

NDF Zorgstandaard

*Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met
diabetes type 2*

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1 Inleiding	5
1.1 Verschil tussen een zorgstandaard, een richtlijn en een protocol	5
1.2 Wat is diabetes?	5
1.3 Incidentie en prevalentie	6
1.4 Preventie	6
1.5 Het programma Diabetes Ketenzorg.....	7
2 Inhoud van diabeteszorg	8
2.1 Inleiding	8
2.2 De mens met diabetes als regisseur van zijn eigen zorgplan.....	8
2.3 Educatie en ondersteuning van de zelfzorg	8
2.4 Informatie over leefstijl	9
2.4.1 Voeding en dieetadvisering.....	9
2.4.2 Bewegen	9
2.4.3 Roken.....	9
3 Organisatie van diabeteszorg.....	10
3.1 Inleiding	10
3.2 De diabeteszorggroep	10
3.3 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden.....	11
3.4 Diabeteszorgprotocol	11
3.5 Communicatie in de keten.....	12
3.6 Privacy.....	12
3.7 Toegankelijkheid	12
3.8 Facilitaire diensten	13
4 Kwaliteit van diabeteszorg.....	14
4.1 Inleiding	14
4.2 Registratie van uitkomsten.....	14
4.3 Benchmarking	14
4.4 Werken volgens de NDF Zorgstandaard.....	15
Bijlagen	
1 Relevante richtlijnen	17
2 Checklist Organisatiestructuur	18
3 Kwaliteitsparameters voor goede diabeteszorg	19
4 Inhoud van de zorg in het eerste jaar na de diagnose.....	21
5 Samenstelling werkgroep Actualisering NDF Zorgstandaard	22

Voorwoord

De Nederlandse gezondheidszorg bevindt zich in een fase waarin de dynamiek fundamenteel verandert. Met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet is, voor alle partijen in de markt, ruimte gecreëerd voor het nemen van initiatieven. De patiënt wordt gevraagd een keuze te maken tussen de verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De zorgaanbieders worden geprikkeld zich te onderscheiden van de concurrenten door hun zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgvraag en de zorgprocessen zo doelmatig mogelijk te (her)inrichten. De zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid selectief contracten af te sluiten met de zorgaanbieders waarbij zij op zoek gaan naar betaalbare en kwalitatief hoogwaardige zorg. Voorwaarde voor het maken van de juiste keuzes in het zorgaanbod, op basis van rationele argumenten, is echter dat alle partijen de beschikking hebben over onafhankelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van de zorg. Deze informatie is tot op heden ontoereikend met als gevolg dat partijen keuzes maken op basis van andere argumenten dan de kwaliteit van de zorg. Het ontbreken van informatie kan verder leiden tot min of meer onopgemerkte kwaliteitsverschillen tussen de zorgaanbieders.

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) constateert in haar Beleidsplan 2006-2010¹ dat haar NDF Zorgstandaard een centrale rol speelt in de verwezenlijking van goede diabeteszorg door richting te geven aan de inhoud en de organisatie van de zorg. De continu wijzigende en toenemende vraag naar zorg, de groeiende complexiteit van wetenschap en technologie, veranderende inzichten in gedrag en leefstijl, de vergrijzing en nieuwe behandelmethoden en veranderingen binnen de Nederlandse gezondheidszorg eisen actualisering en completering van de Zorgstandaard uit 2003.

In deze geactualiseerde Zorgstandaard speelt onverminderd de mens met diabetes de centrale rol. Het uitgangspunt is dat de mens met diabetes, binnen zijn mogelijkheden, **mede** verantwoordelijk is voor de wijze waarop hij met zijn eigen ziekteproces omgaat. Daarbij wordt verwacht dat hij zelf actief op zoek gaat naar de juiste informatie en vervolgens de beslissende keuzes maakt.

Met deze herziene Zorgstandaard biedt de Nederlandse Diabetes Federatie alle partijen die bij de zorg betrokken zijn opnieuw een leidraad bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor mensen met diabetes type 2. De federatie, als koepelorganisatie van patiënten, behandelaars en wetenschappers en daarmee centraal aanspreekpunt binnen het diabetesveld voor overheid en verzekeraars, is immers bij uitstek de partij die een zorgstandaard kan aanbieden. Door de norm (gebaseerd op richtlijnen en wetgeving) aan te geven waaraan goede diabeteszorg moet voldoen, wordt het voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject. Voor de mens met diabetes is deze ondersteuning onontbeerlijk. Immers, een goed geïnformeerde patiënt is beter in staat keuzes te maken, mee te denken in het eigen ziekteproces en zijn eigen gezondheid te bewaken. Dit leidt tot een verbetering van de uitkomsten van zorg en lagere kosten bij het managen van diabetes type 2.

Daarnaast biedt deze Zorgstandaard concrete indicatoren om inzicht te verkrijgen in de geleverde zorg door het meten van prestaties en het vergelijken van uitkomsten. Het gaat dan om uitkomstindicatoren, procesindicatoren en indicatoren die de patiëntervaringen in de zorg in beeld brengen. Deze indicatoren hebben zowel een interne werking (verbeteren van de zorg en wetenschappelijke vakontwikkeling) als een externe werking (maatschappelijke verantwoording) waardoor de kwaliteit wordt geborgd. Voorts spelen de uitkomsten van zorg een belangrijke rol bij contractering van diabeteszorg.

De ketenbenadering, zoals beschreven in deze Zorgstandaard, past binnen de huidige ontwikkelingen waarbij de vergoeding van de zorg zich niet meer richt op de afzonderlijke medische verrichtingen maar op een samenhangend aanbod van producten en diensten. De NDF Zorgstandaard vormt het uitgangspunt voor het formuleren van de ketenzorg voor

¹ Nederlandse Diabetes Federatie, Gezonde kijk op diabetes; Preventie, zorg en kennis samen in beleid, Beleidsplan 2006-2010, Amersfoort 2006

patiënten met diabetes type 2 en is daarmee leidend voor het zorgbeleid en de zorginkoop en een leidraad voor de patiënt. De NDF Zorgstandaard heeft geen betrekking op enkele specifieke groepen patiënten die een zwangerschap overwegen dan wel zwanger zijn en op kinderen (<18 jaar) en patiënten die op basis van ernstige complicaties volledig in de tweede lijn worden behandeld. Completering hierop is voorzien.

1 Inleiding

1.1 *Verschil tussen een zorgstandaard², een richtlijn en een protocol*

Een *zorgstandaard* is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van mensen met een bepaalde aandoening. Het beschrijft de norm (gebaseerd op richtlijnen en wetgeving) waaraan goede zorg voor een bepaalde aandoening zowel zorginhoudelijk als procesmatig moet voldoen. Dit maakt het voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject.

De NDF Zorgstandaard is het algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van alle mensen met diabetes type 2 en biedt daarmee het fundament voor goede diabeteszorg in ons land.

Een *richtlijn* is een op systematische wijze ontwikkeld document, gebaseerd op wetenschappelijke inzichten (evidence based) en gebundelde klinische ervaring (practice based), die hulpverleners en patiënten behulpzaam kan zijn bij het nemen van beslissingen over adequate (effectieve en doelmatige) zorg bij een specifiek gezondheidsprobleem. De richtlijn is een advies dat het 'wat, wanneer en waarom' beschrijft en is, evenals de zorgstandaard en het protocol, gekoppeld aan een diagnose.

De richtlijn vormt de input voor een *protocol* waarin naast het 'wat en wanneer' het 'hoe' wordt beschreven.

1.2 *Wat is diabetes?*

Diabetes, in de volksmond suikerziekte genoemd, is een stofwisselingsziekte waarbij de glucoseregulatie is verstoord. Er bestaan twee hoofdvarianten van de aandoening: diabetes type 1 en type 2. Daarnaast komen een aantal andere vormen voor, zoals MODY, LADA en zwangerschapsdiabetes. Er bestaat (nog) geen genezing voor diabetes.

Diabetes type 1

Hierbij is sprake van een volledig ontbreken van het hormoon insuline. Het kenmerkt zich doordat het vaak op jonge leeftijd wordt vastgesteld en de persoon insuline afhankelijk is. Diabetes type 1 betreft circa 10% van het totale aantal mensen met diabetes, wordt momenteel vrijwel altijd behandeld in de tweede lijn en wordt in deze Zorgstandaard verder buiten beschouwing gelaten.

Diabetes type 2

Dit type diabetes, in het verleden ook wel ouderdomsdiabetes genoemd, is een chronisch progressieve stofwisselingsziekte waarbij de glucoseregulatie ontregeld is door het niet juist functioneren en/of onvoldoende aanwezig zijn van insuline. Overgewicht en onvoldoende lichaamsbeweging spelen, naast genetische aanleg, een belangrijke rol in het tekortschieten van de insulineproductie en het ontstaan van diabetes type 2. De huidige Westerse leefwijze heeft een enorme toename van het aantal mensen met diabetes veroorzaakt alsmede een steeds lagere leeftijd waarop de aandoening wordt vastgesteld. De naam ouderdomsdiabetes is daarmee niet meer adequaat. De aandoening wordt voornamelijk vastgesteld en behandeld in de eerstelijns (zie hoofdstuk 3.2), desalniettemin wordt momenteel tenminste 25% van deze patiënten (mede) in de tweedelijns behandeld. Dit deels vanwege de aandoening zelf, deels vanwege diabetes gerelateerde complicaties of co-morbiditeit

Diabetes mellitus kan op den duur leiden tot ernstige complicaties. Deze complicaties ontstaan doordat het ziekteproces van diabetes schade veroorzaakt aan de grote en kleine bloedvaten. Voorbeelden van deze complicaties zijn: ziekten van **grotere** bloedvaten rondom het hart (met als gevolg hartinfarct, angina pectoris), naar de hersenen (hersenenbloedingen en infarcten) en naar de benen (met wonden en amputaties tot gevolg) en ziekten van **kleine** bloedvaten in nieren (leidend tot verlies van nierfunctie en uiteindelijk tot dialyse), ogen (blindheid) en zenuwen (neuropathie). De grote diversiteit van mogelijke complicaties maakt de behandeling van de patiënt met diabetes complex. Deze complexiteit wordt bij stijgende leeftijd vaak nog vergroot door andere eveneens bestaande aandoeningen (co-morbiditeit).

² Hierbij is geput uit het rapport Zorgstandaards, Nyfer, Breukelen 2006, pag. 35 en uit het proefschrift van Houweling ST, Taakdelegatie in de eerstelijns- en tweedelijns diabeteszorg. Resultaten van de DISCOURSE studies, 2005, pag. 26.

Strikte bewaking van alle bekende risicofactoren voor hart en vaatziekten (o.a. roken, bloeddruk, vetstofwisselings-stoornissen en verminderde nierfunctie), doet de kans op het optreden van de complicaties verminderen. In geval van complicaties kan het noodzakelijk zijn de behandeling te intensiveren in samenwerking met tweedelijnsdisciplines.

1.3 Incidentie en prevalentie

In 2003³ waren er 600.000 mensen met diabetes in ons land (prevalentie). Daarvan heeft circa 90% type 2 diabetes. Jaarlijks komen er 72.500 nieuwe gevallen bij (incidentie) en het RIVM voorspelt dat het aantal personen met diabetes tussen 2005 en 2025 met een derde toeneemt (32,5%). Daarmee is diabetes de sterkste stijger onder de chronische aandoeningen. Naar schatting zijn er circa 250.000 mensen bij wie de aandoening al wel bestaat maar bij wie de diagnose nog niet is gesteld of de symptomen nog afwezig zijn. Deze schatting is mede gebaseerd op internationale vergelijkingen waarbij men veronderstelt dat ongeveer 25% van de totale groep mensen met diabetes nog onbekend zou zijn. Naast deze 850.000 mensen met diabetes (600.000 bekend en mogelijk 250.000 nog onbekend) hebben op dit moment naar schatting nog eens zo'n 750.000 mensen een verhoogd risico om in de komende jaren diabetes te ontwikkelen.

1.4 Preventie

Gelet op het enorme aantal mensen met diabetes mellitus type 2 is preventie een essentieel onderdeel van goede diabeteszorg. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire preventie.

Bij *primaire preventie* is het doel de ziekte te voorkomen door de risicofactoren te beïnvloeden. Bij diabetes type 2 zijn overgewicht en onvoldoende beweging belangrijke factoren bij het ontstaan van de ziekte en potentieel beïnvloedbaar. Primaire preventie richt zich op de gezonde mens.

Secundaire preventie is een essentieel en integraal onderdeel van goede zorg voor mensen met diabetes. Het gaat hierbij om het vermijden dan wel verminderen, vertragen of terugdringen van de complicaties bij mensen bij wie de diagnose diabetes type 2 is gesteld.

Bovenstaand onderscheid in preventie sluit aan bij de verschillende fasen in het individuele ziekteproces. Nieuwe gezondheidskennis en vormen van ketenzorg maken dat de voorgaande begrippen bij individuen met een hoogrisico, niet meer goed te onderscheiden zijn. De scheidslijnen tussen preventie en curatie en tussen preventie en care zijn onduidelijker geworden. Binnen de publieke gezondheid is de afgelopen jaren een ander begrippenkader ontwikkeld. Het betreft het onderscheid naar *collectieve preventie* bestaande uit universele en selectieve preventie en de *individuele preventie* bestaande uit geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie.

- Universele preventie richt zich op de gehele bevolking en heeft tot doel de gedragsgerelateerde gezondheid te bevorderen
- Selectieve preventie heeft tot doel specifieke (hoog)risicogroepen te identificeren en gerichte preventieprogramma's uit te voeren zodat de gezondheid wordt bevorderd.
- Geïndiceerde preventie richt zich op gezondheid bevordering van het individu waarbij wel gezondheidsklachten aanwezig zijn, maar waar de diagnose niet is gesteld. Het doel hierbij is gezondheidsschade te voorkomen door interventie.
- Zorggerelateerde preventie is een essentieel en integraal onderdeel van goede zorg voor mensen met een of meerdere gezondheidsproblemen. Het gaat hierbij om het **vermijden** dan wel verminderen, vertragen of terugdringen van de complicaties en ondersteuning bij de zelfredzaamheid.

Deze Zorgstandaard beschrijft de zorg voor de mens met diabetes type 2 vanaf de diagnose. Derhalve valt de primaire preventie, of in de terminologie van het nieuwe begrippenkader de universele en selectieve preventie, buiten de scope van deze Zorgstandaard. Wel dient opgemerkt te worden dat er ontwikkelingen gaande zijn die zich richten op hoogrisico groepen. Deze ontwikkelingen onderschrijven het belang van een meer integrale benadering van de diabetes problematiek en dus een koppeling tussen preventie en zorg. Wellicht zal dit

³ RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Diabetes mellitus, Bilthoven 2005

in de toekomst leiden tot aanvullingen op deze Zorgstandaard. De NDF Zorgstandaard richt zich op de individuele preventie van patiënten met diabetes type 2 (geïndiceerd, zorggerelateerd). Van de zorgverleners mag verwacht worden dat zij alert zijn op risicofactoren voor niet gediagnosticeerde diabetes zodat in een vroeg stadium de diagnose kan worden gesteld en met de behandeling kan worden gestart. Daarbij is bekend dat door het verbeteren van de leefstijl het optreden van diabetes kan worden voorkomen dan wel uitgesteld. De NHG-standaard Diabetes mellitus type 2⁴ geeft concrete aanwijzingen hoe dit vorm te geven.

Concluderend: Diabetes type 2 is een chronisch progressieve aandoening waar steeds meer mensen op steeds jongere leeftijd aan lijden en waarvan de behandeling per individu steeds complexer wordt.

1.5 Het programma Diabetes Ketenzorg

Op verzoek van het ministerie van VWS is door ZonMW het programma 'Diabetes Ketenzorg'⁵ gestart. Aanleiding daarvoor waren de bevindingen van de "Taakgroep Programma Diabeteszorg"⁶ waaruit bleek dat een multidisciplinair samengestelde en conform de NDF Zorgstandaard werkende zorggroep de beste waarborg biedt voor het leveren van optimale diabeteszorg tegen een aanvaardbare prijs.

Er is een concept keten-dbc⁷ diabetes vastgesteld gebaseerd op de eerste Zorgstandaard van de NDF. Vervolgens zijn er diabeteszorggroepen geselecteerd voor deelname aan het programma, dat tot eind 2008 loopt. De deelnemende diabeteszorggroepen sluiten een dbc overeenkomst met de zorgverzekeraar. Dit houdt in dat er één prijs wordt afgesproken voor de totale diabeteszorg en dat de diabeteszorggroep zorg levert op grond van de afgesproken keten-dbc.

De minister van VWS hoopt met de resultaten van het programma inzicht te krijgen of een keten-dbc diabetes het juiste instrument is voor het organiseren, leveren en financieren van goede en betaalbare diabeteszorg die dekkend is in heel Nederland. De resultaten waren ten tijde van het schrijven van deze Zorgstandaard nog niet bekend.

⁴ Rutten GHEM, Grauw de WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, et al NHG Standaard diabetes mellitus type 2 (tweede herziening). Huisarts Wet 2006; 49:137-152

⁵ Zie website www.zonmw.nl Programma Diabetes Ketenzorg

⁶ Taakgroep Programma Diabeteszorg. Diabeteszorg beter. Ministerie VWS, Den Haag 2005

⁷ diagnose behandel combinatie (dbc)

2 Inhoud van diabeteszorg

2.1 Inleiding

De inhoud van de zorg voor mensen met diabetes type 2 zoals beschreven in deze Zorgstandaard is gebaseerd op de meest recente NHG-standaard Diabetes mellitus type 2. In deze standaard wordt onder andere beschreven hoe de diagnose moet worden gesteld, welke medische interventies nodig zijn, welke educatie noodzakelijk is en welke adviezen er met betrekking tot de leefstijl moeten worden gegeven. In samenspraak met de patiënt wordt deze standaard door een multidisciplinaire diabeteszorggroep onder verantwoordelijkheid van de behandelend (huis)arts (zie hoofdstuk 3.2) vertaald naar een individueel zorgplan. De concrete inhoud van de zorg zoals die doorgaans geleverd wordt in het eerste jaar na de diagnose wordt beschreven in bijlage 4.

2.2 De mens met diabetes als regisseur van zijn eigen zorgplan.

De Zorgstandaard is niet geschreven vanuit de aanbodkant, maar gaat uit van de vraag van patiënten die gebruik maken van de zorg. In een individueel zorgplan worden, overeenkomstig de NHG-Standaard en de NDF/CBO richtlijnen, alle onderdelen die van belang zijn in de behandeling van de patiënt vastgelegd. Het gaat hierbij om individuele doelstellingen, streefwaarden, educatie en therapietrouw. Voor iedereen met diabetes moet overeenkomstig de NDF Zorgstandaard een educatie-, motivatie- en behandelplan beschikbaar zijn. Ook de verantwoordelijkheden van de leden van de diabeteszorggroep en van de patiënt worden vastgelegd. Een individueel zorgplan helpt de patiënt inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het stimuleert tot het vervullen van een sleutelrol in het monitoren van het verloop van het ziekteproces. Het zorgplan legt daarmee de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid veel directer bij de patiënt zelf.

De patiënt maakt voor zijn eigen behandeling deel uit van de diabeteszorggroep.

De individuele leefstijl van de patiënt heeft grote invloed op het verloop van de diabetes mellitus. Het is daarom van essentieel belang te investeren in de betrokkenheid van de patiënt en zijn directe omgeving bij het opstellen van het individuele zorgplan. Zodoende kan het zorgplan op maat worden gemaakt, aangepast aan kennisniveau, leeftijd en leefwijze. Het is aannemelijk dat de patiënt vlak na het stellen van de diagnose nog te weinig zelfvertrouwen heeft en te weinig kennis van de ziekte en het proces om die rol als regisseur van het eigen zorgplan te kunnen vervullen. In deze fase is dan ook permanente ondersteuning van de diabeteszorggroep nodig. Naarmate de patiënt meer kennis verwerft zal zijn zelfvertrouwen en betrokkenheid toenemen. De kennis behelst zowel inzicht in de structuur van de keten en ieders verantwoordelijkheden daarbinnen als de ziektegerelateerde kennis. Indien de patiënt volledig geïnformeerd is over de ziekte, de behandelmogelijkheden en het eigen behandelplan, daarbij vertrouwen heeft in het behandelplan én betrokken wordt bij de uitvoering en evaluatie, is hij in staat de rol van regisseur op zich nemen. De regisseursrol op basis van volledige informatie heeft een positieve invloed op de motivatie van de patiënt en op de therapietrouw.

2.3 Educatie en ondersteuning van de zelfzorg

Educatie kan omschreven worden⁸ als een deel van het zorgproces waarbij iemand met diabetes (en zijn eventuele verzorger) voorzien wordt van kennis, inzicht en vaardigheden die nodig zijn voor zelfzorg met betrekking tot diabetes. Het gaat hierbij om het kunnen omgaan met alle dagelijks voorkomende situaties, maar ook met bijzondere en crisissituaties, waarbij er naar wordt gestreefd onder alle omstandigheden de gewenste levensstijl te handhaven. Diabeteseducatie is alleen effectief wanneer gebruik wordt gemaakt van strategieën die erop gericht zijn het geleerde daadwerkelijk in de praktijk te (blijven) brengen.

De mens met diabetes kan, indien hij dat wenst, ter ondersteuning van de zelfzorg gebruik maken van informatie uit een gedeeld dossier (voorbeeld NDF diabetespas). Een dergelijk

⁸ NDF Advies voor Diabeteseducatie, Amersfoort 2005

gedeeld dossier is erop gericht de patiënt te stimuleren zelf de gegevens te registreren en zodoende inzicht te krijgen in het ziekteverloop. Hiermee beoogt men therapietrouw (compliance) te vergroten doordat de patiënt zicht krijgt op uitkomsten van zorg onder gedeelde regie.

In de totale educatie speelt de diabeteszorggroep een centrale rol, maar ook contacten tussen mensen met diabetes onderling en de patiëntenvereniging. Binnen de diabeteszorg worden diverse educatiemethoden gehanteerd zoals groepseducatie en educatie van de ene mens met diabetes naar de andere. Voor het gebruik van moderne web-based ict-toepassingen, met interactieve technieken die op individuele situaties zijn ontwikkeld⁹, zal een belangrijke rol zijn weggelegd.

Als onderdeel van de educatie kan zelfcontrole een bijdrage leveren bij het zelfmanagement van de aandoening. Het biedt meer inzicht in de factoren die bloedglucosewaarden bepalen en kan zo leiden tot een adequate bloedglucoseregulatie. Ook kan zelfcontrole het gebruik van extra medicatie of de overgang naar insuline uitstellen en complicaties voorkomen, uitstellen of verminderen. Op basis van de afspraken vastgelegd in het individuele zorgplan wordt een checklist opgesteld aan de hand waarvan het zorgproces en de resultaten kunnen worden gevolgd. De apparatuur die door de patiënt wordt gebruikt voor zelftests dient regelmatig te worden gecontroleerd en geijkt.

In de volgende paragraaf worden de belangrijkste factoren met betrekking tot de leefstijl beknopt toegelicht. Voor de uitgebreide informatie over de verschillende factoren wordt verwezen naar de relevante richtlijnen (bijlage 1).

2.4 Informatie over leefstijl

2.4.1 Voeding en dieetadviesing.

De advisering richt zich ondermeer op het optimaliseren van de bloedglucosewaarden, het optimaliseren van het vetspectrum, preventie of uitstel van aan diabetes gerelateerde complicaties en het optimaliseren van het lichaamsgewicht. Algemene adviezen over voeding kunnen door andere zorgverleners dan een diëtist worden gegeven indien die functionaris competent is. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om voedingsadvies bij een hypoglycaemie, het tijdstip van spuiten en eten en het motiveren en stimuleren bij de uitvoer van het voedingsadvies en de eventueel aanbevolen gedragsverandering.

Individueel toegespitste voeding of dieetadviezen moeten door een diëtist gegeven worden. Het is van groot belang dat alle, al dan niet gevraagde, voedingsadviezen van diverse zorgverleners aan mensen met diabetes wetenschappelijk onderbouwd en niet met elkaar in strijd zijn, maar elkaar juist ondersteunen en versterken. De voedingsadviezen moeten daarom gebaseerd zijn op de recente NDF Voedingsrichtlijnen bij diabetes.

2.4.2 Bewegen

De mens met diabetes wordt gestimuleerd te bewegen en te werken aan conditieverbetering. Uit onderzoek is gebleken dat regelmatige lichamelijke activiteit en een matige tot goede lichamelijke conditie leidt tot minder cardiovasculaire complicaties¹⁰. Uiteraard kan bewegen eveneens een bijdrage leveren aan gewichtsverlies. Het advies over de wijze waarop de persoon gaat bewegen dient aan te sluiten bij de mogelijkheden, motivatie en de dagelijkse routine van die persoon en dient te zijn gebaseerd op de recente NDF richtlijn Sport en bewegen. Hij krijgt hierbij educatie over de invloed van lichamelijke activiteit op de bloedglucosewaarden zodat het medicatiegebruik en voedingsadvies hierop kan worden aangepast.

2.4.3 Roken

Roken is, ook bij mensen met diabetes, de belangrijkste risicofactor voor hart- en vaatziekten. De mens met diabetes krijgt hulp aangeboden bij het minderen of stoppen met roken.

⁹ NDF beleidsplan 2006-2010 vanaf pagina 31

¹⁰ Wei, 2000. Hu, 2001. Gregg, 2003

3 Organisatie van diabeteszorg

3.1 Inleiding

Door het snel toenemend aantal mensen met diabetes type 2 en de complexiteit van de behandeling neemt de kans op versnippering van de zorg over meerdere hulpverleners, disciplines en organisatievormen toe. Het risico daarvan is dat er een gebrek ontstaat aan samenhang en continuïteit van de zorg. Daarom wordt in het vervolg van dit hoofdstuk aandacht besteed aan de steeds belangrijker wordende multidisciplinaire samenwerking waarbij de verschillende stappen in het proces, zowel voor wat betreft de inhoud als de tijd, op elkaar worden afgestemd en gecoördineerd.

3.2 De diabeteszorggroep

In grote lijnen vindt de zorg voor het merendeel (circa 70 tot 80 procent) van de patiënten met diabetes type 2 plaats in de huisartsenpraktijk¹¹. Het betreft over het algemeen mensen bij wie de diagnose recent is gesteld en patiënten die stabiel zijn ingesteld of een minder complexe behandeling nodig hebben. Van deze patiënten is 50% ouder dan 70 jaar.

Goede diabeteszorg vereist een multidisciplinaire aanpak door een multidisciplinair team, waarbij de medische eindverantwoordelijkheid berust bij de behandelend (huis)arts. De organisatie van de zorg rondom de mens met diabetes wordt vormgegeven door een diabeteszorggroep. Dit is een multidisciplinair samengesteld team voor de levering van functioneel gestructureerde ketenzorg in overeenstemming met de NDF Zorgstandaard, ingebed in de eerstelijns¹².

Diabeteszorggroepen zullen voornamelijk in de eerstelijns zijn ingebed; de tweedelijns zal zich beperken tot patiënten met bijzondere problematiek en patiënten bij wie zich ondanks goede diabeteszorg toch complicaties ontwikkelen. Dit vraagt om duidelijke transmurale werkafspraken gebaseerd op landelijke afspraken over consultatie, verwijzing en terugverwijzing.

Naast de patiënt, die centraal staat, zijn bij de diabeteszorggroep twee 'schillen' te onderscheiden: een eerste schil met 'kerndisciplines' binnen de zorggroep en een tweede schil met disciplines daarbuiten.

Patiënt centraal

Aangezien de Zorgstandaard uit gaat van de vraag van de mens met diabetes en een actieve houding wordt verwacht ten aanzien van het eigen ziekteproces, maakt ook de mens met diabetes, voor zover het zijn eigen behandeling betreft, deel uit van de diabeteszorggroep.

Eerste schil

In de zorggroep zijn de zogenaamde 'kerndisciplines' vertegenwoordigd. Dit zijn de volgende disciplines:

▪ (Huis)arts

In deze NDF Zorgstandaard wordt hierna – voor de leesbaarheid - steeds gesproken over de behandelend (huis)arts die de medische eindverantwoordelijkheid heeft.

Bij voorkeur zal dit de huisarts zijn. Specifieke kenmerken van de huisartsgeneeskunde, zoals laagdrempeligheid, zorg in de buurt, aandacht voor vaak voorkomende co-morbiditeit en co-medicatie, persoonlijke en continue zorgverlening en kennis van familiegeschiedenis en sociale context van de patiënt, maken de huisartszorg hiervoor bij uitstek geschikt¹³. De huisarts kan ook vanuit de diabeteszorggroep in de uitvoering van deze zorg ondersteund en gesuperviseerd worden door een arts met specifieke kennis op het gebied van diabeteszorg. Daarbij blijft de medische eindverantwoordelijkheid evenwel berusten bij de huisarts.

▪ Praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige

▪ Diabetesverpleegkundige

▪ Praktijkassistent

▪ Diëtist

¹¹ Implementatieplan diabetes mellitus, NDF/NIV/CBO, 2006 pag. 6

¹² Diabeteszorg Beter, Rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2005 pag. 10

¹³ Zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2; <http://nhg.artsennet.nl>

Tweede schil

Naast de kerndisciplines (eerste schil) worden de disciplines buiten de diabeteszorggroep benoemd (tweede schil), waarmee structurele werkafspraken gemaakt worden, namelijk:

- Tweedelijns: oogarts, internist, nefroloog, cardioloog, neuroloog, vaatchirurg, klinisch chemicus
- Apotheker
- Fysiotherapeut
- Maatschappelijk werker
- (Medisch) psycholoog
- Podotherapeut / pedicure

3.3 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

De multidisciplinair samengestelde diabeteszorggroep is ingebed in de eerstelijns en verleent in samenwerking met disciplines uit de tweedelijns zorg met andere teams in de regio. De organisatiestructuur van een diabeteszorggroep moet het in beginsel mogelijk maken als rechtspersoon op te treden (als contractpartner van de zorgverzekeraar).

De bereikbaarheid van de behandelend (huis)arts binnen de diabeteszorggroep is gegarandeerd gedurende 24 uur per dag en is ingebed in de bestaande 24 uren bereikbaarheid van de huisarts.

De medisch eindverantwoordelijke waarmee de patiënt de behandelingsovereenkomst is aangegaan, is verantwoordelijk voor de goede organisatie van de zorg¹⁴, en het aanspreekpunt voor alle leden van de diabeteszorggroep en de disciplines in de tweede schil. De zorg wordt door alle disciplines uitgevoerd volgens de NDF Zorgstandaard en de Richtlijnen (bijlage 1).

Voor alle professionals binnen de diabeteszorggroep gelden eisen wat betreft de vakbekwaamheid, mede bijgehouden door bij- en nascholing. Voor ieder lid van de groep moet het duidelijk zijn tot welk niveau hij de zorg kan leveren en op welk moment hij of zij moet doorverwijzen naar een collega/ andere discipline, waarbij een koppeling aanwezig is met de per beroepsbeoefenaar beschreven kwaliteitskenmerken. Dit niveau van geboden zorg is ook voor de mens met diabetes inzichtelijk. Daarnaast is het duidelijk wie medisch eindverantwoordelijk is, wie de kernbehandelaars zijn, wie van de diabeteszorggroep waarvoor aanspreekbaar is en in welke situaties de patiënt moet worden doorverwezen naar een andere discipline.

Bevoegdheden, taken en verantwoordelijkheden van de kerndisciplines in diabeteszorggroep zijn, ten behoeve van efficiënte en effectieve zorg, op elkaar afgestemd. De in opdracht van de behandelend (huis)arts door een andere lid van het kernteam te verrichten handelingen zijn schriftelijk vastgelegd. De volgens standaard en richtlijnen te leveren zorg is vastgelegd in schriftelijke werkafspraken. De leden van het kernteam zijn daarbij bevoegd en bekwaam tot het uitvoeren van hun werkzaamheden zoals omschreven in de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Taken in de diabeteszorg kunnen geheel of deels worden verricht door een arts, een diabetesverpleegkundige, een diëtist, een praktijkassistent of een praktijkondersteuner. Zij dienen adequaat (na)geschoold te zijn en over deskundigheid conform de registratie van hun beroepsgroep te beschikken. De herschikking van taken is formeel geregeld in de diabeteszorggroep binnen de mogelijkheden en regels van de Wet BIG.

Voor het bieden van de optimale zorg aan de patiënt is adequate gegevensuitwisseling en een gestandaardiseerde transparante dossiervorming noodzakelijk. Door het achterblijven van de ontwikkelingen op het gebied van ICT is het echter tot op heden nog lang niet altijd mogelijk op de plaats waar de zorg wordt geleverd de juiste gegevens ter beschikking te hebben.

3.4 Diabeteszorgprotocol

Iedere diabeteszorggroep beschikt over een duidelijk schriftelijk vastgelegd protocol met betrekking tot de behandeling van de patiënt met diabetes type 2, gebaseerd op de meest

¹⁴ Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WBG0)

recente richtlijnen over specifieke gebeurtenissen en omstandigheden die in het leven van de patiënt kunnen voorkomen.

3.5 Communicatie in de keten

Voor succesvolle ketensamenwerking is het delen van informatie cruciaal. Alle betrokkenen bij de behandeling dienen de beschikking te hebben over actuele informatie van de mens met diabetes. De communicatie tussen de mens met diabetes en de diabeteszorggroep kan worden bevorderd door het gebruik van een gedeeld dossier (bijvoorbeeld huidige nog papieren NDF diabetespas). Hierin worden alle gegevens die van belang zijn voor de behandeling van diabetes bijgehouden en het biedt ondersteuning aan de persoon bij het omgaan met diabetes. Een elektronische versie van de diabetespas is in ontwikkeling. Het beleid met betrekking tot de regionale diabeteszorg wordt structureel besproken binnen de diabeteszorggroep en tussen de kerndisciplines en de tweede schil. Zonodig wordt de zorg bijgesteld en/of beter op elkaar afgestemd. Er zijn vaste afspraken over de communicatie bij verwijzing en de wijze van de over en weer te leveren informatie en overdracht.

3.6 Privacy

Het recht op privacy is een individueel grondrecht en zowel binnen de gezondheidszorg als daarbuiten van belang. Voor medische zaken geldt dat deze verdedigd moeten worden binnen, maar zeker ook buiten de gezondheidszorg. Er worden vele gegevens van patiënten verzameld en vastgelegd. Van de zorgaanbieders wordt transparantie gevraagd terwijl tegelijkertijd de privacy van de patiënt gewaarborgd dient te worden. Specifieke wetgeving voor het waarborgen van de privacy van de patiënt is hierbij dan ook onontbeerlijk. Zonder te pretenderen volledig te zijn worden enkele uitgelicht.

Ten eerste heeft de behandelaar een geheimhoudingsplicht op grond van de wet BIG¹⁵ en de WGBBO¹⁶. Deze geheimhoudingsplicht geldt ook voor andere personen die betrokken zijn bij de behandeling en de beschikking krijgen over de gegevens van de patiënt¹⁷.

In de 'Wet Bescherming Persoonsgegevens' is vastgelegd om welke reden persoonsgegevens mogen worden verzameld en op welke wijze deze dienen te worden bewaard zodat de privacy van de patiënt gewaarborgd blijft, nu en in de toekomst. Dit houdt ondermeer in dat alleen gegevens noodzakelijk voor de behandeling van de patiënt worden vastgelegd en dat die gegevens ook uitsluitend worden gebruikt voor de behandeling. Indien er meer gegevens worden vastgelegd en deze worden gebruikt voor andere doeleinden dan de behandeling dient hiervoor eerst toestemming te worden gevraagd aan de patiënt. Het dossier is zo opgeborgen dat onbevoegden geen toegang hebben. De regels voor de ruimtelijke privacy van de patiënt zijn vastgelegd in de WGBBO. Ruimtelijke privacy houdt in dat de behandeling van de patiënt plaats vindt buiten de waarneming van anderen, tenzij de patiënt ermee instemt dat de behandeling kan worden waargenomen door anderen¹⁸. De zorg aan de mens met diabetes is zo georganiseerd dat de privacy is gewaarborgd.

3.7 Toegankelijkheid

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 in de nu geldende rapporten¹⁹. De kwaliteit van de medische apparatuur (o.a. bloeddrukmeter, de bloedglucoseapparatuur en de weegschaal) dient periodiek (jaarlijks) te worden gecontroleerd. Er wordt adequate tijd uitgetrokken voor het consult. De spreekuurtijd van de arts en andere hulpverleners als de diabetesverpleegkundige, diëtist, praktijkassistent en praktijkondersteuner zijn vanuit patiëntperspectief op elkaar afgestemd.

Goede diabeteszorg is voor elke mens met diabetes in ons land beschikbaar. Er dient dus een landelijk dekkend netwerk van multidisciplinaire diabeteszorggroepen te zijn.

¹⁵ Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg art 88

¹⁶ Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst art 457

¹⁷ Wet klantrecht cliënten zorgsector art 4

¹⁸ Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst art 459

¹⁹ NHG rapport "Praktijkinventaris van de huisarts"

3.8 Facilitaire voorziening

In de ondersteuning van de verzameling van gegevens kan een facilitaire voorziening (bijvoorbeeld in de vorm van een diabetesdienst) een belangrijke rol spelen bij de coördinatie van de diabeteszorg. Deze zou in (een aantal van) de volgende elementen kunnen voorzien:

- de centrale organisatie van oproepbewaking voor de 3-maandelijkse en de jaarcontrole, eventueel inclusief voorafgaand laboratoriumonderzoek;
- jaarlijkse oproep voor fundusfoto;
- begeleiden, adviseren en ondersteunen bij het organiseren van de diabeteszorg;
- het starten van insulinetherapie;
- het geven van nascholing aan leden van de diabeteszorggroep;
- het bieden van jaarlijks spiegelinformatie over de glykemische instelling, het lipiden-spectrum, nierfunctie, nierschade en funduscontrole ten aanzien van de opgeroepen patiënten in relatie tot de totale patiëntengroep;
- het 'hosten' van een databank voor een diabeteszorggroep, van waaruit de terugkoppeling naar zorgverzekeraars kan worden gerealiseerd.

Door deze facilitaire voorziening wordt de coördinatie in de keten ondersteund, wordt voor de patiënt dichtbij huis de noodzakelijke zorg op tijd geleverd, blijft de diabeteszorggroep optimaal geïnformeerd en is helder dat de medische eindverantwoordelijkheid wordt gedragen door de behandelend (huis)arts van de diabeteszorggroep.

4 Kwaliteit van diabeteszorg

4.1 Inleiding

De NDF ziet het verwerven van inzicht in de kwaliteit van diabeteszorg als een van de belangrijkste onderdelen van haar beleid. Het gaat hierbij om het reduceren van de risico's, verbetering van de service, verbetering van de informatievoorziening en het verhogen van de veiligheid. Daarnaast levert kwaliteitsbeleid resultaten op voor de bedrijfsvoering. Hierbij gaat het om organisatorische verbeteringen binnen de keten zoals structurele werkafspraken, gestructureerde communicatie en een efficiëntere inzet van middelen en personeel. Uiteindelijk moet dit alles leiden tot optimale uitkomsten van de diabeteszorg.

Voor de uitvoer van kwaliteitsbeleid zijn kennis en inzicht onmisbaar. Dit vereist onder meer de beschikbaarheid van betrouwbare en actuele data. Goede ict-voorzieningen zijn daarin een noodzakelijke, nog steeds niet vervulde, voorwaarde.

Om tot continue kwaliteitsverbetering van de zorg te komen kan gebruik gemaakt worden van de zogenaamde Deming- cyclus. Bij deze cyclus wordt eerst geconstateerd dat er een probleem is (Pro-Act) en besloten dat verandering gewenst is (Re-Act). De oplossing brengt men binnen bereik door de oorzaak te analyseren en de verbetermogelijkheden te inventariseren (Plan). Vervolgens wordt de gewenste verandering doorgevoerd (Do) waarna een analyse volgt of de doelen gehaald zijn en of er daadwerkelijk een kwaliteitsverbetering is opgetreden.

4.2 Registratie van uitkomsten

Deze Zorgstandaard, uitgaande van evidence based richtlijnen en adviezen, is een van de noodzakelijke middelen voor het beheersen van het zorgverleningproces. Het kwaliteitsbeleid in de NDF Zorgstandaard richt zich op de uitkomsten van de zorg (het zorgresultaat). Het gebruik maken van uitkomsten van zorg is gebaseerd op het feit dat feedback in de vorm van zorguitkomsten aan de zorgprofessionals een stimulans zal zijn tot verbetering²⁰.

Om hiertoe te komen moeten uitkomsten geformuleerd zijn op basis van de geldende richtlijnen en worden geregistreerd aan de hand van meetbare criteria. De uitkomstparameters²¹ worden onderverdeeld in:

- proces- en structuurparameters. De procesparameters betreffen onder andere volledige registratie van doelgroep, oproepbewaking, wachttijden, het aantal arts-patiënt contacten en het aantal afgezegde afspraken. Bij de structuurparameters wordt gekeken naar de samenstelling van de diabeteszorggroep, de (gestructureerde) overlegfrequentie, de wijze van bijscholing etc;
- klinische uitkomst van zorg parameters. Deze uitkomsten worden gemeten op basis van de streefwaarden zoals geformuleerd in de richtlijnen (NHG-standaard). De uitkomsten kunnen vergeleken (benchmark) worden met de richtlijnen (evidence based) of met de data van ander zorggroepen (peer review);
- de functionele uitkomsten ofwel kwaliteit van leven en maatschappelijk functioneren. Het gaat hierbij om drie dimensies: fysiek, psychisch en sociaal;
- de waardering van de mens met diabetes type 2 voor het zorgproces. Deze waardering wordt gemeten door een wetenschappelijk gevalideerde vragenlijst: bijvoorbeeld de CQ-index vragenlijst;
- de kosten van het zorgproces

4.3 Benchmarking

Op *patiënt niveau* biedt de registratie van uitkomsten de mogelijkheid op individueel niveau de effectiviteit van medische en niet medische interventies bij te houden. Ook wordt snel zichtbaar of afspraken worden nagekomen en doelen, gesteld in het individueel behandelplan, kunnen worden gehaald en of aanpassing ervan gewenst is.

²⁰ The impact of type 2 diabetes mellitus in general practice: long-term course of illness and outcome of care in an academic family medicine setting: the Nijmegen Monitoring Project. Thesis, Nijmegen 2001 (ISBN 90-5073-004-3)

²¹ Walburg, Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. 2003

Registratie van uitkomsten biedt eveneens inzicht in de gezondheidssituatie op *populatie niveau*: alle patiënten binnen een aantal diabeteszorggroepen. Deze resultaten kunnen worden gebruikt om de uitkomst van zorg op proces en klinisch niveau onderling te vergelijken (peer review) en te leggen naast de streefwaarden geformuleerd in richtlijnen (NHG-standaard / NDF Zorgstandaard) . Op basis hiervan kan de zorg op populatie niveau vervolgens worden bijgesteld volgens de beschreven kwaliteitscyclus.

De benchmark is er op gericht om uiteindelijk volgens de opgestelde normen te werken. Elke diabeteszorggroep stelt een kwaliteitsbeleid vast en verbindt daaraan doelen. Indien de, binnen de norm gestelde, doelen niet worden gehaald wordt een verbeterplan opgesteld voor het volgende jaar. Documenten voor kwaliteitsbewaking bevatten naast instructies voor de verzameling van uitkomst, structuur en procesparameters ook instructies over 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.

Door de diabeteszorggroep worden ten minste jaarlijks de resultaten van de behandeling op groepsniveau besproken, zo mogelijk in vergelijking met gegevens van andere centra.

4.4 Werken volgens de NDF Zorgstandaard

Wie volgens de NDF 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 (VS, Australië en Finland) bestaat hiertoe reeds een werkzame oplossing die een stimulerende en sturende werking heeft voor de verbetering van de diabeteszorg. Wetenschappelijk onderzoek in de Nederlandse huisartspraktijk heeft de effectiviteit van deze werkwijze aangetoond²². Deze Zorgstandaard geeft de mogelijkheid om een dergelijk stimulerend plan te starten. Aanvankelijk zouden daarin een beperkt aantal procesvariabelen moeten worden gemeten. Vanuit een bestaande situatie worden op regionaal niveau jaarlijks doelen en termijnen gekozen die de verbetering in de diabeteszorg voor alle partijen vastlegt, bij voorkeur door een klankbord van betrokken partijen (mensen met diabetes, behandelaars, verzekeraars, overheid).

Uitgangspunt:

De NDF richtlijnen en de meest recente 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 de diabeteszorggroep die 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 bij deze werkwijze vaak boven tafel en in overleg met de zorgverzekeraar kan beoordeeld worden hoe belemmerende factoren kunnen worden weggenomen.

²² de Grauw WJ, van Gerwen WH, van de Lisdonk EH, van den Hoogen HJ, van den Bosch WJ, van Weel C. Outcomes of audit-enhanced monitoring of patients with type 2 diabetes. J Fam Pract. 2002 ;51:459-64.

Bijlagen

Bijlage 1 Relevante richtlijnen

De meest recente NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2. Bij het ter perse gaan van deze NDF Zorgstandaard was dit de standaard van maart 2006 (Rutten GHEM, Grauw de WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, et al. NHG-standaard diabetes mellitus type 2 (tweede herziening). Huisarts Wet 2006;49:137-152)

Voor alle andere relevante richtlijnen wordt verwezen naar het overzicht richtlijnen op de NDF website (www.diabetesfederatie.nl). De vaste NDF-adviescommissie Standaard en richtlijnen houdt het overzicht actueel.

Bijlage 2 Checklist Organisatiestructuur

Naam en plaats diabeteszorggroep

- Is er een lijst van de totale groep mensen in het verzorgingsgebied
- Is er een lijst van mensen met diabetes
 - o is er een specificatie mogelijk rondom aantallen met voedingsadvies, tabletten, insuline en combinatie van die laatste twee
- Wat is de samenstelling van de diabeteszorggroep
- Is er een protocol voor diabeteszorg
 - o wie is de coördinator
 - o zijn er afspraken over gestructureerd overleg
 - o zijn er afspraken over case finding
 - o zijn er richtlijnen voor educatie
 - o is de educatie per patiënt vastgelegd
 - o wie is verantwoordelijk voor de educatie
 - o wie is verantwoordelijk voor instellen op insuline
 - o wie verricht de 3 maandelijks controles
 - o wie verricht de jaarlijkse controle
 - o wie zorgt voor mensen die immobiel zijn of in een verzorgingshuis verblijven
 - o zijn er afspraken met de apotheker
 - o is er een directe relatie met een internist
 - o zijn er heldere afspraken over verwijzing en terugverwijzing
 - o wie zorgt voor bijscholing teamleden
- Is er een oproepsysteem
- Kwaliteitsbeleid ten aanzien van de metingen
 - o gewicht
 - o bloeddruk
 - o bloedglucose
 - o microalbumine
 - o de lipiden
 - o HbA1c
- Mate van patiëntenparticipatie
 - o wie wijst mensen op de patiëntenvereniging DVN
 - o is er een patiëntenenquête

Bijlage 3 **Kwaliteitsparameters voor goede diabeteszorg**

Overzicht van mogelijke indicatoren bij de meting van de kwaliteit van zorg voor patiënten met een diabetes mellitus type 2²³. Waar mogelijk zijn de streefwaarden overgenomen van de NHG standaard Diabetes Mellitus type 2.

PROCES		RESULTAAT		
Parameter	hoe vaak	registratie	%gemeten ²⁴	resultaat ²⁵
1) HbA1c	1x/jr	dossier	%	% < 7%
2) Bloeddruk	1x/jr	dossier	%	% <140
3) Body Mass Index	1x/jr	dossier	%	kg/m ² <25 < 30
4) Oogonderzoek	1x/twee jr	dossier	%	DRP blind/slechtzien
5) Voetonderzoek	1x/jr	dossier	%	SIM score ulcus/amputatie
6) Nierfunctie	1x/jr	dossier	%	
* klaring	1x/jr			% klaring < 60 < 30 ml.min
* microalb	1x/jr			% microalb % proteinurie
7) Lipidenprofiel	1x/jr	dossier	%	% LDL < 2.5 mmol/l
8) Roken	Ja	dossier	%	% rokers dat stopte
9) Diëtist bezocht	Nieuwe patiënt jaarlijks	enquête	%	
10) Zelfregulatie	Ja	enquête	%	
11) Patiënttevredenheid	1x/jr	Advies: CQ index		
* diabeteszorg			%	
* enquête respons			%	
* 24 uren bereikbaarheid			%	
* uitleg resultaten			%	
* bejegening			%	
12) Lid patiëntenvereniging DVN			%	
13) Hoeveel complicaties traden op?				
*overlijden: welke leeftijd en oorzaak				
* hartvaatziekten				
* amputaties				
* blindheid/slechtziendheid				
* nierdialyse of transplantatie				

²³ Een nadere uitwerking is in ontwikkeling.

²⁴ Met '% gemeten' wordt bedoeld het percentage van het totale aantal diabetes patiënten over wie jaarlijks wordt gerapporteerd.

²⁵ Met 'resultaat' wordt bedoeld het percentage van het gemeten aantal.

14) Gebruik van educatie en geneesmiddelen, gerelateerd aan diabetes²⁶.

Voorbeeld: Hoeveel mensen met diabetes zijn het laatste jaar op insuline overgezet?

15) Hoeveel nieuwe mensen met diabetes zijn ontdekt?

²⁶ Specifieke kwaliteitsparameters voor medicatieveiligheid en therapietrouw zullen nieuw ontwikkeld moeten worden.

Bijlage 4 Inhoud van de zorg in het eerste jaar na de diagnose

De zorg voor patiënten met diabetes type 2 wordt uitgevoerd door een multidisciplinaire diabeteszorggroep onder eindverantwoordelijkheid van een behandelend (huis)arts.

De diagnose 'diabetes type 2' wordt gesteld door de behandelend arts. Voor het stellen van de diagnose wordt gebruik gemaakt van de NHG-standaard. De diagnose wordt gesteld op een basis van een verhoogde nuchter bepaalde bloedglucosewaarde (in geval van grenswaarden door twee laboratoriumwaarden geverifieerd).

Direct na de diagnose worden ziektegeschiedenis, levensstijl en de algehele conditie in kaart gebracht. Op basis hiervan wordt het individuele risicoprofiel alsmede individuele behandeldoelen en een behandelplan opgesteld aan de hand van richtlijnen. Dit behandelplan wordt door de behandelend (huis)arts besproken met de patiënt. In dit gesprek worden de algemene streefwaarden vertaald in individuele zorgdoelen waarbij de eigen inbreng van de patiënt centraal staat.

Om de patiënt een eigen inbreng te kunnen laten hebben in het behandelplan wordt een educatietraject doorlopen met de patiënt.

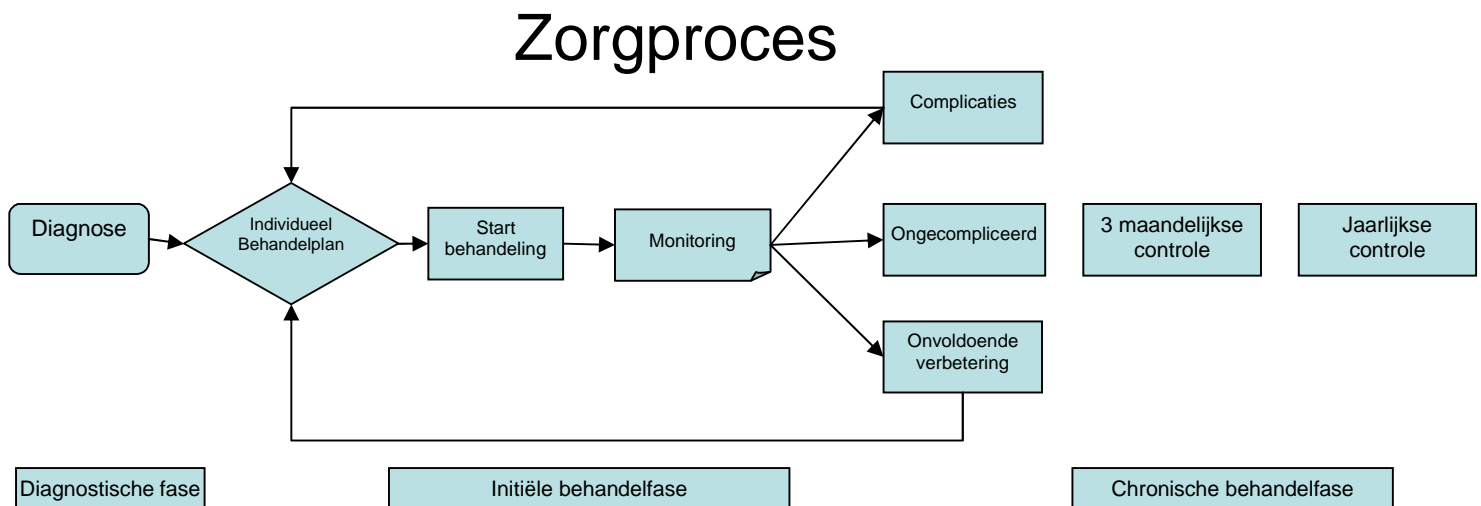
In het individueel behandelplan worden streefwaarden vastgelegd zowel voor wat betreft het gewicht, de glucoseregeling, de bloeddruk, lipiden en de nierfunctie. Als onderdeel van het behandelplan worden afspraken omtrent bewaking van aanpassing van leefstijl, cardiovasculair risicoprofiel, voeten, ogen en nierfunctie vastgelegd. De streefwaarden met betrekking tot het proces en uitkomst van de zorg zijn overeenkomstig de NHG-standaard diabetes mellitus type 2 en de NDF/CBO-richtlijnen vertaald naar de individuele situatie van de patiënt. Wanneer de afgesproken streefwaarden niet worden bereikt, wordt de therapie in overleg met de patiënt aangepast.

Na het bereiken van een stabiele instelling en controle van risicofactoren (veelal na ongeveer 3 maanden) vindt ten minste driemaandelijks controle plaats waarbij specifiek aandacht wordt besteed aan klachten, problemen in de verandering van levensstijl, gewicht, glucoseregulering bloeddruk en al dan niet diabetes gerelateerde overige aandoeningen. De behandeling wordt zo nodig bijgesteld.

Eens per jaar is de controle uitgebreider en worden alle aspecten van diabetes en de behandeling geëvalueerd conform de NHG-standaard diabetes mellitus type 2 en de meest recente NHG-CBO richtlijn cardiovasculair risicomanagement. Op basis van deze gegevens wordt door de behandelend (huis)arts het individuele risicoprofiel opgesteld en in samenspraak met de patiënt de individuele behandeldoelen geëvalueerd en zonodig bijgesteld. Indien de persoon niet verschijnt voor periodieke controle dient hij hieraan herinnerd te worden. De diabeteszorggroep zal trachten (telefonisch) contact op te nemen met de patiënt om te achterhalen wat de reden is van het verzuim.

Er wordt adequate tijd uitgetrokken voor het consult. De spreekuurtijd van de arts en andere kerndisciplines uit de diabeteszorggroep zijn op elkaar afgestemd.

Er is een schriftelijk vastgelegd 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.



Bijlage 5 Samenstelling werkgroep²⁷ Actualisering NDF Zorgstandaard

Voorzitter: Dr. W.J.C. de Grauw	huisarts-onderzoeker, afdeling huisartsgeneeskunde UMC St Radboud Nijmegen, bestuurslid Diabetes Huisartsen Adviesgroep (DiHAG)
Leden: Dr. E. van Ballegooie Mevr. J. van Boxtel Dhr. J.J. Gillissen Dr. S.T. Houweling Mevr. G. J. van Rooijen Mevr. B. W. Scharrenberg	internist praktijkverpleegkundige, iabetesverpleegkundige i.o. directeur DVN arts-onderzoeker, huisarts i.o. diëtist diabetesverpleegkundige
Ambtelijk secretariaat: Mevr. drs. C.J. Brinkman Mr. drs. H.P. Kuipers	beleidsmedewerker NDF directeur NDF
Advies en redactie: Mevr. N. Hellinga MSc	adviseur (Hellinga consultancy)

²⁷ De werkgroep is ingesteld in het kader van de vaste NDF-adviescommissie Standaard en richtlijnen.