

ZORGSTANDAARD VOOR GOEDE DIABETESZORG

Nederlandse
Diabetes
Federatie

Een eerste voorwaarde voor een nieuw financieringsmodel

**Project in opdracht van het ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Amersfoort, 8 april 2003
Nederlandse Diabetes Federatie

Inhoud

- 1. Voorwoord**
- 2. Diabetes en goede diabeteszorg**
- 3. Uitgangspunten en doelen van de Zorgstandaard**
 - 3.1 Uitgangspunten
 - 3.2 Doelen
 - 3.3 Startpunt Nationaal plan voor diabetes
- 4. Opzet van de Zorgstandaard**
 - 4.1 Stroomschema zorgketen
 - 4.2 Primaire preventie van diabetes
 - 4.3 Tijdige opsporing van mensen met diabetes
 - 4.4 Inhoud van goede diabeteszorg
 - 4.4.1 Diagnose
 - 4.4.2 Start van de behandeling
 - 4.4.3 Continuüm: behandelingscyclus
 - 4.4.4 Bijzondere aspecten
 - 4.5 Structuur van goede diabeteszorg
 - 4.5.1 Voorwaarden
 - 4.5.2 Landelijk netwerk en regionale aanpak
 - 4.5.3 Aspecten van beleid en organisatie
 - 4.5.4 Specifieke gebeurtenissen in de tweede lijn
 - 4.5.5 Personeel diabeteszorg
 - 4.5.6 Fysieke omgeving en materiaal
- 5. Leven met diabetes**
 - 5.1 Leven met diabetes: drie processen
 - 5.2 Permanente educatie
 - 5.3 Educatie
 - 5.4 Plaats van educatie in de behandeling
- 6. Kwaliteit van zorg**

Bijlagen

- A Checklist over de structuur van diabetesteams
- B Kwaliteitsparameters voor goede diabeteszorg
- C Samenstelling werkgroep Zorgstandaard

2003, Nederlandse Diabetes Federatie in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

NDF, Stationsplein 139, 3818 LE AMERSFOORT
telefoon: 033 448 08 45 fax: 033 46 23 053
www.diabetesfederatie.nl

1. Voorwoord

Diabetes is een snel toenemende ziekte in Nederland, maar ook in de rest van de wereld. Het steeds meer op jonge leeftijd vóórkomen, is daarbij een belangrijk punt van zorg. Het is een (nog) niet te genezen aandoening, waarvan de behandeling per individu steeds complexer wordt. Dat alles maakt dat er de komende jaren een steeds groter beroep op ons zorgsysteem zal worden gedaan. Duidelijk is dat de diabeteszorg dwars door alle huidige muren binnen de zorgketen loopt en dat daarbij principes van *disease management* en *patiënt-empowerment* tot ontwikkeling zijn gekomen. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) is een uniek breed platform van alle bij de diabeteszorg betrokken partijen. Ervaringen binnen de diabeteszorg kunnen goed benut worden voor de zorg rondom andere aandoeningen.

Op dit moment worden er geen eisen gesteld ten aanzien van de uitkomsten van diabeteszorg. Wel bestaan er regels en wetten die gericht zijn op de inhoud van de zorg, doch de implicaties daarvan voor de directe diabeteszorg zijn gering door een grote mate van vrijblijvendheid bij de invulling hiervan. In de dagelijkse praktijk is diabeteszorg volledig vrijblijvend. Dat is niet terecht. Er zijn weinig aandoeningen waar de rol van de mens met de aandoening zo duidelijk is, waar de behandeling zo goed omschreven is, waar zulke duidelijke richtlijnen bestaan en waar de effecten van goede behandeling zo uitvoerig bekend zijn, als bij diabetes. Om deze vrijblijvendheid aan te pakken wordt in deze **Zorgstandaard** beschreven welke onderdelen goede diabeteszorg omvat en wordt het organisatorische kader daarvan geschetst. De standaard beschrijft de noodzakelijke onderdelen van zorg om diabetes te voorkómen, tijdig op te sporen en juist te behandelen. Deze onderdelen worden gedragen door alle in de NDF verenigde partijen.

De Zorgstandaard moet (daartoe financieel in de gelegenheid gesteld via een zogenaamde aanjaagsubsidie door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en in samenspraak met Zorgverzekeraars Nederland) de basis zijn waardoor partijen afspraken kunnen maken zodat de inhoud wordt gerespecteerd en uitgevoerd. De uitkomsten van diabeteszorg worden daarmee zichtbaar voor alle partijen. De Zorgstandaard moet als uitgangspunt gaan dienen voor een te ontwikkelen financieringsmodel van transmurale Diabetes Diagnose en Behandel Combinaties (t-DDBC) .

Als de inhoud van diabeteszorg tussen partijen afgesproken is, als er richtlijnen bestaan en er een kwaliteitsbeoordeling is, moet zulke goede diabeteszorg het uitgangspunt zijn voor zorgbeleid en zorginkoop. Goede diabeteszorg (volgens deze afspraken) vereist adequate en afgesproken financiering en een uitgewerkt zorgsysteem. Dit maakt werken volgens de Zorgstandaard, toepassing van richtlijnen en continue kwaliteitszorg mogelijk.

De Zorgstandaard wordt door de NDF gezien als onderdeel van een groter geheel. De standaard zou in de visie van de NDF het startpunt moeten vormen voor een landelijk beleid dat de omvang en ernst van diabetes moet helpen beperken: een Nationaal plan voor Diabetes. Met die voorwaarden komt er dan zicht op goede diabeteszorg. En dat is hard nodig. Er is dan ook zo snel mogelijk behoefte aan dit (via convenant of wet door alle betrokken partijen ondertekend) **Nationaal plan voor diabetes** . Deze zorgstandaard is daartoe de eerste stap.

Dr. H.J. Aanstoot, voorzitter NDF

2. Diabetes en goede diabeteszorg

Dit hoofdstuk is bedoeld als inleiding voor beleidsmakers, verzekeraars en andere geïnteresseerden die in steeds grotere getale betrokken raken bij de problemen rondom diabetes mellitus, zoals de ziekte officieel heet. In de volksmond ook wel suikerziekte genoemd.

Diabetes is een stofwisselingsziekte waarbij de glucoseregulatie defect is door óf het volledig ontbreken van het hormoon insuline (**type 1 diabetes**), óf door het niet juist functioneren en/of onvoldoende aanwezig zijn van insuline (**type 2 diabetes**; zo n 90 % van de mensen met diabetes). Daarnaast bestaan een aantal vormen die overeenkomsten met type 2 hebben, zoals bijvoorbeeld zwangerschapsdiabetes. Er is (nog) geen genezing voor diabetes.

Diabetes kan leiden tot ernstige complicaties. Deze complicaties ontstaan doordat het ziekteproces van diabetes een negatieve invloed heeft op de werking, slijtage en het herstel van bloedvaten. Voorbeelden van deze complicaties zijn: ziekten van **grotere** bloedvaten rondom het hart (met als gevolg hartinfarct, angina pectoris), naar de hersenen (hersenvloedingen en infarcten) en naar de benen (met wonden en amputaties tot gevolg) en ziekten van **kleine** bloedvaten in nieren (leidend tot dialyse), ogen (blindheid) en zenuwen (verlies van gevoel in benen). Bij diabetes spelen ook andere risicofactoren mee (vetstofwisselings-stoornissen, hoge bloeddruk en roken), die de nodige aandacht vergen. Daardoor is diabetes een **complexe ziekte** geworden.

Diabetes Mellitus is een snel toenemende ziekte in Nederland (er wordt wel gesproken van een **stille epidemie**), maar ook in de rest van de wereld. Het steeds meer op jonge leeftijd vóórkomen, is daarbij een belangrijk punt van zorg. In ons land is de **prevalentie 3% (= 480.000)** en de **incidentie varieert tussen 40.000 en 65.000** (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002). Hoewel over de omvang van deze groep geen exacte cijfers bestaan, zijn er daarnaast ook tal van mensen bij wie de ziekte al wel bestaat maar bij wie de diagnose nog niet is gesteld of symptomen nog afwezig zijn. Schattingen, mede gebaseerd op internationale vergelijkingen, spreken over een totale groep van zo n 800.000 mensen. De tijd tussen begin van afwijkende glucosewaarden en diagnose bedraagt 7-11 jaar.

Concluderend: Diabetes is een ziekte waar steeds meer mensen op steeds jongere leeftijd aan lijden en waarvan de behandeling per individu steeds complexer wordt.

Type 1 diabetes wordt met name op jonge leeftijd vastgesteld, is altijd insulineafhankelijk en wordt daarom vooral behandeld in de tweedelij. **Primaire preventie** is op dit moment nog niet goed mogelijk, zodat de zorg zich vooral richt op **secundaire preventie**.

Type 2 diabetes is een ziekte die meestal in de eerstelijns gezondheidszorg wordt vastgesteld en behandeld. Bij complicaties is veelal tweedelijnszorg (vaak via poliklinieken interne geneeskunde) en behandeling nodig. De omvang en toename van het probleem vooral rondom type 2 vereist daarom preventie van de ziekte en **goede diabeteszorg** in de eerste lijn gericht op voorkoming van complicaties (secundaire preventie) om een overstroming van het zorgsysteem te voorkomen en om kosten te beperken.

Op dit moment worden er geen eisen gesteld ten aanzien van de uitkomsten van diabeteszorg. In de dagelijkse praktijk is diabeteszorg volledig vrijblijvend. Dat is niet terecht. Er zijn weinig aandoeningen waar de rol van de mens met de aandoening zo duidelijk is, waar de behandeling zo goed omschreven is, waar zulke duidelijke richtlijnen bestaan en waar de effecten van goede behandeling zo uitvoerig bekend zijn, als bij diabetes. Om deze vrijblijvendheid aan te pakken wordt in deze **Zorgstandaard** beschreven welke onderdelen goede diabeteszorg omvat en wordt het kader daarvan geschetst opdat partijen afspraken kunnen maken deze inhoud te respecteren en uit te voeren. De uitkomsten van diabeteszorg worden daarmee duidelijk zichtbaar voor alle partijen. Transparantie vereist (landelijk georganiseerde) benchmarking en kwaliteitstoetsing en borging. De NDF geeft een richtlijn voor dit kwaliteitsbeleid uit.

Goede diabeteszorg (volgens deze afspraken) vereist adequate en afgesproken financiering en een uitgewerkt zorgsysteem. Dit maakt werken volgens de Zorgstandaard, toepassing van richtlijnen en continue kwaliteitszorg mogelijk. Als de inhoud van diabeteszorg tussen partijen afgesproken is, als er richtlijnen bestaan en er een kwaliteitsbeoordeling is, moet zulke goede diabeteszorg het uitgangspunt zijn voor **zorgbeleid en zorginkoop**. De Zorgstandaard biedt concrete indicatoren om de kwaliteit van de diabeteszorg en van de betrokken zorgverlener te kunnen meten. Deze indicatoren hebben zowel een interne werking (verbeteren van de zorg) als een externe werking (verantwoording afleggen) en zullen een belangrijke rol spelen bij het contracteren van diabeteszorg.

De NDF heeft tot op heden, onder meer in haar meerjaren beleidsplan en de bundel richtlijnen, het **einddoel** van goede diabeteszorg voor iedereen aangegeven, maar niet de **reisroute** er naar toe en zich ook niet uitgesproken over de vervoersmiddelen. Het is nu tijd, zoals de ondertitel van het beleidsplan vermeldt, van papieren richtlijnen naar de dagelijkse praktijk te gaan. Deze Zorgstandaard biedt daartoe de aanzet.

3. Uitgangspunten en doelen van de Zorgstandaard

3.1 Uitgangspunten

Deze Zorgstandaard beschrijft de onderdelen van zorg die noodzakelijk zijn om diabetes te voorkómen, tijdig op te sporen en juist te behandelen. Feitelijk geeft de standaard de waarden en normen van goede diabeteszorg weer. Deze onderdelen worden gedragen door alle in de NDF verenigde partijen en zijn verwoord in het NDF Beleidsplan 2001-2006, het NDF rapport Structuur van diabeteszorg en het NDF rapport Beoordeling van diabeteszorg; kwaliteit van zorg. De uitgangspunten hierbij worden door de NDF/CBO richtlijnen, NHG Standaard en adviezen voor goede diabeteszorg gevormd. Dit zijn richtlijnen die bij voorkeur op basis van *evidence based medicine* zijn vastgesteld. Waar nog niet voldoende evidence voor handen is, wordt door het veld op basis van *experience based medicine* een richtlijn geformuleerd.

Deze Zorgstandaard is primair bedoeld voor volwassenen met type 2diabetes. Benadrukt wordt, dat het meeste ook van toepassing is op diabetes type 1.

3.2 Doelen

Met deze Zorgstandaard wordt beoogd de volgende doelen te bereiken:

- de Zorgstandaard is voor mensen met diabetes, behandelaars, verzekeraars en overheid het **uitgangspunt voor goede diabeteszorg**. Op basis hiervan kunnen plannen gemaakt en zorg verleend worden volgens richtlijnen;
- **iedereen houdt zich aan de Zorgstandaard**. In het hele land wordt diabeteszorg gegeven volgens een vaste en zelfde norm. De vrijblijvendheid wordt daarmee opgeheven. Er is sprake van een landelijk dekkend netwerk van goede diabeteszorg;
- **afspraken over financiering** van diabeteszorg kunnen gemaakt worden op basis van de Zorgstandaard;
- **afspraken over resultaten en uitkomsten** van diabeteszorg kunnen gemaakt worden op basis van de Zorgstandaard;
- de Zorgstandaard zal zowel de primaire als de secundaire **preventie stimuleren**. Goede diabeteszorg is de beste garantie voor een beperking van de mortaliteit en morbiditeit van diabetes;
- de Zorgstandaard zal **zorgschaarste verminderen**. De toename van de zorgvraag en de afname van zorgaanbieders nopen tot juiste afstemming en een optimaal gebruik van de beschikbare zorg. Betere secundaire preventie doet het aantal en de ernst van latere complicaties verminderen; complicaties die vaak veel menskracht en geld vergen.

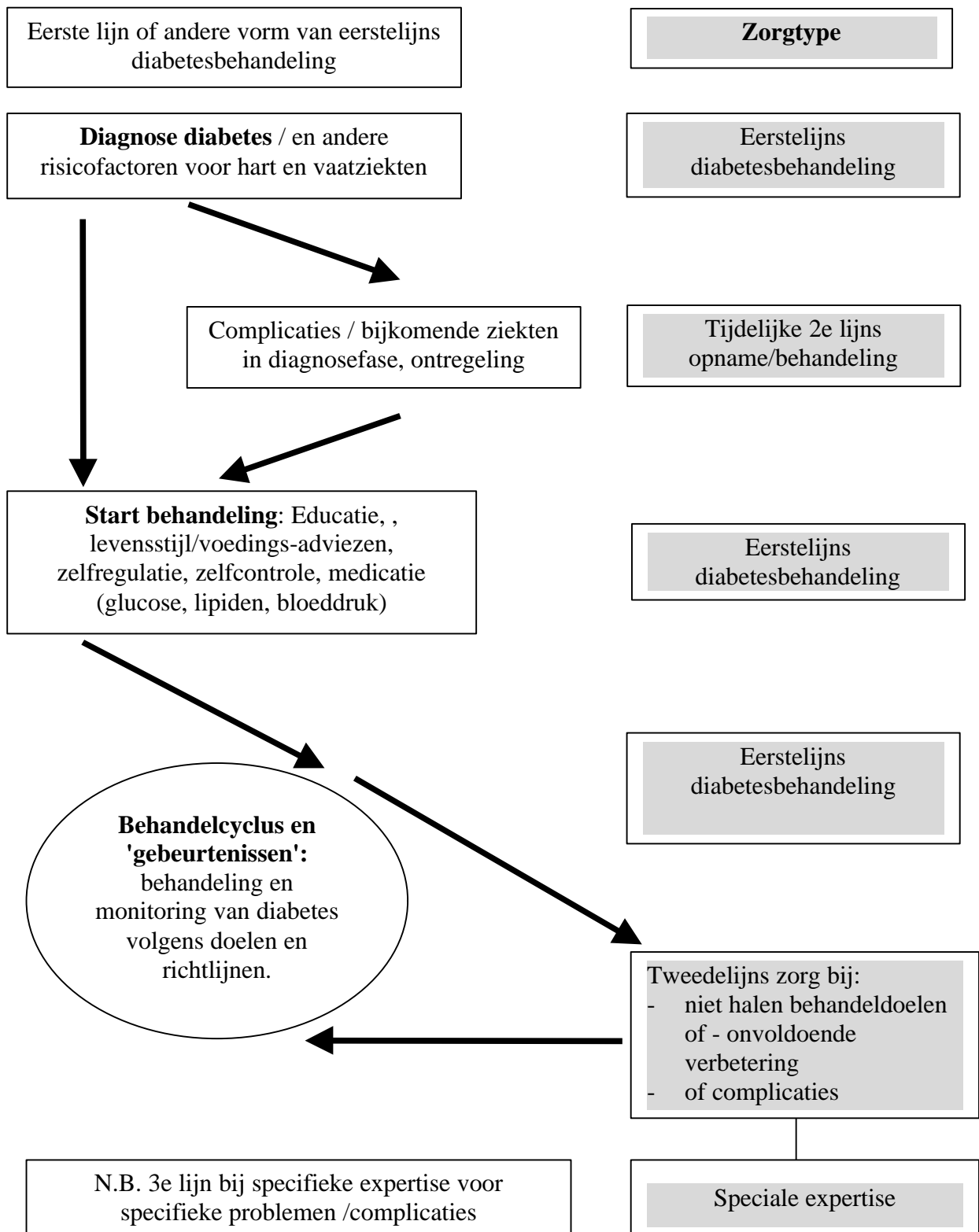
3.3 Startpunt Nationaal plan voor diabetes

De Zorgstandaard is onderdeel van een groter geheel. De standaard is startpunt voor een landelijk beleid dat de omvang en ernst van diabetes moet gaan helpen beperken. Een dergelijk **Nationaal plan voor diabetes** wordt door alle betrokkenen aanvaard en ondertekend als **convenant of wet**. De duur van een bijbehorend implementatietraject is 10 jaar. (Ervaringen vanuit bijvoorbeeld Finland en Verenigd Koninkrijk kunnen worden benut)

4. Opzet van de Zorgstandaard

4.1 Stroomschema zorgketen voor type 2 diabetes

Ter illustratie wordt dit hoofdstuk begonnen met een stroomschema van de zorgketen voor de mens met diabetes:



4.2 Primaire preventie van diabetes

Doel: Verminderen van het aantal mensen dat diabetes krijgt

Inhoud: Gebruik van methoden en technieken om diabetes te voorkomen

Achtergronden: Hoewel bij diabetes de oorzaken en pathofysiologische mechanismen van de ziekte voor de verschillende vormen nog niet volledig ontrafeld zijn, spelen omgevingsfactoren met name bij de meest voorkomende vorm type 2 diabetes een belangrijke rol.

Waar erfelijke factoren niet te beïnvloeden zijn, kunnen omgevingsfactoren een aanknopingspunt zijn voor advies en preventie. Bij diabetes zijn overgewicht en gebrek aan beweging belangrijke factoren bij het ontstaan van de ziekte en potentieel beïnvloedbaar. Interventies zullen reeds op jonge leeftijd dienen plaats te vinden en dienen niet alleen het individu maar tevens het gezin en de samenleving zelf te bereiken. Een richtlijn voor de preventie van overgewicht en het stimuleren van lichamelijke activiteit is nog niet beschikbaar. Wel kunnen algemene adviezen worden gegeven, waarbij de overheid een belangrijke rol kan spelen. Voorbeelden hiervan zijn: gezonde voeding thuis, op scholen en publieke instellingen (verminderen van de verkoop van 'high density' eten en drinken) en het stimuleren van bewegen en sportactiviteiten. Daarnaast hebben zorgverleners de taak alert te zijn op risicofactoren bij patiënten en dienen zij brede gezondheidsvoorlichting te geven. Bij type 1 diabetes zijn nog geen geschikte mogelijkheden van primaire preventie beschikbaar.

4.3 Tijdige opsporing van mensen met diabetes

Doel: Het zo vroeg mogelijk diagnosticeren van mensen met diabetes om daarmee de kans op het ontwikkelen van complicaties te verkleinen (secundaire preventie).

Inhoud: Toepassen van bestaande richtlijnen en adviezen voor wat betreft het opsporen van mensen met een verhoogd risico op type 2 diabetes. Er wordt door de NDF gewerkt aan een richtlijn over preventie en screening.

Toepasbare richtlijnen en adviezen: NHG standaard en NDF richtlijnen

Methode: Zie ook NHG standaard en NDF richtlijnen

Tijdens het spreekuurbezoek van de huisarts wordt het bloedglucosegehalte eens in de drie jaar bepaald bij personen boven de 45 jaar die een verhoogd risico hebben om DM type 2 te ontwikkelen, maar geen klachten vertonen (conform de *NHG Standaard*):

Een **verhoogd risico** is aanwezig bij:

- type 2 diabetes bij ouders, broers, zussen;
- hypertensie;
- manifeste hart- en vaatziekten;
- vetstofwisselingsstoornissen;
- etnische belasting (Hindoestanen, Turken en Marokkanen);
- obesitas;
- zwangerschapsdiabetes of kinderen gebaard met een geboortegewicht > 4000 gram

Aanbevolen wordt het bloedglucosegehalte te bepalen bij mensen met klachten (en aandoeningen) die het gevolg kunnen zijn van diabetes mellitus zoals:

- dorst;
- polyurie;
- vermagering;
- pruritus vulvae op oudere leeftijd;
- mononeuropathie;

- neurogene pijnen;
- sensible stoornissen.

Bij een gestoorde glucosewaarde wordt geadviseerd het onderzoek na 3 maanden te herhalen. Daarna wordt jaarlijks het bloedglucosegehalte gecontroleerd (conform de *NHG Standaard*).

4.4 Inhoud van goede diabeteszorg aan mensen met diabetes

4.4.1 Diagnose

Voor het stellen van de diagnose type 2 diabetes wordt de *NHG standaard* gebruikt. De diagnose wordt door de behandelend arts gesteld. De diagnose wordt gesteld op een nuchter bepaalde bloedglucosewaarde. Indien een bepaling met een capillaire bloedglucosemeter wordt verricht, dient deze geijkt te zijn en gebruikt te worden volgens alle geldende voorschriften en voorbereidingen. Ook bij een geijkte meter is er nog zo'n 10 tot 15 % afwijking mogelijk. Daarom kan, indien er een marginaal afwijkende nuchtere waarde capillair gemeten is (b.v. tussen 6 en 7), de diagnose uit worden gesloten /bevestigd worden door een tweede, veneuze meting te verrichten.

Referentiewaarden NHG (mmol/l) :

	Capillair volbloed	Veneus plasma
Normaal		
- nuchter glucose	< 5,6	< 6,1
- niet nuchter	< 7,8	< 7,8
Gestoorde nuchter glucose	□ 5,6 en □ 6,0	□ 6,1 en □ 6,9
Diabetes Mellitus		
- nuchter glucose	> 6,0	> 6,9
- niet nuchter	> 11,0	> 11,0

4.4.2 Start van de behandeling

Doel behandeling:

- Initiëren van de behandeling en er voor zorgdragen dat door de diabetes geen verdere afbreuk van de gezondheid plaatsvindt.
- Initiëren van de educatie die uiteindelijk moet resulteren in .
- Initiëren van de uitleg en (eventuele) aanpassing van levensstijlfactoren die van belang zijn.

Start behandeling: Direct na het stellen van de diagnose richt de behandeling zich op educatie en levensstijl adviezen betreffende diabetes.

Medische behandeling:

- Inventarisatie (zie onderstaande tabel) van de diabetes en andere aspecten van de gezondheid;
- Levensstijlfactoren: inventarisatie risicofactoren en modificaties / verbeteringen;
- Medicamenteuze therapie indien na 3 maanden geen positief effect van levensstijl: modificatie tabletten of insuline.

Tabel : Onderdelen van de inventarisatie**ANAMNESE: algemeen, familieanamnese, speciale anamnese**

Inclusief recente (huid) infecties, blaasontstekingen, wondjes, voorkomen hartvaatziekten in familie

Vroegere ziekten en bestaande problemen:

- hypertensie;
- vetstofwisselingsstoornissen;
- Angina pectoris;
- hartinfarct;
- hartfalen;
- CVA / TIA;
- perifereer vaatlijden.

Levensstijl:

- voedingsgewoonten, voedingstoestand;
- gewichtsverloop, groei en ontwikkeling (kind en tiener);
- huidige voedingsgewoonten;
- sport en beweging;
- roken en rookgeschiedenis;
- alcohol en andere middelen / verdovende middelen;
- levensstijl, culturele achtergrond, educatie, werk en gezin;
- perceptie en houding ten aanzien van diabetes.

Huidige medicatie (en contraceptie)

-

LICHAMELIJK ONDERZOEK EN METINGEN

- gewicht en lengte;
- bloeddruk;
- gebit en mond;
- hart;
- bloedsomloop / arteriële pulsaties;
- onderzoek diabetische voet;
- huid (acanthosis).

AANVULLEND ONDERZOEK

- Laboratoriumbepalingen: die resulteerden in de diagnose;
- HbA1c;
- vetspectrum (Cholesterol, HDL-chol, ratio, TG);
- microalbuminurie / urineonderzoek;
- Kreatinine
- Fundusonderzoek.

Voor uitwerking zie ook: Praktijkhandleiding Diabetes mellitus type 2, een leidraad voor praktijkondersteuning, NHG, 2002 en Protocollaire diabeteszorg.

4.4.3 Continuüm: behandelingscyclus

BEHANDELINGSDOEL: Zorgen dat de individuele mens met diabetes nu en in de toekomst zo weinig mogelijk last van de diabetes ervaart

Aspecten van behandeling en controle:

Er wordt adequate tijd uitgetrokken voor het consult. De spreekuurtijd van de arts en andere hulpverleners als de diabetesverpleegkundige, diëtist, praktijkassistent en praktijkondersteuner zijn op elkaar afgestemd.

Er is een duidelijk **protocol** met betrekking tot behandeling van en gebruik van de richtlijnen over specifieke gebeurtenissen en omstandigheden die in het leven van de mens met diabetes voor kunnen komen:

- Ingrijpende gebeurtenissen en stress;
- Veranderingen in de behandeling (bijvoorbeeld overschakelen naar insuline);
- Hypo- en hyperglycaemische ontregeling;
- Seksualiteit / beoogde en daadwerkelijke zwangerschap;
- Ziekenhuisopnames;
- Peri-operatieve beleid bij mensen met diabetes;
- Opnames in verpleeg of verzorgingstehuizen;
- Optreden (diagnose, behandeling, beloop) van (nieuwe) complicaties.
- Belang van adequaat gebruik van geneesmiddelen

Streefwaarden en controles: De ingezette behandeling wordt gecontinueerd, waarbij het de doelstelling is de streefwaarden, zowel wat betreft de glucoseregeling als de bloeddruk en lipiden te behalen overeenkomstig de *NDF/CBO-richtlijnen* en de *NHG Standaard*.

Bijstelling van therapie vindt zonodig plaats op grond van de bereikte glucose-, lipiden- en bloeddrukwaarden.

Bijsturing (door middel van educatie, voedingsadvies en eventueel medicatie) en behandeling van de glucoseregeling naar afgesproken streefwaarden.

Bijsturing (idem als hierboven) en behandeling van de bloeddruk naar afgesproken streefwaarden.

Bijsturing (idem) en behandeling van het vetspectrum naar afgesproken streefwaarden.

Bijsturing (idem) gewicht en roken.

Onderzoek naar voorstadia van complicaties.

Driemaandelijkse controles:

Specifieke aandacht voor klachten en verandering van levensstijl (gewicht, bewegen, roken en glucoseregeling) conform *NHG Standaard*.

Jaarcontrole

- anamnese: welbevinden, ontregeling, klachten ten gevolge van complicaties, levensstijl;
- lichamenlijk onderzoek: afwijkingen, bloeddruk, voetonderzoek, spuitplaatsen;
- aanvullend onderzoek:: lipiden, HbA1c, kreatinine bloed/urine, albuminurie; (dit aanvullend onderzoek wordt verricht volgens vaststaand protocol (*NHG Standaard, NDF - CBO richtlijnen*);
- hereducatie c.q. aanvulling van lacunes en hiaten (*NDF richtlijn diabeteseducatie*);
- 'nutritional assesment' / voedingsadvies (*NDF voedingsrichtlijn*).

Bewakingsstelsel: waarbij nagegaan wordt of men verschijnt voor de periodieke controle. Bij niet verschijnen dient betrokkene hieraan herinnerd te worden.

Educatie en waar mogelijk en noodzakelijk de modificatie van levensstijl wordt gecontinueerd, zo mogelijk wordt dit schriftelijk ondersteund en geëvalueerd naar effectiviteit (*NDF richtlijn Diabeteseducatie*).

Registratie van gegevens

Bereikbaarheid van de behandelaar

4.4.4 Bijzondere aspecten van behandeling

Zelfcontrole:

Zelfcontrole is noodzakelijk voor het zelfmanagement van de aandoening en biedt meer inzicht in de factoren die bloedglucosewaarden bepalen. Uiteindelijk leidt het tot een adequate bloedglucoseregulatie. Het kan het gebruik van extra medicatie of de overgang naar insuline uitstellen en complicaties uitstellen of verminderen. Voorwaarde voor zelfcontrole is adequate educatie, zodat men zelf de waarden kan bepalen en interpreteren (met adequate coaching). Mensen met diabetes die verbetering van hun glucoseregeling nastreven dienen de beschikking te krijgen over een glucosemeter en strips.

Intensivering therapie. Wanneer de afgesproken streefwaarden niet worden bereikt, wordt de therapie aangepast:

- zonodig wordt van voedingsadvies naar orale medicatie en van orale medicatie naar insuline overgeschakeld;
- aanpassing van overige medicatie bij niet halen van de behandeldoelen;
- overschakeling op insuline bij type 2 DM kan in principe binnen de eerste lijn plaatsvinden als aan randvoorwaarden conform de *NHG Standaard* is voldaan (voldoende kennis, ervaring, werken in een diabetesteam). Indien hieraan niet wordt voldaan, is verwijzing naar of samenwerking met de tweede lijn geboden.

Oogarts: Binnen een half jaar na het ontdekken van type 2 wordt men naar de oogarts doorverwezen voor beoordeling van de fundus (*NDF richtlijn Retinopathie*).

Insulinetherapie bij type 2: Zelfcontrole en zelfregulatie worden gecontinueerd; verder vindt er regelmatig controle op diabetesmaterialen, spuittechniek en spuitplaatsen plaats.

Vaccinaties zijn beschikbaar voor mensen met diabetes. Hierbij worden de adviezen van de Gezondheidsraad gevolgd.

Verpleeg en verzorgingshuizen, penitentiaire inrichtingen en andere intramurale centra: Diabeteszorg is volgens dezelfde standaard beschikbaar in deze instellingen.

4.5 Structuur van goede diabeteszorg

4.5.1 Voorwaarden

Multidisciplinair diabetesteam: Goede diabeteszorg vereist een multidisciplinaire aanpak door een multidisciplinair team, waarbij de medische eindverantwoordelijkheid te allen tijde berust bij de behandelend arts. De samenstelling van een diabetesteam kan wisselen, maar het **basisteam** bestaat in elk geval uit de volgende disciplines: een behandelend arts, een diabetesverpleegkundige, een diëtist en bij extramurale teams een praktijkassistente en/of een praktijkondersteuner. Als voorwaarde geldt voorts dat de diabeteszorg door een team volgens de Zorgstandaard en Richtlijnen wordt uitgevoerd. Gezien het belang van langdurig en juist geneesmiddelen gebruik wordt gewezen op de mogelijkheden van participatie van apothekers binnen het team en binnen de voorwaarden van een multidisciplinair diabetesteam.

Belang van mens met diabetes centraal: Het belang van de mens met diabetes staat in het team centraal. (Zie *NDF-beleidsplan* 2001-2006)

Verantwoordelijkheden: de **bereikbaarheid** van dit team is gedurende 24 uur per dag. Binnen de eerste lijn bestaat een samenwerkingsverband met een **laboratorium** dat aan de kwaliteitseisen (conform rubriek F uit de NDF richtlijnenbundel) voldoet. Bovendien is dit laboratorium ook bereid en in staat, indien nodig, bloedafname thuis te verzorgen.

Behandelingsplan: Er wordt in samenspraak met de mens met diabetes een individueel behandelingsplan opgesteld, waarin streefwaarden worden vastgesteld en duidelijk wordt gemaakt hoe het diabetesteam functioneert, wie verantwoordelijk is en waarvoor en hoe de bereikbaarheid is geregeld inclusief de rol van de mens met diabetes bij al deze aspecten. Hierbij worden ook de consequenties van diabetes voor werk, hobby en verzekering, alsmede relationele consequenties meegenomen.

Vastlegging: In de gehele diagnosefase vindt registratie van de gegevens op transparante en gestandaardiseerde wijze plaats, volgens bestaande wet en regelgeving.

4.5.2 Landelijk netwerk en regionale aanpak

Goede diabeteszorg is voor elke mens met diabetes in ons land beschikbaar. Er dient dus een **landelijk dekkend netwerk** van multidisciplinaire diabetesteam te zijn dat alle regio's in Nederland omvat. Er is toezicht op het voorkomen van witte vlekken (zie hoofdstuk 6). De kwaliteit van de geboden zorg is voor ieder mens met diabetes (ongeacht waar men woont) op hetzelfde adequate niveau, doordat protocollair is vastgelegd welke educatie wordt gegeven, welke zorg wordt geboden etc.

Om efficiënt met mensen en middelen om te gaan is **coördinatie van de diabeteszorg per regio** vereist. Deze regionale coördinatie staat ten dienste van de implementatie van deze Zorgstandaard. Het is noodzakelijk om een coördinerende en bewakende rol per regio te hebben voor het onafhankelijk evalueren en beheren van de kwaliteitsgegevens. Het takenpakket van een regionale coördinator bestaat in elk geval uit het inventariseren, bewaken (lacunes worden aangepakt) en stimuleren van de kwaliteit van zorg. Tevens is de regiocoördinator belast met het opzetten van een systeem van spiegelinformatie (benchmark). Er is een **landelijke registratie** waardoor een beter inzicht komt in tot op heden ontbrekend cijfermateriaal, zoals bijvoorbeeld het precieze aantal mensen met diabetes mellitus.

4.5.3 Aspecten van beleid en organisatie van zorg

Niveau van zorg: Voor iedere hulpverlener binnen het team is het duidelijk tot welk niveau hij de zorg kan leveren, waarbij een koppeling aanwezig is met de per beroepsbeoefenaar beschreven kwaliteitskenmerken. Dit niveau van geboden zorg is ook voor de mens met diabetes inzichtelijk.

Structuur, verantwoording, bevoegdheden en bekwaamheid:

- Bij de uitvoering blijft gelden dat het verrichten van taken en verantwoordelijkheden volgens richtlijnen en op basis van uitkomsten belangrijker is dan door wie dat wordt gedaan, mits deze voldoet aan die kwaliteitseisen;
- de medische eindverantwoordelijkheid van de diabetesbehandeling blijft liggen bij de behandelend arts. Herschikking van taken binnen de diabeteszorg is mogelijk naar diabetesverpleegkundigen, diëtisten, praktijkassistenten en praktijkondersteuners;
- deze herschikking van taken is formeel geregeld in een behandelteam binnen de mogelijkheden en regels van de wet BIG;

- er is in de diabeteszorg een vastgelegde structuur (protocol), waarbij het onder andere ook voor de mens met diabetes duidelijk is wie verantwoordelijk is en waarvoor. De bevoegdheid en bekwaamheid van de leden van het diabetesteam is bekend en vastgelegd conform de voorschriften van de Wet BIG;
- over consultatie van psycholoog, maatschappelijk werker, podotherapeut, oogarts, en anderen bestaan afspraken, zodat zonder vertraging deze expertise kan worden verkregen;
- huisarts en ook het ziekenhuis (veelal internistenmaatschap) hebben afspraken en **structureel overleg**. Er zijn identieke afspraken met de thuiszorgorganisatie en het huisartsenlaboratorium;
- er bestaan vaste afspraken over de communicatie bij verwijzing en de wijze van de over en weer te leveren informatie en overdracht.

Beleidsafstemming: Het beleid met betrekking tot de regionale diabeteszorg wordt regelmatig besproken binnen het diabetesteam en tussen de eerste en de tweede lijn. Zonodig wordt de zorg bijgesteld en/of beter op elkaar afgestemd. Eenzelfde communicatie geldt naar de patiëntenvereniging met terugkoppeling van de visie en wensen van deze patiëntenvereniging.

Fouten en klachten: Een fouten en klachten regeling is vastgelegd en onderdeel van de organisatie van de zorg.

Registratie is inzichtelijk en toetsbaar, waarbij tevens duidelijk is wie toegang heeft tot welke gegevens en bestanden.

Benchmarking: Door het diabetesteam worden tenminste jaarlijks de resultaten van de behandeling op groepsniveau besproken, zo mogelijk in vergelijking met gegevens van andere centra. Met resultaten worden proces- en outcome parameters bedoeld, zoals nader omschreven in hoofdstuk 6.

Kwaliteitsbeleid: De benchmarking is er op gericht om uiteindelijk volgens de Richtlijnen te werken. Indien de daarin aangehaalde doelen niet worden gehaald wordt een plan opgesteld voor het volgende jaar.

Uitgangspunt bij dit kwaliteitsbeleid is de vaststelling door de NDF van de minimaal te halen procesparameters en minimaal te behalen uitkomsten van diabeteszorg. Deze lat wordt jaarlijks vastgesteld en is feitelijk een langer lopend kwaliteitsprogramma. De waarden hiervan zijn gebaseerd op de behaalde resultaten.

Op basis van deze waarden stelt elk diabetesteam een **kwaliteitsbeleid** vast. Documenten voor kwaliteitsbewaking bevatten ook instructies onder andere hoe gegevens moeten worden bewaard, herzien, vernietigd en voor wie gegevens wel of niet toegankelijk zijn (standard operational procedures; SOP s). Er bestaat een procedure om toestemming aan de mens met diabetes te vragen over gebruik van anonieme, geaggregeerde (kwaliteits)gegevens.

4.5.4 Specifieke gebeurtenissen in de tweede lijn

Diabetes Mellitus bij zwangeren: Er zijn duidelijke werkafspraken met de verloskundige en gynaecoloog over de taakafbakening en verantwoordelijkheid bij de begeleiding van zwangeren met diabetes. Hierbij wordt de NDF-Richtlijn Diabetes en zwangerschap gevolgd.

Operaties bij diabetes: Er is een protocol voor pre-, peri- en postoperatieve behandeling van mensen met diabetes binnen het ziekenhuis.

Opnames om andere redenen dan diabetes: Er bestaan bij opnames altijd afspraken over de verantwoordelijkheid voor de diabeteszorg.

Intensivering/instellingsproblemen: Er zijn werkafspraken met (al of niet academische) centra over verwijzing van zeer moeilijk behandelbare diabetespatiënten, waarvoor speciale expertise nodig is (zoals de insulinepomp en dergelijke).

Laboratorium: Er is een laboratorium tot de beschikking, dat aan de kwaliteitseisen voldoet.

4.5.5 Personeel diabeteszorg

Algemene uitgangspunten:

Er is een voor de hoeveelheid werk getalsmatig adequate personeelsbezetting.

Voor ieder van de leden van het diabetessteam gelden eisen wat betreft de vakbekwaamheid, mede bijgehouden door nascholing (*Zie NDF richtlijn Diabeteseducatie*).

Bevoegdheden, taken en verantwoordelijkheden van de leden van het basisteam zijn op elkaar afgestemd. Voor de mens met diabetes is het duidelijk wie van het team waarvoor aanspreekbaar is. De in opdracht van de medicus door andere leden van het basisteam te verrichten handelingen zijn vastgelegd in schriftelijke werkafspraken. De leden van het basisteam zijn daarbij bevoegd en bekwaam tot het uitvoeren van hun werkzaamheden zoals omschreven in de Wet BIG.

Bijzondere aspecten personeel:

Taken in de diabeteszorg kunnen geheel of deels worden verricht door een arts, een diabetesverpleegkundige, een diëtist, een praktijkassistente, een praktijkondersteuner en/of een wijkverpleegkundige. Zij dienen adequaat (na)geschoold te zijn en over deskundigheid conform de registratie van hun beroepsgroep te beschikken.

Belang van ervaringsdeskundigheid:

Naast medische onderdelen bestaat de behandeling van diabetes voor een groot deel uit educatie (en her-educatie) en zijn motivatieaspecten van groot belang. Daardoor spelen naast de beroepskrachten, de ervaringsdeskundigen een belangrijke rol in de begeleiding van de mens met diabetes. Deze rol zal in de toekomst steeds belangrijker zal worden en gestreefd moet worden naar certificatie van deze taak en rol.

4.5.6 Fysieke omgeving en materiaal

Spreekruimte: De spreekkamer en andere praktijkruimten voldoen aan de gebruikelijke kwaliteitsnormen en zijn goed toegankelijk voor de patiënt. De praktijkruimten zijn voorzien van uitrusting en apparatuur gecontroleerd en van een kwaliteit zoals vastgelegd is in de thans geldende rapporten (*NHG rapport "Praktijkinventaris van de huisarts", TNO rapport bloedglucosemeters etc*). De kwaliteitscontrole van de bloeddrukmeter, de bloedglucosemeter en de weegschaal dient periodiek (jaarlijks) te geschieden.

Privacy is goed gewaarborgd binnen de praktijkruimten.

Laboratorium: De kwaliteit van het onderzoek door het (betrokken) laboratorium voldoet aan de kwaliteitseisen, zoals is vastgelegd door de Stichting Kwaliteitsbewaking Ziekenhuislaboratorium.

Documenten: Alle noodzakelijke documenten (protocollen, werkafspraken) zijn aanwezig in de praktijk/op de afdeling en binnen handbereik van de zorgverleners. Van alle documenten is vastgelegd wie deze heeft opgesteld; wanneer ze zijn opgesteld en hoe lang ze geldig zijn en wie verantwoordelijk is voor de herziening. Er is een algemene index van alle documenten.

5. Leven met diabetes

5.1 Drie processen

Op het moment van de diagnose beginnen er voor de mens met diabetes **drie** belangrijke, zeer samenhangende, maar ook te onderscheiden **processen**.

In de eerste plaats het proces van **behandeling en zorg**, waarin streefwaarden worden vastgesteld, nagestreefd en gecontroleerd. Waarin het risico op complicaties zoveel mogelijk wordt uitgesloten of waarin eventueel reeds bestaande complicaties worden behandeld. Hiertoe dient de mens met diabetes in een omvattend zorgsysteem te worden opgenomen, dat rekening houdt met de complexiteit en de chroniciteit van de aandoening. De mens met diabetes speelt in dit proces **DE ROL VAN PATIËNT**.

In de tweede plaats is daar het proces van **educatie**, van het leren omgaan met diabetes. In dit proces zal de mens met diabetes zodanige kennis, attitudes en vaardigheden moeten verwerven, dat hij kan realiseren hoe hij zelf met zijn diabetes om kan gaan; dat hij zelfcontrole en zelfregulatie onder de knie krijgt en dat hij de invloed van bewegen, eten en stress kan inschatten en gebruiken. Het doel van die educatie is dus het aanleren van kennis en vaardigheden, die nodig zijn voor een adequaat zelfzorggedrag. De mens met diabetes speelt in dit proces **DE ROL VAN LEERLING**.

In deze Zorgstandaard zullen we de educatie verder uitwerken.

Ten derde het proces, waarin hij zijn **maatschappelijke positie** als mens met diabetes ervaart, bevecht en verbetert. Na de mededeling "u hebt diabetes" wordt hem duidelijk, dat dit gegeven een vaak onverwachte, negatieve impact heeft op zijn maatschappelijke positie en zijn sociale verhoudingen. Ook hiermee wil hij leren omgaan en wil hij zonodig voor een rechtvaardige positie en voor eerlijke verhoudingen vechten. Opkomen voor zijn belangen als mens met diabetes in de maatschappij en die belangen (laten) behartigen. De mens met diabetes speelt in dit proces **DE ROL VAN DE MENS MET MAATSCHAPPELIJKE BELANGEN**.

5.2 Permanente educatie

Al eerder werd uiteengezet dat de mens met diabetes zelf de dagelijkse behandeling van de ziekte (indien mogelijk) moet en kan uitvoeren. Deze dagelijkse zorg voor diabetes vraagt veel en vereist adequate kennis, vaardigheden, doorzettingsvermogen, aanmoediging en motivatie. De uiteindelijke uitkomsten van diabeteszorg worden grotendeels bepaald door deze dagelijkse beslissingen en handelingen. De mens met diabetes is daarmee hoofdbehandelaar en direct verantwoordelijke voor de dagelijkse beslissingen in behandeling. Om deze rol te kunnen vervullen dient de mens met diabetes de beschikking te hebben over **permanente educatie**.

Zonder educatie is geen goede diabeteszorg mogelijk. Diabeteseducatie kan worden omschreven als een deel van het zorgproces, waarbij de persoon met diabetes die kennis en vaardigheden krijgt onderwezen die nodig zijn voor zelfzorg met betrekking tot diabetes.

Verder vereist een goede educatie voldoende mogelijkheden voor hereducatie en motivatie. Hierin speelt een diabetesteam een rol, maar ook contacten tussen mensen met diabetes onderling en de patiëntenvereniging Diabetesvereniging Nederland. Een belangrijk onderdeel van educatie is de educatie over gezonde voeding en een gezonde levensstijl. Dit is essentieel zowel voor de primaire preventie van diabetes als voor de secundaire preventie van complicaties.

5.3 Educatie

Doel: De uiteindelijke uitkomsten van diabeteszorg worden grotendeels bepaald door dagelijkse beslissingen en handelingen van de mens met diabetes zelf (*Disease management*). Om dit mogelijk te maken moet men over educatie kunnen beschikken die hem/haar in staat stelt de dagelijkse zorg voor diabetes te kunnen uitvoeren om zo een normaal mogelijk leven (kwalitatief en kwantitatief) te leiden. Educatie van de mens met diabetes is daarmee een wezenlijk onderdeel van de behandeling.

Inhoud: Alle mensen met diabetes kunnen gebruik maken van diensten die hen in staat stellen om zelf deel uit te maken van het behandelteam, om zelf beslissingen over de behandeling te kunnen nemen en die hen in staat stelt om een gezonde levensstijl te volgen. Er is voor iedereen met diabetes een educatie, motivatie en behandelingsplan beschikbaar, dat zo nodig is aangepast qua kennisniveau, leeftijd en leefwijze.

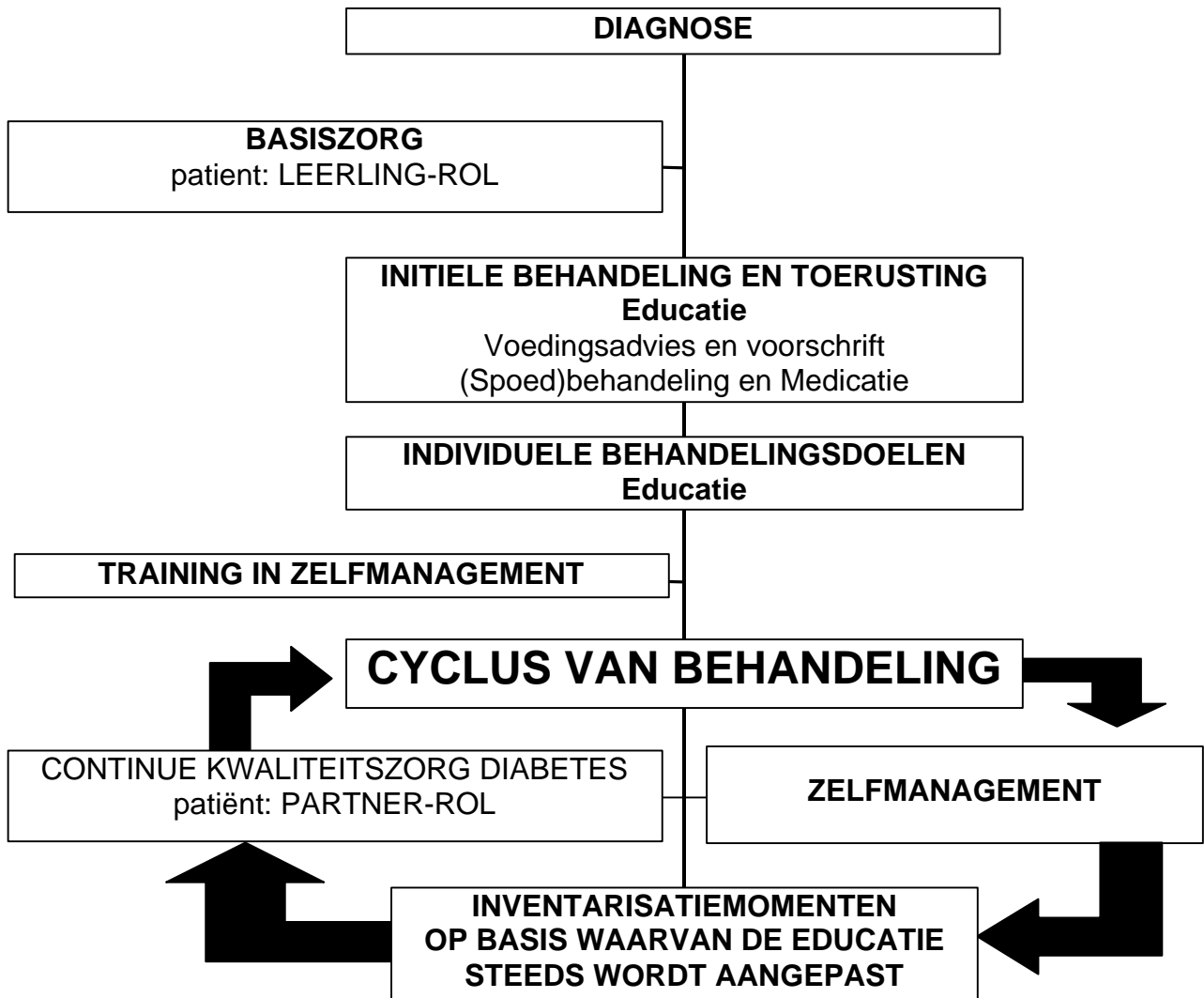
Toepasbare richtlijnen en adviezen: NDF richtlijn Diabeteseducatie, EADV richtlijnen en NHG praktijkhandleiding.

Voorwaarde van educatie: De centrale rol van de mens met diabetes in de behandeling kan ook zo geformuleerd worden, dat hij de belangrijkste behandelaar van zijn diabetes is. Om deze rol te kunnen spelen, moet men na een periode direct na de diagnose als *leerling* gezien worden, die zich de kennis, kunde en de (bij de rol als belangrijkste behandelaar behorende) vaardigheden eigen moet maken. Doelen van die leerperiode zijn:

- verantwoordelijkheid te leren nemen voor de eigen gezondheid, leren zelf besluiten te nemen over de dagelijkse zorg voor zijn diabetes en uiteindelijk zelf de consequenties van deze keuzen overzien en hiervoor verantwoordelijkheid te nemen;
- verantwoordelijkheid te leren nemen voor een goede regeling van zijn diabetes;
- actief te leren zijn in de behandeling, in het leveren van een inbreng in het diabetesteam en in de eigen educatie en hereducatie;
- adequaat te leren kiezen tussen opties die er zijn, in de zorg en behandeling, bij besluiten rond medicatie en hulpmiddelen en rond het adequaat gebruik van zorg en middelen.

In het educatieproces zijn ervaringsdeskundigheid en lotgenotencontact van wezenlijk belang voor de integratie van genoemde kennis, kunde en vaardigheden in de persoon van de mens met diabetes. Bij basiseducatie dienen daarom ook de educatieprogramma's van de Diabetesvereniging Nederland betrokken te worden.

5.4 Plaats van educatie in behandeling



6. Kwaliteit

Deze Zorgstandaard beschrijft goede diabeteszorg in beschreven vorm en meetbare kwaliteitscriteria (**zie bijlagen A en B**). **Einddoel** is dat in een diabetesteam (ongeacht of dit nu binnen een huisartspraktijk, ziekenhuissetting of anderszins functioneert) kan worden vastgesteld dat men binnen een bepaalde periode (bijvoorbeeld 5 jaar) de zorg op een acceptabel niveau moet hebben gebracht en dat er jaarlijks per betrokken zorgverzekeraar(s) afspraken worden gemaakt hierover alsmede over de minimaal te behalen drempel (kwaliteitslat).

De NDF ziet de kwaliteit van diabeteszorg als een van de belangrijkste onderdelen van haar beleid om te komen tot haar hoofddoelstelling: Goede diabeteszorg, voor iedereen! Deze zorgstandaard is gebaseerd op goede, breed gedragen richtlijnen en adviezen en vereist een financiële afstemming om uitgevoerd te kunnen worden. Deze financiële afstemming vereist vervolgens een duidelijk kwaliteitsbeleid met transparantie voor alle betrokken partijen: geen vrijblijvendheid, maar meetbaarheid, positieve stimulatie en transparantie. Wie volgens de zorgstandaard (en richtlijnen) wil werken en financiering hiervoor wil verkrijgen, dient de resultaten van de diabetesbehandeling te kunnen weergeven. Aanvankelijk zal dit kunnen met een beperkte lijst van items waarbij vooral naar het behandelproces wordt gekeken. Uiteindelijk zullen echter niet alleen de onderdelen van het behandelproces worden gemeten en beoordeeld, doch ook de uitkomsten in gezondheid. In diverse landen bestaat hiertoe reeds een werkzame oplossing die een stimulerende en sturende werking heeft voor de verbetering van de diabeteszorg.

Deze standaard geeft de mogelijkheid om zo'n stimulerend plan te starten. Aanvankelijk zouden daarin ten minste 10 procesvariabelen moeten worden gemeten. Vanuit een bestaande situatie (benchmark) worden op regionaal niveau jaarlijks doelen en termijnen gekozen die de verbetering in de diabeteszorg voor alle partijen vastgelegd, bij voorkeur door een klankbord van betrokken partijen (mensen met diabetes, behandelaars, verzekeraars, overheid) . Er dient een vast te leggen minimale, door NDF en haar leden vastgestelde 'kwaliteitslat van diabeteszorg' te worden gehaald. Jaarlijkse aanpassing van die minimale normen moet uiteindelijk leiden tot een situatie waar de in de richtlijnen vastgelegde goede diabeteszorg de geldende en gewone situatie wordt.

Uitgangspunt:

De NDF richtlijnen en de (herziene) NHG Standaard blijven uitgangspunt voor goede diabeteszorg. Voor het leveren van goede diabeteszorg zijn een aantal componenten van zorg nodig:

- een goede, in protocol vastgelegde, (organisatie)structuur;
- een beschrijving van het proces (is alles gedaan en gemeten wat gedaan en gemeten moet worden);
- en het resultaat (hoe goed is het gedaan).

Per onderdeel zijn criteria vast te stellen, waardoor een checklist ontstaat. Zowel het diabetesteam dat de zorg levert, als de externe beoordelaar (regionale coördinator, ziektekostenverzekeraar) kunnen aan de hand van die lijst de kwaliteit van zorg meten. Aan de hand van de eerste meting (de nul meting) kunnen afspraken gemaakt worden met het team voor het volgende jaar (resultaatverplichting). Tevens kunnen resultaten van teams in

de regio's) met elkaar vergeleken worden. Factoren die de kwaliteit beïnvloeden komen zo vaak boven tafel en in overleg met de zorgverzekeraar kan beoordeeld worden hoe belemmerende factoren kunnen worden weggelaten.

Een instelling voor kwaliteitszorg: voor de uitwerking van dit programma moet uiteindelijk een organisatie worden aangesteld, die kwaliteit kan meten en beoordelen. De Inspectie voor de Volksgezondheid en/of NDF zou daarbij een rol kunnen spelen. Ook zou een regionale coördinator als organisator van de data-aanleveraar (benchmarking) in zijn regio kunnen optreden.

Deelnemers: in principe kan elk diabetesteam meedoen aan dit programma, mits dit team multidisciplinair is samengesteld en voldoende¹ mensen met diabetes onder behandeling heeft gedurende het hele jaar. Voorwaarde is ook dat een arts de medische eindverantwoordelijkheid heeft. Een arts is daarmee de indiener van de aanvraag tot erkenning.

Alle patiënten: belangrijk is dat bij de teams in de huisartspraktijk alle mensen met diabetes betrokken zijn in de kwaliteitszorg en bij grote transmurale teams en diabetescentra dient de samenstelling van de populatie duidelijk te zijn.

Kosten: aan het evaluatieproces op zich zijn extra kosten verbonden, waarvoor nog geen financiering bestaat. En vaak ontbreekt een goede registratiemethode om data te verzamelen.

Frequentie: belangrijk is ook de frequentie van het aanleveren van data en dus van herbeoordeling vast te leggen. Vooralsnog minimaal jaarlijks.

Controle op data: een controlesysteem is vereist en daarmee de verplichting steekproeven toe te laten op de aangeleverde data.

Werkwijze deelname:

- inleveren via een aanmeldingsformulier van algemene gegevens van het (diabetes) team: bemensing, locaties, werkwijze, zorgplan;
- inleveren gegevens over de uitkomsten;
- inleveren van gegevens over de patiënten enquête.

¹ Een exact cijfer is hiervoor niet te noemen. Het gaat erom dat er voldoende kritische massa aanwezig is om het team zowel inhoudelijk als operationeel adequaat te laten functioneren.

BIJLAGE A CHECKLIST ORGANISATIESTRUCTUUR

Naam en plaats diabetesteam :

- hoeveel fte artsen werken hier
- hoeveel fte daarvan werken in de diabeteszorg
- is een arts speciaal verantwoordelijk voor de diabeteszorg
- hoeveel fte diabetesverpleegkundigen werken hier
- hoeveel fte diëtisten werken hier (evt. aantal uren per week)
- hoeveel fte praktijkondersteuners voor diabetes werken hier
- is er een directe relatie met een internist
- wat is de rol van de apotheker
- hoeveel keren per jaar vindt gestructureerd overleg plaats
- bent u als team in staat de bloedglucose te meten
- bent u als team in staat microalbumine te meten
- bent u als team in staat de lipiden te meten
- bent u als team in staat het HbA1c te bepalen
- is de educatie per patiënt vastgelegd
- is er een register van alle patiënten
- is er een lijst van mensen met diabetes
- hoeveel mensen zijn bekend met diabetes
- is er een specificatie mogelijk rondom aantallen met voedingsadvies, tabletten, insuline en combinatie van die laatste twee
- is er een protocol voor diabeteszorg
- zijn er afspraken over screening
- zijn er afspraken over overleg
- zijn er afspraken met de apotheker
- zijn er richtlijnen voor educatie
- wie is verantwoordelijk voor de educatie
- wie is verantwoordelijk voor instellen op insuline
- wie verricht de 3 maandelijks controles
- wie verricht de jaarlijkse controle
- wie geeft de eerste educatie
- wie geeft daarna gestructureerde educatie
- wie zorgt voor mensen die immobiel zijn of in verzorgingshuis
- wie zorgt voor bijscholing teamleden
- wie is de coördinator
- wie wijst mensen op de patiëntenvereniging DVN
- is er een patiëntenenquête

BIJLAGE B KWALITEITSPARAMETERS VOOR GOEDE DIABETESZORG

Meetset voor volwassenen met diabetes (vanaf 18 jaar)

PROCES

RESULTAAT

Parameter	hoe vaak	registratie	% gemeten	resultaat
1) HbA1c	1x/jr	dossier	%	% < 7% % > 8.5%
2) Bloeddruk	1x/jr	dossier	%	% >160/90 % <140/85
3) Body Mass Index	1x/jr	dossier	%	kg/m ² <25 < 30
4) Oogonderzoek blind/slechtzien	1x/jr	dossier	%	DRP
5) Voetonderzoek ulcus/amputatie	1x/jr	dossier	%	high risk
6) Nierfunctie kreatinine microalb meting (onder 50 jaar) nierfalen	1x/jr 1x/jr 1x/jr	dosssier	%	% kreat > 130 % microalb
7) Lipidenprofiel	1x/jr	dossier	%	% chol/HDL > 5 % chol/HDL >6
8) Roken	ja	dossier	%	% rokers dat stopte
9) Educatie	jaarlijks enquête		%	tevredenheid
10) Diëtist bezocht	jaarlijks	enquête		%
11) Zelfregulatie	ja	enquête	%	
12) Tevredenheid van patiënten	uitmuntend zeer goed/goed	enquête	%	
* diabeteszorg			%	
* enquête respons			%	
* 24 uren bereikbaarheid			%	
* uitleg resultaten			%	
* bejegening			%	

- 13) Lid patiëntenvereniging DVN %
- 14) Goed gebruik en toepassing van educatie engeneesmiddelen
- 15) Hoeveel complicaties traden op?
- overlijden: welke leeftijd en oorzaak
 - hartvaatziekten
 - amputaties
 - blindheid/slechtziendheid
 - nierdialyse of transplantatie
- 16) Hoeveel nieuwe mensen met diabetes zijn ontdekt?
- 17) Hoeveel mensen met diabetes zijn op insuline overgezet?

BIJLAGE C SAMENSTELLING WERKGROEP ZORGSTANDAARD

Voorzitter:

Dr. H.J. Aanstoot

kinderarts (voorzitter NDF)

Leden:

P.J.A. Broens

diabetesverpleegkundige, voorzitter bestuur EADV,
secretaris bestuur NDF

J.J. Gillissen

directeur Diabetesvereniging Nederland (DVN)

Mevrouw E.R.G. Kuipers

diëtist (bestuurslid DNO)

Dr. K. Reenders

huisarts (bestuurslid *D/HAG*) en lid bestuur NDF**Ambtelijk secretariaat:**

Mevrouw drs. W. Kuper

coördinator NDF

Mr drs. H.P. Kuipers

directeur NDF

Schriftelijke bijdragen :

Mevrouw G.A. van Felius

diëtist (voorzitter bestuur DNO) en lid bestuur NDF