

Enquête

Éducateurs en diabétologie

Première ligne & Centres conventionnés pour le diabète  
dans le cadre des trajets de soins :

Rapport de synthèse



RIZIV-INAMI

## Table des matières

1. Le contexte et l'objectif de l'enquête .....	3
2. Les résultats .....	4
2.1. L'enquête des éducateurs en diabétologie de 1re ligne.....	4
2.1.1. Le nombre de répondants.....	4
2.1.2. Le profil des répondants .....	4
2.1.3. Temps consacré par séance d'éducation.....	5
2.1.4. La collaboration avec les centres conventionnés pour le diabète et la formation par ceux-ci ..	5
2.1.5. La satisfaction sur le travail en tant qu'éducateur en diabétologie .....	10
2.2. L'enquête des centres conventionnés pour le diabète .....	16
2.2.1. Le nombre de centres interrogés.....	16
2.2.2. Les contrats et la concertation avec les éducateurs de 1 <sup>re</sup> ligne .....	16
2.2.3. Les réunions entre les éducateurs de 1 <sup>re</sup> ligne et les centres conventionnés .....	18
3. Conclusions / recommandations pour l'avenir.....	21
4. Annexes.....	24
4.1 Annexe 1: Q12. Educateur en 1 <sup>e</sup> ligne Pourquoi n'avez-vous pas conclu un contrat de collaboration avec un centre de convention du diabète? .....	24
4.2 Annexe 2: Q21. Educateur en diabétologie Avez-vous des suggestions pour améliorer la concertation entre l'éducateur en 1e ligne et le centre de convention ? .....	26
4.3 Annexe 3:Q.23 Educateur en diabétologie en 1 <sup>e</sup> ligne Pourquoi ne suivez-vous pas de formations organisées par le centre de convention?.....	28
4.4 Annexe 4: Q35. Educateur en diabétologie en 1 <sup>e</sup> ligne Avez-vous de remarques, des recommandations ou suggestions pour améliorer la situation sur le terrain concernant l'éducation au diabète (tant pour les professionnels de la santé que pour les patients)? .....	30
4.5 Annexe 5 : Q11 centres de convention du diabète . Quels étaient les thèmes de ces réunions? ...	40
4.6 Annexe 6 : Questionnaires .....	42
4.6.1 Questionnaire éducateur en diabétologie en 1e ligne .....	42
4.6.3 Questionnaire centres de convention .....	51

## 1. Le contexte et l'objectif de l'enquête

Le service RDQ de l'INAMI a entrepris deux enquêtes : la première s'adresse aux éducateurs en diabétologie de 1<sup>re</sup> ligne et la seconde, aux centres conventionnés. Ces enquêtes visent à prendre la mesure de la situation sur le terrain, telle que la vivent les acteurs concernés. L'enquête fait partie de l'évaluation globale des trajets de soins.

Au cours du dernier trimestre 2012, les deux enquêtes étaient accessibles via le site web « trajets de soins ». Le lien vers l'enquête pour les éducateurs en diabétologie a été diffusé avec l'aide des promoteurs de trajets de soins. Par ailleurs, l'enquête a été annoncée dans le bulletin d'information du site web « trajets de soins ». Le questionnaire a été établi en collaboration avec les représentants du groupe cible.

L'enquête s'adressant aux centres conventionnés leur a été annoncée par une lettre les invitant à y prendre part.

Les deux enquêtes ont été rédigées en néerlandais et en français. De ce fait, nous disposons de données par groupe linguistique. Nous avons opté pour une analyse des résultats par rôle linguistique. Le but n'est pas de mettre en lumière les oppositions mais bien de permettre une éventuelle adaptation du projet, en fonction des besoins des régions spécifiques.

Lors de l'examen des résultats, il convient de tenir compte de certains points, comme :

- Plus le groupe de répondants est petit, plus l'impact d'une opinion divergente sur les résultats est important.
- La collaboration des RML à l'annonce de l'enquête peut avoir pour effet secondaire que les éducateurs travaillant dans une région sans RML sont sous-représentés.
- Il est possible que les centres conventionnés ayant une attitude positive face aux trajets de soins soient surreprésentés dans la population totale de l'enquête. Ceux qui n'étaient pas favorables aux trajets de soins sont probablement aussi moins enclins à donner suite à notre demande de collaboration à la présente enquête.
- Le questionnaire a été rédigé de telle sorte que les répondants parcourent un trajet personnel. Selon leur réponse à une question précédente, ils ont eu des questions en rapport avec celle-ci. Par conséquent, le groupe à 100 % n'est pas toujours le groupe total de répondants mais parfois le groupe qui a répondu oui ou non à la précédente question principale.

## 2. Les résultats

### 2.1. L'enquête des éducateurs en diabétologie de 1re ligne

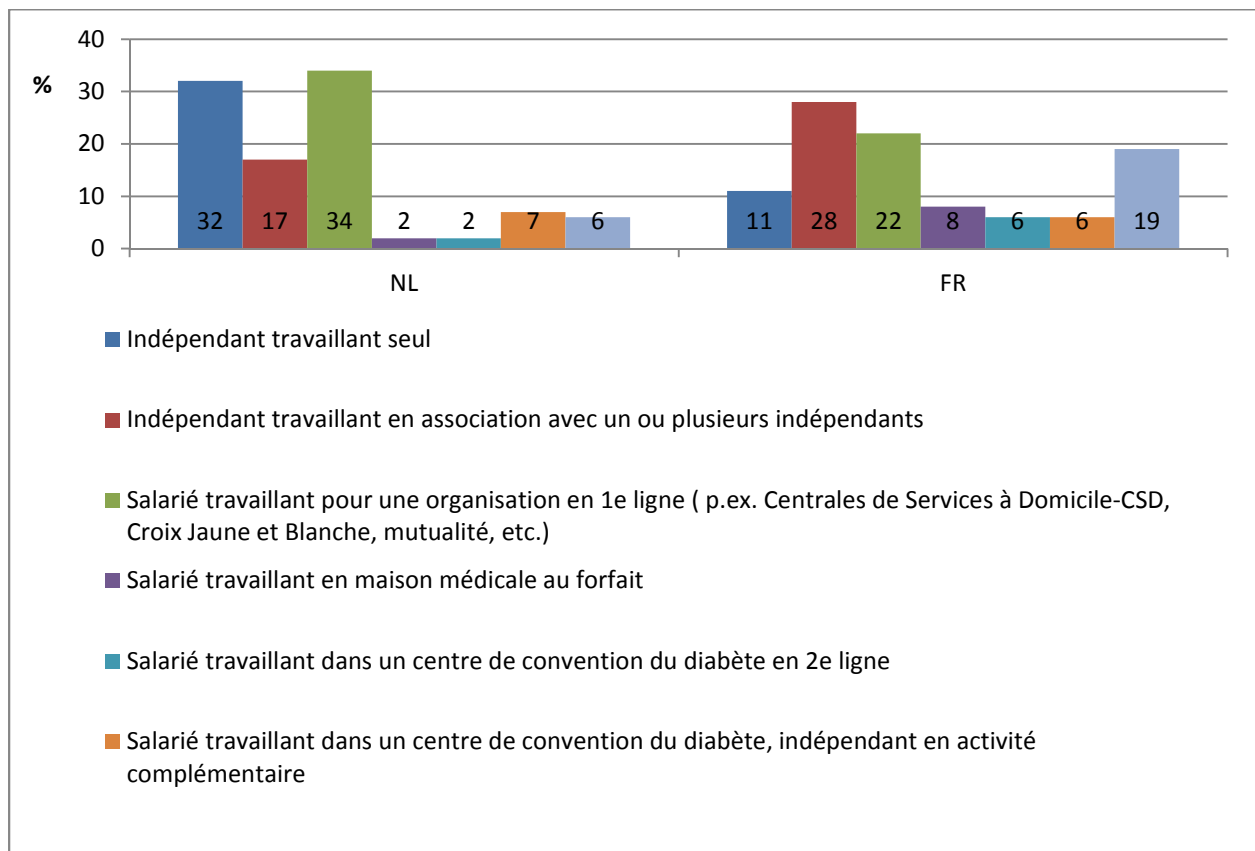
#### 2.1.1. Le nombre de répondants

Le nombre de répondants parmi les éducateurs en diabétologie se répartit comme suit : 219 enquêtes complètes en néerlandais et 42 en français. Cela représente donc 261 répondants sur un total de 760, soit 34 % du groupe cible.

#### 2.1.2. Le profil des répondants

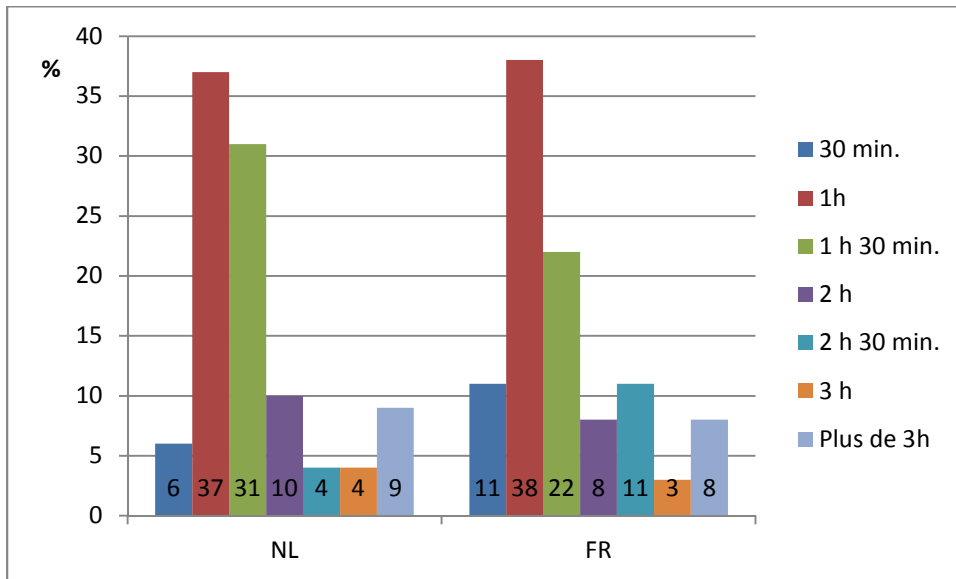
Lorsque nous regardons le profil des répondants, nous voyons :

- qu'il s'agit principalement de praticiens de l'art infirmier (NL : 79 % - FR : 89 %), ainsi que d'un petit nombre de diététiciens (NL : 19 % - FR : 5 %) ;
- qu'il s'agit principalement de femmes (NL : 82 % - FR : 79 %) ;
- que la grande majorité travaille uniquement en 1<sup>re</sup> ligne (NL : 88 % - FR : 75 %) et
- qu'il s'agit principalement de travailleurs indépendants, collaborant ou non avec d'autres indépendants, ou bien de travailleurs salariés d'une organisation de la 1<sup>re</sup> ligne.



### 2.1.3. Temps consacré par séance d'éducation

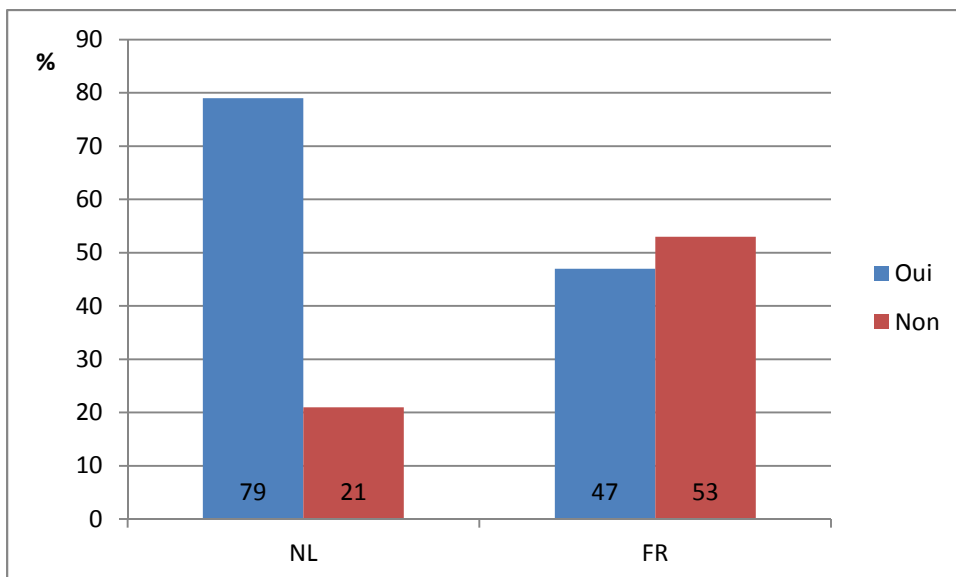
Temps moyen consacré par patient :



La moyenne du temps disponible par patient par séance d'éducation d'une demi-heure varie pour la majorité des répondants entre 1 heure et 1 heure et 30 minutes. À cet égard, nous notons qu'une partie des répondants estiment avoir besoin de 1 h 30 mn pour remplir la mission. Nous ne remarquons pas d'écarts importants entre les deux groupes linguistiques.

### 2.1.4. La collaboration avec les centres conventionnés pour le diabète et la formation par ceux-ci

Q11. Avez-vous, en tant qu'éducateur en 1<sup>re</sup> ligne, conclu un contrat de collaboration avec un centre de convention du diabète ?

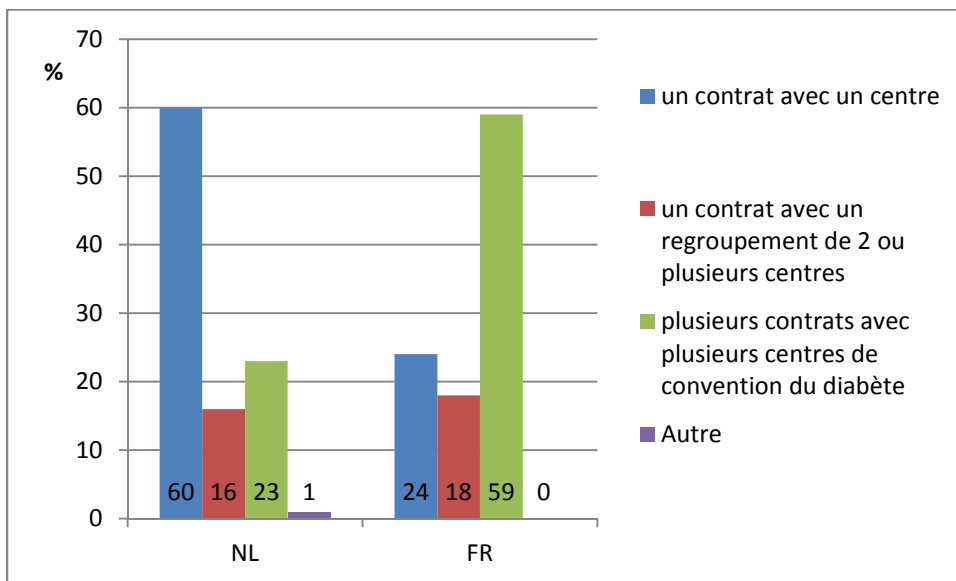


Concernant la conclusion d'un accord de collaboration avec un centre conventionné pour le diabète, les répondants NL et FR présentent des différences : 79 % des répondants NL et 47 % des FR ont conclu un contrat.

Les éducateurs en diabétologie qui n'ont pas conclu de contrat avancent des raisons divergentes :

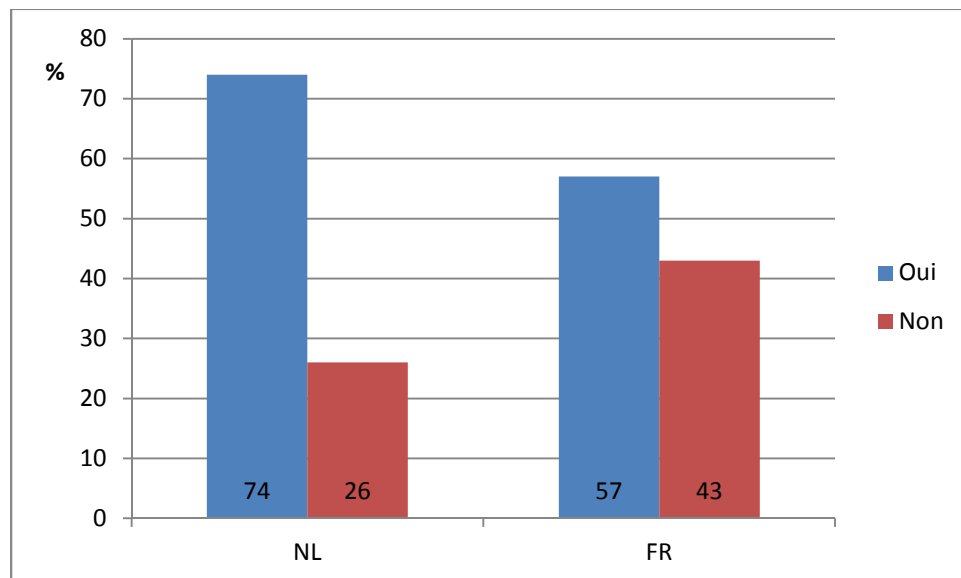
- Pas au courant de la possibilité de conclure un contrat
- Pas de collaboration de l'endocrinologue
- Jamais reçu de proposition

Q13. Quel type de contrat avez-vous ?



Dans le groupe NL, 60 % ont un contrat avec un centre, 16 % un contrat avec un regroupement de deux ou plusieurs centres et 23 % plusieurs contrats avec plusieurs centres. Dans le groupe FR, les chiffres se présentent autrement : 24 % ont un contrat avec un centre, 18 % un contrat avec un regroupement de deux ou plusieurs centres et 59 % plusieurs contrats avec plusieurs centres.

Q14. Avez-vous eu une concertation avec le centre de convention pour des questions et/ou des problèmes ?



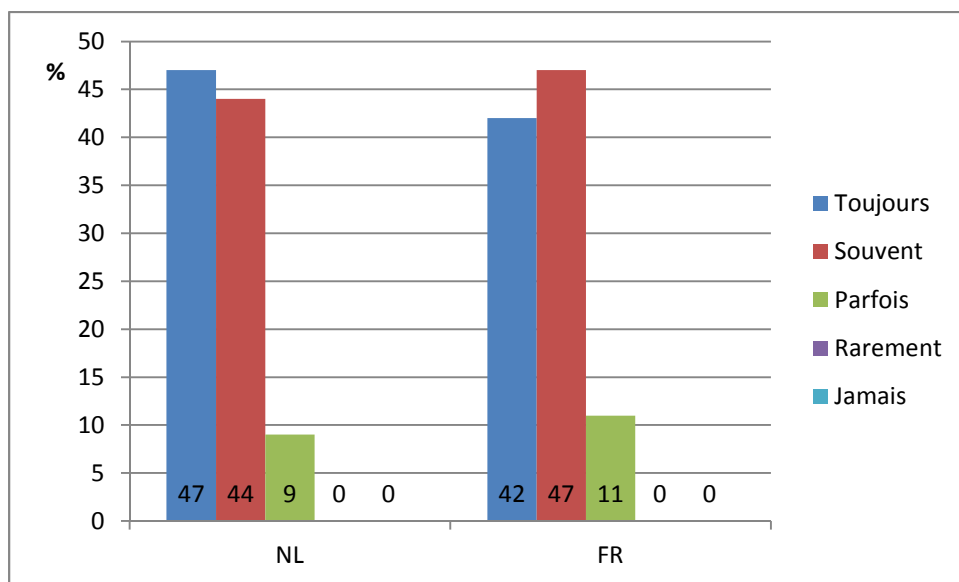
Chez les répondants NL, 74 % ont eu une concertation avec un centre conventionné pour des problèmes. Chez les FR, le taux est plus faible, à savoir 57 %.

La raison indiquée pour l'absence de concertation figure surtout parmi les options « cela n'était pas nécessaire » et « j'ai d'autres contacts pour mes questions ou problèmes ». Par ailleurs, 15 % des répondants NL signalent que le centre conventionné pour le diabète est injoignable.

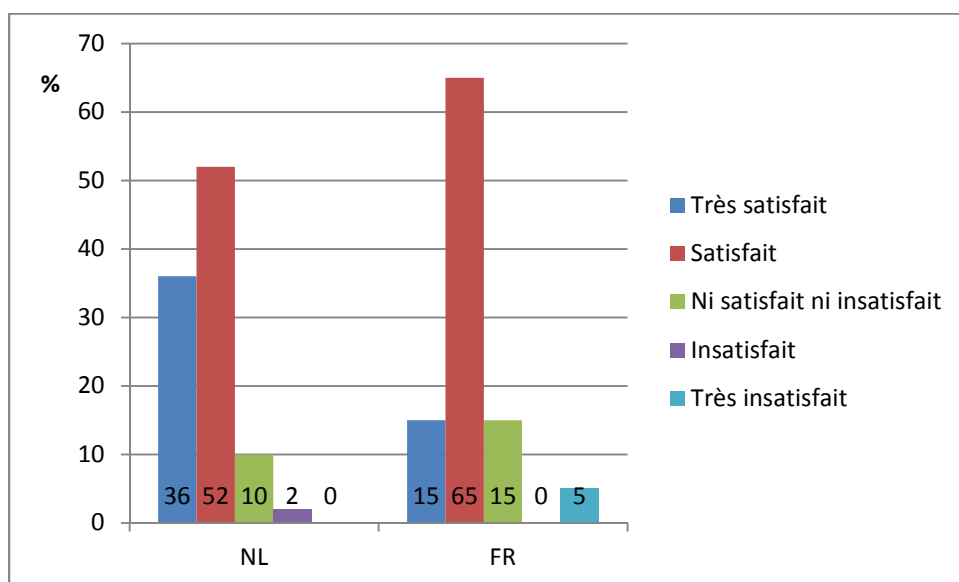
Pour les répondants NL, la concertation est menée surtout par téléphone, par e-mail et aussi en tête à tête, dans cet ordre. Pour les FR, l'accent est mis davantage sur les contacts par téléphone et en tête à tête, l'e-mail constituant un média moins populaire.

La concertation est menée surtout avec un éducateur et/ou un diabétologue du centre conventionné.

Q18. Avez-vous reçu une réponse claire à vos questions ?



Q20. Êtes-vous satisfait de la qualité de cette concertation ?



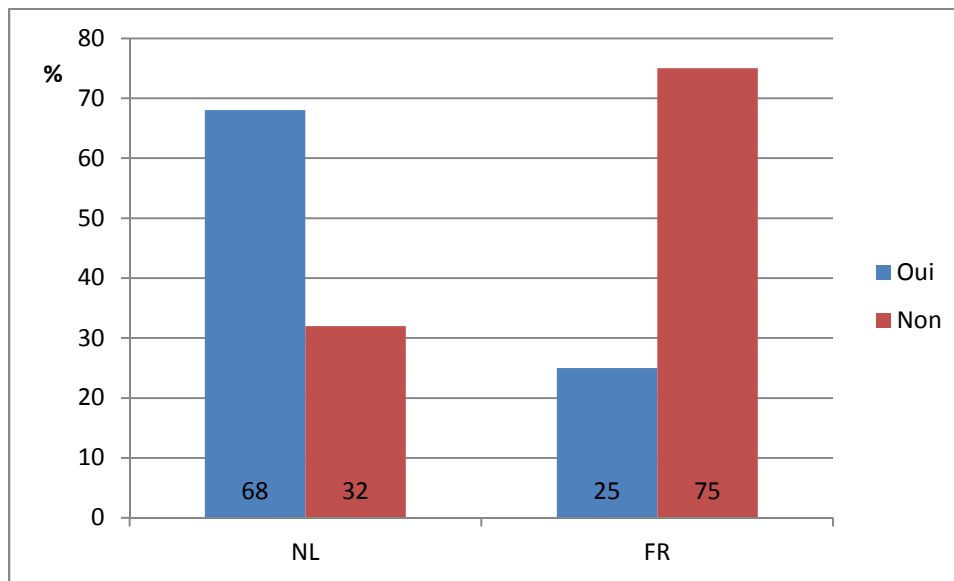
Les répondants qui ont eu une concertation sont très satisfaits de la collaboration. La plupart des éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne ont reçu une réponse claire à leurs questions et ce, dans un délai raisonnable. De plus, une même majorité est satisfaite à très satisfaite de la qualité de la concertation (NL : 88 % - FR : 80 %).



En réponse à la demande de suggestions pour améliorer la concertation avec les centres conventionnés pour le diabète, on trouve les sujets suivants :

- Développer une communication par e-mail sécurisée
- Ouvrir un accès (limité) aux données de patient
- Délimiter clairement qui traite le patient : 1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> ligne ?
- Améliorer la joignabilité des centres (numéros de téléphone, adresses e-mail, heures d'ouverture)

Q22. Suivez-vous des formations organisées par le centre de convention ?

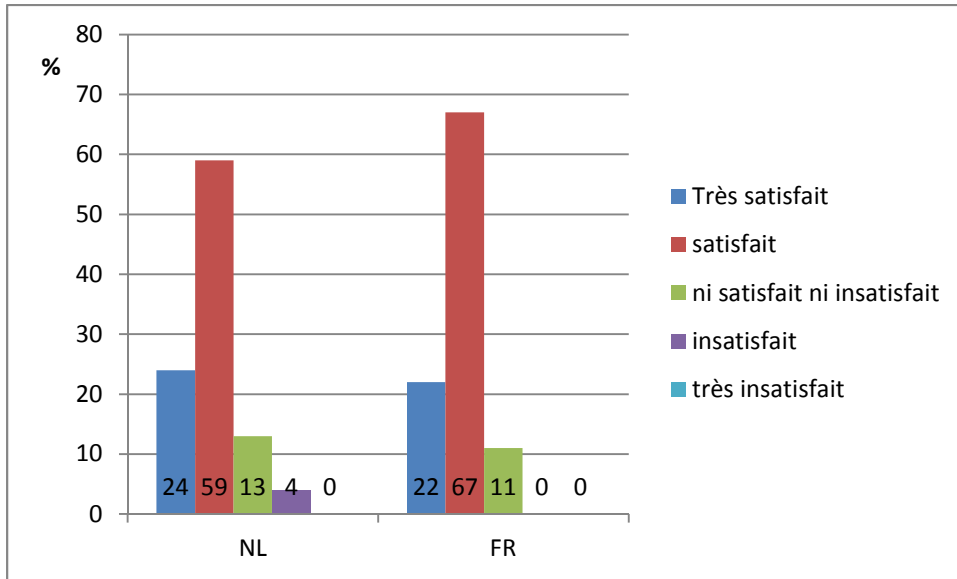


Chez les répondants NL, 68 % suivent des formations organisées par le centre conventionné et chez les FR, 25 %.

Les réponses les plus fréquentes à la question « pourquoi ne suivez-vous pas de formations ? » sont :

- Pas au courant de la possibilité / pas reçu d'invitation
- Formation dans sa propre organisation
- Formation continue via le RML

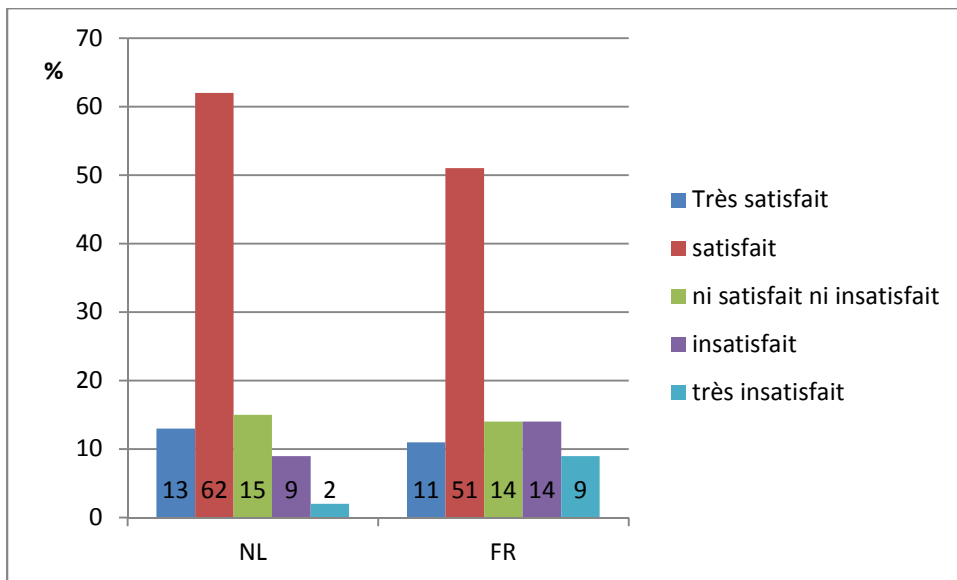
Q26. Êtes-vous satisfait de ces formations ?



Les participants sont en général satisfaits à très satisfaits des formations suivies. Les dates de formation sont annoncées principalement par e-mail. Leur fréquence est, pour la plupart des répondants, de 1 à 2 moments de formation par an.

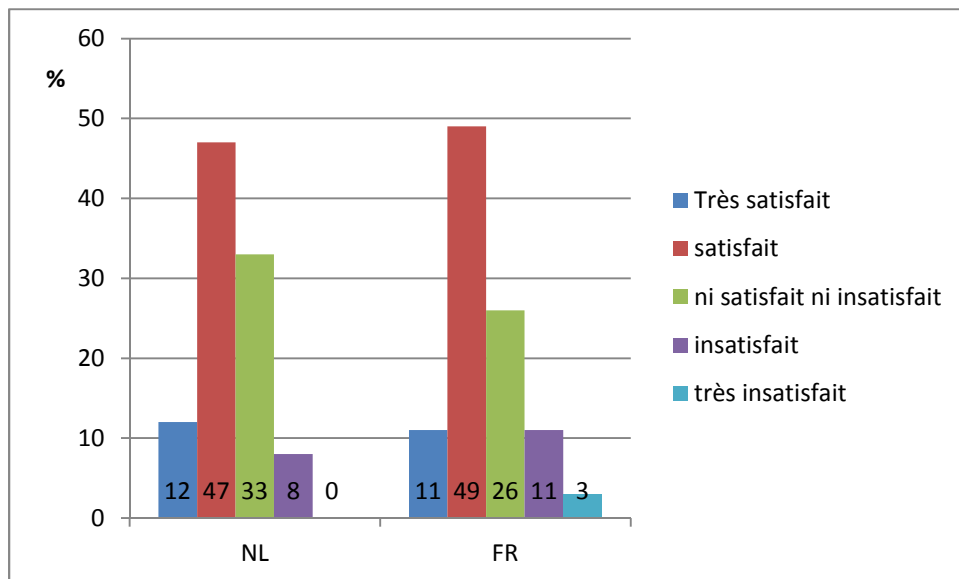
### 2.1.5. La satisfaction sur le travail en tant qu'éducateur en diabétologie

Q27. Êtes-vous en général satisfait de votre travail en tant qu'éducateur en diabétologie ?



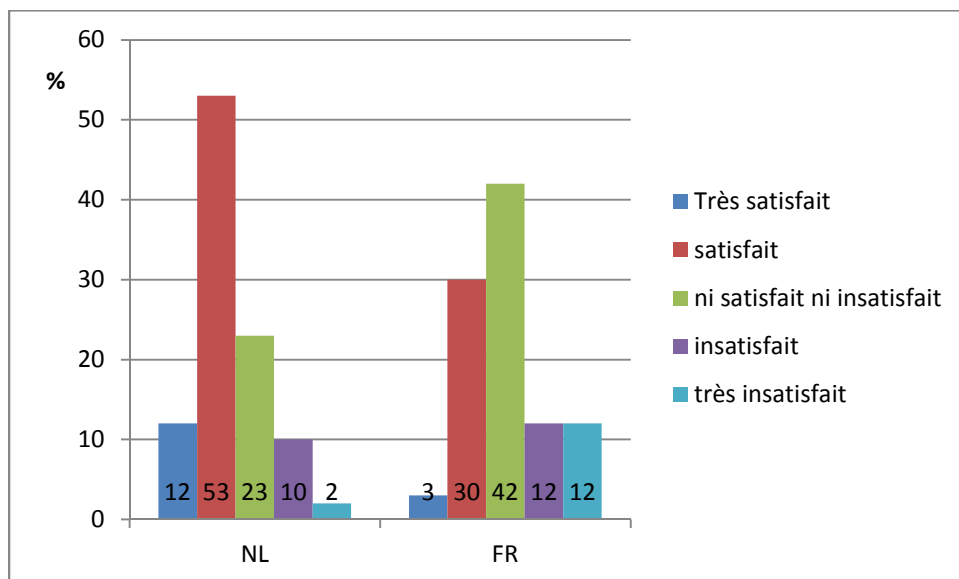
Dans leur grande majorité, les éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne sont en général satisfaits de leur travail. Cependant, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de points noirs. Les répondants sont surtout satisfaits du contact avec les patients et de la formation d'éducateur en diabétologie.

Q29. Êtes-vous satisfait de la collaboration avec les autres professionnels de la santé de 1<sup>re</sup> ligne ?



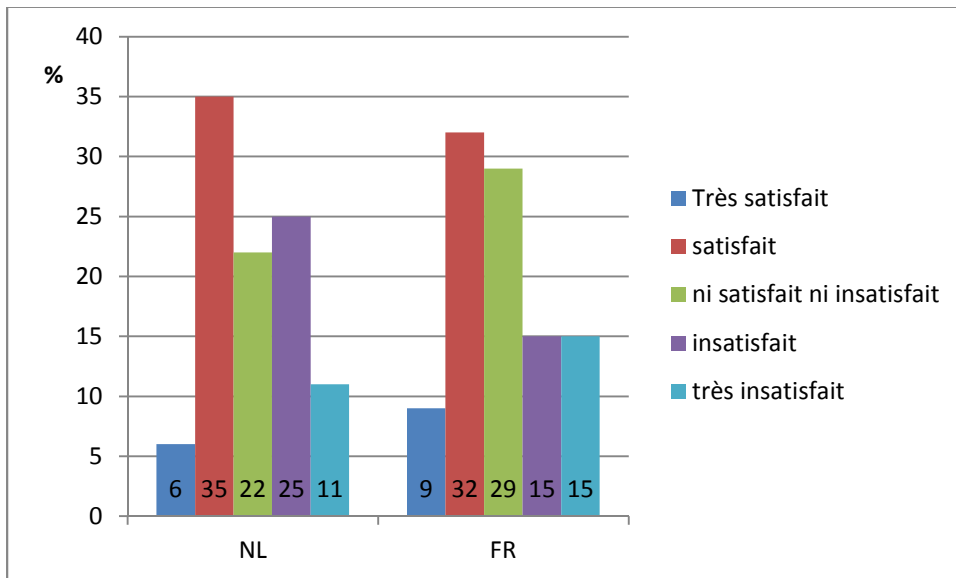
Interrogés sur leur satisfaction quant à la collaboration avec d'autres dispensateurs de soins de 1<sup>re</sup> ligne, les intéressés ont des avis plus mitigés, quoique toujours essentiellement positifs, avec environ 60 % qui sont satisfaits ou très satisfaits, mais aussi avec un groupe de 33 % de répondants NL et 26 % de FR qui cochent « ni satisfait ni insatisfait » et une petite minorité qui est insatisfaite.

Q30. Êtes-vous satisfait de la collaboration avec le centre de convention du diabète ?



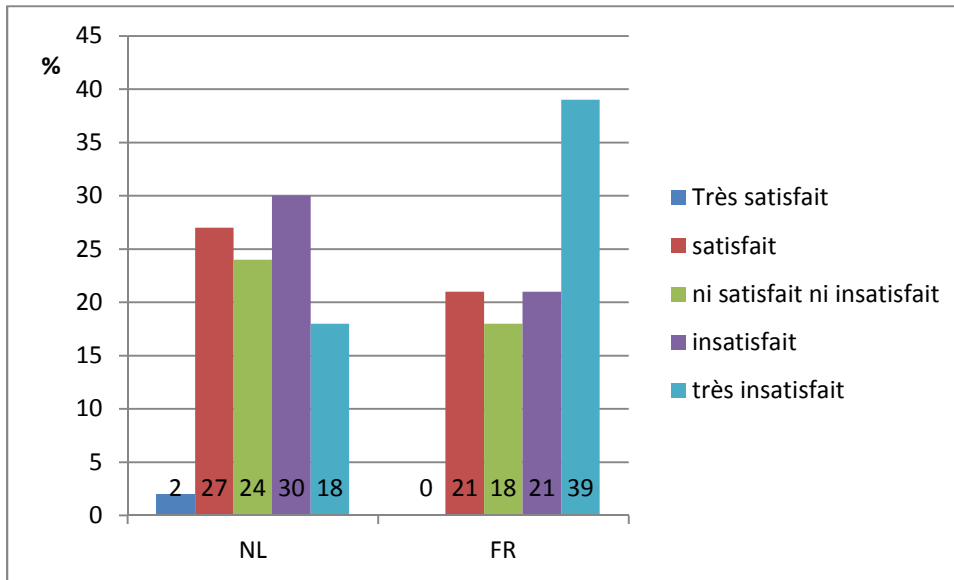
Concernant la collaboration avec le centre conventionné pour le diabète, les résultats diffèrent par groupe linguistique. Chez les répondants NL, 65 % sont satisfaits, 23 % ni satisfaits ni insatisfaits et 12 % insatisfaits à très insatisfaits. Chez les FR, 33 % sont satisfaits à très satisfaits, 42 % ni satisfaits ni insatisfaits et 24 % insatisfaits à très insatisfaits. À ce sujet, il importe de ne pas perdre de vue que cette question a été posée à tous les répondants, donc aussi à ceux qui n'ont pas conclu de contrat, qui n'ont pas eu de concertation et qui ne suivent jamais de formation dans le centre conventionné. Cela explique peut-être en partie les écarts importants entre les deux groupes linguistiques. L'absence de contact a inévitablement une incidence sur les taux de satisfaction.

Q31. Êtes-vous satisfait du nombre de patients que vous éduquez ?



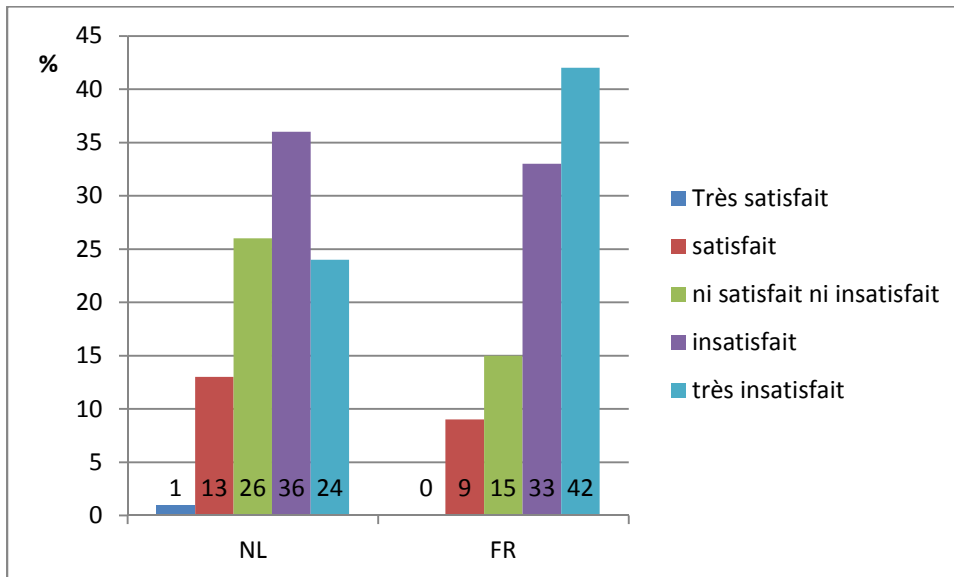
La satisfaction sur le nombre de patients est égale dans les deux groupes, 41 % des répondants étant satisfaits à très satisfaits. Chez les NL, 22 % n'étaient ni satisfaits ni insatisfaits et chez les FR, 29 %. Un groupe de 36 % chez les NL et de 30 % chez les FR étaient insatisfaits à très insatisfaits.

Q32. Êtes-vous satisfait du temps disponible par session d'éducation ?



Concernant la satisfaction sur le temps disponible par séance d'éducation, une minorité des répondants est satisfaite à très satisfaite, à savoir 29 % du groupe NL et 21 % du groupe FR. Le nombre d'insatisfaits est élevé, avec 30 % d'insatisfaits et 18 % de très insatisfaits chez les NL et 21 % d'insatisfaits et 39 % de très insatisfaits chez les FR.

Q33. Êtes-vous satisfait des honoraires par session d'éducation ?



Les réponses à la question sur la satisfaction quant à la rémunération par séance d'éducation vont dans le même sens que celles à la question sur le temps disponible : pour le groupe NL, seul 1 % est très satisfait, 13 % satisfaits, 26 % ni satisfaits ni insatisfaits et 60 % insatisfaits à très insatisfaits. Pour le groupe FR, personne n'est très satisfait, 9 % satisfaits, 15 % ni satisfaits ni insatisfaits et 75 % insatisfaits à très insatisfaits.

Dès lors, il est clair que tant le temps disponible par séance que la rémunération par séance sont les problèmes qui ressortent le plus de l'enquête sur la satisfaction des éducateurs en diabétologie de 1<sup>re</sup> ligne.

L'insuffisance tant du temps disponible que de la rémunération s'explique par les résultats de la question sur le temps à consacrer par séance d'éducation (p.3, 2.1.3). Il en ressort en effet que la majorité des répondants estime avoir besoin d'au moins une heure à une heure et demie.

Le questionnaire s'achevait sur la possibilité de faire des suggestions en vue d'améliorer la situation sur le terrain. Les sujets principaux, tirés des nombreuses réactions, sont :

#### Les généralités, l'organisation

- La demande d'une éducation dans le cabinet de l'éducateur
- La demande de séances de groupe
- Plus de temps par séance
- Une meilleure rémunération par séance
- Une meilleure transition des patients de la 2<sup>e</sup> vers la 1<sup>re</sup> ligne
- Une simplification administrative pour tous les dispensateurs de soins concernés
- En tant qu'éducateur en diabétologie être associé à la signature du contrat de façon à ce que le patient doive trouver un éducateur
- Le besoin de plus de médecins généralistes désireux de conclure les trajets de soins
- Des RML sur tout le territoire : là où il n'y a aucun RML, les éducateurs doivent établir tous les documents et les MG ne sont pas accompagnés
- Un titre professionnel serait le bienvenu ainsi que l'augmentation salariale logique
- Les médecins généralistes ne voient pas encore assez clairement comment et quand ils doivent prescrire une éducation
- Des frais de déplacement
- Le pharmacien doit certainement être associé au trajet, sa fonction est actuellement beaucoup trop marginale
- Prévoir pour tout le monde des formulaires standard pour les rapports

#### La communication avec les autres dispensateurs de soins

- De meilleures possibilités de communication avec les différents partenaires.
- L'accès aux données des patients via une plate-forme internet.

#### La réglementation

- La prévention et l'éducation du patient à un stade précoce serait utile, par exemple dès que le diagnostic est posé.
- Une rémunération par patient pour l'année plutôt que par séance.

- La discrimination entre éducateurs de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne au sujet du droit à un supplément d'honoraires doit être supprimée.
- Le cas échéant, nous devrions donner encore plus de séances d'éducation. Augmenter le nombre de séances peut améliorer les résultats pour beaucoup de patients. Le temps prévu pour une éducation de démarrage (5 x 30 minutes) est parfois trop court pour des personnes qui n'ont encore jamais reçu d'informations ou de formations. De préférence, cela devrait être examiné au cas par cas (p.ex. par le médecin généraliste).
- Une éducation diététique devrait être obligatoire pour tout patient, car c'est la base d'une stratégie effective en matière de diabète.
- L'INAMI doit adopter une position claire sur les avis en matière d'alimentation, qui ne peuvent être donnés que par les diététiciens – éducateurs en diabétologie et non par les infirmiers en diabétologie (idem pour les techniques d'injection).
- Une communication aisée au sujet de la réglementation sur les trajets de soins par l'INAMI.
- Des directives claires sur les exigences concernant le contenu du dossier à tenir par l'éducateur.

#### La formation

- Les formations en matière de nouvelles méthodes et techniques doivent être plus fréquentes.
- Trop d'éducateurs sont formés à des niveaux trop différents. Il faut réduire le nombre de formations et en augmenter le niveau.
- Le label de qualité des formations : actuellement, certains apprenants ne doivent pas passer des examens, d'autres oui.
- Rendre la formation d'éducateur en diabétologie plus spécifique pour les praticiens de l'art infirmier – diététiciens. Plus de cas pratiques - comment établir les rapports ? les prescriptions ? ... pendant les formations.

#### Le patient

- Il serait nettement plus efficace que le patient reçoive davantage de responsabilités. Exemples : délivrance de tiges lorsque cela est justifié – remboursement de l'ophtalmologie si consultations régulières – délivrance de tiges moyennant une utilisation correcte du glucomètre.
- Une publicité plus large encore et encore plus de structures pour les patients : plus de matériel éducatif, compréhensible pour tous : analphabètes, aveugles, sourds, etc.
- Veiller à ce que le patient participe non pas seulement pour obtenir du matériel, mais vraiment dans un but de prévention.

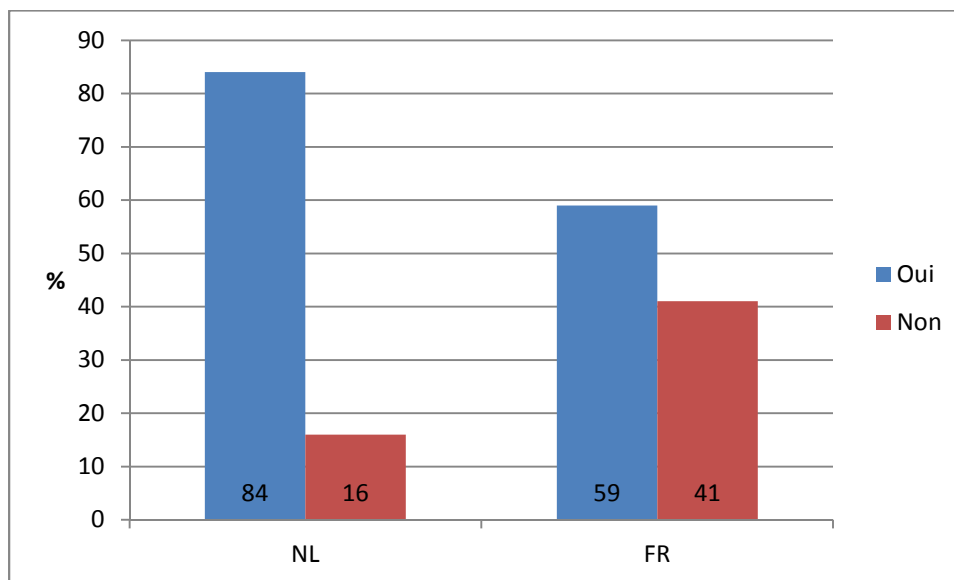
## 2.2. L'enquête des centres conventionnés pour le diabète

### 2.2.1. Le nombre de centres interrogés

En ce qui concerne les centres conventionnés pour le diabète, on dénombre respectivement 34 enquêtes entièrement complétées en NL et 28 en FR. 62 centres ont donc répondu sur un total de 102, soit 60 % du groupe cible.

### 2.2.2. Les contrats et la concertation avec les éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne

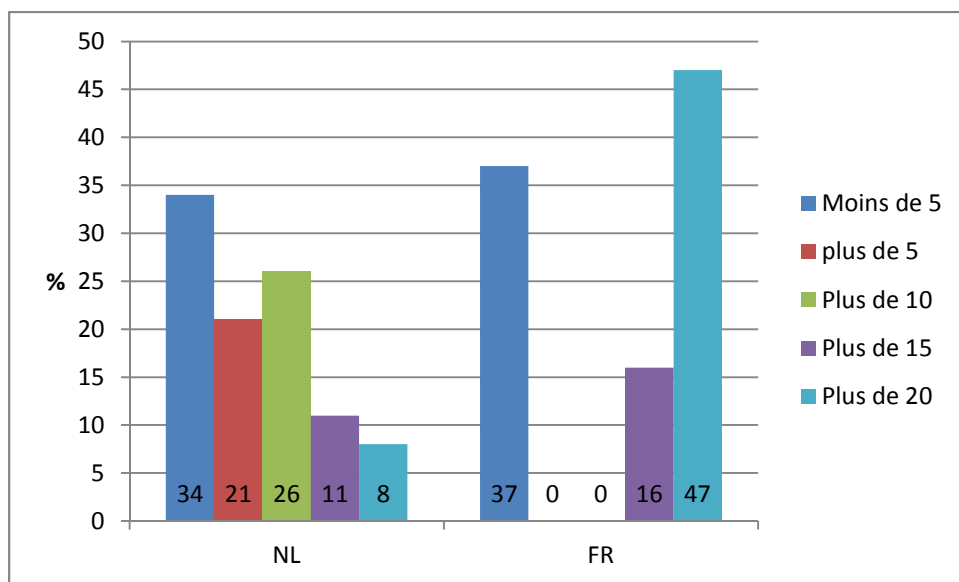
Q1. Votre centre a-t-il conclu des contrats de collaboration avec un ou plusieurs éducateurs en diabétologie de 1<sup>re</sup> ligne ?



Les deux groupes linguistiques présentent des écarts concernant les contrats conclus avec des éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne. Dans le groupe NL, 84 % des centres conventionnés ont conclu des contrats ; dans le groupe FR, le taux est de 59 %.

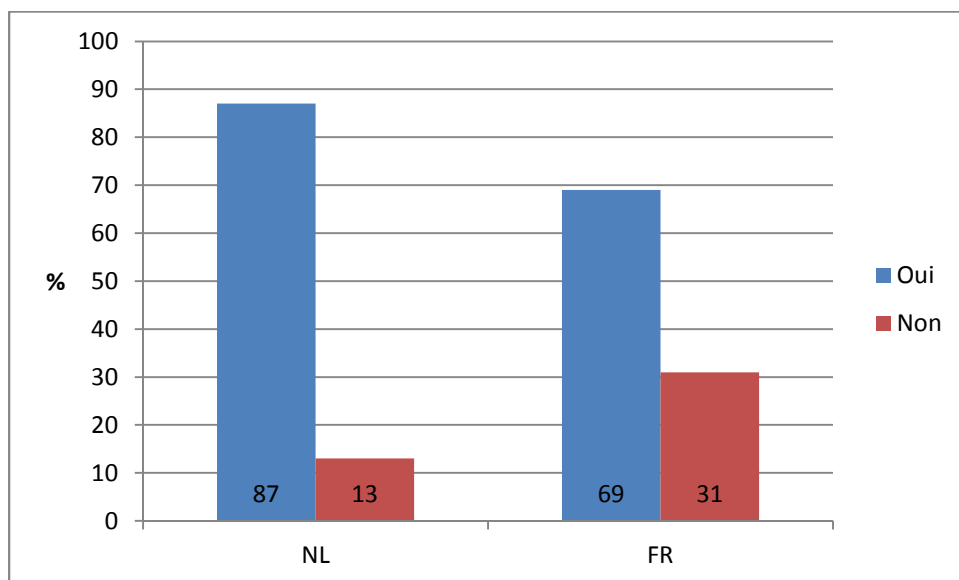


Q2. Combien de contrats votre centre a-t-il conclus avec des éducateurs en diabétologie de 1<sup>re</sup> ligne ?



En ce qui concerne le nombre de contrats conclus aussi, des différences séparent les deux groupes. Dans le groupe NL, la grande majorité a conclu moins de 15 contrats. En revanche, le groupe FR a conclu soit moins de 5 contrats, soit 15 contrats minimum et, pour la plupart, plus de 20 contrats. On peut donc dire que les centres NL sont plus nombreux à conclure des contrats que les FR. Cependant, les centres FR concluent soit très peu, soit beaucoup de contrats tandis que les chiffres sont plus divergents pour les NL.

Q3. Y a-t-il une concertation avec les éducateurs en diabétologie de 1<sup>re</sup> ligne en cas de problèmes ou de questions ?



Les chiffres sur la concertation entre le centre et les éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne montrent également des écarts par groupe linguistique. Dans le groupe NL, la grande majorité tient une concertation (87 %). Dans le groupe FR, cette majorité est plus faible (69 %) ; par conséquent, le reste du groupe ne menant aucune concertation y est plus important (31 %). La possibilité que les centres favorables aux trajets de soins soient surreprésentés par rapport à l'ensemble de la population sondée peut influencer sur ces chiffres.

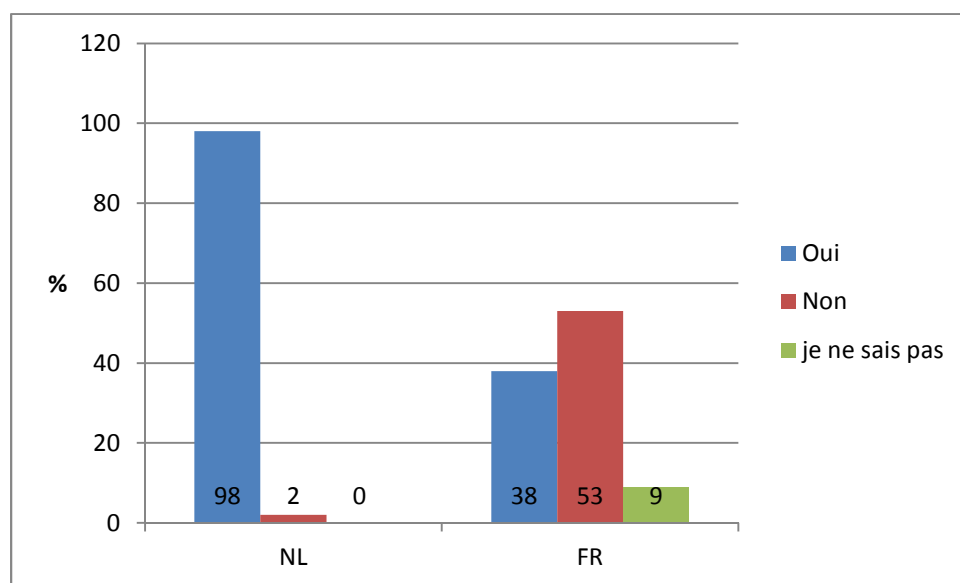
Les chiffres sur le nombre d'heures pendant lesquelles les centres sont disponibles pour la concertation diffèrent eux aussi : les centres NL sont disponibles pour la concertation 35 heures par semaine en moyenne, les valeurs extrêmes étant 50 h et 1 h, contre 13 h 35 mn en moyenne pour les centres FR, avec les mêmes valeurs extrêmes (50 h et 1 h).

La concertation est assurée tant par des éducateurs que par des diététiciens et des diabétologues. Seul l'ordre de succession des 3 groupes varie légèrement entre les deux groupes linguistiques. Dans le groupe NL, l'ordre est : éducateurs, diabétologues, diététiciens. Dans le groupe FR, les diabétologues sont les principaux interlocuteurs pour une concertation, suivis par les éducateurs et les diététiciens. Dans un cas exceptionnel, il est fait mention de l'intervention d'un podologue.

La concertation est menée principalement par téléphone et par e-mail. Par ailleurs, des tête-à-tête sont tenus, surtout lors de réunions de concertation. À ce sujet, on note que le groupe NL est plus nombreux (47 %) à mentionner ces réunions que le groupe FR (33 %). Certains centres programment chaque année une réunion avec les éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne. D'autres font part d'une journée unique de visite sur le terrain dans le centre conventionné, organisée à la demande des éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne.

### 2.2.3. Les réunions entre les éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne et les centres conventionnés

Q7. Des réunions entre les éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne et les centres de convention de votre région sont-elles organisées ?



En ce qui concerne l'organisation des réunions, il existe des écarts importants entre les groupes linguistiques. Dans le groupe NL, pas moins de 98 % des centres interrogés organisent de tels contacts ; dans le groupe FR, le taux est de 38 % seulement. Ils sont 53 % à répondre que leur centre n'organise pas de réunions et 9 % du groupe FR ne sont pas informés de l'existence de pareilles initiatives dans le centre où ils travaillent.

Chez ceux du groupe NL qui ont répondu par l'affirmative à la question précédente, 1,74 moment de rencontre en moyenne a été organisé tant en 2010 qu'en 2011. Dans le groupe FR, on note une évolution : 1,88 réunion en moyenne en 2010 et 2,22 réunions en moyenne en 2011. La fréquence des contacts a donc augmenté dans le groupe FR. Le groupe de répondants qui organise des réunions est donc beaucoup plus petit que le groupe NL, mais la fréquence des contacts dans les centres qui organisent des réunions augmente bel et bien.

Ces réunions sont annoncées principalement par e-mail et par lettre. Dans le groupe FR, certains répondants font aussi état d'une invitation par téléphone. Du reste, la communication passe parfois par le promoteur de trajets de soins.

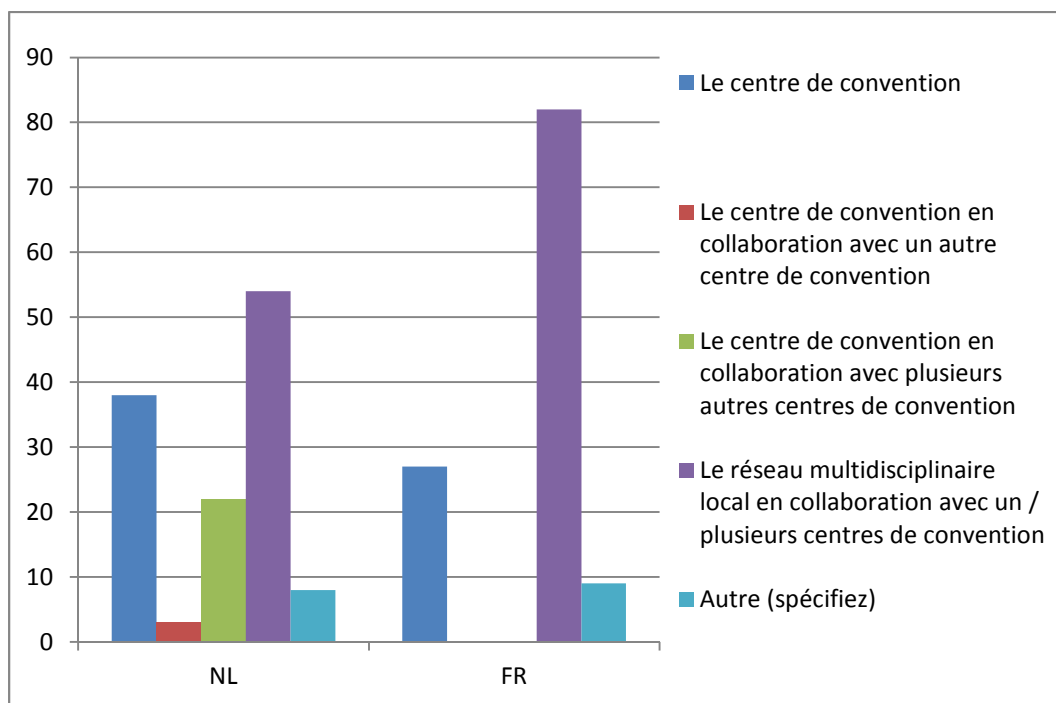
Le nombre moyen de participants du groupe NL est de 17,85 par réunion, les valeurs extrêmes étant 40 et 2. Dans le groupe FR, le nombre moyen de participants est de 8,89, les valeurs extrêmes étant 25 et 1.

Les thèmes des réunions couvrent un large éventail de sujets :

- Nouveaux traitements et/ou médicaments,
- Aperçu des différents instruments de mesure,
- Techniques de piqûre,
- Alimentation,
- Arrêt tabac,
- Décret sur le permis de conduire,
- Problématique du pied,
- Trajets de soins et approche multidisciplinaire pour le diabète de type 2,
- Évaluation du déroulement du trajet de soins,
- Aspects sociaux du diabète,
- Motivation des patients,
- Examen des outils éducatifs (brochures, cahier du diabète, ...).

Les thèmes des réunions sont essentiellement abordés au moyen de présentations et de débats questions-réponses et, dans une moindre mesure, au moyen d'exposés par des conférenciers. Par ailleurs, des jeux de rôle et des ateliers sont organisés afin de faire passer l'information au groupe cible.

Q13. Qui organisait cette ou ces réunions ? <sup>1</sup>



Les réunions sont organisées principalement par les RML en collaboration avec un ou plusieurs centres conventionnés et puis à l'initiative du centre même. On note les différences suivantes entre les deux groupes linguistiques. Dans le groupe FR, les initiatives sont surtout le fait des RML en collaboration avec les centres (82 %) ou du centre seul (27 %). Dans le groupe NL, on note les mêmes tendances, mais à côté de cela, des initiatives sont aussi prises par deux ou plusieurs centres, sans apport des RML. Dans certains cas, on mentionne le soutien émanant des communes.

<sup>1</sup> Plusieurs réponses possibles.

### 3. Conclusions / recommandations pour l'avenir

Les résultats de l'enquête des éducateurs en diabétologie de 1<sup>re</sup> ligne montrent que la majorité des éducateurs sont en général satisfaits du contenu du travail d'éducateur. Ils sont satisfaits en particulier de la formation d'éducateur et du contact avec le patient. La satisfaction est grande. Cependant, il y a aussi un mécontentement qui trouve son origine dans deux points noirs surtout : le temps prévu par séance d'éducation et la rémunération y afférente sont vécus comme insuffisants par les acteurs. Il est également clair que la grande majorité des éducateurs en activité libèrent le temps nécessaire pour le patient, quelles que soient les limitations de temps et de rémunération qui leur sont imposées. Aussi pouvons-nous en déduire que leurs priorités vont aux soins pour le patient.

Ces deux problèmes doivent être résolus au plus vite. Non seulement, l'éducation fait partie du cœur du système des trajets de soins et suppose que l'insuffisance de temps disponible et de rémunération peut avoir une incidence sur le fonctionnement de ce système et donc sur la qualité des soins dispensés au patient. Mais à côté de cela, des candidats potentiels risquent de perdre la volonté de s'engager comme éducateur en diabétologie. De ce fait, le nombre d'éducateurs pourrait ne pas augmenter en proportion de celui des trajets de soins.

Une pénurie chronique d'éducateurs pourrait alors freiner la mise en œuvre du système, voire la stopper (au niveau régional). Dans les régions qui sont déjà pauvres en éducateurs et où ceux-ci cessent leurs activités sans qu'il y ait de nouveaux venus, il se crée un vide régional. Prétendre que le succès des trajets de soins d'une région déterminée est fonction du nombre d'éducateurs disponibles est peut-être un raccourci hardi ; cependant, il ne fait pas de doute que l'éducation est une des pierres angulaires sur laquelle le système peut ou doit se fonder.

Un troisième point noir est le passage déficient du patient entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne, dépendant souvent de la région, dont l'effet sur le fonctionnement du système des trajets de soins dans la région en question est considérable. De plus, les éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne se sentent désavantagés par rapport à ceux de 2<sup>e</sup> ligne par des inégalités dans la réglementation. Ainsi, ils soulignent l'inégalité de droits entre les éducateurs des 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes. À l'avenir, les éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne devraient obtenir les mêmes droits, si bien que ces inégalités n'empêcheront plus l'amélioration de la communication entre les deux parties.

Les chiffres et les commentaires montrent clairement que les répondants souhaiteraient accompagner plus de patients. Ce manque de patients a bien sûr plusieurs causes. Outre le passage déficient de patients depuis la 2<sup>e</sup> ligne, qui a été évoqué ci-dessus, tous les médecins n'ont pas non plus partout la même volonté de conclure des trajets de soins. Comme les éducateurs sont tributaires du bon vouloir des médecins, ce problème dépend étroitement du succès ou non du concept des trajets de soins dans la région concernée.

Pour remédier aux difficultés susmentionnées, il faut passer la réglementation actuelle au crible de manière critique de façon à pouvoir la parfaire le cas échéant. Et ce, en premier lieu, pour améliorer le système en soi mais aussi, en cas de redémarrage du système, pour signaler aux acteurs qu'ils ont été entendus et que l'on tiendra compte de leur point de vue et de leurs recommandations. Cela n'aurait pas seulement un effet favorable sur les éducateurs déjà en activité mais peut également entraîner un nouvel afflux dans les régions actuellement en manque. Aussi est-il essentiel de tenir compte des suggestions du groupe cible en cas d'adaptation éventuelle de la réglementation.

Les idées les plus évidentes sont (cf. annexe 4 pour toutes les suggestions) :

1. Augmenter la rémunération par séance,
2. Prolonger la durée de la séance,
3. Remplacer l'actuel système de rémunération à la séance par une rémunération forfaitaire à l'année par patient,
4. Associer l'éducateur en diabétologie à la signature du contrat de sorte à obliger les patients à chercher un éducateur,
5. Dispenser l'éducation dans le cabinet de l'éducateur,
6. Organiser des séances de groupe,
7. Simplifier les tâches administratives,
8. Améliorer le passage des patients de la 2<sup>e</sup> vers la 1<sup>re</sup> ligne,
9. Accroître les possibilités de communication avec les différents partenaires,
10. Ouvrir l'accès aux données de patients sur une plate-forme Internet,
11. Avancer la prévention et l'éducation des patients à un stade précoce, p.ex. dès la pose du diagnostic,
12. Faire déterminer le nombre de séances d'éducation de départ par le médecin généraliste au cas par cas,
13. Rendre l'éducation diététique obligatoire pour chaque patient, car c'est la base d'une stratégie efficace en matière de diabète,
14. Faciliter la communication sur la réglementation relative aux trajets de soins par l'INAMI,
15. Communiquer des directives claires sur les critères relatifs au contenu du dossier à tenir par l'éducateur,
16. Réduire le nombre de formations de base et en augmenter le niveau, car trop d'éducateurs sont formés à des niveaux très différents,
17. Prévoir un label de qualité pour les formations. Aujourd'hui, certaines donnent lieu à des examens, d'autres pas.
18. Rendre plus spécifique la formation d'éducateur en diabétologie pour les praticiens de l'art infirmier, les diététiciens. Présenter plus de cas pratiques – comment faire pour les rapports ? les prescriptions ? etc. pendant la formation,
19. Augmenter la fréquence des formations sur les nouvelles méthodes et techniques,
20. Mettre davantage l'accent sur l'objectif d'autonomisation du patient.

À côté des points noirs précités, des éléments positifs sont également à noter. En ce qui concerne la collaboration entre les éducateurs en diabétologie de 1<sup>re</sup> ligne et les centres conventionnés pour le diabète, il est clair que les régions où les 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes entretiennent des contacts réguliers, la satisfaction est très élevée. Qu'il s'agisse de concertation directe ou de formation, la grande majorité des intéressés est satisfaite de la qualité des contacts.

Les chiffres confirment la valeur de ces contacts lorsqu'il s'agit de faire tomber les éventuelles barrières entre les éducateurs et les centres conventionnés. Ce constat est dès lors un nouveau plaidoyer pour que l'on soit davantage attentif aux régions dans lesquelles tout contact fait défaut aujourd'hui.

De plus, les centres conventionnés qui organisent des formations ne ménagent ni les dépenses ni leurs efforts pour organiser des moments de contact avec la 1<sup>re</sup> ligne. Dans le même temps, l'utilité des réseaux multidisciplinaires locaux pour encourager la concertation est particulièrement mise en lumière. En effet, il est clair que la majorité des réseaux sont directement ou indirectement impliqués dans une grande part des initiatives.

Les principales constatations sont :

- La motivation des éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne est importante, mais leur mécontentement face aux points noirs de la réglementation l'est aussi.
- L'effacement des points noirs est une condition importante pour un redémarrage réussi des trajets de soins.
- Dans les régions où la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne se concertent, cela fonctionne aussi et les acteurs sont en grande partie satisfaits de la collaboration. Mais le contraste est important avec les régions où tout contact fait défaut et dans lesquelles les éducateurs de 1<sup>re</sup> ligne sont tout à fait seuls pour développer leurs activités.
- Les RML stimulent la concertation par (le soutien à) l'organisation de moments de concertation et contribuent ainsi à une meilleure collaboration.

## 4. Annexes .

### 4.1 Annexe 1: Q12. Educateur en 1<sup>e</sup> ligne Pourquoi n'avez-vous pas conclu un contrat de collaboration avec un centre de convention du diabète?

#### FR :

- ✓ je n'y pas encore pensé. Peut-être à l'avenir pour une bonne collaboration entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> 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

#### 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?

## 4.2 Annexe 2: Q21. Educateur en diabétologie Avez-vous des suggestions pour améliorer la concertation entre l'éducateur en 1e ligne et le centre de convention ?

### 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 Educateurs arrêtent leur activité.
- ✓ L'éducateur en 2e ligne pourrait envoyer un rapport écrit à l'éducateur en 1e 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 2e ligne pour accessibilité plus rapide, le listing est en cours
- ✓ mot 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 1e 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.

### 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 ezel 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 insputingen
- ✓ 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

### 4.3 Annexe 3:Q.23 Educateur en diabétologie en 1<sup>e</sup> ligne Pourquoi ne suivez-vous pas de formations organisées par le centre de convention?

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

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

#### **4.4 Annexe 4: Q35. Educateur en diabétologie en 1<sup>e</sup> ligne Avez-vous de remarques, des recommandations ou suggestions pour améliorer la situation sur le terrain concernant l'éducation au diabète (tant pour les professionnels de la santé que pour les patients)?**

**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'éducatrices est parfois insuffisante. Pour d'autres les séances supplémentaires ne sont pas utiles. Nous devrions pouvoir prescrire nous même le nombre de séances nécessaire 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 a 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...

## 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 aantekenlijst 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 diabeteseducatoren 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.
- ✓ groepssessies 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 groeps-educaties 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 verspilt 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 educatieverstrekingen 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 kapitaalkrchtig
- ✓ 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 geïnformeerd 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 pt 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 verpleeg-

kundige-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 inzicht 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...
- ✓ Ziekenhuiseducatoren doen vaak ook de educaties van de zorgtrajectpatiënten, 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 geraakt 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 neerbui-gend naar de andere zorgverleners , dit is geen situatie waarin vertrouwen kan groeien . In groep werken be-tekent : 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 : bijvoor-beeld -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. Cur-sisten 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 pati-enten de weg naar het zorgtraject niet vinden. En dat is erg jammer... Hier is in de buurt een conventiecen-trum (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 anderstali-gen is er meer educatie tijd nodig, benzine vergoeding, of KM vergoeding. Ik werk in Antwerpen noord ver-schillende 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 ver-staanbaar is. Analfabeten, blinden en doven....
- ✓ Voor iedereen standaardformulieren voorzien voor verslaggeving, en een vlotte communicatie qua regelge-ving 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

## 4.5 Annexe 5 : Q11 centres de convention du diabète . Quels étaient les thèmes de ces réunions?

### 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

### NL:

- ✓ Insuline: casussen, werking insuline en hun soorten. Incretininemimetica'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, glycemiemeting, A1c, de kwetsbare patiënt, incretinemimetica, 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 Insulinepen- 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



- ✓ insulinetherapie 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 incretinemimetica : de theorie incretinemimetica : 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,...)

## 4.6 Annexe 6 : Questionnaires

### 4.6.1 Questionnaire éducateur en diabétologie en 1e ligne

Q1. Etes-vous actif en tant qu'éducateur en diabétologie en 1e ligne?

Oui

Non

\*

Q2. Etes-vous également actif en tant qu'éducateur en diabétologie de 2e ligne (dans un centre de convention du diabète) ?

Oui

Non

Q3. Sexe:

Femme

Homme

Q4. Année de naissance:

Q5. Dans quel arrondissement exercez-vous principalement ?

Q6. Vous travaillez:

en région rurale

en région urbaine

en région semi-urbaine

Autre

Q7. Vous exercez votre activité professionnelle:

à temps plein

à temps partiel

Autre

Q8. Quelle est votre situation professionnelle ?

Indépendant travaillant seul

Indépendant travaillant en association avec un ou plusieurs indépendants

Salarié travaillant pour une organisation en 1e ligne ( p.ex. Centrales de Services à Domicile-CSD, Croix Jaune et Blanche, mutualité, etc.)

Salarié travaillant en maison médicale au forfait

Salarié travaillant dans un centre de convention du diabète en 2e ligne

Salarié travaillant dans un centre de convention du diabète, indépendant en activité complémentaire

Autre

Q9. Quelle est votre formation de base ?

- Infirmier
- Diététicien
- Podologue
- Autre

Q10. Combien de temps consacrez-vous en moyenne par patient pour accomplir les tâches d'éducateur en diabétologie (contact direct avec le patient, rapport, concertation, réunion de coaching, préparation et développement de la documentation, déplacement,... tout compris) par séance d'éducation d'une demi-heure.

- 30 min.
- 1h
- 1 h 30 min.
- 2 h
- 2 h 30 min.
- 3 h
- Plus de 3h

Q11. Avez-vous, en tant qu'éducateur en 1e ligne, conclu un contrat de collaboration avec un centre de convention du diabète?

- Oui
- Non

Q12. Pourquoi pas?

Q13. Quel type de contrat avez-vous?

- un contrat avec un centre
- un contrat avec un regroupement de 2 ou plusieurs centres
- plusieurs contrats avec plusieurs centres de convention du diabète
- Autre

Q14. Avez-vous eu une concertation avec le centre de convention pour des questions et/ou des problèmes ?

- Oui
- Non

Q 15. Pour quelle raison n'avez-vous pas eu de concertation avec le centre de convention du diabète ?

- Cela n'était pas nécessaire
- Le centre de convention n'est pas joignable
- J'ai d'autres contacts pour mes questions ou problèmes

Quels autres contacts?

Q16. Comment se déroule la concertation ?

- Par téléphone
- Par email
- En face à face
- Autre

Q17. Avec qui vous êtes-vous concerté?

- Educateur en diabétologie
- Diététicien
- Diabétologue
- Autre

Q18. Avez-vous reçu une réponse claire à vos questions ?

- Toujours       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

Q19. Avez-vous reçu une réponse à vos questions dans un délai raisonnable ?

- Toujours       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

Q20. Etes-vous satisfait de la qualité de cette concertation ?

- Très satisfait       Satisfait       Ni satisfait ni insatisfait       Insatisfait       Très insatisfait

Q21. Avez-vous des suggestions pour améliorer la concertation entre l'éducateur en 1e ligne et le centre de convention ?

Q22. Suivez-vous des formations organisées par le centre de convention?

- Oui  
 Non

Q23. Pourquoi pas?

Q24. Par quel canal de communication les dates de ces formations sont-elles annoncées ?

- Par téléphone  
 Par email  
 Par courrier postal  
 Autre

Autre

Q25. Combien de formations sont organisées par an?

1 fois

2 fois

3 fois

Plus de 3 fois

Q26. Etes-vous satisfait de ces formations?

Très satisfait

satisfait

ni satisfait ni  
insatisfait

insatisfait

très insatisfait

Pourquoi bien/pas ...

Q27. Etes vous en général satisfait de votre travail en tant qu'éducateur en diabétologie ?

Très satisfait

Satisfait

Ni satisfait ni  
insatisfait

Insatisfait

Très insatisfait

Q28. Etes vous satisfait du contact avec les patients?



Très satisfait     Satisfait     Ni satisfait ni insatisfait     Insatisfait     Très insatisfait

Q29. Etes vous satisfait de la collaboration avec les autres professionnels de la santé de 1e ligne?

Très satisfait     Satisfait     Ni satisfait ni insatisfait     Insatisfait     Très insatisfait

Q30. Etes vous satisfait de la collaboration avec le centre de convention du diabète?

Très satisfait     Satisfait     Ni satisfait ni insatisfait     Insatisfait     Très insatisfait

Q31. Etes vous satisfait du nombre de patients que vous éduquez?

Très satisfait     Satisfait     Ni satisfait ni insatisfait     Insatisfait     Très insatisfait

Q32. Etes vous satisfait du temps disponible par session d'éducation?

Très satisfait     Satisfait     Ni satisfait ni insatisfait     Insatisfait     Très insatisfait

Q33. Etes vous satisfait des honoraires par session d'éducation?

Très satisfait     Satisfait     Ni satisfait ni insatisfait     Insatisfait     Très insatisfait

Q34. Etes vous satisfait de votre formation d'éducateur en diabétologie?

Très satisfait     Satisfait     Ni satisfait ni insatisfait     Insatisfait     Très insatisfait

Q35. Avez-vous de remarques, des recommandations ou suggestions pour améliorer la situation sur le terrain concernant l'éducation au diabète (tant pour les professionnels de la santé que pour les patients)?



Merci pour votre collaboration.

Une synthèse des résultats paraîtra en 2013 sur [www.trajetdesoins.be](http://www.trajetdesoins.be).

### 4.6.3 Questionnaire centres de convention

Q1. Votre centre a-t-il conclu des contrats de collaboration avec un /plusieurs éducateurs en diabétologie de 1e ligne?

- Oui
- Non

Q2. Combien de contrats votre centre a-t-il conclu avec des éducateurs en diabétologie de 1e ligne?

- Moins de 5
- plus de 5
- Plus de 10
- Plus de 15
- Plus de 20

Q3. Y a-t-il une concertation avec les éducateurs en diabétologie de 1e ligne en cas de problèmes ou de questions?

- Oui
- Non

Q4. Combien d'heures par semaine êtes-vous disponible pour cette concertation?

Nombre d'heures /semaine:

Q5. Qui dans votre organisation est disponible pour cette concertation ?

- Educateur
- Diététicien
- Diabétologue
- Autre (spécifiez)

Q6. Comment se déroule cette concertation?

- Par téléphone
- Par email
- En face à face
- Lors d'une réunion
- Autre (spécifiez)

Q7. Des réunions entre les éducateurs de 1e ligne et les centres de convention de votre région sont-elles organisées?

- Oui
- Non
- je ne sais

Q8. Combien de réunions ont eu lieu en 2010? En 2011 ?

Nombre de réunions en 2011...

Nombre de réunions en 2012...

Q9. Comment ces réunions ont-elles été annoncées?

- Par téléphone
- Par email
- Par lettre
- Autre (précisez)

Q10. Combien de participants ont assisté à ces réunions (en moyenne)?

Nombre de participants/réunion

Q11. Quels étaient les thèmes de ces réunions?

Q12. Comment les réunions étaient-elles organisées?

- Orateur invité
- Présentation
- Question –réponse
- Autre (précisez)

Q13. Qui organisait cette/ces réunion(s)?

- Le centre de convention
- Le centre de convention en collaboration avec un autre centre de convention
- Le centre de convention en collaboration avec plusieurs autres centres de convention
- Le réseau multidisciplinaire local en collaboration avec un / plusieurs centres de convention
- Autre (spécifiez)

Merci pour votre collaboration.

Une synthèse des résultats de cette enquête sera disponible sur le site internet [www.trajetdesoins.be](http://www.trajetdesoins.be) en 2013.