



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (H. Merten, C. Wagner, *Achtergrondstudie: De rol van de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep*, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

Achtergrondstudie: De rol van de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep

H. Merten
C. Wagner



ISBN-10: 90-6905-812-X
ISBN-13: 978-90-6905-812-2

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Literatuuronderzoek	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Praktijkvoorbeeld multidisciplinaire diabetesgroepen	9
1.3 Onderzoeksvragen	10
1.4 Zoektermen en strategieën literatuuronderzoek	11
1.5 Beschrijving literatuur	12
1.6 Conclusie	16
2 Vragenlijst: de rol van de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep	17
2.1 Achtergrond en doel van de vragenlijst	18
2.2 De vragenlijst	18
2.3 Dataverzameling	19
2.4 Beschrijving respondenten	20
2.5 Beschrijving huidige taakverdeling binnen de diabeteszorg	20
2.6 Beschrijving wenselijke situatie in de toekomst binnen de diabeteszorg	23
2.7 Visie van de afzonderlijke beroepsgroepen op de rol van de diabetesverpleegkundige en praktijkondersteuner in de toekomst	26
2.8 Diabetesverpleegkundige en praktijkondersteuner	27
2.9 Speciale taken voor de diabetesverpleegkundige	28
2.10 Rol patiënt	29
2.11 Conclusies	30
Literatuurlijst	33
Bijlagen:	
1 (6.1) Huidige taakverdeling binnen de diabeteszorg	35
2 (6.2) Wenselijke taakverdeling binnen de diabeteszorg in de toekomst	39
3 (6.3) Visie van de afzonderlijke beroepsgroepen op de toekomstige rol van de diabetesverpleegkundige	43
4 (6.4) Visie van de afzonderlijke beroepsgroepen op de toekomstige rol van de POH	47
5 (6.5) Visie van de diabetesverpleegkundige werkzaam binnen de eerstelijns of de tweedelijns op de toekomstige rol van de diabetesverpleegkundige	51
6 (6.6) Visie van de POH met achtergrond als doktersassistente of verpleegkundige op de toekomstige rol van de POH	55
7 (6.7) Speciale taken weggelegd voor de diabetesverpleegkundige volgens de deelnemende huisartsen	59
8 (6.8) Speciale taken weggelegd voor de diabetesverpleegkundige volgens de deelnemende internisten	61
9 (6.9) Speciale taken weggelegd voor de diabetesverpleegkundige volgens de deelnemende diabetesverpleegkundigen	63
10 (6.10) Speciale taken weggelegd voor de diabetesverpleegkundige volgens de deelnemende POH's	65
11 Vragenlijst De rol van de diabetesverpleegkundige in de diabeteszorg in Nederland	67

Voorwoord

Het voor u liggende rapport beschrijft de resultaten van een literatuuronderzoek en een enquête over de rol van de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroepen nu en in de toekomst. Deze resultaten maken deel uit van een breder onderzoek waarvan de resultaten beschreven staan in het rapport: 'Competentieprofiel Diabetesverpleegkundige 'nieuwe stijl' (LEVV, NIVEL, 2006). In opdracht van de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepen in de Gezondheidszorg (MOBG) werd door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) in samenwerking met het NIVEL een project uitgevoerd waarin de rol van de diabetesverpleegkundige in een multidisciplinaire diabeteszorggroep centraal staat. De aanleiding voor dit project is de toename van het aantal mensen met diabetes en de vraag hoe men deze groep in de toekomst adequate zorg kan blijven bieden. Hierbij kan de diabetesverpleegkundige een rol spelen, waarbij taakherschikking een mogelijkheid is.

In het gezamenlijke rapport wordt het competentieprofiel van de diabetesverpleegkundige nieuwe stijl beschreven. Dit competentieprofiel is op basis van vooronderzoek ontwikkeld. Dit vooronderzoek bestaat uit een literatuuronderzoek, oriënterende gesprekken met experts en een enquête onder een groep huisartsen, internisten, praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen. In het competentieprofiel voor de diabetesverpleegkundige nieuwe stijl worden de benodigde kennis, gedrags- en vaardigheidseisen beschreven. Het competentieprofiel is ontwikkeld om het experimenteren binnen multidisciplinaire zorggroepen te bevorderen.

In het gezamenlijke rapport konden niet alle resultaten van de deelonderzoeken van het NIVEL worden opgenomen. Om deze reden is gekozen voor een aanvullend achtergrondrapport. In dit rapport wordt nader ingegaan op de beschikbare literatuur over diabeteszorggroepen, de huidige rol van de diabetesverpleegkundige en taakherschikking binnen de gezondheidszorg. Vervolgens worden de resultaten van de enquête onder een groep huisartsen, internisten, praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen besproken. In de enquête stonden de huidige taakverdeling en de toekomstige taakverdeling binnen de diabeteszorg centraal. Specifiek werd gevraagd welke rol de diabetesverpleegkundige in de toekomst binnen de diabeteszorggroepen kan gaan spelen. De resultaten van de enquête worden in de bijlagen van dit rapport beschreven.

Wij hopen dat de resultaten in dit rapport meer inzicht geven in de mogelijke rol van de diabetesverpleegkundige in de toekomst.

Utrecht, september 2006
Mw. Dr. C. Wagner
Programmaleider Kwaliteit en Organisatie

1 Literatuuronderzoek

De belangrijkste bevindingen van het literatuuronderzoek:

- Er is weinig literatuur beschikbaar over diabeteszorggroepen en de rol en effectiviteit van de diabetesverpleegkundige erin
- In de beschikbare literatuur blijkt dat de inzet van diabetesverpleegkundigen ertoe leidt dat richtlijnen beter worden opgevolgd
- De door een diabetesverpleegkundige geleverde zorg is van minimaal gelijke kwaliteit als die van artsen, in een aantal gevallen zelfs beter
- De diabetesverpleegkundige had in het overgrote deel van de literatuur geen behandelverantwoordelijkheid
- Er moet meer onderzoek gedaan worden naar de effectiviteit van de diabetesverpleegkundige en de rol die ze kan spelen binnen de diabeteszorggroep

In dit hoofdstuk wordt eerst een kort overzicht van de huidige stand van zaken binnen de diabeteszorg gegeven. Vervolgens worden er twee praktijkvoorbeelden van multidisciplinaire diabetesteams beschreven. In paragraaf 1.3 worden de onderzoeksvragen omschreven waarna in paragraaf 1.4 de gebruikte zoekstrategie van het literatuuronderzoek toegelicht wordt. In paragraaf 1.5 wordt de gevonden literatuur beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de conclusie.

1.1 Inleiding

Diabetes is een metabolische ziekte waarbij er een verhoogd glucosegehalte van het bloed is door óf het volledig ontbreken van het hormoon insuline (type1) óf veroorzaakt door onvoldoende productie en/of werking van insuline (type 2). In Nederland lijden er op dit moment 500.000 mensen aan diabetes en per jaar komen er 60.000 bij. Diabetes vereist een goede behandeling en begeleiding om het optreden van late complicaties terug te dringen of te vermijden. De kwaliteit van het bestaan en de levensverwachting van patiënten met diabetes wordt hiermee bevorderd. Hoewel het bekend is wat een goede behandeling inhoudt, stelt de Taakgroep Programma Diabeteszorg (2005) dat niet meer dan een derde van de patiënten ook daadwerkelijk goede diabeteszorg krijgt. Er zullen steeds meer mensen bijkomen die goede diabeteszorg nodig hebben en de patiënten met diabetes die nu nog geen goede zorg ontvangen moeten die wel krijgen. Terwijl de vraag naar goede zorg toeneemt, onder andere door vergrijzing, dreigt er juist een tekort aan zorgverleners. Om goede diabeteszorg in de toekomst aan alle patiënten met diabetes te kunnen geven is een grotere doelmatigheid in het proces van zorgverlening nodig, taakherschikking is hiervoor een van de mogelijkheden. Daarnaast is het mogelijk dat taakherschikking de kwaliteit van zorg kan verhogen door onder andere de patiënt meer bij het zorgproces te betrekken.

Voor taakherschikking is het nodig om tot een herziening van werkprocessen te komen binnen multidisciplinair samengestelde diabeteszorggroepen. Dit betekent dat verschillende taken of onderdelen van taken die traditioneel door artsen worden uitgevoerd door andere beroepsbeoefenaars, zoals diabetesverpleegkundigen, overgenomen moeten worden, mits daartoe opgeleid en bekwaam. Er is een onderscheid tussen taakherschikking en taakverschuiving (RVZ, 2003) maar bij beiden gaat het om het verschuiven of herschikken van taken tussen verschillende beroepen en niet tussen functies. De RVZ (2003) hanteert als definitie voor taakherschikking: *'het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen'* en voor taakverschuiving, wat meestal aan taakherschikking vooraf gaat: *'al die taken die voorheen uitsluitend door artsen werden verricht en die nu (ook) door verpleegkundigen worden verricht'.* Op 5 juli 2004 heeft de minister van VWS de brief *Diabeteszorg Beter* aan de Tweede Kamer gestuurd, hierin geeft hij aan dat hij de diabetesproblematiek wil verminderen met het ontwerpen en invoeren van een actieprogramma voor de periode 2005-2009. Dit actieprogramma kent een aanpak langs vier lijnen:

- Het mogelijk maken van inkoop van goede diabeteszorg, onder andere door een speciale transmurale diagnose-behandelcombinatie (dbc) voor diabetes;
- Het regionaal bundelen van expertise uit verschillende disciplines en het verder professionaliseren van beroepsbeoefenaren;
- Uitgebreid inzetten van ondersteunende ICT en het stimuleren van goede initiatieven en innovatie;
- Meer voorlichting over de ernst van diabetes en het belang van een goede behandeling.

Voor het opstellen van het plan van aanpak is de Taakgroep Programma Diabeteszorg gevormd die bestaat uit deskundigen uit de wereld van de zorgverzekering, de zorgverlening en de patiëntenorganisaties.

In het rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg (juni 2005) is aangegeven dat de diabeteszorg in multidisciplinair samengestelde zorggroepen (de 'diabeteszorggroep') plaats zou moeten vinden om de zorg te verbeteren en toegankelijk te maken en te houden voor alle patiënten. De Taakgroep geeft in haar rapport "Diabeteszorg Beter" (2005, blz. 8) de volgende omschrijving van een diabeteszorggroep: "een multidisciplinair georganiseerde zorgaanbieder die zijn zorgaanbod inricht in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard, waarin niet alleen behandeling en begeleiding maar ook educatie en zelfmanagement zijn opgenomen". Er moet een dekkend aantal multidisciplinair georganiseerde diabeteszorggroepen komen die goede diabeteszorg leveren aan alle patiënten met diabetes.

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) is een platform, van alle bij de diabeteszorg betrokken partijen, die een zorgstandaard ontwikkeld heeft voor de diabeteszorg. In de NDF-zorgstandaard voor goede diabeteszorg (2003) wordt beschreven welke onderdelen goede diabeteszorg omvat en het organisatorisch kader wat daarbij past. In de standaard worden de noodzakelijke onderdelen van zorg beschreven om diabetes te voorkomen, tijdig op te sporen en juist te behandelen. Met deze zorgstandaard hoopt de NDF de vrijblijvendheid binnen de zorg voor diabetes op te heffen. De NDF-zorgstandaard wordt gedragen door alle bij de diabeteszorg betrokken partijen en moet handvatten bieden voor goede diabeteszorg. De Zorgstandaard moet ervoor zorgen dat de uitkomsten van

diabeteszorg zichtbaar worden voor alle partijen. In de standaard zijn een aantal proces en zorgindicatoren genoemd, zoals de registratie van persoonsgegevens, diagnosejaar en insulinegebruik. Daarnaast moet het een uitgangspunt vormen voor een financieringsmodel van transmurale Diabetes Diagnose en Behandel Combinaties (t-DDBC).

1.2 **Praktijkvoorbeeld multidisciplinaire diabetesgroepen**

Om duidelijk te maken hoe een diabeteszorggroep eruit zou kunnen zien worden hieronder kort twee voorbeelden beschreven van multidisciplinaire teams waarin diabeteszorg geleverd wordt.

WestFriese Diabetes Zorgsysteem

Het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland was een samenwerking van Westfrie huisartsen, de thuiszorg, het WestFries Gasthuis, een arts-laboratorium en trombosediens, een verzekeraar, de afdeling West-Friesland van de Diabetes Vereniging Nederland en een onderzoeksinstituut (EMGO). Deze samenwerking is in 2004 ondergebracht in een Stichting. Hierdoor ontstond een structurele samenwerking tussen de eerste en tweedelij binnen het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland.

Men was van mening dat met een anders georganiseerde diabeteszorg een aanzienlijke gezondheidswinst behaald kon worden. Inmiddels is er een diabetesonderzoekscentrum waar 4000 diabetespatiënten systematisch gevolgd worden. In dit centrum vindt naast diabeteszorg ook wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte plaats. Vanuit het Diabetes Zorgsysteem krijgt een nieuwe diabetespatiënt onder andere een gesprek met een diabetesverpleegkundige en een diëtist. Tijdens dit gesprek wordt besproken wat diabetes is en wat de consequenties zijn voor de leefstijl. Daarnaast bepaalt men bij nieuwe patiënten het gewicht, de bloeddruk, ECG (hartfilm), netvliesfoto en bloedafname. De huisartsenpraktijk (huisarts en praktijkverpleegkundige) blijft behandelaar van de patiënt. Het WestFrie Diabetes Zorgsysteem maakt op de website inzichtelijk in hoeverre men voldoet aan de proces en uitkomstindicatoren van de NDF en geeft hiermee transparantie van de geleverde zorg.

Website www.diabeteszorg.nl, laatst bekeken in april 2006.

Maastricht: MATADOR project

MATADOR staat voor Maastrichtse Transmurale Diabetes Organisatie.

Sinds 1996 is er ervaring opgedaan met twee Shared Care Zorgmodellen voor diabetes mellitus type 2. Het doel van deze modellen is de kwaliteit van de diabeteszorg te verbeteren binnen het beschikbare budget. In één model wordt dit gedaan door een gezamenlijk spreekuur van huisarts en internist. In het andere zorgmodel behandelen transmuraal werkende diabetesverpleegkundigen zelfstandig stabiele poliklinisch-behandelde diabetes-patiënten in de huisartsenpraktijk. Hierbij is er een intensieve samenwerking tussen de diabetesverpleegkundigen, huisartsen en internisten voor een betere coördinatie en continuïteit.

Deze twee modellen zijn nu geïntegreerd tot een disease management model wat in de regio Heuvelland gebruikt wordt.

Hierbij is sprake van een integrale aanpak van de diabeteszorg voor de gehele regio. Het kernteam bestaat uit een internist, een diabetesverpleegkundige en een huisarts die de gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor het project. Andere betrokken disciplines waarmee het kernteam nauw samenwerkt zijn diëtisten, wijkverpleegkundigen, podotherapeuten en oogartsen.

Er is sprake van een expliciete toewijzing van de primaire verantwoordelijkheid voor een concrete patiënt aan de internist, huisarts (en praktijkverpleegkundige / doktersassistente) of diabetesverpleegkundige. In het model is participatie van patiënten en patiëntvertegenwoordigers erg belangrijk. De aansturing vindt centraal plaats en er is bewaking van de kwaliteit door middel van benchmarking en transparantie van de resultaten. Dit zorgmodel geldt voor alle diabetespatiënten zowel type 1 als type 2 die in het ziekenhuis of de huisartsenpraktijk behandeld worden.

De toewijzing van deelverantwoordelijkheden en taken wordt binnen een multidisciplinair protocol vastgelegd. Hierbij wordt uitgegaan van zoveel mogelijk delegatie waar dit verantwoord kan zonder nadelige gevolgen voor de kwaliteit van zorg. Website: <http://www.intmed.unimaas.nl/endo/matador.htm>, laatst bekeken in april 2006.

1.3 Onderzoeksvragen

ZonMw is begin 2006 gestart met het Programma Diabetes Ketenzorg waarin via een aantal regionale experimenten ervaring wordt opgedaan met diabeteszorggroepen. In verwante projecten tot nu toe is de zelfstandige bijdrage van de diabetesverpleegkundige niet duidelijk naar voren gekomen. Om de rol van de diabetesverpleegkundige in de diabeteszorggroepen uit te breiden en eventueel tot taakherschikking te komen moet duidelijk zijn welke (voorbehouden) handelingen, inclusief het voorschrijven van geneesmiddelen, voor de diabetesverpleegkundige weggelegd zijn en onder welke voorwaarden. Hiervoor is het nodig om na te gaan welke competenties en daarop gebaseerde vervolgopleiding noodzakelijk zijn om de diabetesverpleegkundige de zelfstandige bevoegdheid te verlenen. Voordat een competentieprofiel en leerarrangement opgesteld kan worden moet eerst de mogelijke rol van diabetesverpleegkundigen in diabeteszorggroepen duidelijk worden. Praktisch gezien houdt dit in dat de kennis-, gedrags-, en vaardigheidseisen die van de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep gevraagd kunnen worden bekend moeten zijn. Daarnaast moet vanuit de andere betrokken beroepsbeoefenaren duidelijk worden welke rol zij weggelegd zien voor de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep.

Om meer inzicht te verkrijgen in de taken die diabetesverpleegkundigen momenteel in bestaande zorggroepen in binnen- en buitenland uitvoeren en hoe de kwaliteit van de geleverde zorg zich verhoudt tot reguliere zorg is een literatuuronderzoek uitgevoerd. Deze informatie kan een handvat bieden om taken voor de diabetesverpleegkundige in de toekomst, binnen de diabeteszorggroep, vast te stellen.

1.4 Zoektermen en strategieën literatuuronderzoek

Om inzicht te krijgen in de hoeveelheid beschikbare literatuur over bovenstaande onderzoeksvragen werd een zoekactie uitgevoerd in drie verschillende databases; PubMed, Cinahl en de NIVEL catalogus. In de laatst genoemde database zijn vele rapporten, dissertaties en publicaties te vinden die specifiek van toepassing zijn op de Nederlandse situatie en niet in andere databases vermeld staan. Omdat de recente ontwikkelingen binnen de diabeteszorg interessant zijn voor dit onderzoek is besloten om alleen publicaties vanaf 2000 te gebruiken. De gevonden treffers werden beoordeeld op titel en abstract. Voor inclusie moest in de publicatie enige vorm van interventie beschreven worden waarbij de rol van de diabetesverpleegkundige, de diabeteszorggroep of taakherschikking binnen de diabeteszorg naar voren kwam. Ook systematische reviews over de rol van de diabetesverpleegkundige, de diabeteszorggroep of taakherschikking binnen de diabeteszorg werden meegenomen in het literatuuronderzoek. De publicaties die niet aan deze eisen voldeden werden niet meegenomen in het onderzoek. In tabel 1.1 wordt een overzicht gegeven van de gebruikte databases, zoekstrategieën, het aantal treffers per zoekstrategie en het aantal overgebleven relevante treffers na beoordeling van titel en abstract.

Database	Zoekstrategie	Aantal treffers	Aantal treffers na beoordeling abstract
PubMed (Medline) 2000 t/m maart 2006	Diabetes specialist nurse, Nursing skills AND Diabetes specialist nurse, Nursing skills AND diabetes, Nursing skills AND chronic illness/disease, Competency AND Diabetes, Competency AND Diabetes specialist nurse, Nursing competencies AND Diabetes, Diabetes care group AND Diabetes specialist nurse, Multidisciplinary AND Diabetes specialist nurse, Task reallocation, Task reallocation AND Diabetes, Task reallocation AND Diabetes specialist nurse	228	15
Cinahl (Cumulative Index of Nursing an Allied Health Literature) 2000 t/m maart 2006	Diabetes specialist nurse, Nursing skills AND Diabetes specialist nurse, Nursing skills AND diabetes, Nursing skills AND chronic illness/disease, Competency AND Diabetes, Competency AND Diabetes specialist nurse, Nursing competencies AND Diabetes, Diabetes care group AND Diabetes specialist nurse, Multidisciplinary AND Diabetes specialist nurse, Task reallocation, Task reallocation AND Diabetes, Task reallocation AND Diabetes specialist nurse	623	3
NIVEL catalogus 2000 t/m maart 2006	Diabetes specialist nurse, Nursing skills AND Diabetes specialist nurse, Nursing skills AND diabetes, Nursing skills AND chronic illness/disease, Competency AND Diabetes, Competency AND Diabetes specialist nurse, Nursing competencies AND Diabetes, Diabetes care group AND Diabetes specialist nurse, Multidisciplinary AND Diabetes specialist nurse, Task reallocation, Task reallocation AND Diabetes, Task reallocation AND Diabetes specialist nurse	41	4
Totaal met uitzondering van overlappende treffers			18

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de hoeveelheid relevante literatuur beperkt is. Het overgrote deel van de publicaties bleek niet relevant voor het onderzoek. De rol van de diabetesverpleegkundige, de diabeteszorggroep of taakherschikking binnen de diabeteszorg kwam in de artikelen niet duidelijk naar voren. Daarnaast was er, vooral in de Cinahl database, vaak geen sprake van enige vorm van interventie.

1.5 Beschrijving literatuur

In tabel 1.2 is voor de relevante literatuur de auteur(s), titel, jaartal, het type onderzoek en de conclusie van het onderzoek beschreven.

Tabel 1.2 Beschrijving relevante literatuur

Auteur en titel	Type onderzoek	Conclusie onderzoek
Denver EA, Barnard M, Woolfson RG, Earle KA. Management of uncontrolled hypertension in a nurse-led clinic compared with conventional care for patients with type 2 diabetes. <i>Diabetes Care</i> 2003;26(8):2256-260	Gerandomiseerde studie	Verpleegkundigen voerden consulten uit bij de patiënten. Uit de studie bleek dat de verpleegkundigen, die een behandelverantwoordelijkheid hadden, betere uitkomsten hadden op het gebied van hypertensie bij patiënten met diabetes dan artsen die volgens dezelfde richtlijnen werkten. De gemiddelde bloeddruk is lager, evenals het aantal patiënten waarbij de systolische bloeddruk binnen de streefwaarden lag. Daarnaast is ook het 10-jaars risico op hart- en vaatziekten lager.
Dijkstra R. Diabeteszorg in ziekenhuizen: lessen voor de huisarts. In: <i>Huisarts en Wetenschap</i> ; vol. 49 No. 3 (2006) p 157-160	Beschrijvend onderzoek	Patiënten die in de tweede lijn ook door een diabetesverpleegkundige werden gezien, kregen vaker een behandeling volgens de NHG-richtlijn.
Freriks J.P., Crooijmans M.G.W.M. Biemond P. Insulinetherapie in de huisartsenpraktijk: het voordeel van een multidisciplinaire aanpak. In: <i>Medisch Contact</i> ; vol. 55 No. 18 (2000), p659-662	Implementatie via training en workshops	Er zijn goede resultaten te bereiken als er bij het instellen van patiënten met diabetes mellitus type 2 gebruik gemaakt wordt van een multidisciplinaire diabetesdienst. De diabetesverpleegkundige is de 'motor' die de motivatie bij patiënten en behandelende huisartsen in beweging houdt.
Houweling ST. Taakdelegatie in De Eerste- En Tweedelijns diabeteszorg: Resultaten Van De DISCOURSE-Studies. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen: Zwarts F, 2005.	Dissertatie met diverse interventies bij de diabeteszorg op gebied van taakdelegatie	Verpleegkundigen kunnen met het gebruik van goede protocollen en in samenwerking met een arts een groot deel van de diabeteszorg overnemen, inclusief het voorschrijven van geneesmiddelen, in zowel de eerste- als in de tweede lijn.

Auteur en titel	Type onderzoek	Conclusie onderzoek
Krein SL, Klamerus MI, Vijan S, Lee JL, Fitzgerald JT, Pawlow A, Reeves P, Hayward RA. Case management for patients with poorly controlled diabetes: a randomized trial. <i>Am J Med</i> 2004;116(11):732-739.	Gerandomiseerde studie	In deze studie werd gekeken naar het HbA1c, LDL-cholesterol en de bloeddruk, daarnaast keek men naar de intensivering van medicatie. Er werden geen verschillen gevonden tussen de interventiegroep waarin patiënten door een speciale verpleegkundige behandeld werden en de controlegroep, waar de huisarts de patiënten behandelde.
Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus. <i>Cochrane Library</i> 2005;(4)	Systematische review	Conclusie auteurs: de aanwezigheid van een diabetesverpleegkundige kan een verbetering van de controle over diabetes op de korte termijn opleveren maar voor de lange termijn is geen bewijs gevonden voor een toegevoegde waarde van de diabetesverpleegkundige. De diabetesverpleegkundige had in geen van de artikelen een behandelverantwoordelijkheid.
Mason JM, Freemantle N, Gibson JM, New JP; SPLINT trial. Specialist nurse-led clinics to improve control of hypertension and hyperlipidemia in diabetes: economic analysis of the SPLINT trial. <i>Diabetes Care</i> , 2005 Jan;28(1):40-6	Evaluatie van kosteneffectiviteit SPLINT trial	SPLINT staat voor Specialist Nurse-Led Clinics to Improve Control of Hypertension and Hyperlipidemia in Diabetes. De door gespecialiseerde verpleegkundige geleide klinieken, die als toevoeging op ziekenhuiszorg dienen, lijken effectief op het gebied van het verlagen van de bloeddruk en vetspectrum. Daarnaast lijken deze klinieken ook kosteneffectief.
New JP, Mason JM, Freemantle N, Teasdale S, Wong LM, Bruce NJ, Burns JA, Gibson JM. Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT): a randomized controlled trial. <i>Diabetes Care</i> 2003;26(8):2250-2255	Gerandomiseerde studie	De door gespecialiseerd verpleegkundige geleide klinieken, als aanvulling op de reguliere ziekenhuis-zorg, zijn effectief. In de interventie groep bereikten significant meer patiënten de gestelde doelen op het gebied van vetgehalte in het bloed na een jaar. Ook lag de mortaliteit significant lager in de interventiegroep. Het aantal patiënten waarbij de bloeddruk binnen de streefwaarden lag was voor beiden groepen niet significant verschillend.
Pouwer F, Snoek FJ, van der Ploeg HM, Ader HJ, Heine RJ. Monitoring of psychological well-being in outpatients with diabetes: effects on mood, HbA1c and the patient's evaluation of the quality of diabetes care: a randomized controlled trial. <i>Diabetes Care</i> 2001; 24(11): 1929-1935	Gerandomiseerde studie	Een diabetesverpleegkundige had elke 6 maanden contact met een patiënt over het psychologisch welbevinden. De conclusie is dat het monitoren en bediscussiëren van het psychologisch welbevinden voordelige effecten had op de stemming van patiënten. Er was geen verbetering van het HbA1c gehalte of het algemene oordeel over de geleverde diabeteszorg in de interventiegroep.

Auteur en titel	Type onderzoek	Conclusie onderzoek
Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, Thompson C. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. <i>Fam. Pract.</i> 2004 feb;21(1):39-45	Gerandomiseerde studie	De interventie bestond uit educatie voor de deelnemende zorgverleners, de introductie van een diabetesverpleegkundige, lokale overeenstemming over klinische protocollen en gestructureerde communicatie tussen de eerste en tweede lijn. De conclusie van het onderzoek is dat deze gezamenlijke, multidisciplinaire en gestructureerde zorg voor significante verbeteringen van de diabeteszorg kan zorgen. Dit komt tot uiting in de psychosociale uitkomsten voor patiënten en een verbeterde uitwisseling van informatie tussen de eerste en tweede lijn.
Steuten L, Frederix M, Vrijhoef B, Van Merode F, Spreeuwenberg C. Patiënten tevreden over diabetesverpleegkundige In: <i>Tijdschrift voor verpleegkundigen</i> ; vol. 113 No. 6 (2003) p 48-51	Pretest-posttest design	Transmuraal werkende diabetesverpleegkundigen namen taken over van artsen en speelden een centrale rol in het disease management model. Patiënten blijken zeer tevreden te zijn over de door de verpleegkundige geleverde zorg. Dit geldt met name voor de aspecten: tijd, informatievoorziening, aandacht voor welbevinden, specifieke klachten, medicatie, zelfcontrole, betrekken van andere zorgverleners, kennis en bereikbaarheid.
Taylor CB, Miller NH, Reilly KR, Greenwald G, Cuning D, Deeter A, Abascal L. Evaluation of a nurse-care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes. <i>Diabetes Care</i> 2003;26(4):1058-1063	Gerandomiseerde studie	De conclusie van de auteurs is dat het inzetten van verpleegkundigen binnen een speciaal programma een significante verbetering van het HbA1c gehalte en het vetspectrum opleverde in vergelijking met de reguliere zorg. De verpleegkundigen handelden volgens richtlijnen.
Taylor KI, Oberle KM, Crutcher RA, Norton PG. Promoting health in type 2 diabetes: nurse-physician collaboration in primary care. <i>Biol. Res. Nurs.</i> , 2005 Jan;6(3):207-15	Experimentele en controle groep, focus groep interviews	De experimentele groep werd, als aanvulling op de reguliere zorg, thuis bezocht door een verpleegkundige en een consult met een bewegingsspecialist en/of een voedingsdeskundige. Uit de focus groep interviews kwam naar voren dat de patiënten positief zijn over de extra zorg. Er waren ook verbeteringen (niet significant) in de glycaemische controle en bloeddruk na drie maanden.
Ubink-Veltmaat LJ, Bilo HJ, Groenier KH, Rischen RO, Meyboom-de Jong B. Shared care with task delegation to nurses for type 2 diabetes: prospective observational study. <i>Neth J Med</i> 2005;63(3):103-110	Observationeel onderzoek	De uitvoering van de NHG-standaard verbeterde als een huisarts ondersteund werd door een diabetesverpleegkundige. Deze verbetering vond op procesniveau plaats en leidde tot een vermeerdering van het aantal patiënten dat de streefwaarden voor de bloeddruk en het vetspectrum haalt. Het percentage patiënten met een goede glycaemische regulatie bleef gelijk.

Auteur en titel	Type onderzoek	Conclusie onderzoek
Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreuwenberg C, Wolffenbuttel BH. Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients. <i>J Adv Nurs</i> . 2001 Nov;36(4):546-55	Non-equivalente controle groep design	De diabetesverpleegkundige voerde een driemaandelijke controle uit. De auteurs concluderen dat de door de diabetesverpleegkundige geleverde zorg gelijk is aan de reguliere zorg. Het HbA1c gehalte daalde significant in de interventiegroep.
Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreuwenberg C, Wolffenbuttel BH, van Wilderen LJ. The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: effects on patient outcomes. <i>Int J Nurs Stud</i> . 2002 may;39(4):441-51.	Pretest-posttest design	Een aantal taken werd verschoven richting de gespecialiseerd verpleegkundige. De toevoeging van de gespecialiseerd verpleegkundige leidde tot een significante daling van het HbA1c-gehalte en de diastolische bloeddruk. De overige uitkomsten waren gelijk aan de situatie waarin de huisarts als primaire zorgverlener optrad. Hiermee concluderen de auteurs dat het gerechtvaardigd is om diabetesverpleegkundigen taken van de huisarts over te laten nemen.
Wong FKY, Mok MPH, Chan T, Tsang MW. Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial. <i>J Adv Nurs</i> 2005; 50(4):391-402.	Gerandomiseerde studie	Een groep patiënten waarbij het glucoseniveau gecontroleerd moest worden werd vervroegd ontslagen uit het ziekenhuis en ontving wekelijks of om de week een telefoontje van een verpleegkundige. Het bleek dat de groep die begeleid werd door de verpleegkundige een betere glycaemische controle had dan de groep in het ziekenhuis. Daarnaast was er in de interventiegroep een grotere bereidheid om bezig te zijn met de gezondheid en een gezonde levensstijl. Ook was de interventie kosteneffectief.
Yong A, Power E, Gill G. Improving glycaemic control of insulin-treated diabetic patients—a structured audit of specialist nurse intervention. <i>J Clin Nurs</i> , 2002 Nov;11(6):773-6	Gestructureerde controle en analyse 43 patiënten (evaluatie studie)	In dit onderzoek werd de effectiviteit van de diabetesverpleegkundige geanalyseerd aan de hand van 43 patiënten die gevolgd werden. Bij ongeveer tweederde van de patiënten was er een verbetering van het HbA1c gehalte. Bij het overige deel van de groep was er gemiddeld een verslechtering van het HbA1c gehalte. De auteurs concluderen dat de behandeling door diabetesverpleegkundigen over het algemeen effectief is.

Zoals blijkt uit bovenstaande tabel is de hoeveelheid beschikbare literatuur beperkt. In de beschikbare literatuur lag de behandelverantwoordelijkheid vaak niet bij de verpleegkundige maar bij de arts. Daarnaast mochten verpleegkundigen in de meeste gevallen wel medicatie bijstellen maar niet voorschrijven. In bovenstaande literatuur was de diagnose al door een arts vastgesteld, dit was geen taak van de verpleegkundige. De verpleegkundige handelde over het algemeen volgens vastgestelde richtlijnen.

1.6 Conclusie

Uit het literatuuronderzoek kan opgemaakt worden dat er momenteel weinig literatuur beschikbaar is over diabeteszorggroepen, de specifieke taken die diabetesverpleegkundigen uitvoeren en over taakherschikking binnen de diabeteszorg. Over de effectiviteit van de diabetesverpleegkundige is wel literatuur te vinden maar de diabetesverpleegkundige kreeg niet vaak de verantwoordelijkheid voor de behandeling. Door de geringe hoeveelheid literatuur over taakherschikking in diabeteszorggroepen is het (nog) moeilijk om op basis van literatuur aan te geven hoe een nieuwe rol van de diabetesverpleegkundige eruit zou kunnen zien en welke vaardigheden erbij noodzakelijk zouden zijn. De ontwikkeling van de diabeteszorggroepen is vrij recent. Momenteel wordt er veel ervaring opgedaan met diabeteszorggroepen van verschillende samenstelling en de verwachting is dat er in de toekomst literatuur beschikbaar zal komen over de effectiviteit en samenstelling van diabeteszorggroepen. Daarnaast kan men via ervaringen in diabeteszorggroepen vaststellen welke rol de diabetesverpleegkundige daarbinnen kan spelen.

Uit de bestaande literatuur blijkt wel dat het inzetten van een diabetesverpleegkundige positieve effecten heeft op de zorgverlening en uitkomsten voor de patiënt. In Nederland zijn er wettelijke beperkingen waardoor een verpleegkundige geen medicatie voor mag schrijven. Als gevolg hiervan is er nauwelijks Nederlands onderzoek te vinden waarin een verpleegkundige bevoegd is medicatie voor te schrijven. Dit geldt ook voor het stellen van een diagnose door een diabetesverpleegkundige.

Uit het literatuuronderzoek kan geconcludeerd worden dat in de gevallen waar de behandeling door een diabetesverpleegkundige vergeleken werd met die van een arts, de kwaliteit van de behandeling door de verpleegkundige minstens even goed was als die van de arts. In een aantal gevallen deed de verpleegkundige het zelfs beter. Patiënten waren vooral tevreden over de diabetesverpleegkundige op aspecten als beschikbare tijd en hoeveelheid begeleiding. Daarnaast blijkt in een groot deel van de literatuur dat bij de inzet van diabetesverpleegkundigen over het algemeen de richtlijnen nauwkeuriger werden opgevolgd. In een aantal onderzoeken werd er in de interventiegroep een significante verbetering gevonden op een aantal lichamelijke uitkomstmaten, bijvoorbeeld het HbA1c gehalte en de bloeddruk.

Dit levert enige evidentie dat verpleegkundigen de kennis, vaardigheden en competenties beschikken om substantiële gedeelten van de behandeling van diabetes over te nemen van de arts. Voordat deze conclusie echter met stelligheid getrokken kan worden zal er eerst meer onderzoek gedaan moeten worden. Daarnaast zal men ervaring op moeten doen met diabeteszorggroepen zodat men van daaruit op nieuwe taakgebieden een rol kan definiëren voor de diabetesverpleegkundige. Het is belangrijk om de opgedane ervaringen binnen de nieuwe diabeteszorggroepen te gebruiken om de wensen vanuit de beroepsgroepen te inventariseren en van hieruit de onderzoeksvragen verder te beantwoorden. Hier zal ook moeten blijken in hoeverre taken herschikt kunnen worden naar de diabetesverpleegkundige en in hoeverre de arts hiermee ontlast wordt. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van een inventariserend onderzoek onder verschillende beroepsgroepen beschreven.

2 Vragenlijst: de rol van de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep

De belangrijkste bevindingen van de vragenlijst:

- Momenteel wordt een groot deel van de taken binnen de diabeteszorg door een arts uitgevoerd, daarnaast speelt de praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige een belangrijke rol
- Bij de huisarts en internist is er een bereidheid tot het verschuiven van taken, ook voor de speciale handelingen
- De verschuiving van taken vindt vooral plaats van de arts richting diabetesverpleegkundige
- De praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige heeft momenteel en in de toekomst een grote rol in de diabeteszorggroep
- Over het algemeen is er in 20% van de gevallen geen duidelijke afbakening van een taak, maar wordt de taak door verschillende beroepsbeoefenaren uitgevoerd
- Men ziet ook voor de patiënt een rol weggelegd bij de behandeling van diabetes (zelfzorg)

Uit het literatuuronderzoek in Hoofdstuk 1 blijkt dat er weinig literatuur beschikbaar is over de effecten van taakherschikking binnen de diabeteszorg, de rol van de diabetesverpleegkundige en de samenstelling en mogelijkheden binnen diabeteszorggroepen. In Nederland zijn weinig studies verricht waar de diabetesverpleegkundige volledig verantwoordelijk is voor de behandeling van diabetes wegens wettelijke belemmeringen. Hierdoor is het moeilijk een inschatting te maken van de taken die mogelijk in de toekomst weggelegd zouden kunnen zijn voor de diabetesverpleegkundige. Daarnaast is het onduidelijk welke competenties een diabetesverpleegkundige moet bezitten om bijvoorbeeld bepaalde voorbehouden handelingen uit te kunnen voeren. Deze onduidelijkheid vormt mogelijk een belemmering voor taakherschikking.

In dit hoofdstuk wordt eerst de achtergrond en het doel van de vragenlijst beschreven waarmee de huidige en toekomstige taakverdeling binnen de diabeteszorg in beeld wordt gebracht. Vervolgens wordt kort de opzet van de vragenlijst besproken om daarna over te gaan tot de manier waarop de data verzameld is. In paragraaf 2.4 wordt de achtergrond van de verschillende groepen respondenten beschreven. Daarna wordt de huidige situatie binnen de diabeteszorg besproken en in de daaropvolgende paragraaf de taakverdeling zoals die in de toekomst wenselijk is. Vervolgens wordt ingegaan op de visie van de verschillende beroepsgroepen op de wenselijke rol van de diabetesverpleegkundige in de toekomst en die van de praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige (POH). In paragraaf 2.8 wordt de groep diabetesverpleegkundigen gesplitst naar werkzaam binnen de eerste en tweede lijn. Voor deze groepen is gekeken in hoeverre men verschillende taken weggelegd ziet voor de diabetesverpleegkundige. Ook wordt er gekeken naar het

verschil tussen de praktijkondersteuner met of zonder verpleegkundige achtergrond in de rol die zij weggelegd zien voor de praktijkondersteuner. In paragraaf 2.9 wordt gekeken in hoeverre de respondenten een aantal speciale taken weggelegd zien voor de diabetesverpleegkundige. Ook wordt er nog kort ingegaan op de taken die de patiënt zelf kan uitvoeren binnen de behandeling van diabetes. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

2.1 Achtergrond en doel van de vragenlijst

Bij de behandeling van diabetes zijn over het algemeen meerdere zorgverleners betrokken. Hierbij kan men denken aan de huisarts, de internist, de praktijkondersteuner en de diabetesverpleegkundige. Daarnaast kan men nog denken aan een diëtiste en bijvoorbeeld een oogarts. Al deze verschillende beroepsgroepen zouden een plaats kunnen krijgen binnen de diabeteszorggroep.

Om in kaart te brengen wie momenteel welke taken binnen de diabeteszorg uitvoert en de taakverdeling zoals die in de toekomst wenselijk is binnen de diabeteszorggroep is een vragenlijst ontwikkeld. Met deze vragenlijst is ook bij de verschillende beroepsgroepen geïnventariseerd of en hoeveel draagvlak er is voor de diabeteszorggroep en de rol van de diabetesverpleegkundige hierbinnen. In het rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg (2005) wordt de standaard van de Nederlandse Diabetes Federatie voorgeschreven als richtlijn voor goede diabeteszorg. In de vragenlijst is eveneens de NDF-zorgstandaard als uitgangspunt genomen. De vragenlijst is als bijlage opgenomen.

2.2 De vragenlijst

Voorafgaand aan de vragenlijst wordt naar een aantal algemene gegevens gevraagd zoals beroep, leeftijd en aantal patiënten dat in de praktijk ingeschreven staat. In het eerste gedeelte van de vragenlijst wordt gevraagd naar bekendheid met de NDF-zorgstandaard, hoe vaak men patiënten voor controles ziet en of men het wenselijk acht als de diabeteszorg in de toekomst in diabeteszorggroepen geleverd wordt.

Het tweede gedeelte van de vragenlijst is gericht op de eigenlijke diabeteszorg. Hierin zijn de verschillende taken opgenomen die uitgevoerd moeten worden bij de inventarisatie van nieuwe patiënten, de driemaandelijke controle en de jaarcontrole. Daarnaast is nog een gedeelte toegevoegd waarin een aantal extra taken beschreven wordt. Bij dit gehele gedeelte kan men aangeven welke zorgverlener de taak binnen de huidige taakverdeling uitvoert en wat in de toekomst binnen de diabeteszorggroep wenselijk is. Bij dit gedeelte kan gekozen worden uit de volgende zorgverleners:

HA = huisarts
IN = internist
DV = diabetesverpleegkundige
POH = praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige
A = anders

Indien meerdere zorgverleners dezelfde taak uitvoeren is het mogelijk meerdere hokjes tegelijk aan te kruisen, wat een combinatie van zorgverleners oplevert, dit is de tabellen aangegeven met de letter C.

Het derde gedeelte bestaat uit een aantal speciale taken, de vraag hierbij is in hoeverre men het wenselijk acht dat de diabetesverpleegkundige deze taken in de toekomst uit gaat voeren. Tenslotte wordt er nog gevraagd naar welke taken men weggelegd ziet voor de patiënt zelf, een voorbeeld hiervan is het bijhouden van de glucose waarde. De lijst is voor het uitsturen aan een aantal artsen en andere inhoudsdeskundigen voorgelegd ter beoordeling.

2.3 Dataverzameling

Om een beeld te krijgen van de huidige taakverdeling binnen de diabeteszorg en de wenselijke taakverdeling in de toekomst is de vragenlijst naar 300 huisartsen, 80 internisten, 319 diabetesverpleegkundigen en 80 praktijkondersteuners / praktijkverpleegkundigen (POH) verzonden.

Voor het uitzetten van de vragenlijst zijn adressen van verschillende beroepsbeoefenaars verzameld.

Voor de adressen van de huisartsen is een random steekproef getrokken van 300 adressen uit het huisartsenbestand van het NIVEL. De adressen van de diabetesverpleegkundigen werden aangeleverd door de EADV (Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen), uit het totaalbestand van ongeveer 900 adressen is een random steekproef van 319 adressen getrokken. De internisten zijn aangeschreven via de vakgroep interne geneeskunde van 80 Nederlandse ziekenhuizen. De adressen van de praktijkondersteuners werden aangeleverd door de LVW (Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen), uit het totaal bestand van ongeveer 300 adressen zijn random 80 adressen getrokken. Hierbij is gecontroleerd voor eventuele overlap met het adressenbestand van de diabetesverpleegkundigen.

In totaal werden er 779 vragenlijsten verstuurd. Hiervan kwamen 26 vragenlijsten terug die niet bezorgbaar waren. Hiermee komt het totaal aantal verstuurd vragenlijsten op 753. De respons op de vragenlijst was matig; 274 mensen (36%) hebben de vragenlijst ingevuld. Hierdoor moeten de uitkomsten van de vragenlijst met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. De genoemde percentages in dit hoofdstuk geven een beeld van de huidige en de toekomstige situatie. Aan de getallen op zich moeten geen conclusies verbonden worden, de algemene trends erachter zijn van belang. De lage respons is onder andere te verklaren door de korte periode waarin de vragenlijst door de respondenten ingevuld kon worden vanwege de korte doorlooptijd van het project. De respons is ook voor elke beroepsgroep afzonderlijk bekeken. Bij de huisartsen hebben 65 (22%) mensen de vragenlijst ingevuld, voor de internisten waren dit 23 (29%) mensen, voor de diabetesverpleegkundigen 120 (38%) en voor de praktijkondersteuners 63 (79%), daarnaast waren er nog twee respondenten die als beroep 'anders' aangaven. De groep 'ander beroep' is niet meegenomen als aparte groep in dit hoofdstuk vanwege de geringe omvang. De vragenlijst is ingevuld door beroepsbeoefenaren uit het gehele land.

2.4 Beschrijving respondenten

De groep deelnemende huisartsen bestaat voor 68% uit mannen, de gemiddelde leeftijd van deze groep respondenten is 47.7 jaar (SD 7.4). 38 % van de huisartsen is werkzaam in een solopraktijk, 25% in een duopraktijk, 27% in een groepspraktijk, 3% in een zorgcentrum en de overige 7% heeft een andere werksituatie. Bij de huisartsen zijn per praktijk gemiddeld 258 diabetespatiënten ingeschreven c.q. onder behandeling. De deelnemende huisartsen geven aan een patiënt met diabetes gemiddeld 2.9 keer per jaar voor controle te zien. De huisartsen zijn gemiddeld 15.2 jaar werkzaam in hun huidige functie. 55% van de huisartsen geeft aan bekend te zijn met de NDF-zorgstandaard en 47% van de huisartsen is van mening dat de diabeteszorg in de toekomst in diabeteszorggroepen gegeven moet worden.

De groep deelnemende internisten bestaat voor 74% uit mannen, de gemiddelde leeftijd van deze groep respondenten is 46.6 jaar (SD 7.3). Bij de internisten zijn gemiddeld 1275 diabetespatiënten ingeschreven c.q onder behandeling en de deelnemende internisten zien een patiënt met diabetes gemiddeld 2.9 keer per jaar voor controle. De internisten zijn gemiddeld 11.8 jaar werkzaam in hun huidige functie. 96% van de internisten geeft aan bekend te zijn met de NDF-zorgstandaard en 86% van de internisten is van mening dat de diabeteszorg in de toekomst in diabeteszorggroepen gegeven moet worden.

De groep deelnemende diabetesverpleegkundigen bestaat voor 8% uit mannen, de gemiddelde leeftijd van deze groep respondenten is 42.9 jaar (SD 8.5). Van de diabetesverpleegkundigen is 42% werkzaam in de eerstelijns, 47% is werkzaam in de tweedelijns en de overige 11% is werkzaam binnen een andere setting. De diabetesverpleegkundige heeft gemiddeld 647 diabetespatiënten onder behandeling en men ziet de patiënten gemiddeld 3.2 keer per jaar voor controle. De diabetesverpleegkundigen zijn gemiddeld 6.2 jaar werkzaam in hun huidige functie. 92% van de diabetesverpleegkundigen geeft aan bekend te zijn met de NDF-zorgstandaard en 80% is van mening dat de diabeteszorg in de toekomst in diabeteszorggroepen gegeven moet worden.

De groep deelnemende POH's bestaat voor 3 % uit mannen, de gemiddelde leeftijd van deze groep respondenten is 43.2 jaar (SD 7.5). Van de POH's heeft 38% een achtergrond als doktersassistente en 60% heeft een achtergrond als verpleegkundige, van de overige 2% is de achtergrond niet bekend. 83% heeft een diabetesgerelateerde opleiding gevolgd. De POH heeft gemiddeld 211 diabetespatiënten ingeschreven in de praktijk waar men werkzaam is en ziet de patiënten gemiddeld 3.7 keer per jaar voor controle. De POH's zijn gemiddeld 3.1 jaar werkzaam in hun huidige functie. 67% van de POH's geeft aan bekend te zijn met de NDF-zorgstandaard en 46% is van mening dat de diabeteszorg in de toekomst in diabeteszorggroepen gegeven moet worden.

2.5 Beschrijving huidige taakverdeling binnen de diabeteszorg

In bijlage 1 is de taakverdeling binnen de huidige diabeteszorg te zien zoals ingevuld

door alle beroepsbeoefenaren gezamenlijk. Uit de bijlage blijkt dat er binnen de huidige taakverdeling geen sprake is van een eenduidige taakverdeling. Veel taken worden door meerdere beroepsbeoefenaren uitgevoerd. Bij het onderdeel 'onderzoek van het hart' bij de inventarisatie van nieuwe patiënten is de taakverdeling vrij eenduidig, hier geeft slechts 9% van de respondenten aan dat deze taak in hun huidige werksituatie door meerdere beroepsbeoefenaren wordt uitgevoerd. Bij het herkennen van diabetesgerelateerde complicaties bij de driemaandelijke controle ligt dit percentage veel hoger, namelijk 54%. Vooral het onderzoek naar voorstadiën van complicaties (herkennen en erkennen van diabetesgerelateerde complicaties) tijdens de driemaandelijke en jaarcontrole wordt door een combinatie van beroepsbeoefenaren gedaan. Het percentage respondenten dat aangeeft dat deze taken door meerdere beroepsbeoefenaren vervuld worden varieert tussen de 43% en de 54%.

In tabel 2.1 is de taakverdeling voor het voorschrijven van nieuwe medicatie, het voorschrijven van een herhalingsrecept en het bijstellen van medicatie tijdens de driemaandelijke controle weergegeven.

HA staat voor huisarts, IN voor internist, DV voor diabetesverpleegkundige, POH voor praktijkondersteuner, A voor een andere zorgverlener en C voor meerdere zorgverleners. De tabel moet als volgt gelezen worden: op de eerste regel is te zien dat van de 274 respondenten 47% aangeeft dat het voorschrijven van antidiabetica momenteel door de huisarts wordt gedaan, bij 23% wordt dat door de internist gedaan, bij 3% door de diabetesverpleegkundige, bij 4% door de POH, bij 0% door een andere zorgverlener en bij 23% van de respondenten wordt het voorschrijven van antidiabetica momenteel door meerdere zorgverleners gedaan.

In de tabel is te zien dat de huisarts en de internist grotendeels het voorschrijven van nieuwe medicatie uitvoeren. De praktijkondersteuner en diabetesverpleegkundige spelen nauwelijks een rol bij deze taken. Hierbij moet opgemerkt worden dat in de vragenlijst het juridisch en inhoudelijk deel van het voorschrijven van medicatie bedoeld werd. Het is echter mogelijk dat respondenten dit anders opgevat hebben, bijvoorbeeld dat de POH het recept uitschrijft en de huisarts het ondertekent.

Het voorschrijven van een herhalingsrecept volgens protocol tijdens de driemaandelijke controle wordt bij een kwart van de respondenten door de POH gedaan. Toch wordt het voorschrijven van een herhalingsrecept voor een groot deel door de huisarts of internist gedaan. Het percentage respondenten dat aangeeft dat het voorschrijven van een herhalingsrecept door de POH gedaan wordt varieert tussen de 20 en 24%. De rol voor de diabetesverpleegkundige bij het voorschrijven van een herhalingsrecept is in vergelijking met de POH op dit moment klein.

Tabel 2.1 Huidige taakverdeling in percentages op het gebied van medicatie bij driemaandelijke controle (N=274)*

Beroepsbeoefenaar	HA	IN	DV	POH	A	C
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>						
Antidiabetica	47	23	3	4	0	23
Antihypertensiva	50	26	1	3	0	20
Antilipidemica	49	27	0	4	0	20
Middelen tegen roken	47	24	0	9	3	17
Middelen tegen overgewicht	51	29	0	3	3	14
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica	22	14	8	23	3	30
Antihypertensiva	22	22	6	24	3	23
Antilipidemica	23	23	5	24	3	22
Middelen tegen roken	29	22	4	23	5	17
Middelen tegen overgewicht	31	25	4	20	3	17
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica	24	9	11	16	1	39
Antihypertensiva	34	26	3	13	1	23
Antilipidemica	33	26	3	14	1	23
Middelen tegen roken	37	24	2	14	4	19
Middelen tegen overgewicht	40	29	2	11	3	15

* Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie bij de driemaandelijke controle, huidige taakverdeling.

De getallen geven aan hoeveel procent van de respondenten aangeeft dat de taak door de desbetreffende beroepsbeoefenaar uitgevoerd wordt.

De respondenten geven aan dat het bijstellen van medicatie vooral door de huisarts en internist uitgevoerd wordt maar de POH voert deze taak ook uit. De diabetesverpleegkundige stelt in 11% van de gevallen de antidiabetica tijdens de driemaandelijke controle volgens protocol bij. Bij de overige medicatie is de rol van de diabetesverpleegkundige klein.

Voor het voorschrijven van nieuwe medicatie en het voorschrijven van een herhalingsrecept is de situatie bij de jaarlijkse controle (zie bijlage 1) grotendeels vergelijkbaar met die van de driemaandelijke controle. Bij het bijstellen van de medicatie tijdens de jaarlijkse controle speelt de POH een minder grote rol dan bij de driemaandelijke controle, namelijk tussen de 9 en 11%.

Uit de resultaten blijkt dat huisarts en internist een grote rol hebben binnen de huidige diabeteszorg en vooral bij het voorschrijven van medicatie. Gezien het dreigende tekort aan artsen in de toekomst en de toename van het aantal diabetespatiënten lijkt het wenselijk dat de arts minder taken gaat uitvoeren en deze herschikt naar bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige. In de huidige situatie blijken er nog maar weinig taken uitgevoerd te worden door de diabetesverpleegkundige.

Uitzonderingen zijn:

- In kaart brengen van leefstijl bij nieuwe patiënten (26%)
- Voetinspectie bij nieuwe patiënten (20%)
- Voetonderzoek bij jaarcontrole (24%)
- Het geven van educatie op het gebied van leefstijl (28%)

Bij bovenstaande taken moet vermeld worden dat de POH deze vaker uitvoert dan de diabetesverpleegkundige.

Bij de volgende punten speelt de diabetesverpleegkundige een grotere rol dan de POH:

- Onderzoek van spuitplaatsen bij jaarcontrole (39%)
- Educatie over zelfzorg bij diabetes (52%)
- Educatie over zelfmanagement van diabetes (39%)
- Educatie over het omgaan met diabetes in het dagelijks leven (37%)
- Eerste aanspreekpunt voor patiënten (28%)

Binnen de huidige taakverdeling in de diabeteszorg blijkt de diabetesverpleegkundige vooral een rol te spelen op het gebied van educatie aan patiënten en als eerste aanspreekpunt voor patiënten. Verder lijkt de POH in de huidige situatie een grotere rol te vervullen binnen de diabeteszorg dan de diabetesverpleegkundige.

2.6 Beschrijving wenselijke situatie in de toekomst binnen de diabeteszorg

In het rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg (2005) wordt aangegeven dat het tekort aan artsen opgevangen moet worden en een mogelijkheid hiervoor zou taakherschikking kunnen zijn. Binnen de diabeteszorg zou taakherschikking vooral tot uiting kunnen komen bij het voorschrijven van nieuwe medicatie, voorschrijven van herhalingsrecepten en het bijstellen van medicatie volgens protocol. Deze taken zouden misschien uitgevoerd kunnen worden door een diabetesverpleegkundige, mits daartoe voldoende opgeleid en bekwaam. Hiervoor is het nodig om bij de resultaten van de vragenlijst vooral te kijken naar de mogelijke rol die de diabetesverpleegkundige hierbij zou kunnen spelen. Daarnaast is het van belang te inventariseren met welke taken de diabetesverpleegkundige zich onderscheidt van de POH.

In bijlage 2 is de taakverdeling binnen de diabeteszorg te zien zoals de respondenten die in de toekomst, binnen de diabeteszorggroep, wenselijk achten. Hier is bij een behoorlijk aantal taken een duidelijke verschuiving te zien van arts (huisarts of internist) richting diabetesverpleegkundige en POH. Ook in de wenselijke situatie blijft de POH een grotere rol spelen op een groot aantal gebieden dan de diabetesverpleegkundige. Binnen deze taakverdeling worden veel taken nog steeds door een combinatie van beroepsbeoefenaars vervuld, er is dus ook hier geen eenduidige taakverdeling te zien. Dit wordt vooral duidelijk bij het onderzoek naar voorstadia van complicaties (herkennen en erkennen van diabetesgerelateerde complicaties) tijdens de driemaandelijke en jaarlijkse controle. Het percentage respondenten dat aangeeft dat deze taken door meerdere beroepsbeoefenaars vervuld worden varieert tussen de 54% en de 60%.

Zoals hierboven beschreven zou de diabetesverpleegkundige vooral een belangrijke rol

kunnen spelen bij behandeling met medicatie bij diabetes, mits daartoe voldoende opgeleid en bekwaam. De vraag is in hoeverre de beroepsbeoefenaren die rol ook weggelegd zien voor de diabetesverpleegkundige en in hoeverre er een onderscheid gemaakt kan worden met de POH. In tabel 2.2 is de toekomstig wenselijke taakverdeling voor het voorschrijven van nieuwe medicatie, het voorschrijven van een herhalingsrecept en het bijstellen van medicatie weergegeven tijdens de driemaandelijke controle. De tabel moet als volgt gelezen worden: op de eerste regel is te zien dat van de 242 respondenten die deze vraag invulden 38% aangeeft dat het voorschrijven van antidiabetica in de toekomstige taakverdeling door de huisarts gedaan zou moeten worden, 15% door de internist, 12% door de diabetesverpleegkundige, 8% door de POH, 0% door een andere zorgverlener en 28% van de respondenten geeft aan dat het voorschrijven van antidiabetica in de toekomstig wenselijke situatie door een combinatie van meerdere zorgverleners moet worden gedaan.

Tabel 2.2 Wenselijke taakverdeling voor de toekomst in percentages op het gebied van medicatie bij driemaandelijke controle*

Beroepsbeoefenaar	HA	IN	DV	POH	A	C
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>						
Antidiabetica (n=242)	38	15	12	8	0	27
Antihypertensiva (n=242)	41	18	7	6	0	28
Antilipidemica (n=241)	40	18	7	8	0	27
Middelen tegen roken (n=235)	38	18	5	9	3	27
Middelen tegen overgewicht (n=225)	42	20	4	7	3	24
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica (n=242)	10	5	21	26	2	36
Antihypertensiva (n=241)	12	9	17	27	2	33
Antilipidemica (n=241)	12	8	17	27	2	34
Middelen tegen roken (n=233)	14	10	16	26	4	30
Middelen tegen overgewicht (n=223)	16	12	16	24	4	28
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica (n=239)	12	4	22	21	0	41
Antihypertensiva (n=239)	17	12	16	21	0	34
Antilipidemica (n=239)	16	12	17	22	0	33
Middelen tegen roken (n=230)	17	13	16	21	3	30
Middelen tegen overgewicht (n=219)	18	15	16	19	2	30

* Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie bij de driemaandelijke controle, toekomstig wenselijke situatie. De getallen geven aan hoeveel procent van de respondenten die taak weggelegd ziet voor de beroepsbeoefenaar, achter elke taak staat tussen haakjes de respons aangegeven.

Bij het voorschrijven van een herhalingsrecept en het bijstellen van medicatie is een duidelijke afname in de rol van de huisarts en internist te zien. Daarnaast is er sprake van een toename van de rol van de diabetesverpleegkundige en POH. Op het gebied van het voorschrijven van nieuwe medicatie tijdens de driemaandelijke controle is een kleine verandering te zien in de toekomst in vergelijking met de huidige situatie. Er is een toename te zien van het aantal respondenten dat aangeeft dat het in de toekomst wenselijk is dat de behandeling van diabetes met medicatie door een combinatie van zorgverleners

uitgevoerd moet worden. Bij het voorschrijven van nieuwe medicatie blijft vooral de rol van de arts (huisarts / internist) belangrijk, de rol van diabetesverpleegkundige en POH is wel enigszins toegenomen. Bij het voorschrijven van een herhalingsrecept en het bijstellen van medicatie is vooral de rol van de diabetesverpleegkundige toegenomen, maar blijft lager dan de POH. De taakverdeling bij het voorschrijven van nieuwe medicatie, het voorschrijven van een herhalingsrecept en het bijstellen van de medicatie tijdens de jaarlijkse controle komt in grote lijnen overeen met de hierboven beschreven taakverdeling bij de driemaandelijke controle (zie bijlage 2).

Tabel 2.3 Toename rol diabetesverpleegkundige en POH bij de behandeling van diabetes met medicatie (N=274)*

Beroepsbeoefenaar	DV-H	DV-T	P-waarde	POH -H	POH-T	P-waarde
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>						
Antidiabetica	3.0	11.6	.000	4.1	7.9	.004
Antihypertensiva	0.8	7.0	.000	3.0	6.2	.019
Antilipidemica	0.4	6.6	.000	4.2	7.5	.019
Middelen tegen roken	0	4.7	.001	8.5	9.4	N.S
Middelen tegen overgewicht	0.4	4.4	.003	3.3	7.1	.011
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica	8.3	20.7	.000	23.0	23.0	N.S.
Antihypertensiva	5.7	17.4	.000	23.5	23.5	N.S.
Antilipidemica	5.3	17.4	.000	24.2	24.2	N.S.
Middelen tegen roken	3.5	15.9	.000	23.2	23.2	N.S.
Middelen tegen overgewicht	3.8	16.1	.000	19.6	19.6	N.S.
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica	10.9	22.2	.000	16.2	21.3	N.S.
Antihypertensiva	3.0	16.3	.000	13.3	21.3	.002
Antilipidemica	3.4	17.2	.000	14.1	21.8	.004
Middelen tegen roken	2.4	16.1	.000	13.9	20.9	.006
Middelen tegen overgewicht	2.1	16.4	.000	10.5	19.2	.001

* De getallen geven aan hoeveel procent van de respondenten die taak weggelegd ziet voor de beroepsbeoefenaar, de p-waarde geeft aan of het verschil significant is.

DV-H = Diabetesverpleegkundige huidige situatie

DV-T = Diabetesverpleegkundige toekomst

POH-H = Praktijkondersteuner huidige situatie

POH-T = Praktijkondersteuner toekomst

In tabel 2.3 is een overzicht te zien in hoeverre het om significante veranderingen gaat van huidige naar de wenselijke situatie in de toekomst. De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat het percentage respondenten dat aangeeft dat de diabetesverpleegkundige in de huidige situatie antidiabetica voorschrijft 3% is. Dit percentage is voor de toekomst 12%. Deze toename is significant met een p-waarde van .000. Voor de praktijkondersteuner is het huidige percentage 4% en in de toekomstig wenselijke situatie is dit 8%, deze toename is ook significant met een p-waarde van .004.

Uit de overige resultaten van de toekomstig wenselijke taakverdeling in bijlage 2 is te zien dat, zoals eerder aangegeven, er meer taken voor de diabetesverpleegkundige

weggelegd zijn dan in de huidige situatie. Er zijn weinig verschillen met de POH. Bij de volgende taken is voor de toekomst een behoorlijke rol weggelegd voor de diabetesverpleegkundige, alhoewel deze rol nog steeds kleiner is dan die van de POH:

- Meting gewicht en lengte nieuwe patiënten (22%)
- Voetinspectie (25 %)
- Controleren glucosegehalte bij driemaandelijke controle (25%)
- Controleren bloeddruk bij driemaandelijke controle (25%)
- Controleren vetspectrum bij driemaandelijke controle (22%)
- Anamnese bij jaarcontrole (19%)
- Alle aspecten van het aanvragen van aanvullend onderzoek bij jaarcontrole behalve fundusonderzoek (22% tot 24%)
- Lichaamsonderzoek aan de patiënt met diabetes bij de extra taken (23%)
- De aandacht vestigen op het belang van therapietrouw bij de extra taken (25%)

Bij de volgende taken heeft de diabetesverpleegkundige een grotere rol dan de POH:

- In kaart brengen van leefstijl bij nieuwe patiënten (33%)
- Bloeddrukmeting bij jaarcontrole (25%)
- Voetonderzoek bij jaarcontrole (29%)
- Onderzoek spuitplaatsen bij jaarcontrole (42%)
- Consultatieve functie bij extra taken (21%)
- Educatie op het gebied van leefstijl bij de extra taken (29%)
- Educatie op het gebied van zelfzorg bij diabetes (46%)
- Educatie over het omgaan met diabetes in het dagelijks leven (36%)
- Eerste aanspreekpunt van patiënten (29%)

De taken die voor de diabetesverpleegkundige zijn weggelegd in de toekomst liggen vooral op het gebied van advies en educatie en een gedeelte van het lichamelijk onderzoek bij de jaarlijkse controle. Over het algemeen is de rol van de diabetesverpleegkundige in de toekomst groter dan in de huidige situatie. De respondenten geven aan dat het wenselijk is dat de POH ook in de toekomst een grote rol binnen de diabeteszorg blijft vervullen.

2.7 Visie van de afzonderlijke beroepsgroepen op de rol van de diabetesverpleegkundige en praktijkondersteuner in de toekomst

In bijlage 3 is voor elke beroepsgroep afzonderlijk gekeken welke taak zij weggelegd zien voor de diabetesverpleegkundige in de toekomst. Hierbij is per beroepsgroep een duidelijk verschil te zien in hoeverre zij de taken weggelegd zien voor de diabetesverpleegkundige. De diabetesverpleegkundige ziet vooral voor zichzelf een substantiële rol weggelegd in de toekomst. Ook de internisten geven aan het wenselijk te vinden dat de diabetesverpleegkundige in de toekomst meer taken gaat uitvoeren binnen de diabeteszorg. Onder meer op het gebied van het voorschrijven van herhalingsrecepten en het bijstellen van medicatie. De huisarts en de POH zien in de toekomst nauwelijks een rol weggelegd voor de diabetesverpleegkundige.

Ook is gekeken naar de rol die de verschillende beroepsgroepen voor de POH weggelegd zien in de toekomst (zie bijlage 4). Hier is wederom een duidelijk verschil van mening te zien tussen de verschillende beroepsgroepen. De huisarts en vooral de POH acht het in de toekomst wenselijk dat de POH een grote rol binnen de diabeteszorg gaat vervullen. Dit geldt ook voor het voorschrijven van herhalingsrecepten en het bijstellen van medicatie. De internisten en vooral de diabetesverpleegkundigen bedelen de POH een kleinere rol toe in de toekomst.

2.8 Diabetesverpleegkundige en praktijkondersteuner

Diabetesverpleegkundigen kunnen, zoals eerder aangegeven, werkzaam zijn binnen de eerste of tweede lijn. Voor deze twee groepen (eerste of tweede lijn) is gekeken welke taken zij in de toekomst weggelegd zien voor de diabetesverpleegkundige. Er is een verschil tussen het type patiënten wat in de eerste of in de tweede lijn behandeld wordt en als gevolg daarvan zit er ook verschil in de behandeling.

In bijlage 5 is de rol te zien die de diabetesverpleegkundige voor zichzelf weggelegd ziet uitgesplitst naar diabetesverpleegkundigen die werkzaam zijn binnen de eerste lijn en tweede lijn. Door de diabetesverpleegkundigen werkzaam binnen de eerste lijn wordt vaker aangegeven dat een taak momenteel door de diabetesverpleegkundige uitgevoerd wordt ten opzichte van de diabetesverpleegkundige binnen de tweede lijn. Dit is ook te zien bij het voorschrijven van herhalingsrecepten en het bijstellen van medicatie. In de toekomst is het verschil kleiner, de diabetesverpleegkundige werkzaam in de tweede lijn acht het wenselijk dat er een toename van de taken van diabetesverpleegkundige komt. Nog steeds ziet de diabetesverpleegkundige werkzaam in de eerste lijn een grotere rol weggelegd voor de diabetesverpleegkundige.

De POH kan een achtergrond als doktersassistente of verpleegkundige hebben. Dit verschil is van belang voor de taken die de POH uit mag voeren. Verpleegkundigen hebben meer bevoegdheden dan doktersassistenten en hiermee zou dus ook rekening gehouden moeten worden bij de behandeling van diabetes en eventuele taakverschuiving richting de POH. De POH's zijn in bijlage 6 gesplitst naar een achtergrond van doktersassistente of verpleegkundige. Met deze splitsing kan gekeken worden of er een verschil zit tussen deze twee groepen in de huidige taakverdeling voor de POH en de toekomstige rol die men voor deze beroepsgroep weggelegd ziet.

Over het algemeen zijn er geen grote verschillen zichtbaar tussen de twee groepen in de taak die zij aangeven voor de POH in de huidige situatie behalve op het gebied van het aanvragen van aanvullend onderzoek bij de jaarcontrole. Hier geeft de POH met een achtergrond van doktersassistente vaker aan dat de POH deze taak uitvoert dan de POH met een verpleegkundige achtergrond. Voor de toekomst geeft de POH met verpleegkundige achtergrond over het algemeen een grotere rol voor de POH bij het voorschrijven van nieuwe medicatie, het voorschrijven van een herhalingsrecept en het bijstellen van medicatie. Bij de interpretatie van bovenstaande resultaten moet wel rekening gehouden worden met het geringe aantal POH's met een achtergrond als doktersassistente.

2.9 Speciale taken voor de diabetesverpleegkundige

In de toekomst zou het wenselijk kunnen zijn dat de diabetesverpleegkundige bepaalde speciale taken uit gaat voeren (onder andere voorbehouden handelingen) om de arts te ontlasten. Om de wenselijkheid hiervan te peilen bij de beroepsbeoefenaren is een vraag in de vragenlijst gevoegd waarin specifiek gevraagd wordt of zij het wenselijk vinden dat de diabetesverpleegkundige deze speciale handelingen uit gaat voeren binnen de diabeteszorggroep. In tabel 2.4 staan de resultaten weergegeven. De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat 39% van de 274 respondenten van mening is dat de diabetesverpleegkundige in de toekomst ook wondtoilet kan toepassen, 39% is van mening dat zij dit niet zou moeten doen, 16% heeft geen mening en 6% van de respondenten heeft deze vraag niet beantwoord. Opgemerkt moet worden dat de respondenten die aangaven tegen het voorschrijven van nieuwe medicatie te zijn, de vragen over het voorschrijven van de verschillende soort medicatie overgeslagen hebben. Deze respondenten zijn bij de keuze 'nee' gevoegd.

Een relatief groot deel van de respondenten is van mening dat de diabetesverpleegkundige in de toekomst nieuwe medicatie moet kunnen indiceren. Hetzelfde geldt voor de keuze van medicatie, de dosis van nieuwe medicatie bepalen, toedieningsweg bepalen en de dosis van bestaande medicatie aanpassen. De helft (47%) van de respondenten ziet het voorschrijven van nieuwe medicatie binnen de diabeteszorggroep weggelegd voor de diabetesverpleegkundige.

Tabel 2.4 Wenselijkheid voor het uitvoeren van speciale taken door de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep (N=274)

	% Ja	% Nee	% Geen mening	% Geen antwoord
Wondtoilet	39	39	16	6
Injecteren	54	17	20	9
Indiceren van medicatie	59	26	4	11
Keuze van medicatie (welke soort)	58	29	6	7
Nieuwe medicatie voorschrijven	47	40	4	9
antidiabetica	46	45	0	9
antihypertensiva	36	53	2	9
antilipidemica	41	49	1	9
middelen tegen roken	31	56	4	9
middelen tegen overgewicht	27	59	5	9
andere medicatie	6	79	6	9
Dosis van nieuwe medicatie bepalen (frequentie en hoeveelheid)	60	31	3	6
Toedieningsweg bepalen (injecteren/pillen)	64	26	4	6
De dosis van bestaande medicatie aanpassen	73	18	4	5
Andere speciale taken	10	81	0	9

In bijlage 7 tot en met 10 zijn voor de verschillende beroepsgroepen afzonderlijk de resultaten op bovenstaande vraag weergegeven.

De deelnemende huisartsen (bijlage 7) vinden het over het algemeen niet wenselijk dat diabetesverpleegkundigen binnen de diabeteszorggroep speciale taken uit gaan voeren. Dit geldt vooral voor het voorschrijven van nieuwe medicatie. Slechts 26% van de huisartsen geeft aan dat het gewenst is dat de diabetesverpleegkundige deze taak in de toekomst binnen de diabeteszorggroep uit gaat voeren. Verder vindt alleen bij het aanpassen van de dosis van bestaande medicatie meer dan de helft van de huisartsen (51%) dat het wenselijk is dat de diabetesverpleegkundige dit in de toekomst binnen de diabeteszorggroep uit gaat voeren.

In bijlage 8 is de mening van de deelnemende internisten te zien, over het algemeen is meer dan de helft van deze groep van mening dat de diabetesverpleegkundige speciale taken uit kan gaan voeren. Dit geldt niet voor het wondtoilet (44% ja), keuze van medicatie (35% ja) en het voorschrijven van nieuwe medicatie (39% ja).

De deelnemende diabetesverpleegkundigen (bijlage 9) zien over het algemeen meer speciale taken voor zichzelf weggelegd dan de deelnemende huisartsen en internisten. Hierbij geeft 31% aan dat het wenselijk is dat de diabetesverpleegkundige in de toekomst wondtoilet gaat doen. Aan de andere kant geeft 57% aan het wenselijk te vinden dat de diabetesverpleegkundige in de toekomst binnen de diabeteszorggroep nieuwe medicatie gaat voorschrijven, hierbij gaat het vooral om antidiabetica.

De deelnemende POH's (bijlage 10) achten het ook wenselijk dat de diabetesverpleegkundige in de toekomst binnen de diabeteszorggroep een behoorlijk aantal speciale taken uit gaat voeren. Meer dan de helft (56%) van de POH's geeft aan dat het gewenst is dat de diabetesverpleegkundige in de toekomst binnen de diabeteszorggroep nieuwe medicatie voor gaat schrijven. Dit geldt dan vooral voor de antidiabetica en antilipidica.

2.10 Rol patiënt

Diabetes is een chronische ziekte die veel tijd, oplettendheid en discipline van een patiënt vraagt. De patiënt kan zelf een grote rol spelen bij de behandeling van zijn / haar diabetes en het onder controle houden van de ziekte. Om te inventariseren hoe de beroepsbeoefenaren over de rol van de patiënt denken binnen de behandeling van diabetes is hierover een vraag toegevoegd aan de vragenlijst. In deze vraag worden een aantal taken aan de beroepsbeoefenaren voorgelegd en daarbij is gevraagd of men van mening is dat de patiënt deze taken zelf uit zou kunnen voeren.

In tabel 2.5 is een overzicht te zien van de voorgelegde taken en de mening van de verschillende beroepsgroepen.

De tabel moet als volgt gelezen worden: op de vraag of patiënten zelf extra huidinspectie kan uitvoeren gaf 85% van de deelnemende huisartsen aan dat de patiënt deze taak extra uit kan voeren, voor de internisten is dit 83%, voor de diabetesverpleegkundigen 90% en voor de praktijkondersteuners 76%.

Tabel 2.5 Inventarisatie van taken die de patiënt uit kan voeren*

Taken patiënt	HA N = 65	IN N = 23	DV N = 120	POH N = 63
Huidinspectie	85	83	90	76
Voetinspectie	71	87	93	79
Bloeddrukmeting	40	65	38	40
Inspectie gebit en mond	39	44	72	51
Glucose waarde bijhouden	94	96	97	89
Meten van gewicht	89	96	89	87
Onderzoek spuitplaatsen	71	78	73	71
Gezonde leefstijl (voeding, beweging, etc)	94	100	95	93
Actief melden van concentratie-problemen, algemene malaise, etc	79	96	86	87
Anders	12	4	21	21

* Vindt u dat de patiënt de volgende taken binnen de diabeteszorg zelf kan uitvoeren?

De getallen in de tabel zijn de percentages per beroepsgroep die vinden dat de patiënt deze taak ook zelf uit kan voeren.

Op de meeste punten is er redelijke overeenstemming tussen de verschillende beroepsbeoefenaren over welke taken de patiënt uit kan voeren. Alleen bij de bloeddrukmeting en inspectie van het gebit en de mond zijn duidelijke verschillen te zien. Bij de internisten geeft 65% van de respondenten aan dat ze vinden dat de patiënt zelf extra bloeddrukmeting uit kan voeren. Dit percentage ligt bij de andere beroepsgroepen duidelijk lager (tussen de 38% en de 40%). Bij de inspectie van het gebit en mond geeft 72% van de diabetesverpleegkundigen aan dat de patiënt deze taak zelf kan uitvoeren terwijl dit percentage bij de andere beroepsgroepen tussen de 39% en de 51% ligt.

2.11 Conclusies

Uit de resultaten van de vragenlijst is te zien dat momenteel nog niet veel taken binnen de diabeteszorg door de diabetesverpleegkundige vervuld worden. De huisarts en internist hebben momenteel een grote rol binnen de diabeteszorg. De POH voert binnen de eerstelijns diabeteszorg ook veel taken uit. In de toekomstige wenselijke situatie is bij de huisartsen en internisten in het algemeen een duidelijke bereidheid tot het verschuiven van taken. Deze verschuiving vindt plaats richting de diabetesverpleegkundige en POH, er is in de toekomst geen duidelijk verschil in taakafbakening tussen deze twee beroepsgroepen. Op het gebied van het voorschrijven van nieuwe medicatie is er minder sprake van verschuiving, deze taak blijft vooral bij de arts liggen. Bij de taakverschuiving moet wel rekening gehouden worden met het feit dat in de vragenlijst alleen gevraagd is naar een volledige verschuiving van een taak. De respondenten konden alleen voor de gehele taak aangeven wie deze in de toekomst uit zou moeten voeren.

Meer specifiek zien de huisartsen en POH's voor de diabetesverpleegkundige in de toekomst een matige rol weggelegd. Hiervoor zijn een aantal verklaringen te geven. Ten eerste zijn huisartsenpraktijken de laatste jaren gestimuleerd om praktijkondersteuners in dienst te nemen die een aantal taken van de huisarts over kunnen nemen. Hierbij moet

men vooral denken aan het uitvoeren van eenvoudig lichamelijk onderzoek (bijvoorbeeld bloeddrukmeting, meting lengte en gewicht) en het aanvragen van aanvullend onderzoek. Het is mogelijk dat huisartsen geen behoefte hebben aan een nieuwe zorgprofessional, zijnde de diabetesverpleegkundige, die gespecialiseerd is op het gebied van diabetes. Dit in tegenstelling tot de praktijkondersteuner die zich breder op alle chronische aandoeningen richt en die dus meer als generalist beschouwd kan worden. Daarnaast is het ook mogelijk dat de rol die de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorg zou kunnen spelen nog (te) onduidelijk is voor de verschillende beroepsgroepen. Het is mogelijk dat de huisarts niet op de hoogte is van de rol die de diabetesverpleegkundige zou kunnen spelen binnen de diabeteszorg.

De internisten en diabetesverpleegkundigen zelf zien een grotere rol weggelegd voor de diabetesverpleegkundige. Als het in de toekomst wenselijk is dat de diabetesverpleegkundige een substantieel aantal taken van de (huis)arts over gaat nemen, zal eerst een breder draagvlak moeten worden gecreëerd. Zoals de situatie er nu voor staat lijkt het of de huisarts eerder bereid is een groot aantal taken richting de POH te verschuiven dan richting de diabetesverpleegkundige.

Op het gebied van een aantal speciale taken lijkt het wel wenselijk dat de diabetesverpleegkundige deze uit zal gaan voeren alhoewel deze wens (nog) niet overtuigend is. Er is wel een verschil tussen aan de ene kant de huisarts en internist en aan de andere kant de diabetesverpleegkundige en POH in het aantal speciale taken dat men in de toekomst weggelegd ziet voor de diabetesverpleegkundige. Om breder draagvlak te creëren voor de diabetesverpleegkundige binnen een diabeteszorggroep zal voor de verschillende beroepsgroepen duidelijk moeten worden welke capaciteiten de diabetesverpleegkundige heeft. Daarnaast zullen wettelijke aanpassingen plaats moeten vinden voordat er echt overgegaan kan worden tot taakherschikking richting de diabetesverpleegkundige. Het lijkt noodzakelijk dat er studies plaats moeten gaan vinden waarin de diabetesverpleegkundige bijvoorbeeld de bevoegdheid krijgt om medicatie voor te schrijven en ook daadwerkelijk verantwoordelijk is voor de geleverde zorg. Hiermee kan aangetoond worden of de diabetesverpleegkundige ook werkelijk in staat is de diabeteszorg op voldoende kwaliteitsniveau te leveren.

Tenslotte blijkt uit de vragenlijst dat de respondenten de rol van de patiënt binnen de diabeteszorg zeer belangrijk vinden en ook van de patiënt verwachten dat hij bepaalde taken zelf uit gaat voeren. Hier zou de diabetesverpleegkundige een rol bij kunnen spelen. Uit de vragenlijst is op te maken dat de verschillende beroepsbeoefenaren de rol van de diabetesverpleegkundige vooral belangrijk vinden op het gebied van educatie en zelfmanagement van de patiënt.

Literatuurlijst

- Denver EA, Barnard M, Woolfson RG, Earle KA. "Management of uncontrolled hypertension in a nurse-led clinic compared with conventional care for patients with type 2 diabetes." *Diabetes Care* 26.8 (2003): 2256-60.
- Dijkstra R. "Diabeteszorg in ziekenhuizen: lessen voor de huisarts." *Huisarts en Wetenschap* 49.3 (2006): 157-60.
- Freriks J.P.Crooijmans M.G.W.M., Biemond P. "Insulinetherapie in de huisartsenpraktijk: het voordeel van een multidisciplinaire aanpak." *Medisch Contact* 55.18 (2000): 659-62.
- Hoogervorst, H. Diabeteszorg Beter. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 5 juli 2004. POG/ZP 2.474.724
- Houweling ST. Taakdelegatie in De Eerste- En Tweedelijns diabeteszorg: Resultaten Van De DISCOURSE-Studies. Groningen: rijksuniversiteit Groningen: Zwarts F, 2005.
- Krein SL, Klamerus MI, Vijan S, Lee JL, Fitzgerald JT, Pawlow A, Reeves P, Hayward RA. "Case management for patients with poorly controlled diabetes: a randomized trial." *Am J Med* 116.11 (2004): 732-39.
- LEVV, NIVEL. Competentieprofiel Diabetesverpleegkundige 'nieuwe stijl'. Een ontwikkelprofiel voor diabetesverpleegkundigen nieuwe stijl werkzaam in multidisciplinaire diabetes zorggroepen. Utrecht: LEVV, NIVEL, 2006.
- Loveman, E., P. Royle, and N. Waugh. "Specialist nurses in diabetes mellitus." *The Cochrane Library*.4 (CD003286) (2005).
- Mason JM, Freemantle N, Gibson JM, New JP. "Specialist nurse-led clinics to improve control of hypertension and hyperlipidemia in diabetes: economic analysis of the SPLINT trial." *Diabetes Care* 28.1 (2006): 40-46.
- Nederlandse Diabetes Federatie. Zorgstandaard voor goede diabeteszorg. 2003 Amersfoort. www.diabetesfederatie.nl
- New JP, Mason JM, Freemantle N, Teasdale S, Wong LM, Bruce NJ, Burns JA, Gibson JM. "Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT): a randomized controlled trial." *Diabetes Care* 26.8 (2003): 2250-55.
- Pouwer, F. et al. "Monitoring of psychological well-being in outpatients with diabetes: effects on mood, HbA1c and the patient's evaluation of the quality of diabetes care: a randomized controlled trial." *Diabetes Care* 24.11 (2001): 1929-35.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. 2003. Zoetermeer.
- Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, Thompson C. "The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care." *Fam.Pract* 21.1 (2004): 39-45.
- Steuten L.Frederix M., Vrijhoef B., Van Merode F., Spreeuwenberg C. "Patiënten tevreden over diabetesverpleegkundige." *Tijdschrift voor verpleegkundigen* 113.6 (2003): 48-51.
- Taakgroep Programma Diabeteszorg. Rapport Diabeteszorg Beter. 3 juni 2005.
- Taylor CB, Miller NH, Reilly KR, Greenwald G, Cuning D, Deeter A, Abascal L. "Evaluation of a nurse-care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes." *Diabetes Care* 26.4 (2003): 1058-63.

- Taylor KI, Oberle KM, Crutcher RA, Norton PG. "Promoting health in type 2 diabetes: nurse-physician collaboration in primary care." *Biol Res Nurs* 6.3 (2005): 207-15.
- Ubink-Veltmaat LJ, Bilo HJ, Groenier KH, Rischen RO, Meyboom-de Jong B. "Shared care with task delegation to nurses for type 2 diabetes: prospective observational study." *Neth J Med* 63.3 (2005): 103-10.
- Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreeuwenberg C, Wolffenbuttel BH. "Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients." *Journal of Advanced Nursing* 36.4 (2006): 546-55.
- Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreeuwenberg C, Wolffenbuttel BH van Wilderen LJ. "The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: effects on patient outcomes." *International Journal of Nursing Studies* 39.4 (2002): 441-51.
- Wong, F. K. Y. et al. "Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial." *Journal of Advanced Nursing* 50.4 (2005): 391-402.
- Yong A, Power E Gill G. "Improving glycaemic control of insulin-treated diabetic patients-a structured audit of specialist nurse intervention." *Journal of Clinical Nursing* 11.6 (2002): 773-76.

Bijlage 1 (6.1): Huidige taakverdeling binnen de diabeteszorg

In onderstaande tabel is de huidige taakverdeling binnen de diabeteszorg te zien zoals aangegeven door de respondenten samen. De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat 33% van de respondenten aangeeft dat het afnemen van de algemene anamnese in de huidige situatie door de huisarts gedaan wordt. 14% geeft aan dat deze taak door de internist verricht wordt, 6% door de diabetesverpleegkundige, 10% door de praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige, 1% door een andere zorgverlener en 36% door een combinatie van zorgverleners.

Huidige taakverdeling binnen de diabeteszorg. (N=274)

De getallen in de tabel geven het percentage respondenten aan dat zegt dat die taak in de eigen situatie door de bepaalde zorgverlener wordt gedaan.

10 a. Inventarisatie van nieuwe patiënten	HA	IN	DV	POH	A	C
<i>Anamnese</i>						
Algemene anamnese	33	14	6	10	1	36
Familieanamnese	30	16	7	13	1	33
Speciële anamnese	37	21	6	9	1	26
In kaart brengen vroegere ziekten en bestaande problemen	35	20	3	12	0	30
In kaart brengen van leefstijl	13	4	26	30	1	26
In kaart brengen van huidige medicatie	26	14	6	15	1	38
<i>Lichamelijk onderzoek</i>						
Meting gewicht en lengte	10	11	14	34	8	23
Bloeddrukmeting	11	11	12	27	4	35
Inspectie gebit en mond	23	18	8	12	31	8
Hart	57	29	1	2	2	9
Onderzoek perifere arteriën (pulsaties en souffles)	31	23	5	14	2	25
Voetinspectie	9	7	20	30	5	29
Huid algemeen (incl. acanthosis)	26	20	7	14	7	26
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>						
Glucose (incl. GTT, dagcurve)	13	15	8	22	3	39
HbA1c	14	14	8	23	2	39
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	14	20	7	23	2	34
Microalbuminurie / urineonderzoek	15	22	7	26	2	28
Kreatinine	15	22	7	25	3	28
Fundusonderzoek	12	15	6	17	30	20

10 b. Driemaandelijke controle bekende diabetespatiënten	HA	IN	DV	POH	A	C
Controleren glucosegehalte	4	7	17	37	6	29
Controleren bloeddruk	5	11	15	36	5	28
Controleren vetspectrum	7	18	10	37	7	21
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>						
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>						
Antidiabetica	47	23	3	4	0	23
Antihypertensiva	50	26	1	3	0	20
Antilipidemica	49	27	0	4	0	20
Middelen tegen roken	47	24	0	9	3	17
Middelen tegen overgewicht	51	29	0	3	3	14
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica	22	14	8	23	3	30
Antihypertensiva	22	22	6	24	3	23
Antilipidemica	23	23	5	24	3	22
Middelen tegen roken	29	22	4	23	5	17
Middelen tegen overgewicht	31	25	4	20	3	17
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica	24	9	11	16	1	39
Antihypertensiva	34	26	3	13	1	23
Antilipidemica	33	26	3	14	1	23
Middelen tegen roken	37	24	2	14	4	19
Middelen tegen overgewicht	40	29	2	11	3	15
<i>Onderzoek naar voorstada van complicaties</i>						
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	9	6	8	21	2	54
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	17	13	5	14	2	49

10 c. Jaarcontrole bekende diabetespatiënten	HA	IN	DV	POH	A	C
Anamnese	21	11	12	19	3	34
<i>Lichamelijk onderzoek</i>						
Afwijkingen	26	22	12	16	3	21
Bloeddrukmeting	18	15	16	23	5	23
Voetonderzoek	12	5	24	26	7	26
Onderzoek spuitplaatsen	12	3	39	25	3	18
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>						
Glucose (incl. GTT, dagcurve)	13	13	14	28	5	27
HbA1c	13	14	12	26	5	30
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	14	20	11	26	5	24
Microalbuminurie / urineonderzoek	14	21	11	27	5	22
Kreatinine	14	21	11	26	5	23
Fundusonderzoek	13	16	9	17	24	21
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>						
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>						
Antidiabetica	48	22	3	5	0	22
Antihypertensiva	51	27	1	3	0	18
Antilipidemica	51	27	1	4	0	17
Middelen tegen roken	53	25	0	5	3	14
Middelen tegen overgewicht	52	28	0	3	2	15
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica	27	16	7	19	3	28
Antihypertensiva	29	23	5	20	3	20
Antilipidemica	29	23	5	20	3	20
Middelen tegen roken	34	23	3	18	5	17
Middelen tegen overgewicht	34	26	3	16	4	17
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica	31	12	8	11	1	37
Antihypertensiva	36	27	4	11	1	21
Antilipidemica	36	27	4	11	1	21
Middelen tegen roken	39	25	2	11	4	19
Middelen tegen overgewicht	41	29	2	9	3	16
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>						
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	17	8	9	15	2	49
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	26	13	7	9	2	43

10 d. Extra taken	HA	IN	DV	POH	A	C
Consultatieve functie	13	10	13	12	0	52
Verwijzen van patiënten	24	12	5	7	0	52
<i>Educatie voor zelfzorg met betrekking tot diabetes.</i>						
<i>Het geven van begeleiding en educatie op gebied van:</i>						
Leefstijl	4	0	28	30	0	38
Voeding	3	0	15	26	10	46
Lichaamsonderzoek aan de patiënt met diabetes	18	14	16	22	0	30
Zelfzorg van diabetes (incl. leren spuiten)	2	1	52	26	1	18
Zelfmanagement van diabetes	3	0	39	29	0	29
Het omgaan met diabetes in het dagelijks leven	3	0	37	32	0	28
De aandacht vestigen op het belang van therapietrouw	4	0	19	27	0	50
<i>Bewakingssysteem en registratie</i>						
Nagaan of men verschijnt voor de periodieke controle	1	2	18	33	13	33
Bij niet verschijnen hieraan herinneren	1	1	21	34	13	30
Registratie van de informatie verkregen bij de controles	2	2	17	32	5	42
<i>Bereikbaarheid en verantwoordelijkheid</i>						
Eerste aanspreekpunt voor patiënten	13	0	28	23	3	33
Verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg	24	8	10	13	0	45
Verantwoordelijk voor de organisatie / coördinatie van de zorg	21	5	16	16	1	41

Bijlage 2 (6.2): Wenselijke taakverdeling binnen de diabeteszorg in de toekomst

In onderstaande tabel is de wenselijke taakverdeling binnen de diabeteszorg voor de toekomst te zien zoals aangegeven door de respondenten samen. De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat van de 240 respondenten 28% vindt dat het afnemen van de algemene anamnese in de toekomst door de huisarts gedaan moet worden. 10% geeft aan dat deze taak door de internist verricht moet worden, 15% door de diabetesverpleegkundige, 13% door de praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige, 1% door een andere zorgverlener en 33% door een combinatie van zorgverleners.

Wenselijke taakverdeling binnen de diabeteszorg in de toekomst.

De getallen in de tabel geven het percentage beroepsbeoefenaars aan dat die taak voor de bovenvermelde beroepsgroep in de toekomst weggelegd ziet, het aantal respondenten staat steeds achter de taak vermeld.

10 a. Inventarisatie van nieuwe patiënten	HA	IN	DV	POH	A	C
<i>Anamnese</i>						
Algemene anamnese (n=240)	28	10	15	13	1	33
Familieanamnese (n=241)	24	11	16	17	1	31
Speciële anamnese (n=238)	30	18	14	10	0	28
In kaart brengen vroegere ziekten en bestaande problemen (n=238)	28	12	11	13	0	36
In kaart brengen van leefstijl (n=241)	6	3	33	30	0	28
In kaart brengen van huidige medicatie (n=239)	18	10	16	17	0	39
<i>Lichamelijk onderzoek</i>						
Meting gewicht en lengte (n=240)	4	3	22	36	8	27
Bloeddrukmeting (n= 239)	5	3	19	34	5	34
Inspectie gebit en mond (n=222)	16	10	19	15	21	19
Hart (n=234)	46	25	4	5	2	18
Onderzoek perifere arteriën (pulsaties en souffles) (n=237)	22	17	11	16	2	32
Voetinspectie (n=242)	4	4	25	28	5	34
Huid algemeen (incl. acanthosis) (n=228)	19	13	15	18	2	33
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>						
Glucose (incl. GTT, dagcurve) (n=241)	6	8	17	27	3	39
HbA1c (n=240)	6	7	16	28	3	40
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG) (n=241)	6	10	16	28	3	37
Microalbuminurie / urineonderzoek (n=241)	7	10	15	29	3	36
Kreatinine (n=240)	7	10	14	29	3	37
Fundusonderzoek (n=239)	5	9	12	19	26	29

10 b. Driemaandelijkse controle bekende diabetespatiënten	HA	IN	DV	POH	A	C
Controleren glucosegehalte (n=233)	2	3	25	36	6	28
Controleren bloeddruk (n=235)	2	3	25	35	4	31
Controleren vetspectrum (n=219)	3	5	22	36	6	28
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>						
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>						
Antidiabetica (n=242)	38	15	12	8	0	27
Antihypertensiva (n=242)	41	18	7	6	0	28
Antilipidemica (n=241)	40	18	7	8	0	27
Middelen tegen roken (n=235)	38	18	5	9	3	27
Middelen tegen overgewicht (n=225)	42	20	4	7	3	24
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica (n=242)	10	5	21	26	2	36
Antihypertensiva (n=241)	12	9	17	27	2	33
Antilipidemica (n=241)	12	8	17	27	2	34
Middelen tegen roken (n=233)	14	10	16	26	4	30
Middelen tegen overgewicht (n=223)	16	12	16	24	4	28
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica (n=239)	12	4	22	21	0	41
Antihypertensiva (n=239)	17	12	16	21	0	34
Antilipidemica (n=239)	16	12	17	22	0	33
Middelen tegen roken (n=230)	17	13	16	21	3	30
Middelen tegen overgewicht (n=219)	18	15	16	19	2	30
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>						
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties (n=239)	4	3	12	19	2	60
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties (n=235)	11	8	8	15	2	56

10 c. Jaarcontrole bekende diabetespatiënten	HA	IN	DV	POH	A	C
Anamnese (n=212)	14	9	19	20	2	36
<i>Lichamelijk onderzoek</i>						
Afwijkingen (n=236)	21	17	16	17	2	27
Bloeddrukmeting (n=238)	11	4	25	25	6	29
Voetonderzoek (n=240)	8	2	29	24	6	31
Onderzoek spuitplaatsen (n=237)	8	1	42	24	2	23
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>						
Glucose (incl. GTT, dagcurve) (n=239)	6	5	24	29	4	32
HbA1c (n=240)	6	5	23	29	4	33
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG) (n=241)	7	8	22	29	4	30
Microalbuminurie / urineonderzoek (n=240)	7	8	22	29	4	30
Kreatinine (n=239)	7	8	22	29	4	30
Fundusonderzoek (n=237)	7	6	17	21	20	29
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>						
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>						
Antidiabetica (n=241)	38	14	12	8	0	28
Antihypertensiva (n=240)	42	19	8	7	0	24
Antilipidemica (n=240)	40	19	9	7	0	25
Middelen tegen roken (n=233)	41	18	6	9	3	23
Middelen tegen overgewicht (n=224)	41	20	6	7	4	22
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica (n=241)	15	7	18	22	2	36
Antihypertensiva (n=240)	15	9	15	23	2	36
Antilipidemica (n=240)	16	9	16	24	2	33
Middelen tegen roken (n=232)	19	12	15	22	5	27
Middelen tegen overgewicht (n=223)	18	14	15	20	4	29
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>						
Antidiabetica (n=240)	18	7	19	17	0	39
Antihypertensiva (n=241)	21	14	16	16	0	33
Antilipidemica (n=241)	21	14	16	16	0	33
Middelen tegen roken (n=232)	24	14	16	16	3	27
Middelen tegen overgewicht (n=221)	24	16	16	15	3	26
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>						
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties (n=239)	11	5	11	13	1	59
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties (n=235)	18	10	8	9	1	54

10 d. Extra taken	HA	IN	DV	POH	A	C
Consultatieve functie (n=226)	8	7	21	12	0	52
Verwijzen van patiënten (n=233)	16	6	14	9	0	55
<i>Educatie voor zelfzorg met betrekking tot diabetes.</i>						
<i>Het geven van begeleiding en educatie op gebied van:</i>						
Leefstijl (n=240)	0	0	29	29	0	42
Voeding (n=237)	0	0	19	26	8	47
Lichaamsonderzoek aan de patiënt met diabetes (n=236)	10	7	23	24	0	36
Zelfzorg van diabetes (incl. leren spuiten) (n=240)	0	0	46	27	0	27
Zelfmanagement van diabetes (n=240)	1	0	38	28	0	33
Het omgaan met diabetes in het dagelijks leven (n=241)	1	0	36	29	0	34
De aandacht vestigen op het belang van therapietrouw (n=241)	0	0	25	26	0	49
<i>Bewakingssysteem en registratie</i>						
Nagaan of men verschijnt voor de periodieke controle (n=240)	0	0	15	32	18	35
Bij niet verschijnen hieraan herinneren (n=239)	1	0	15	33	20	31
Registratie van de informatie verkregen bij de controles (n=239)	1	0	18	32	8	41
<i>Bereikbaarheid en verantwoordelijkheid</i>						
Eerste aanspreekpunt voor patiënten (n=240)	8	0	29	22	3	38
Verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg (n=239)	18	4	12	13	1	52
Verantwoordelijk voor de organisatie / coördinatie van de zorg (n=240)	15	2	17	19	2	45

Bijlage 3 (6.3): Visie van de afzonderlijke beroepsgroepen op de toekomstige rol van de diabetesverpleegkundige

In onderstaande tabel is voor de respondenten van de verschillende beroepsgroepen aangegeven welke rol zij in de toekomst voor de diabetesverpleegkundige zien weggelegd binnen de diabeteszorg. De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat 8% van de 61 huisartsen die deze vraag invulden aangeeft dat het afnemen van de algemene anamnese in de toekomst door de diabetesverpleegkundige gedaan moet worden. 0% van de 23 internisten geeft aan dat deze taak door de diabetesverpleegkundige verricht moet worden, 27% van de 110 diabetesverpleegkundigen en 0% van de 63 POH's geven aan het wenselijk te vinden dat de diabetesverpleegkundige deze taak in de toekomst uitvoert.

Visie afzonderlijke beroepsgroepen op toekomstige rol diabetesverpleegkundige.

De getallen in de tabel geven het percentage beroepsbeoefenaars aan dat die taak in de toekomst voor de diabetesverpleegkundige weggelegd ziet, het aantal respondenten per beroepsgroep staat steeds achter het percentage vermeld.

10 a. Inventarisatie van nieuwe patiënten	HA (65)	IN (23)	DV (120)	POH (63)
<i>Anamnese</i>				
Algemene anamnese	8 (61)	0	27 (110)	0
Familieanamnese	12 (60)	4 (23)	27 (112)	0
Speciële anamnese	14 (59)	0	24 (110)	0
In kaart brengen vroegere ziekten en bestaande problemen	9 (59)	9 (23)	17 (110)	0
In kaart brengen van leefstijl	13 (61)	22 (23)	60 (111)	0
In kaart brengen van huidige medicatie	12 (60)	4 (23)	28 (110)	0
<i>Lichamelijk onderzoek</i>				
Meting gewicht en lengte	13 (61)	23 (22)	36 (111)	0
Bloeddrukmeting	12 (60)	13 (23)	34 (110)	0
Inspectie gebit en mond	14 (59)	17 (23)	30 (104)	0
Hart	5 (59)	9 (23)	5 (108)	0
Onderzoek perifere arteriën (pulsaties en souffles)	12 (61)	14 (22)	14 (109)	2 (45)
Voetinspectie	12 (61)	26 (23)	42 (113)	2 (45)
Huid algemeen (incl. acanthosis)	10 (60)	18 (22)	23 (105)	0
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>				
Glucose (incl. GTT, dagcurve)	10 (61)	18 (22)	29 (112)	0
HbA1c	8 (61)	14 (22)	27 (112)	0
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	8 (61)	14 (22)	27 (112)	0
Microalbuminurie / urineonderzoek	8 (61)	14 (22)	25 (112)	0
Kreatinine	8 (60)	14 (22)	23 (112)	0
Fundusonderzoek	5 (60)	9 (22)	21 (111)	0

10 b. Driemaandelijke controle bekende diabetespatiënten	HA	IN	DV	POH
Controleren glucosegehalte	13 (61)	50 (22)	37 (106)	0
Controleren bloeddruk	13 (61)	46 (22)	38 (108)	0
Controleren vetspectrum	15 (54)	38 (21)	33 (100)	0
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>				
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>				
Antidiabetica	2 (62)	14 (22)	22 (110)	0
Antihypertensiva	2 (62)	9 (22)	13 (110)	0
Antilipidemica	2 (62)	9 (22)	12 (109)	0
Middelen tegen roken	2 (61)	5 (21)	9 (106)	0
Middelen tegen overgewicht	0 (55)	5 (21)	9 (105)	0
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	12 (60)	27 (22)	34 (111)	0
Antihypertensiva	12 (60)	27 (22)	27 (110)	0
Antilipidemica	12 (60)	27 (22)	27 (110)	0
Middelen tegen roken	11 (57)	19 (21)	26 (107)	0
Middelen tegen overgewicht	9 (53)	25 (20)	25 (107)	0
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	12 (61)	32 (22)	36 (109)	2 (47)
Antihypertensiva	10 (61)	18 (22)	28 (109)	0
Antilipidemica	10 (61)	18 (22)	29 (109)	0
Middelen tegen roken	13 (56)	14 (21)	26 (107)	0
Middelen tegen overgewicht	14 (51)	14 (21)	25 (108)	0
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>				
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	2 (61)	17 (23)	21 (109)	0
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	2 (59)	18 (22)	12 (107)	0

10 c. Jaarcontrole bekende diabetespatiënten	HA	IN	DV	POH
Anamnese	9 (54)	18 (22)	34 (95)	0
<i>Lichamelijk onderzoek</i>				
Afwijkingen	9 (59)	14 (22)	28 (107)	0
Bloeddrukmeting	12 (59)	23 (22)	43 (109)	0
Voetonderzoek	15 (60)	36 (22)	48 (110)	0
Onderzoek spuitplaatsen	17 (58)	43 (21)	73 (109)	2 (49)
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>				
Glucose (incl. GTT, dagcurve)	13 (61)	26 (23)	40 (107)	0
HbA1c	13 (61)	26 (23)	39 (108)	0
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	13 (61)	26 (23)	36 (109)	0
Microalbuminurie / urineonderzoek	13 (61)	26 (23)	36 (108)	0
Kreatinine	13 (61)	26 (23)	36 (107)	0
Fundusonderzoek	12 (60)	23 (22)	27 (107)	0
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>				
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>				
Antidiabetica	5 (61)	17 (23)	20 (109)	0
Antihypertensiva	2 (61)	9 (23)	15 (108)	0
Antilipidemica	5 (61)	9 (23)	15 (108)	0
Middelen tegen roken	5 (59)	5 (21)	9 (106)	0
Middelen tegen overgewicht	4 (55)	5 (21)	9 (106)	0
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	12 (61)	22 (23)	29 (110)	0
Antihypertensiva	12 (61)	22 (23)	23 (109)	0
Antilipidemica	12 (61)	22 (23)	24 (109)	0
Middelen tegen roken	14 (59)	10 (21)	22 (107)	0
Middelen tegen overgewicht	13 (55)	14 (21)	22 (107)	0
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	10 (61)	17 (23)	32 (108)	2 (48)
Antihypertensiva	8 (61)	17 (23)	27 (109)	0
Antilipidemica	8 (61)	17 (23)	28 (109)	0
Middelen tegen roken	9 (57)	5 (21)	27 (107)	0
Middelen tegen overgewicht	8 (53)	14 (21)	26 (106)	0
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>				
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	7 (61)	13 (23)	18 (108)	0
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	7 (59)	9 (22)	12 (107)	0

10 d. Extra taken	HA	IN	DV	POH
Consultatieve functie	11 (55)	18 (22)	35 (106)	0
Verwijzen van patiënten	5 (56)	18 (22)	23 (109)	0
<i>Educatie voor zelfzorg met betrekking tot diabetes.</i>				
<i>Het geven van begeleiding en educatie op gebied van:</i>				
Leefstijl	15 (60)	50 (22)	46 (111)	0
Voeding	15 (60)	27 (22)	28 (109)	0
Lichaamsonderzoek aan de patiënt met diabetes	16 (58)	44 (23)	33 (109)	2 (46)
Zelfzorg van diabetes (incl. leren spuiten)	25 (60)	65 (23)	71 (110)	4 (47)
Zelfmanagement van diabetes	22 (60)	52 (23)	61 (110)	2 (47)
Het omgaan met diabetes in het dagelijks leven	17 (60)	47.8 (23)	60 (111)	0
De aandacht vestigen op het belang van therapietrouw	15 (60)	39 (23)	38 (111)	0
<i>Bewakingssysteem en registratie</i>				
Nagaan of men verschijnt voor de periodieke controle	10 (60)	22 (23)	25 (110)	0
Bij niet verschijnen hieraan herinneren	10 (60)	22 (23)	24 (109)	0
Registratie van de informatie verkregen bij de controles	12 (60)	30 (23)	27 (109)	0
<i>Bereikbaarheid en verantwoordelijkheid</i>				
Eerste aanspreekpunt voor patiënten	12 (60)	55 (22)	46 (110)	0
Verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg	3 (60)	0 (21)	25 (110)	0
Verantwoordelijk voor de organisatie / coördinatie van de zorg	5 (59)	14 (22)	32 (111)	0

Bijlage 4 (6.4): Visie van de afzonderlijke beroepsgroepen op de toekomstige rol van de POH

In onderstaande tabel is voor de respondenten van de verschillende beroepsgroepen aangegeven welke rol zij in de toekomst voor de POH zien weggelegd binnen de diabeteszorg. De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat 15% van de 61 huisartsen die deze vraag invulden aangeeft dat het afnemen van de algemene anamnese in de toekomst door de POH gedaan moet worden. 0% van de 23 internisten geeft aan dat deze taak door de POH verricht moet worden, dit geldt voor 2% van de 110 diabetesverpleegkundigen en 41% van de 46 POH's die deze vraag invulden.

Visie afzonderlijke beroepsgroepen op toekomstige rol POH.

De getallen in de tabel geven het percentage beroepsbeoefenaars aan dat die taak in de toekomst voor de POH weggelegd ziet, het aantal respondenten per beroepsgroep staat steeds achter het percentage vermeld.

10 a. Inventarisatie van nieuwe patiënten	HA (65)	IN (23)	DV (120)	POH (63)
<i>Anamnese</i>				
Algemene anamnese	15 (61)	0	2 (110)	41 (46)
Familieanamnese	25 (60)	4 (23)	3 (112)	46 (46)
Speciële anamnese	14 (59)	0	1 (110)	33 (46)
In kaart brengen vroegere ziekten en bestaande problemen	22 (59)	0	3 (110)	35 (46)
In kaart brengen van leefstijl	58 (61)	4 (23)	5 (111)	67 (46)
In kaart brengen van huidige medicatie	23 (60)	9 (23)	3 (110)	48 (46)
<i>Lichamelijk onderzoek</i>				
Meting gewicht en lengte	62 (61)	23 (22)	10 (111)	72 (46)
Bloeddrukmeting	60 (60)	13 (23)	11 (110)	63 (46)
Inspectie gebit en mond	34 (59)	0	6 (104)	19 (36)
Hart	14 (59)	0	1 (108)	5 (44)
Onderzoek perifere arteriën (pulsaties en souffles)	39 (61)	0	0	31 (45)
Voetinspectie	57 (61)	0	3 (113)	67 (45)
Huid algemeen (incl. acanthosis)	53 (60)	0	2 (105)	17 (41)
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>				
Glucose (incl. GTT, dagcurve)	49 (61)	18 (22)	5 (112)	53 (47)
HbA1c	51 (61)	18 (22)	4 (112)	61 (46)
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	51 (61)	18 (22)	4 (112)	62 (47)
Microalbuminurie / urineonderzoek	53 (61)	9 (23)	4 (112)	64 (47)
Kreatinine	52 (60)	18 (22)	4 (112)	64 (47)
Fundusonderzoek	35 (60)	14 (22)	4 (111)	36 (47)

10 b. Driemaandelijke controle bekende diabetespatiënten	HA	IN	DV	POH
Controleren glucosegehalte	71 (61)	5 (22)	8 (106)	71 (44)
Controleren bloeddruk	71 (61)	5 (22)	7 (108)	71 (44)
Controleren vetspectrum	70 (54)	5 (21)	8 (100)	73 (44)
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>				
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>				
Antidiabetica	10 (62)	0	2 (110)	23 (48)
Antihypertensiva	7 (62)	0	2 (110)	19 (48)
Antilipidemica	8 (62)	0	2 (109)	23 (48)
Middelen tegen roken	15 (61)	5 (21)	2 (106)	21 (47)
Middelen tegen overgewicht	11 (55)	5 (21)	2 (105)	16 (44)
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	52 (60)	9 (22)	2 (111)	59 (49)
Antihypertensiva	52 (60)	9 (22)	3 (110)	57 (49)
Antilipidemica	52 (60)	9 (22)	3 (110)	59 (49)
Middelen tegen roken	53 (57)	5 (21)	4 (107)	54 (48)
Middelen tegen overgewicht	51 (53)	5 (20)	4 (107)	49 (43)
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	39 (61)	0	3 (109)	51 (47)
Antihypertensiva	38 (61)	5 (22)	5 (109)	47 (47)
Antilipidemica	39 (61)	5 (22)	5 (109)	47 (47)
Middelen tegen roken	39 (56)	5 (21)	5 (107)	44 (46)
Middelen tegen overgewicht	41 (51)	5 (21)	5 (108)	39 (39)
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>				
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	39 (61)	0	2 (109)	44 (46)
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	34 (59)	0	2 (107)	30 (47)

10 c. Jaarcontrole bekende diabetespatiënten	HA	IN	DV	POH
Anamnese	28 (54)	0	1 (95)	62 (42)
<i>Lichamelijk onderzoek</i>				
Afwijkingen	25 (59)	0	2 (107)	50 (48)
Bloeddrukmeting	41 (59)	5 (22)	4 (109)	63 (48)
Voetonderzoek	37 (60)	0	2 (110)	71 (48)
Onderzoek spuitplaatsen	35 (58)	0	2 (109)	69 (49)
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>				
Glucose (incl. GTT, dagcurve)	53 (61)	13 (23)	4 (107)	65 (48)
HbA1c	53 (61)	13 (23)	3 (108)	65 (48)
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	51 (61)	13 (23)	4 (109)	65 (48)
Microalbuminurie / urineonderzoek	53 (61)	13 (23)	4 (108)	65 (48)
Kreatinine	51 (61)	13 (23)	4 (107)	65 (48)
Fundusonderzoek	30 (60)	9 (22)	4 (107)	52 (48)
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>				
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>				
Antidiabetica	10 (61)	0	1 (109)	27 (48)
Antihypertensiva	8 (61)	0	1 (108)	23 (48)
Antilipidemica	8 (61)	0	1 (108)	23 (48)
Middelen tegen roken	15 (59)	5 (21)	1 (106)	23 (47)
Middelen tegen overgewicht	13 (55)	5 (21)	1 (106)	14 (42)
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	41 (61)	4 (23)	1 (110)	55 (47)
Antihypertensiva	39 (61)	9 (23)	3 (109)	55 (47)
Antilipidemica	41 (61)	9 (23)	3 (109)	57 (47)
Middelen tegen roken	39 (59)	5 (21)	3 (107)	51 (45)
Middelen tegen overgewicht	40 (55)	5 (21)	3 (107)	45 (40)
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	30 (61)	0	0	48 (48)
Antihypertensiva	26 (61)	0	2 (109)	42 (48)
Antilipidemica	26 (61)	0	2 (109)	44 (48)
Middelen tegen roken	32 (57)	0	2 (107)	36 (47)
Middelen tegen overgewicht	32 (53)	0	2 (106)	34 (41)
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>				
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	20 (61)	0	1 (108)	36 (47)
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	15 (59)	0	1 (107)	23 (47)

10 d. Extra taken	HA	IN	DV	POH
Consultatieve functie	13 (55)	0	2 (106)	42 (43)
Verwijzen van patiënten	11 (56)	0	2 (109)	26 (46)
<i>Educatie voor zelfzorg met betrekking tot diabetes.</i>				
<i>Het geven van begeleiding en educatie op gebied van:</i>				
Leefstijl	53 (60)	0	3 (111)	72 (47)
Voeding	50 (60)	0	3 (109)	61 (46)
Lichaamsonderzoek aan de patiënt met diabetes	47 (58)	0	3 (109)	57 (46)
Zelfzorg van diabetes (incl. leren spuiten)	52 (60)	0	3 (117)	64 (47)
Zelfmanagement van diabetes	57 (60)	0	3 (110)	66 (47)
Het omgaan met diabetes in het dagelijks leven	57 (60)	0	3 (111)	70 (47)
De aandacht vestigen op het belang van therapietrouw	52 (60)	0	3 (111)	62 (47)
<i>Bewakingssysteem en registratie</i>				
Nagaan of men verschijnt voor de periodieke controle	68 (60)	13 (23)	3 (110)	62 (47)
Bij niet verschijnen hieraan herinneren	70 (60)	13 (23)	4 (109)	64 (47)
Registratie van de informatie verkregen bij de controles	67 (60)	0	5 (109)	66 (47)
<i>Bereikbaarheid en verantwoordelijkheid</i>				
Eerste aanspreekpunt voor patiënten	48 (60)	0	5 (110)	40 (48)
Verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg	18 (60)	0	3 (110)	33 (48)
Verantwoordelijk voor de organisatie / coördinatie van de zorg	34 (59)	5 (22)	3 (111)	44 (48)

Bijlage 5 (6.5): Visie van de diabetesverpleegkundige werkzaam binnen de eerstelijns of de tweedelijns op de toekomstige rol van de diabetesverpleegkundige

In onderstaande tabel zijn de diabetesverpleegkundigen uitgesplitst naar werkzaam binnen de eerste of de tweede lijn. Vervolgens is voor de huidige situatie het percentage aangegeven voor beide groepen waarbij in hun situatie de diabetesverpleegkundige de betreffende taak uitvoert. Tevens is voor beide groepen aangegeven in hoeverre zij in de toekomst vinden dat de diabetesverpleegkundige de taak uit moet voeren. De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat 20% van de 49 diabetesverpleegkundigen werkzaam binnen de eerstelijns aangeeft dat de algemene anamnese momenteel door de diabetesverpleegkundige wordt gedaan. Bij de 56 diabetesverpleegkundigen werkzaam binnen de tweedelijns ligt dit percentage op 9. Vervolgens wordt aangegeven dat 25% van de 44 diabetesverpleegkundigen werkzaam binnen de eerste lijn die deze vraag invulden aangeeft dat het afnemen van de algemene anamnese in de toekomst door de diabetesverpleegkundige gedaan moet worden. 33% van de 54 diabetesverpleegkundigen werkzaam binnen de tweedelijns geeft dit aan.

Visie diabetesverpleegkundige werkzaam in de eerste of tweedelijns op welke taken de diabetesverpleegkundige uit kan voeren.

De getallen in de tabel geven het percentage diabetesverpleegkundigen aan werkzaam binnen de eerste of tweede lijn dat aangeeft dat die taak door de diabetesverpleegkundige uitgevoerd wordt of in de toekomst weggelegd ziet voor de diabetesverpleegkundige, het aantal respondenten staat steeds achter het percentage vermeld.

DV-1e= diabetesverpleegkundige werkzaam in de eerstelijns (n=50)

DV-2e = diabetesverpleegkundige werkzaam in de tweedelijns (n=56)

10 a. Inventarisatie van nieuwe patiënten	Huidig		Toekomst	
	DV-1e	DV-2e	DV-1e	DV-2e
<i>Anamnese</i>				
Algemene anamnese	20 (49)	9 (56)	25 (44)	33 (54)
Familieanamnese	23 (48)	5 (56)	26 (46)	30 (54)
Speciële anamnese	18 (49)	6 (55)	29 (45)	19 (53)
In kaart brengen vroegere ziekten en bestaande problemen	10 (48)	4 (56)	16 (44)	20 (54)
In kaart brengen van leefstijl	56 (50)	54 (56)	56 (45)	65 (54)
In kaart brengen van huidige medicatie	22 (50)	5 (56)	33 (45)	24 (54)
<i>Lichamelijk onderzoek</i>				
Meting gewicht en lengte	39 (49)	13 (54)	44 (45)	32 (54)
Bloeddrukmeting	37 (49)	12 (51)	40 (45)	33 (54)
Inspectie gebit en mond	23 (39)	9 (43)	40 (43)	28 (51)
Hart	4 (45)	0	9 (45)	0
Onderzoek perifere arteriën (pulsaties en souffles)	15 (48)	4 (51)	20 (46)	6 (52)
Voetinspectie	50 (48)	30 (54)	46 (46)	40 (55)
Huid algemeen (incl. acanthosis)	16 (44)	8 (51)	30 (43)	19 (54)

Vervolg	Huidig		Toekomst	
	DV-1e	DV-2e	DV-1e	DV-2e
10 a. Inventarisatie van nieuwe patiënten				
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>				
Glucose (incl. GTT, dagcurve)	27 (49)	6 (55)	33 (46)	30 (54)
HbA1c	29 (49)	4 (55)	35 (46)	26 (54)
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	27 (49)	2 (54)	35 (46)	26 (54)
Microalbuminurie / urineonderzoek	27 (49)	2 (54)	33 (46)	24 (54)
Kreatinine	25 (49)	2 (54)	28 (46)	24 (54)
Fundusonderzoek	18 (49)	4 (53)	28 (46)	19 (53)

10 b. Driemaandelijke controle bekende diabetespatiënten	Huidig		Toekomst	
	DV-1e	DV-2e	DV-1e	DV-2e
Controleren glucosegehalte	41 (49)	27 (55)	43 (44)	37 (51)
Controleren bloeddruk	41 (49)	20 (55)	46 (44)	40 (53)
Controleren vetspectrum	36 (42)	8 (53)	39 (41)	35 (49)
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>				
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>				
Antidiabetica	10 (49)	6 (55)	22 (46)	24 (54)
Antihypertensiva	4 (48)	0	15 (46)	11 (54)
Antilipidemica	2 (47)	0	15 (46)	11 (54)
Middelen tegen roken	0	0	5 (43)	13 (54)
Middelen tegen overgewicht	0	2 (54)	5 (41)	11 (54)
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	25 (48)	9 (54)	35 (46)	39 (54)
Antihypertensiva	19 (48)	6 (53)	26 (46)	32 (53)
Antilipidemica	19 (48)	4 (53)	26 (46)	32 (53)
Middelen tegen roken	9 (45)	4 (53)	20 (45)	35 (52)
Middelen tegen overgewicht	9 (44)	4 (53)	21 (44)	33 (52)
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	31 (48)	13 (55)	39 (44)	37 (54)
Antihypertensiva	10 (48)	2 (53)	27 (45)	30 (53)
Antilipidemica	13 (48)	2 (53)	29 (45)	32 (53)
Middelen tegen roken	7 (46)	2 (52)	25 (44)	28 (53)
Middelen tegen overgewicht	4 (45)	2 (53)	25 (44)	26 (53)
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>				
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	33 (49)	4 (56)	33 (45)	11 (53)
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	19 (48)	2 (55)	16 (44)	8 (52)

10 c. Jaarcontrole bekende diabetespatiënten	Huidig		Toekomst	
	DV-1e	DV-2e	DV-1e	DV-2e
Anamnese	32 (44)	16 (50)	47 (38)	23 (48)
<i>Lichamelijk onderzoek</i>				
Afwijkingen	34 (47)	12 (52)	37 (46)	16 (51)
Bloeddrukmeting	43 (49)	19 (54)	48 (46)	38 (53)
Voetonderzoek	49 (49)	35 (54)	50 (46)	44 (54)
Onderzoek spuitplaatsen	67 (49)	73 (56)	67 (46)	76 (53)
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>				
Glucose (incl. GTT, dagcurve)	41 (49)	14 (52)	46 (44)	35 (52)
HbA1c	41 (49)	7 (55)	46 (44)	34 (53)
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	29 (49)	6 (55)	44 (45)	30 (53)
Microalbuminurie / urineonderzoek	39 (49)	6 (55)	43 (44)	32 (53)
Kreatinine	39 (49)	6 (55)	43 (44)	33 (52)
Fundusonderzoek	33 (49)	6 (54)	41 (44)	15 (52)
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>				
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>				
Antidiabetica	10 (48)	4 (54)	24 (46)	18 (51)
Antihypertensiva	4 (47)	0	20 (46)	12 (51)
Antilipidemica	4 (47)	0	20 (46)	12 (51)
Middelen tegen roken	0	0	9 (45)	12 (51)
Middelen tegen overgewicht	0	0	9 (44)	10 (51)
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	21 (48)	4 (53)	33 (46)	25 (52)
Antihypertensiva	17 (48)	2 (53)	26 (46)	19 (52)
Antilipidemica	17 (48)	2 (53)	26 (46)	21 (52)
Middelen tegen roken	6 (47)	2 (53)	20 (45)	23 (52)
Middelen tegen overgewicht	7 (46)	2 (53)	21 (44)	21 (52)
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	21 (48)	6 (54)	36 (45)	29 (52)
Antihypertensiva	13 (48)	0	33 (46)	21 (52)
Antilipidemica	13 (48)	0	33 (46)	23 (52)
Middelen tegen roken	2 (47)	0	29 (45)	25 (52)
Middelen tegen overgewicht	2 (46)	0	30 (44)	24 (51)
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>				
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	31 (49)	7 (54)	31 (45)	6 (52)
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	21 (48)	6 (53)	21 (44)	4 (52)

10 d. Extra taken	Huidig		Toekomst	
	DV-1e	DV-2e	DV-1e	DV-2e
Consultatieve functie	42 (50)	17 (54)	40 (43)	27 (52)
Verwijzen van patiënten	26 (50)	2 (54)	31 (45)	15 (53)
<i>Educatie voor zelfzorg met betrekking tot diabetes.</i>				
<i>Het geven van begeleiding en educatie op gebied van:</i>				
Leefstijl	49 (49)	54 (56)	48 (46)	47 (53)
Voeding	38 (48)	14 (56)	40 (45)	19 (52)
Lichaamsonderzoek aan de patiënt met diabetes	39 (49)	20 (55)	39 (46)	27 (52)
Zelfzorg van diabetes (incl. leren spuiten)	76 (49)	93 (56)	64 (45)	79 (53)
Zelfmanagement van diabetes	67 (49)	70 (56)	59 (46)	66 (53)
Het omgaan met diabetes in het dagelijks leven	61 (49)	79 (56)	52 (46)	70 (53)
De aandacht vestigen op het belang van therapietrouw	45 (49)	25 (56)	46 (46)	30 (53)
<i>Bewakingssysteem en registratie</i>				
Nagaan of men verschijnt voor de periodieke controle	49 (49)	30 (54)	37 (46)	15 (52)
Bij niet verschijnen hieraan herinneren	47 (49)	36 (53)	33 (46)	14 (51)
Registratie van de informatie verkregen bij de controles	46 (48)	21 (56)	42 (45)	15 (52)
<i>Bereikbaarheid en verantwoordelijkheid</i>				
Eerste aanspreekpunt voor patiënten	45 (47)	66 (55)	46 (46)	52 (52)
Verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg	35 (49)	11 (55)	37 (46)	14 (52)
Verantwoordelijk voor de organisatie / coördinatie van de zorg	39 (49)	37 (54)	37 (46)	30 (53)

Bijlage 6 (6.6): Visie van de POH met achtergrond als doktersassistente of verpleegkundige op de toekomstige rol van de POH

In onderstaande tabel zijn de praktijkondersteuners uitgesplitst naar een achtergrond als doktersassistente of verpleegkundige. Vervolgens is voor de huidige situatie het percentage aangegeven voor beide groepen waarbij in hun situatie de praktijkondersteuner de betreffende taak uitvoert. Tevens is voor beide groepen aangegeven in hoeverre zij in de toekomst vinden dat de praktijkondersteuner de taak uit moet voeren. De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat 36% van de 22 POH's met als achtergrond doktersassistente aangeeft dat de anamnese momenteel door de POH afgenomen wordt. Bij de 37 POH's met verpleegkundige achtergrond ligt dit percentage op 38. Vervolgens is te zien dat 33% van de 18 POH's met achtergrond als doktersassistente die deze vraag invulden aangeeft dat het afnemen van de algemene anamnese in de toekomst door de POH gedaan moet worden. 44% van de 27 POH's met verpleegkundige achtergrond geeft aan dat deze taak door de POH verricht moet worden.

Visie POH met achtergrond als doktersassistente of verpleegkundige op huidige en toekomstige rol POH.

De getallen in de tabel geven het percentage POH's met achtergrond als dokterassistente of verpleegkundige aan dat aangeeft dat die taak momenteel door de POH gedaan wordt en in de toekomst weggelegd is voor de POH, het aantal respondenten staat steeds achter het percentage vermeld.

POH-DA = POH met achtergrond als doktersassistente (n=24)

POH-VP = POH met achtergrond als verpleegkundige (n=37)

10 a. Inventarisatie van nieuwe patiënten	Huidig		Toekomst	
	POH-DA	POH-VP	POH-DA	POH-VP
<i>Anamnese</i>				
Algemene anamnese	36 (22)	38 (37)	33 (18)	44 (27)
Familieanamnese	42 (24)	41 (37)	39 (18)	48 (27)
Speciële anamnese	33 (24)	34 (35)	22 (18)	41 (27)
In kaart brengen vroegere ziekten en bestaande problemen	38 (24)	35 (37)	33 (18)	37 (27)
In kaart brengen van leefstijl	71 (24)	70 (37)	67 (18)	67 (27)
In kaart brengen van huidige medicatie	54 (24)	38 (37)	50 (18)	44 (27)
<i>Lichamelijk onderzoek</i>				
Meting gewicht en lengte	75 (24)	81 (37)	61 (18)	82 (27)
Bloeddrukmeting	58 (24)	73 (37)	50 (18)	74 (27)
Inspectie gebit en mond	0	25 (20)	19 (16)	21 (19)
Hart	0	3 (36)	6 (17)	4 (26)
Onderzoek perifere arteriën (pulsaties en souffles)	29 (24)	26 (35)	33 (18)	30 (27)
Voetinspectie	67 (24)	73 (37)	59 (17)	70 (27)
Huid algemeen (incl. acanthosis)	25 (20)	16 (31)	19 (16)	13 (24)

Vervolg	Huidig		Toekomst	
	POH-DA	POH-VP	POH-DA	POH-VP
10 a. Inventarisatie van nieuwe patiënten				
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>				
Glucose (incl. GTT, dagcurve)	54 (24)	51 (37)	61 (18)	50 (28)
HbA1c	58 (24)	54 (37)	67 (18)	56 (27)
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	58 (24)	57 (37)	67 (18)	57 (28)
Microalbuminurie / urineonderzoek	58 (24)	62 (37)	67 (18)	61 (28)
Kreatinine	58 (24)	62 (37)	67 (18)	61 (28)
Fundusonderzoek	38 (24)	38 (37)	39 (18)	36 (28)

10 b. Driemaandelijke controle bekende diabetespatiënten	Huidig		Toekomst	
	POH-DA	POH-VP	POH-DA	POH-VP
Controleren glucosegehalte	75 (24)	78 (36)	67 (18)	76 (25)
Controleren bloeddruk	79 (24)	75 (36)	67 (18)	76 (12)
Controleren vetspectrum	83 (23)	73 (33)	72 (18)	76 (25)
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>				
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>				
Antidiabetica	0	14 (36)	11 (19)	32 (28)
Antihypertensiva	0	8 (36)	11 (19)	25 (28)
Antilipidemica	0	14 (36)	11 (19)	32 (28)
Middelen tegen roken	21 (24)	17 (35)	21 (19)	22 (27)
Middelen tegen overgewicht	0	3 (29)	12 (17)	19 (26)
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	46 (24)	44 (36)	53 (19)	62 (29)
Antihypertensiva	42 (24)	47 (36)	47 (19)	62 (29)
Antilipidemica	50 (24)	47 (36)	53 (19)	62 (29)
Middelen tegen roken	50 (24)	40 (35)	53 (19)	54 (28)
Middelen tegen overgewicht	38 (21)	38 (29)	47 (17)	52 (25)
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	38 (24)	44 (36)	39 (18)	57 (28)
Antihypertensiva	25 (24)	25 (36)	39 (18)	50 (28)
Antilipidemica	29 (24)	31 (36)	39 (18)	50 (28)
Middelen tegen roken	42 (24)	21 (34)	44 (18)	41 (27)
Middelen tegen overgewicht	24 (21)	18 (28)	31 (16)	44 (23)
<i>Onderzoek naar voorstada van complicaties</i>				
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	54 (24)	49 (35)	44 (18)	44 (27)
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	29 (24)	31 (35)	22 (18)	36 (28)

10 c. Jaarcontrole bekende diabetespatiënten	Huidig		Toekomst	
	POH-DA	POH-VP	POH-DA	POH-VP
Anamnese	52 (21)	61 (31)	44 (16)	72 (25)
<i>Lichamelijk onderzoek</i>				
Afwijkingen	46 (24)	42 (36)	39 (18)	55 (29)
Bloeddrukmeting	63 (24)	64 (36)	50 (18)	69 (29)
Voetonderzoek	79 (24)	64 (36)	61 (18)	76 (29)
Onderzoek spuitplaatsen	76 (21)	64 (36)	63 (19)	72 (29)
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>				
Glucose (incl. GTT, dagcurve)	75 (24)	58 (36)	61 (18)	66 (29)
HbA1c	71 (24)	58 (36)	61 (18)	66 (29)
Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	71 (24)	58 (36)	61 (18)	66 (29)
Microalbuminurie / urineonderzoek	71 (24)	58 (36)	61 (18)	66 (29)
Kreatinine	71 (24)	58 (36)	61 (18)	66 (29)
Fundusonderzoek	58 (24)	50 (36)	44 (18)	59 (29)
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>				
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>				
Antidiabetica	8 (24)	22 (36)	22 (18)	31 (29)
Antihypertensiva	4 (24)	14 (36)	17 (18)	28 (29)
Antilipidemica	8 (24)	17 (36)	17 (18)	28 (29)
Middelen tegen roken	8 (24)	15 (34)	17 (18)	29 (28)
Middelen tegen overgewicht	5 (21)	11 (28)	6 (16)	20 (25)
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	46 (24)	47 (36)	39 (18)	68 (28)
Antihypertensiva	46 (24)	47 (36)	39 (18)	68 (28)
Antilipidemica	48 (23)	47 (36)	44 (18)	68 (28)
Middelen tegen roken	52 (23)	36 (34)	41 (17)	59 (27)
Middelen tegen overgewicht	38 (21)	38 (29)	33 (15)	54 (24)
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>				
Antidiabetica	38 (24)	39 (36)	39 (18)	55 (29)
Antihypertensiva	33 (24)	33 (36)	33 (18)	48 (29)
Antilipidemica	33 (24)	36 (36)	33 (18)	52 (29)
Middelen tegen roken	42 (24)	20 (35)	39 (18)	36 (28)
Middelen tegen overgewicht	29 (21)	22 (27)	31 (16)	36 (25)
<i>Onderzoek naar voorstada van complicaties</i>				
Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	44 (23)	44 (36)	28 (18)	43 (28)
Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	21 (24)	31 (36)	11 (18)	32 (28)

10 d. Extra taken	Huidig		Toekomst	
	POH-DA	POH-VP	POH-DA	POH-VP
Consultatieve functie	36 (22)	46 (35)	19 (16)	58 (26)
Verwijzen van patiënten	17 (23)	28 (36)	12 (17)	36 (28)
<i>Educatie voor zelfzorg met betrekking tot diabetes.</i>				
<i>Het geven van begeleiding en educatie op gebied van:</i>				
Leefstijl	79 (24)	78 (36)	71 (17)	76 (29)
Voeding	71 (24)	61 (36)	59 (17)	64 (28)
Lichaamsonderzoek aan de patiënt met diabetes	50 (24)	56 (36)	47 (17)	64 (28)
Zelfzorg van diabetes (incl. leren spuiten)	64 (22)	67 (36)	59 (17)	69 (29)
Zelfmanagement van diabetes	75 (24)	71 (35)	65 (17)	69 (29)
Het omgaan met diabetes in het dagelijks leven	75 (24)	78 (36)	65 (17)	76 (29)
De aandacht vestigen op het belang van therapietrouw	71 (24)	69 (36)	59 (17)	66 (29)
<i>Bewakingssysteem en registratie</i>				
Nagaan of men verschijnt voor de periodieke controle	83 (24)	67 (36)	71 (17)	59 (29)
Bij niet verschijnen hieraan herinneren	83 (24)	74 (35)	71 (17)	62 (29)
Registratie van de informatie verkregen bij de controles	75 (24)	71 (35)	59 (17)	72 (29)
<i>Bereikbaarheid en verantwoordelijkheid</i>				
Eerste aanspreekpunt voor patiënten	67 (24)	47 (36)	33 (18)	45 (29)
Verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg	33 (24)	44 (36)	22 (18)	41 (29)
Verantwoordelijk voor de organisatie / coördinatie van de zorg	50 (24)	42 (36)	44 (18)	41 (29)

Bijlage 7 (6.7): Speciale taken weggelegd voor de diabetesverpleegkundige volgens de deelnemende huisartsen

De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat 39% van de deelnemende huisartsen in de toekomst wondtoilet weggelegd ziet voor de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep, 39% ziet deze taak niet weggelegd voor de diabetesverpleegkundige, 15% heeft geen mening en 7% heeft geen antwoord gegeven op deze vraag.

Is het wenselijk dat de diabetesverpleegkundige, binnen de diabeteszorggroep, de volgende speciale taken uitvoert? Mening deelnemende huisartsen (n=65)

	% Ja	% Nee	% Geen mening	% Geen antwoord
Wondtoilet	39	39	15	7
Injecteren	48	25	19	8
Indiceren van medicatie	43	43	5	9
Keuze van medicatie (welke soort)	40	48	3	9
Nieuwe medicatie voorschrijven	26	59	3	12
antidiabetica	26	62	0	12
antihypertensiva	22	66	0	12
antilipidemica	25	63	0	12
middelen tegen roken	22	65	2	11
middelen tegen overgewicht	15	71	2	12
andere medicatie	6	80	2	12
Dosis van nieuwe medicatie bepalen (frequentie en hoeveelheid)	42	51	2	5
Toedieningsweg bepalen (injecteren/pillen)	40	51	3	6
De dosis van bestaande medicatie aanpassen	51	42	2	5
Andere speciale taken	8	68	0	24

Bijlage 8 (6.8): Speciale taken weggelegd voor de diabetesverpleegkundige volgens de deelnemende internisten

De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat 44% van de deelnemende internisten in de toekomst wondtoilet weggelegd ziet voor de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep, 44% ziet deze taak niet weggelegd voor de diabetesverpleegkundige, 12% heeft geen mening en 0% heeft geen antwoord gegeven op deze vraag.

Is het wenselijk dat de diabetesverpleegkundige, binnen de diabeteszorggroep, de volgende speciale taken uitvoert? Mening deelnemende internisten (n=23)

	% Ja	% Nee	% Geen mening	% Geen antwoord
Wondtoilet	44	44	12	0
Injecteren	61	17	22	0
Indiceren van medicatie	52	39	4	5
Keuze van medicatie (welke soort)	35	57	4	4
Nieuwe medicatie voorschrijven	39	39	4	18
antidiabetica	44	39	0	17
antihypertensiva	39	43	0	18
antilipidemica	35	48	0	17
middelen tegen roken	17	65	0	18
middelen tegen overgewicht	22	61	0	17
andere medicatie	9	74	0	17
Dosis van nieuwe medicatie bepalen (frequentie en hoeveelheid)	57	39	4	0
Toedieningsweg bepalen (injecteren/pillen)	52	44	4	0
De dosis van bestaande medicatie aanpassen	79	17	4	0
Andere speciale taken	0	100	0	0

Bijlage 9 (6.9): Speciale taken weggelegd voor de diabetesverpleegkundige volgens de deelnemende diabetesverpleegkundigen

De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat 31% van de deelnemende diabetesverpleegkundigen in de toekomst wondtoilet weggelegd ziet voor de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep, 48% ziet deze taak niet weggelegd voor de diabetesverpleegkundige, 14% heeft geen mening en 7% heeft geen antwoord gegeven op deze vraag.

Is het wenselijk dat de diabetesverpleegkundige, binnen de diabeteszorggroep, de volgende speciale taken uitvoert? Mening deelnemende diabetesverpleegkundigen (n=120)

	% Ja	% Nee	% Geen mening	% Geen antwoord
Wondtoilet	31	48	14	7
Injecteren	57	17	18	8
Indiceren van medicatie	68	21	3	8
Keuze van medicatie (welke soort)	69	20	6	5
Nieuwe medicatie voorschrijven	57	34	2	7
antidiabetica	55	38	0	7
antihypertensiva	41	48	4	7
antilipidemica	47	43	3	7
middelen tegen roken	35	52	6	7
middelen tegen overgewicht	33	53	7	7
andere medicatie	5	79	8	8
Dosis van nieuwe medicatie bepalen (frequentie en hoeveelheid)	68	25	2	5
Toedieningsweg bepalen (injecteren/pillen)	77	17	3	3
De dosis van bestaande medicatie aanpassen	86	8	3	3
Andere speciale taken	11	86	0	3

Bijlage 10 (6.10): Speciale taken weggelegd voor de diabetesverpleegkundige volgens de deelnemende POH's

De tabel moet als volgt worden gelezen: op de eerste regel is te zien dat 54% van de deelnemende POH's in de toekomst wondtoilet weggelegd ziet voor de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep, 21% ziet deze taak niet weggelegd voor de diabetesverpleegkundige, 21% heeft geen mening en 4% heeft geen antwoord gegeven op deze vraag.

Is het wenselijk dat de diabetesverpleegkundige, binnen de diabeteszorggroep, de volgende speciale taken uitvoert? Mening deelnemende POH's (n=63)

	% Ja	% Nee	% Geen mening	% Geen antwoord
Wondtoilet	54	21	21	4
Injecteren	54	11	29	6
Indiceren van medicatie	64	14	8	14
Keuze van medicatie (welke soort)	65	16	8	11
Nieuwe medicatie voorschrijven	56	33	8	3
antidiabetica	54	43	0	3
antihypertensiva	43	54	0	3
antilipidemica	51	47	0	2
middelen tegen roken	41	54	2	3
middelen tegen overgewicht	30	60	6	4
andere medicatie	8	81	8	3
Dosis van nieuwe medicatie bepalen (frequentie en hoeveelheid)	64	21	8	7
Toedieningsweg bepalen (injecteren/pillen)	68	16	8	8
De dosis van bestaande medicatie aanpassen	71	16	8	5
Andere speciale taken	16	81	0	3

**Bijlage 11: Vragenlijst
De rol van de diabetesverpleegkundige in de
diabeteszorg in Nederland**



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Vragenlijst
De rol van de diabetesverpleegkundige in de
diabeteszorg in Nederland

Geachte heer/mevrouw,

Met deze vragenlijst willen we een beeld krijgen van de mogelijke rol die beroepsbeoefenaren weggelegd zien voor de diabetesverpleegkundige binnen een diabeteszorggroep.

De vragenlijst bestaat uit 3 delen, te weten:

Deel 1: inventarisatie huidige taakverdeling binnen de diabeteszorg in uw werksituatie en wenselijke situatie in de toekomst binnen de diabeteszorggroep

Deel 2: inventarisatie van mogelijke andere taken voor de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep

Deel 3: de rol van de patiënt binnen de diabeteszorg

De vragenlijst bestaat grotendeels uit gesloten vragen en het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld, het respondentnummer op het voorblad wordt alleen gebruikt voor het bijhouden van de respons en daarmee voor het eventueel gericht kunnen rappelleren. Het voorblad zal vanwege de anonimiteit door het NIVEL worden verwijderd van de rest van de enquête.

Na invulling kunt u deze vragenlijst in bijgevoegde antwoordenvolp retourneren naar het NIVEL. Indien u niet meer beschikt over de antwoordenvolp, dan kunt u een ongefrankeerde envelop sturen naar: **NIVEL, Code HM, Antwoordnummer 4026, 3500 VB Utrecht.**

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Algemene vragen

1. Wat is uw functie?

Huisarts

omschrijving werksituatie:

solopraktijk

duopraktijk

groepspraktijk

zorgcentrum

anders namelijk:

Internist / diabetoloog

Diabetesverpleegkundige

Omschrijving werksituatie:

1^e lijn

2^e lijn

diabeteszorggroep

anders namelijk:

Waar heeft u uw opleiding tot diabetesverpleegkundige gevolgd:

Utrecht

Rotterdam

Anders namelijk:

Praktijk ondersteuner

Wat is uw achtergrond:

doktersassistent

verpleegkundige

Heeft u een diabetesgerelateerde opleiding gevolgd:

Ja, welke opleiding:

Nee

Praktijkverpleegkundige

Wat is uw achtergrond:

doktersassistent

verpleegkundige

Heeft u een diabetesgerelateerde opleiding gevolgd:

Ja, welke opleiding:

Nee

Anders namelijk:

2. Wat is de postcode van uw werkadres:

3. Hoeveel patiënten met diabetes zijn in uw praktijk
ingeschreven c.q. onder behandeling:

4. Hoeveel jaar bent u werkzaam in uw huidige functie:

5. Wat is uw geslacht: Man Vrouw

6. Wat is uw leeftijd:

Deel 1 Huidige en toekomstige situatie

Bij deze vragenlijst gaan we uit van de Zorgstandaard voor goede diabeteszorg van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en enkele praktijkvoorbeelden van nieuw ontstane multidisciplinaire diabeteszorggroepen in Nederland. Onder een diabeteszorggroep wordt in dit onderzoek verstaan: een multidisciplinair georganiseerde zorgaanbieder die zijn zorgaanbod inricht in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard, waarin niet alleen behandeling en begeleiding maar ook educatie aan patiënten en zelfmanagement door de patiënt zijn opgenomen.

In de vragenlijst wordt onderscheid gemaakt tussen de huidige situatie en de wenselijke, toekomstige situatie in een diabeteszorggroep.

7. Bent u bekend met de NDF-zorgstandaard:

- Ja
- Nee

8. Hoe vaak ziet u patiënten voor controle per jaar:

9. Bent u van mening dat de diabeteszorg in de toekomst verleend zou moeten worden in diabeteszorggroepen:

- Ja
- Nee

Toelichting:

10. Door welke zorgverleners worden onderstaande activiteiten uitgevoerd? U kunt dit aangeven voor:
- uw huidige situatie
 - voor de in uw ogen wenselijke situatie binnen de diabeteszorggroep

Voor deze vraag worden de volgende zorgverleners onderscheiden:

- 1 = Huisarts
- 2 = Internist / diabetoloog
- 3 = Diabetesverpleegkundige
- 4 = Praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige
- 5 = Anders

Indien meerdere zorgverleners dezelfde taak uitvoeren, kunt u meerdere hokjes aankruisen.

10 a. Inventarisatie van nieuwe patiënt	Huidige situatie					Wenselijk				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<i>Anamnese</i>										
• Algemene anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Familieanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Speciële anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• In kaart brengen vroegere ziekten en bestaande problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• In kaart brengen van leefstijl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• In kaart brengen van huidige medicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Lichamelijk onderzoek</i>										
• Meting gewicht en lengte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bloeddrukmeting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inspectie gebit en mond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Onderzoek perifere arteriën (pulsaties en souffles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Voetinspectie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Huid algemeen (incl. acanthosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>										
• Glucose (incl. GTT, dagcurve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Microalbuminurie / urineonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kreatinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fundusonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 b. **Driemaandelijkse controle bekende diabetespatiënten**

	<i>Huidige situatie</i>					Wenselijk				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Controleren glucosegehalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controleren bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controleren vetspectrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>										
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>										
• Antidiabetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antilipidemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen overgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>										
• Antidiabetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antilipidemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen overgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>										
• Antidiabetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antilipidemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen overgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>										
• Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 c. **Jaarcontrole bekende diabetespatiënten**

	Huidige situatie					Wenselijk				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Lichamelijk onderzoek</i>										
• Afwijkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bloeddrukmeting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Voetonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Onderzoek spuitplaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aanvragen aanvullend onderzoek</i>										
• Glucose (incl. GTT, dagcurve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vetspectrum (cholesterol, HDL- cholesterol, ratio, TG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Microalbuminurie / urineonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kreatinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fundusonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bijsturing glucosegehalte, bloeddruk en lipidengehalte d.m.v. medicatie</i>										
<i>Voorschrijven van nieuwe medicatie</i>										
• Antidiabetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antilipidemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen overgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Voorschrijven herhalingsrecept (volgens protocol)</i>										
• Antidiabetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antilipidemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen overgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bijstellen medicatie (volgens protocol)</i>										
• Antidiabetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antilipidemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Middelen tegen overgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Onderzoek naar voorstadia van complicaties</i>										
• Herkennen van diabetesgerelateerde complicaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkennen van diabetesgerelateerde complicaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 d. Extra taken

	Huidige situatie					Wenselijk				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Consultatieve functie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijzen van patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educatie voor zelfzorg met betrekking tot diabetes										
<i>Het geven van begeleiding en educatie op gebied van:</i>										
• leefstijl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• voeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lichaamsonderzoek aan de patiënt met diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zelfzorg van diabetes (incl. leren spuiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zelfmanagement van diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• het omgaan met diabetes in het dagelijks leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de aandacht vestigen op het belang van therapietrouw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bewakingssysteem en registratie</i>										
• Nagaan of men verschijnt voor de periodieke controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bij niet verschijnen hieraan herinneren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Registratie van de informatie verkregen bij de controles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bereikbaarheid en verantwoordelijkheid</i>										
• Eerste aanspreekpunt voor patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Verantwoordelijk voor de organisatie / coördinatie van de zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel 2 Aanvullende speciale taken

11. Zijn er nog andere taken die u weggelegd ziet voor de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep:

Nee

Ja

Zo ja, welke taken:

12. Is het wenselijk dat de diabetesverpleegkundige, mits bekwaam, binnen de diabeteszorggroep de volgende speciale taken uitvoert:

Wondtoilet: ja nee Geen mening

Injecteren: ja nee Geen mening

Zo ja, welke vormen van injecteren:.....

Indiceren van medicatie: ja nee Geen mening

Keuze van medicatie (welke soort): ja nee Geen mening

Nieuwe medicatie voorschrijven: ja nee Geen mening

• antidiabetica: ja nee Geen mening

• antihypertensiva: ja nee Geen mening

• antilipidemica: ja nee Geen mening

• middelen tegen roken: ja nee Geen mening

• middelen tegen overgewicht: ja nee Geen mening

• andere medicatie: ja nee Geen mening

Zo ja, welke:.....

Dosis van nieuwe medicatie bepalen (frequentie en hoeveelheid): ja nee Geen mening

Toedieningsweg bepalen (injecteren/pillen): ja nee Geen mening

De dosis van bestaande medicatie aanpassen: ja nee Geen mening

Andere speciale taken:.....

Deel 3 Rol patiënt binnen de behandeling van diabetes

13. Welke taken vindt u dat de patiënt kan uitvoeren binnen de behandeling van diabetes?

- huidinspectie
- voetinspectie
- bloeddrukmeting
- inspectie gebit en mond
- glucose waarde bijhouden
- meten van gewicht
- onderzoek spuitplaatsen
- gezonde leefstijl (voeding, beweging, etc)
- actief melden van concentratieproblemen, algemene malaise, etc
- anders, nl.....

14. Kunt u in het tekstvak aangeven wat de patiënt nog meer kan doen om de behandeling optimaal te laten verlopen?

Indien u nog opmerkingen over de vragenlijst of het onderzoek heeft kunt u die hier plaatsen.

Hartelijk dank voor uw medewerking!