

H E T D I A B E T E S P R O J E C T A A L S T

**Ontwikkeling en implementatie van een regionaal zorgprogramma voor diabetes type 2 in de eerste lijn (deel 1)**

P. SUNAERT, H. BASTIAENS, L. FEYEN, F. NOBELS, B. SNAUWAERT,  
J. WENS, E. VERMEIRE, P. VAN ROYEN, J. DE MAESENEER

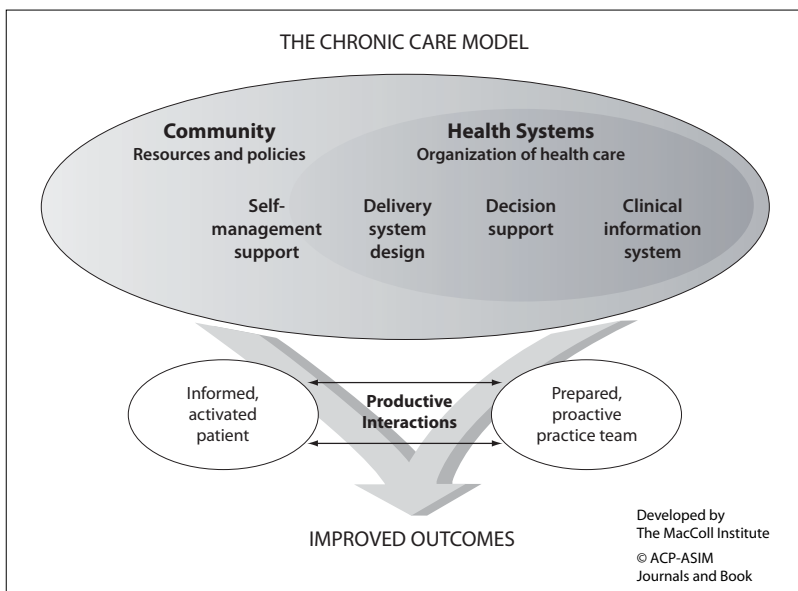
Het Diabetesproject Aalst is een verkenning naar de voorwaarden om de chronische zorg voor diabetes type 2 patiënten in ons land te verbeteren. Op basis van het *Chronic Care Model* werd een regionaal zorgprogramma uitgewerkt. Een belangrijk uitgangspunt is dat de huisartsenpraktijk een centrale rol heeft in de diabeteszorg en dat er maximaal wordt samengewerkt met de reguliere zorgverleners. Patiënten kunnen, op verwijzing van de huisarts, een educatieprogramma volgen.

In dit eerste artikel beschrijven we de interventie en de participatiegraad in de regio. Een tweede artikel dat binnenkort in *Huisarts Nu* verschijnt <sup>5</sup>, beschrijft de factoren die de implementatie in de regio hebben bevorderd of belemmerd. De doelstelling van het onderzoek is de haalbaarheid na te gaan van het invoeren van een regionaal zorgprogramma, gebaseerd op het CCM, in de Belgische context.

Gezien de gestage toename van het aantal mensen met diabetes type 2 zijn er de laatste jaren in verschillende westerse landen initiatieven genomen om de zorg voor deze groeiende groep doelmatiger te organiseren <sup>1</sup>. De meeste initiatieven sluiten aan bij één of meerdere componenten van het ‘*Chronic Care Model*’ van Wagner (zie *figuur 1*) <sup>2</sup>, waarbij de concrete uitwerking afhangt van de specifieke zorgcontext van elk land <sup>3</sup>. Landen met een goed gestructureerde eerste lijn staan meestal verder in de implementatie van de verschillende componenten van dit model dan landen met een minder gestructureerde eerste lijn <sup>4</sup>.

Het model is niet ziektespecifiek; verbetering in de zorg voor één chronische aandoening zal indirect ook de zorg voor andere chronische aandoeningen verbeteren. Aansluitend bij de evolutie in de ons omringende landen heeft het Riziv in 2001 een opdracht uitgeschreven om de mogelijkheden voor zorgvernieuwing in ons land te onderzoeken. Het Diabetesproject Aalst (DPA) is een verkenning naar de voorwaarden waaronder elementen van het Chronic Care Model (CCM) in een welomschreven regio kunnen worden geïmplementeerd in de Belgische context.

Figuur 1: Het Chronic Care Model van Wagner\*.



**Chronic Care Model (CCM)**

Het CCM-model is een theoretisch zorgmodel dat in 1998 door Wagner ontwikkeld is op basis van de bestaande evidentie over chronische zorgverlening. Uitgangspunt van het model is een kwaliteitsvolle interactie tussen de patiënt en zijn zorgverlener. Het model beschrijft zes belangrijke pijlers die bijdragen aan kwaliteitsvolle zorgverlening voor chronische aandoeningen: deskundigheidsbevordering (EBM-richtlijnen, navorming, coaching door de tweede lijn,...), praktijkorganisatie (taakafspraken, afspraakstelsel, call/recall,...), informatietechnologie (diabetesregister, remindersystemen,...), zelfzorgmanagement (informatie, educatie,...), zorgorganisatie (financiële ondersteuning van chronische zorg, vooropstellen van doelstellingen,...), algemeen gezondheidsbeleid (gemeenschappelijke doelstellingen, gezondheidsbevorderende initiatieven in de gemeenschap,...).  
(vrije vertaling uit het Engels door de auteurs)

\* Overgenomen met toelating van de uitgever.

## Methode

### Interventie

Dit beschrijvend explorerend actieonderzoek (van 1 juli 2003 tot 30 juni 2007), waarbij initiatieven genomen zijn in een afgebakende regio, werd opgezet met de bedoeling een gestructureerd en gecoördineerd aanbod van zorg in de eerste lijn te ontwikkelen<sup>6</sup>. Een controleregio is voorzien waar de reguliere zorgverlening doorloopt.

In overleg met de regio is een complexe interventie uitgewerkt, gebaseerd op het CCM en aansluitend bij de noden die in eerder onderzoek in de Belgische context zijn aangetoond<sup>7,8</sup>. De belangrijkste deelaspecten van de interventie zijn:

- *delivery system design*: regionale taak- en werkafspraken, het toevoegen van een educator aan het team in de eerste lijn, ondersteuning bij de opstart van insuline;
- *self-management support*: educatieprogramma voor diabetes type 2-patiënten in de eerste lijn;
- *decision support*: aanbeveling, navorming, regionale databank met feedback;
- *clinical information systems*: opzetten van een regionale databank;
- *organization of health care*: om het proces in de regio te sturen is een zorgcoördinator aangeworven. De zorgcoördinator is geen inhoudsdeskundige inzake diabetes, maar heeft de vaardigheden om een netwerk van zorgverleners uit te bouwen in een regio en een proces van zorgvernieuwing te coachen. De zorgcoördinator wordt in zijn opdracht gesteund door een regionale structuur.

**Onvoldoende kennis en onvoldoende motivatie bij de patiënten met diabetes type 2 vond 80 à 90% van alle zorgverleners een belangrijk knelpunt in de zorg**

### Onderzoekspopulatie

Het project richt zich naar alle zorgverleners én hun patiënten in de regio. In het project is gekozen voor een geografische afbakening die overeenstemt met het werkingsgebied van het SamenwerkingsInitiatief Thuiszorg (SIT). In 2003 is deze keuze gemaakt omdat het een interdisciplinair overlegplatform is binnen de eerste lijn, met een bestaand netwerk en met ervaring in projectmatig interdisciplinair werken. Deze optie sluit ook aan bij de criteria vastgelegd in het Koninklijk Besluit, waaronder het project is goedgekeurd<sup>9</sup>. De regio omvat de stad Aalst en acht omliggende gemeenten met in totaal 76 852 inwoners (2004). De opbouw van de populatie is vergelijkbaar met andere regio's in Vlaanderen<sup>10</sup>. Bij een prevalentie van 3% kan het aantal diabetes type 2-patiënten geschat

worden op ongeveer 2 300, van wie naar schatting 20% behandeld wordt met insuline<sup>11</sup>. In de regio zijn 83 huisartsen actief (gemiddeld 1 huisarts per 925 inwoners), van wie 15 (18%) vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedraagt 47,8 jaar: 41% is ouder dan 50 jaar; 72% werkt in een solo-, 21% in een duo- en 7% in een groepspraktijk. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de gemiddelde situatie in Vlaanderen<sup>12</sup>. In 2004 was slechts één diëtiste actief in de regio met Riziv-erkenning, vandaar dat ook zes diëtisten uit de omliggende gemeenten bij het project betrokken zijn. Er werken vijf podologen met Riziv-erkenning in de regio en vier in de aangrenzende gemeenten. De regio telt 46 apotheken. Er werken ongeveer 90 verpleegkundigen, van wie 5 referentieverpleegkundigen en ongeveer 200 verzorgenden. Er zijn twee ziekenhuizen met een conventiecentrum. Het zorglandschap is in de loop van de projectjaren weinig gewijzigd.

### Proces in de regio

Het regionale zorgprogramma is ontwikkeld in continu overleg met de regio. Niet alle deelaspecten zijn gelijktijdig van start gegaan. Zorgverleners konden in de loop van het project vrij van het aanbod gebruikmaken. De participatiegraad aan de verschillende deelaspecten is nauwkeurig opgevolgd.

### Noden in de regio

Het project is van start gegaan met een schriftelijke bevraging van de zorgverleners in de regio. Er werd gevraagd naar de taakopvattingen, noden en knelpunten met betrekking tot de diabeteszorg. De responsrate op de bevraging was behoorlijk en varieerde van 50% (podologen) tot 100% (tweede lijn). Uit de resultaten blijkt dat voor de aanvang van het project er geen taakafspraken bestonden in de regio en dat dit door een 60 à 80% van de zorgverleners als een (belangrijk) knelpunt werd ervaren. Ook de informatiedoorstroming tussen de zorgverleners verliep niet optimaal. Verder hadden alle zorgverleners nood aan meer ondersteuning van de patiënten bij het opnemen van hun zelfzorg. Onvoldoende kennis en onvoldoende motivatie bij patiënten werden door 80 à 90% van alle zorgverleners als (belangrijke) knelpunten in de zorg ervaren. Een minderheid van de zorgverleners in de eerste lijn kende anno 2004 de werking van het SIT, van 17% (podologen) tot 51% (huisartsen). De resultaten van de bevraging vormden de basis voor de discussie in de verschillende werkgroepen (zie verder).

**Regionale databank (clinical information systems)**

In België wordt momenteel enkel de kwaliteit van de zorg voor diabetespatiënten in de tweede lijn geëvalueerd, namelijk via het 'Initiatief Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie voor Diabetes' (IKED). Een gestructureerde registratie van de gegevens over de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn ontbreekt. Wil men regionaal de zorgkwaliteit verbeteren, dan zijn gegevens over de geleverde zorg in de regio essentieel. In het project is nagegaan in welke mate het haalbaar is om een regionale databank uit te bouwen. Alle huisartsen uit de regio werden uitgenodigd om hun diabetes type 2-patiënten te registreren. Het engagement van de huisartsen voor deelname aan de registratie werd via de Lok-groepen gevraagd. Op basis van het Diabcare-formulier werd een registratieformulier ontwikkeld en qua gebruiksvriendelijkheid getest in de werkgroep huisartsen. Een financiële stimulans is voorzien voor de artsen die gegevens aanleveren. Voor de eerste registratieperiode (periode 01/10/2003-30/09/2004) zijn gegevens van 455 patiënten uit de regio geregistreerd door 40 huisartsen (48% van de huisartsen uit de regio). Op dat ogenblik waren dus gegevens beschikbaar over 20% van de geschatte groep diabetespatiënten. De aangeleverde gegevens zijn in een feedbackdocument verwerkt door de wetenschappelijke equipe en naar alle artsen (huisartsen en specialisten) in de regio verstuurd. De gegevens zijn ook gebruikt bij het formuleren van prioritaire doelstellingen voor de regio (periode 2005-2006). Aanvankelijk was de opzet om jaarlijks de kwaliteit van zorg te evalueren en op basis van de resultaten de doelstellingen voor de regio bij te sturen. Door het ontbreken van randvoorwaarden die vlote registratie mogelijk maken, werd beslist om pas na twee jaar een tweede evaluatie te voorzien. Achtentwintig huisartsen (35% van de huisartsen uit de regio) hebben zowel in de eerste als in de tweede periode geregistreerd. Van 327 patiënten zijn gegevens bekend voor beide registratieperiodes (zie tabel).

**Regionale taak- en werkafspraken (delivery system design)**

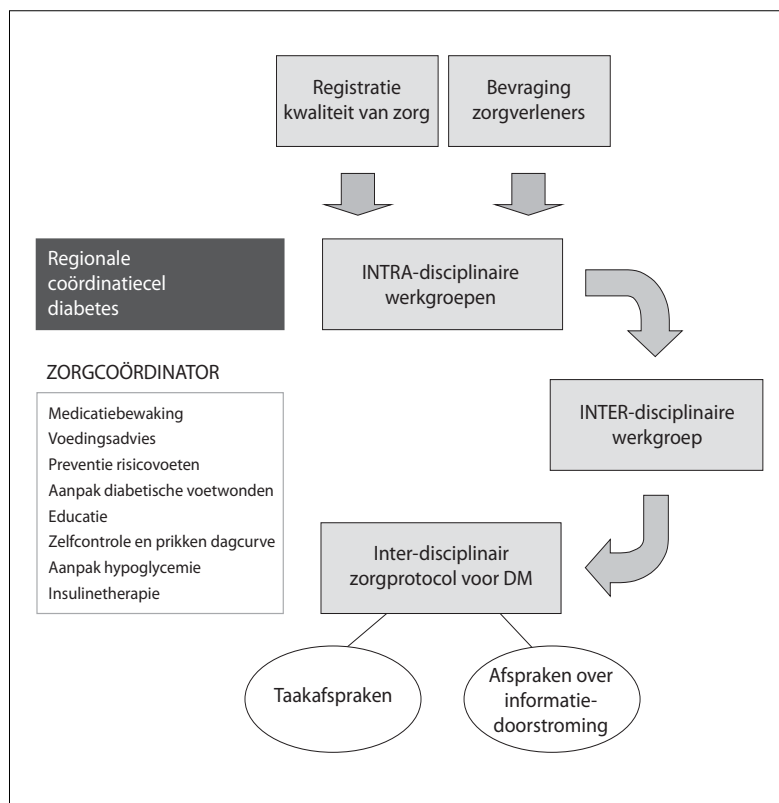
Om tot interdisciplinaire taak- en werkafspraken te komen is gekozen voor een bottom-upbenadering (zie figuur 2). Door de zorgcoördinator zijn er in de regio werkgroepen opgericht per discipline. Eénenveertig zorgverleners uit

Tabel: Evolutie prioritaire doelstellingen voor de huisartsen (periode 2005-2006).

% Patiënten die voldoen aan volgende criteria, neemt toe*	T0 2004	T1 2006	T1/T0	Doelstelling gehaald?
HbA1c < 7,5%	62%	74%	+12%	Ja
Statine	37%	56%	+19%	Ja
Voetonderzoek met monofilament	28%	29%	+1%	Neen
Aanbod educatie	/	22%	+22%	Ja
Jaarlijkse oogartscontrole	24%	24%	+0%	Neen
Posologiekaart	+/- niet	+/- niet	+0%	Neen
Diabetespas	gg	gg	gg	gg

\* Op basis van een beperkte steekproef in de regio (n=327). Een effectevaluatie op regioniveau en in vergelijking met een controleregio is gepland; de resultaten worden verwacht in de loop van 2008.

Figuur 2: Ontwikkeling van een interdisciplinair protocol in de regio.



zeven disciplines hebben aan de werkgroepvergaderingen deelgenomen. Elke werkgroep heeft op basis van de resultaten van de bevraging en reflectie binnen de eigen discipline een werkdocument opgemaakt. Uit de verschillende werkgroepen per discipline is een interdisciplinaire werkgroep gevormd met twee vertegenwoordigers per discipline. De afspraken gemaakt binnen deze werkgroep, zijn gebundeld in een interdisciplinair zorgprotocol<sup>13</sup>. De voornaamste aandachtspunten in dit protocol zijn: taak- en werkafspraken met betrekking tot medicatiebewaking, dieetadvies, educatie, preventie van diabetische voet, aanpak van voetwonden en opstart van insuline. Daarnaast zijn adviezen in verband met verwijscriteria en informatiedoorstroming tussen de verschillende zorgverleners opgenomen. In een tweede fase is een uitgebreid implementatieplan uitgewerkt om de gemaakte afspraken ingang te doen vinden in de praktijkvoering van de betrokken zorgverleners. Hierbij is rekening gehouden met de verschillende factoren die het implementatiesucces bepalen<sup>14</sup>. Per discipline is in overleg met de bestaande organisaties (huisartsenkring, apothekersvereniging,...) gezocht naar een optimale implementatiestrategie. De resultaten per discipline tonen aan dat een aantal vooropgestelde doelstellingen effectief tot verandering in de praktijkvoering leiden. Tegelijk is het ook duidelijk dat een aantal doelstellingen niet of slechts gedeeltelijk gehaald worden. Deze doelstellingen blijven aandachtspunten voor de regio en in overleg met de betrokken disciplines moeten strategieën uitgewerkt om deze doelstellingen te bereiken.

#### **Regionaal educatieprogramma voor type 2-patiënten (self-management support)**

Momenteel is er in de Belgische context enkel gestructureerde educatie voorzien voor patiënten behandeld met insuline. In het project is een regionaal educatieprogramma uitgewerkt voor patiënten op dieet en/of orale medicatie. Er zijn twee diabeteseducatoren (1,5 voltijds equivalent) aangeworven op regioniveau. Ze werken in een diabeteshuis, centraal gelegen in de regio. Vanaf 1 oktober 2004 kunnen patiënten uit de eerste lijn hier terecht voor educatie. Het educatieprogramma is ontwikkeld in nauw overleg met de werkgroep huisartsen: het accent ligt op zelfzorgmanagement. Uitgangspunt is dat de educator complementair werkt aan

**De resultaten per discipline tonen aan dat een aantal vooropgestelde doelstellingen effectief tot verandering in de praktijkvoering leiden**

de huisarts en patiënten slechts aan het programma kunnen deelnemen na verwijzing door de huisarts. Het aanbod is gratis en het aantal sessies dat nodig is, wordt individueel bepaald. Ongeveer 20% van de doelgroep (340 patiënten) maakte van het aanbod gebruik. Daarnaast werd ook een aanbod van groepseducatie uitgewerkt. Van de huisartsen had 69% één of meerdere patiënten die aan het educatieprogramma deelnamen.

#### **Ondersteuning bij het opstarten van insuline (delivery system design)**

In samenwerking met de tweede lijn is een programma uitgewerkt voor het opstarten van insuline therapie in de eerste lijn. Het programma omvat educatie voor patiënten, aanbod van zelfcontrole materiaal, ondersteuning door de tweede lijn en navorming voor huisartsen<sup>15</sup>. Sinds 1 februari 2005 kunnen huisartsen patiënten verwijzen die in aanmerking komen voor insulinetherapie. In de loop van twee jaar zijn 55 patiënten verwezen voor screening in het kader van de opstart van insuline (30% van de doelgroep). Dertig procent van de artsen uit de regio heeft minstens één patiënt hiervoor verwezen.

#### **Deskundigheidsbevordering (decision support)**

Vanuit de lokale stuurgroep zijn meerdere initiatieven genomen om de zorgverleners in hun medisch handelen te ondersteunen, waarbij de verschillende werkgroepen uit de regio actief betrokken zijn. Bij de aanvang van het project is de ontwerpaanbeveling Diabetes Mellitus type 2 onder alle huisartsen verspreid<sup>16</sup>. Er zijn twee navormingssessies georganiseerd voor de huisartsen en twee infoavonden voor de apothekers. Het interdisciplinaire protocol is verspreid onder alle disciplines. Een website is ontwikkeld waar documenten (checklist voetonderzoek, aanvraag diabetespas, protocols,...) ter beschikking zijn gesteld van de regio. De podologen en diëtisten hebben actief meegewerkt aan de voorbereiding van de navorming en de ontwikkeling van informatieve documenten voor de website. Specialisten uit beide ziekenhuizen zijn sterk betrokken geweest bij de voorbereiding van de navorming voor de huisartsen. Achtenveertig huisartsen (60%) uit de regio hebben deelgenomen aan minstens één van de twee navormingssessies en 33 apothekers (72%) uit de regio aan minstens één van de twee infoavonden. Naast het geven

**Het educatieprogramma is ontwikkeld in nauw overleg met de werkgroep huisartsen: het accent ligt op zelfzorgmanagement**

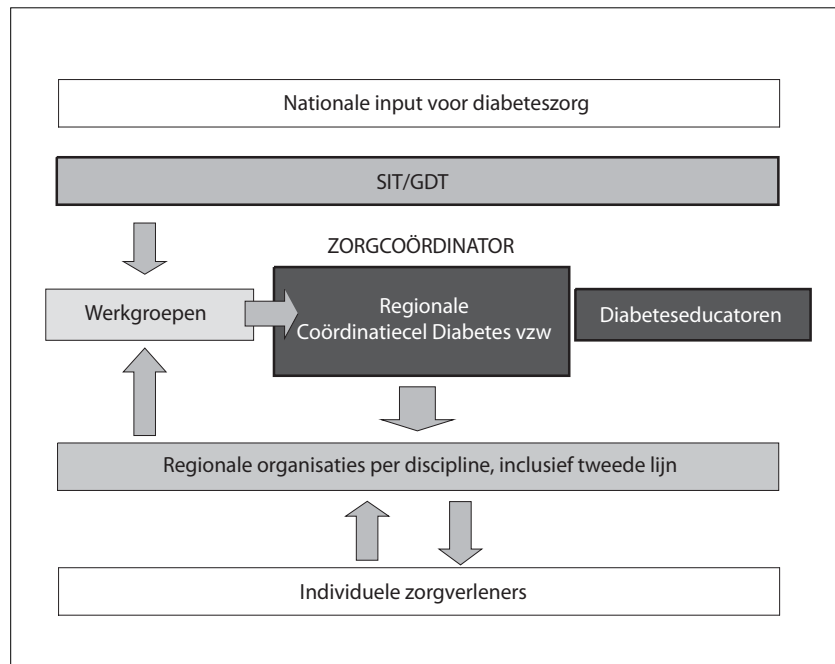
van educatie aan patiënten hebben de educatoren ook een opdracht als inhoudsdeskundige in de regio. In die functie verzorgden ze informatiesessies voor organisaties en socioculturele verenigingen in de regio. Er zijn ook bijdragen geleverd in het kader van navorming in de RVT's. Dit is steeds gebeurd in nauw overleg met de reguliere zorgverleners.

### Regionale overlegstructuur (organization of health care)

Bij de start van het project is in de regio een lokale stuurgroep opgericht die de dagelijkse leiding van het project op zich heeft genomen. Deze stuurgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de lokale zorgverleners en vertegenwoordigers van de wetenschappelijke equipe. De werking van de lokale stuurgroep is vooral in de eerste twee projectjaren intens door de wetenschappelijke equipe begeleid. In 2004 zag de samenstelling er als volgt uit: zorgcoördinator, twee diabeteseducatoren, voorzitter huisartsenkring, voorzitter lokale SIT Aalst, SIT-coördinator, twee endocrinologen uit één ziekenhuis, negen leden van de wetenschappelijke equipe (projectmanager en acht onderzoekers). In maart 2005 werd de vertegenwoordiging vanuit de wetenschappelijke equipe beperkt tot maximum vijf (projectmanager en twee onderzoekers uit beide universiteiten). In het derde projectjaar is vooral gewerkt aan de verankering van de 'projectstructuren' in de regio. De lokale stuurgroep is dan geëvolueerd naar een 'coördinatiecel diabetes'. De groep is verruimd met twee leden (niet-artsen) uit de interdisciplinaire werkgroep en één endocrinoloog uit het ziekenhuis dat tot dan toe niet vertegenwoordigd was. De inbreng van de wetenschappelijke equipe is beperkt tot de observatie van de werking van de structuur. In het kader van de continuering van het project na 30 juni 2007 is er een verkennend gesprek geweest tussen de leden van de lokale stuurgroep en een afvaardiging van OVOSIT, de overkoepelende vzw-structuur die de 28 SIT's uit de provincie Oost-Vlaanderen groepeerd. Concreet is de vraag gesteld om de mogelijkheid te onderzoeken om in de toekomst het diabetesproject in de structuur van de organisatie op te nemen. De vzw OVOSIT heeft dit niet gedaan, omdat dit mo-

menteel niet kadert in de statutaire doelstellingen van de vzw. Onder impuls van de werkgroep huisartsen en specialisten is de vzw Zorgtrajecten Aalst opgericht om de continuïteit van het aanbod te verzekeren in afwachting van een structurele ondersteuning door de overheid. Op dit moment functioneert de coördinatiecel autonoom binnen de regio (zie figuur 3).

Figuur 3: Regionale structuur anno 2007.



### Besluit

**Het Diabetes Project Aalst is erin geslaagd om verschillende componenten van het Chronic Care Model, die in een andere zorgcontext hun effect bewezen hebben, in het Belgische zorgmodel te integreren. Dit is gerealiseerd dankzij het toevoegen van een zorgcoördinator en twee educatoren aan de regio, de actieve bijdrage van de zorgverleners uit de regio en de financiële middelen voorzien vanuit het Riziv. Uit de eerste resultaten blijkt een positieve tendens wat de kwaliteit van zorg in de regio betreft, maar er is duidelijk nog ruimte voor verbetering. Een proces van kwaliteitsverbetering is een continu proces waarbij het beschikken over (regionale) kwaliteitsgegevens essentieel is om het effect van de inspanningen te evalueren en het beleid bij te sturen. De mate waarin de regio participeert, sluit aan bij de te verwachten participatie in het kader van een veranderingsproces<sup>14</sup>.**

## AUTEURS

P. Sunaert is huisarts in Ooigem en als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent;

H. Bastiaens is arts en onderzoeksassistent aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Interdisciplinaire zorg en Geriatrie van de Universiteit Antwerpen;

L. Feyen is huisarts in Sas van Gent en als academisch consultant verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent;

F. Nobels is endocrino-diabetoloog in het Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis in Aalst en actief in de Vlaamse Diabetesvereniging (VDV);

B. Snauwaert is psycholoog doctor-assistent aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent en projectmanager van het DiabetesProject Aalst;

J. Wens is huisarts in Ekeren en verbonden aan de Vakgroep huisartsgeneeskunde, Interdisciplinaire zorg en Geriatrie van de Universiteit Antwerpen;

E. Vermeire is docent aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Interdisciplinaire zorg en Geriatrie en de Vakgroep verpleegkunde en Vroedkunde van de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen;

P. Van Royen is huisarts in Antwerpen, hoogleraar aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Interdisciplinaire gezondheidszorg en Geriatrie van de Universiteit Antwerpen, voorzitter van het European General Practice Research Network (EGPRN) en voorzitter van de commissie Aanbevelingen van Domus Medica;

J. De Maeseneer is als huisarts verbonden aan het wijkgezondheidscentrum Botermarkt in Ledeberg, gewoon hoogleraar aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent, voorzitter van het European Forum for Primary Care (EFPC) en secretaris-generaal van het Netwerk 'Towards Unity for Health' (TUFH).

**S u m m a r y****Development and implementation of a regional program for type 2 diabetes patients in primary care**

SUNAERT P, BASTIAENS H, FEYEN L, NOBELS F, SNAUWAERT B, WENS J, VERMEIRE E, VAN ROYEN P, DE MAESENEER J

Diabetes mellitus, especially type 2, is a disease with a growing impact on society and health care expenditure. There is still an important gap between what is defined as 'high quality care' and the quality of care achieved in daily practice. Many governments in Western countries are currently exploring methods to bridge this gap. This article describes the process of the development and the implementation of a program, based on the Chronic Care Model of Wagner, in a well-defined region in Belgium. Key features of the program are: introduction of a program coordinator in the region, bottom-up development of an interdisciplinary care protocol for patients in primary care, development of a self-management support program (individual and group education) and task agreements with secondary care.

**MeSH**

**Chronic Care Model**  
**Diabetes Mellitus, Type 2**  
**Primary Health Care**  
**Quality of Health Care**

**Literatuur**

- Mathieu C, Nobels F, Peeters G, Van Royen P, et al. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2006. KCE reports; 27A.
- Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.
- Improving care for people with long-term conditions. A review of UK and international frameworks. University of Birmingham HSMC-NHS Institute for Innovation and Improvement, 2006. [www.institute.nhs](http://www.institute.nhs)
- Van Eygen L, Feyen L, Sunaert P, et al. Organisation of diabetes care: a descriptive study in 7 West-European countries. IDF abstract, Cape Town, 2006.
- Sunaert P, et al. Het Diabetesproject Aalst: ontwikkeling en implementatie van een regionaal zorgprogramma voor diabetes type 2 in de eerste lijn (deel 2). *Huisarts Nu* 2008; In press.
- Flick U, et al. A companion to qualitative research. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage publications, 2004.
- Bastiaens H, Sunaert P, Borgermans L, Wens J, et al. Visie op de zorg voor diabetes type 2-patiënten in België: analyse van een bevraging bij achttien belangengroepen. *Huisarts Nu* 2005;34:494-9.
- Baeten R, Feyen L, De Maeseneer J, Van Royen P, et al. Experiment met het functioneren van een diabeteskundige binnen de Lokale Samenwerkingsinitiatieven voor de thuiszorg. Rapport november 1999, Universiteit Antwerpen-Universiteit Gent.
- Regionaal project gefinancierd door het Riziv, Koninklijk Besluit van 22-06-2001.
- Bron: FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie.
- De diabetesconventie. Rapport van het Intermutualistisch Agentschap in opdracht van het RIZIV. Brussel: Intermutualistisch Agentschap, juli 2005.
- Riziv. [www.riziv.fgov.be/homenl.htm](http://www.riziv.fgov.be/homenl.htm)
- Sunaert P, Lambrecht D, Snauwaert B, Feyen L, et al. Interdisciplinair zorgprotocol: Analyse van de knelpunten en adviezen ter optimalisering van de diabeteszorg voor patiënten met diabetes type 2 in de regio Aalst. Rapport, juni 2005.
- Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.
- Sunaert P, Feyen L, Snauwaert B, Bastiaens H, et al. Samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn in de diabeteszorg: van verwijzing naar gedeelde zorg. *Huisarts Nu* 2005;34:500-7.
- Wens J, Sunaert P, Nobels F, Feyen L, et al. WVVH-VDV-Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Diabetes Mellitus type 2. Berchem/Gent: WVVH-VDV-Aanbeveling, 2005.

**Dankwoord**

Met dank aan alle zorgverleners uit de regio Aalst die zich voor het project hebben ingezet. In het bijzonder willen we de leden van de lokale coördinatiecel bedanken voor hun enthousiasme en engagement: Marc Amant, Caroline Haeck, Riet Hostens, Lut Jenkins, Désirée Lambrecht, Frank Nobels, Rudy Saeys, Emmanuel Samyn, Magda Wijns, Paul Van Crombrugge, Anne-Marie Vandenberg. Tot slot bedanken we Karin Cockx, Linda Symons, Davy Vansteenkiste, Marie Vandekerckhove, Karolien Van Puyenbroeck en Sonja Vertriest voor hun bijdrage aan dit project. Het Diabetesproject Aalst is een regionaal project gefinancierd door het Riziv (KB 22-06-2001) met als doelstelling de overheid te adviseren met betrekking tot de organisatie van de zorg voor chronisch zieken in de eerste lijn, in casu diabetes type 2-patiënten.