



## Uitwerking NHG-Standpunt

### Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn

voor de

### Zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2

- a. Huidige situatie en resultaten
- b. Sterke en zwakke kanten
- c. Gewenste situatie

#### a. Huidige situatie en resultaten

In grote lijnen vindt momenteel de zorg voor het merendeel (circa 70 tot 80 procent) van de patiënten met diabetes type 2 plaats in de huisartsenpraktijk. Het betreft in het algemeen patiënten bij wie de diagnose recent is gesteld en patiënten die stabiel zijn ingesteld of minder complexe behandelingen nodig hebben. De zorg voor deze patiënten wordt gegeven door de huisarts, de praktijkassistente en (op beperkte schaal) de praktijkverpleegkundige.<sup>1</sup> Van deze patiënten is 50 procent ouder dan 70 jaar. Op regionaal niveau wordt hierbij samengewerkt met huisartsen- of ziekenhuislaboratoria (bloedonderzoek, oogonderzoek) en andere disciplines in de eerste lijn, zoals de wijkverpleegkundige, diëtist en podotherapeut. Patiënten met een instabiele instelling of met complicaties die een meer complexe behandeling vereisen, worden verwezen naar de tweede lijn voor nadere diagnostiek en behandeling. Hierna blijven zij onder controle van de specialist of worden terugverwezen naar de huisarts. In een aantal regio's bestaat door lokale initiatieven tevens de mogelijkheid om voor bepaalde patiënten een diabetesverpleegkundige of internist te consulteren, zonder dat de patiënt hierbij formeel naar de tweede lijn wordt verwezen. De gemiddelde resultaten van een aantal belangrijke medische uitkomsten van de huidige diabeteszorg in de huisartsenpraktijk staan vermeld in bijlage 2, tabel 2.1.

---

<sup>1</sup> Waar in dit document wordt gesproken over 'praktijkverpleegkundige' wordt tevens bedoeld 'praktijkondersteuner'.

## **b. Sterke en zwakke kanten**

De sterke kant van de hierboven beschreven eerstelijns diabeteszorg is dat de zorg onderdeel is van de integrale en persoonsgerichte huisartsenzorg met de bijbehorende kenmerken zoals beschreven in paragraaf 2.

Daarnaast heeft de diabeteszorg zoals die op dit moment in de huisartsenpraktijk wordt verleend ook zwakke kanten:

- In praktijken zonder praktijkverpleegkundige schiet de bezetting in toenemende mate te kort om de richtlijnen in praktijk te brengen, mede in het licht van de toegenomen prevalentie van diabetes.<sup>2</sup>
- Er bestaat onvoldoende inzicht in het proces en de uitkomsten van de zorg als geheel; uit onderzoek blijkt dat een aanzienlijke variatie in geleverde zorg bestaat binnen en tussen praktijken zodat noodzakelijke zorg in onvoldoende mate aan **alle** diabetespatiënten ten goede komt.
- Systematische verantwoording, feedback of benchmarking vindt niet of onvoldoende plaats.
- De financiering is onzeker/onduidelijk: zorgverzekeraars en patiënten weten niet of zij waar voor hun (premie)geld krijgen; huisartsen worden niet beloond naar werken.

## **c. Gewenste situatie**

Een belangrijke meerwaarde van diabeteszorg als onderdeel van de huisartsenzorg ten opzichte van buiten de huisartsenzorg georganiseerde zorg voor diabetespatiënten is dat patiënten in de huisartsenzorg generalistisch worden benaderd, waarbij rekening wordt gehouden met hun totale functioneren en eventuele andere klachten en aandoeningen. Immers 50 procent van patiënten met diabetes mellitus heeft bijvoorbeeld co-morbiditeit.

De generalistische aanpak is een belangrijke voorwaarde voor doelmatige zorg. Daarnaast hebben de overige algemene kenmerken van huisartsenzorg (zoals beschreven in paragraaf 2) een belangrijk voordeel voor de patiënt.

Onderstaand wordt de gewenste situatie beschreven voor hoogwaardige systematische diabeteszorg in de huisartsenpraktijk met als invalshoeken: inhoud, organisatie en financiering.

### **Inhoud**

Het betreft in het algemeen patiënten bij wie de diagnose recent is gesteld, en daarnaast patiënten bij wie met een adequate behandeling volgens de richtlijnen een stabiele toestand kan worden bereikt en gehandhaafd. Voor wat betreft de inhoud van de diabeteszorg geldt als uitgangspunt:

Het werken volgens de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 impliceert dat alle patiënten worden behandeld en begeleid volgens het standaardprotocol ('confectie'), dat in overleg met de patiënt afhankelijk van de uitkomsten en de specifieke situatie wordt aangevuld met een individueel behandelplan ('maatwerk'). De zorg wordt op een samenhangende wijze verleend en waar nodig wordt samengewerkt met andere zorgverleners binnen de eerste lijn en indien geïndiceerd met de tweede lijn door middel van consultatie of verwijzing.

---

<sup>2</sup> Valk GD, Blankenstein AH. Hoeveel tijd kost toepassing van de herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2? Huisarts Wet 2000;43:151-4.

## Organisatie

Goede systematische diabeteszorg van hoge kwaliteit in de huisartsenpraktijk stelt de volgende voorwaarden aan de organisatie van alle huisartsenpraktijken:

- Voortvloeiend uit het volgen van de NHG-Standaard en beschikbare samenwerkingsafspraken:
  - gestructureerde samenwerking met andere eerstelijns disciplines (diëtist, podotherapeut);
  - het gebruik van een oproepsysteem;
  - adequate gegevensverzameling in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD);
  - jaarlijks overzicht (in jaarverslag) op populatieniveau van relevante medische uitkomsten met als doel verantwoording, feedback en benchmarking<sup>3</sup>;
  - goede afspraken over afstemming en samenwerking met zorgverleners in de tweede lijn.
- Voldoende praktijkondersteuning in het kader van het project PraktijkOndersteuning Huisartsen (POH).
- De inzet van de huisarts, de praktijkassistente en, de praktijkverpleegkundige vindt in samenhang en geprotocolleerd plaats waarbij de huisarts de zorginhoudelijke regie en medische eindverantwoordelijkheid heeft.
- De huisartsenpraktijk (solo of groep) zorgt voor het verkrijgen van organisatorische en inhoudelijke ondersteuning voor diabeteszorg.  
Hiervoor kan een contract gesloten worden met een ‘facilitaire organisatie’<sup>4</sup> waardoor een wederzijdse situatie van ‘rechten en plichten’ ontstaat.  
Een ‘facilitaire organisatie’ levert ondersteuning op maat, inhoudende:
  - laboratoriumonderzoek en eventueel oogfundusscreening;
  - consultatieve ondersteuning bij meer complexe zorgvragen (bijvoorbeeld insulinetherapie) door de diabetesverpleegkundige en/of internist;
  - feedback en benchmarking;
  - aanspreekpunt en onderhandelaar namens de deelnemende praktijken voor de regionale zorgverzekeraar.

## Financiering

De financiering van diabeteszorg kan worden benaderd volgens de DBC-systematiek. Hierin is naast de diagnose de kwaliteit van de behandeling omschreven.

Bij de financiering van de DM-zorg wordt uitgegaan van de omschrijving in de Eerstelijns Diabetes DBC, zoals is vastgesteld door NHG, LHV en DiHAG/ NDF.

Afrekening kan plaatsvinden door een facilitaire dienst op basis van een lijst van patiënten die aantoonbaar de gewenste zorg hebben ontvangen en waarvoor de praktijk een inspanningsverplichting met de facilitaire dienst is aangegaan (vergelijk de afrekening bij griepvaccinaties). Bilaterale afspraken tussen huisarts en verzekeraar dienen mogelijk te blijven.

Gangbare proces- en uitkomstindicatoren afgeleid van richtlijnen (de NHG-Standaard, Richtlijnen van de Nederlandse Diabetes Federatie) maken deel uit van de DBC en duidelijk is omschreven wat wel en niet uit DBC wordt vergoed.

---

<sup>3</sup> Uitgezonderd laboratoriumgegevens daar deze al bij het laboratorium bekend zijn. Merk op dat momenteel (vrijwel?) geen enkel HIS in staat is de in de loop van het jaar verzamelde gegevens op eenvoudige wijze te verzamelen en te presenteren.

<sup>4</sup> Met ‘facilitaire organisatie’ wordt een plaatselijke of regionale organisatie bedoeld die in opdracht van huisartsenpraktijken inhoudelijke expertise levert en ondersteuning biedt bij het kwaliteitsbeleid en de uitvoering van zorgtaken van de aangesloten huisartsenpraktijken.

Bij de financiering wordt rekening gehouden met een casemix van patiënten (makkelijke versus bewerkelijke patiënten). Het tarief omvat honoraria en kosten.

## Bijlage      Kwaliteit in de diabeteszorg

In onderstaande tabel staan de resultaten van de diabeteszorg in gewone huisartsenpraktijken beschreven, die geen van alle gebruikmaken van een centrale aansturing van bijvoorbeeld een diabetesdienst. In alle gevallen worden de driemaandelijke en jaarcontroles in de huisartsenpraktijk verricht. Het betreft gegevens die verzameld zijn vóórdat een interventie plaatsvond.

De gegevens kunnen een ondersteuning bieden bij plannen voor toekomstige inrichting en financiering van de diabeteszorg. Sommige gegevens zijn terug te vinden in gepubliceerde artikelen, van andere zijn publicaties in voorbereiding.

Tabel 2.1.

Ref.	Locatie	Praktijken (n)	Patiënten (n)	Bijzonderheden	HbA1c (gem.)	Bloeddruk (gem.)	Cholesterol (gem.)
1.	Utrecht e.o. (2000)	52	1641	Basismetings wetenschappelijk onderzoek. Door huisarts behandelde patiënten. Helpt praktijken neemt deel aan Utrechts Diabetes Project (UDP).	7.1	148/84	5.8
2.	Nijmegen e.o. (2004)	10	870	Nijmeegs Monitoring Project. Alle door huisarts > 1 jaar behandelde patiënten. Regelmatige feedback, verder geen speciale ondersteuning.	7.2	146/81	5.1
3.	Apeldoorn e.o. (2003)	40	1721	Basismetings wetenschappelijk onderzoek. Geen selectie. Alle door huisartsen behandelde patiënten.	7.1	141/80	5.2
4.	Oost-Nederland (2003)	41	1432	Basismetings wetenschappelijk onderzoek. Door huisarts behandelde patiënten < 80 jaar. Geen extra ondersteuning. Geen selectie.	7.1	146/83	5.3
5.	Hele land (2003-4)	53	2701	Basismetings bij deelname aan Diabetes Zorg Protocol. Alle door huisarts behandelde patiënten.	7.0	148/83	5.2

Referenties / Contactpersonen:

1. Goudswaard AN et al.      Europ J Epidem 2004;19:541-5
2. De Grauw WJC et al.      J Fam Pract 2002; 51:459-64
3. Van Bruggen JAR et al.    PCD Europe, Munchen 2004
4. Van Avendonk M. et al. PCD Europe, Munchen 2004
5. Cleveringa F. et al.      Publicatie in voorbereiding