

# Pen Ter Hand

In deze uitgave starten wij een nieuw kader in het EADV-Magazine: de pen ter hand nemen en doorgeven. Op deze manier hopen wij een aantal korte reacties op actuele zaken te krijgen vanuit verschillende perspectieven. Als eerste zal een van de redactieleden u kennis laten nemen van de zaken die hem de afgelopen week bezighielden.

## Inhoud:

BIJBETALEN ZONDER VOORLICHTING.....	2
VERWORVENHEDEN WAAR WIJ BEST EVEN BIJ MOGEN STIL STAAN! .....	3
DE DIABETESPAS, WAT EXTRA AANDACHT WAARD! .....	4
NIEUW FUNCTIEWAARDERINGSSYSTEEM GEZONDHEIDSZORG FWG 3.0 PER 1 JANUARI 2000 .....	5
CONCURRENTIE EN/OF SAMENWERKING TUSSEN DIABETESVERPLEEGKUNDIGE EN DIËTIST .....	7

# Bijbetalen zonder voorlichting...

*Dr. Bert Jan Potter van Loon is als internist verbonden aan het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, locatie Sint Lucas, te Amsterdam. Hij is lid van de redactiecommissie van het EADV-Magazine. EADE Nieuwsbrief, februari 1999, jaargang 14, nummer 1 – pg. 31*

De feiten: als behandelend arts van vele diabetespatiënten schrijf ik vele insulinerescepten per dag voor. De hulpmiddelen hoef ik niet op het recept te schrijven, want het ziekenfonds heeft in Amsterdam de levering daarvan door de apothekers afgedekt met een machtiging, die de patiënten van de diabetesverpleegkundige krijgen, zodra zij op insuline worden overgezet. Geen zorgen dus, goed geregeld!

Het laatste dat een insuline gebruikende patiënt erbij kan gebruiken is zorgen om bijbetaling, verklaringen etc. En het is ook fijn dat wij in de gelegenheid zijn patiënten zo goed voor te bereiden op insuliner therapie. Het is een ingewikkelde therapie, waarbij je toch best wel even moet wennen aan die pen en wat er allemaal mis mee zou kunnen gaan. Als je de ene pen beheerst, dan zul je die - lijkt me - willen blijven gebruiken. Nu terug naar de feiten ...

Op 21 januari 1999 word ik door een firma (we weten allemaal welke) geïnformeerd dat na 1 februari voor een van hun insulines in penvulling 'voor een gemiddelde dosis' 5 gulden per maand moet worden bijbetaald. Dit komt, omdat in het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem de vergoedingslimiet voor deze patron en 10 dagen later niet dit bedrag naar beneden wordt bijgesteld.

Op 26 januari, dus het weekeinde voordat de verandering door de minister wordt doorgevoerd, krijg ik als arts van VWS het bericht dat het GVS is bijgesteld en wordt een aantal van de 748 medicamenten genoemd waarom het gaat, waaronder bovenbedoelde insuline. Inmiddels heb ik in de krant al het een en ander kunnen lezen. De diabetesverpleegkundigen in ons ziekenhuis hebben van VWS nog niets te horen gekregen. Een patiënt ook niet. Aangezien deze patiënt een grootverbruiker is (door insulineresistentie ruim 200 eenheden per dag = 20 gulden per maand bijbetalen) heeft hij op vrijdagmiddag nog gauw zijn recept gekregen voor de volgende drie maanden.

Maar dat zijn natuurlijk druppels op een gloeiende plaat. De echte pijn moet natuurlijk komen, de patiënten die vertwijfeld bij de apotheek staan als blijkt dat zij moeten bijbetalen (hadden ze dat niet kunnen zeggen bij het ziekenhuis?), de telefoontjes naar de diabetesverpleegkundige (wat moet ik nu?; ik bel u maar, want bij de dokter kan ik niet meteen deze week terecht) en het ongeloof dat er een 'even goed alternatief is' voor de insuline waar dokter en diabetesverpleegkundige van hadden gezegd dat 'het voor u de oplossing is'. Moeten we nu over op wegwerpspuiten, omdat de wet daartoe (voorlopig) wel de ruimte biedt?

Hadden we dit kunnen zien aankomen? Ik vraag het me af, half december werd de DVN in kennis gesteld van het voornemen en de DVN heeft geprotesteerd, maar kreeg blijkbaar geen voet aan de grond. Wist de KNMG dat dit met zekerheid zou doorgaan? Wisten de apothekers het? Navraag leert mij dat eigenlijk niemand het wist, iedereen heeft het zo'n beetje in de kranten gezien. Van VWS kreeg ik in het schrijven twee dagen voor 1 februari te lezen dat ik de lijst met de 748 geneesmiddelen 'via uw apotheker' kon krijgen. Over communicatie gesproken! Onze ziekenhuisapotheker kon mij die lijst gelukkig meteen leveren. Hebt u als professional enige voorlichting gehad van VWS? Terwijl u toch ook die 120 piek heeft betaald, zodat ze uw adres en functie daar weten in Den Haag.

# Verworvenheden waar wij best even bij mogen stil staan!

*Titia Terburg is als diabetesverpleegkundige verbonden aan het Rode Kruis Ziekenhuis te Den Haag en is eindredacteur van het EADV-Magazine.*

*EADE Nieuwsbrief, juni 1999, jaargang 14, nummer 2 – pg. 57*

Onlangs werd er op de deur geklopt van mijn spreekkamer door een buitenlands echtpaar dat op vakantie was in Nederland. Zij waren van plan hier twee weken te blijven. Echter, tot hun grote schrik was de echtgenoot vergeten zijn insuline mee te nemen. Het was al laat in de middag en hun enige hoop hadden ze gevestigd op het dichtstbijzijnde ziekenhuis. De SEH-post had geen insuline voor deze meneer beschikbaar en verwees hem door naar de diabetespoli. Altijd is er op de poli insuline op voorraad, omdat patiënten die overgaan op een andere soort insuline, de 'oude' insuline bij ons inleveren.

De vakantieganger bleek dezelfde insuline en pen te gebruiken die bij ons in de koelkast lagen. Hij heeft insuline meegekregen om de eerste nood op te vangen met een aantal pennaalden. De volgende dag zouden ze contact opnemen met een huisarts. Het echtpaar kon opgelucht verder met vakantie vieren.

Dit voorval zette mij aan het denken. De televisie zendt dagelijks berichten uit over Kosovo en de massale hoeveelheden vluchtelingen. Deze mensen zijn vrijwel allen plotseling uit hun huizen verjaagd. Er was weinig tijd een koffer te pakken. Een paar kleren, wat voedsel en verder helemaal niets. Velen hebben tijden in de bergen en in de bossen van Kosovo vastgezeten. Nadien, na weken van ontberingen, kwamen de vluchtelingen aan in bijvoorbeeld Albanië. Daar waren alle voorzieningen en dus ook de medische voorzieningen nog verre van optimaal geregeld.

Ik heb geen idee hoe in Kosovo de zorg rondom de diabetes geregeld was voor de oorlog. Waarschijnlijk lag het niveau niet zo hoog als in ons land met pensystemen, volop verkrijgbare insulines en tabletten, bloedglucosemeters enzovoort. Maar er zal ongetwijfeld wel wat geregeld zijn geweest. De beelden van de stromen vluchtelingen op de televisie tijdens de oorlog gaven je de indruk alsof je naar scènes keek die zich afspeelden in de Middeleeuwen. Medische voorzieningen waren er niet of onvoldoende. Wat een armoede en treurigheid.

De vraag dringt zich dan ook op: hoe zijn mensen met diabetes door deze vreselijke tijd gekomen? De bloedsuikers zullen alleen al door de stress naar hoge waarden zijn gestegen. Als er al voldoende insuline voorhanden was vóór de oorlog, tijdens de oorlog stond waarschijnlijk alle aanvoer ervan stil. Door de geringe hoeveelheid voeding en de enorme lichamelijke inspanningen zou het mogelijk voor mensen met type 2 diabetes iets minder dramatisch zijn verlopen dan voor mensen met type 1 diabetes.

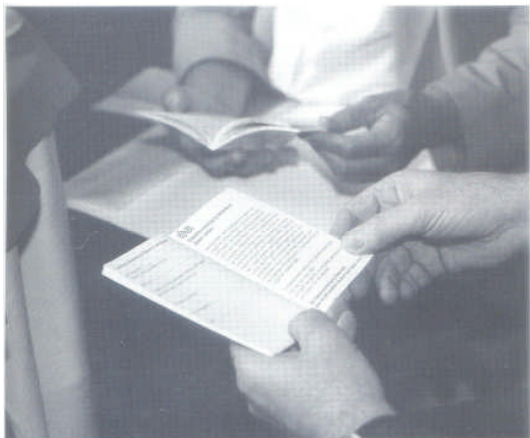
Het antwoord op de vraag zullen wij voorlopig niet te weten komen. Onder de vluchtelingen uit Kosovo die momenteel in Nederland zijn ondergebracht, zijn ook vast mensen die diabetes hebben. Misschien dat de diabetesverpleegkundigen ter plaatse deze mensen in hun spreekkamer tegenkomen en zo hun verhaal kunnen horen en mogelijk hierover kunnen rapporteren in het EADV-Magazine. Zeker is dat de Duitse vakantieganger die zonder insuline in Nederland was aangekomen, deze medicatie direct kon verkrijgen. Hij was duidelijk beter af dan de over de grens vluchtende Kosovaren. Zij moesten afwachten op de goedertierenheid van hulp uit het buitenland die in het begin maar moeilijk opgang kwam.

Dit overpeinzend realiseer ik mij des te meer dat het een groot goed is dat de gezondheidszorg in ons land en in de omliggende landen zo goed georganiseerd is en dat bijvoorbeeld insuline bij wijze van spreken 'voor het grijpen' ligt. Het zijn verworvenheden waar wij best even bij mogen stil staan.

# De Diabetespas, wat extra aandacht waard!

*Marjan Schipper-van der Wal werkt sinds 1989 als diabetesverpleegkundige in het Diaconessenhuis te Meppel. Zij is bestuurslid van de EADV en lid van de redactiecommissie van het EADV Magazine.*

*EADE Nieuwsbrief, oktober 1999, jaargang 14, nummer 3 – pg. 93*



De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) heeft een jaar geleden het project van de Diabetespas voortvarend aangepakt. Alle deskundigen hebben zich erover gebogen. Resultaat: een handzaam boekje met veel voorgedrukte informatie en veel ruimte om zelf in te vullen. Een, voor de mens met diabetes, goed overzicht van allerlei belangrijke zaken.

In de regio waar ik werkzaam ben, hebben alle verzekerden van Het Groene Land met diabetes de Diabetespas toegestuurd gekregen, evenals alle DVN-leden. De apotheken zorgden ervoor dat de pas aan alle mensen werd uitgereikt die voor het eerst medicatie kregen voor de regulatie van diabetes. De introductie werd begeleid door artikelen in bijvoorbeeld Diabc en EADV-Magazine.

Goed geregeld, zou je zeggen. Maar wáár is nu de pas? Hoe vaak wordt de pas samen met het diabetesdagboekje spontaan op tafel gelegd? Wat vinden de mensen die de pas gekregen hebben ervan?

Zoals gebleken is, wordt er verschillend mee omgegaan: een enkeling gebruikt de pas zoals bedoeld, de meeste mensen echter vullen hem summier in en gebruiken hem niet als communicatiemiddel. Jammer!

Een project met zulke goede bedoelingen mag niet verzanden. Daarom heb ik in samenwerking met de DVN een tweetal bijeenkomsten georganiseerd, waarbij ik een aantal sheets heb gemaakt met de bedoeling het gebruik van de Diabetespas te bevorderen. Voor deze bijeenkomsten was veel belangstelling. Ik ben benieuwd naar de ervaringen van collega's met de Diabetespas. U kunt uw reactie sturen naar de redactie van het EADV-Magazine.

Op 29 september 1998 overhandigde Dr. E. van Ballegooye, voorzitter van de Nederlandse Diabetes Federatie, een groot model van de nieuwe Diabetespas aan Drs. N. C. Oudendijk, directeur Curatieve en Somatische Zorg van het ministerie van Volksgezondheid. (Foto: Jos Vink)



# Nieuw functiewaarderingssysteem gezondheidszorg FWG 3.0 per 1 januari 2000

*Ineke van Felius is als coördinator van de diëtisten en de diabetesverpleegkundigen verbonden aan het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda. Zij is lid van de redactiecommissie van het EADV-Magazine.*

*EADE Nieuwsbrief, maart 2000, jaargang 15, nummer 1 – pg. 18-19*

**Binnen de organisatie waar ik werk, is onlangs een aantal informatiebijeenkomsten georganiseerd door de vakbonden en door de afdeling personeelszaken met betrekking tot de invoering van de FWG 3.0. Omdat ik gemerkt heb dat een en ander best ingewikkeld is en er tal van termen om de hoek komen kijken, heb ik onderstaande beknopt overzicht opgesteld.**

Het doel van deze bijdrage is meer mensen geïnteresseerd te krijgen voor het opstellen van hun eigen functiebeschrijving. Want laten we wel wezen: het gaat per slot van rekening om onze eigen functies en wie weten er nu niet beter hoe de functie eruit ziet dan de mensen die deze functie zelf uitoefenen!

## ***Een stukje geschiedenis***

Vanaf 1992 werkten CAO-partijen aan de actualisering, verbetering en automatisering van het Functiewaarderingssysteem Gezondheidszorg: het resultaat daarvan is de FWG 3.0. Volgens de CAO-Ziekenhuizen moet FWG 3.0 vóór 1 januari 2001, met terugwerkende kracht tot 1 januari 2000, zijn ingevoerd.

## ***Van functiebeschrijving naar waardering en indeling***

De basis voor de waardering en indeling van de functie in FWG 3.0 is de functiebeschrijving die aan kwaliteitseisen moet voldoen en resultaatgericht moet zijn. Nadat de functiebeschrijving is opgesteld en akkoord is bevonden door zowel de werkgever als de werknemer, wordt deze gewaardeerd (dat wil zeggen: ingedeeld in een functiegroep). De functiebeschrijving wordt gescoord op alle onderdelen.

De score wordt hierna vergeleken met vergelijkbare ijk- (of referentie)functies. De scorepatronen die gekoppeld zijn aan de ijkfuncties, dienen hierbij als vergelijkingsmateriaal. Je kunt bijvoorbeeld zien of de score op het gezichtspunt 'kennis' zich verhoudt tot de score van een andere soortgelijke functie. Als het verschil daartussen niet redelijk is, kan overwogen worden of je score soms aangepast moet worden. Als alles goed gaat en iedereen is het met de waardering eens, wordt je functie ingedeeld.

Let op: de nieuwe FWG; betekent niet per definitie dat je hoger wordt ingeschaald. Als je naar een hogere schaal gaat, ga je horizontaal over; ga je naar een lagere schaal, dan geldt de salarisgarantie.

## ***Hoe stel je de functiebeschrijving op?***

Het mag duidelijk zijn dat de functiebeschrijving een cruciale plaats inneemt binnen de FWG 3.0. Het is dus van groot belang dat deze beschrijving zo goed mogelijk wordt opgesteld. Ga daarom samen met je collega's (of als je een solofunctie hebt bijvoorbeeld samen met andere specialistisch

verpleegkundige in je organisatie) zelf aan de slag en wacht niet af tot men de beschrijving gaat maken voor je.

Binnen tal van organisaties hoor je dat de afdeling personeelszaken zelf de functiebeschrijvingen wel zal opstellen en dat medewerkers alleen moeten nagaan of deze functieomschrijving klopt. Grote kans dat er nog het nodige aan gewijzigd en/of toegevoegd moet worden.

De actuele, feitelijke taken en verantwoordelijkheden en de daaraan gerelateerde functie-eisen moeten omschreven zijn. Dit laatste gebeurt aan de hand van negen zogenaamde gezichtspunten. Bij het omschrijven van de functie gaat het om wat je werkelijk doet en dus niet om wat je zou moeten doen!

Het omschrijven gaat aan de hand van een modelformulier, waarbij in het A-gedeelte de plaats in de organisatie wordt bepaald aan de hand van zeven vragen. Gevraagd wordt naar:

1. het doel van de functie;
2. karakteristiek van de afdeling;
3. geef je zelf hiërarchisch leiding;
4. ontvang je hiërarchisch leiding;
5. geef je functioneel leiding;
6. met wie onderhoud je interne/externe contacten;
7. een korte opsomming van de taken en werkzaamheden.

In het B-gedeelte dient een toelichting gegeven te worden op de gestelde functie-eisen aan de hand van de negen gezichtspunten. De gezichtspunten zijn:

1. kennis;
2. zelfstandigheid;
3. sociale vaardigheden;
4. risico's/verantwoordelijkheid/invloed;
5. uitdrukkingsvaardigheid;
6. bewegingsvaardigheid;
7. oplettendheid;
8. overige functie-eisen;
9. inconveninten.

Het gezichtspunt 'overige functie-eisen' is opgesplitst in:

- a. volharding en doorzettingsvermogen;
- b. systematiek, ordelijkheid en hygiëne;
- c. onkreukbaarheid, betrouwbaarheid en integriteit;
- d. eisen aan voorkomen en gedrag; e. gevoel voor menselijk lichaam, materiaal en/of apparatuur.

Bij het gezichtspunt 'inconveniënten' draait het om de mate, intensiteit, de duur en frequentie waarin de te verrichten werkzaamheden een bezwarend karakter hebben ten aanzien van:

- a. fysieke belasting;
- b. psychische belasting;
- c. bezwarende werkomstandigheden;
- d. het risico op persoonlijk letsel.

Al met al een lastig werkje dat heel precies moet worden gedaan, wil je tot een goede beschrijving komen die gebruikt kan worden om de functie te waarderen. Dus niet iets wat je op een verloren regenachtige middag even in elkaar zet. Neem er de tijd voor en maak gebruik van het functieprofiel en de functie-eisen opgesteld door de EADV.

Informeer binnen je organisatie bij personeelszaken en/of de ondernemingsraad welke informatie te verkrijgen is. Een andere mogelijkheid is via de vakbond, als je daar lid van bent. Tot slot nog een praktisch boekje van de Nederlandse Zorgfederatie dat je meer informatie kan verschaffen (en wellicht op de afdeling personeelszaken ter inzage ligt): NZf-brochure 'FWG 3.0 handreiking functiebeschrijving', publicatienummer 298.012. Veel succes!

# Concurrentie en/of samenwerking tussen diabetesverpleegkundige en diëtist

*Ingríd Keusters, diëtist en DNO-lid Arnphia Zekerhuis, locatie Pasteurlaan, Oosterhout  
e-mail [i.keusters@pasteurziekenhuis.nl](mailto:i.keusters@pasteurziekenhuis.nl)*

*EADE Nieuwsbrief, oktober 2001, jaargang 16, nummer 3 – pg. 109*

Dit najaar ga ik de scholing omtrent diabetes volgen, zoals beschreven elders in dit EADV-Magazine. Een van de onderwerpen die me nieuwsgierig maakt is de afstemming van taken. Want wie doet nu wat? Regelmatig hoor je hierover onduidelijkheid, wat leidt tot onbegrip naar elkaar.

Van de diëtist mag je verwachten dat ze de hoogste deskundigheid heeft op het gebied van voeding en diëtetiek. De diëtist probeert een juist beeld te krijgen van de voedingssamenstelling, het voedingspatroon en de factoren die van invloed zijn op de voeding. Voor het analyseren zal het dieetadvies berekend worden. Dit ter beoordeling van o.a. de vetintake, koolhydraatverdeling, volwaardigheid. Daarnaast zal ze ook rekening houden met zaken als: eetgedrag, snelheid van het eten, niaagontledigingssnelheid, hoeveelheid en soort voedingsvezel, bereidingswijze, samenstelling van een maaltijd, eventuele nog aanwezige insulinerespons.

Verder heeft zij de kennis van factoren die direct invloed hebben op de bloedglucose. Hierbij valt te denken aan onder andere maaltijdsamenstelling, produktsamenstelling, glycemische index, soort koolhydraat, koolhydraatverdeling. Kortom, aspecten waarvan de kennis noodzakelijk is, wil je een patiënt zelfregulatie aanleren.

Daarnaast beschikt de diëtist over kennis van de verschillende soorten medicijnen en insuline en de bijwerkingen. Het gebruik wordt nagegaan in verband met de samenhang tussen dieet en medicatie, en om het effect van het dieet beter te kunnen beoordelen.

De diëtist is dan ook bij uitstek degene die de patiënt kan adviseren met betrekking tot het aanpassen van (ultra)kortwerkende insuline aan de koolhydraatname -waarbij natuurlijk tevens rekening wordt gehouden met omstandigheden, zoals extra beweging, stress, alcoholgebruik. Op instellingsniveau zijn protocollen nodig, waarin onder andere de bevoegdheden van de diëtist worden vastgelegd.

Ik daag u uit om ook uw mening te laten horen?