

DiHAG 2014 position paper

Inleiding

De Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHAG) is in 1996 als stichting opgericht met als doel een huisartsgeneeskundig steunpunt te vormen binnen de diabeteszorg in Nederland, de beroepsgroep op het gebied van eerstelijns diabeteszorg namens het NHG en de LHV te vertegenwoordigen in talrijke nationale gremia waaronder de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), scholing te bieden aan huisartsen over diabeteszorg en gevraagd en ongevraagd advies te geven aan derden over huisartsgeneeskundige en transmurale diabeteszorg. In de afgelopen 16 jaar heeft de DiHAG zich ontwikkeld tot een gerenommeerde expertgroep met 47 leden, allen kaderhuisartsen diabetes, die mede namens NHG en LHV bewaakt dat diabeteszorg onderdeel is en blijft van de huisartsgeneeskunde.

De DiHAG onderschrijft het belang van de huisarts als generalist in de eerstelijns maar is ook pleitbezorger van differentiatie in de huisartsgeneeskunde. Daarom is de DiHAG mede-initiator geweest van het tot stand komen van de kaderopleiding diabetes. Differentiatie is van groot belang wil de huisarts hoogwaardige zorg kunnen blijven leveren binnen de toenemende zorgvraag in chronische zorg ten aanzien van patiënten met diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en COPD. De groep patiënten met diabetes mellitus type 2 groeit daarbij sterk. De zorg voor deze groep patiënten is multidisciplinair. Een goede organisatie en expertise zijn daarbij essentieel. Kwaliteitsbeleid neemt hier een belangrijke plaats in. Zorggroepen faciliteren in toenemende mate de organisatie van de zorg. Daarnaast spelen zaken als disease management, indicatoren, benchmarking en toetsing een rol.

De doelstelling van de DiHAG is - in dit veranderende landschap - nog steeds actueel: het verhogen van de kwaliteit van diabeteszorg in de eerste lijn en het versterken van de rol van de huisarts. Door vertegenwoordiging van de huisarts in de Nederlandse Diabetes Federatie en de daarmee samenhangende werkgroepen, door het bieden van onafhankelijk onderwijs, door goed getrainde kaderartsen en door de advisering door kaderartsen aan zorggroepen levert de DiHAG belangrijke bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit van de diabeteszorg. In dit position paper worden de drie belangrijkste pijlers binnen de activiteiten van de DiHAG belicht.

DiHAG pijlers

Vertegenwoordiging: diabeteszorg is huisartsgeneeskundige zorg

De DiHAG vindt dat diabeteszorg huisartsgeneeskundige zorg is en dus in de eerste lijn thuis hoort, met een regierol voor de huisarts. Inmiddels staat dit standpunt bij de overheid, zorgverzekeraars en vele zorgverleners niet meer ter discussie, maar dat is weleens anders geweest. De DiHAG is de afgelopen jaren in diverse gremia steeds maar weer de discussie aangegaan dat de huisarts binnen de eerstelijns multidisciplinaire diabetesteams eindverantwoordelijke moet zijn voor de diabeteszorg van patiënten met diabetes mellitus type 2. Vertegenwoordiging van de DiHAG in het dagelijks bestuur binnen de NDF is het afgelopen decennium een belangrijk middel geweest om dit standpunt uit te dragen. De NDF zorgstandaard¹ waaraan de DiHAG een belangrijke bijdrage heeft geleverd met

¹[NDF Zorgstandaard](#), NDF 2003



een centrale rol voor de huisarts in de eerstelijns diabeteszorg, is daar een zichtbaar en belangwekkend product van. De NDF zorgstandaard is voor de organisatie van de zorg uitgangspunt voor VWS geworden. Gekoppeld aan deze rol binnen de NDF is de DiHAG ook zeer breed vertegenwoordigd geweest in diverse werkgroepen van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD). Bij de herziening van de NHG-Standaard Diabetes mellitus hebben DiHAG-kaderartsen een zeer belangrijke bijdrage geleverd. De rol van de DiHAG vraagt om nauwgezette afstemming met NHG en LHV en met InEen om het gemeenschappelijk belang af te stemmen en ook via hun netwerken de positie van huisarts in de diabeteszorg te belichten. Ook internationaal zorgt de DiHAG voor vertegenwoordiging in ondermeer de Diabetes Education Study Group (DESG) en Primary Care Diabetes Europe Group (PCDE).

Kennisoverdracht: onafhankelijke diabetesonderwijs

Kwalitatief goede, zinnige en zuinige evidence-based diabeteszorg is niet mogelijk zonder onafhankelijk onderwijs. De DiHAG heeft daartoe een samenwerkingsovereenkomst met de Stichting Langerhans gesloten. Het scholingsaanbod kan zorggroepen gaan bedienen van hoogwaardig onafhankelijk onderwijs.

Het onderwijs wordt zowel ontwikkeld als gegeven door DiHAG-leden (allen kaderarts). De DiHAG-leden die optreden als specialist onderwijs worden intern getraind. Dit geschiedt door trainingen in didactische vaardigheden en door inhoudelijke voordrachten en becommentariëring van onderwijsmateriaal tijdens de DiHAG-kwartalbijeenkomsten.

Van DiHAG-leden wordt verwacht dat zij een actieve bijdrage leveren aan de verdere uitbouw van expertise van zowel de groep als van zichzelf en dat zij in staat zijn deze expertise uit te dragen.

DiHAG: huis van en voor kaderartsen diabetes

Om goede vertegenwoordiging en kwalitatief hoogstaand onafhankelijk onderwijs mogelijk te maken is een voedingsbodem nodig als gezamenlijk vertrekpunt. De DiHAG biedt dat aan haar leden door kwartaalbijeenkomsten waar kennisuitwisseling, discussie, visievorming en didactische ontwikkeling centraal staan. Waar nodig of gewenst worden hiertoe externe experts uitgenodigd. De inhoud van deze bijeenkomsten wordt grotendeels door de leden zelf vormgegeven en verzorgd. De bijeenkomsten zijn geaccrediteerd. Er wordt van leden verwacht dat zij actieve bijdragen leveren en per twee jaar minstens vijf bijeenkomsten bezoeken. Daarnaast biedt de DiHAG aan haar leden een actief besloten forum op HAweb. Hierbinnen wordt nieuws uitgewisseld, worden discussies gevoerd en gezamenlijk aan artikelen of standpunten gewerkt.

De koers van de DiHAG wordt - in samenspraak met de DiHAG-leden - uitgezet en bewaakt door een vijf leden tellend, onbezoldigd bestuur, allen huisarts met bijzondere expertise in de diabeteszorg. De coördinator ondersteunt het bestuur, faciliteert en bewaakt de communicatie met de kaderartsen en de organisatie van kwartaalbijeenkomsten. De coördinator (0,475 FTE) is de enige betaalde kracht.

Financiering

In het verleden werd de DiHAG gefinancierd door een unrestricted grant van meerdere sponsors. De DiHAG opereerde altijd onafhankelijk en heeft vanaf de oprichting met de sponsors afgesproken nooit uitspraken over diabetesgeneesmiddelen te doen die niet in lijn zijn met de NHG-Standaard. Om alle schijn van belangenverstremgeling te vermijden, is in 2013 besloten geen sponsorgelden meer te accepteren en de organisatie te financieren met inkomsten uit onderwijs en ledencontributie. Het NHG eist dit ook van expertgroepen die namens het NHG opereren. Na ruim een jaar moet de DiHAG concluderen dat deze inkomstenbronnen ontoereikend zijn om de kosten van de organisatie van de DiHAG te dekken.



Toekomst

De DiHAG wil haar missie om de kwaliteit van de diabeteszorg in de eerste lijn te verhogen met bijbehorende regierol voor de huisarts graag blijvend voortzetten. Dit streven wordt bedreigd nu de DiHAG los van sponsoring moet kunnen opereren. Om de boven beschreven taken te kunnen vervullen, namelijk vertegenwoordiging van de huisartsen in landelijke overlegstructuren, het ondersteunen van zorggroepen met onafhankelijke nascholing en aansturing van de daarbinnen actieve kaderartsen, zal een vaste financiële inbedding van de expertgroep binnen de beroepsgroep gevonden moeten worden. Gelet op de centrale positie van de DiHAG in het ontwikkelen en onderhouden van expertise binnen de diabeteszorg acht het bestuur van de DiHAG de tijd rijp om, naast een structurele financiële ondersteuning vanuit LHV en NHG, deze financiële inbedding ook via de zorggroepen te gaan regelen omdat deze dagelijks profiteren van het werk van de DiHAG.

Uit voorafgaande opsomming van activiteiten blijkt dat de DiHAG haar waarde als expertgroep heeft bewezen. Het behoud van de diabeteszorg in de eerste lijn en de belangrijke positie daarbij van de huisarts zijn gemeengoed^{2,3} geworden. Huisartenteams en zorggroepen plukken hier de vruchten van. De DiHAG acht daarom een blijvende structurele afdoende financiële ondersteuning vanuit de beroepsgroep namens NHG en LHV, op zijn plaats en meent dat het redelijk is ook een ondersteuning door de zorggroepen daaraan te koppelen.

Utrecht, juli 2014

²[LHV Position Paper 2010-2014](#), LHV

³[Toekomstvisie huisartsenzorg](#), LHV en NHG 2012