

Bevraging Diabeteseducatoren
Eerste Lijn &
Diabetesconventiecentra in het
Kader van de Zorgtrajecten:

Syntheserapport



Inhoudstabel

1.	Context en opzet van het onderzoek.....	3
2.	De resultaten.....	4
2.1	Bevraging diabeteseducatoren uit de eerste lijn.....	4
2.1.1	Aantal respondenten	4
2.1.2	Profiel respondenten	4
2.1.3	Tijdsbesteding per educatie sessie	5
2.1.4	Samenwerking met en opleiding door de diabetesconventiecentra.....	5
2.1.5	Tevredenheid over het werk als diabeteseducator	10
2.2	Bevraging Diabetesconventiecentra	16
2.2.1	Aantal respondenten	16
2.2.2	Contracten en overleg met educatoren eerste lijn.....	16
2.2.3	Bijeenkomsten tussen de educatoren uit de eerste lijn en de conventiecentra	18
3.	Conclusies/aanbevelingen voor de toekomst.....	21
4.	Bijlagen.....	24
4.1	Bijlage 1: Q12. Diabeteseducator eerste lijn: Waarom heeft u geen samenwerkingscontract afgesloten met een conventiecentrum?.....	24
4.2	Bijlage 2: Q21. Diabeteseducator eerste lijn: Heeft u suggesties om het overleg met de diabetesconventiecentra te verbeteren?	26
4.3	Bijlage 3:Q.23 Diabeteseducator eerste lijn: Waarom volgt u geen opleidingen georganiseerd door het conventiecentrum ?.....	28
4.4	Bijlage 4: Q35. Diabeteseducator eerste lijn: Heeft u tenslotte nog opmerkingen, aanbevelingen of suggesties om de situatie op het terrein te verbeteren op vlak van diabeteseducatie (zowel voor de patiënt als voor de betrokken zorgverleners)?.....	30
4.5	Bijlage 5 : Q4. Diabetesconventiecentra : Wat waren de thema's van de bijeenkomst(en)?	40
4.6	Bijlage 6 : Vragenlijsten.....	42
4.6.1	Diabeteseducatoren	42
4.6.2	Conventiecentra	50

1. Context en opzet van het onderzoek

De dienst RDQ van het RIZIV heeft twee enquêtes opgesteld, de eerste gericht aan de diabeteseducatoren uit de eerste lijn, de tweede gericht aan de conventiecentra, met als doel het in kaart brengen van de situatie op het terrein zoals ze ervaren wordt door de betrokken actoren. Het onderzoek maakt deel uit van de globale evaluatie van de zorgtrajecten.

Beide enquêtes waren toegankelijk via de website zorgtrajecten in de loop van het laatste kwartaal van 2012. De link naar de enquête voor de diabeteseducatoren is met de hulp van de zorgtrajectpromotoren verspreid onder de doelgroep. Daarnaast is het onderzoek aangekondigd via de nieuwsbrief van de website zorgtrajecten. De vragenlijst werd opgesteld in samenwerking met de vertegenwoordiging van de doelgroep.

De enquête gericht aan de conventiecentra is aangekondigd via een brief aan de centra met het verzoek deel te nemen aan het onderzoek.

Er werd een Nederlandstalige en een Franstalige versie van beide enquêtes opgesteld. Hierdoor beschikken we over data per taalgroep. We hebben er voor gekozen de resultaten per taalgroep te analyseren. Het is hierbij niet de bedoeling de tegenstellingen in de verf te zetten, maar wel een eventuele bijsturing van het project aangepast aan de noden van de specifieke regio's mogelijk te maken.

Er zijn enkele zaken die in rekening moeten worden gebracht bij het doornemen van de resultaten, zoals:

- Hoe kleiner de groep respondenten, hoe groter de impact van een afwijkende mening op de resultaten.
- De medewerking van de LMN aan de bekendmaking van het onderzoek kan als neveneffect hebben dat de educatoren werkzaam in een regio zonder LMN ondervertegenwoordigd zijn.
- De mogelijkheid bestaat dat de conventiecentra met een positieve houding ten opzichte van de zorgtrajecten oververtegenwoordigd zijn in de totale populatie van het onderzoek. Diegenen die niet openstaan voor de zorgtrajecten waren waarschijnlijk ook minder geneigd in te gaan op ons verzoek tot medewerking aan dit onderzoek.
- De vragenlijst is zo opgesteld dat de respondenten een persoonlijk traject doorlopen. Afhankelijk van hun antwoorden op een vorige vraag kregen zij daarop aansluitende vragen. Hierdoor is de 100% groep niet steeds de totale groep respondenten, maar wel de groep die ja of nee heeft geantwoord op de vorige hoofdvraag.

2. De resultaten

2.1 Bevraging diabeteseducatoren uit de eerste lijn

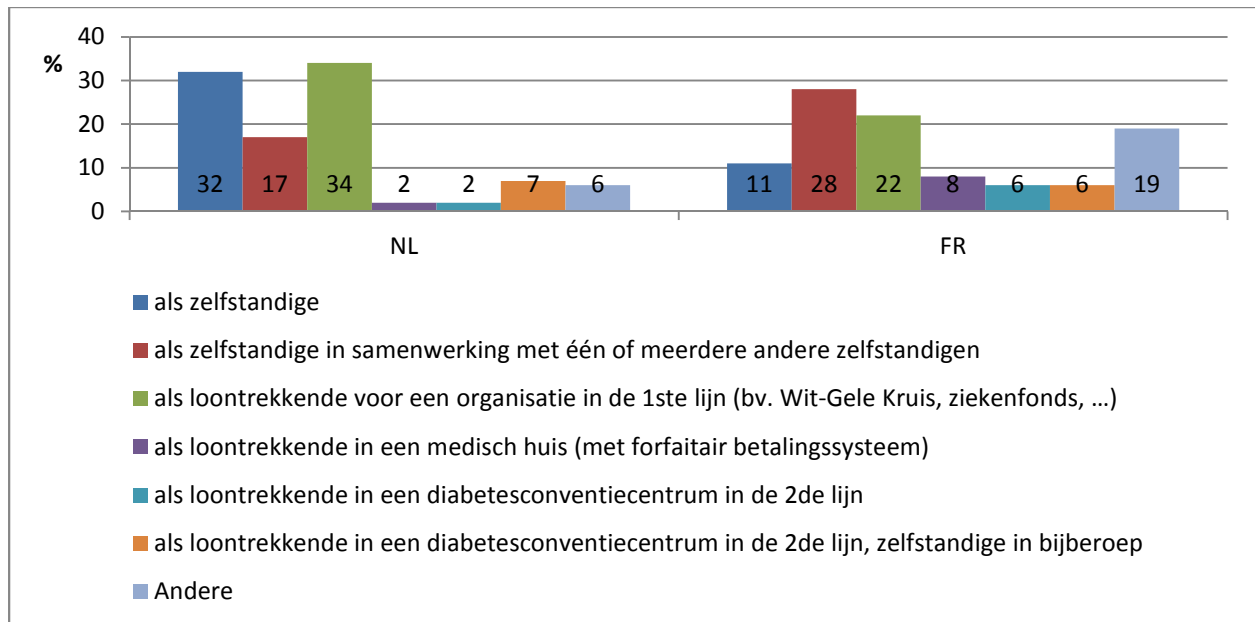
2.1.1 Aantal respondenten

Het aantal respondenten onder de diabeteseducatoren is als volgt: 219 Nederlandstalige volledig voltooide enquêtes en 42 Franstalige. Dat betekent dus 261 respondenten op een totaal van 760, ofwel 34% van de doelgroep.

2.1.2 Profiel respondenten

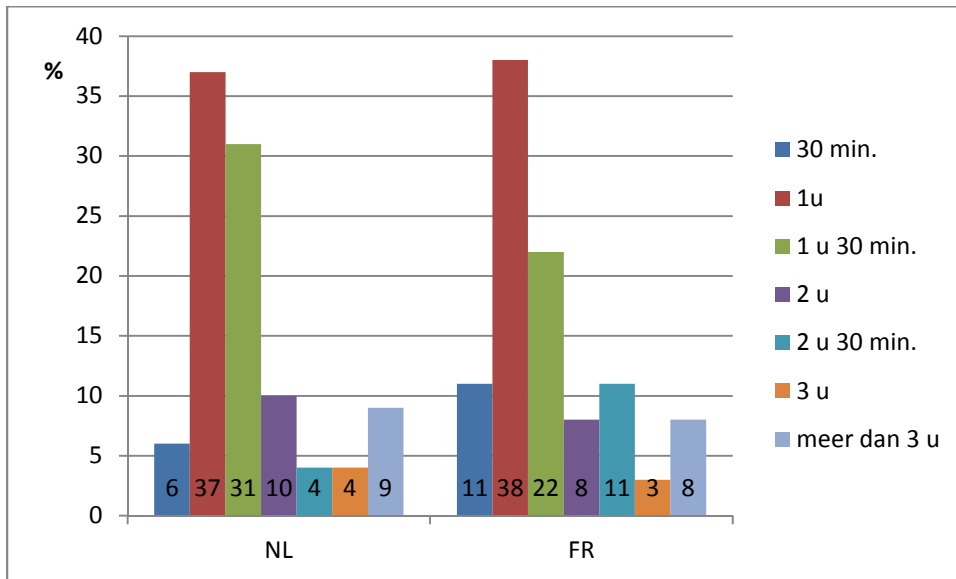
Wanneer we kijken naar het profiel van de respondenten zien we:

- dat het voornamelijk verpleegkundigen zijn (NL:79%, FR:89%), samen met een kleiner aantal diëtisten (NL:19%, FR:5%),
- dat het hoofdzakelijk vrouwen zijn (NL:82%, FR:79%),
- dat de overgrote meerderheid enkel actief is in de eerste lijn (NL:88%, FR:75%),
- en dat men voornamelijk werkt als zelfstandige, al dan niet in samenwerking met andere zelfstandigen, of als loontrekkende voor een organisatie in de eerste lijn.



2.1.3 Tijdsbesteding per educatie sessie

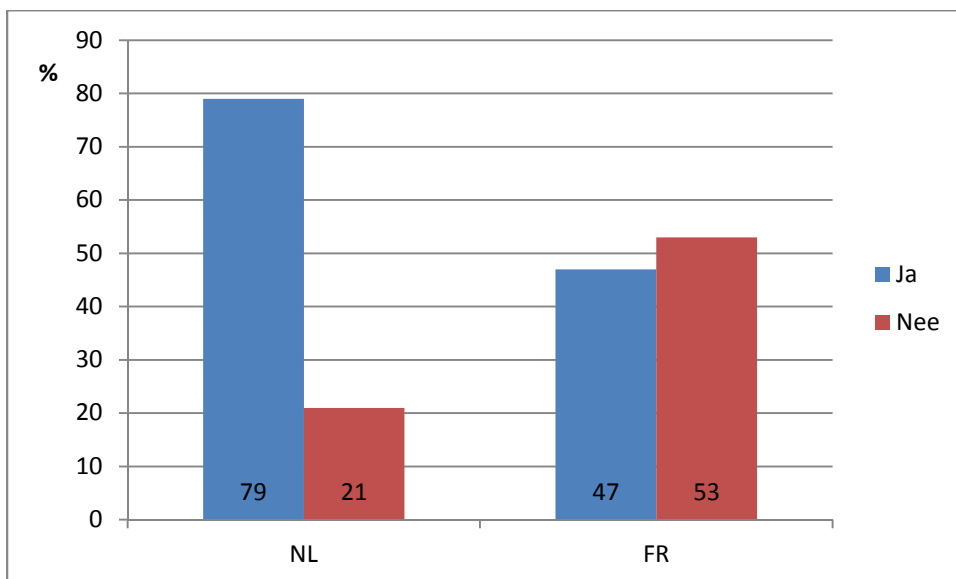
Gemiddelde tijdsbesteding per patiënt:



De gemiddelde tijdsbesteding per patiënt per educatiesessie van een half uur ligt voor de meerderheid der respondenten tussen 1 uur en 1 uur en 30 minuten. Hierbij valt op dat een deel van de respondenten meer dan 1u30min nodig acht om de opdracht te volbrengen. Er zijn geen grote verschillen merkbaar tussen de beide taalgroepen.

2.1.4 Samenwerking met en opleiding door de diabetesconventiecentra

Q11. Heeft u als educator 1ste lijn een samenwerkingscontract afgesloten met een diabetesconventiecentrum?

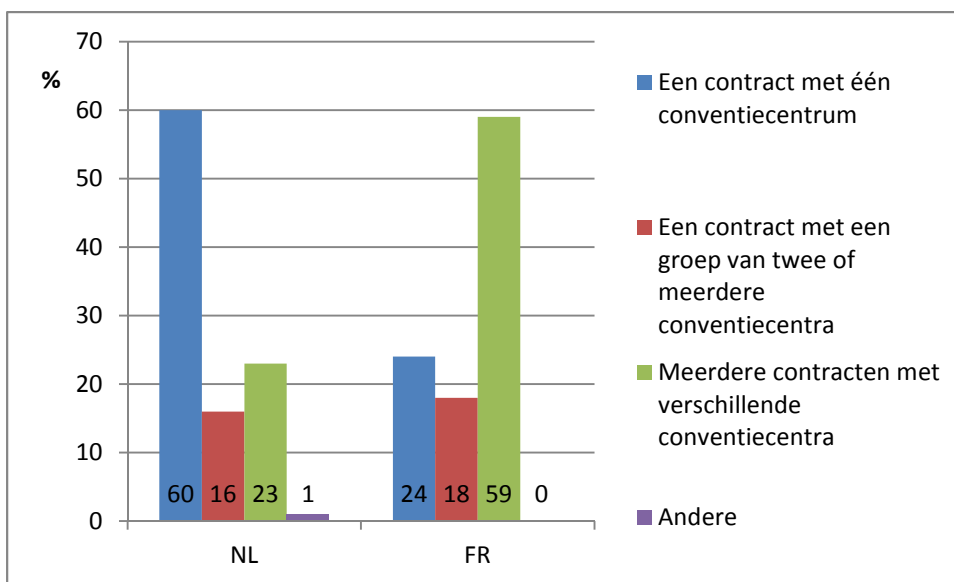


Wat betreft het afsluiten van een samenwerkingscontract met een diabetesconventiecentrum zijn er verschillen tussen de NL en FR respondenten: 79% van de NL respondenten en 47% van de FR respondenten heeft een contract afgesloten.

De diabeteseducatoren die geen contract hebben afgesloten schuiven uiteenlopende oorzaken naar voor:

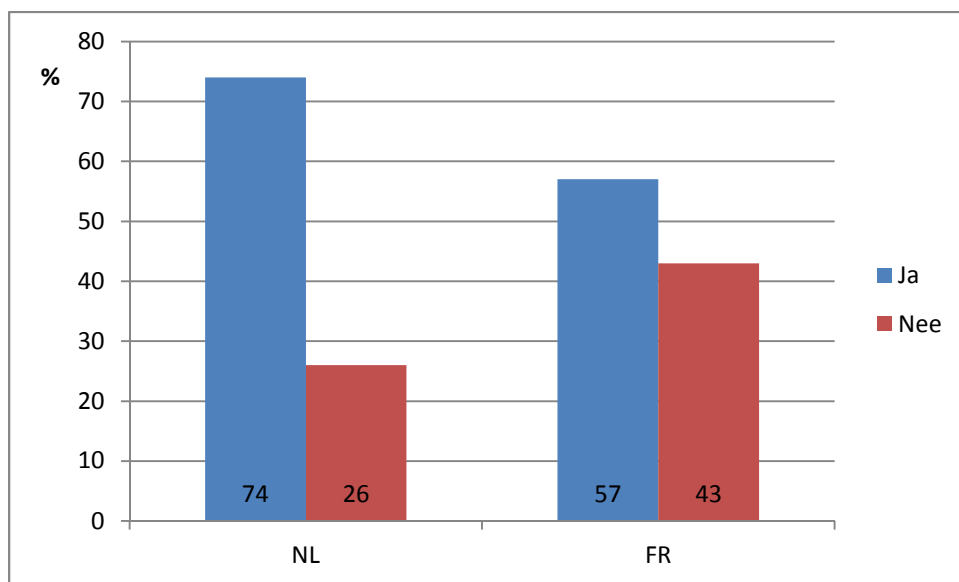
- Niet op de hoogte van de mogelijkheid om een contract af te sluiten
- Geen medewerking van de endocrinoloog
- Nooit een voorstel gekregen

Q13. Welk type contract heeft u afgesloten?



Bij de NL groep heeft 60% een contract met één centrum, 16% heeft een contract met een groep van twee of meerdere centra, en 23% meerdere contracten met meerdere centra. Bij de FR groep liggen de cijfers anders: 24% heeft een contract met één centrum, 18% met een groep van twee of meerdere centra, en 59% heeft meerdere contracten met meerdere centra.

Q14. Heeft u bij vragen en/of problemen overlegd met een diabetesconventiecentrum?



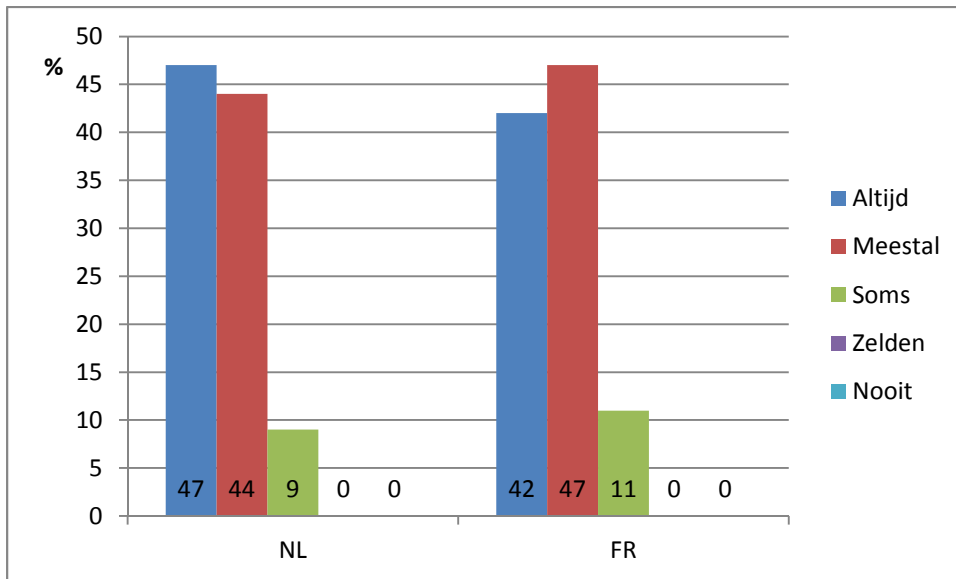
Van de NL respondenten pleegt 74% bij problemen overleg met een conventiecentrum. Bij de FR respondenten is deze groep kleiner, met name 57%.

Als reden voor het ontbreken van overleg, worden voornamelijk de opties “niet nodig” en “ik beschik over andere contacten voor overleg” aangegeven. Daarnaast meldt 15% van de NL respondenten dat het diabetesconventiecentrum onbereikbaar is.

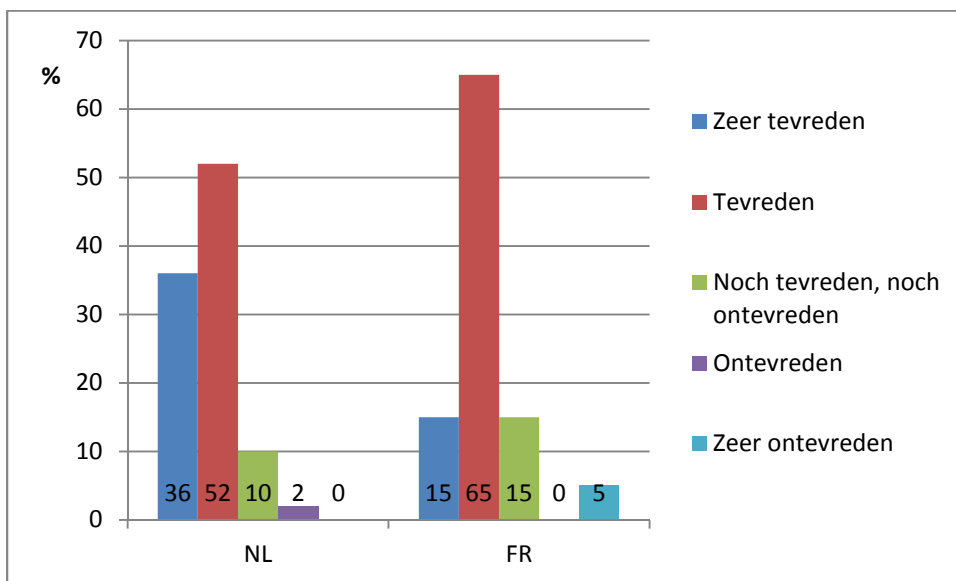
Bij de NL respondenten gebeurt het overleg voornamelijk telefonisch, via mail en ook face to face, in die volgorde. Bij de FR respondenten ligt de nadruk meer op telefonische en face to face contacten, en is mail een minder populair medium.

Het overleg gebeurt voornamelijk met een educator en/of met een diabetoloog van het conventiecentrum.

Q18. Kreeg u een duidelijk antwoord op uw vragen?



Q20. Bent u tevreden over de kwaliteit van het overleg?

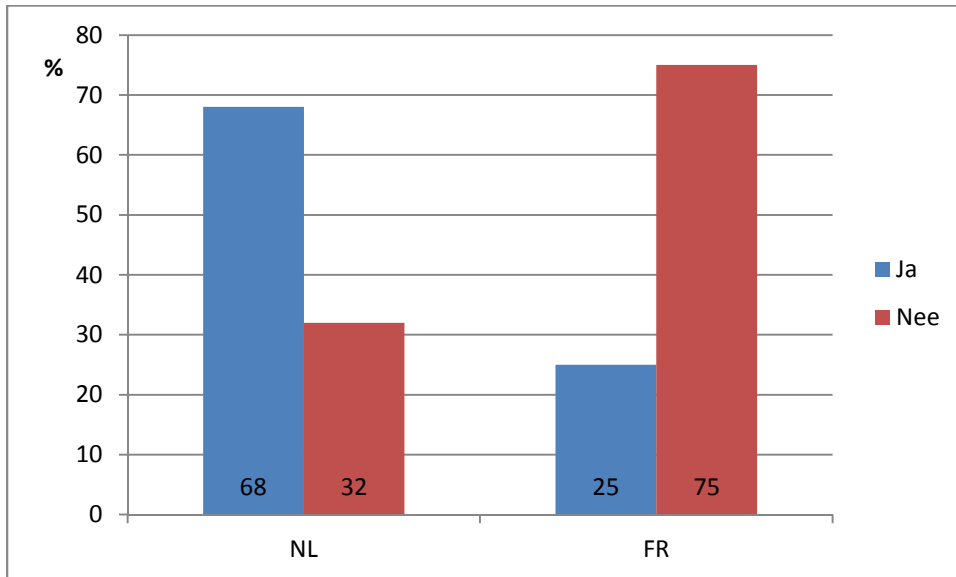


Diegenen die overleg plegen zijn zeer tevreden over de samenwerking. De meerderheid van de educatoren uit de eerste lijn heeft een duidelijk antwoord op zijn vragen ontvangen, en dit binnen een aanvaardbare termijn. Bovendien is eenzelfde meerderheid tevreden tot zeer tevreden over de kwaliteit van het overleg(NL:88%, FR:80%).

Gevraagd naar suggesties om het overleg met de diabetesconventiecentra te verbeteren komen volgende onderwerpen naar voor:

- Ontwikkeling beveiligde e-mail communicatie
- (Beperkte) toegang tot gegevens patiënt
- Duidelijke afbakening wie een patiënt behandelt: de eerste of de tweede lijn
- Bereikbaarheid centra verbeteren (telefoonnummers, mailadressen, openingsuren)

Q22. Volgt u opleidingen via het conventiecentrum?

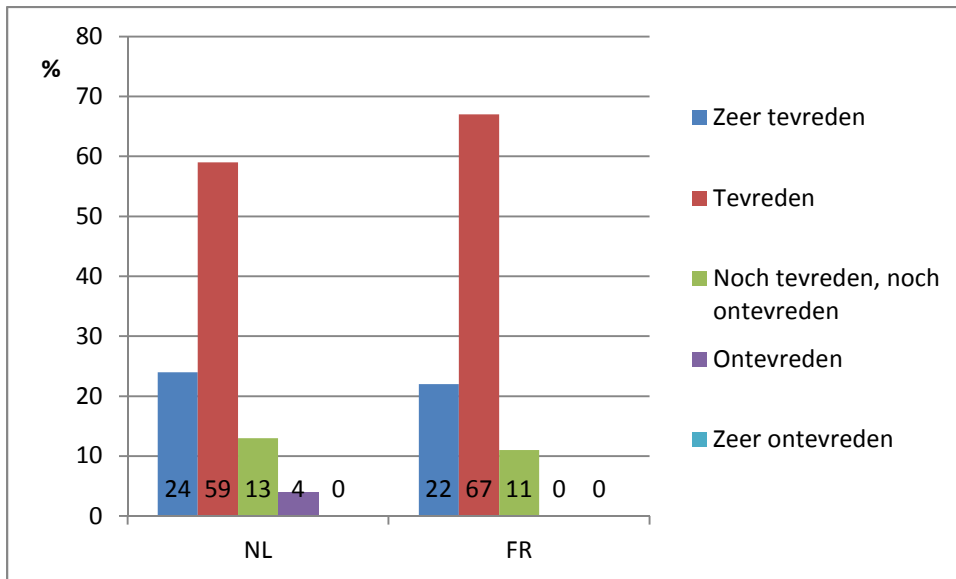


Bij de NL respondenten volgt 68% opleidingen via een conventiecentrum, bij de FR respondenten 25%.

Gevraagd naar het waarom van het niet volgen van zulke opleidingen zijn de meest voorkomende reacties:

- Niet op de hoogte van de mogelijkheid/geen uitnodiging ontvangen
- Opleiding binnen eigen organisatie
- Bijscholing via LMN

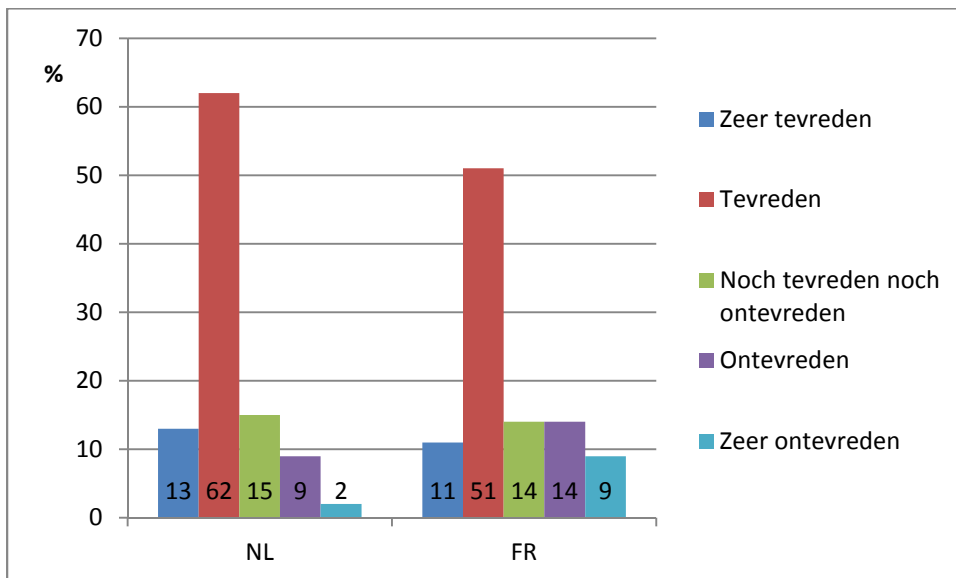
Q26. Bent u tevreden over de opleidingen?



De deelnemers zijn over het algemeen tevreden tot zeer tevreden over de gevolgde opleidingen. De aankondiging van de data van opleiding gebeurt hoofdzakelijk via mail. De frequentie ligt voor de meerderheid der respondenten op 1 à 2 opleidingsmomenten per jaar.

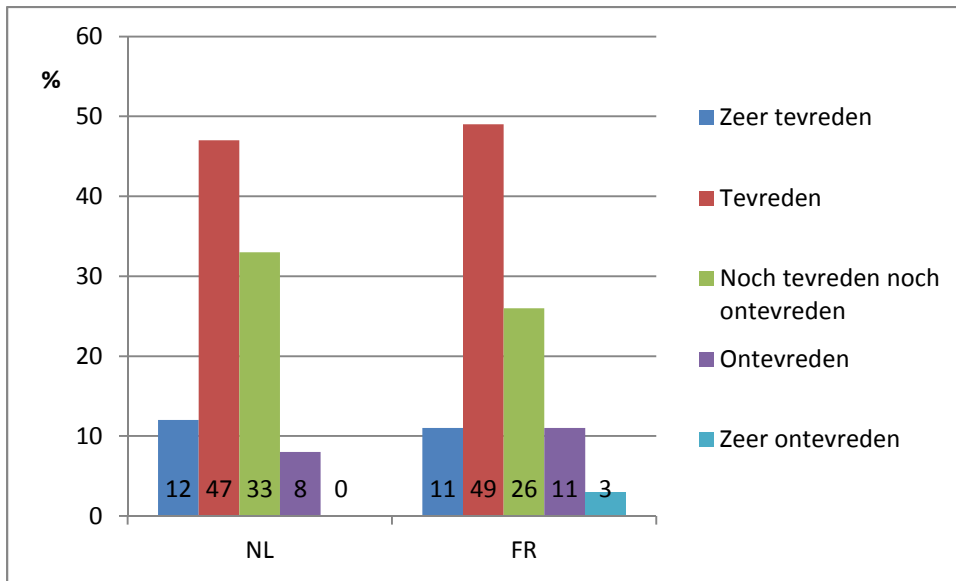
2.1.5 Tevredenheid over het werk als diabeteseducator

Q27. Bent u in het algemeen tevreden over uw werk als diabeteseducator?



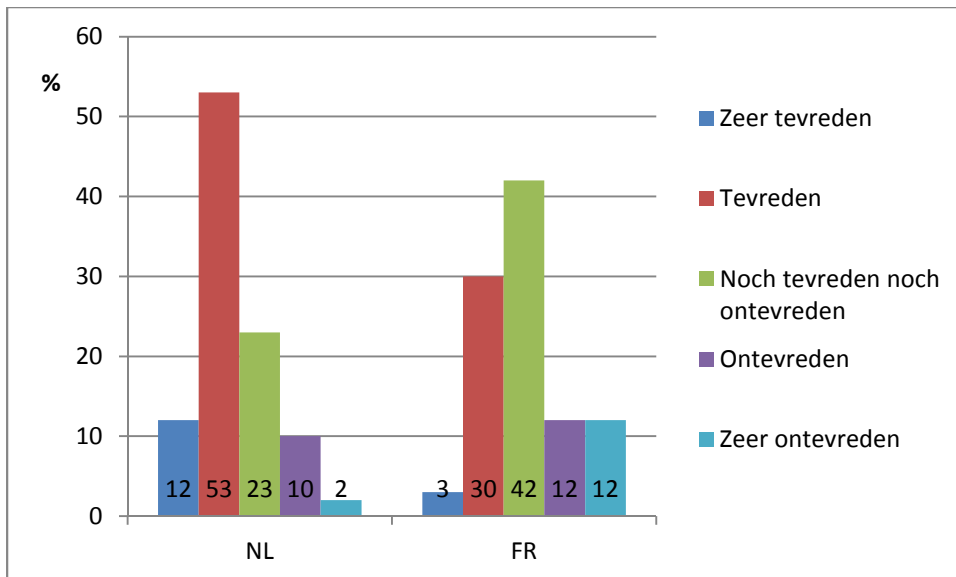
De overgrote meerderheid van de educatoren uit de eerste lijn is in het algemeen tevreden over hun werk. Dit betekent echter niet dat er geen knelpunten zijn. De respondenten zijn voornamelijk tevreden over het contact met de patiënten en over de opleiding tot diabeteseducator.

Q29. Bent u tevreden over de samenwerking met de andere eerstelijnszorgverleners?



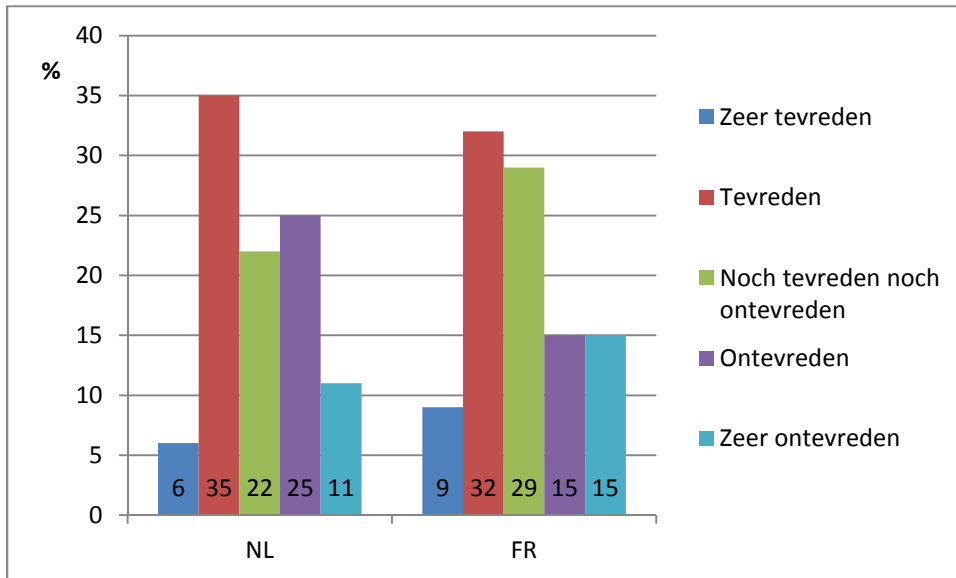
Gevraagd naar de tevredenheid over de samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners zijn de meningen wat meer verdeeld, zij het nog steeds overwegend positief met ongeveer 60% van de respondenten die tevreden of zeer tevreden zijn, maar daarnaast ook een groep van 33% NL en 26% FR respondenten die opteren voor “noch tevreden, noch ontevreden”, en een kleine minderheid die ontevreden is.

Q30. Bent u tevreden over de samenwerking met het diabetesconventiecentrum?



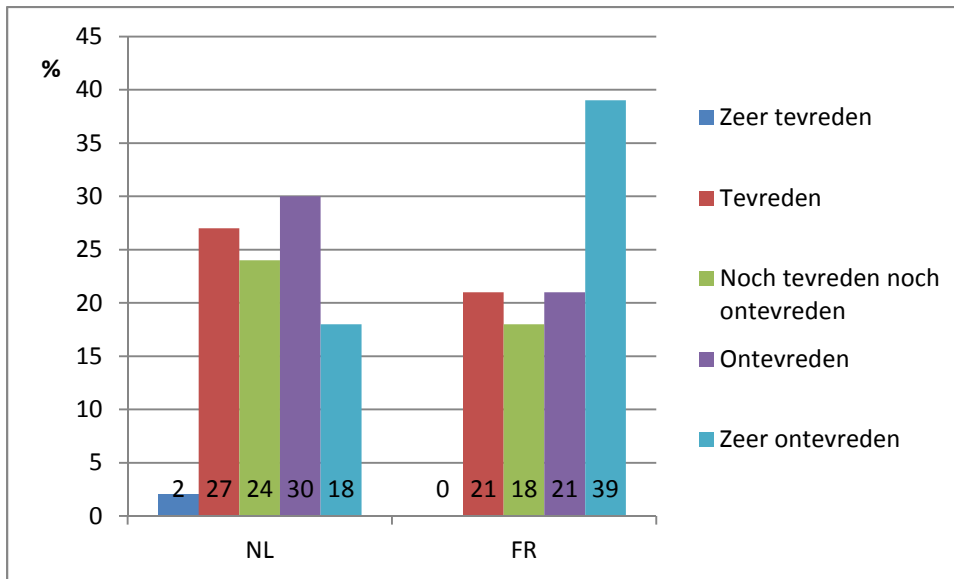
Over de samenwerking met het diabetesconventiecentrum verschillen de resultaten per taalgroep. Bij de NL respondenten is 65% minstens tevreden, 23% noch tevreden, noch ontevreden, en 12% is ontevreden tot zeer ontevreden. Bij de FR respondenten is 33% tevreden tot zeer tevreden, 42% noch tevreden, noch ontevreden, en 24% ontevreden tot zeer ontevreden. Het is belangrijk hierbij niet uit het oog te verliezen dat deze vraag aan alle respondenten werd gesteld, dus ook aan diegenen die geen contract hebben afgesloten, die geen overleg plegen, en die nooit opleidingen volgen bij het conventiecentrum. Hierin ligt mogelijk gedeeltelijk de oorzaak van de grote verschillen tussen de beide taalgroepen. Wanneer er geen contact bestaat, heeft dit onvermijdelijk een impact op de tevredenheidscijfers.

Q31. Bent u tevreden over het aantal patiënten aan wie u educatie geeft?



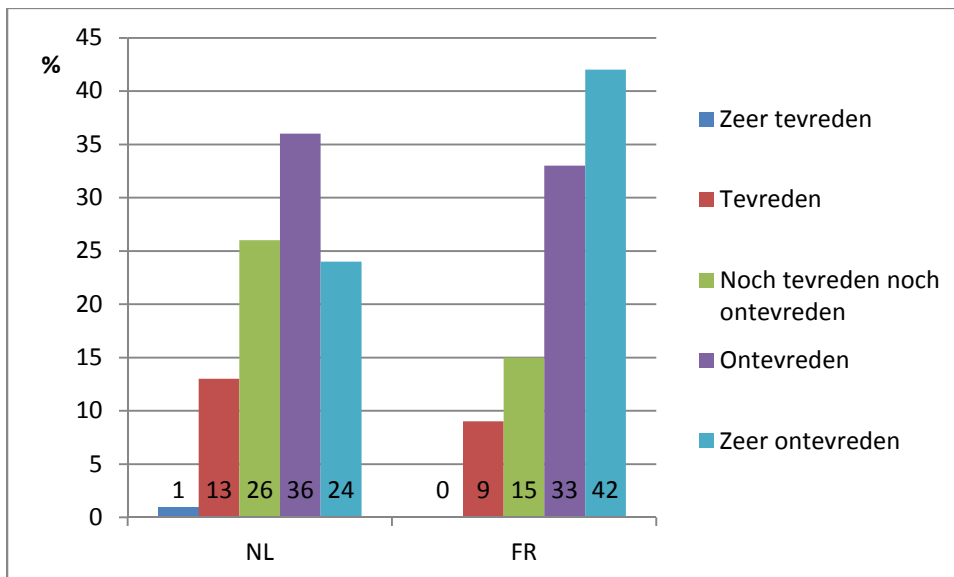
De tevredenheid over het aantal patiënten is gelijklopend over beide taalgroepen, waarbij 41% tevreden tot zeer tevreden is, 22% van de NL respondenten en 29% van de FR respondenten noch tevreden, noch ontevreden is, en een groep van 36% NL en 30% FR respondenten ontevreden tot zeer ontevreden.

Q32. Bent u tevreden over de beschikbare tijd per educatiesessie?



Bij de peiling naar de tevredenheid over de beschikbare tijd per educatiesessie is een minderheid van de respondenten tevreden tot zeer tevreden, met name 29% van de NL groep en 21% van de FR groep. Het aantal ontevredenen is groot, met bij de NL respondenten 30% ontevreden en 18% zeer ontevreden, en bij de FR groep 21% ontevreden en 39% zeer ontevreden.

Q33. Bent u tevreden over de vergoeding per educatiesessie?



De antwoorden op de vraag naar de tevredenheid over de vergoeding per educatiesessie liggen in dezelfde lijn als die bij de vraag over de beschikbare tijd: voor de NL groep is slechts 1% zeer tevreden, en 13% tevreden, 26% is noch tevreden, noch ontevreden, 60% is ontevreden tot zeer ontevreden. Voor

de FR groep is niemand zeer tevreden, en 9% tevreden, 15% is noch tevreden, noch ontevreden, 75% is ontevreden tot zeer ontevreden.

Het is dan ook duidelijk dat zowel de beschikbare tijd per sessie als de vergoeding per sessie de knelpunten zijn die het sterkst naar voor komen uit deze bevraging van de tevredenheid van de diabeteseducatoren uit de eerste lijn.

De ontoereikendheid van zowel de beschikbare tijd als de vergoeding is te verklaren aan de hand van de resultaten van de vraag naar de tijdsbesteding per educatie sessie(p.3, 2.1.3). Daaruit blijkt immers dat de meerderheid der respondenten minstens een uur tot anderhalf uur nodig acht per sessie.

De vragenlijst werd afgesloten met de mogelijkheid suggesties te doen ter verbetering van de situatie op het terrein. De voornaamste onderwerpen, gedistilleerd uit de talrijke reacties, zijn:

Algemeen-organisatorisch:

- Vraag naar educatie in de praktijkruimte van de educator
- Vraag naar groepsessies
- Meer tijd per sessie
- Betere vergoeding per sessie
- Betere doorstroming patiënten van tweede naar eerste lijn
- Administratieve vereenvoudiging voor alle betrokken zorgverleners
- Als diabeteseducator mee opgenomen worden in de ondertekening van het contract zodat patiënt verplicht wordt om een educator te zoeken
- Nood aan meer huisartsen die zorgtrajecten willen afsluiten
- LMN over gans grondgebied: waar geen LMN is moeten de educatoren zelf alle documenten ontwikkelen en worden de HA niet begeleid
- Graag een beroepstitel en de daarbij logische loonsverhoging
- Voor huisartsen is het nog te onduidelijk hoe en wanneer ze educatie moeten voorschrijven
- Verplaatsingsvergoeding
- Apotheker moet zeker ook betrokken worden in het traject , functioneert nu veel te veel aan de zijkant
- Voor iedereen standaardformulieren voorzien voor verslaggeving.

Communicatie met andere zorgverleners:

- Betere communicatiemogelijkheden met de verschillende partners
- Toegang patiëntengegevens via internetplatform

Regelgeving:

- Preventie en patiënten educatie in een vroeger stadium zou zinvol zijn, bv. vanaf het moment dat de diagnose gesteld is
- Vergoeding per jaar per patiënt in plaats van per sessie
- Discriminatie tussen educatoren eerste lijn en tweede lijn in verband met recht op extra vergoeding moet weggewerkt worden
- Waar nodig zouden we nog meer educatie moeten kunnen geven. Meer educatiesessies kan bij veel patiënten leiden tot betere resultaten. De voorziene tijd voor een opstarteducatie (5x30 minuten) is soms te kort voor mensen die nog nooit eerder voorlichting of informatie gekregen hebben. Het zou beter zijn dat dit individueel per patiënt bekeken werd (bv. door huisarts).
- Dieeteducatie zou verplicht moeten zijn voor elke patiënt, want dit is de basis voor een effectief diabetesbeleid
- een duidelijk standpunt vanuit het Riziv over de voedingsadviezen die enkel door de diëtisten-diabeteseducatoren mogen geven worden en niet door de diabetesverpleegkundigen (gelijkaardig als de injectietechnieken)
- Een vlotte communicatie qua regelgeving inzake zorgtraject door Riziv
- Duidelijke richtlijnen over inhoudelijke vereisten dossier educator

Opleiding:

- Frequentie van opleidingen in verband met nieuwe methodes en technieken moet omhoog
- Teveel educatoren die op zeer verschillend niveau opgeleid worden. Verminder het aantal opleidingen en verhoog het niveau.
- Kwaliteitslabel voor opleiding. Nu moeten sommigen geen examen afleggen, anderen wel.
- Opleiding diabeteseducator meer specifiek maken voor verpleegkundige - diëtisten. Meer praktische casussen - hoe verslaggeving, voorschriften, ... tijdens opleiding.

Patiënt:

- Het zou veel efficiënter zijn indien men de patiënt meer verantwoordelijkheid zou geven : bijvoorbeeld -strips afgeven mits verantwoording afleggen - oftalmoloog terugbetaling mits regelmatige raadpleging - strips afgeven mits goed gebruik glucometer
- Nog meer bekendmaking en voorzieningen voor patiënten . Meer educatief materiaal, dat voor alle mensen verstaanbaar is. Analfabeten, blinden en doven....
- Zorgen dat de patiënt het niet alleen voor het materiaal doet maar echt vanuit een preventief oogpunt

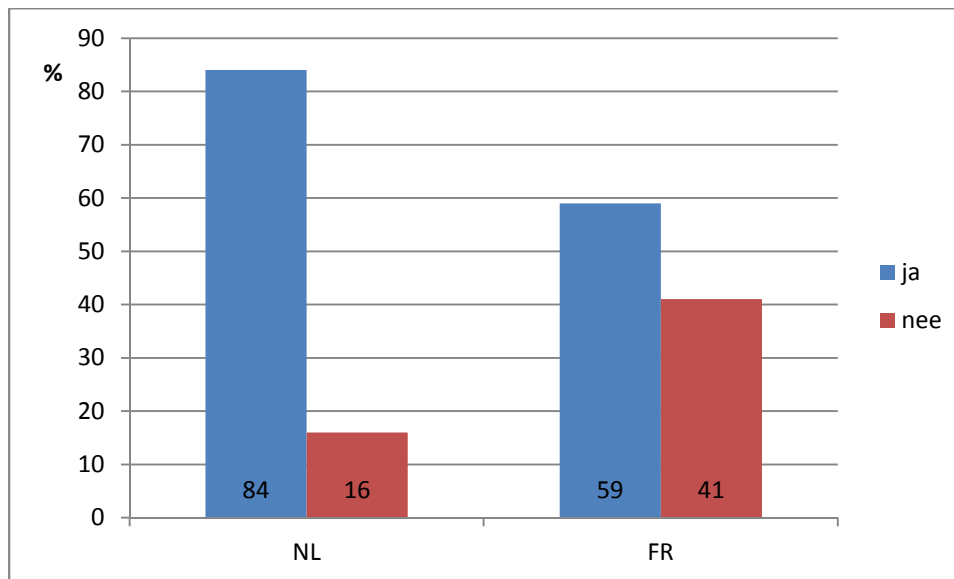
2.2 Bevraging Diabetesconventiecentra

2.2.1 Aantal respondenten

Wat betreft de diabetesconventiecentra waren er respectievelijk 34 Nederlandstalige en 28 Franstalige volledig voltooide enquêtes. Dat betekent dus 62 respondenten op een totaal van 102, ofwel 60% van de doelgroep.

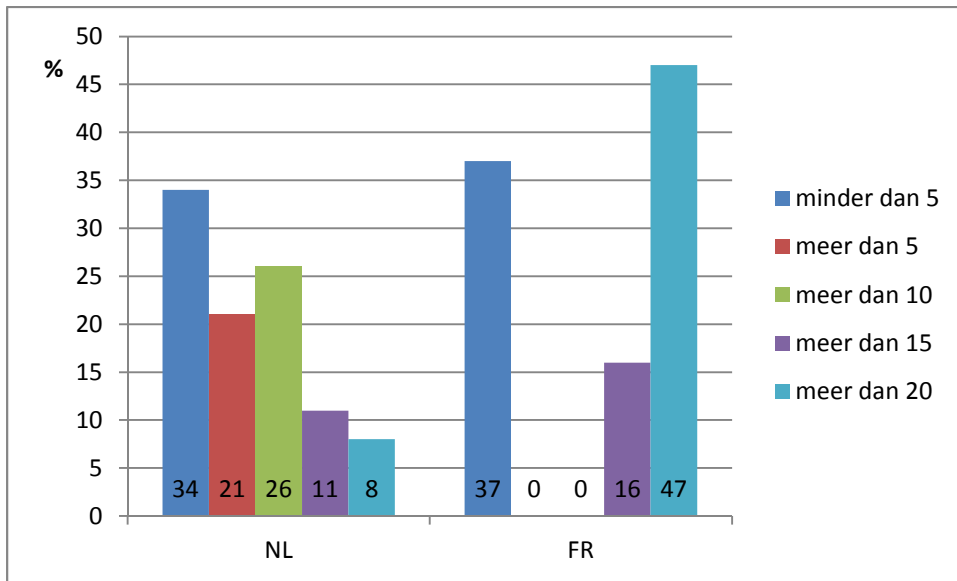
2.2.2 Contracten en overleg met educatoren eerste lijn

Q1. Heeft uw conventiecentrum contracten afgesloten met educatoren uit de eerste lijn?



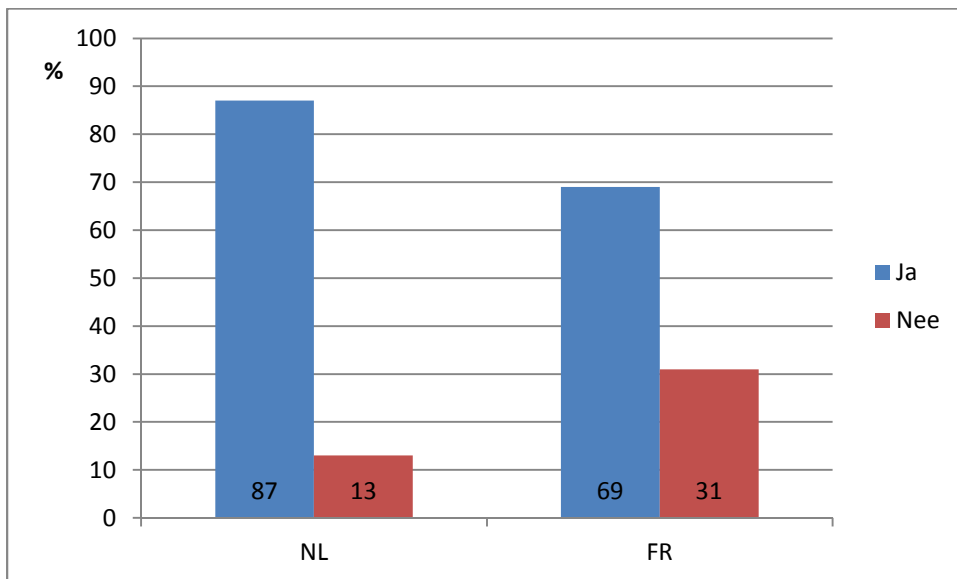
Er zijn verschillen tussen beide taalgroepen in verband met de cijfers over het al dan niet afsluiten van contracten met educatoren uit de eerste lijn. Bij de NL groep heeft 84% van de conventiecentra contracten afgesloten, bij de FR groep is dat 59%.

Q2. Hoeveel contracten heeft uw centrum afgesloten met diabeteseducatoren uit de eerste lijn?



Ook wat betreft het aantal afgesloten contracten zijn er verschillen tussen beide groepen. Bij de NL groep heeft de overgrote meerderheid minder dan vijftien contracten afgesloten. De FR groep daarentegen heeft ofwel minder dan 5 contracten afgesloten, ofwel minimum 15 en de grootste groep zelfs meer dan 20 contracten. Men kan dus stellen dat meer NL centra contracten afsluiten dan FR centra, maar dat van de FR centra die contracten afsluiten, het aantal contracten ofwel erg laag ofwel erg hoog ligt terwijl bij de NL centra de aantallen meer uiteenlopend zijn.

Q3. Bestaat er in het geval van problemen of vragen overleg met de diabeteseducatoren uit de eerste lijn?



Bij de cijfers over het overleg tussen het centrum en de educatoren uit de eerste lijn zien we eveneens verschillen per taalgroep. Bij de NL groep pleegt de overgrote meerderheid overleg(87%), bij de FR groep is deze meerderheid kleiner(69%) waardoor er een grotere groep overblijft (31%) waar er van overleg geen sprake is. De mogelijkheid dat de centra die positief staan ten opzichte van de zorgtrajecten misschien oververtegenwoordigd zijn in de totale populatie van het onderzoek kan een invloed hebben op deze cijfers.

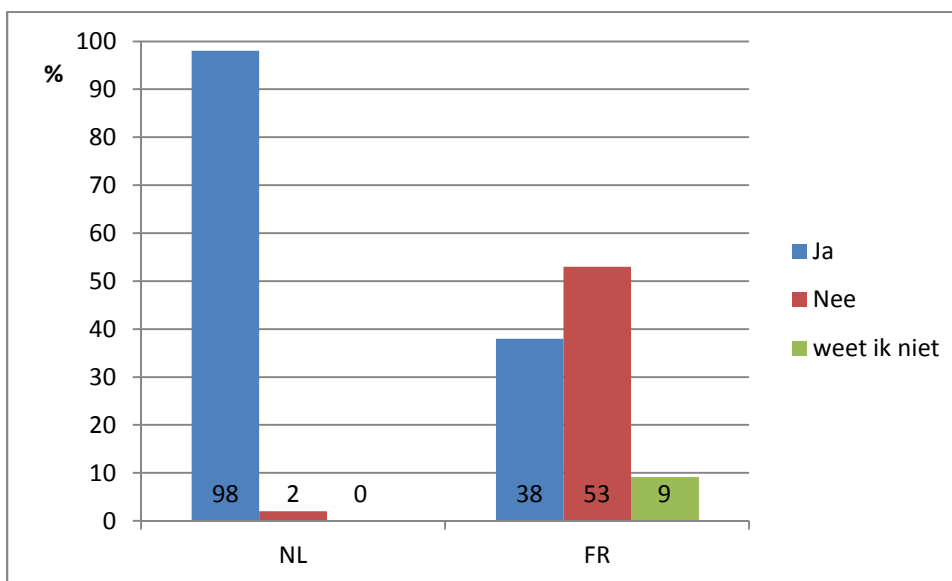
Ook de cijfers over het aantal uren dat het centrum beschikbaar is voor overleg verschillen: NL centra zijn gemiddeld 35 uur per week beschikbaar voor overleg, met 50u. en 1u. als uiterste waarden, FR centra gemiddeld 13.35 uur, eveneens met 50u en 1u als uiterste waarden.

Het overleg wordt zowel verzorgd door educatoren, diëtisten , en diabetologen. Enkel de volgorde van de drie groepen verschilt licht tussen beide taalgroepen. Bij de NL groep is de volgorde educatoren, diabetologen, diëtisten. Bij de FR groep zijn de diabetologen de voornaamste contactpersonen voor het plegen van overleg, gevolgd door de educatoren en de diëtisten. In uitzonderlijke gevallen wordt er melding gemaakt van de inzet van een podoloog.

Het overleg gebeurt hoofdzakelijk via telefoon en mail. Daarnaast is er ook ruimte voor face to face gesprekken, voornamelijk op overlegvergaderingen. Hierbij valt op dat deze vergaderingen door een groter deel van de NL groep(47%) worden vermeld vergeleken met de FR groep(33%). Bij sommige centra is er een jaarlijks terugkerende vergadering met de educatoren uit de eerste lijn ingepland. Anderen berichten over een éénmalige “kijk- en meeloopdag” in het conventiecentrum, georganiseerd op vraag van de educatoren uit de eerste lijn.

2.2.3 Bijeenkomsten tussen de educatoren uit de eerste lijn en de conventiecentra

Q7. Worden er bijeenkomsten georganiseerd tussen de educatoren uit de eerste lijn en de conventiecentra?



Wat de organisatie van bijeenkomsten betreft zijn er grote verschillen tussen de taalgroepen. Bij de NL groep maakt maar liefst 98% van de respondenten melding van de organisatie van zulke contacten, bij de FR groep is dat slechts 38%, 53% antwoordt dat er in hun centrum geen bijeenkomsten worden georganiseerd, en 9% van de FR groep is niet op de hoogte van het bestaan van zulke initiatieven binnen het centrum waar zij werkzaam zijn.

Bij diegenen van de NL groep die positief antwoordden op de vorige vraag werden zowel in 2010 als in 2011 gemiddeld 1.74 ontmoetingsmomenten georganiseerd. Bij de FR groep is er een evolutie merkbaar, met in 2010 gemiddeld 1.88 bijeenkomsten, en in 2011 2.22. Dit duidt op een stijging van de frequentie van de contacten bij de FR groep. De groep respondenten die bijeenkomsten organiseert is dus veel kleiner dan bij de NL groep, maar de frequentie van de contacten bij de centra die bijeenkomsten organiseren neemt wel toe.

De aankondiging van deze meetings gebeurt voornamelijk via mail en brief, met bij de FR groep ook nog een aantal respondenten die melding maken van telefonische uitnodiging. Daarnaast verloopt de communicatie soms via de zorgtrajectpromotor.

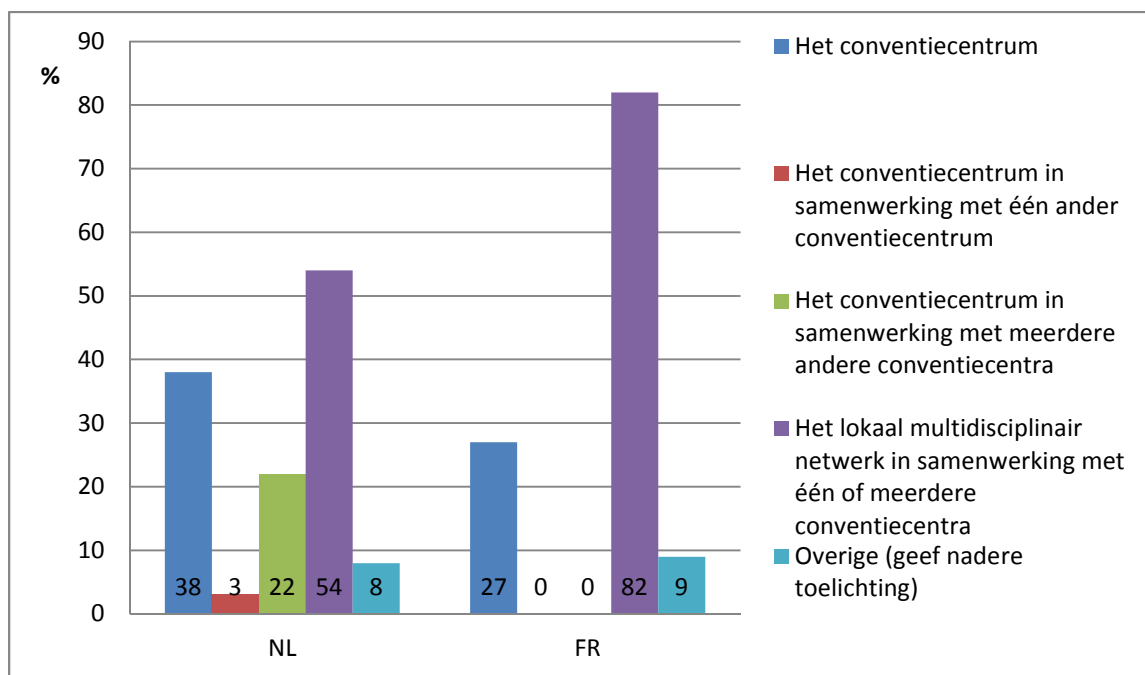
Het aantal deelnemers ligt bij de NL groep gemiddeld op 17.85 deelnemers per bijeenkomst, met als uiterste waarden 40 en 2 deelnemers. Bij de FR groep ligt het aantal deelnemers gemiddeld op 8.89, met als uiterste waarden 25 en 1.

De thema's van de bijeenkomsten beslagen een brede waaier van onderwerpen:

- Nieuwe behandelingen en/of medicatie
- Overzicht verschillende meters
- Priktechnieken
- Voeding
- Rookstop
- Decreet Rijbewijs
- Voetproblematiek
- Zorgtrajecten en multidisciplinaire aanpak diabetes type 2
- Evaluatie verloop zorgtraject
- Sociale aspecten van diabetes
- Motiveren van patiënten
- Bespreken educatieve tools(brochures, diabeteskaft,...)

De inhoudelijke invulling van de meetings gebeurt hoofdzakelijk via presentaties en vraag-antwoord gesprekken, gevolgd door het uitnodigen van gastsprekers. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van rollenspelen en workshops om de betreffende informatie over te brengen naar de doelgroep.

Q13. Door wie werd(en) deze bijeenkomst(en) georganiseerd?¹



De organisatie van de bijeenkomsten ligt voornamelijk in handen van het LMN in samenwerking met één of meerdere conventiecentra, gevolgd door initiatieven genomen door het centrum op zich. Hierbij vallen volgende verschillen op tussen beide taalgroepen: Bij de FR groep zijn de initiatieven voornamelijk het werk van de LMN in samenwerking met de centra (82%) of van het centrum op zich (27%). Bij de NL groep zijn dezelfde tendensen merkbaar, maar daarnaast bestaan er ook initiatieven georganiseerd door twee of meerdere centra zonder inbreng van het LMN. Er zijn ook enkele meldingen van steun door gemeentes.

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

3. Conclusies/aanbevelingen voor de toekomst

Uit de resultaten van de bevraging van de diabeteseducatoren eerste lijn blijkt dat de meerderheid van de educatoren over het algemeen tevreden is over de inhoudelijke aspecten van het werk als educator. Zij zijn in het bijzonder tevreden over de opleiding tot educator en over het contact met de patiënt. De voldoening is groot, maar er is ook ongenoegen, dat zijn oorsprong voornamelijk vindt in twee knelpunten: met name de voorziene tijd per educatiesessie en de bijhorende vergoeding worden door de actoren als ontoereikend ervaren. Het is eveneens duidelijk dat de overgrote meerderheid van de actieve educatoren de nodige tijd vrijmaakt voor de patiënt, ongeacht de hen opgelegde limitering in tijd en vergoeding. We kunnen er dan ook vanuit gaan dat hun prioriteiten liggen bij de zorg voor de patiënt.

Deze twee knelpunten moeten zo snel mogelijk worden weggewerkt. Niet alleen behoort educatie tot de kern van het systeem van de zorgtrajecten, met als gevolg dat de ontoereikendheid van de beschikbare tijd en vergoeding een impact kan hebben op het functioneren van datzelfde systeem, en dus op de kwaliteit van de zorgverlening aan de patiënt. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat bij potentiële kandidaten de wil om het engagement als diabeteseducator aan te gaan verdwijnt, waardoor het aantal educatoren niet evenredig zal toenemen met het aantal zorgtrajecten.

Een chronisch tekort aan educatoren zou dan ook de verdere implementatie van het systeem kunnen afremmen of zelfs (regionaal) tot stilstand brengen. Wanneer in regio's waar educatoren schaars zijn de beschikbare educatoren hun werkzaamheden stopzetten en er geen nieuwe instroom is, ontstaat een regionaal vacuüm. Beweren dat het succes van de zorgtrajecten in een bepaalde regio staat of valt met het aantal beschikbare educatoren is misschien wat kort door de bocht, maar dat educatie één van de hoekstenen is waarop de verdere uitbouw van het systeem kan of moet gebeuren, dat lijkt geen twijfel.

Een derde knelpunt is de gebrekkige doorstroming van de patiënt tussen de eerste en de tweede lijn, vaak regio gebonden, waarvan het effect op de werking van het systeem der zorgtrajecten in het betrokken gebied aanzienlijk is. Bovendien voelen de educatoren eerste lijn zich benadeeld vergeleken met de tweede lijn door ongelijkheden in de regelgeving. Zo wordt er gewezen op de ongelijkheid van rechten tussen educatoren uit de eerste en de tweede lijn. In de toekomst zouden de eerstelijnseducatoren dezelfde rechten moeten krijgen, zodat deze ongelijkheden geen belemmering meer vormen voor een betere communicatie tussen beide partijen.

Uit de cijfers en commentaren komt duidelijk naar voren dat de respondenten graag meer patiënten zouden begeleiden. Dit tekort aan patiënten heeft natuurlijk meerdere oorzaken. Naast de hierboven aangehaalde gebrekkige doorstroming van de patiënten vanuit de tweede lijn is ook de wil om zorgtrajecten af te sluiten bij de artsen niet overal even sterk aanwezig. Aangezien de educatoren afhankelijk zijn van de goodwill van de artsen is dit probleem rechtstreeks verbonden met het al dan niet aanslaan van het concept der zorgtrajecten in de betrokken regio.

Om bovenstaande knelpunten weg te werken moet de huidige reglementering kritisch doorgelicht worden, om deze vervolgens te kunnen bijschaven waar nodig. Dit in de eerste plaats om het systeem

op zich te verbeteren, maar ook om bij een eventuele doorstart van de zorgtrajecten de actoren op het terrein het signaal te geven dat hun stem gehoord wordt en er rekening wordt gehouden met hun visie en aanbevelingen. Dit zou niet enkel een gunstig effect hebben op de reeds werkzame educatoren, maar het kan bovendien leiden tot nieuwe instroom in die regio's waar er momenteel een tekort is. Het is dan ook essentieel rekening te houden met de suggesties vanuit de doelgroep bij eventuele bijsturing van de regelgeving.

De meest in het oog springende ideeën zijn (zie bijlage 4 voor alle suggesties):

1. Verhoging van de vergoeding per sessie
2. Tijdsduur per sessie verlengen
3. Een forfaitaire vergoeding per jaar per patiënt ter vervanging van het huidige vergoedingssysteem per sessie
4. Als diabeteseducator mee opgenomen worden in de ondertekening van het contract zodat patiënten verplicht worden om een educator te zoeken
5. Educatie in de praktijkruimte van de educator
6. Groepsessies
7. Administratieve vereenvoudiging
8. Betere doorstroming patiënten van tweede naar eerste lijn
9. Betere communicatiemogelijkheden met de verschillende partners
10. Toegang patiëntengegevens via internetplatform
11. Preventie en patiënten educatie in een vroeger stadium, bv. vanaf het moment dat de diagnose gesteld is
12. Aantal opstarteducatiesessies te bepalen door huisarts op maat van de individuele patiënt
13. Dieeteducatie zou verplicht moeten zijn voor elke patiënt, want dit is de basis voor een effectief diabetesbeleid
14. Een vlotte communicatie qua regelgeving inzake zorgtrajecten door Riziv
15. Duidelijke richtlijnen over inhoudelijke vereisten dossier educator
16. Teveel educatoren die op zeer verschillend niveau opgeleid worden. Verminder het aantal basisopleidingen en verhoog het niveau.
17. Kwaliteitslabel voor opleiding. Nu moeten sommigen geen examens afleggen, anderen wel.
18. Opleiding diabeteseducator meer specifiek maken voor verpleegkundigen - diëtisten. Meer praktische casussen - hoe verslaggeving, voorschriften, ... tijdens opleiding.
19. Frequentie opleidingen in verband met nieuwe methodes en technieken moet omhoog
20. Meer nadruk op patiënt empowerment als doelstelling

Naast de hierboven besproken knelpunten zijn er ook positieve elementen te noteren. Wat de samenwerking tussen de diabeteseducatoren uit de eerste lijn en de diabetesconventiecentra betreft, is het duidelijk dat in regio's waar er op regelmatige basis contacten zijn tussen de eerste en de tweede lijn de tevredenheid over deze contacten erg hoog ligt. Of het nu gaat over rechtstreeks overleg of over opleiding, de overgrote meerderheid van de betrokkenen is tevreden over de kwaliteit van de contacten.

De cijfers bevestigen de waarde van zulke contacten bij het neerhalen van de eventuele barrières tussen de educatoren en de conventiecentra. Hierin schuilt dan ook nogmaals een pleidooi om extra aandacht te besteden aan die gebieden waar tot op heden elk contact ontbreekt.

Bovendien worden door de conventiecentra die opleidingen organiseren kosten noch moeite gespaard bij de organisatie van contactmomenten met de eerste lijn. Tegelijkertijd wordt het nut van de lokale multidisciplinaire netwerken bij het stimuleren van het overleg extra in de verf gezet. Het is immers duidelijk dat de meerderheid der netwerken rechtstreeks of onrechtstreeks bij een groot deel van de initiatieven betrokken zijn.

De belangrijkste vaststellingen zijn:

- De motivatie bij de educatoren uit de eerste lijn is groot, maar het ongenoegen over de knelpunten in de regelgeving is dat ook.
- Het wegwerken van de voornaamste knelpunten is een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle doorstart van de zorgtrajecten.
- In de regio's waar er overleg is tussen eerste en tweede lijn, daar werkt het ook, en is men grotendeels tevreden over de samenwerking. Maar het contrast is groot met die regio's waar alle contact ontbreekt en educatoren uit de eerste lijn helemaal alleen staan bij de ontplooiing van hun werkzaamheden.
- De LMN stimuleren het overleg, door middel van (het ondersteunen van) de organisatie van overlegmomenten, en dragen op die manier bij tot een betere samenwerking.

4. Bijlagen.

4.1 Bijlage 1: Q12. Diabeteseducator eerste lijn: Waarom heeft u geen samenwerkingscontract afgesloten met een conventiecentrum?

NL:

- ✓ werk in conventiecentrum
- ✓ geen goed contact ts dr en specialist met educatie
- ✓ Ik wist niet dat dit mogelijk was. Ik heb alle artsen in de regio, ook de diabetologen van de conventie, meegedeeld dat ik actief ben binnen de eerste lijn als educator.
- ✓ in het wijkgezondheidscentrum
- ✓ wij worden aanzien als concurrenten
- ✓ omdat ik als educator in 2de lijn werk
- ✓ Geen idee
- ✓ nog geen voorstel hieromtrent gekregen
- ✓ Nog geen aanleiding toe gehad
- ✓ overbodig
- ✓ de kans nog niet kunnen uitvoeren. Bij de vorige bijscholing moest ik werken op mijn vast werk
- ✓ al meerdere malen voorgesteld, nog geen reactie van conventiecentrum
- ✓ Ik krijg veel patiënten doorgestuurd. Is een contract als diëtist-diabeteseducator nodig?
- ✓ Te weinig info omtrent samenwerkingscontracten. Momenteel gebeurt overleg rechtstreeks met de conventie of de behandelende arts van de patiënt.
- ✓ geen in de buurt waar coaching is
- ✓ Omdat het moeilijk is daartussen te geraken, het is eerder ieder voor zich!
- ✓ werk als diëtiste-educator en houdt mij beperkt tot voedings en dieetadvies
- ✓ huisarts is de spilfiguur in het zorgtraject
- ✓ geen kennis van.
- ✓ nog niet van toepassing
- ✓ tot nu toe steeds uitgesteld. Ook bijna geen verwijzing op educatie te geven.
- ✓ wist niet dat dit kon als diëtiste
- ✓ Ik denk niet dat er contract is afgesloten met een diabetesconventiecentrum. als ik vragen heb kan ik wel altijd bij hen terecht.
- ✓ Dit dient nog te gebeuren. Ik ben pas recent afgestudeerd als postgraduaat diabeteseducator.
- ✓ er is weinig communicatie vanuit de tweede lijn
- ✓ Omdat er geen medewerking is van de endocrinoloog
- ✓ niet van toepassing
- ✓ Ik heb ervoor gebeld een hele tijd geleden en de diabetesconventie zou terug contact opnemen, maar niets meer van gehoord en zelf vergeten terug te bellen.
- ✓ Nog niet van gekomen
- ✓ omdat ik in conventiecentrum werk
- ✓ werk niet in eerste lijn, nog steeds geen patiënten of doorverwijzingen gekregen
- ✓ Ik wist niet dat het moest.
- ✓ niet mogelijk/niet aangeboden

- ✓ formaliteiten nog volbrengen
- ✓ kan dat dan?

FR :

- ✓ je n'y pas encore pensé. Peut-être à l'avenir pour une bonne collaboration entre la 1ère et la 2ème ligne
- ✓ Je ne savais pas que c'était possible.
- ✓ pas de demande
- ✓ Parce que le centre hospitalier est peu coopérant
- ✓ car je travaille en hospi ou je peux bénéficier de formation en tant qu'infirmière relais diabétique
- ✓ ce serait à envisager
- ✓ j'ai commencé l'éducation, il n'y a pas longtemps
- ✓ Pas encore eu le temps
- ✓ Manque d'informations légales et administratives
- ✓ pas de collaboration avec les centres pour le moment
- ✓ l'hôpital n'a pas encore donné son accord
- ✓ Parce qu'il n'y a pas d'organisation et de volonté dans notre région de la part des hôpitaux
- ✓ le centre de convention n'a pas voulu signer
- ✓ En cours
- ✓ impossible
- ✓ je débute mon activité d'éducateur en diabétologie

4.2 Bijlage 2: Q21. Diabeteseducator eerste lijn: Heeft u suggesties om het overleg met de diabetesconventiecentra te verbeteren?

NL:

- ✓ automatische doorverwijzing van de patiënt naar diëtiste educator
- ✓ VANUIT ZIEKENHUIS INFORMATIE IVM WIJZIGING DOKTERS EN OPVOLGING PATIENT
- ✓ overleg zal makkelijker gaan als we mekaar moesten kennen. (eens samen zitten en afspraken maken wanneer we en hoe er best contact wordt opgenomen - dit ezl voor elk conventiecentrum anders zijn)
- ✓ betere bereikbaarheid ook buiten kantooruren
- ✓ laten weten wanneer een patiënt uit het zorgtraject naar de conventie terug gaat wegens bvb onvoldoende resultaat met 2 inspuitingen
- ✓ ja, een duidelijke afbakening welke ptn door wie wordt behandeld
- ✓ ja, dat alle conventiecentra duidelijk hun contactgegevens online zetten en wanneer ze bereikbaar zijn (welke dagen en uren) en zeker ook mail adressen
- ✓ vaste data per jaargang vastleggen?
- ✓ Neen , ik heb een rechtstreeks telefoonnummer. Ik word telkens onmiddellijk geholpen.
- ✓ sommige diab conv centra werken niet altijd als ik werk: dan is mail interessant maar dan is behoefte aan draadloos internet
- ✓ veel meer directere contacten en kennisuitwisseling en overleg
- ✓ vaste overlegmomenten inplannen
- ✓ voorbeeld op vastgelegde tijdstippen overleg
- ✓ online communicatie via beveiligde weg (gratis) ter uitwisseling van gegevens en verslaggeving
- ✓ beveiligde e-mail communicatie of (beperkte) toegang tot Data-systeem voor consultatie relevante gegevens patiënt.
- ✓ Niet echt, dit verloopt meestal vlot
- ✓ wij krijgen maar zelden een vraag van externe diabeteseducator
- ✓ nee, perfecte samenwerking
- ✓ met sommige conventiecentra is overleg bijna onmogelijk, 1x per jaar samen zitten met de leden van de verschillende conventiecentra in de buurt
- ✓ Digitaal dossier
- ✓ meer openheid
- ✓ ruimere uren bereikbaarheid
- ✓ meer coaching momenten per jaar
- ✓ centraliseren na bv. 2 of 1 moment per jaar gegevens beschikbaar stellen tussen eerste en tweede lijn. Op die manier w ook geen dubbel werk gedaan. Elektronisch info/verslagen kunnen doorsturen.
- ✓ uitnodiging op teamvergadering teneinde de specifiek verwachte doelstellingen in overleg te kunnen bespreken (vb. jaarlijks overleg)
- ✓ Er is niet altijd jaarlijks een contact met de 2e lijn, dit zou ik in de toekomst beter willen zien.
- ✓ het voorzien van middelen om dit overleg te honoreren : het overleg draagt bij tot het bevorderen van kwaliteitsvolle zorg
- ✓ zeer grote verschillen van centrum tot centrum, maar in sommige centra is er een neerbuigende houding tov eerste lijn en moeilijke bereikbaarheid. het contact verloopt soms zeer stroef.
- ✓ slecht contact

FR :

- ✓ Il serait judicieux d'obtenir d'office le rapport de consultation du diabétologue.
- ✓ Meilleure motivation du centre de convention
- ✓ le prendre en compte dans le temps de travail de l'Éducateur et surtout le financer (actuellement il s'agit de bénévolat imposé par l'INAMI et incapable de financer correctement ses propres projets pilotes). Ensuite on s'étonne que des Éducateurs arrêtent leur activité.
- ✓ L'éducateur en 2^e ligne pourrait envoyer un rapport écrit à l'éducateur en 1^{ère} ligne et vice versa
- ✓ DAVANTAGE DE RENSEIGNEMENT SUR LE PT
- ✓ oui, prévoir un code facturable pour faire réunion concertation et pas encore bénévole pour l'éducateur
- ✓ une reconnaissance de temps payé pour l'éducateur de première ligne serait nécessaire
- ✓ avoir les numéros de téléphone de tous les éducateurs de 2^e ligne pour accessibilité plus rapide, le listing est en cours
- ✓ de leur part, de la même façon que l'éducateur doit faire un courrier au médecin généraliste
- ✓ le médecin devrait être averti si une convention a été mise en route par l'hôpital sans cela l'inf de 1^{ère} ligne ne sait pas facturer sa première visite. Temps perdu pour tout le monde. L'hôpital ne dit pas toujours qu'il a déjà donné une éducation dans le cadre d'un trajet de soins, Conclusion pas de facturation possible pour la première ligne.
- ✓ avoir une réunion pour se présenter, savoir comment on peut travailler ensemble...

4.3 Bijlage 3:Q.23 Diabeteseducator eerste lijn: Waarom volgt u geen opleidingen georganiseerd door het conventiecentrum ?

NL:

- ✓ er zijn er geen
- ✓ omdat ik de opleiding op eigen initiatief heb gevolgd, de bijkomende opleidingen gaan meestal uit van het LMN, van het conventiecentrum ontvang ik zelden uitnodigingen
- ✓ niet uitgenodigd
- ✓ Zijn die er dan???
- ✓ net afgestudeerd, volgend jaar wel weer bijscholingen
- ✓ Nog te integreren in de praktijk.
- ✓ ik volg opleidingen via LMN en oa NVKVV,VDV
- ✓ Geen info over gekregen
- ✓ geen uitnodiging
- ✓ niet ter beschikking
- ✓ ik volg enkel de coaching
- ✓ ik volg opleidingen buiten de conventie
- ✓ ik krijg geen uitnodiging. ik volg coaching bij lmn
- ✓ Ik ben daar niet van op de hoogte. Ik krijg geen uitnodigingen
- ✓ nog geen uitnodiging toe gekregen
- ✓ opleidingen gebeuren via werkgever
- ✓ geen aangeboden
- ✓ geen uitnodiging gehad
- ✓ conventie centrum waar ik contract mee heb, heeft mij nog niet uitgenodigd. (heeft ook sinds mijn contract nog niet georganiseerd)
- ✓ Omdat deze niet veel worden aangeboden
- ✓ reeds veel opleidingen gevolgd elders
- ✓ Nog niet lang werkzaam
- ✓ geen aanbod
- ✓ geen weet van
- ✓ ben niet op de hoogte
- ✓ voldoende opleidingen binnen de organisatie waar ik werk
- ✓ nog niet van gekomen
- ✓ onvoldoende aanbod
- ✓ Via het LMN nog geen informatie gekregen omtrent bijscholingen die georganiseerd worden vanuit de conventies
- ✓ opleidingen gebeuren via het werk
- ✓ worden door het lmn georganiseerd in samenwerking met conventiecentrum
- ✓ Ik volg ze op eigen initiatief
- ✓ voorlopig geen aanbod; uitgezonderd als georganiseerd via LMN dan soms wel in conv. Centr.
- ✓ Ik laat dat aan educatoren van tweede lijn over
- ✓ ik denk dat er geen zijn
- ✓ de huisartsenkring van kortijk organiseert samen met de 2 lijn overleg en bijscholing. ik word hiervoor steeds uitgenodigd.
- ✓ de mogelijkheid was er nog niet

- ✓ werk zelf in het conventiecentrum en volg de opleidingen buitenshuis
- ✓ Kreeg nog geen kans daartoe
- ✓ geen contact mee
- ✓ nog geen uitnodiging tot ontvangen
- ✓ Geen nood
- ✓ genoeg andere aanbiedingen
- ✓ op eigen initiatief, pas later in conventiecentrum gaan werken
- ✓ Ik volg andere opleidingen die georganiseerd worden voor diabeteseducatoren
- ✓ geen uitnodiging
- ✓ nog maar juist gestart
- ✓ geen aanbod
- ✓ omdat ik geen uitnodiging ontvang en niet steeds weet wanneer er bijscholingen zijn!!!
- ✓ nog niet voorgedaan

FR:

- ✓ pas eu l'occasion
- ✓ si j'y suis invité pour un thème ou une certaine information
- ✓ Je ne suis pas au courant de leurs formations.
- ✓ Par manque de temps. J'ai déjà une activité principale.
- ✓ suivi d'autre formation pour éducateur en diabétologie (CEFOP)
- ✓ Il n'y a pas de formations de prévues
- ✓ pas contactée donc pas au courant de ce qui est organisé
- ✓ je n'ai jamais été invitée
- ✓ cela ne c'est pas encore présenté. les formations sont organisées en général par les firmes ou l'ABD
- ✓ cela m'intéresserait
- ✓ On ne reçoit pas d'invitation
- ✓ Non invité car non reconnu professionnellement et légalement [INAMI]
- ✓ je suis des formations continuées avec le cefop de liège
- ✓ PAS DE CONTACT
- ✓ parce que je suis régulièrement des journées formatives organisées par l'Abd ou autres associations
- ✓ je suis en première et deuxième ligne, je suis de nombreuses formations dans le cadre de la deuxième ligne et ai toutes les infos
- ✓ PAS DE PROPOSISSION
- ✓ parce qu' il n'y en a pas
- ✓ jamais proposé
- ✓ Formations via délégué ou rlm
- ✓ Impossible

4.4 Bijlage 4: Q35. Diabeteseducator eerste lijn: Heeft u tenslotte nog opmerkingen, aanbevelingen of suggesties om de situatie op het terrein te verbeteren op vlak van diabeteseducatie (zowel voor de patiënt als voor de betrokken zorgverleners)?

NL:

- ✓ educatie graag bij de educator zelf dan kun je een ruimte goed inrichten grote opmerking: de huisartsen: veel huisartsen in mijn regio zien het niet zitten om een zorgtraject op te starten, bijgevolg hebben ze ook geen educator nodig, ze vinden het te omslachtig, te tijdrovend, en ook belangrijk: in mijn regio: malle zoersel is er geen LMN: kan ook handig zijn voor de huisartsen zelf als houvast, zeker in het begin groot nadeel: ik heb zelf papieren moeten opstellen ivm info over P als leidraad voor mezelf, en een aantekeninglijst over mijn aanwezigheid per sessie en de besproken onderwerpen er is ook een grote gemiste kans, om alle diabetesp. info te geven, ook de risico's; het zijn zij die de meeste vragen hebben en die ook mits de goede levenswijze: de ziekte nog wat kunnen uitstellen
- ✓ Als zelfstandig verpleegkundig heb je vaak weinig contact met de firma's! Je moet je steeds zelf informeren over de mogelijkheden, terwijl ze bij de grotere diensten wel goed op de hoogte worden gehouden. Vanuit de opleidingscentra komen er ook nog weinig uitnodigingen om eens een bijkomende cursus te volgen eens je de opleidingen achter de rug hebt!
- ✓ de educatietijd zou langer mogen zijn vb min. 45 min per sessie. De vergoeding dan ook in verhouding tot de tijd verhogen
- ✓ wanneer je uitsluitend educator bent heb je tijd genoeg, ik moet dit combineren met zelfst. thuisverpleging en de tijd is kort als je fulltime werkt. ik denk dat dat voor een huisdokter zo veel werk meebrengt dat hij er ook onvoldoende energie en tijd wil en kan insteken.
- ✓ Betere communicatiemogelijkheden met de verschillende partners, toegang van patiëntengegevens via een internetplatform
- ✓ Betere doorstroming van tweede lijn naar eerste lijn. Er worden nog erg veel zorgtrajectpatiënten in een conventiecentrum geëduceerd, waardoor er in de eerste lijn te weinig patiënten zijn. Soms krijgen patiënten automatisch een glucometer en educatie aansluitend op hun bezoek aan de diabetoloog, terwijl de huisarts de intentie had om een educator uit de eerste lijn in te schakelen. Deze mensen komen dan niet meer in aanmerking voor educatie aan huis omdat een opstart in het ziekenhuis geattesteerd werd. Soms wordt aan huisartsen gevraagd om een "problematische educatie" voor te schrijven met als argument dat het voor alle partijen gemakkelijker is als de patiënt in het ziekenhuis geëduceerd wordt. Het is als educator uit de eerste lijn (en als huisarts) erg moeilijk om hier tegen te ageren. - Preventie en patiënten educatie in een vroeger stadium zou zinvol zijn, bv. vanaf het moment dat de diagnose gesteld is. Het is soms schrijnend te zien hoe mensen, deels door onwetendheid, reeds verschillende complicaties opgelopen hebben. - De voorziene tijd voor een opstarteducatie (5x30 minuten) is soms te kort voor mensen die nog nooit eerder voorlichting of informatie gekregen hebben. Het zou beter zijn dat dit individueel per patiënt bekeken werd (bv. door huisarts). - De vergoeding per educatiesessie zou verhoogd mogen worden. Om een educatie aan te kunnen bieden die aansluit bij de behoeften en vragen van de individuele patiënt is vaak extra voorbereidend werk nodig. Ook naar overleg en verslaggeving gaat soms redelijk veel tijd en geld wat maakt dat de uiteindelijke verdienste per uur erg weinig is.
- ✓ tijd tekort, we zouden patiënten vlugger moeten terug zien, hervallen gemakkelijk
- ✓ Om mij bekend te maken als diabeteseducator schreef ik alle dokters in de regio (Oostende - Bredene) aan (110 brieven). Bij dit schrijven heb ik ook info ivm het zorgtraject diabetes gevoegd. Ik heb tot op heden geen enkele reactie gehad. De patiënten worden grotendeels vastgehouden in de ziekenhuizen. Patiënten die ik

naar het ziekenhuis stuur om het zorgtrajectcontract te laten opstarten keren plots terug op 3 inspuitingen waardoor ze weer buiten het zorgtraject vallen. Vele patiënten voor het zorgtraject worden voor onze neus weggesnoept door de thuiszorgorganisaties van de 3 grote zuilen. Artsen uit de eerste lijn lijken mij in deze regio niet echt geïnteresseerd en zelfs niet echt op de hoogte van het ZTD. Als zelfstandige heb ik heel veel tijd en geld in de opleiding geïnvesteerd, dit was echter volledig tevergeefs. 5 educaties op één jaar is niet lucratief. Toch hoop ik dat dit zal beteren want ik doe het enorm graag.

- ✓ juiste vergoeding voor de gegeven educatie(= gebruikte tijd) // Nog beter samenwerking met huisartsen
- ✓ Teveel educatoren die op zeer verschillend niveau opgeleid worden. Verminder het aantal opleidingen en verhoog het niveau.
- ✓ patiënten moeten veel vroeger doorgestuurd worden naar diëtisten, wij hebben onvoldoende betaalde tijd ter beschikking om onze patiënten te educeren en begeleiden, de fabeltjes door anderen te weerleggen
- ✓ IEDER PATIENT EIST EEN ANDERE VOORBEREIDING, OPVOLGING WAARDOOR OOK DE VERGOEDING EN OOK TIJD PER PATIENT NIET IN EVENREDIGHEID IS
- ✓ voor buitenstaanders onduidelijk, veel administratief werk. zorgtraject zou niet mogen opgestart worden vanuit 2de lijn, dit is nu soms verwarrend en worden soms zowel 1ste als 2de lijn ingeschakeld. Vooral huisartsen weten niet steeds hoe het zit.
- ✓ Slechts 4 doorverwijzingen in meer dan 1 jaar , erg spijtig , huisartsen blijven in deze streek aanmodderen en verwijzen liever door naar conventie .
- ✓ dieeteducatie zou verplicht moeten zijn voor elke patiënt, want dit is de basis voor een effectief diabetesbeleid en dus volledig vergoed moeten worden door riziv
- ✓ kwaliteitslabel uitreiken aan degelijke opleidingen, er zijn teveel charlatans....
- ✓ meer tijd per sessie, beter betaald, graag een beroepstitel en de daarbij logische loonsverhoging.
- ✓ Meer educatie uren voor de diëtisten- diabeteseducatoren EN een duidelijk standpunt vanuit het Riziv over de voedingsadviezen die enkel door de diëtisten-diabeteseducatoren mogen geven worden en niet door de diabetesverpleegkundigen (gelijkaardig als de injectietechnieken) (Erkenning van de diëtisten). gratis communicatieplatform
- ✓ Samenwerking met conventiecentrum: Ik heb altijd gedacht dat het zorgtraject iets van de eerste lijn is. Terwijl in de praktijk ik moet vaststellen dat er zeer veel educaties in 2e lijn worden gegeven! De tijd die ik nodig heb om een educatie op een zo goed mogelijke manier te geven staat in fel contrast met de vergoeding. Ik heb bij een opstart 2 1/2u nodig om educatie te geven. Daar is mijn verplaatsing, administratie enz... nog niet bijgerekend. Wij zijn louter verlieslatend voor onze dienst! In tijden van crisis vrees ik dan ook soms voor mijn job! Terwijl de conventiecentrums ongeveer een half uur per opstart spenderen en er ruim voor vergoed worden!!! Frustrerend is dit. Maar gelukkig doe ik mijn job met hart en ziel!
- ✓ onze coordinator is volgens mij onprofessioneel en niet geschikt voor deze job uit te oefenen; ik heb de indruk dat ze niet weet waar ze mee bezig is. een waardige vervanger is dringend nodig die alles probeert terug op de sporen te krijgen
- ✓ De vergoeding staat niet recht evenredig met de tijd en energie die we in onze patiënten stoppen! Voor onze dienst zijn wij louter verlieslatend! Het feit dat 2e lijn een extra vergoeding krijgt om als educator te werken en de educatoren in 1e lijn niet is schandalig! We hebben toch dezelfde opleiding genoten! Of niet soms! Ik heb 180 pt in eerste lijn in het zorgtraject die ik educeer, met super goede resultaten. Ik kom met mijn uren in aanmerking voor die extra premie maar omdat ik in 1e lijn werk krijg ik die niet! Als dit geen discriminatie is, dan weet ik het ook niet!
- ✓ Meer spreiding van educaties voor zowel diabeteseducator verpleegkundige als diabeteseducator diëtiste en niet enkel 2x30 minuten met de diabetespas om een diabetespatiënt het totale dieet uit te leggen en om de patiënten op te volgen.
- ✓ groepsessies mogelijk maken lotgenotencontact is héél belangrijk

- ✓ het zou aan te raden zijn dat diabetes patiënten, vanaf diagnose in het zorgtraject kunnen, zou zouden we vroeger kunnen ingrijpen. het zou beter zijn om een vergoeding per jaar per patiënt te krijgen en niet per half uur
- ✓ de terugbetaling van de dieetverstrekkingen is heel onduidelijk voor de patiënt en ontoereikend. Zowat alles wordt terugbetaald behalve dieet: maar iedereen vindt dieet wel heel belangrijk?!? Artsen schrijven geen voorschriften, dus daar moet ik nadien nog steeds naar vragen.
- ✓ er zou meer tijd voorzien moeten worden om educatie aan te bieden. Er moet teveel informatie gegeven worden op beperkte tijd. Gevolg is dat heel veel informatie verloren gaat bij de patiënt. Informatie die toch wel heel belangrijk is ter preventie van o.a. chronische complicatie
- ✓ suggesties : administratief vereenvoudigen voor arts, patiënt apotheker en educator. Duidelijke richtlijnen over wat in dossier van educator moet staan. Vergemakkelijking van gegevensdeling . Toelating om groepseducaties te geven in bvb medisch huis. Starteducaties voor pas gediagnosticeerde.(oad) Erkenning van de educator in de 1e lijn.
- ✓ Als je werkt in een Buurtgezondheidscentrum mag je geen educatie geven aan patiënten die niet ingeschreven zijn. Niemand weet daar een oplossing voor. Op die manier is het aantal patiënten dat ik educatie mag geven veel te weinig. Hooguit 1 of 2 per jaar.
- ✓ Afstanden tussen de woonplaatsen van patiënten zijn soms te groot. Vergoeding? Opvolgeducatie in sommige gevallen verplicht maken? Soms opvolging via groepseducatie mogelijk maken voor beter geregelde diabetespatiënten? (als herhaling en hermotivatie)
- ✓ Misschien wat meer info over wat er juist in het verslag moet staan dat ik naar de huisarts toestuur. Ev een klaargemaakte map met welke papieren noodzakelijk zijn, nu heb ik allerlei bij elkaar gesprokkeld in de hoop dat het voldoet aan de eisen van het RIZV.
- ✓ gratis medibridge voor alle educatoren eerste lijn
- ✓ de tijd en vergoeding staan niet in relatie met elkaar ,er ontbreekt een motivatie van huisartsen =be-last en op-gave voor hen ,niet preventie gerichte geneeskunde en weinig objectieve verwijzingen. meer toezicht dat de pt het niet alleen voor het materiaal doen maar echt vanuit een preventief oogpunt ,ik denk dat dit de toekomst is in de gezondheidszorg -beter voorkomen dan genezen=kosten besparend maar die klik is er nog niet bij vele
- ✓ ik heb nog geen educatie gegeven, heb diploma sedert juni 2012, zelf VPK hebben weinig kans om educatie te geven
- ✓ Er zou een gezamenlijk dossier moeten komen zodat iedereen kan zien wat er met de patiënt wordt besproken en hoe alles medisch verloopt. Dat is er nu helemaal niet. We informeren bij de patiënt en als die het niet weet, dan verspil jezelf veel tijd om dat allemaal uit te zoeken.
- ✓ onze zorg coördinator doet heel goed haar best
- ✓ Diabeteseducatie opgedeeld door verpleegkundige educator en diëtist educator! Dieetadvies binnen zorgtraject enkel door diëtist educator!
- ✓ grootste probleem is dat patiënt ons niet altijd als eerste vindt. Meestal gebeurt dit nadat apotheker beseft dat er een attest te kort is. Er worden vaak glucometers mee gegeven door apothekers zonder attest, soms ook meters die totaal niet geschikt zijn voor die patiënt
- ✓ Er zijn nog steeds patiënten met een zorgtraject die niet worden doorgegeven en dus geen educatie krijgen. De beschikbare tijd per educatiesessie komt overeen met de tijd dat ik bij de patiënt ben, maar er wordt geen rekening gehouden met verplaatsing, in orde brengen van voorschriften, maken van verslag enz..... Wanneer je alles bij elkaar telt is dit een dik ONDERBETAALDE job!!!!
- ✓ voor huisartsen nog te onduidelijk hoe en wanneer ze educatie moeten voorschrijven
- ✓ betere vergoeding ook voor het administratieve werk, voorschriften zelden correct gemaakt. mogelijkheid om groepssessies te geven met ook een aparte vergoeding

- ✓ Diëtisten zijn in de zorgtrajecten buiten spel gezet. Er zou bij het begin van de opleiding gecommuniceerd mogen worden over het feit dat er in de praktijk enkel wordt doorverwezen naar verpleegkundigen. Op vlak van kennis rond diabetes is de opleiding wél een meerwaarde.
- ✓ de educator zou over meer gegevens moeten kunnen beschikken zoals labo's en ev. verslag endocrinoloog
- ✓ Als diëtist educator is het zeer moeilijk om enkel educatie te geven bij de mensen thuis. Een diëtist werkt over het algemeen niet aan huis maar in een consultatieruimte, voor minder mobiele mensen is het zo dat men wel aan huis gaat maar dit is een minderheid van de doelgroep, ook mensen die gebruik kunnen maken van het zorgtraject zijn over het algemeen goed mobiele mensen die zich graag uit huis verplaatsen (en hebben het niet graag dat er steeds iemand in hun huis moet komen maar dit kan wel anders zijn in landelijk gebied). Het is dan ook uiterst belangrijk om bij de evaluatie van het ZT rekening te houden om een wijziging door te voeren zodat ook educatieverstrekkingen binnen het ZT in de consultatieruimte van de educator-diëtist kunnen plaatsvinden en ik begrijp zeer goed dat dit door de lobby van de georganiseerde thuiszorg zal worden verhinderd. Maar het belangrijkste is hier toch wel de patiënt die ook hier een keuze dient te beschikken (thuis kan indien nodig maar in de consultatieruimte van een zorgverlener moet ook kunnen en zou eigenlijk de regel moeten zijn om de patiënt meer betrokken te maken)
- ✓ verkorte opleiding gevold en hierdoor veel onzekerheden zoals premie die tweede lijn wel krijgt; er worden nog veel teveel ptn door conventie gedaan
- ✓ verplaatsingsvergoeding, soms verre ritten gezien prijs brandstof en duur van verplaatsing
- ✓ weinig of geen begeleiding na de opleiding
- ✓ heel weinig doorverwijzing als zelfstandige. Weinig communicatie vanuit zorgtrajectpromotoren naar bijscholing of kennismaking. Diabetesconventies behouden teveel en starten zelf veel zorgtrajecten op. Spijt van opleiding en tijd voor zo weinig respons.
- ✓ opleiding: mag veel meer gericht zijn op het motiveren van mensen. financieel: voor de medisch huizen bestaat er geen vergoeding voor educatie, ik vind dat onterecht omdat daar echt veel tijd in kruipt en het een meerwaarde is dat de ptn dat hier kunnen krijgen (er zou een technische prestatie of een jaarlijkse vergoeding per pt moeten komen). voor zij die niet in een medisch huis of loondienst werken is het een zeer lage vergoeding denk ik, onmogelijk om daarvan rond te komen
- ✓ zowel voor diabetespatiënten als andere patiënten die inspanningen doen om gewicht onder controle te houden zou mogelijke terugbetaling een duwtje in de rug kunnen geven, want mensen die het meest nodig hebben zijn meestal minst kapitaalkrachtig
- ✓ groeperen van overleg ,ik werk met verschillende conventie centra en ook grens ik aan verschillende Lmn' s ,is het vaak dat we 2 of 3 x per week overleg hebben en steeds over het zelfde onderwerp EEN zou beter zijn met eventueel een rotatie systeem
- ✓ Het contact tussen huisarts en educatoren mag zeker nog verbeterd worden.
- ✓ Graag een kwaliteitslabel aan de opleiding vasthangen. Het kan niet zijn dat er collega's een opleiding kunnen volgen zonder examen af te moeten leggen !! Dit roept om verschrikkelijke situaties !!
- ✓ educatie moet verplicht worden bij de 1e diagnosestelling van diabetes
- ✓ Samen met een vriendin die ook educator is, heb ik met haar in juni ll meer dan 300 huisartsen per brief gecontacteerd, en we hebben zelfs tot op de dag van vandaag geen reacties op gekregen. Ik vind dat zeer erg en teleurstellend. Alles gaat naar WGK op campus Blairon. In deze regio hebben alle zelfstandige VK ook degene die naast hun vast werk dit in bijberoep doen of willen doen geen schijn van kans. Dit werkt demotiverend.
- ✓ Wij brengen de vergoeding van educatiesessies niet in omdat ik werk in een forfaitaire praktijk. Zou daar een mogelijk voor bestaan laat het me dan weten.
- ✓ ondersteuning om administratie (verslag ..) gemakkelijker te laten verlopen

- ✓ Onvoldoende kennis van het Nederlands leidt rechtstreeks tot minder goede betrokkenheid, gezondheid van de diabetespatiënt. Indien we echt bekommerd over de gezondheid van allochtonen, nieuwkomers dan is een betere inburgering een vereiste.
- ✓ De meeste huisartsen zien op tegen het administratief werk. Ik heb de indruk dat daardoor er minder zorgtrajecten afgesloten worden. De meeste educatoren hebben weinig werk. Terwijl er zoveel diabetespatiënten zijn... Onbegrijpelijk, we kunnen zoveel doen om patiënten te helpen, maar we moeten de kans krijgen.
- ✓ 1. communicatie educator --> huisarts = vaak eenrichtingsverkeer (geen retour op verstuurd verslagen) 2. voorschriften voor diabeteseducatie zijn zéér moeilijk te bekomen + zijn vaak onvolledig/verkeerd. Daarenboven is patiënt/educator volledig afhankelijk van de "goodwill" van de arts. 3. heb de indruk dat huisarts de educator als "bedreigend" ervaart 4. indruk dat voor een aantal toegekende zorgtrajecten überhaupt geen educatie wordt voorgeschreven. Hoeveel ??? 5. regeling van voorschriften voor educatiesessies is te complex en te rigide 6. het financiële plaatje voor de educator = ronduit erbarmelijk (administratie, transport, telefoon, ...) 7. dringend nood aan een degelijk geïnformatiseerd platform tussen de verschillende zorgverleners! 8. wie organiseert de opleidingen in het diabetescentrum versus wie krijgt hiervoor betaald? 9. informatie over al dan niet toekenning ZTJ is voor de educator moeilijk verifieerbaar. 10. de educator zou medezeggenschap moeten hebben in de therapiemogelijkheden: er wordt (nodeloos) véél te lang getalmd alvorens de medicamenteuze therapie aan te passen. 11. Een dikke chapeau voor het coördinatiecentrum in Brussel, het RmlB!
- ✓ er moet zeker méér tijd zijn voor educaties + patiënten moeten al opgevangen worden van bij het begin van het stellen van diagnose en/of risico-situatie ! ook te weinig vergoeding voor alle inspanningen en papier- en computerwerk dat er bij komt kijken. Er is veel achterna geloop om basisinformatie te krijgen en nog altijd onvoldoende kennis van eerstelijns werkers omtrent onze functie + wanneer wat kan en moet
- ✓ praktische opmerking: hoe geraak ik op een efficiënte manier aan de nodige voorschriften van de huisarts?
- ✓ een diabetesconventiecentrum zou geen eerstelijnseducatie naar zich mogen toetrekken!!!!
- ✓ Veel tijd en energie nodig per educatie, in tegenstelling tot de verdienste!
- ✓ administratief veeeeel minder werk , en meer tijd voor patiënten. Educaties starten bij diagnose diabetes, of pt die verhoogd risico lopen dan hebben educaties denk ik meer nut, niet wachten tot ptn moeten inspuiten.
- ✓ Starteducaties dienen overgelaten te worden aan 1e lijn en niet afgenomen te worden door 2e lijn. duidelijker lijn wat er dient te gebeuren met groep 3a uit de conventie ofwel ZT ofwel conventie. orale in ZT e lijn één spuiters enkel voor 1e lijn
- ✓ Opleiding diabeteseducator meer specifiek maken voor verpleegkundige - diëtisten. Meer praktische casussen - hoe verslaggeving, voorschriften, ... tijdens opleiding.
- ✓ Duidelijk maken van de taak als diëtiste educator aan de (huis)/artsen.
- ✓ mogelijkheid tot raadplegen van parameters, medicatieschema, adviezen,... van diabetoloog en huisarts, goedkeuring ZTD van mutualiteit, ... + doorsturen van verslaggeving na educatie naar de betrokken partners via digitale (beveiligd + gratis) weg (e-health?)
- ✓ als zelfstandige missen wij heel wat patiënten omdat ze opgeslorpt worden via grote organisaties - voor de patiënt op maximale orale medicatie kan een educator met achtergrond verpleegkundige weinig relevante praktische oplossingen aanbieden omdat deze mensen vooral kunnen geholpen worden via voedingsuitleg (koolhydratenkennis en gewichtsreductie) en lifestyle, deze mensen zitten optimaal bij diëtist/educator -Meer samenwerking tussen zelfstandigen is aan de orde met goede afspraken over verdeling van de sessies afhankelijk van de nood van de pt (deels nood met uitleg over inspuiten = verpleegkundige-educator, relatie voeding- koolhydraten-insuline en gewichtsbeheersing=diëtist-educator; op het werkveld voel je dat de verpleegkundige-educator bang is om sessies te mislopen omdat diëtist erbij komt... misschien moet dit officieel geregeld worden?

- ✓ minder werken op voorschrift arts verslaggeving aan arts indien nodig , niet systematisch, arts leest de verslagen niet altijd vergoeding voor administratie: verslaggeving, telefoons vergoeding voor verplaatsing als diabeteseducator mee opgenomen worden in de ondertekening van het contract zodat patiënt verplicht wordt om een educator te zoeken
- ✓ naar voedingseducatie zou er meer tijd moeten kunnen uitgetrokken worden. 2 x 30 min in een jaar is heel weinig om concrete problemen te kunnen aanpakken.
- ✓ Waar nodig zouden we nog meer educatie moeten kunnen geven. Meer educatiesessies kan bij veel patiënten leiden tot betere resultaten.
- ✓ de vergoeding die men krijgt per sessie ligt te laag wanneer men als educator gewone diabetespatiënten insuline gaat geven vind ik het niet meer dan normaal dat er een extra vergoeding komt bovenop de normale nomenclatuur om het opleidingsniveau te herkennen en te vergoeden - WEG MET DE QUOTA!!!!!!!!!!!!!!!
- ✓ Opstarteducatie : 5x30' te weinig tijd voor educatie Geen vergoeding voor : - een verslag te maken en op te sturen naar de huisarts en endocrinoloog - verplaatsingskosten
- ✓ Communicatie tussen de huisartsen en de educator verloopt moeilijk. Elektronisch verslagen doorsturen is niet mogelijk. De educator zou via elektronische weg beperkt inkijk moeten krijgen in dossiers van de betrokken diabeet vb. labo waarden, medicatie en laatste verslag van de diabetoloog.
- ✓ Naast de educatie geven kruipt er veel tijd in voorbereiding en administratie, hiermee wordt weinig rekening gehouden. Ook de afstanden tot een pt zijn meestal bij mij verder dan mijn dagelijks werkterrein wat ook meer tijd, mazout,... opsloopt en niet echt in verhouding is volgens mij met de vergoeding ervoor aangezien we wel zelfstandigen zijn en er dus een groot deel van afgeven aan verschillende overheidsinstanties...
- ✓ Ziekenhuseducatoren doen vaak ook de educaties van de zorgtrajectpatienten, terwijl het toch de bedoeling was dat deze zorg vooral door de eerste lijn werd uitgevoerd. Vaak komen de zorgtrajectpatiënten niet bij de eerstelijnseducator terecht (niet doorverwezen door de huisarts of patiënt krijgt verder in het ziekenhuis de educatie). Systeem van glucometer is ook niet ok. Patiënt kan overal en makkelijk aan gratis glucometer geraken en dan heeft hij geen educator meer nodig om een attest hiervoor te maken.
- ✓ Er komt teveel papierwerk bij kijken, de huisartsen geven niet de juiste informatie mee aan de pat. Dit vraagt veel tijd.
- ✓ als zorgverlener: verplaatsing naar patiënten zeer tijdrovend en zeer veel voorbereiding nodig voor goede verloop van educatie zoals contacten HA, mutualiteiten, controle gegevens enz.Het geheel is heel tijdrovend.
- ✓ betere samenwerking en communicatie met de huisarts (loopt minder goed); huisartsen starten in het algemeen weinig educaties op en administratie is zeer dikwijls niet in orde (voorschriften); men krijgt ook geen reactie op verslagen.
- ✓ heb de indruk dat de ziekenhuizen meer en meer zelf de patiënten houden, ook die die in het zorgtraject zitten
- ✓ de tijd die we krijgen is veel te weinig, verslaggeving per sessie is te arbeidsintensief en biedt te weinig voordelen, veel te veel gedoe voor de nodige voorschriften te krijgen, kruipt veel te veel tijd in die we niet betaald krijgen, we doen vaak meer dan we moeten doen, door de patiënt wordt dit gelukkig gewaardeerd maar voor het riziv telt alleen de gepresteerde prestatie en ik heb de indruk dat de patiënt niet centraal staat
- ✓ er wordt nog heel wat werk overgenomen door de educator en de diabetoloog wat eigenlijk door de huisarts zou moeten gebeuren. De huisarts is nog onvoldoende vertrouwd met begrippen als shared care. Er wordt ook veel te weinig terugverwezen door de huisarts ingeval problemen. De patiënt zelf neemt niet gemakkelijk het initiatief om contact te nemen bij problemen. Hierdoor worden de 'educaties in probleemsituaties' onvoldoende benut, ook al is extra educatie bij HbA1c hoger dan 7.5% bvb. verplicht. Vaak weet je dat niet eens als educator, omdat de huisarts niet terugverwijst.
- ✓ Ik heb mijn diploma als diabeteseducator gehaald net voor de "heisa" over het wel of niet mogen uitleggen hoe mensen hun insuline moeten inspuiten. Eenmaal dat ik mijn diploma had, mochten de diëtisten-

educatoren dit niet meer geven. Ik vind dat schandalig! Het is geen medische handeling want wij zetten die spuiten niet maar we leren aan. Daarnaast geven alle educatoren (ongeacht de vooropleiding) voedingsadvies. Meermaals is dit voedingsadvies onvolledig, soms niet correct en wordt het niet opgevolgd. Kan dat niet anders georganiseerd worden?

- ✓ patiënten opvolging 1h/jaar is te weinig automatisch ontvangst bloedanalyse en verslag endocrinoloog geen opstart in 2de lijn
- ✓ Er is een deskundigheid competitie tussen huisartsen en diabetes educatoren / huisartsen zijn bang om met educatoren te werken en proberen dit zoveel mogelijk te vermijden , vermoedelijk omdat de educator het vertrouwen van de patiënt wint en de huisarts een deel vertrouwen verliest . Ik stel ook vast dat er niks gebeurt met het verslag , info wordt niet doorgegeven aan de diabetoloog , educatie wordt niet altijd ondersteunt , zorgtraject is een middel om extra raadplegingen te doen en financieel interessant , noodgedwongen wordt de patiënt doorverwezen naar de educator . Mijn inziens is de moeilijkste groep om multidisciplinaire samenwerking te promoten de huisarts . Deze groep wenst altijd de touwtjes in handen te houden en kijken neerbuigend naar de andere zorgverleners , dit is geen situatie waarin vertrouwen kan groeien . In groep werken betekent : elkaar vertrouwen , elkaar respecteren en elkaar behandelen als gelijken . Persoonlijk vind ik dat de patiënt meer verantwoordelijk gesteld moet worden , nu wordt hij geleid door de zorgverleners en door de huisarts , het zou veel efficiënter zijn indien men de patiënt meer verantwoordelijkheid zou geven : bijvoorbeeld -strips afgeven mits verantwoording afleggen - oftalmoloog terugbetaling mits regelmatige raadpleging - strips afgeven mits goed gebruik glucometer - Apotheker moet zeker ook betrokken worden in het traject , functioneert nu veel teveel aan de zijkant De patiënt dient educatie te krijgen bij de diagnose
- ✓ De patiënt moet op korte tijd zeer veel leerstof verwerken, er is te weinig tijd om alles goed door te nemen. Als u u werk goed wilt doen heeft u meer tijd nodig dan de tijd die nu voorzien is.
- ✓ Artsen meer stimuleren om door te verwijzen naar een zelfstandig educator
- ✓ De opleidingen zeker in Roeselare kunnen véél beter. Naar stage en praktische tips was dit allesbehalve. Cursisten uit Gent zijn veel beter geïnformeerd.
- ✓ meer overleg arts, educator, specialist
- ✓ er zijn nog steeds huisartsen die onvoldoende op de hoogte zijn van het zorgtraject, waardoor sommige patiënten de weg naar het zorgtraject niet vinden. En dat is erg jammer... Hier is in de buurt een conventiecentrum (niet hetgeen waar ik een contract bij heb) dat niet open staat voor het zorgtraject, coaching loop ook niet zoals het hoort...
- ✓ Bij avondeducatie is er geen extra vergoeding voorzien. Ik heb enkele werkende pt die na de werkuren moeten geëduceerd worden.(na 19uur) Bij probleemeducatie 4x 30minen 4 voorschriften is te complex, Bij anderstaligen is er meer educatie tijd nodig, benzine vergoeding, of KM vergoeding. Ik werk in Antwerpen noord verschillende gemeenten. Afstand tijd en benzine en dan de vergoeding die daar to staat klopt niet. Ook extra werk ivm verslagen van elke bezoek is omslachtig. Ook je bezoeken aan huisarts om het juiste voorschrift te bekomen loopt niet altijd vlot.
- ✓ Het is een feit dat hoe meer pten je hebt, hoe meer je het onder de knie krijgt. Sommige conventiecentra staan niet open voor eerste lijn. Mentaliteit zou hierin moeten wijzigen. Vanuit eerste lijn kan je pas echt aan gedragswijziging werken. Je ziet de werkelijke leefomgeving van de p. Educatie stopt niet bij het educeren van je p. Bijscholing is uiterst belangrijk!!! Drempel is lager in eerste lijn voor pten.
- ✓ nog meer bekendmaking en voorzieningen voor ptn . Meer educatief materiaal, dat voor alle mensen verstaanbaar is. Analfabeten, blinden en doven....
- ✓ Voor iedereen standaardformulieren voorzien voor verslaggeving, en een vlotte communicatie qua regelgeving inzake zorgtraject door Riziv etc.

- ✓ er zijn zeer grote verschillen tussen de verschillende diabetescentra. Sommige centra werken zeer goed samen met 1e lijn en zijn echt een meerwaarde in het samen bereiken van de doelstellingen waar het zorgtraject diabetes voor staat. samenwerking met ... en ... bijvoorbeeld verlopen uit mijn ervaring zeer moeilijk. Endocrinologen zoals Dr ... en Dr ... laten duidelijk voelen dat zij de educaties 'beter' doen in de tweede lijn en doen ze dan ook systematisch zelf. als educator in de eerste lijn, mag je nog zo een goed contact met arts hebben en je best doen om kwalitatieve educaties te leveren, als de endocrinoloog niet mee wil in dit proces, is het zeer frustrerend en voelt het alsof je 'vecht tegen de bierkaai'. Als de patiënt na de ondertekening van een zorgtrajectcontract bij de endocrinoloog systematisch niet meer terug doorverwezen wordt naar de eerste lijn, dan vind ik dit een groot probleem, waar tot op vandaag niemand iets aan doet. waar zit dan de multidisciplinaire samenwerking? eerste lijn kan volgens mij echt een waardevolle aanvulling zijn op de werking van de tweede lijn, als iedereen op zijn eigen terrein de kans krijgt om expertise op te bouwen dan kan dit echt werken. Ondanks dat alles blijf ik gemotiveerd om kwalitatieve begeleiding te voorzien voor diabetespatiënten en blijf ik open staan voor de samenwerking met huisartsen, diabetescentra, podologen, diëtisten, apothekers,...
- ✓ betere verloning voor de geleverde prestaties en erkenning van BBT ook voor de zeldzame zelfstandige educatoren (niet werkzaam in een conventie of organisatie!).
- ✓ Vele van die vragen kan ik niet invullen want er worden geen diabetesen doorgestuurd. Als zelfstandig diëtiste-diabeteseducator heb ik alleen maar het aantal diabetesen zien afnemen in de loop der jaren? Wie educeert de diabetesen rond voeding? Zou het kunnen dat onze taak overgenomen wordt door de verpleegkundigen? Of blijven de diabetesen toch in het ziekenhuis?
- ✓ Als je als diabeteseducator in alles het initiatief neemt: contact met huisarts, conventiecentrum, verloopt het meestal redelijk goed. Zo niet krijg ik veel te weinig informatie van andere disciplines. maar de vele telefoontjes, postzegels, administratie wordt niet voldoende vergoed.
- ✓ in stedelijk gebied zeer veel tijdverlies om naar patiënten te geraken, parkeerplaats te vinden, zorgen dat je geen boete hebt
- ✓ elektronisch communicatieplatform ifv betere doorstroming van info en ondersteuning van de administratie

Fr:

- ✓ promouvoir et valoriser d'avantage l'importance de l'éducation. Soutenir les structures telles que les Maisons du diabète de la Province de Luxembourg à fin qu'elles ne disparaissent pas, notamment par manque financiers.
- ✓ sensibiliser plus les médecins traitants afin qu'ils s'impliquent plus dans le trajet des soins et aux patients, mettre à leur disposition les informations adéquates pour qu'ils sachent que les éducateurs diabétiques existent et ils sont là pour eux.
- ✓ Voilà plus d'un an maintenant que j'ai suivi la formation, et... je n'ai toujours pas pris en charge de trajet de soins. Aucune demande!!! Quand je discute avec mes collègues du nord de la province (de Luxembourg), leur activité en tant qu'éducateur en diabétologie est aussi quasi nulle! Pourquoi??? Médecins généralistes et/ou spécialistes réticents? Maisons du diabète qui prennent en charge? Centres de convention? ... Dommage!
- ✓ Il faudrait évidemment revaloriser nos honoraires, les déplacements sont conséquents et le temps passé pour réaliser nos rapports n'est pas rémunéré. Il faudrait également prévoir une rétribution lorsque les

patients ne respectent pas ou oublient un rendez vous. Il y a à Charleroi beaucoup d'abandons. Les soins infirmiers sont plus intéressants financièrement que les trajets de soins, c'est un comble.

- ✓ Augmenter la motivation des médecins traitants
- ✓ selon le type de patients, le nombre de séances d'éducatives est parfois insuffisante. Pour d'autres les séances supplémentaires ne sont pas utiles. Nous devrions pouvoir prescrire nous même le nombre de séances nécessaires aux patients. Et 2 séances, au minimum devrait être obligatoire pour tout patients en TDS. -Le système des TDS reste trop complexe pour tout le monde, médecins, éducateurs et patients, il devrait être simplifié.(demande de prescription, délivrance du matériel, travail de collaboration avec les différents prestataires de soins...) -La rémunération n'est pas très motivante pour accomplir le travail administratif et le suivi des patients (rien n'est prévu pour ça) : qui travaille pour 20 euros brut l'heure et demi?. Heureusement qu'on aime ce que l'on fait...et que la prévention est importante
- ✓ meilleure collaboration avec généralistes et spécialistes surtout en terme de transmission d'info avant éducation ou d'objectif individuel, prendre en compte le temps et le coût du déplacement (parfois important), le temps de rédaction des rapports
- ✓ 1/ Projet pilote INAMI excellent en théorie 2/ Certains Médecins généralistes toujours contre 3/ Suppose une structure d'organisation et de suivi SISD efficace, ce qui est le cas 4/ Temps imparti et financé trop restreint pour réel efficacité - suppose préparation, déplacements, disponibilité, travail administratif ++ et parfois bureaucratique. L'infirmière indépendante ne va pas laisser tomber ses patients non diabétiques pour donner priorité aux patients diabétiques à éduquer. Tous sont prioritaires... Les remplaçantes doivent donc assumer des soins supplémentaires 5/ perception de non reconnaissance effective du travail de l'Éducateur par l'INAMI (ceci est la première enquête dans laquelle l'avis des intéressés est demandé ! depuis la mise en route du projet) 6 Numéro définitif d'Éducateur non encore accordé. Ce numéro définitif avait été accordé puis retiré avec retour au numéro transitoire sans prise en compte réelle des arguments par l'INAMI (qui par ailleurs souhaite qu'il y ait plus de prises en charge...) Tout cela amène à une perception que l'INAMI ne soutient en rien ses prestataires mais au contraire a, comme d'habitude, une attitude de contrôle, de suspicion et parfois même de dédain vis vis du travail accompli 7/ cela n'empêche pas de réaliser le travail d'éducation des patients par respect pour le patient, le contact avec lui et les résultats positifs obtenus pour certains 8/ pourquoi l'INAMI persiste-t-il toujours à comparer les prises en charges plus élevées en nombre au nord du pays par rapport au sud ? Pour culpabiliser le sud ? Pour valoriser le nord ? l'INAMI est-il certain que les prises en charge au nord sont efficaces ? Compare-t-il les mêmes paramètres ? Quelle est la proportion relative de diabétiques au nord et au sud ? L'analyse est-elle vraiment objective ?
- ✓ Aucune rémunération pour les déplacements, idem pour l'administratif (rapport obligatoire !!!!) et temps de contact avec tous les intervenants
- ✓ nous avons un manque de temps et de moyen financier, nous avons des trajets importants ,des rapports à effectuer tout cela pour 5*20euros.Le travail est très intéressants mais le temps nous manque.
- ✓ En maison médicale au forfait, le temps de l'éducation peut être prolongé. Nos rapports d'éducation sont envoyés au diabétologue, leurs rapports devraient aussi nous être envoyés. Il serait intéressant qu'une partie des éducations puissent avoir lieu en groupe.
- ✓ Réduire le délai d'attente de l'accord du trajet de soins une fois que la demande est envoyée au médecin conseil
- ✓ MANQUE DE PERSONNEL.PEU ATTRACTIF
- ✓ allégé la procédure papiers car patients perdus, plus de moyens car à long terme pas assez rémunéré!!! imposé des documents pour rapports et dossier afin d'être certain d'être dans les règles.
- ✓ Avoir plus de temps lors des séances d'éducation. Prévoir le paiement pour le temps administration et trajet vers le patient. Pour l'instant c'est du bénévolat.

- ✓ Ques les éducateur(trice)s qui travaillent en MRPA/MRS/CSJ soient reconnu(e)s apar l'INAMI comme dans les Centres conventionnés ou en partenariat... Plus de diabétiques de types-2 en MRPA. c'est une réalité qu'il ne faut pas niée et pour laquelle il ne faut pas fermer les yeux. Encourager les éducateur(trice)s en diabétologie qui y travaillent.
- ✓ de l'administration en moins serait bien.....vérifiez tout...répondre au tel des patients et aux autres prestataires (pharmacies, diététicien...)demande du temps et celui n est pas reconnu
- ✓ communication insuffisante avec les généralistes
- ✓ il faudrait une meilleure collaboration avec les généralistes qui ne sont pas intéressés à ce programme. J'ai l'impression que nous devons nous débrouiller pour tout certificats prescriptions suivis...
- ✓ attractivité de la formation en augmentant le tarif des honoraires, pouvoir recevoir plus fréquemment les patients dans son cabinet ce qui nous éviterait de passer beaucoup de temps sur les routes, avoir un honoraire pour la rédaction du rapport. Collaboration plus intense avec les médecins car les renseignements nécessaires à notre anamnèse ne sont pas rassembler par le médecin et nous perdons beaucoup de temps qui pourrait être profitable au patient.
- ✓ nous avons par les maisons du diabète, un projet qui permet de prendre en charge tous les patients diabétiques type 2 (même sans toutes les complications des TDS et avec plus de facilité pour les éducateurs, les patients et les médecins. Ces maisons risquent de disparaître faute de financement. A quand une reconnaissance de telles structures qui sont confortables tant pour les patients, médecins et éducateurs ????? Sans elles, j'arrête de suite de travailler en première ligne.
- ✓ PLUS DE COMMUNICATION ENTRE INTERVENANT ET POUR LES PATIENTS IL SERAIT INTERESSANT QU'ILS TROUVENT NOTRE NUMERO SUR LE SITE DE L'INAMI. IDEM POUR LES Médecins.
- ✓ création de RLM (le plus régional possible) avec une bonne collaboration et organisation à tous niveaux des intervenants.
- ✓ l'éducation devrait être rendue obligatoire dès l'annonce du diagnostique ! C'est là que se situe la prévention des complications! La société y gagnerait en argent et le patient en qualité de vie! Ensuite, le patient devrait être suivi plus régulièrement pour l'encourager dans ses efforts...c'est une maladie chronique, le patient doit être soutenu (le rôle d'une infirmière se maintient dans la durée).
- ✓ Brochures difficile a avoir. Surtout les carnets d'autocontrôle de l'abd.
- ✓ que les médecins traitants soient au courant de ce qu'ils peuvent faire. cela simplifierait bcp notre tache...

4.5 Bijlage 5 : Q4. Diabetesconventiecentra : Wat waren de thema's van de bijeenkomst(en)?

NL:

- ✓ Insuline: casussen, werking insuline en hun soorten. Incretinmimetica's. Diabetes en voeding, nieuw decreet rijbewijs. Diabetische voet. Vraag- en antwoord: ingestuurde casussen bespreken. Neuropathie en rook stop.
- ✓ nieuwe medicaties / sociale aspecten van diabetes / preventie voetproblematiek / misvatting over voeding (met rollenspel) / ...
- ✓ glycemiecurven
- ✓ opstarten, aanpassen insuline
- ✓ overzicht nieuwe antidiabetica hoe motiveren van patiënten
- ✓ evaluatie verloop zorgtraject
- ✓ insuliner therapie, van markt trekken van Mixtard, educatie na opname in het ziekenhuis, glycemie meting, A1c, de kwetsbare patiënt, incretinmimetica, spelen met orale antidiabetica, fysio pathologisch nadenken over diabetesvoet, vraag-antwoord (wat ter tafel komt)
- ✓ niets specifiek gezien eerste bijeenkomst , navragen waar nood aan is
- ✓ vnl bespreking van problemen ondervonden door de educatoren van de eerste lijn
- ✓ nieuwe medicatie case reports
- ✓ rijbewijs psychologie opstarten insuline
- ✓ Orale antidiabetica Insuliner therapie Voetverzorging Dieet
- ✓ Theoretische bijscholing door arts, werkgroepen geleid door tweedelijnseducatoren over verschillende onderwerpen
- ✓ Casuïstiek perorale tot en met 2 injecties; rijbewijs, reizen, ziekte, voeten...
- ✓ werking van de zorgtrajecten
- ✓ insuline-aanpassingschema's en diabetische voet
- ✓ evaluatie ZTD, Dieet, Beweging bij DM, nieuwe medicaties, Waar staat VDV voor?
- ✓ nieuwe medicatie/overzicht van verschillende meters/priktechnieken/bespreking casussen
- ✓ 1.Spuittechnieken en nieuwe naalden 2.Nieuwe medicaties
- ✓ Zorgtrajecten : hoe praktisch implementeren Casuïstiek Nieuwe behandelingsmogelijkheden diabetes mellitus type 2
- ✓ dpp-4 Casuïstiek
- ✓ doel coaching eerstelijnseducatoren Incretines Mimetica en DPP 4-remmers: theorie en casussen Insulinepennen Stand van zaken betreffende het zorgtraject Diabetes en voeding: koolhydratenruilwaarden en zoetstoffen
- ✓ multidisciplinaire aanpak van diabetes type 2
- ✓ gebruik incretines, kanker en diabetes, richtlijnen behandeling diabetes mellitus type 2 , bespreking casussen
- ✓ nieuwe antidiabetica antihypertensieve therapie bij diabetes casuïstiek
- ✓ insuliner therapie in de eerste lijn stevia casussen
- ✓ voorstelling door diëtiste praktische aspecten educatie eerste lijn
- ✓ onder andere : diabetesvoet, voeding, praktijk, educatie
- ✓ basisprincipes diabetes : afstemming op elkaar incretinmimetica : de theorie incretinmimetica : de praktijk podologie en educatie wijziging HbA1c van % naar mmol/mol voedingsrichtlijnen bij allochtone diabetespatiënten ramadan, religie, ... en grenzen id zorgverlening
- ✓ 2010: Nieuwe insulines; injectietherapie; voeding bij type 2; voeteducatie 1ste lijn 2011: ontregelde diabetes: casuïstiek; starten insuline; netwerkdag met verschillende thema's.
- ✓ 2010: voeding en .. 2011: diabetische voet - voeding
- ✓ opstart ZT problemen ervaren insuline-analogen
- ✓ Vragen uit praktijk Werkafspraken Overlopen therapie-guidelines Bespreken educatieve tools (brochures, diabeteskaft,...)

FR:

- ✓ Libération de plages horaire pour RV patients. Discussion des informations dossiers indispensables.
- ✓ Prise de contact
- ✓ comment collaborer
- ✓ symposium et ateliers. les insulines et schéma d'adaptation. apnées du sommeil. les collations et les injections d'insuline
- ✓ transmission des info rapports concernant les patients
- ✓ revue de cas , problèmes rencontrés

4.6 Bijlage 6 : Vragenlijsten

4.6.1 Diabeteseducatoren :

****1. Bent u actief als diabeteseducator in de 1ste lijn?**

Ja

Nee

Bedankt voor uw medewerking. Deze enquête is enkel gericht aan diabeteseducatoren actief in de 1ste lijn.

*

***2. Bent u ook actief als diabeteseducator in de 2de lijn (in een diabetesconventiecentrum)?**

Ja

Nee

3. U bent:

vrouw

man

4. Geboortejaar:

5. In welk arrondissement werkt u hoofdzakelijk?

6. U werkt:

In landelijk gebied

In stedelijk gebied

In half-stedelijk gebied

Andere

7.U werkt:

Voltijds

Halftijds

Andere

8. U werkt:

als zelfstandige

als zelfstandige in samenwerking met één of meerdere andere zelfstandigen

als loontrekkende voor een organisatie in de 1ste lijn (bv. Wit-Gele Kruis, ziekenfonds, enz.)

als loontrekkende in een medisch huis (met forfaitair betalingssysteem)

als loontrekkende in een diabetesconventiecentrum in de 2de lijn

als loontrekkende in een diabetesconventiecentrum in de 2de lijn, zelfstandige in bijberoep

Andere

9.Wat is uw basisopleiding?

Verpleegkunde

Diëtetiek

Podologie

Andere

10. Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld per patiënt aan uw opdrachten als diabeteseducator (direct patiëntencontact, verslaggeving, overleg, coaching vergaderingen, documentatie klaarmaken en ontwikkelen, verplaatsingen, ... alles inbegrepen) per sessie van een half uur patiënten educatie?

30 min.

1u

1 u 30 min.

2 u

2 u 30 min.

3 u

meer dan 3 u

11. Heeft u als educator 1ste lijn een samenwerkingscontract afgesloten met een diabetesconventiecentrum?

Ja

Nee

12. Waarom niet?

13. Welk type contract heeft u afgesloten?

- Een contract met één conventiecentrum
- Een contract met een groep van twee of meerdere conventiecentra
- Meerdere contracten met verschillende conventiecentra
- Andere

14. Heeft u bij vragen en/of problemen overlegd met een diabetesconventiecentrum ?

- Ja
- Nee

15. Waarom bestaat er geen overleg tussen u en het diabetesconventiecentrum?

- Niet nodig
- Het diabetesconventiecentrum is niet bereikbaar
- Ik beschik over andere contacten voor overleg

Welke andere contacten?

16. Hoe gebeurt dit overleg?

- Telefoon
- Mail
- Face to face
- Andere

17. Met wie hebt u overlegd?

- Diabeteseducator
- Diëtist
- Diabetoloog
- Andere

18. Kreeg u een duidelijk antwoord op uw vragen?

- Altijd Meestal Soms Zelden Nooit

19. Kreeg u een antwoord binnen een aanvaardbare termijn?

- Altijd Meestal Soms Zelden Nooit

20. Bent u tevreden over de kwaliteit van het overleg?

- Zeer tevreden Tevreden Noch tevreden,
noch ontevreden Ontevreden Zeer ontevreden

21. Heeft u suggesties om het overleg met de diabetesconventiecentra te verbeteren?

22. Volgt u opleidingen via het conventiecentrum?

- Ja
 Nee

23. Waarom niet?

24. Hoe gebeurt de bekendmaking van de data van opleiding?

- Telefoon
 Mail
 Brief
 Andere

25. Hoeveel keer per jaar worden deze opleidingen georganiseerd?


- 1 keer

- 2 keer
- 3 keer
- meer dan 3 keer

26. Bent u tevreden over de opleidingen?

- Zeer tevreden Tevreden Noch tevreden,
noch ontevreden Ontevreden Zeer ontevreden

Waarom wel/niet?



27. Bent u in het algemeen tevreden over uw werk als diabeteseducator?

- Zeer tevreden Tevreden Noch tevreden
noch ontevreden Ontevreden Zeer ontevreden

28. Bent u tevreden over het contact met de patiënten?

- Zeer tevreden Tevreden Noch tevreden
noch ontevreden Ontevreden Zeer ontevreden

29. Bent u tevreden over de samenwerking met de andere eerstelijnszorgverleners?

- Zeer tevreden Tevreden Noch tevreden
noch ontevreden Ontevreden Zeer ontevreden

30. Bent u tevreden over de samenwerking met het diabetesconventiecentrum?

- Zeer tevreden Tevreden Noch tevreden
noch ontevreden Ontevreden Zeer ontevreden

31. Bent u tevreden over het aantal patiënten aan wie u educatie geeft?

- Zeer tevreden Tevreden Noch tevreden
noch ontevreden Ontevreden Zeer ontevreden

32. Bent u tevreden over de beschikbare tijd per educatiesessie?

- Zeer tevreden Tevreden Noch tevreden
noch ontevreden Ontevreden Zeer ontevreden

33. Bent u tevreden over de vergoeding per educatiesessie?

- Zeer tevreden Tevreden Noch tevreden
noch ontevreden Ontevreden Zeer ontevreden

34. Bent u tevreden over uw opleiding tot diabeteseducator

- Zeer tevreden Tevreden Noch tevreden
noch ontevreden Ontevreden Zeer ontevreden

35. Heeft u tenslotte nog opmerkingen, aanbevelingen of suggesties om de situatie op het terrein te verbeteren op vlak van diabeteseducatie (zowel voor de patiënt als voor de betrokken zorgverleners)?

4.6.2 Conventiecentra :

Q1. Heeft uw conventiecentrum contracten afgesloten met educatoren uit de eerste lijn?

ja

nee

Q2. Hoeveel contracten heeft uw centrum afgesloten met diabeteseducatoren uit de eerste lijn?

minder dan 5

meer dan 5

meer dan 10

meer dan 15

meer dan 20

Q3. Bestaat er in het geval van problemen of vragen overleg met de diabeteseducatoren uit de eerste lijn?

Ja

Nee

Q4. Hoeveel uren per week zijn jullie beschikbaar voor dit overleg?

Aantal uren/week:

Q5. Wie binnen de organisatiestructuur van het conventiecentrum is beschikbaar voor dit overleg?

Educator

- Diëtist
- Diabetoloog
- Overige (geef nadere toelichting)

Q6. Op welke manier verloopt dit overleg?

- Telefonisch
- Via mail
- Face to face
- Via overlegvergadering
- Overige (geef nadere toelichting)

Q7. Worden er bijeenkomsten georganiseerd tussen de educatoren uit de eerste lijn en de conventiecentra?

- Ja
- Nee
- weet ik niet

Q8. Hoeveel bijeenkomsten waren er in 2010? En in 2011?

Aantal bijeenkomsten
2010

Aantal bijeenkomsten
2011

Q9. Op welke manier gebeurd de bekendmaking van de bijeenkomst(en)?

- Telefonisch
- mail
- brief
- Overige (geef nadere toelichting)

Q10. Hoeveel deelnemers waren er gemiddeld op deze bijeenkomst(en)?

Aantal
deelnemers/bijeenkomst

Q11. Wat waren de thema's van de bijeenkomst(en)?

Q12. Hoe werden de bijeenkomsten inhoudelijk ingevuld?

- Gastspreker(s)
- Presentatie
- Vraag-antwoord gesprek
- Andere (geef nadere toelichting)

An empty text input field with a light gray border and a white background. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom.

Q13. Door wie werd(en) deze bijeenkomst(en) georganiseerd?

- Het conventiecentrum
- Het conventiecentrum in samenwerking met één ander conventiecentrum
- Het conventiecentrum in samenwerking met meerdere andere conventiecentra
- Het lokaal multidisciplinair netwerk in samenwerking met één of meerdere conventiecentra
- Overige (geef nadere toelichting)

An empty text input field with a light gray border and a white background. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom.