw gediagnosticeerde DM2 patiënten en 1% bij DM2 patiënten met een gemiddelde duur van 1 jaar. De publicatie van Pastors et al.(2002) merkt op dat er patiënten zijn die, omwille van het progressief falen van de pancreas β-cellen, hun doel niet zullen bereiken met enkel MNT. De auteurs citeren de UKPDS findings (1990) *'If the real problem is the progressive decrease in b-cell function, it is our duty to explain this and not castigate these individuals because they have failed to diet'.* Er moet in het achterhoofd gehouden worden dat DM2 een progressieve ziekte is die, ondanks een goed dieet, toch achteruit kan/zal gaan. Dit is een belangrijke boodschap naar de patiënt toe.

In de prospectieve beschrijvende studie van Lemon et al.(2004) worden 244 patiënten verwezen naar erkende diëtisten. De studie bevestigt de resultaten van Pastors et al.(2002) met een significante daling van HbA1C van 8.7% met 1.4% na 3 en 1.7% na 6 maanden. Daarnaast werd ook een significante daling in gewicht (101.6 kg gemiddeld startgewicht -2.8kg over 6 maanden), BMI (34.6 naar 33.6 na 6 maanden), totale cholesterol (215 mg/dl naar 187 mg/dl na 6 maanden), TG en risicoscore op hart- en vaatziekten in komende 5 jaar (11.5% naar 8%) gezien. De auteurs merken op dat de resultaten significant gerelateerd zijn aan het aantal consultaties bij de diëtiste en/of de tijd die doorgebracht werd bij de diëtiste (dit werd bepaald door de diëtiste zelf). Dieetadvies bestond uit individuele 'nutrition education/counseling' waarbij dus uitleg wordt gegeven over de relatie tussen voeding, medicatie, beweging en glycemie, maar ook over het lezen van etiketten, gewichtscontrole, lage vetinname, etc. De individuele voedingsplannen werden gebaseerd op het tellen van koolhydraten (50%) en de voedselpiramide (35%).

Ook Al-Shookri et al. (2012) bestudeert de effectiviteit van MNT bij DM2 patiënten in de 'outpatient diabetes clinic' in Oman. Alle DM2 patiënten, zonder chronische complicaties, konden deelnemen aan de studie. Patiënten werden verdeeld in 2 groepen: normaal voedingsadvies (usual nutritional care (UNC)) van 1 keer 1 uur bij de diëtiste versus intensiever voedingsadvies (Practice guidelines nutritional care (PGC)) van 3 consultaties bij een erkende diëtiste. Het dieetadvies bestond uit een serie van een 3tal afspraken bij een erkende diëtiste (totaal +/- 2.5u). Het bestond uit individuele educatie en het opstellen van een voedingsplan en behandelingsdoelen.
De publicatie bevestigt de verbetering van glycemie, HbA1c en lipidenprofiel met MNT de eerste 3 maanden. De cholesterol bedraagt bij start van de studie 204 mg/dl en 208 mg/dl in de PGC en UNC groep respectievelijk en daalt beide naar 197 mg/dl. Glycemie daalt van 224 mg/dl naar 188 mg/dl gemiddeld na 3 maanden en stijgt dan na 6 maanden naar 200 mg/dl in de PGC groep. In de UNC groep is dat van 218 mg/dl naar 202 mg/dl en 214 mg/dl na 3 en 6 maanden gemiddeld. HbA1C daalt van 10.3% naar 9% en 9.5% in de PGC groep en van 10.2% naar 9.4% en 9.8% in de UNC groep na respectievelijk 3 en 6 maanden. Ook hier verdwijnt de verbetering dus geleidelijk na het stoppen van het dieetadvies en wordt na 6 maanden een stijging van de parameters opgemerkt in beide groepen. De auteurs bevelen bijkomende interventies door de diëtiste aan om stijging van de parameters te voorkomen. Men beveelt ook bijkomend onderzoek aan om de effectiviteit van MNT op lange termijn en op harde eindpunten te bestuderen.

De Look AHEAD study (2001-2012) is een grote multicenter RCT met als doel te bestuderen of gewichtsverlies, door intensief levensstijladvies, de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit kan doen verminderen bij type 2 diabetespatiënten met overgewicht. Patiënten werden dus geselecteerd in 16 gespecialiseerde centra op basis van de diagnose DM2 en BMI > 25, HbA1C < 11%, RR < 160/100 en TG < 600mg/dl. Het grote verschil met overige bovengenoemde RCT's zijn dus de harde eindpunten (cardiovasculaire morbiditeit/mortaliteit) naast de intermediaire eindpunten (gewicht, fysieke activiteit en fitheid). Het tweede verschil is ook dat het hier over 'levensstijladvies' gaat en dus niet enkel om dieetadvies. 5145 patiënten met DM2 en een BMI >25 werden opgenomen in de studie en verdeeld in 2 groepen. De controle groep kreeg standaard diabetes support and education (DSE) en de interventiegroep onderging een intensief lifestyle interventie (ILI) programma. In de eerste 6 maanden werden ze elke week gezien (1 keer individueel en 3 keer in groep) en de volgende 6 maand 3 keer per maand (1 keer individueel en 2 keer in groep). De sessies werden gegeven door diëtisten, psychologen en kinesisten. Het doel was om minstens 7% van het gewicht te verliezen door verminderde calorie-inname en door toename van fysieke activiteit. Na 1 jaar was de ILI groep 8.6% van het gewicht verloren t.o.v. 0.7% in de controle groep (P <0.001). Het gemiddelde BMI was bij het begin 36.3 in de ILI en 36.6 in de DSE groep. De Fitheid ('Fitness') is een submaximale

inspanningsproef waarbij men kijkt wanneer men aan 80% van de maximale hartslag komt. In beide groepen steeg dit: bij ILI 20.9% versus 5.8% in de controle groep (p <0.001). Daarnaast waren er ook betere glycemie (152 mg/dl naar 130.4 mg/dl in ILI en naar 146.4 mg/dl in DSE), HbA1c (7.25% naar 6.61% in ILI en naar 7.15% in DSE) en hypertensiewaarden (128/70 mmHg naar 121/67 in ILI en naar 127/68 in DSE). 86.5 % van de patiënten gebruikten glycemie verlagende medicatie. Na 1 jaar was dit 78.6% in de ILI groep en 88.7% in de DSE controlegroep. Er werd echter geen verschil aangetoond in cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. (Look AHEAD, 2007)
De publicatie van 2010 (na 4 jaar) toont gelijkaardige resultaten. Er was een blijvende follow-up van de patiënten gedurende 4 jaar zoals hierboven beschreven. De ILI groep toont een significante verbetering op alle cardiovasculaire risicofactoren (uitgezonderd LDL). Het feit dat de cholesterolwaarden niet significant verschillen ligt, volgens de auteurs, aan het feit dat dit vnl. beïnvloed wordt door het al dan niet gebruiken van een Statine en dit is in beide groepen gelijk. Hoewel het verschil tussen beide groepen wat verminderd is, blijven de significante verschillen behouden. Ook hier is geen significant verschil in morbiditeit of mortaliteit. De auteurs stellen dat de daling van deze cardiovasculaire risicofactoren in andere publicaties gerelateerd is met een verminderde cardiovasculaire morbiditeit. Een langere follow-up is, volgens de auteurs, nodig om dit te kunnen aantonen.

Khunti et al. (2012) evalueerden een eenmalig diabetes educatie programma in de eerste lijn. Nieuwe diabetespatiënten uit 207 praktijken in de eerste lijn in Engeland en Schotland kregen eenmalig gedurende 6 uur informatie in een ‘group education programme’. Het programma werd gegeven door 2 professionele educatoren. Inhoudelijk lag de focus voornamelijk op lifestyle factoren zoals dieet, fysieke activiteit en risicofactoren. Het was de bedoeling aan de hand van het programma de eigen risicofactoren te begrijpen en om zelf eigen behandeldoelen op te stellen. Na 3 jaar werd het effect geëvalueerd van dit eenmalige ‘education and selfmanagement’ programma. Er werd geen significant verschil aangetoond in RR, gewicht, glycemie, HbA1c, cholesterol, rookstatus, fysieke activiteit en levenskwaliteit in vergelijking met de normale diabeteszorg in de eerste lijn. De langdurige impact van eenmalig gestructureerde opleidingsprogramma’s in groep over levensstijladvies bij DM2 patiënten is tot nu toe niet bewezen effectief in vergelijking met normale zorg.

Andrews et al. (2011) deden een RCT in het zuidwesten van Engeland bij volwassenen van 30-80j met een recente diagnose van DM2. De patiënten werden onderverdeeld in drie groepen: een controlegroep ‘normale zorg’ (1 initiële consultatie met dieet- en bewegingsadvies, FU elke 6 maand), een ‘dieet’ groep (dieetadvies door erkende diëtiste elke 3 maand en maandelijkse

ondersteuning door diabetesverpleegkundige) en een 'dieet + beweging' groep (idem als dieetgroep + bewegingsprogramma 'brisk walking' 30 minuten per dag, 5 dagen per week). Het levensstijladvies is gebaseerd op de diabetes UK dietary guidelines en 'balance of good health'. Er werd gebruik gemaakt van goal-oriented motivational interviewing technieken tijdens de consultaties. Het doel van het dieetadvies was om 5-10% van het gewicht te verliezen.
Van de 593 patiënten werden 99 patiënten verdeeld in de 'gewone zorg', 248 in dieetgroep en 246 in dieet + beweging. Analyse van HbA1c na 6 en 12 maanden toonde een significante daling van HbA1c in dieet en dieet+beweging t.o.v. de controle groep (-0.28%, -0.33% resp.). Er werd ook een significante verbetering gezien in gewicht, buikomtrek en insulineresistentie in de interventiegroepen. Er was echter geen onderling significant verschil tussen dieetadvies alleen of met het bewegingsprogramma erbij. Er werd geen verschil gezien in RR en cholesterol.

De Nederlandse studie van Linmans et al. (2011) evalueert de effecten van een lifestyle interventie programma 'de beweegkuur' voor patiënten met (pre-)diabetes in de eerste lijn. De beweegkuur is een nationaal project dat in 2008 werd opgestart met de ondersteuning van het Nederlandse ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport. Met deze studie had men als doel de effectiviteit van het programma te onderzoeken. Patiënten werden onderverdeeld in een interventiegroep (de beweegkuur) en in een controlegroep 'normale diabeteszorg'. Normale zorg bestaat uit een jaarlijks consult bij de huisarts, 3 keer per jaar bij een diabetesverpleegkundige (geeft levensstijladvies, educatie, kent 'motivationele interviewing') en een consultatie bij de diëtiste bij diagnose en bij opstarten van insuline.
Het doel van de beweegkuur is het realiseren van gezondheidswinst door meer te bewegen, een gezonde voeding en het behouden van deze verbeterde levensstijl door blijvende gedragsverandering. Het programma bestaat uit een verwijzing naar een lifestylecoach (diabetesverpleegkundige of kinesist) waarbij DM2 patiënten een op maat gemaakt programma krijgen om hun levensstijl te verbeteren. De patiënten worden begeleid door een multidisciplinair team dat bestaat uit een huisarts, leefstijladviseur, kinesist en diëtist. Het is de bedoeling dat de patiënten uiteindelijk zelf de verantwoordelijkheid dragen voor hun gezonde levensstijl. 'Motivational interviewing' door de zorgverleners heeft als doel de patiënten bewust te maken van de eigen rol en ze te motiveren tot (behoud van) gedragsverandering. Alle patiënten worden ook verwezen naar een diëtist en kregen een groepsles over voeding. De effecten van het lifestyle interventieprogramma waren echter niet significant verschillend ten opzichte van de controlegroep. Er werd een verbetering gezien in HbA1c (van 6.73% naar 6.61% na 1 jaar interventiegroep en van 6.66% naar 6.7% in de controlegroep) en glycemie (van 130 mg/dl naar 125 mg/dl na 1 jaar interventiegroep en van 131 mg/dl naar 129 mg/dl in de controlegroep), maar deze waren niet

significant. Er werd geen verandering gezien in 'excercise level', RR, cholesterol en BMI. De auteurs concluderen dat het vertalen van de gevonden resultaten (verbetering van glycemie, RR, cholesterol, …) in de RCT's naar de dagelijkse praktijk een moeilijke opdracht is en een zeer grote uitdaging blijft. De mate van de regeling van de glycemie, RR, HbA1c, cholesterol, LDL, TG, HDL waarden waren bij aanvang reeds zeer goed. Gemiddelde glycemie (130 mg/dl), HbA1c (6.73%), cholesterol (175 mg/dl), LDL (108 mg/dl), HDL (44.8 mg/dl), TG (153 mg/dl) en bloeddruk van 140/80 zijn reeds zeer goede waarden waar weinig verbetering op mogelijk is.

De meeste publicaties zijn RCT's die in een gespecialiseerd centrum plaatsvinden en intensief dieetadvies of een intensief lifestyle programma vergelijken met de huidige normale diabeteszorg. Enkele publicaties vonden wel specifiek plaats in de eerste lijn. De interventies zijn allemaal verschillend naargelang de studie. Het gaat van een eenmalig educatieprogramma over dieetadvies van 1 keer per maand tot intensief dieetadvies in een algemeen intensief lifestyle educatieprogramma. Ook de duur van de interventie verschilt van een eenmalige interventie tot een opvolging van 4 jaar. In het algemeen kan duidelijk gezien worden dat dieetadvies door een erkende diëtiste in de meeste RCT's resulteert in betere glycemiewaarden, HbA1c, gewichts- en BMI daling, lipidenprofiel en bloeddrukwaarden. In de meeste van die publicaties zijn de regeling van deze parameters bij aanvang van de studie nog niet zo goed en is er dus nog plaats voor verbetering. We zien die verbetering dan ook. In de laatste Nederlandse studie waren patiënten reeds goed geregeld en werd er geen significante verbetering aangetoond. Dit was dan ook moeilijk gezien er veel minder ruimte is om verbetering aan te tonen. Enkele publicaties zien geen verbetering in lipidenprofielen en wijzen dit aan het feit dat dit voornamelijk wordt beïnvloed door het opstarten van een Statine. Qua gewichtsreductie komt men overeen dat een klein gewichtsverlies van 5-10% reeds gezondheidsvoordelen met zich meebrengt. Gezondheidsvoordelen op intermediaire eindpunten zijn wel aangetoond maar in de LOOK AHEAD study heeft men dit nog niet kunnen vertalen naar de harde eindpunten.

2.2 Wat zijn de barrières bij gebruik van de diëtiste?

Waarom maken diabetespatiënten geen gebruik van de diëtiste? Welke zijn deze obstakels en hoe kunnen deze eventueel weggewerkt worden? Er zijn geen richtlijnen die dit specifieke aspect bespreken. Via pubmed werd op zoek gegaan naar publicaties die dit bestudeerden. De zoektermen 'barrier' AND 'diabetes mellitus type 2' AND 'primary care' leverden 81 publicaties op. Barrier AND diabetes AND referral leverden 19 publicaties op. 'Primary care' AND 'dietician' AND diabetes AND referral leverden 10 publicaties op. Hieruit werden 4 publicaties geselecteerd, volgens

beschikbaarheid via UGent VPN en na het lezen van het abstract. Ook via 'related articles' en het sneeuwbaleffect werden 2 publicaties opgenomen in dit literatuuroverzicht.

Marrero et al.(2000) deden navraag bij artsen (huisartsen en algemene internisten) in Indiana, USA, welke de grootste barrières zijn om naar de diëtiste te gaan. Van de 1000 enquêtes die werden verstuurd naar de artsen werden er 427 teruggestuurd en opgenomen in de studie. De vraag welke de barrières zijn voor dieetadvies bij type 2 diabetespatiënten toonde volgende resultaten:

- 78% voelt dat de patiënt niet geïnteresseerd is om zijn diabetes te regelen met een dieet.
- 97% zag de patiënt niet passen bij de voedingsprincipes.
- 81% denkt dat hun familie hen niet zou steunen.
- 68% te laag opleidingsniveau.
- 42% te duur (ziekteverzekering USA).

Marero et al.(2000) concluderen dat artsen onvoldoende training krijgen in 'behavioral change strategies' en dus nood hebben aan het gesprekstechnieken om de patiënt beter te kunnen motiveren.

Ook in de studie van Wens et al.(2005) werd navraag gedaan bij Belgische huisartsen naar barrières en mogelijke oplossingen voor het naleven van behandelingsadviezen bij type 2 diabetespatiënten. De publicatie gaat dus niet enkel over dieetadvies, maar aangezien dit wel uitgebreid aan bod komt werd deze studie hier opgenomen. Het is een beschrijvende kwalitatieve studie waarbij de ideeën van huisartsen over de compliance en het naleven van de behandelingen wordt ondervraagd in groepsgesprekken. Er namen 40 huisartsen deel aan de gesprekken, verdeeld over 5 focusgroepen. De barrières voor compliance of het volgen van hun adviezen werden opgedeeld in 3 categorieën: patiënt, arts, gezondheidsmodel:

- Patiënt: idee van 2 soorten patiënten (gemotiveerde en niet te motiveren), sociale isolatie, onvoldoende kennis over diabetes, minimaliseren van de ziekte, weerstand tegen verandering, 'moderne geneeskunde' (genezen met een 'pil' i.p.v. eigen gewoonten veranderen).
- Arts: kiest de gemakkelijkste weg wanneer hij weerstand voelt en geeft het op, voelt het soms aan als een gebrek aan respect.
- Gezondheidsmodel: onvoldoende terugbetaling van dieetadvies, gebrek aan multidisciplinaire samenwerking.

Mogelijke oplossingen zijn volgens de ondervraagden op te delen in 3 categorieën:

- Communicatie: evalueer de kennis van de patiënt, geef informatie in begrijpelijke taal en overlaad niet met te veel informatie in één keer, herhaal zo nodig, bekijk hoe de behandelingsdoelen gehaald kunnen worden.
- Gestructureerd werken: werken op afspraak, met gestandaardiseerde didactische hulpmiddelen en een gestructureerd diabetesdossier.
- Gedeelde zorg: multidisciplinaire teams (vb. met diëtiste), allemaal dezelfde boodschap.

Tijdens de bevraging van de huisartsen werd ook vaak frustratie opgemerkt in hun reacties. Dit is ook een belangrijk onderdeel van de analyse van de onderzoekers. Men merkt op dat huisartsen misschien hun eigen waarde en het effect dat zijn kunnen bereiken onderschatten. Huisartsen hebben nood aan communicatievaardigheden om de verwachtingen van de patiënten te kunnen nagaan en te komen tot een 'shared decision'. Gezamenlijke zorg kan enkel wanneer, van bij het begin, de verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt niet vergeten worden, aldus Wens et al. (2005).

De Belgische publicatie van Feyen et al. (2005) onderzocht de redenen waarom diabetespatiënten geen gebruik maken van de diëtiste in een wijkgezondheidscentrum. Van de 59 diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk bezochten 29 patiënten regelmatig het 'diabetesspreekuur'. Hiervan werden 20 patiënten bevraagd via een semi-gestructureerd interview en werd gepeild naar de verwachtingen ten aanzien van de diëtiste en de reden(en) om niet te consulteren. Men haalt vaak de financiële drempel aan als belangrijkste reden om geen diëtiste te raadplegen. Het onderzoek toont echter aan dat het wegnemen van deze drempel (in het wijkgezondheidscentrum is het bezoek aan een diëtiste 2x per jaar gratis) niet voldoende is om patiënten te motiveren om (blijvend) naar de diëtiste te gaan. De belangrijkste redenen waarom patiënten de diëtist(e) niet (langer) raadplegen zijn volgens het onderzoek:

- *Diabetes wordt op dit moment niet als een probleem ervaren (geen klachten, goede regeling).*
- *Opzien tegen de adviezen die men zal krijgen.*
- *Het niet willen of zich niet in staat achten te veranderen van zijn eetgewoonten.*

Men besluit dat de financiële drempel wegwerken op zich dus niet voldoende is om patiënten (blijvend) te motiveren. Het is belangrijk dat artsen bij verwijzing inzicht krijgen in de weerstanden van de patiënten om een diëtiste te raadplegen om zo die weerstanden bespreekbaar te maken.

De publicatie van Spikmans et al.(2003) beschrijft het Health Belief Model (HBM). Dit model stelt dat als een patiënt gelooft dat hij risico heeft op complicaties (perceived vulnerability) gerelateerd aan diabetes, gelooft dat deze complicaties ernstig zijn (perceived severity) en gelooft dat dieet van belang is om de risico's te vermijden (outcome efficacy), dat de patiënt dan gemakkelijker de diëtiste

zal raadplegen. Daarnaast spelen er ook nog andere factoren zoals tijdsgebrek, moeite om te gaan, manier van communicatie van de diëtiste. De patiënten zouden ook sneller naar de diëtiste gaan wanneer ze geloven dat een aantal belangrijke personen in hun leven verwachten of hen zelfs actief aanmoedigen om de diëtiste te bezoeken (familie, partner, vrienden, arts, …).

Het onderzoek van Spikmans et al.(2003) uit Nederland bestaat uit een literatuuronderzoek en interviews met experten (specialisten, diëtisten, diabetesverpleegkundigen en internisten) en patiënten. In Nederland worden alle nieuwe diabetespatiënten standaard naar een diëtiste verwezen. In de praktijk merkt men dat heel wat patiënten de afspraak afzeggen of niet komen opdagen. Gegevens werden verzameld in een universitair centrum waar diabetespatiënten ambulant gevolgd werden. In een totale groep van 699 patiënten kwam 36% (n = 241) niet opdagen bij de diëtiste. Hieruit selecteerde men 200 patiënten (non-attendees) en vergeleek die met 200 controles (attendees). Men vond geen significant verschil in geslacht, sociale klasse, burgerlijke status, SES, education level. Surinaamse en Marokkaanse patiënten en patiënten met type 1 diabetes zouden minder naar de diëtiste gaan. Het BMI was ook hoger bij de non-attendees. Daarnaast vergeleek men ook een aantal psychosociale factoren.
De patiënten werden ook telefonisch bevraagd naar de redenen waarom ze niet naar de afspraak bij de diëtiste gingen. Hiervan kreeg men van 94 patiënten respons. De belangrijkste redenen hiervoor waren: afspraak vergeten (41), verkeerde dag gekomen (11), de diëtiste kan mij niets nieuw vertellen (11). Suggesties om het bezoek aan de diëtiste te verbeteren waren: er meer informatie over geven tijdens de consultatie bij de arts, afspraken bij de arts en diëtiste beter op elkaar afstemmen, dieetadvies meer aanpassen aan de patiënt en zijn cultuur.

Het beschrijvend onderzoek van Williamson et al.(2000), waarbij enkel het abstract beschikbaar was, deed een telefonische bevraging bij 75 diëtisten. De grootste barrières voor DM2 patiënten om naar de diëtiste te gaan, volgens de ondervraagde diëtisten, waren tijdsgebrek, geen symptomen, geen educatie, onvoldoende follow-up, laag zelfbeeld/te weinig daadkracht, verkeerde informatie van vrienden/familie/andere patiënten met DM2. De voorstellen van de diëtisten om deze barrières te overwinnen zijn: een individueel voedingsplan opstellen met haalbare doelstellingen, vooruit te plannen, uitleg te geven over mogelijke complicaties.

De review van Nam et al.(2010) is een literatuuronderzoek dat alle barrières wil identificeren die de patiënten ervan beletten om de diabetesrichtlijnen (glycemie monitoring, medicatie correct nemen, fysieke activiteit, gezond eten, voetcontrole) correct te volgen. Het gaat dus niet enkel over het

volgen van dieetadvies bij de diëtiste, maar over diabeteszorg in het algemeen. De studie nam 80 verschillende publicaties op en deelt de barrières op in verschillende factoren:

- Patiënt:
  - Onvoldoende goede compliance, positieve houding en idee over diabetes (geloven in belang en voordelen van behandeling/gedragsverandering).
  - Onvoldoende kennis (NB: kennis alleen leidt niet noodzakelijk tot gedragsverandering).
  - Culturele invloeden/taal/etniciteit: voedingsgewoonten, adviezen niet begrijpen, …
  - Financieel: lage SES, kosten van de behandeling.
  - Co-morbiditeiten: patiënten met verschillende chronische ziekten die tegelijkertijd zorg vragen. (NB. 2x meer depressies bij diabetespatiënten (tot 33% van de diabetespatiënten). Depressie heeft een invloed op 'idee over ziekte en genezing' en op sociale ondersteuning).
  - Sociale ondersteuning: gemengde resultaten.

- Zorgverleners:
  - Kennis, eigen overtuiging en houding: de houding van de arts bij de diagnose beïnvloedt het idee over de ernst van de ziekte bij de patiënt en dus ook zijn gedrag nadien. Te weinig aandacht en kennis over psychologische status van de patiënt.
  - Communicatie en interactie tussen patiënt en zorgverlener: te weinig kennis van communicatietools, hoe advies te geven en samen tot een beslissing te komen (skills in counseling and shared decision making). Uit studies blijkt echter dat het trainen van deze skills in de praktijk moeilijk is en niet altijd leidt tot betere outcomes.
- Gezondheidssysteem: in het huidige systeem moet de overbelaste eerste lijn in 15 minuten zowel de huidige klachten als vele preventieve zaken, verwijzingen en voorschriften regelen waardoor er te weinig tijd is voor emotionele en psychosociale aspecten bij de DM2 patiënt. Langere afspraken, automatische 'reminder' systemen, tools (flow sheets of checklists) zouden de diabeteszorg kunnen verbeteren.

In de publicaties worden zowel artsen, patiënten als diëtisten ondervraagd over de barrières die zij ondervinden. Alle resultaten van de hierboven beschreven publicaties worden samengevat in onderstaande tabel. Zo wordt een overzicht gevormd van de barrières die in de literatuur beschreven staan voor het gebruik van een diëtiste bij DM2 patiënten.

Tabel 2: Barrières bij gebruik van de diëtiste: literatuuroverzicht

	Barrières

Patiënt	- DM2 wordt niet als een probleem gezien (geen klachten).
	- Weerstand tegen verandering: niet willen of denken dit niet te kunnen.
	- Onvoldoende kennis/verkeerd idee over (dieet bij) DM2:
	  o Minimaliseren van de ziekte.
	  o 'ik weet al alles'.
	- Opzien tegen 'strenge' adviezen die men zal krijgen.
	- Sociale isolatie, onvoldoende sociale ondersteuning.
	- Te laag opleidingsniveau, lage SES.
	- Tijdsgebrek, moeilijk om te gaan.
	- Belangrijke co-morbiditeiten.

Zorgverleners
- **Arts**
	- Vooroordelen over patiënt of sociale ondersteuning:
	  o Denkt dat patiënt geen interesse heeft of niet past bij dieetadvies.
	  o Indeling in 2 soorten patiënten: gemotiveerd en niet te motiveren.
	  o Denkt dat familie hen niet zal steunen.
	- Kiest de makkelijkste weg wanneer hij weerstand voelt en geeft het op.
	- Voelt weerstand bij de patiënt aan als 'onvoldoende respect'.
	- Onvoldoende gestructureerde follow-up DM2.
	- Manier van communiceren en houding naar de patiënt toe:
	  o Minimaliseren van de ziekte.
	  o Te weinig aandacht voor wensen van de patiënt.
	  o Te weinig aandacht en kennis over psychologische status patiënt.
	- Te weinig kennis communicatietools ('counseling', motiveren en 'shared decision making').

- **Diëtiste**	- Onvoldoende aangepaste informatie (aanpassen aan behoeften van de patiënt). - Manier van communiceren en houding naar de patiënt toe. - Te weinig kennis communicatietools ('counseling', motiveren en 'shared decision making').
Zorgsysteem	- Onvoldoende terugbetaling van dieetadvies en te ingewikkeld systeem. - Gebrek aan multidisciplinaire samenwerking. - Te weinig tijd voor de huisarts om té veel werk te doen in 1 consult. - Onvoldoende ondersteuning via EMD, specifieke tools, …

3 Kwaliteitsverbeterend praktijkproject

In de huisartsenpraktijk was er interesse om een project te doen rond de opvolging van DM2 patiënten. Er werd gestart vanuit een sterk, maar nog onderbenut punt in de praktijk: de aanwezigheid van een erkende diëtiste. Gezien het belang van dieetadvies bij DM2-patiënten en gezien de interesse van de HAIO, praktijkopleider en de diëtiste besloten we om de optimalisering van de samenwerking tussen huisarts en diëtiste als focus te kiezen. Er werd in het verleden al getracht om de samenwerking tussen de huisartsen en diëtiste te verbeteren door uitleg te geven over het werk van de diëtiste en de inhoud van de consultaties (wat kunnen patiënten en artsen verwachten en omgekeerd), maar dit is bij een idee gebleven. Een concrete vergadering hierover is nog niet georganiseerd geweest. Er werd voorgesteld om tijdens dit praktijkproject dit idee opnieuw op te nemen en te concretiseren.
Het was de bedoeling om het proces van verwijzing van huisarts naar diëtiste te evalueren en te optimaliseren voor de groep patiënten die recent (≤ 5 jaar geleden) de diagnose DM2 kregen. Er werd hiervoor een participerend actieonderzoek uitgevoerd aan de hand van de FOCUS procedure, die hieronder wordt besproken.

In dit hoofdstuk wordt eerst de onderzoeksmethodiek beschreven. Daarna volgt een probleemanalyse waarbij de huidige knelpunten in de samenwerking tussen huisarts en diëtiste in kaart gebracht worden. Dit wordt samengelegd met de resultaten uit het literatuuronderzoek in een visgraatanalyse. Vervolgens wordt vanuit de knelpunten in de praktijk mogelijke acties besproken en gepland en wordt een verbeterplan/protocol opgesteld voor de interventie.

3.1 Onderzoeksmethodiek

A. Participerend actieonderzoek

Het kwaliteitsverbeterend praktijkproject werd opgezet volgens de Focus procedure en de PDCA-cyclus. FOCUS is een afkorting die staat voor find problem, organise meeting, clarify problem, understand proces/uncover problems en Select strategy/start PDCA. Eerst en vooral wordt een goed onderwerp gezocht (find problem) dat relevant is voor de praktijk, waar verbetering mogelijk is en dat meetbaar is. Daarna gaan alle betrokken partijen samen zitten (organise meeting) om de invulling van het praktijkproject te specificeren en te definiëren. Vervolgens wordt het probleem gedefinieerd en samengevat in één duidelijke zin (clarify problem). In de volgende stap wordt het probleem geanalyseerd (understand problem). Het proces wordt in kaart gebracht (hoe gaat het nu?) en

vergeleken met eventuele standaarden (wat zijn de aanbevelingen?), kwaliteitsindicatoren worden bepaald en geregistreerd (nulmeting). Daarnaast kan ook een visgraatanalyse gebeuren waarbij de problemen op verschillende domeinen (personen, praktijkorganisatie, externe factoren en middelen) in kaart worden gebracht. Vervolgens wordt een plan of protocol opgesteld (select strategy) en start de PDCA-cyclus.



PDCA is een afkorting van Plan, Do, Check, Act. Dit is een cyclus die doorlopen wordt indien men kwaliteitsverbetering wil doorvoeren. Op deze manier is men in staat om de eigen werkwijze te beoordelen en zo nodig te verbeteren. Eerst wordt een globaal actieplan opgesteld dat specifiek is, realistisch, tijdsgebonden en waarbij de kwaliteit meetbaar is. Het actieplan wordt vervolgens uitgevoerd (do) en tussentijds geëvalueerd (check), wat opnieuw kan leiden tot nieuwe plannen. Kwaliteit is een voortdurend proces van verbetering. Het praktijkproject is een participerend actieonderzoek. Dit wil zeggen dat er samen met alle huisartsen, de diëtiste en de patiënten onderzocht wordt hoe de samenwerking met de diëtiste in de toekomst kan verbeteren.

B. Goedkeuring ethisch comité

Deze studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent op 07/05/2012 onder het Belgisch registratienummer B670201214048.

3.2 Probleemanalyse: knelpunten in de samenwerking tussen huisarts en diëtiste.

In november 2011 werd in overleg met de promotor, de praktijkopleider, de diëtiste van de praktijk en de andere collega's groen licht gegeven aan het definitieve onderwerp 'optimalisatie van de samenwerking tussen huisarts en diëtiste in de huisartsenpraktijk'. Om de huidige manier van werken te kunnen beschrijven en een probleemanalyse te kunnen maken, werden meetings georganiseerd met de diëtiste en de huisartsen. Op basis van deze meetings werd uiteindelijk een probleemanalyse gemaakt aan de hand van een visgraatanalyse. Hierbij werden de bevindingen getoetst aan de resultaten van het literatuuronderzoek en suggesties gedaan naar oplossingen en mogelijke interventies.

Het eerste gesprek met de diëtiste vond plaats in maart 2012. Daarna volgden individuele gesprekken met collega huisartsen uit de groepspraktijk. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de visie van de diëtiste en de artsen over de manier van werken bij aanvang van het project. De visgraatanalyse is ontstaan naar aanleiding van deze gesprekken, aangevuld met de resultaten uit de literatuur.

3.2.1 Samenwerking huisartsen-diëtiste: visie van de diëtiste

De diëtiste in onze groepspraktijk werkt voltijds in dienstverband en is zelfstandig verbonden aan de groepspraktijk waar zij ½ dag per week consultaties heeft. Zij is een erkende diëtiste die tevens de opleiding volgde tot erkend diabeteseducator. De diëtiste geeft gepersonaliseerd en geïndividualiseerd voedingsadvies en educatie. Aan de hand van een uitgebreide voedingsanamnese en de specifieke noden en vragen van de patiënt wordt gerichte informatie gegeven over voeding en over diabetes. Er wordt een individueel voedingsplan of schema opgesteld. Dit kan gebaseerd zijn op de actieve voedselpiramide of op het tellen van het aantal (%) koolhydraten, vetten en eiwitten in de voeding. Dit hangt af van de interesse en de voorkeur van de patiënt en de diëtiste en gebeurt in overleg. Er wordt altijd aandacht geschonken aan andere levensstijlinterventies zoals rookstop en actief bewegen. In de volgende consultaties kan het voedingsplan geëvalueerd of bijgestuurd worden, naargelang nodig. Naast deze inhoudelijke aspecten is er ook een belangrijke rol van de diëtiste in coaching en motivering. Het bekomen van gedragsverandering wordt bekeken vanuit het transtheoretisch model van 'Prochaska en Diclemente' (1992).

Op dit moment gebeuren verwijzingen van diabetespatiënten door de huisarts naar de diëtiste niet systematisch. Dit gebeurt soms op initiatief van de huisarts of op vraag van de patiënt zelf. Er is geen standaard verwijsprocedure, geen standaard verwijsbrief en geen standaard manier van communiceren tussen de arts en diëtiste. De diëtiste zou wel graag wat meer systematiek hebben in de verwijzingen en is zeker voorstander van een goede verwijsbrief (hoe meer informatie, hoe beter!).

Er wordt weinig tot geen gebruik gemaakt van de diabetespas in de praktijk. Dit blijkt ook uit de cijfers van de laatste jaren.

Tabel 3 Gebruik diabetespas

2009	1 patiënt	1*1u
2010	2 patiënten	1*1u 1*(2*30')
2011	2 patiënten	2*(2*30')
04/2012	/	/

Bijgevoegde tabel toont het aantal patiënten dat de laatste 3 jaar gezien werd aan de hand van de diabetespas. Er werden ook patiënten gezien zonder diabetespas, maar hierover zijn geen gegevens beschikbaar. Er kan wel geconcludeerd worden dat het gebruik van de diabetespas en het hiermee verbonden dieetadvies zeer beperkt is in de praktijk. Tegen begin april 2012 kwam nog geen enkele patiënt via de diabetespas en zag onze diëtiste slechts 2 DM2 patiënten die elk eenmalig op vervolgconsult gekomen zijn.

Het laatste jaar is het aantal verwijzingen van (diabetes)patiënten ook gedaald volgens de diëtiste. De redenen hiervoor zijn niet meteen duidelijk. Mogelijke verklaringen zijn: het ziek vallen van de secretaresse die een belangrijke schakel vormt tussen artsen, patiënten en diëtiste. Zij zorgde voor

de afspraken. Misschien is de drempel voor de arts om door te verwijzen groter als ze zelf meer werk hebben met het maken van afspraken etc. Daarnaast is de praktijkruimte niet altijd vrij voor de diëtiste wanneer het te druk is in de praktijk.

De diëtiste verwacht van de huisartsen dat zij de patiënten motiveren om naar de diëtiste te gaan. Als huisarts kan je de patiënt helpen inzicht te krijgen tussen voeding en gezondheid. Het is ook belangrijk om een richtprijs mee te geven, gezien dieetadvies over het algemeen niet zo goedkoop is voor de patiënt (richtprijzen in bijlage3).

De belangrijkste redenen voor het onvoldoende verwijzen van DM2 patiënten naar de diëtiste in de praktijk zijn volgens de diëtiste de volgende:

- Onvoldoende verwijzing, motivering, aandacht, … bij de huisarts zelf. Zijn artsen wel voldoende overtuigd? Weet men wel voldoende wat het algemeen- en dieetadvies inhoudt?
- Vele patiënten hebben een verkeerd beeld over dieetadvies: 'te streng', 'ik weet al alles', …
- Vanuit de overheid gaat er onvoldoende aandacht naar levensstijladvies (sensibilisering en de terugbetaling).
- Duur voor de patiënt. Te weinig terugbetaling (diabetespas 2x30 min is veel te weinig, zeker in het eerste jaar).
- GMD/diabetespas/ziekenfondsen is een ingewikkeld systeem voor de arts. 'naar de diëtiste gaan is niet zo gemakkelijk als een doktersbezoek'.
- Naar de patiënten toe is het onvoldoende duidelijk dat er een diëtiste werkt in de praktijk.

3.2.2 Samenwerking huisarts-diëtiste: visie van de huisartsen

Uit de eerste verkennende gesprekken met de 3 vaste huisartsen van de praktijk blijkt dat men inderdaad relatief weinig verwijst naar de diëtiste. Er zijn geen vergaderingen met artsen en diëtiste samen en er zijn geen concrete afspraken over de verwijzing, verwijsbrief of verdere opvolging.

De nieuwe DM2 patiënt wordt dus niet standaard verwezen naar de diëtiste. Verwijzingen gebeuren vaak op vraag van de patiënten zelf. Het is wel duidelijk dat alle artsen van de praktijk geïnteresseerd zijn in het onderwerp, gezien dit een veelvoorkomend probleem is en men het belang van voedingsadvies bij DM2 erkent. De belangrijkste redenen voor het beperkte verwijzen naar de diëtiste en het weinig gebruiken van de diabetespas, volgens de huisartsen, zijn:

- Grote financiële drempel.
- Denken dat sommige patiënten niet open staan voor dieetadvies bij de diëtiste.
- Belangrijke co-morbiditeiten bij sommige patiënten (psychosociale problemen, andere ernstige chronische ziekten, …)
- Onvoldoende of geen kennis over gebruik van de diabetespas en terugbetalingmogelijkheden.

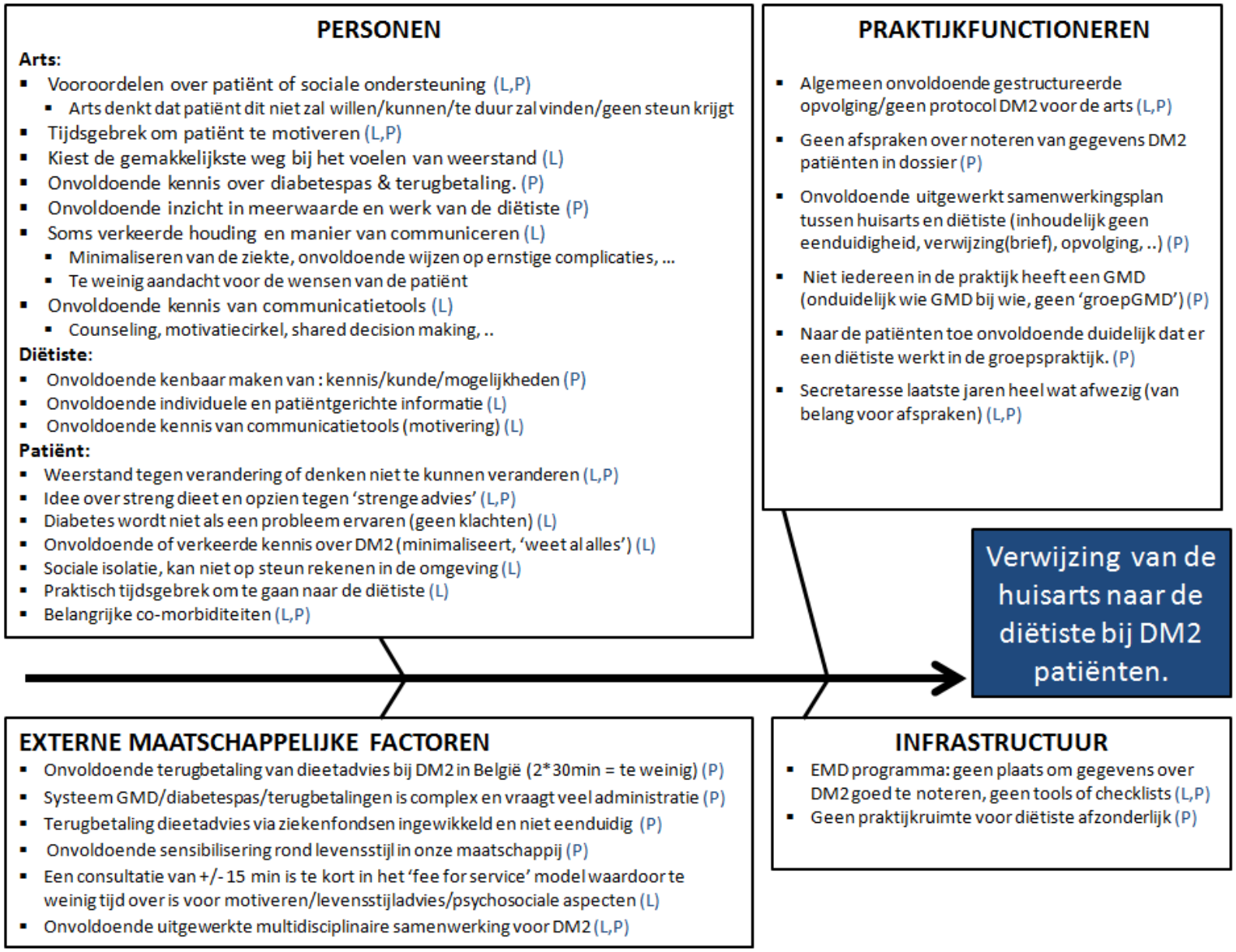
- Onvoldoende kennis over de meerwaarde en de inhoud van algemeen en voedingsadvies door de diëtiste.
- Gebrek aan tijd tijdens de consultatie om dit onderwerp uitgebreid te bespreken.
- Beperkte mogelijkheden van het EMD: geen vaste plaats om alles te noteren, geen opvolgingsprotocollen.
- Het elektronisch medisch dossier (EMD) is niet gebruiksvriendelijk en verouderd (Medsoft®). Er is geen specifieke plaats waar diabetesparameters genoteerd worden (vb. geen diabetespas integratie, geen plaats om rookstatus/dieetadvies/… overzichtelijk te noteren). Lengte en gewicht kunnen genoteerd worden per consultatie, maar dit overzichtelijk bijhouden is niet mogelijk.

Het financiële aspect zou de grootste drempel zijn voor de patiënt samen met het feit dat veel patiënten niet open staan voor dieetadvies, aldus de huisartsen in onze praktijk.

Er wordt afgesproken om het proces in kaart te brengen en te bekijken waar de voornaamste problemen liggen (aan de hand van de visgraatanalyse), vervolgens een plan op te stellen en een algemene vergadering te organiseren met huisartsen en diëtiste alvorens het project op te starten.

3.2.3 Barrières bij de verwijzing van diabetespatiënten naar de diëtiste.

Aan de hand van de eerste individuele gesprekken met diëtiste en huisartsen werd een visgraatanalyse gemaakt. Deze werd opgemaakt en vervolgens voorgelegd aan artsen en diëtiste om zo tot een consensus te komen over de te volgen strategie en tot een eindresultaat te komen, waar iedereen het mee eens was. In de visgraatanalyse worden verschillende oorzaken die bijdragen tot een probleem in 4 categorieën opgedeeld: personen, infrastructuur, praktijkfunctioneren en maatschappelijke factoren. Het is de bedoeling vanuit deze analyse problemen te definiëren die vervolgens verbeterd kunnen worden in onze praktijk. Daarnaast werd deze analyse ook samengelegd met de barrières die gevonden werden in het hierboven beschreven literatuuronderzoek.
Onderstaande visgraatanalyse toont een overzicht van alle barrières in de verwijzing naar de diëtiste bij DM2 patiënten, uit de praktijk en uit te literatuur. Er wordt aangegeven (P = praktijk en L = literatuur) welke de bron is. Het is de bedoeling vanuit deze analyse een verbeterplan op te stellen met specifieke acties.



Figuur 1 Visgraatanalyse: (L = literatuur, P = Praktijk)

3.3 Opstellen verbeterplan: protocol voor verwijzing naar de diëtiste

3.3.1 Formuleren van knelpunten en mogelijke acties in de praktijk

Vanuit deze probleemanalyse kan een overzicht van de knelpunten gemaakt worden. Er wordt gekozen om de belangrijkste punten aan te pakken, rekening houdend me de volgorde van belangrijkheid en de haalbaarheid in de praktijk. Hiervoor werd de visgraatanalyse voorgelegd aan de huisartsen en diëtiste afzonderlijk en werden een aantal concrete actiepunten uitgekozen.

Ten eerste zijn er een aantal knelpunten waar er momenteel geen grip op is, vnl. externe maatschappelijke factoren: organisatie gezondheidszorg, onvoldoende terugbetaling, complexe terugbetalingmogelijkheden via de mutualiteiten. Er zijn ook een aantal punten waar, gezien de korte termijn van het project, nu geen focus op gelegd wordt, maar waar naar de toekomst toe wel veranderingen mogelijk zijn: geen afzonderlijke praktijkruimte voor de diëtiste, systeem van GMD in de praktijk (elk afzonderlijk GMD bij 1 arts), …

Er wordt geprobeerd om wel verbetering te krijgen in volgende punten: verwijzing (verwijsbrief) naar diëtiste, onvoldoende kennis over gebruik van de diabetespas en over mogelijke terugbetalingcriteria, onvoldoende kennis over de inhoud van het algemeen- en dieetadvies, geen gestructureerde opvolging van DM2 patiënten, noteren in EMD, aanvragen diabetespas, aanleren motivationele gespreksvoering. Deze knelpunten en de hierbij horende mogelijke acties worden samengevat in onderstaande tabel 2.

Tabel 4 Knelpunten en Acties

Knelpunten	**Acties**
Kennis artsen over meerwaarde en inhoud van dieetadvies, over gebruik diabetespas en andere terugbetalingmogelijkheden is onvoldoende.	Informeren van artsen en diëtiste hierover. ➔ algemene vergadering organiseren ➔ Informatiemap aanleggen met alle nodige documenten in. (map + bureaublad)
Niet eenduidig noteren van gegevens in EMD: - Gewicht/lengte/BMI - Diagnose diabetes mellitus type 2 - Levensstijl (rookstatus, beweging, dieet) - Oogarts, microalbuminurie	Consensus afspreken met artsen over plaats waar wij dit zullen noteren in het EMD. ➔ Te bespreken op de algemene vergadering
Geen gestructureerde opvolging van DM2 Onvoldoende mogelijkheden hiervoor in EMD.	Bespreekbaar maken hoe we dit zullen verbeteren Welke verbeteringen in het EMD zijn mogelijk?
Geen standaard verwijsbrief huisarts → diëtiste	Opmaken van een verwijsbrief.
Onvoldoende kennis communicatietools bij huisartsen en diëtiste.	Informatievergadering: hoe kunnen we patiënten motiveren?

Om het verbeterplan nu door te voeren in de praktijk werd gewerkt in verschillende fasen. Ten eerste werd de interventie verder uitgewerkt. In een tweede fase werd een informatievergadering georganiseerd met alle huisartsen en de diëtiste.

3.3.2 Informatievergadering voor de huisartsen en de diëtiste

A. Aanpak van enkele knelpunten in de praktijk

Eind augustus vond in de praktijk een algemene informatievergadering plaats met alle huisartsen en de diëtiste. Deze vergadering werd geleid door de HAIO aan de hand van een PowerPoint presentatie (bijlage 4). Het doel van deze vergadering was alle artsen samen te brengen met de diëtiste en hen te informeren over het praktijkproject, maar ook meer achtergrondinformatie mee te geven die inspeelt op de knelpunten in de verwijzing naar de diëtiste. Het was de eerste keer dat artsen en diëtiste samen zaten in verband met de opvolging van diabetespatiënten. Dat feit op zich werd al gezien als een stap vooruit. Aan de hand van de presentatie werden verschillende actiepunten aangepakt. Er werd informatie gegeven over de waarde van algemeen- en dieetadvies bij DM2 patiënten, gebaseerd op het gevoerde literatuuronderzoek. Het is dan ook belangrijk dat de artsen in de eerste plaats overtuigd zijn van de waarde van de verwijzing naar de diëtiste bij DM2 patiënten. Zij werden ook geïnformeerd over welke basisinformatie je als huisarts kan meegeven (zie bijlage 1 ‘algemene voedingsprincipes’; Domus Medica), het gebruik van de diabetespas en de mogelijke terugbetalingen via mutualiteiten (zie bijlage 3). Er werd ook nadruk gelegd op de belangrijke rol als motivator en enkele mogelijke motivationele gesprekstechnieken werden aangeleerd (Saerens R., 2011). In dit deel was het dus de bedoeling om enkele knelpunten reeds aan te pakken.

B. Interventie plannen: oplossingen en afspraken vanuit de praktijk

Daarnaast was het ook de bedoeling om specifieke afspraken te maken over de samenwerking tussen de huisartsen en de diëtiste. Aan de hand van deze afspraken kan het protocol verder uitgewerkt worden.

Het voorstel om te werken met een standaard verwijsbrief (bijlage 5) werd door alle partijen goed onthaald. De huisarts vult de verwijsbrief in en geeft die mee met de nieuwe diabetespatiënt die een afspraak maakt bij de diëtiste voor algemeen- en dieetadvies. De diëtiste gaf uitleg over de inhoudelijke aspecten van het algemeen- en dieetadvies. Zij informeerde de artsen over hoe ze te werk gaat en wat zij en hun patiënten kunnen verwachten (zie ook paragraaf 3.3.1). Via de diabetespas is terugbetaling mogelijk van 2x30 minuten dieetadvies. Dit is soms echter te weinig, aldus de diëtiste. Individueel wordt bepaald hoeveel consultaties er verder nodig zijn, afhankelijk van de noden en de vraag van de patiënt.

Er was ook overleg tussen diëtiste en huisartsen over de kostprijs en over de verschillende terugbetalingmogelijkheden. Er werd afgesproken dat de huisarts zou zorgen voor de aanvraag van de diabetespas en de verwijsbrief en dat de diëtiste verder zou kijken voor de terugbetalingen via de mutualiteiten.

De diabetespas is iets 'nieuw' voor de artsen omdat dit tot nu toe bijna niet gebruikt werd. Men was het er over eens dat men dit vaker zou gebruiken en sprak af waar men de aanvraag van diabetespas zou noteren in het EMD. Daarnaast werd ook tot een consensus gekomen over het noteren van de diabetesparameters in het EMD. Er werd tot de constatatie gekomen dat er inderdaad geen specifiek tabblad is om alle gegevens overzichtelijk te noteren. Gewicht, lengte en BMI zouden op een bepaalde manier ingevuld worden tijdens de consultaties, de diagnose van diabetes zou worden ingegeven bij 'antecedenten' en belangrijke parameters bij de opvolging (micro-albuminurie, consultatie bij de oogarts) zouden op een snel herkenbare plaats in het EMD genoteerd worden. De HAIO informeerde bij Corillus®, uitgever van het medisch programma, over mogelijkheden om beter diabetesgegevens/diabetespas in te voeren in het EMD. De firma raadde een ander EMD software pakket aan, omdat het huidige softwarepakket verouderd zou zijn. Voorlopig gaan de artsen in de praktijk daar niet op in en zullen deze mogelijkheid later verder bekijken.

Na de specifieke afspraken tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en diëtiste over de inhoud van het algemeen- en dieetadvies, de kostprijs, de verwijzing (arts zorgt voor verwijsbrief en aanvraag diabetespas, diëtiste zorgt voor noteren van belangrijke informatie in het dossier en aanvraag terugbetalingen via mutualiteiten), het noteren van alle belangrijke diabetesparameters in het EMD, kan het protocol van het praktijkproject volledig uitwerkt worden.

3.3.3 Plannen interventie

A. Selectie patiënten: doelgroep

In het praktijkproject is gekozen om de samenwerking in de eerste plaats te optimaliseren voor de groep diabetespatiënten die recent de diagnose kregen van DM2 (in de laatste 5 jaar: 2007-2012) en de nieuwe diabetespatiënten (periode september 2012 t.e.m. december 2012).

De geplande interventie kan dan ook in 2 delen opgedeeld worden: een retrospectief onderzoek en een prospectief onderzoek.

B. Retrospectief onderzoek

Alle patiënten uit de huisartsenpraktijk die in de laatste 5 jaar (2007-2012) de diagnose kregen van DM2 zullen worden beschreven. Daarna zal individueel aan de behandelende arts toestemming

gevraagd worden wie zij al dan niet willen uitnodigen om deel te nemen aan het praktijkproject. Zo wordt nagegaan welke patiënten de artsen dus zouden verwijzen naar de diëtiste voor algemeen- en dieetadvies over DM2 en welke patiënten niet, en waarom niet? De patiënten zullen individueel, per brief (zie bijlage 5), worden uitgenodigd, door hun behandelende arts. Zij kunnen telefonisch, via een antwoordstrook of via hun huisarts laten weten dat ze willen deelnemen aan het praktijkproject. Vervolgens worden zij verwezen naar de onderzoeker voor een informatiegesprek over het praktijkproject. Zij krijgen alle nodige informatie via een gesprek en een informatiebrief en kunnen, bij akkoord voor deelname, een informed consent formulier ondertekenen. Via een semigestructureerd interview zal worden gepeild naar hun verwachtingen en ervaringen. Vervolgens zullen zij worden verwezen naar de diëtiste. In tussentijd zal verslag uitgebracht worden via de diëtiste over het verloop van het dieetadvies. Begin februari 2013 zullen de patiënten opnieuw worden uitgenodigd voor een evaluatiegesprek. Aan de hand van een semigestructureerd interview wordt gepeild naar hun ervaringen en ideeën over de verwijzing en het gekregen dieetadvies en wat hun suggesties zijn naar verbetering toe.

C. Prospectief onderzoek

Er wordt gevraagd aan alle artsen in de praktijk om nieuwe diabetespatiënten (in de periode september 2012 tot januari 2013) door te verwijzen naar de diëtiste voor algemeen- en dieetadvies en de patiënten ook uit te nodigen om deel te nemen aan het praktijkproject. In de wachtzaal hangt een affiche (bijlage 5) om ook via deze weg patiënten attent te maken. Bij interesse worden deze patiënten ook verwezen naar de onderzoeker en volgt net dezelfde procedure als bij de retrospectieve groep: informatiegesprek, informed consent, verwijzing naar de diëtiste, tussentijds verslag diëtiste, eindevaluatie door patiënt.

Patiënten uit het retrospectief onderzoek worden in de periode van oktober 2012 tot januari 2013 gevolgd door de diëtiste. Eind januari worden zij uitgenodigd voor een evaluatiegesprek. Hetzelfde geldt voor de nieuwe patiënten die er bij kwamen. In de periode januari – februari 2013 gebeuren ook evaluatiegesprekken met de huisartsen en de diëtiste over het verloop van de interventie. Het is de bedoeling vanuit alle verkregen informatie uit de praktijk aanbevelingen te formuleren met betrekking tot de optimalisering van de samenwerking tussen huisarts en diëtist bij type 2 diabetespatiënten in de eerste lijn.

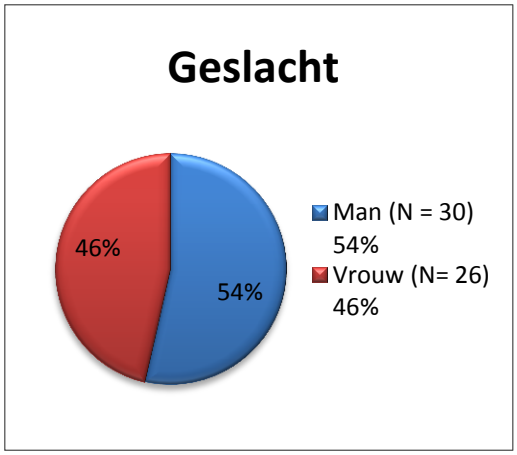
4 Resultaten

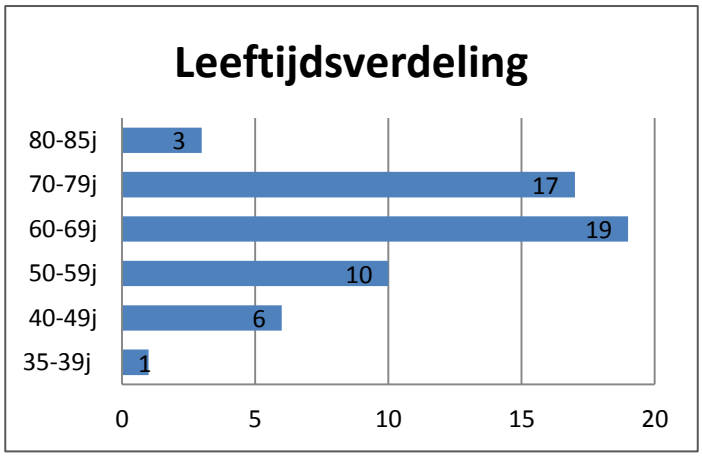
Vooraleer we verder ingaan op de evaluatie van het proces van de verwijzing van de huisarts naar de diëtiste, is het belangrijk om te weten over welke patiënten het hier gaat: wie zijn die patiënten die doorverwezen zullen worden naar de diëtiste?

4.1 Beschrijving doelgroep voor de interventie

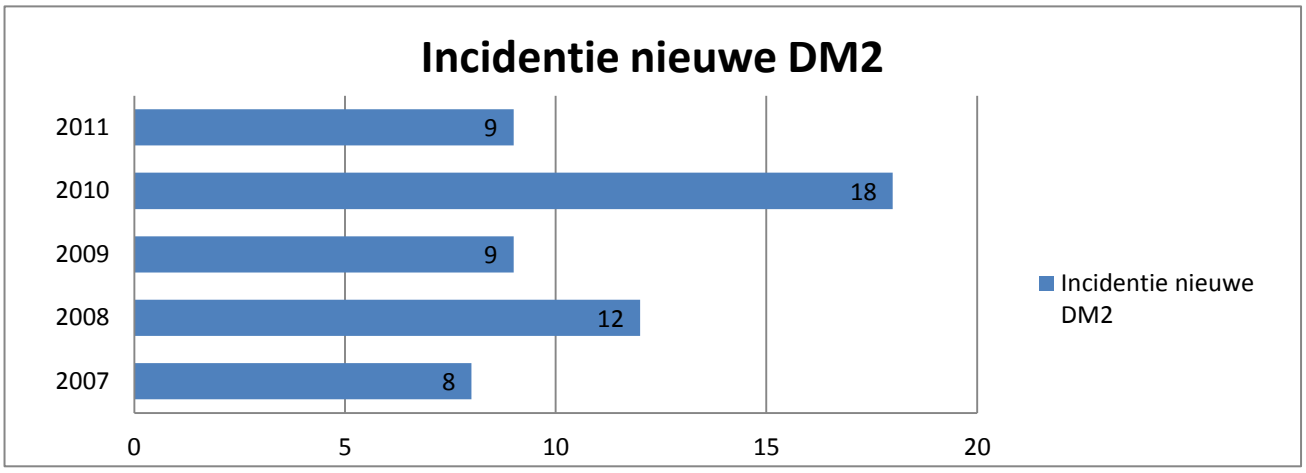
Bij het opstellen van een lijst met patiënten die de laatste 5 jaar de diagnose kregen van diabetes mellitus type 2 (DM2) waren er verschillende problemen. Het was onmogelijk om elektronisch een lijst te maken met alle diabetespatiënten, gezien er bijna nooit ICPC codes worden ingevoerd. Er moest dus op zoek gegaan worden naar een andere manier om een zicht te krijgen op de diabetespopulatie van de laatste 5 jaren. Via het labo werden de HbA1C waarden van de laatste 5 jaar opgevraagd, per aanvrager. De huisartsen selecteerden zelf de patiënten die in de laatste 5 jaar de diagnose kregen van DM2. Dit gebeurde door de behandelende arts, waarbij de patiënt een GMD heeft.

Er werden 56 patiënten weerhouden die in de laatste 5 jaar de diagnose kregen van DM2. De diagnose van DM2 werd gesteld door een labo onderzoek met nuchtere glycemie van >126 mg/dl. Van de 56 nieuwe DM2 patiënten waren er 30 mannen (54%) en 26 vrouwen (46%). Na het bekijken van de leeftijd, wordt gezien dat de meeste patiënten tussen 60 en 69 jaar oud zijn. In onderstaande grafiek wordt een verdeling van de leeftijd bij diagnose afgebeeld. De gemiddelde leeftijd bij diagnose is 64 jaar en de mediane leeftijd bij diagnose bedraagt 67 jaar. De verdeling man/vrouw is ongeveer gelijk.





Als er gekeken wordt naar het aantal nieuwe diagnoses van DM2 in de afgelopen 5 jaar, blijkt dat er gemiddeld 11 nieuwe diagnoses gesteld worden per kalenderjaar. In 2010 was er een piek van 18 nieuwe DM2 patiënten in de praktijk. Hiervoor is geen duidelijke verklaring.



Wanneer er verder gekeken wordt naar de glycemie, HbA1c en lipidenwaarden bij diagnose dan wordt het volgende gezien: de gemiddelde glycemie bij diagnose bedraagt 193 mg/dl (mediaan 155, Range 127-597), HbA1C bij diagnose bedraagt gemiddeld 8.0 %(mediaan 7.3, range 5.7-15.2). Wanneer deze gegevens in een grafiek van groot naar klein weergeven worden, kan vastgesteld worden dat er enkele patiënten zijn met echte piekwaarden, die het gemiddelde omhoog trekken. De mediaan ligt ver van het gemiddelde, wat wijst op grote uitschieters.

n=56	Glycemie	HbA1c	Cholesterol	HDL	LDL	TG
Range	127-597	5.7-15.2	107-329	33-103	29-214	75-575
mediaan	155	7.3	219	54	128	163
gemiddeld	193	8	216	54	124	185

De gemiddelde cholesterolwaarde bedraagt 216 mg/dl (107-329), HDL 54 (33-103), LDL 124 (29-214), TG 185 (75-575).

Slechts bij 10 van de 56 patiënten werden gewicht en lengte teruggevonden in het EMD. Bij 5 patiënten enkel het gewicht, zonder lengte. Het gemiddelde BMI van de 10 patiënten bedraagt 31.2 (range 27-36). Het zou kunnen dat enkel patiënten met overgewicht lengte, gewicht en BMI waarden staan hebben in het EMD. Deze waarden kunnen dus niet doorgetrokken worden naar de ganse groep.

4.2 Participatie van de doelgroep

4.2.1 Welke patiënten worden uitgenodigd door de huisartsen?

Eind augustus werd de vaste huisartsen gevraagd om aan te geven welke patiënten in aanmerking zouden komen voor een advies bij de diëtiste. Er werd gevraagd welke patiënten men zou motiveren om dieetadvies te volgen en we dus kunnen uitnodigen voor het praktijkproject. Daarnaast werd ook bekeken welke patiënten niet in aanmerking kwamen voor dieetadvies en wat de reden hiervoor was. Op basis van deze oefening werden 41 patiënten geselecteerd die in aanmerking kwamen voor een uitnodiging via brief.

Onderstaande tabel toont een overzicht van de patiënten die niet uitgenodigd werden en de reden waarom de arts hen geen dieetadvies zou voorstellen. Van de 15 patiënten die niet uitgenodigd werden door de behandelende huisartsen waren er 4 verhuisd of in het buitenland en 1 patiënt kwam niet meer naar de praktijk. Eén op 3 (5/15) werd dus om een praktische reden uitgesloten. De tweede meest frequente reden om de patiënt niet uit te nodigen is 'andere zorgen of problemen' (4) en 'niet gemotiveerd' (4). De 'andere zorgen' gaan vaak samen met de 'hoge leeftijd'. Daarnaast hadden we bedlegerigheid (1) en 'beperkte verstandelijke capaciteit' als reden voor het niet aanbieden van dieetadvies bij DM2 patiënten.

M/V	Diagn	Lft	Chol	HDL	LDL	Risk	TG	Glyc	HbA1c	Reden arts om pt niet uit te nodigen
V	2010	69	251	56	170	4,5	127	112	6,2	Verblijft in buitenland
M	2008	35	238	34	153	7	256	152	7	Geen pt meer
V	2010	79	176	54	90	3,3	162	147	6,6	Hoge leeftijd niet gemotiveerd
V	2008	76	232	79	128	2,9	127	140	7,1	Hoge leeftijd niet gemotiveerd
M	2009	74	251	54	177	4,6	98	127	6,4	Woont in RVT, andere zorgen
V	2010	76	235	53	162	4,4	99	173	6,7	Andere zorgen en niet gemotiveerd
V	2010	83	274	54	199	5,2	134	194	8,3	Niet gemotiveerd, 'eet alles wat zoet is'
M	2008	52	264	39	165	6,8	299	158	7,7	Bedlegerig
V	2008	76	232	79	128	2,9	127	140	7,1	Verhuisd
M	2008	73	205	58	128	3,5	93	131	6,3	Verhuisd
M	2009	60	172	40	99	4,3	163	132	6	Verblijft in USA
M	2011	75	270	43	196	6,3	153	284	9,4	Beperkte (verstandelijke) capaciteiten
M	2010	70	196	40	140	4,9	82	276	10,9	Andere zorgen
V	2011	52	261	82	136	3,2	216	134	5,7	Ernstige psychologische problemen
V	2007	71	200	71	81	2,8	240	161	6,5	Andere zorgen
Gemiddelde			**230**	**56**	**143**	**4.4**	**158**	**164**	**7.2**	
Mediaan			**235**	**54**	**140**	**4.4**	**134**	**147**	**6.7**	

De cholesterolwaarden zijn gemiddeld hoger in vergelijking met de totale groep van 56 diabetespatiënten: cholesterol 230 mg/dl (t.o.v. 216 mg/dl), LDL 143 mg/dl (t.o.v. 124 mg/dl). TG

liggen lager 158 mg/dl tegenover 185 mg/dl in de controlegroep. De gemiddelde en mediaan HbA1c van respectievelijk 7.2% en 6.7% zijn lager dan in de controlegroep, 8% en 7.3% respectievelijk.

4.2.2 Participatie van de uitgenodigde patiënten

Negen van de 41 uitgenodigde patiënten (= 22%) toonden interesse in het praktijkproject en dus ook in dieetadvies bij de diëtiste en gingen in op de schriftelijke uitnodigingen of op de persoonlijke uitnodiging door de huisarts. Van de negen patiënten die interesse toonden in het praktijkproject en het intake gesprek hebben gedaan, zijn er 7 patiënten bij de diëtiste geweest. Aan de huisartsen was ook gevraagd om nieuwe diabetespatiënten (september 2012 tem december 2012) te motiveren voor algemeen- en dieetadvies bij de diëtiste. Er werd in deze periode geen enkele patiënt prospectief opgenomen in de onderzoekspopulatie.

4.2.3 Kenmerken van de participerende patiënten

De zeven patiënten die de diëtiste bezochten waren 5 mannen en 2 vrouwen. We kunnen de parameters van deze patiënten beschrijven voor en na dieetadvies bij de diëtiste. Het dieetadvies startte voor de meeste patiënten in oktober 2013. Zij zagen gemiddeld 2*30 minuten de diëtiste aan de hand van de diabetespas. Een overzicht van alle parameters voor en na het dieetadvies kan terug gevonden worden in de onderstaande tabel.

Tabel 5 Kenmerken patiënten voor en na dieetadvies

	M/V	Diagnose	BMI	BMI na	Kg	Glyc-emie	Glyc na	HbA1c	HbA1c na	Statine?	Cholesterol	Chol na	LDL	LDL na	TG	TG na
1	m	2010(69j)	26	26	0	169	154	6,9	6,7	simvast.40	170	187	71	86	289	282
2	m	2011(62j)	39	39	-1	134	186	7,5	8	-	239	239	152	118	184	233
3	m	2010(69j)	29	29	-1	158	211	7,2	7,5	crestor 40	138	143	72	86	95	79
4	m	2009(57j)	24	24	0	133	135	6,7	7,5	simvast.40	174	151	98	68	175	168
5	v	2007(50j)	23	23	0	92	95	6	6,1	-	205	213	116	114	95	128
6	v	2007(53j)	31	31	0	162	171	8	7,9	simvast.40	252	197	193	103	150	195
7	m	2007(59j)	29	26	-12	198	255	7,9	7,9	simvast.20	170	-	100	-	98	-

Het gewicht van de 7 patiënten (5 mannen en 2 vrouwen) is over het algemeen gelijk gebleven. Twee patiënten verloren ongeveer 1 kg (BMI bleef gelijk) en 1 patiënt verloor 12 kg. Zijn BMI daalde spectaculair van 29 naar 26. Geen enkele patiënt is toegenomen in gewicht. Slechts bij 1 patiënt is de nuchtere glycemie gedaald van 169 naar 154 mg/dl. Bij alle andere patiënten is de nuchtere glycemie toegenomen met gemiddeld 22 mg/dl (range 2-57 mg/dl) toename van de nuchtere glycemie (waarden van 92 mg/dl tot 198 mg/dl). Ook de HbA1c toont gelijkaardige cijfers: twee patiënten

hadden een lichte daling van -0.1 en -0.2% (HbA1c van 7.9 en 6.7 % respectievelijk). Cholesterol, LDL en TG daalden over het algemeen. Vijf van de 7 patiënten nemen reeds een statine, 2 patiënten niet. De cholesterolwaarden van deze 2 patiënten zijn de hoogste van de groep en kunnen nog beter.
Van de zeven patiënten hebben 3 patiënten (patiënt 2, 6 en 7) aanpassingen gekregen in de therapie. Zij kregen respectievelijk een verhoging van Metformine naar 2*500mg, toevoeging van Januvia® en stapten over naar insulinetherapie. De andere patiënten nemen metformine, al dan niet samen met gliclazide 80 mg.

4.3 Verwachtingen van de patiënten voor verwijzing naar de diëtiste

Aan de hand van een semigestructureerd interview werd gepeild naar de huidige kennis, de eigen ervaring met dieetadvies en de verwachtingen van de patiënten. Dit gesprek vond plaats voor de effectieve verwijzing naar de diëtiste.
Opvallend is dat 5 van de 9 patiënten reeds dieetadvies kregen in het verleden (gemiddeld 1 consult bij diagnose, vaak in het ziekenhuis). De ervaring met dit dieetadvies was bij een drietal patiënten niet positief: 'niet veel nieuws geleerd', 'geen gewenste verandering in gewicht' en 'enkel wat foldertjes meegekregen' waren de opmerkingen van deze patiënten. De twee andere patiënten vonden het dan weer wel positief: '30kg vermagerd in 2 jaar' (toen enkel voor vermagering, nog geen diabetes) en de andere patiënt had ook 'veel geleerd, interessant'. Beide patiënten willen 'graag een opfrissing'.
Op de vraag of het goed zou zijn dat de huisarts alle diabetespatiënten naar de diëtiste zou sturen, antwoordde men allemaal 'ja'. Twee patiënten vinden echter dat het de huisarts is die beslist wie hij al dan niet zou doorsturen. Twee andere patiënten leggen de nadruk op de taak als motivator: 'er zijn veel barrières, de huisarts moet helpen die te overwinnen' en 'er is drempelvrees, de huisarts moet ons daar over helpen' zijn de reacties. Ook vermelden 2 patiënten dat een huisarts soms te veel informatie in een keer moet geven: 'de dokter zegt dat je moet vermageren, maar zegt niet hoe je dat moet doen, dan verwijst hij best door'. De taak van de huisarts is, volgens de patiënten, dus voornamelijk: informeren, parameters opvolgen, motiveren en doorsturen waar nodig. Men vertrouwt de arts in de opvolging van biomedische parameters. Daarnaast vindt men het ook heel belangrijk om goede informatie te krijgen van de arts.

De verwachtingen naar de diëtiste toe bestaan vooral uit het geven van informatie. Alle patiënten verwachten informatie over voeding 'waar moet ik op letten?', 'wat mag ik eten en wat niet?', 'wat kan ik beter doen?'. Twee patiënten geven specifiek aan te willen vermageren. Een drietal patiënten heeft echter meer specifieke vragen over voeding zoals: 'hoeveel fruit mag ik eten?', 'hoeveel glazen

wijn?', 'hoeveel koolhydraten mag ik eten?', 'hoe kan ik meer variatie brengen in mijn dieet?' en 'wat met vegetarische maaltijden?'. Drie patiënten geven specifiek aan informatie te willen krijgen over diabetes 'wat is diabetes?', 'wat zijn de mogelijke gevaren?'.

Over het algemeen wil de patiënt dus informatie, zowel over diabetes als over praktische voedingsadviezen. Er werd ook nagegaan wat de patiënt nu het meeste verwacht? (gewichtsverlies, kennis, betere cholesterol en suikerwaarden?) Vier van de 9 patiënten vindt gewicht verliezen het belangrijkste. Twee daarvan vinden ook cholesterol- en suikerwaarden even belangrijk. Twee patiënten zeggen dat zij voornamelijk 'het opdoen van kennis' verwachten. De andere patiënten vinden alles even belangrijk: kennis, labowaarden en gewicht.

Geen enkele van de 9 patiënten heeft ooit gehoord over de diabetespas of over mogelijke terugbetalingen van dieetadvies via de mutualiteit of de diabetespas.

Van de 9 patiënten geven er vijf aan reeds op hun voeding te letten, drie patiënten bekennen te weinig op de voeding te letten en één patiënt let helemaal niet op zijn voeding. 4 op 9 patiënten zorgen voor voldoende lichaamsbeweging, 2 op 9 zeggen te weinig te bewegen en 3 op 9 zeggen helemaal niet te bewegen. Er werd ook gevraagd om zichzelf een score op 10 te geven, waarbij 0 wil zeggen geen kennis en 10 wil zeggen zeer goede kennis. Men gaf zichzelf gemiddeld respectievelijk 4.6 voor de kennis over DM2 zelf en 4.4 voor de kennis over voeding bij DM2 (mediaan beide = 4/10). Het is de bedoeling om na afloop van het praktijkproject opnieuw te peilen naar deze score.

4.4 Evaluatie van de interventie

Midden januari werd het kwaliteitsverbeterend praktijkproject afgesloten. Om een eindevaluatie te maken werden zowel patiënten, huisartsen als de diëtiste geïnterviewd. De DM2 patiënten werden geïnterviewd in september 2012 voor het dieetadvies en eind januari/begin februari 2013 voor een eindevaluatie.

4.4.1 Evaluatie van de interventie door de diëtiste

Begin december vond een tussentijdsgesprek plaats met de diëtiste. Er werd gepeild naar het verloop van de consultaties en de moeilijkheden of vraag naar aanpassingen.

Van de 9 doorverwezen patiënten zijn er, begin december 2012, 7 patiënten op consultatie geweest bij de diëtiste. Er zijn dus twee patiënten van de negen die afgehaakt zijn. De reden hiervoor werd telefonische nagevraagd. De eerste patiënt zag voorlopig geen meerwaarde in een nieuw bezoek aan de diëtiste: 'Ik ben vroeger nog bij de diëtiste geweest', 'Ik weet wat ik moet doen', 'Ik heb genoeg zelfdiscipline' en 'mijn suiker is momenteel goed onder controle'. De patiënt zag dus, voorlopig, geen

reden om een afspraak te maken bij de diëtiste. De andere patiënt had op dat moment andere (medische) prioriteiten en zou ons contacteren wanneer hij een afspraak wilde maken bij de diëtiste.

De verwijsbrief werd goed gebruikt en positief onthaald door de diëtiste (concrete nuttige informatie van bij het begin aanwezig). De aanvraag van de diabetespassen verliep tot nu toe zonder problemen (bij 1 patiënt wel wat vertraging geweest omdat het GMD niet in orde was). De communicatie met de huisartsen gebeurde voorlopig voornamelijk via het GMD. De diëtiste noteert kort de inhoud van de consultaties in het dossier zodat de huisarts dit, te allen tijde, kan raadplegen. Soms wordt een kopie van het een verslag aan de huisarts bezorgd. De meeste patiënten hebben nog een vervolgconsultatie bij de diëtiste. De patiënt wordt ook vaak terug verwezen naar de huisarts. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer de diëtiste merkt dat de patiënt onvoldoende geregeld is, ondanks het goed volgen van het levensstijladvies of bij andere belangrijke problemen of complicaties.

Over het algemeen werd het praktijkproject goed onthaald. Er was aandacht van de artsen voor het probleem en er waren goede doorverwijzingen. Of het praktijkproject nu daadwerkelijk een verhoging van het aantal verwijzingen van nieuwe patiënten met zich mee zal brengen is dan ook nog de vraag, gezien er voorlopig geen nieuwe patiënten in dit praktijkproject zijn opgenomen. De diëtiste hoopt dat positieve ervaringen van patiënten en artsen, concrete afspraken over de verwijzing en kennis over het belang van dieetadvies, inhoud van de consultaties bij de diëtiste ervoor zal zorgen dat artsen hun belangrijke taak als schakel en als motivator zullen opnemen naar de toekomst toe.
Tot spijt moet ook meegedeeld worden dat de diëtiste, om privéredenen, niet meer in de praktijk zal werken vanaf april 2013. Het is de bedoeling om de taken en afspraken door te geven aan een nieuwe diëtiste die kan samenwerken met de groepspraktijk en zo verder te bouwen op huidige ervaringen.

4.4.2 Evaluatie van de interventie door de huisartsen

Individueel werd bij de huisartsen geïnformeerd naar het verloop van het praktijkproject. Er vond een tussentijds individueel evaluatiegesprek plaats. In dit gesprek werd gepeild naar de mogelijke barrières die de artsen ondervonden, werden aanpassingen gedaan waar nodig en werden zij opnieuw gemotiveerd om nieuwe DM2 patiënten te verwijzen naar de diëtiste en alles goed in het dossier te noteren, zoals eerder afgesproken. Er waren geen noemenswaardige problemen of moeilijkheden tijdens het verloop van het praktijkproject. Voor het gebruik van diabetespas voelden sommige artsen toch nog een drempel omwille van de nodige administratie die erbij komt kijken.

Na afloop werd de interventie geëvalueerd. Er werd een vergadering georganiseerd met alle huisartsen. De resultaten van het praktijkproject werden getoond en er werd gepeild naar de bevindingen en mogelijke verbeteringen naar de toekomst toe.

Over het algemeen zijn de artsen tevreden over het onderwerp. Het is iets actueel, veel voorkomend en men is duidelijk bewust van het belang en van de meerwaarde van dieetadvies bij DM2 patiënten. De eerste drempel om de arts te overtuigen is dus goed gelukt. De volgende vraag is of de artsen nu ook de (nieuwe) DM2 patiënten zullen (blijven) motiveren? Men zegt dit te (willen) doen. Sommige artsen alleen als ze zelf denken dat de patiënt zou geïnteresseerd zijn, een andere arts probeert alle nieuwe DM2 te motiveren. Eén arts op drie geeft aan meer gebruik te maken van de diabetespas. De andere artsen (nog) niet. Voor 1 arts is het systeem en het gebruik ervan onhandig. De andere huisarts ziet dit wel zitten naar de toekomst toe ('moet nog meer routine worden').

Van de nieuwe diabetespatiënten (vermoedelijk 3 tal) werd niemand verwezen naar de diëtiste. De patiënten werden wel aangesproken over het project, maar wilden niet deelnemen omdat ze een consultatie bij de diëtiste niet zagen zitten. Eén patiënt gaf aan al 'voldoende kennis te hebben over gezonde voeding', de tweede patiënt zou niet gemotiveerd zijn en van de derde patiënt is geen specifieke reden gekend.

Het goed noteren van alle opvolgingsparameters in het dossier verloopt nog stroef. Er waren voor de interventie afspraken gemaakt over specifieke notitieplaatsen voor vb. gewicht, lengte, BMI en andere opvolgingsparameters. Er kan vastgesteld worden dat lengte en gewicht vaker ingevuld worden in het verloop van de consultatie, voornamelijk wanneer de arts merkt dat er sprake is van overgewicht. Men vindt dat de structuur van het EMD het goed en overzichtelijk noteren van alle parameters niet bevorderd, integendeel. Er moet nagedacht worden over een structurele aanpak: moderniseren van het EMD. In tussentijd blijven de huidige afspraken over het noteren van de gegevens van de DM2 patiënten behouden.

De patiënten die naar de diëtiste geweest zijn, hebben de artsen positieve feedback gegeven. Ze waren tevreden over de opvolging (die vaak nog lopende is). Positieve feedback krijgen ervaren de artsen als stimulans om in de toekomst dit ook verder op te nemen in de dagelijkse praktijk.

De mening over de samenwerking tussen huisarts en diëtiste bij DM2 patiënten is over het algemeen positief. Men ervaart het toch als iets belangrijk maar er zijn nog zeker verbeteringen nodig: men geeft aan dat er meer overleg nodig is en dat afspraken nakomen in de drukke dagelijkse praktijk niet altijd gemakkelijk is. Men ervaart 'te weinig tijd' toch als een van de belangrijkste drempels.

Naar de toekomst toe zal de diëtiste stoppen in de praktijk en zal dus een nieuwe diëtiste moeten gezocht worden waarmee men kan samenwerken. Hopelijk kan er verder gebouwd worden op de ervaringen van dit praktijkproject.

4.4.3 Evaluatie van de interventie door de patiënten

Aan de hand van een semigestructureerd interview werd gepeild naar de ervaringen en bevindingen van de patiënten: hoe hebben zij het dieetadvies ervaren? Hoe is de verwijzing verlopen en de communicatie tussen de huisarts en de diëtiste? Wat denken de patiënten over het aantal sessies, de kostprijs en mogelijke terugbetalingen? Zijn er dingen veranderd in hun levensstijl (dieet en beweging) sinds de consultatie(s) bij de diëtiste? Welke score geeft men zichzelf op een schaal van 0-10 voor kennis over DM2 en over kennis over voeding bij DM2? Zou men elke nieuwe diabetespatiënt dieetadvies aanraden?

Zes van de 7 patiënten waren over het algemeen positief over het dieetadvies dat ze kregen. Eén patiënt gaf aan dat de informatie wat veel was in één keer. 'Ik kon er moeilijk uithalen wat nu écht belangrijk was.' Deze patiënt heeft wel nog verder consultaties gepland bij de diëtiste. De patiënten merken over het algemeen op dat het soms wel moeilijk is om de tips te volgen in de praktijk, maar zijn zeer tevreden over de gekregen informatie. Eén patiënt zegt zelfs meer te beseffen hoe belangrijk zijn diabetes wel is en vindt dat de dokter misschien te weinig tijd besteedt aan zijn diabetes. Eén patiënt van de 7 is niet erg positief 'niets nieuws gehoord' en 'vele veranderingen of aangeraden voeding lukt mij gewoon niet (vb. door zure oprispingen)'.

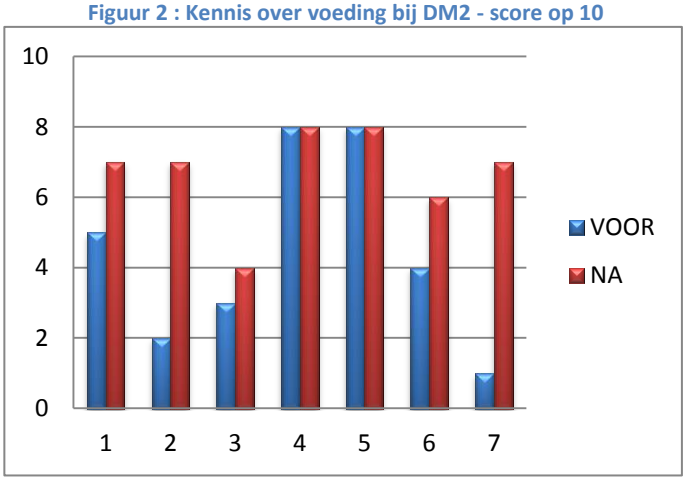
Over de verwijzing op zich zijn er geen klachten: 'vlotte verwijzing en afspraken, goede communicatie'. De patiënt ondervindt geen communicatieproblemen tussen arts en diëtiste.

Over het ideaal aantal consultaties bij de diëtiste is men het niet eens. Drie patiënten vinden 2 consultaties van 30 min. voldoende, terwijl 3 andere patiënten eerder 3 of 4 consultaties per jaar zouden verkiezen. Financieel zijn er geen grote drempels, maar de patiënt zou wel begrijpen dat het voor andere patiënten wel een drempel zou kunnen zijn.

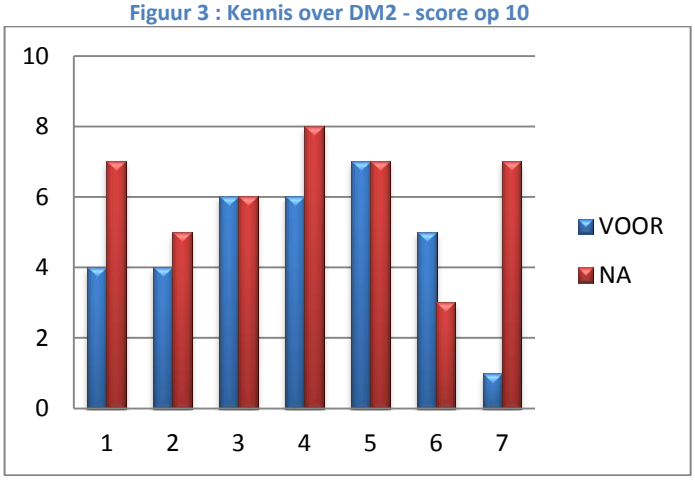
Vier van de 7 patiënten zegt evenveel op de voeding te letten als voor het dieetadvies. Drie patiënten zeggen dat ze meer op de voeding letten dan voordien. Twee patiënten geven aan niets van beweging te doen. De andere 5 patiënten letten er op voldoende te bewegen, maar dit is gelijk gebleven.

Er werd zowel voor als na het dieetadvies gepeild naar de score die de patiënten zichzelf zouden geven op 10 voor kennis over voeding bij DM2 en voor kennis over DM2 zelf.

Figuur 2 : Kennis over voeding bij DM2 - score op 10



Figuur 3 : Kennis over DM2 - score op 10



De patiënten schatten hun kennis over voeding bij DM2 laag in voor de consultatie(s) bij de diëtiste. De gemiddelde en mediane score ligt op 4/10. Na de consultaties bij de diëtiste stijgt dit gemiddelde naar 7/10. De twee patiënten die zichzelf een 8/10 gaven, bleven zichzelf dezelfde score geven. De andere patiënten vonden dat hun kennis erop vooruit gegaan was (zie figuur 2)

De kennis over diabetes zelf schat men zelf in als een 5/10. Dit stijgt na de consultaties bij de diëtiste naar 6/10. Over het algemeen kunnen we dus concluderen dat de subjectieve mening van de patiënten is dat hun kennis erop vooruit gegaan is, zowel over diabetes als over voeding bij diabetes.

Wanneer de patiënten naar hun toekomstplannen gevraagd wordt, willen 3 van de 7 patiënten voorlopig niet terug bij de diëtiste ‘ik weet nu genoeg waarop ik moet letten en wat ik moet doen’, ‘nog geen verbetering gezien tot nu toe’ en ‘ik doe wat ik moet doen en er is toch geen verbetering in het bloedonderzoek’. Er kan dus opgemerkt worden dat patiënten soms gedemotiveerd worden door tegenvallende ‘cijfers’, ondanks inspanningen. Vier van de 7 patiënten vinden teruggaan naar de diëtiste wel nuttig ‘om alles jaarlijks te herbekijken en terug op te frissen’, ‘om te bevestigen dat ik goed bezig ben en om specifieke vragen te beantwoorden’, ‘om verder te verbeteren’ en ‘om samen met iemand professioneel eens stil te kunnen staan bij de ziekte’. Op de vraag of elke nieuwe diabetespatiënt naar de diëtiste zou moeten, antwoordt men volmondig 7 op 7: ja!

5 Discussie

Van de 41 op 56 uitgenodigde DM2 patiënten waren er 9 geïnteresseerd in een verwijzing voor algemeen- en dieetadvies en volgend 7 patiënten dit ook effectief op. Prospectief werden geen nieuwe patiënten opgenomen in de studie. De verwijzing van de huisartsen naar de diëtiste verliep vlot. Artsen zijn vooral goed geïnformeerd geweest over de inhoud en het belang van dieetadvies bij DM2 patiënten en zijn bewust gemaakt van hun taak als motivator en verwijzer. Om de verwijzing goed te laten verlopen zijn goede communicatie (via EMD, verwijsbrief, zo nodig overlegmomenten) en goede afspraken nodig tussen huisartsen en diëtiste. De patiënten zijn positief over het algemeen- en dieetadvies, al kan dit niet vertaald worden in een verbetering in gewicht, glycemie, HbA1c in deze kleine groep patiënten. Belangrijk is de positieve ervaring van zowel artsen, diëtiste als patiënten. Hoewel er in de drukke praktijk veel barrières zijn die nog te overwinnen zijn hoop ik dat positieve ervaringen kunnen leiden tot het begin van meer en beter samenwerken in het voordeel van de patiënt, want daar ging het tenslotte om!

Selectie patiënten

De selectie van de 56 diabetespatiënten die de diagnose van DM2 kregen in de laatste 5 jaar kon niet gebeuren via het patiëntendossier. De selectie gebeurde door in het labo alle HbA1c aanvragen van de laatste 5 jaar op te vragen per huisarts. De huisarts deed dan zelf een verdere selectie en duidde aan welke patiënten inderdaad hun diabetespatiënten waren. Gezien de omslachtige selectieprocedure is dit cijfer waarschijnlijk niet 100% correct, maar vermoedelijk zal er geen groot verschil zijn. Dit cijfer komt dan ook overeen met de verwachtingen uit de literatuur als er vanuit gegaan wordt dat een gemiddelde praktijk 5000 patiënten heeft en er ongeveer 2 à 3 per 1000 patiënten per jaar de diagnose krijgen van DM2.

Aan de behandelende huisartsen werd gevraagd uit deze groep de patiënten te selecteren die zij niet zouden uitnodigen voor algemeen- en dieetadvies bij de diëtiste. Van de 56 patiënten werden 15 patiënten uit de selectie gehaald. Vier patiënten werden om praktische redenen (verhuisd, niet meer in de praktijk) niet uitgenodigd. De twee andere meest frequente redenen waren ‘andere zorgen of problemen’ (4/15) en ‘niet gemotiveerd’ (4/15). We kunnen de bedenking maken of dit echte redenen zijn om patiënten geen dieetadvies voor te stellen. In de visgraatanalyse en het literatuuronderzoek kwam ‘vooroordelen van de arts’ aan bod als barrière bij de verwijzing naar de diëtiste. De arts denkt misschien dat de patiënt dit niet zal kunnen of kiest de gemakkelijkste weg bij het voelen van weerstand. In het onderzoek was de arts soms verbaasd over deelname aan het praktijkproject van bepaalde patiënten. Men had niet verwacht dat die patiënt daarin geïnteresseerd zou zijn. Het is goed te weten dat ‘vooroordelen van de arts’ een barrière is in de verwijzing naar de

diëtiste en misschien moeten alle nieuwe diabetespatiënten gewoon standaard doorverwezen worden?

Participatiegraad patiënten

Negen van de 41 uitgenodigde patiënten wilden deelnemen aan het praktijkproject. Dit is 22%, wat een aanvaardbare participatiegraad is. Dit wijst er toch op dat relatief veel patiënten interesse tonen in dieetadvies bij DM2. De patiënten werden enkel in de 1e fase uitgenodigd door één brief. Er werd niet verder gegaan tijdens dit onderzoek. Er zouden nog herhalingsuitnodigingen of telefonische uitnodigingen kunnen gebeuren in een 2e en 3e fase om de participatiegraad te verhogen. Eventueel kon ook nagegaan worden waarom patiënten kiezen om niet deel de nemen aan het onderzoek. Het zou interessant zijn te onderzoeken welke barrières zij ondervinden om dieetadvies te krijgen. Dit werd wegens organisatorische redenen niet meer bevraagd. Vermoedelijk zijn de patiënten die wel reageren op de brief dan ook andere en meer gemotiveerde patiënten dan patiënten die niet deelnemen aan het onderzoek. De resultaten van de interviews met de patiënten dienen dan ook vanuit dit oogpunt bekeken te worden.

Wanneer de participatiegraad vergeleken wordt met deze uit de literatuur, kan opgemerkt worden dat in de RCT's weinig over % participatie gesproken wordt. In het onderzoek uit Nederland van Spikmans et al (2003) zijn van de 699 patiënten 36% niet komen opdagen bij de diëtiste. In dat onderzoek is er dus een participatiegraad van 64%. Het grote verschil is dat alle diabetespatiënten in Nederland standaard verwezen worden, terwijl in dit praktijkproject de mensen vaak echt overtuigd moeten worden en het in België niet de gewoonte is om alle DM2 patiënten bij diagnose naar de diëtiste te sturen. Om tot een standaard verwijzing te kunnen komen van alle nieuwe diabetespatiënten naar de diëtiste is naast gewoonteverandering ook een betere organisatie van ons zorgsysteem (multidisciplinaire teams, terugbetaling dieetadvies?) nodig.

Het was de bedoeling van het onderzoek om ook prospectief nieuwe diabetespatiënten op te nemen in het praktijkproject en te verwijzen naar de diëtiste. Geen enkele nieuwe DM2 patiënt werd opgenomen in het onderzoek. Op basis van het cijfer over 5 jaar (56/5j) zijn er vermoedelijk in de laatste 5 maanden een 3tal nieuwe diabetespatiënten in de praktijk. De patiënten hebben geen interesse in dieetadvies, hoewel artsen aangeven ze te hebben gemotiveerd. De vraag is echter of artsen genoeg motiveren en wat zij precies verstaan onder motiveren? In de literatuur merkt men vaak op dat er te weinig kennis is over motivationele gespreksvoering bij artsen en diëtisten. Ook in de praktijk merkte ik op dat artsen vaak licht gaan over 'motivationele gesprekstechnieken'. De schijnbaar eenvoudige hulpmiddeltjes zijn misschien belangrijker dan wat artsen denken. In de recentere opleiding voor (huis)artsen is er aandacht voor communicatietechnieken, maar vroeger werd daar in de opleiding geen aandacht aan geschonken. Volgens mij bestaat er een drempel voor

sommige ervaren huisartsen om deze technieken toe te passen. Huisartsen moeten training krijgen in motivationele gespreksvoering om zo gedragsverandering bij patiënten beter te begrijpen en hier dan ook gemakkelijker op in te spelen. De barrières (tegenstand voelen bij de patiënt en snel opgeven, op voorhand denken dat de patiënt geen interesse heeft, ...) die zij voelen zullen zo ook minder als barrière gezien worden.

Ervaringen in de praktijk versus literatuuronderzoek

In dit onderzoek werd een literatuuronderzoek gedaan naar het nut en de barrières bij het gebruik van de diëtiste en dit werd getoetst aan de praktijkervaringen.

Uit de gesprekken met de huisartsen is wel duidelijk dat men allemaal overtuigd is dat algemeen- en dieetadvies door een erkende diëtiste een meerwaarde kan zijn in de behandeling van DM2. In de literatuur zien we over het algemeen positieve effecten op gewicht, BMI, cholesterol en RR. Dit praktijkonderzoek is echter te klein om daar uitspraken over te doen. Er kan wel opgemerkt worden dat uiteindelijk toch 3 op 7 patiënten aanpassingen nodig hadden in de medicatie en de glycemie dus niet goed geregeld bleek ondanks het starten van dieetadvies. Deze patiënten voelen zich vaak ontgoocheld in het resultaat. Dit komt de motivatie om verder een gezonde levensstijl aan te nemen niet ten goede. Patiënten dienen hiervoor gewaarschuwd te worden.

In de literatuur kon op de harde eindpunten (mortaliteit en morbiditeit) nog geen significante verschillen aangetoond worden. De vraag is natuurlijk of zo'n RCT-onderzoek dit wel zou kunnen aantonen? De Look AHEAD Study probeert een verschil in ernstige cardiovasculaire events aan te tonen. De studie zou, met 5000 patiënten, met >80% waarschijnlijkheid een verschil van 18% in majeure cardiovasculaire events kunnen aantonen tot 11.5 jaar follow-up. (Look AHEAD protocol, 2012) Is het nog te vroeg om na 1 en 4 jaar uitspraken te doen? Is het mogelijk om significante verschillen aan te tonen wanneer de controlegroepen vaak ook zeer goed geregeld zijn: goede medicatie en regeling van andere cardiovasculaire risicofactoren (RR, cholesterol, rookstatus), goede oppuntstelling medicamenteus, etc. Het verschil tussen deze groepen is dan ook vaak klein omdat vele andere factoren de outcome beïnvloeden.

Er werd ook opgemerkt dat er publicaties zijn, zoals de Nederlandse studie van Linmans et al.(2011) waar patiënten van bij het begin al zeer goede waarden hebben en er dus weinig verbetering mogelijk is. Hier kan dus ook moeilijk een verschil aangetoond worden tussen beide groepen.

Van de barrières uit de literatuur worden er veel herkend in de praktijk. Patiëntenfactoren zoals weerstand tegen verandering, opzien tegen strenge adviezen, tijdsgebrek en belangrijke co-morbiditeiten werden in de praktijk zeker ondervonden. Ook de vooroordelen van de arts over de patiënt, onvoldoende gestructureerde follow-up DM2 en te weinig kennis van de communicatietools werden gezien, evenals alle genoemde barrières in het zorgsysteem (tabel 1). Uiteindelijk bleek het

in de praktijk dat niet de patiënten en de artsen zelf de grootste barrières vormden, maar de organisatie van de zorg een zeer belangrijke rol speelt zowel op praktijkniveau als op maatschappelijk niveau. Goede organisatie en hulpmiddelen (vb. via EMD) om onze patiënten systematisch op te volgen is noodzakelijk. Het systeem van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn staat ook nog niet ver genoeg in ons land waardoor het bv. niet de gewoonte is dat elke huisarts elke nieuwe diabetespatiënt standaard verwijst naar de diëtiste voor algemeen- en dieetadvies. Vanuit het terugbetalingssysteem is er ook te weinig terugbetaling van de consultaties (aantal consultaties en hoeveelheid terugbetaling). Het systeem van de diabetespas dat bijkomend administratief werk vraagt, blijkt toch ook een belangrijke drempel in de praktijk, hoewel het bedoeld is om dieetadvies te stimuleren in de eerste lijn bij DM2 patiënten.

Ervaringen in de praktijk

Het praktijkproject zorgde er voor dat er meer aandacht ging naar de opvolging van diabetespatiënten en meer specifiek dieetadvies voor DM2 patiënten bij een erkende diëtiste in de praktijk. Vraag is of deze aandacht blijvend is of niet? Artsen bevestigen dat zij het nuttig vinden om DM2 patiënten algemeen- en dieetadvies aan te bevelen. Dit is niet onbelangrijk natuurlijk, want daar begint alles. Het beste zou zijn om dit in te bouwen in de routine: diagnose DM2 = verwijzing algemeen- en dieetadvies. Artsen geven aan dat zij meer gebruik maken van de diabetespas. De kennis over GMD, diabetespas, terugbetalingmogelijkheden is toegenomen. Hoe meer het gebruikt wordt, hoe eenvoudiger het systeem is. Misschien lijkt het voor sommigen wat complex, maar valt het beter mee dan eerst gedacht?

Er werd ook aandacht geschonken aan het noteren van parameters in het EMD. Er wordt echter meer en meer vastgesteld dat het programma waarmee gewerkt wordt niet meer voldoet aan de eisen van een moderne praktijk. De wil om goed te noteren in het dossier was zeker en vast aanwezig, maar ondanks de concrete afspraken blijkt dat dit toch onvoldoende goed gebeurt. Misschien moet de beslissing toch eens echt genomen worden om over te schakelen naar een programma die betere ondersteuning biedt in de consultvoering. In de literatuur wordt dit ook aanprijst als mogelijke oplossing om de opvolging van DM2 patiënten te verbeteren. De verwijsbrief is dan weer goed onthaald, zowel door huisartsen, diëtiste als patiënten. Het is een handig en eenvoudig communicatiemiddel waarin alle nodige informatie staat.

De huidige diëtiste gaat weg in onze praktijk, wat natuurlijk jammer is voor de verdere samenwerking. Ik hoop dat men uit het praktijkproject geleerd heeft dat samen vergaderen, afspraken maken over verwijzing en over de inhoudelijke aspecten van de consultaties zeer belangrijk is. Ik had een goed gevoel over de vergadering tussen huisartsen en diëtiste en ik zou

aanraden dit meer te doen: samen zitten en nadenken hoe we de zorg voor de patiënt centraal kunnen stellen en kunnen optimaliseren.

Toekomst

Persoonlijk heb ik ook veel geleerd uit dit praktijkproject. Ik merk dat patiënten en artsen echt interesse hebben in dieetadvies bij DM2 patiënten. Er zijn inderdaad barrières te overwinnen en alle DM2 patiënten bij de diëtiste krijgen, is dan ook geen realistisch doel. Het is de taak van de arts om goed te motiveren en voldoende uitleg te geven en hierbij rekening te houden met de principes van gedragsverandering. Een goed EMD als hulpinstrument voor de opvolging van DM2 vind ik zeer belangrijk. Ik zou zeker een overzichtelijke pagina willen waar alles op staat (diabetespas, parameters, bezoek aan specialisten, podologen, diëtiste, …) en waar aandacht is voor levensstijlfactoren en eventueel zelfs het stadium van gedragsverandering (Prochaska en Diclimente) kan aangeduid worden. Om een goede samenwerking tussen huisarts en diëtiste te hebben is communicatie zeer belangrijk: welke patiënten willen we verwijzen en wat verwachten we van het algemeen- en dieetadvies bij de diëtiste? Hiervoor kan een goede verwijsbrief of een vast vergadermoment een belangrijk hulpmiddel zijn. Zitten arts, diëtiste en patiënt op dezelfde golflengte? Wordt dezelfde inhoudelijke informatie gegeven? Overlegmomenten en goede opvolging blijft noodzakelijk: niet alleen voor de inhoudelijke aspecten maar ook organisatorisch. Het lijkt mij ideaal om vb. een spreekuur te organiseren waarbij zowel bij de diëtiste als bij de huisarts gegaan wordt op 1 moment en waar, zo nodig, kort overleg mogelijk is tussen alle partijen.

6 Algemeen besluit

Wat blijkt uit dit project nuttig voor een praktijk die de samenwerking tussen huisarts en diëtist wil optimaliseren?

- Heb inzicht in de barrières voor het gebruik van de diëtiste. Door mogelijke barrières te (her)kennen bij uw patiënt of bij uzelf kunt u er gemakkelijker op inspelen en deze misschien overwinnen.
- Probeer de verwijzing naar de diëtiste routinematig in te bouwen bij elke nieuwe diagnose van DM2, zodat u er mee vertrouwd bent.
- Motiveer uw patiënt voor algemeen- en dieetadvies. Gedragsverandering is vaak een proces van verandering. Bekwaam u in motivationele gespreksvoering om zo uw patiënt te kunnen overtuigen.
- Gebruik een goed EMD (met specifieke tools voor de opvolging van DM2) waardoor de opvolging van DM2 in het algemeen gestructureerd kan verlopen en waar plaats is voor het noteren van lengte, gewicht en andere biomedische parameters maar ook voor levensstijlfactoren en verwijzingen naar vb. de diëtiste.
- Zorg voor een goede verwijsbrief naar de diëtiste, het is een eenvoudig maar goed communicatiemiddel.
- Maak gebruik van de diabetespas en andere terugbetalingmogelijkheden om de financiële drempel voor de patiënt zo veel mogelijk te verkleinen.

Wat betekende dit project voor de praktijkvoering van onze artsen en welke verbeteringen zijn mogelijk?

Nieuwe DM2 patiënten motiveren en verwijzen naar de diëtiste voor algemeen- en dieetadvies is niet eenvoudig. Er zijn vele barrières te overwinnen. Het vraagt een inspanning van de artsen, patiënten moeten vaak overtuigd worden, er is vaak weinig tijd om levensstijladvies er tijdens een drukke consultatie nog bij te nemen en er is soms een bijkomende financiële drempel.

Ondanks de verschillende drempels merken we toch dat er in de praktijk 1/5 patiënten interesse toont in dieetadvies (door slechts 1 uitnodiging per brief) en dat artsen ook werkelijk overtuigd zijn van het nut van algemeen – en dieetadvies bij DM2 patiënten. Motivatie, communicatie en organisatie zijn de kernwoorden waaraan gewerkt werd maar waarbij ook nog veel verbetering mogelijk is.

7 Referenties

1. ADA guideline, 2012: standards of medical care in diabetes. http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S61.
2. Al-Shookri A., Khor G., Chan M., Loke S., Al-Maskari M.: Effectiveness of medical nutrition treatment delivered by dietitians on glycaemic outcomes and lipid profiles of Arab, Omani patients with Type 2 diabetes. Diabetic Medicine 2012; 29(2); 236-44.
3. Andrews R., Cooper A., Montgomery A., Norcross A., Peters T., Sharp D., Jackson N., Fitzsimons K., Bright J., Coulman K., England C., Gorton J., McLenaghan A., Paxton E., Polet A., Thompson C., Dayan C.: Diet or diet plus physical activity versus usual care in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: the early ACTID radomised controlled trial. Lancet 2011; 378: 129-39.
4. Diabetes wereldwijd – epidemiologie. In: Vlaamse Diabetes Vereniging vzw. http://www.diabetes.be/3/83/overdiabetes/diabeteswereldwijd.aspx
5. *Diabetesproject Leuven. Eindresultaten Deelproject I: kwaliteitsverbetering in de zorg voor type 2 diabetes mellitus patiënten. Diabetesproject Leuven, juli 2007.*
6. Domus Medica richtlijn: Diabetes Mellitus type 2. Domus medica, 2009. http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/diabetes-type-2-horizontaalmenu-378.html
7. Feyen L., Sunaert P., Vanoverbeke K., De Maeseneer J.: Waarom maken diabetespatiënten in een wijkgezondheidscentrum geen gebruik van de diëtist(e)?; Huisarts Nu 2005; 34(1), 29-31.
8. Franz MJ, Monk A, Barry B, McClain K, et al. Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled clinical trial. J Am Diet Assoc 95;95:1009-17.
9. Franz M., Splett P., Monk A., Barry B., McClain K., Weaver T., Upham P., Bergenstal R., Mazze R.: Cost-effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians for persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of the American Dietetic Association 1995 ;95(9):1018-24.
10. Grouwels D., Seuntjens L., Vanden Bussche P.: dokteren met kwaliteit. In: Vanden Bussche P. Projecten voor verbetering. Antwerpen: standaard uitgeverij nv, 2008: 65.
11. Khunti K., Gray L., Skinner T., Carey M., Realf K., Dallosso H., Fisher H., Campbell M., Heller S., Davies M.: Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomized controlled trial in primary care. British Medical Journal 2012; 344; e2333. doi: 10.1136/bmj.e2333
12. Lemon C., Lacey K., Lohse B., Hubacher D., Klawitter B., Palta M.: Outcomes monitoring of health, behavior, and quality of life after nutrition intervention in adults with type 2 diabetes. Journal of the American dietetic association 2004;104(12):1805-15.

13. Linmans J., Spigt M., Deneer L., Lucas A., de Bakker M., Gidding L., Linssen R., Knottnerus A.: Effect of lifestyle intervention for people with diabetes or prediabetes in real-world primary care: propensity score analysis. BMC Family Practice 2011; 12(95), 10.1186/1471-2296-12-95
14. Look Ahead Research Group: The Look AHEAD Study: A description of the lifestyle intervention and the evidence of supporting it. Obesity, 2006, 14(5), 737-747.
15. Look Ahead Research Group: Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the look AHEAD trial. Diabetes care, 2007, 30(6), 1374-1383.
16. Look Ahead Research Group: Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus. Archives of internal medicine, 2010, 170(17), 1566-1575.
17. Look Ahead Research Group protocol: https://www.lookaheadtrial.org/public/LookAHEADProtocol.pdf
18. Marrero D., Kraft S., Mayfield J., Wheeler M., Fineberg N.: Nutrition management of type 2 diabetes by primary care physicians: reported use and barriers. Journal of general internal medicine 2000; 15(11): 818-21.
19. Nam S., Chesla C., Stotts N., Kroon L., Janson S.: Barriers to diabetes management: patient and providers factors. Review. Diabetes research and clinical practice 2011; 93(1): 1-9.
20. NHG standaard: Diabetes Mellitus type 2. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2006. http://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/diabetes-mellitus-type-2
21. NICE guideline, 2011: type 2 diabetes. http://www.nice.org.uk/CG66
22. 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.
23. *Resultaten diabetesproject Aalst: Implementatie van zorgvernieuwing. Eindrapportage in opdracht van het RIZIV. Universiteit Antwerpen, Universiteit Gent 2007.*
24. Saerens R. Onderzoek naar de haalbaarheid van het invoeren van motivationele gespreksvoering bij diabetespatiënten in de huisartspraktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde, ICHO, Universiteit Gent, 2011.
25. Spikmans F., Brug J., Doven M., Kruizenga H., Hofsteenge G., Bokhorst-van der Scheuren M.: Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian? Journal of human nutrition and dietetics 2003; 16(3): 151-8.
26. UKPDS Group: UK Prospective diabetes Study 7: Response of Fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type 2 diabetic patients. Metabolism 1990,39(9), 905-912.
27. Wens J., Vermeire E., Van Royen P., Sabbe B., Denekens J.: GP's perspectives of type 2 diabetes patients'adherence to treatment: a qualitative analysis of barriers and solutions. BMC Family Practice 2005; 6(20); doi:10.1186/1471-2296-6-20.
28. Williamson A. Hunt A., Pope J., Tolman N.: Recommendations of dietitians for overcoming barriers to dietary adherence in individuals with diabetes. The diabetes educator 2000; 26(2): 272-9.

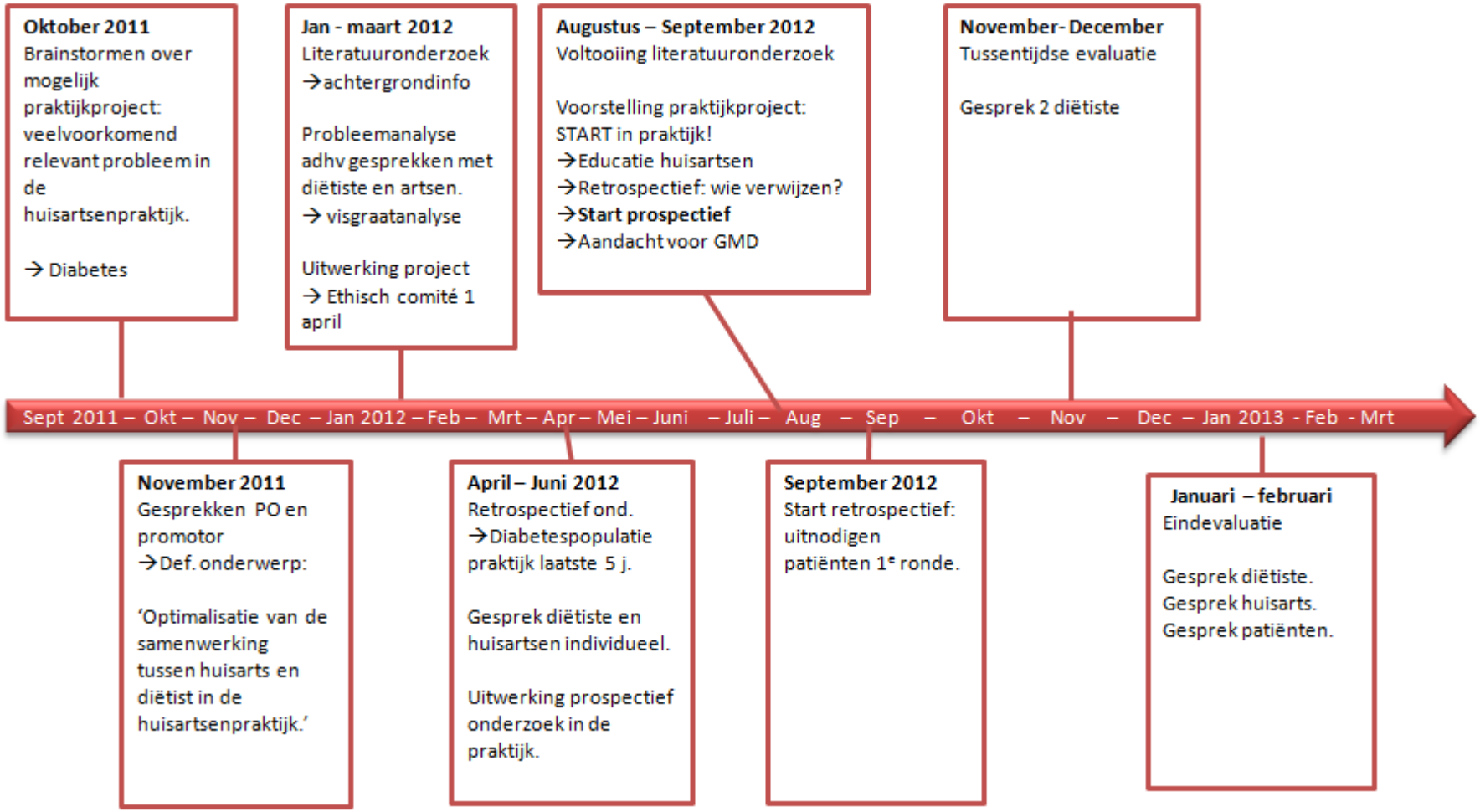
Bijlage 1: Algemene voedingsprincipes

"Adviseer niet-roken, voldoende lichaamsbeweging, goede voeding, maximaal twee alcoholeenheden per dag en afvallen bij BMI >25. Verwijs naar een diëtist."

- *Caloriebeperking bij overgewicht (Domus) afvallen bij BMI >25 (NHG):* ***5 à 10% gewichtsverlies****.*
- *Een evenwichtige en gevarieerde voeding volgens de regels van de* ***actieve voedingsdriehoek*** *(Domus). Volgens NHG en NICE betekent dit concreet: minder verzadigd vet gebruiken en meer onverzadigd vet en/of vezelrijke koolhydraten (vooral in groente en fruit). Ook magere zuivelproducten en vette vis (NICE) wordt aangeraden.*
- ***Alcohol*** *mag met mate worden gebruikt (maximaal 2 consumpties per dag). Cave! Obesitas.(Domus, NHG)*
- ***Zoutbeperking****, zoals in gezonde voeding, wordt aangeraden.(Domus)*
- ***Dieetproducten*** *voor diabetici zijn zelden te verkiezen: ze kunnen te veel vetten bevatten ten opzichte van vergelijkbare gewone producten en zijn vaak ook heel wat duurder.*
- *Energiearme* ***zoetmiddelen*** *zijn wel toegelaten.(Domus, NICE)*



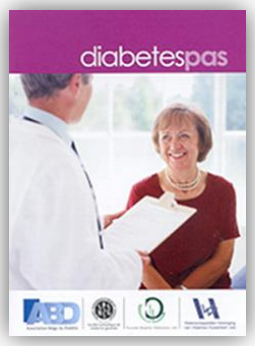
Bijlage 2: Tijdslijn



Bijlage 3: Terugbetalingsmogelijkheden dieetadvies bij DM2 België

Terugbetaling is in België mogelijk via de officiële tegemoetkomingen vanuit het RIZIV. Daarnaast hebben de verschillende mutualiteiten afzonderlijke en streekafhankelijke mogelijkheden tot terugbetaling van dieetadvies. Op de websites www.diabetaspas.be is alle informatie te vinden over de diabetespas. Ik beperk mij hiertoe omdat dit kan opgestart worden bij de diagnose van DM2 en dus bij het moment waar dieetadvies opgestart wordt. Ook via het diabeteszorgtraject is er tegemoetkoming van dieetadvies, maar dit is pas in een later stadium van de ziekte van toepassing en wordt niet besproken in dit onderzoek. Voor de specifieke terugbetalingsmogelijkheden van de ziekenfondsen, schreef ik elk ziekenfonds afzonderlijk aan. Een overzicht van de richtprijzen, terugbetalingmogelijkheden wordt hieronder weergegeven:

Diabetespas



Sinds maart 2003 werd de diabetespas ingevoerd in België. Deze pas had als grootste doel de communicatie tussen de diabetespatiënt en andere zorgverleners te verbeteren, de diabetespatiënt te responsabiliseren door aan te geven welke onderzoeken regelmatig moeten plaatsvinden, maar ook was het de bedoeling om de behandelingen door diëtisten en podologen toegankelijker te maken voor de diabetespatiënt.

De diabetespas is een klein boekje (fig. 1) dat de diabetespatiënt zelf bij zich houdt. Het bevat instructies over hoe diabetes moet worden aangepakt maar biedt ook de mogelijkheid om alle gegevens over de patiënt te centraliseren: medicatie, voorgeschiedenis, opvolgtabellen met de onderzoeken die werden uitgevoerd. Op die manier is elke zorgverlener op de hoogte van de huidige stand van zaken.

De diabetespas geeft recht op de terugbetaling van 2 consultaties van 30 minuten per jaar bij een door het RIZIV erkende diëtiste. Het honorarium (vanaf 1 januari 2012) voor een consultatie bedraagt 18.72€ per consultatie van 30 minuten. Hiervan betaalt de patiënt 1.87€ of 4.68€ remgeld (respectievelijk met of zonder voorkeursbehandeling).

Erkende huisartsen kunnen 1 maal per kalenderjaar een honorarium van 18.62€ aanrekenen voor gebruik van de diabetespas (nomenclatuurnummer 102852). Het RIZIV betaalt dit volledig terug op voorwaarde dat de patiënt over een globaal medisch dossier (GMD) beschikt en de huisarts de doelstellingen van de diabetesbegeleiding in het dossier en in de diabetespas noteert en deze bespreekt met de patiënt. *(bronnen: diabetespas.be, riziv.be)*

Overzicht richtprijzen en mogelijke tegemoetkomingen

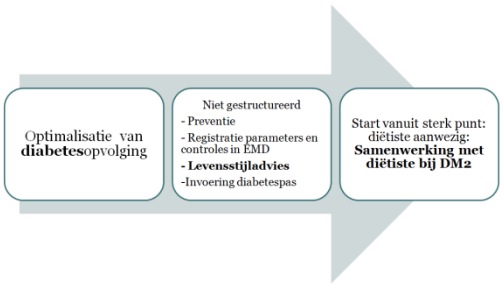
Vraagprijs diëtiste (richtprijs diëtiste in onze praktijk)		
1e consult (1uur)	Voedingsanamnese + meegeven gerichte info over voeding en diabetes + evt. taken (voedingsdagboek)	45 €
2e consult (45 min)	Uitleg bij schema of voedingsplan + evaluatie	40 €
Herhalingsconsultatie (20- 30 min)	Opvolging van parameters, evaluatie en eventueel bijsturen van voedingsplan. Coaching van de patiënt met antwoorden op vragen, geven van nuttige tips en adviezen ..	30' : 22.50€ 20': 16.50€

Terugbetalingsmogelijkheden: diabetespas en mutualiteiten regio Brugge	
Diabetespas 2x30min	Per 30' : 14.04 € | Omnio 16.85 € terugbetaald -- Per 60': 28.08 € | 33.7€ Max 2 x 30' terugbetaling mogelijk. (in 2 keer 30' of in 1 keer 60' op te nemen) **Vb: eerste consult 1 uur (45€) remgeld patiënt: 16.92€ | omnio 11.3€**
CM	10 € per consultatie (maximum 40 € voor 4 consulten) Tussenkomst na afloop van de 4 consulten. *Indienen: attest CM (zie bijlage) + verwijsbrief arts naar erkend diëtiste.*
Bond Moyson	Terugbetaling van 50 % van de kosten (Max: 250 € totaal) *Indienen: attest BM (zie bijlage) + verwijsbrief arts naar erkend diëtiste.*
OZ	Max 2 x 15€ per jaar (Obesitas) (25€ waardebon bij OZ shop als na 1 jaar blijvend resultaat)
Partena	10 € per consultatie (maximum 3 consultaties/5jaar) *Indienen: attest Partena (zie bijlage) + verwijsbrief arts naar erkend diëtiste.*

Bijlage 4: Presentatie informatievergadering

Optimalisatie van de samenwerking tussen huisarts en diëtist bij type 2 diabetes patiënten.

Loes De fauw
Kwaliteitsverbeterend praktijkproject
Masterproef huisartsgeneeskunde



Nut dieetadvies bij DM2 ?

- Wie ?
- Waarom ?
  - Voordelen patiënt
  - Voordelen arts
- Hoe ?
  - Organisatie in de praktijk

Wie? → elke diabetespatiënt !

"Adviseer niet-roken, voldoende lichaamsbeweging, goede voeding, maximaal twee alcoholeenheden per dag en afvallen bij BMI >25. ***Verwijs naar een diëtist****."*

- Domus Medica
- NHG standaard
- ADA (American Diabetes Association)
- NICE - CKS (UK)

Voordelen voor de patiënt

- RCT's documenteren (Pastors et al., 2002)
  - ↓ HbA1c van +/- 2% in nieuwe DM2 patiënten
  - ↓ HbA1c van +/- 1% bij DM2 patiënten duur 4j.
- Significant beter
  - Glycemie en HbA1c
  - Lipidenprofiel
  - Gewicht

} ↓ macro en micro – vasculaire complicaties

Voordelen voor de arts



- Diabetespas
  - Financieel voordeel voor de 'moeite'.
  - GMD verplicht

1.	**GMD** *= Globaal medisch dossier*	**102774**	28.57 €	→ 3e betalersregeling mogelijk
2.	**DIABETESPAS** (max 1x/jaar)	**102852**	**18.62 €**	→ (apart getuigschrift als geen voorkeursregeling) → Geen remgeld

- NB: Heel wat patiënten zonder GMD ?

Inhoud aanbevelingen huisarts

- Afvallen bij BMI van >25
  - 5 tot 10% gewichtsverlies.
- Een evenwichtige en gevarieerde voeding
  - de actieve voedingsdriehoek.



- Alcohol met mate (max 2 dd)
- Normale zoutbeperking
- Geen dieetproducten voor diabetici. (€, >vet)
- Energiearme zoetmiddelen mogen wel.

Domus Medica, NHG standaard, NICE

Van huisarts naar de diëtist

- Diëtiste is de expert !!
- Taak huisarts: **motiveren**
  - Financiële drempel
  - Gekende weerstanden van de patiënt:
    - Diabetes op dit moment geen probleem!
    - Opzien tegen de adviezen.
    - Niet willen of denken niet in staat te zijn te veranderen van eetgewoonten

Feyen L., Sunaert P., Vanoverbeke K., De Maeseneer J.: Waarom maken diabetespatiënten in een wijkgezondheidscentrum geen gebruik van de diëtist(e)?; Huisarts Nu ; 2005, 34(1), 29-31.

Patiënt motiveren tot verandering

Agenda bepalen	Samen de agenda bepalen. **'hoe gaan we dit samen aanpakken?'**
Verandertaal	Uitingen van de patiënt die aangeven dat er een zekere bereidheid is tot verandering. 'Ik zou moeten vermageren, maar .. '
Veranderliniaal	Het laten scoren van de patiënt hoe belangrijk hij levensstijladvies/veranderingen vindt op een **schaal van 0-10**. Waarom die score ? Wat zou ervoor zorgen dat je meer/minder scoort?
Dagboek	Het overlopen van een typische dag/week op vlak van voeding/beweging. Hierover reflecteren.
Voor/Nadelen	Wat zijn de voor- en nadelen van het huidige gedrag? Wat zijn de voor- en nadelen van het gewenste gedrag?

Inhoud dieetadvies bij de diëtist

- Voedingsanamnese
  - Voedingsgewoonten, eigen kennis/vaardigheden DM2
- Opstellen van individuele doelstellingen
- Opstellen van individueel voedingsplan / educatie
  - Individuele doelstellingen ~ wensen/noden patiënt
- Opvolging parameters, evaluatie zo nodig bijsturen van plan.

→ Anamnese, educatie, doelstellingen en plan OP MAAT VAN DE PATIËNT

Praktisch : Praktijkproject

Inhoud – deel 1

- Retrospectief: laatste 5 jaar diagnose DM2
  - Aanschrijven + affiche in wachtzaal
    - Lijst : wie niet ? Waarom niet ?
    - Bij interesse → afspraak bij Loes

- Opmerking: Het EMD
  - Noteren van belangrijke parameters → waar ?
    - Micro-albuminurie – Oogarts – Labo – voettest
    - Lengte – gewicht – BMI
      - → concrete afspraak?

Inhoud – deel 2

- Prospectief: nieuwe diabetespatiënten
  - Aanspreken tijdens consultatie: iedereen!
  - Motiveren tot levensstijladvies/dieetadvies & verwijzen naar de diëtiste.

    1. Deelname project voorstellen
    2. Verwijzen naar Loes voor uitleg
    3. Verwijzing diëtiste via Loes of zelf

Verwijzen naar diëtiste: hoe ?

1. GMD & Diabetespas
2. Verwijsbrief
3. Terugbetaling dieetadvies mutualiteiten

→ Diabetesmap / Bureaublad

Samenvatting

- Nieuwe DM2 patiënten + patiënten met DM2 diagnose in de laatste 5 jaar:
  - Deelname aan project voorstellen
  - Verwijzen naar Loes voor uitleg (Agenda/Naam+tel)
    - Verwijzing diëtiste via Loes of zelf.
- Alle andere patiënten uiteraard ook welkom, maar niet opgenomen in de studie!

Vragen ?

Bedankt voor jullie tijd en aandacht!

Bijlage 5: Uitnodigingsbrief retrospectieve groep patiënten

Uitnodiging deelname aan praktijkproject in 'groepspraktijk De Linde'

" Optimaliseren van de samenwerking tussen huisarts en diëtiste voor type 2 diabetespatiënten"

Geachte Mevrouw, Geachte Mijnheer,

In huisartsenpraktijk 'De Linde' start in oktober 2012 een praktijkproject over de samenwerking tussen huisarts en diëtiste voor type 2 diabetespatiënten. In het kader van haar opleiding in de huisartsgeneeskunde doet Dr. Loes De fauw dit project met de bedoeling de kwaliteit van zorg in onze praktijk te verbeteren.

Via deze weg vragen wij u vriendelijke en volledig vrijblijvend uw deelname aan het praktijkproject. Wij willen u aan de hand van deze brief informeren over de bedoeling en de inhoud van het onderzoek.

Achtergrond van het onderzoek

Het is goed gekend dat dieetadvies bij elke patiënt met diabetes (suikerziekte) een positieve invloed heeft op de suikerwaarden, op het verloop van de ziekte en op het vermijden van mogelijke complicaties. Het is onze troef een bekwame diëtiste in onze praktijk te hebben waarmee wij kunnen samenwerken. Bovendien is het, aan de hand van de diabetespas en via uw mutualiteit, ook mogelijk om een financiële tussenkomst te krijgen voor dieetadvies bij een erkende diëtiste.

Wie kan deelnemen?

Alle patiënten die de diagnose van diabetes mellitus type 2 kregen in de afgelopen 5 jaar kunnen deelnemen aan de studie. Elke patiënt met suikerziekte heeft baat bij dieetadvies, ook al heeft u zelf al veel kennis en ervaring opgedaan over diabetes en over voeding.

Wat houdt het onderzoek in?

Uw huisarts zal u verwijzen naar een diëtiste voor algemeen – en dieetadvies. Het is de bedoeling dat u het proces van verwijzen en het dieetadvies beoordeelt aan de hand van een gesprek. Met dat gesprek willen wij een idee krijgen over wat patiënten verwachten, wat hun noden zijn, hoe we het beter kunnen doen. Uw mening telt en is voor ons van groot belang!

Vertrouwelijke gegevens

Uw persoonsgegevens (naam, adres, etc.) zullen in geen enkel geval gebruikt worden of gepubliceerd worden. Enkel gegevens met betrekking tot het onderzoek zullen anoniem bewaard en geanalyseerd worden. De gegevens die verkregen worden zullen voor geen enkel ander doel gebruikt worden dan tijdens dit onderzoek.

Stoppen van de studie

Uw deelname aan deze studie is geheel en ten allen tijde vrijwillig. U kunt altijd uw toestemming tot deelname aan het onderzoek stopzetten.

Verdere informatie / deelname

Indien u meer informatie over het onderzoek of wenst u deel te nemen aan dit praktijkonderzoek, nodig ik u graag uit op een informatiegesprek bij uw huisarts of bij Dr. Loes De fauw, onze huisarts in opleiding. Dit informatiegesprek bij Dr. Loes De fauw is uiteraard gratis voor u.

Praktisch:

1. Bespreek met uw huisarts uw deelname tot het onderzoek. Hij/zij zal u verwijzen naar de Dr. Loes De fauw voor een informatiegesprek over het praktijkproject (en naar de diëtiste).
2. U kunt ook rechtstreeks een afspraak maken bij onderzoeker Loes De fauw. (Telefoon Praktijk 050/31.94.57 of via e-mail: loesdefauw@gmail.com)
3. U kunt, indien u dit wenst, ook onderstaande antwoordstrook gebruiken. Deze kan nuttig zijn voor het geval u niet wenst deel te nemen, zodat wij iets kunnen leren over de 'redenen waarom diabetespatiënten niet naar de diëtiste gaan'.

Alvast hartelijk dank voor uw aandacht en uw eventuele medewerking,

Met vriendelijke groeten,

Dr. Yvan Van Maele | Dr. Karel De Muynck | Dr. Linda Vanderkeelen

Dr. Loes De fauw (HAIO)

Antwoordstrook: (opsturen of binnenbrengen in De Linde tav Dr.Loes De fauw, Legeweg 121, 8200 Sint-Andries)

Naam: _____ Voornaam: _____

○ Ik wens (eventueel) deel te nemen aan het onderzoek en een vrijblijvend informatiegesprek. Contacteer mij op volgend telefoonnummer of via volgend e-mailadres:

_____

Bijlage 6: Affiche

Uitnodiging deelname aan praktijkproject

Dieetadvies bij type 2 diabetespatiënten

Elke patiënt met diabetes/suikerziekte heeft baat bij dieetadvies, ook al heeft u al veel kennis en ervaring opgedaan!

WIE KAN DEELNEMEN AAN DE STUDIE?

Iedereen die in de afgelopen 5 jaar de diagnose diabetes mellitus type 2 (suikerziekte) kreeg.

Behoort u niet tot deze groep, voel u uiteraard ook vrij om informatie te vragen bij uw huisarts.

WAT HOUDT HET ONDERZOEK IN?

Uw huisarts zal u informeren en verwijzen naar de diëtist. Het is een troef een bekwame diëtiste in onze praktijk te hebben. Bovendien is het, aan de hand van de diabetespas en via uw mutualiteit, ook mogelijk om een financiële tussenkomst te krijgen. Met een evaluatiegesprek voor en na willen wij een idee krijgen over wat patiënten verwachten, wat hun noden zijn, wat goed was en hoe het nog beter kan. Uw mening telt en is voor ons van groot belang!

Wenst u deel te nemen aan dit praktijkproject of meer informatie, bespreek dit met uw huisarts of met onderzoeker Dr. Loes De fauw die dit onderzoek doet in het kader van haar opleiding tot huisarts. Alvast hartelijk dank!

(Contact: Telefoon praktijk 050/31.94.57– E-mail: loesdefauw@gmail.com)

Bijlage 7: Verwijsbrief huisarts – diëtiste

Groepspraktijk De Linde | Verwijsbrief Huisarts – Diëtist

Naam patiënt	
Geboortedatum	
Adres	

Reden consultatie

- Nieuwe diagnose
- Bekend met diabetes maar nog geen voedingsadvies gekregen
- Opvolging
- Andere:

Parameters

Gewicht/ lengte	
BMI	
Glycemie / HbA1C	
Cholesterol	
Andere:	

Voedings-/dieetadvies met extra aandacht voor: _____

Andere relevante pathologieën:

Medicatiegebruik:

Met vriendelijke groeten,

Dr. Yvan Van Maele | Dr. Karel De Muynck | Dr. Linda Vanderkeelen | Dr. Loes De fauw (*)

*Stempel, datum, handtekening