

WANDELEN IN AMSTERDAM-ZUIDOOST

Voetje voor Voetje

Raynold Bruessing

Dat het verschrikkelijk moeilijk is om je gewoonten te veranderen als het gaat om meer bewegen en al dat overgewicht kwijt te raken weet een ieder. Menig diabeet wordt bij de gedachte al moedeloos. Op dat punt zijn hulpverlener en patiënt broederlijk verenigd. Fitnessinstellingen en home-trainers oefenen niet de juiste aantrekkingskracht uit op de gemiddelde aangesprokene uit de doelgroep.

In Amsterdam-Zuidoost is dat niet anders dan elders, of het moet zijn dat het aantal mensen met overgewicht en met een Zuid-Amerikaanse culturele achtergrond groter is. De prevalentie van DM2 is er dubbel zo hoog als landelijk. Omdat de adviezen richting fitnesscentra niet aansloegen heeft men in een van de gezondheidscentra, in de wijk Gein, besloten aan te sluiten bij een oude gewoonte die in Suriname al jaren bestond

en georganiseerd was onder de naam Voetje voor Voetje. Voor vrijwel iedereen uit Suriname is dit een begrip. Het was een officiële stichting bestaand in verschillende Surinaamse districten, met als doel gewicht te verliezen en conditie te verbeteren. Het werd professioneel aangepakt. Onder een sterke leiding werd driemaal per week gewandeld. Afmelden was verplicht. Je betaalde contributie, zodat een fysiotherapeut kon worden aangetrokken en een diëtiste voor de begeleiding. Daarnaast werd er eenmaal per jaar een uitstapje gemaakt. De geroutineerde lopers namen de beginnelingen onder hun hoede. Als je drie keer zonder bericht niet kwam lag je eruit.

Dat model werd vorig jaar onder dezelfde naam in Amsterdam voortgezet. Voor 5 Euro per maand word je lid door aanmelding via het gezondheidscentrum. Sinds meer dan een jaar loop je 3 keer per week met een steeds groter wordende groep mensen (meer dan 20) om de Gaasperplas heen, zo'n dikke 5 kilometer. De tocht is mooi en kan de vergelijking met het geboorteland doorstaan. Bovendien wordt er veel plezier



gemaakt en halverwege gestopt bij een kofiehuys. Door de weeks wordt er gelopen om 18.30 uur en zaterdag om 9.00 uur. Om de 2 maanden komen de wandelaars in het gezondheidscentrum bijeen om de zaak te evalueren en plannen te maken. Het project heeft een grotere impact dan alleen fitness. Het is onderdeel van het buurtgebeuren, wordt door de deelnemers zelf gedragen, en niemand ervaart de deelname als stigmatiserend.

Kortom: een project dat tot nadenken stemt en zeker navolging verdient.

INHOUD

| | |
|--|---|
| Voetje voor Voetje, wandelen in Amsterdam-Zuidoost | 1 |
| Lifestyle-acties | 2 |
| POH-cursus modulair aangeboden | 2 |
| Reacties op de Nieuwsbrief | 2 |
| Psychologische gevolgen van screenen (proefschrift M. Adriaanse) | 3 |
| Stuur uw proefschrift! | 3 |
| Preventie van de diabetes-epidemie | 4 |
| Diabetes op internet | 4 |
| Redelijk succesvolle diabeteszorg bij collega Eisma in Breda | 5 |
| Verslag enquête DiHAG-Netwerk | 6 |
| Afscheid van DiHAG-medeoprichter Simon Verhoeven | 6 |
| DEMAND-screening MAU | 7 |
| Genomineerden voor EADV-Award | 7 |
| Conferentie Eindtermen POH-opleidingen | 8 |
| Aankondiging Netwerkdag 2004 | 8 |



Lifestyle-acties

Dat op meer plaatsen in het land lifestyle programma's worden ontwikkeld, blijkt behalve uit het stukje over Wandelen in Amsterdam-Zuidoost ook uit het volgende;

- In de Huisartsen Groep Schiedam-Kethel (huisartsen Van Dijk en Van Dijk) organiseert praktijkondersteuner José de Bruijne een Lifestylecursus voor mensen met type 2 diabetes. De cursus heet 'Op weg naar een gezonde levensstijl'. Doel is: gewicht verminderen en handhaven, door goede voeding en meer lichaamsbeweging. Leiding van de cursus en informatie over diabetes komt van de POH. Voedingsadviezen worden verzorgd door een diëtiste van de thuiszorg, ondersteunende begeleiding door een psycholoog van het Riagg.

Lichaamsbeweging wordt begeleid door het Sportcentrum. Duur: 10 groepsbijeenkomsten in 12 weken, met wekelijks sporten als groep (1,5 uur per avond). Nazorg wordt ook ingevuld. Informatie bij: José de Bruijne (POH), tel. 010-2040469.

- Een groepje mensen, ingeschreven in het Gezondheidscentrum Withuis in Venlo, startte in april met een wandelgroepje. Na een oproep van een huisarts in het patiëntenblad (dat 2x per jaar verschijnt) melden zich, naast een vrijwilliger die leiding kan geven en de wandeltochten kan organiseren, een zestal mensen aan. Een klein clubje dus. Het wandelgroepje kan nog doorgroeien, maar of dat lukt? Het is niet (alleen) bedoeld voor mensen met diabetes, het gaat om een ieder die, al dan niet op doktersadvies, de conditie wil verbeteren en verslechtering van de gezondheid

wil tegengaan, en hier op eigen houtje niet toe komt. De organisatie wordt gedragen door deelnemers en vrijwilligers zelf, hulpverleners doen er niet direct aan mee. Informatie bij H.A. van Dam, huisarts, tel. 077-3517652.

- Big Move is een project van Gezondheidscentrum Venserpolder in de Bijlmermeer met een vergelijkbare opzet als 'Voetje voor Voetje'. Achtergrondgedachte is een scheiding van op ziekte en op gezondheid gerichte activiteit. Dit project kreeg subsidie van verzekeraar AGIS vanwege zijn innoverende betekenis.

Kent u uit eigen praktijk of omgeving vergelijkbare initiatieven? Geef ze dan door aan de redactie, zodat anderen er kennis van kunnen nemen en er van kunnen leren!

MODULAIRE CURSUS 'PRAKTIJKONDERSTEUNER EN DIABETES'

Diabeteszorg is een belangrijk onderdeel van het werk van praktijkondersteuners. In de praktijk blijkt dat zij extra ondersteuning goed kunnen gebruiken. Daarom heeft de DiHAG samen met EADV, LVW-sectie praktijkverpleegkundigen en Novo Nordisk Farma B.V. een cursus ontwikkeld. De organisatie is in handen van MediSelect. De cursus is bedoeld voor praktijkondersteuners in het bezit van een diploma HBO-V of HBO-POH. De hele cursus bestaat uit drie modules, waarvan module 2 wordt gevolgd door POH samen met huisarts. Het is mogelijk in te schrijven voor afzonderlijke modules en het is niet nodig deze in de volgorde 1-2-3 te doen. Gedurende de hele cursus vormen de eigen diabetespatiënten en de eigen praktijkorgani-

satie het uitgangspunt voor het te volgen traject. Een docententeam, bestaande uit een huisarts en een diabetesverpleegkundige met eerstelijnservaring, staat garant voor boeiende cursusavonden.

- Module 1: Kundig in diabetes (2 dagdelen)
- Module 2: Samen staan voor diabetes (3 dagdelen)
- Module 3: Effectieve educatie (3 dagdelen)

De EADV heeft de cursus geaccrediteerd voor 64 punten (expert 20, educator 25, innovator 5, consulent 7, ondernemer 7). Module 2 is tevens voor 10,5 uur geaccrediteerd voor huisartsen (accreditatienummer 03199-N). De cursus is voor praktijkassistenten geaccrediteerd door de NVDA. Bewijs van deelname wordt verstrekt.

Praktijkondersteuners die een (grotere) rol willen spelen in de diabeteszorg en/of ondersteuning wensen op medisch-inhoudelijk gebied en bij het invullen van de taken, moeten zich zeker inschrijven voor deze cursus.

De cursus is al gehouden in Utrecht, Rotterdam en Leeuwarden, en wordt in andere plaatsen georganiseerd waar voldoende aanmelding is. Informatie hierover bij Bep Bakker, coördinator DiHAG, via e-mail: dihag@nhg-nl.org

Voor de kosten, data en locaties van de cursussen verwijzen wij u naar MediSelect, tel. 033-4229900 of e-mail: cedn@mediselec.nl

Reacties op de Nieuwsbrief

De heer Cremers van de firma SmithKline Beecham, een van onze sponsors, plaatste kritische kanttekeningen bij de kop boven een stukje in de voorlaatste Nieuwsbrief.

Die kop suggereerde dat de Britse 'medicijnenwaakhond' NICE het gebruik van Glitazones (Thiazolidines) wil terugdringen. Het stukje ging niet over terugdringen in het algemeen, maar over terugdringen van verkeerd gebruik volgens Britse indicatieregels. De kritiek was terecht. Uit de reactie van de hoofdredacteur van de Nieuwsbrief aan de heer Cremers het volgende fragment: (...) Dat het niet onze bedoeling is om een veelbelovende geneesmiddelengroep als de TZD's in diskrediet te brengen. Integendeel (...), mede omdat (...) met grote belangstelling wordt gekeken naar juist deze middelengroep. Die heeft in potentie immers grote mogelijkheden om een van de funda-

mentele metabole stoornissen bij type 2 diabetes (de insulineresistentie en het IRS), gunstig te beïnvloeden. (...).

Mevrouw Van den Broek van de firma Pfizer stuurde een reactie op de laatste Nieuwsbrief. Deze geven wij hieronder bekort weer. (...) Met belangstelling lees ik altijd de Nieuwsbrief van de DiHAG. In de meest recente editie stond een 'e-mail interview' met huisarts Jansma uit Velden, die enthousiast vertelde over de manier waarop hij zijn Diabeteszorg aan het verbeteren is. Je zult begrijpen dat ik aangenaam verrast was, want Joep Jansma doet dat met hulp van het Diabetes Zorg Protocol. Extra leuk was dat hij resultaten uit zijn praktijk als illustratie had bijgevoegd.

In het redactionele naschrift bij dit artikel werd vermeld dat DZP wellicht geen goede

keuze zou zijn omdat het niet geïntegreerd is in het HIS. Door die opmerking wordt naar mijn smaak voorbijgegaan aan de resultaten die er met het DZP te halen zijn (en al op forse schaal behaald worden). (...) Misschien is er bij de DiHAG-collega's interesse om meer te weten te komen over het DZP. (...)

Monitoring van de diabeteszorg kan op praktijkniveau een goede bijdrage leveren aan verbetering van de zorg, los van het systeem waarmee monitoring gebeurt. Het DZP kan daarbij een goede ondersteuning zijn, dat laat het voorbeeld van collega Joep Jansma uit Velden zien. Uiteindelijk telt het resultaat. Heel veel huisartsen wachten echter in spanning op monitoringprogramma's die binnen het HIS kunnen functioneren.

(HvD).

“Psychologische gevolgen van Screenen”

Proefschrift van Marcel Adriaanse:

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF TARGETTED SCREENING FOR TYPE 2 DIABETES – THE HOORN SCREENING STUDY. VUA, MEI 2004

Marcel Adriaanse schreef een zeer lezenswaardig proefschrift over de mogelijke emotionele gevolgen van screenen op type 2 diabetes (DM2). Hij promoveerde hierop op 14 mei aan de VU Amsterdam. In zijn dissertatie haalt hij aan dat er weliswaar argumenten vóór screening zijn (o.a. veel onge-diagnosticeerde DM2 en frequent bestaan van complicaties op het moment van diagnose), maar dat het bewijs nog ontbreekt dat screening van de algemene bevolking nuttig is. Bovendien is er weinig bekend over de mogelijke psychologische gevolgen. De goudmijn van Nederlands diabetesonderzoek die Hoornstudie heet, leverde hierover materiaal.

Circa 12.000 inwoners van Hoorn tussen 50 en 75 jaar werd gevraagd om deelname aan het screeningsonderzoek. Adriaanse en collega Spijkerman verspreidden eerst een vragenlijst (9-items Symptom Risk Questionnaire ofwel SRQ) om mensen met verhoogd vooraf-risico op te sporen, gevolgd door een ‘nuchtere vingerprik’ bij verhoogd risico en een score van het ervaren risiconiveau, en daarna lichamelijk en labonderzoek.

De wijze van perceptie of beleving van een bepaald risico (in dit geval: op het krijgen van DM2) is van groot belang om preventief gezondheidsgedrag te stimuleren. Adriaanse en collega’s onderzochten de risicoperceptie (waargenomen kans en ernst) ten aanzien van DM2. Zij vonden dat DM2-patiënten de kans op aanwezigheid van diabetes laag inschatten – maar wel iets hoger dan mensen zonder DM2. Interessant was dat slechts één persoon met DM2, vóór de diagnose, zijn kans ‘hoger dan 50%’ inschatte, ondanks aanwijzingen voor een verhoogd risico (DM2 in de familie, obesitas, behandeling voor hypertensie). De aan-doening werd door beide groepen als vrij serieus gezien.

Om een idee te krijgen over de psychologische impact van de diagnose zijn er interviews afgenomen bij 20 individuen die DM2 bleken te hebben en 20 mensen die geen DM2 hadden. De resultaten suggereren dat de psychologische impact van de diagnose beperkt is. De screening werd als nuttig en niet belastend beoordeeld door

zowel wel- als niet-diabeten. Onder de groep van 307 mensen met verhoogde SRQ-score vond Adriaanse 144 maal DM2. Twee weken, 6 en 12 maanden na diagnose vertoonde de groep van 116 mensen met DM2 die deelnamen aan het vervolgonderzoek geen verschil in welbevinden of ervaren gezondheid vergeleken met de groep van 143 niet-diabeten. Vergeleken met mensen die door de huisarts op de gebruikelijke wijze (middels case-finding) waren opgespoord, waren mensen die via screening waren gevonden na de diagnose gemiddeld iets minder moe, ze hadden minder gezondheidsklachten en waren mentaal wat beter. Toch verschilden de twee groepen niet qua diabetesgerelateerde klachten. Ander onderzoek had al laten zien dat door screening opgespoorde mensen op het moment van diagnose evenveel of zelfs meer cardiovasculaire diabetescomplicaties vertonen dan zij die via case-finding waren gevonden. De ‘huisarts-ontdekte’ mensen vertoonden in een van Adriaanses projecten het eerste jaar een duidelijke verbetering van hun vitaliteit, anders dan de met screening-opgespoorde – waarschijnlijk een effect van bloedglucoseverlagende behandeling door de huisarts.

Vooraf hing negatieve stemming (angst, depressie) in een andere studie van Adriaanse zowel bij mensen mét als zonder DM2 samen met meer bij diabetes passende klachten. De groepen met en zonder DM2 hadden vooraf vergelijkbaar (lage) diabetes-symptoomscores. De screeningspopulatie had dus geen of weinig psychische en lichamelijke klachten. Deze bevindingen kunnen

volgens Adriaanse opsporing door klachtenvragenlijsten hinderen – ware het niet dat het mede toegepaste instrument DSC-R (een vernieuwde versie van de Nederlandse Diabetes Symptom Checklist) toch goed bleek te discrimineren tussen mensen die achteraf wel en niet DM2 hadden.

Wat hebben we nu aan zo’n screening en wat zijn de bijwerkingen? Adriaanse stelt vast dat middels screening opgespoorde mensen met DM2 geen nare psychische gevolgen ondervinden, en dat hun risicoperceptie erg laag is terwijl ze weinig klachten hebben. Gevolg: uit het standpunt van gezondheidseducatie een groot probleem. Zij zijn waarschijnlijk nauwelijks te motiveren tot verandering van hun gezondheidsgedrag. Temeer omdat gestructureerde lifestyle-programma’s niet of vrijwel niet bestaan.

Vandaar dat Adriaanses proefschrift zich wendt tot de enige functionaris die altijd paraat is: de huisarts... Helaas onderschatten ook veel huisartsen het risico op diabetes en de gevolgen ervan, voelen ze weinig voor screening, en houden ze zich vaak niet erg goed aan de behandelrichtlijnen wanneer DM2 is vastgesteld. De afgelopen jaren vindt ondanks dat wel een geweldige inhaalslag plaats bij het opsporen van DM2 door de huisarts.

Kortom: zou er wel perspectief zijn voor het starten van DM2-bevolkingsonderzoek bij alle senioren (pakweg de 50-plussers) van Nederland? (HvD)

OPROEP: STUUR UW PROEFSCHRIFT!

De redactie roept u als lezer op om uw proefschrift over diabeteszorg, danwel door u ontdekte proefschriften van anderen over dit onderwerp, aan de redactie ter recensie ter beschikking te stellen. De redactie volgt als beleid dat deze recensies vóór publicatie aan de auteur van de besproken dissertatie worden voorgelegd.

Preventie van de diabetes-epidemie

Geoff Watts

BMJ 2003;327:1365 (13 DECEMBER), DOI:10.1136/BMJ.327.7428.1365-A

(vertaling en samenvatting: *HvD en RB*)

De kosten voor preventie en behandeling van diabetes en gerelateerde chronische aandoeningen zijn hoog, maar de kosten voor het veronachtzamen hiervan zullen nog veel hoger zijn. Dat was het oordeel van een tweedaagse conferentie ('Oxford Vision 2020') in Oxfords Magdalen College. Oxford Vision 2020 is een samenwerking tussen de universiteit van Oxford, de WHO, het Instituut voor Advanced Futures (een non-profit organisatie voor research en educatie) en de Deense farmaceut Novo Nordisk. Deze samenwerking richt zich op toekomstige gevolgen van diabetes.

Volgens de huidige trends zal het wereldwijd aantal mensen met diabetes in de komende 25 jaar tot 300 miljoen stijgen. De ontwikkelde (rijke) landen worden het meest getroffen, maar in de ontwikkelingslanden neemt de ziekte ook sterk toe. Slech-

te voeding en gebrek aan lichaamsbeweging, de factoren die tot DM2 leiden, vormen tevens de risicofactoren voor obesitas, hypertensie en hart vaatziekten. Wanneer we succes boeken in de preventie van diabetes zal dat dus een veel bredere winst opleveren.

'Het zou naïef zijn om aan te nemen dat wetenschap en technologie, of een of ander wondermedicijn, de totale oplossing zal brengen. Dr. David Matthews, hoogleraar diabetologie in Oxford, gaf aan dat het succes van een plan om de prevalentie van diabetes te verlagen zal afhangen van enorme aantallen mensen die hun leefstijl veranderen. Hij zag dit niet als een belemmering maar als een uitdaging. Deze taak kunnen we, volgens hem, niet toeschuiven aan iemand of aan een organisatie en vervolgens vergeten. Verandering komt gemakkelijker tot stand wanneer iedereen erbij betrokken is. Moeilijkheden zullen er ook zijn. Bij-

voorbeeld doordat verlagen van het risico op diabetes niet door een enkele actie of een eenvoudige boodschap kan worden bereikt – terwijl campagnes tegen HIV of roken zich wel konden richten op een gemakkelijk aanwijsbare verandering – veilig vrijen, stoppen met roken. HIV werd serieus genomen toen men algemeen ging inzien hoe groot de omvang en gevolgen van het probleem waren – en hoewel de gevolgen van diabetes en gerelateerde ziekten al enorm zijn maakten deze tot nu toe nog nauwelijks een kras op het publieke bewustzijn. De conferentie vertrouwt erop dat het bewustzijn van diabetes toch zal opkomen – maar waarschijnlijk pas nadat de toestand eerst slechter wordt voor ze beter wordt. De Oxford-conferentie is misschien een eerste stap in het proces bedoeld voor de ontwikkeling van een nieuwe en samenhangende strategie.

Diabetes op internet

'How to read a paper' is een fantastisch boek over EBM, geschreven door een gedreven vrouwelijke huisarts. Inmiddels verscheen de tweede druk op papier, de eerste druk staat op het internet via de BMJ:

http://bmj.bmjournals.com/cgi/search?pubdate_year=&volume=&firstpage=&DOI=&author1=greenhalgh&author2=&title=how+to+read+a+paper&andorexacttitle=and&titleabstract=&andorexacttitleabs=and&fulltext=&andorexactfulltext=and&fmonth=Jan&fyear=1994&tmonth=Feb&tyear=2004&fdatedef=1+January+1994&tdatedef=21+February+2004&resourcetype=1%2C2%2C3%2C4&RESULTFORMAT=1&hits=10&hitsbrief=25&sortspec=relevance&sortspecbrief=relevance&sendit=Search

Helemaal aardig is het stukje over hoe je met artsenbezoekers zou moeten omgaan.

http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/315/7106/480?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&author1=greenhalgh&title=how+to+read+a+paper&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1077445657875_1022&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=1,2,3,4

De site: www.diabetes2.nl

Nederlandse site voor en door professionals op het gebied van diabetes. Even zoeken en je kunt via deze site bijvoorbeeld de UKPDS

risk-engine downloaden. Onder 'Oefenen' staat hier een leuke quiz die, als je hem samen doet met je POH, HAIO of doktersassistente, een bron van leuk overleg kan zijn.

Voor informatie over zwangerschapsdiabetes: zie de site van Ned. Ver. van Gynaecologie en Obstetrie (www.nvgo.nl). Klik onder 'richtlijnen' op richtlijn 32.

Voor de laatste gegevens over eisen t.a.v. diabetes en rijbewijs: zie de site van het Centraal Bureau Rijbewijzen, www.cbr.nl. Daar vind je na klikken op 'rijbewijs' de brochure over diabetes en rijbewijs (12 pagina's) en ook de volledige eisen, gedateerd 2000. Beiden als PDF te downloaden.

<http://www.glucocontrol.org/eng/>

Een leuk programma (in het Nederlands) voor op PDA.

P. Wessels

(PW geeft aan dat de ingewikkelde internetadressen in dit artikel gemakkelijker te benaderen zijn door het op de DiHAG-website op te zoeken. Dan zijn ze vervolgens middels een simpele muisklik te activeren, dus zonder dat u ze hoeft over te typen. Red.)

Redelijk succesvolle diabeteszorg

Geert Eisma is 27 jaar als huisarts werkzaam in Breda, en sinds enkele maanden toetreden tot het bestuur van de DiHAG. De Nieuwsbrief stelt hem aan u voor, zowel in het kader van deze bestuursfunctie als in het kader van ons voornemen om 'redelijk succesvolle diabeteszorg' in de huisartspraktijk aan u te presenteren.

Wil je eerst iets over jezelf vertellen?

Ik ben in 1975 afgestudeerd in Leiden; volgens de oude regeling, dus geen huisartsenopleiding. Na een jaar militaire dienst bij de Koninklijke Luchtmacht in Duitsland ben ik op zoek gegaan naar een huisartspraktijk. In die tijd was er nog een overschot aan huisartsen, dus ik kon niet direct iets naar mijn zin vinden. Daarom heb ik een jaar voor het GAK gewerkt in Rotterdam. In 1977 vond ik een praktijk in Breda. Overigens ben ik in Indonesië geboren, dus zo zwaar wogen mijn Friese roots nou ook weer niet.

Hoe is je praktijksituatie?

Ik heb vervolgens circa 20 jaar als solist gewerkt, maar sinds een jaar of drie werk ik in een soort gezondheidscentrum: 2 huisartsen (Kostenmaatschap), huisartsenopleiding via Rotterdam, een groep van 4 verloskundigen, 2 logopedisten, een prikpost van het huisartsenlab, en een alternatieve hoek met acupunctuur/parapsychologie etc. Daarnaast parttime een podotherapeut en een diëtiste van de Stichting Thuiszorg. Kortom: allerlei ingrediënten voor goede diabeteszorg! Wij hebben 3 assistentes en 2 POH-ers. Naast mijn werk ben ik nog steeds reserve majoorarts van de Koninklijke Landmacht. Verder heb ik altijd in allerlei besturen en commissies gezeten. Zo heb ik samen met een 4-tal anderen veertien jaar geleden de SHL (Stichting Huisartsen Laboratorium te Etten-Leur) opgericht. Eind 2003 nam ik afscheid als bestuurslid. Samen met anderen zette ik binnen de SHL o.a. een Diabetesdienst op met nu meer dan 22.000 ingeschreven diabetespatiënten in West-Brabant en Zeeland! Langs deze weg kwam ik met diabeteszorg in aanraking. Sinds een jaar of vijf ben ik me daarmee, via de Sterrencursus van de DiHAG, intensiever gaan bezighouden. Ik

kwam erachter dat de DiHAG geen speciale plaats ingeruimd heeft voor huisartsenlaboratoria zoals de SHL en dat vond ik jammer. Naar mijn idee hebben wij in West-Brabant de diabeteszorg dank zij de SHL en dank zij Medicom goed opgezet, zoals de DiHAG propageert! (Medicom = een HIS-systeem)

Hoe zie je je deelname aan het DiHAG-bestuur?

Op de Invitational Conference POH in april 2003 heb ik waarschijnlijk mijn mond iets teveel open gedaan, althans ik werd daaraanvolgend gepolst of ik interesse had om in het bestuur van de DiHAG te komen. En aangezien mijn SHL-bestuursfunctie ophield ... Overigens kende ik Guy Rutten al langer, o.a. via de Navigator- en Additionstudies waarmee mijn praktijk als "launching practice" zelfs in de lokale krant kwam.

Wat mijn plannen met de DiHAG betreft: ik ben me eerst aan het oriënteren op het functioneren van deze club deskundigen, waar ik natuurlijk maar een heel klein mannetje bij ben. Als penningmeester streef ik er wel naar de papieren rompslomp zoveel mogelijk te beperken. Iets meer financiële armslag lijkt geen overbodige luxe. De vraag is of de positie van een gremium als DiHAG in de toekomst overeind zal blijven, als we zien hoe NHG en LHV behandeld zijn door overheid en zorgverzekeraars. De vraag is ook of we dat willen? Ontwikkelingen zoals die van de DBC's zullen we voor moeten blijven wat diabeteszorg voor/door de eerstelijns betreft, anders zijn we geen speler meer op de markt. Kortom: genoeg te doen!

Kun je de diabeteszorg in je praktijk beschrijven?

De diabeteszorg in mijn eigen praktijk behelst ca. 85 patiënten met type 2. Wij hebben dus met drie artsen 40 uur POH en deze dames houden de DM-sprekuren volgens de NHG-standaard. De DM-patiënten zijn allemaal aangemeld bij de Diabetesdienst van de SHL. Zij krijgen elke 3 maanden een schriftelijke oproep om zich te laten prikken en eens per jaar - bij de jaarcontrole - leveren ze ook urine in. De huisarts krijgt



bericht wie die oproep hebben ontvangen en als deze mensen bellen over de uitslag, dan krijgen ze een afspraak bij de POH. De jaarcontrole wordt voorbereid door de POH (RR, gewicht, dieet etc.) maar vervolgens door de huisarts overgenomen voor anamnese, voetonderzoek etc. Tot slot past de huisarts al dan niet de medicatie aan. Na elke 3-maandelijke controles overlegt de POH zonodig met de huisarts over de therapie. Zij mag binnen het protocol overigens zelf doseringen aanpassen; nieuwe medicatie voorschrijven uitsluitend na overleg met de huisarts. We zijn een proef begonnen van spreekuren waarbij de POH de diëtiste erbij vraagt; ook de podotherapeut heeft interesse. De adviezen die meegegeven worden zijn al wel op elkaar afgestemd.

In 2003 heb ik samen met huisarts Jan Corten uit Bavel en twee internisten uit Breda een insulinecursus gegeven voor huisartsen: nascholing door de SHL. Diabetesverpleegkundigen van de SHL speelden hierbij een cruciale rol. Zij geven de patiënten die op insuline overgaan een speciale cursus van 3 middagen, waarbij patiënten en hun partner worden klaargestoomd voor het verantwoord omgaan met insuline en alle ins en outs die daarmee samenhangen. Intussen is de planning opgestart om in 2004 opnieuw een cursus te doen.

Welke knelpunten zie je?

Wat mij de laatste jaren is opgevallen, is dat de samenwerking tussen POH, doktersassistentes en huisartsen zeer intensief moet zijn om de diabeteszorg kwalitatief goed op de rails te krijgen en vooral te houden! De randvoorwaarden zijn in onze regio door de SHL perfect ingevuld, dus wij moeten onze eigen organisatie ook heel goed maken: bijv. wat te doen met uitvallers uit het controlesysteem? Er vallen op alle niveaus mensen uit:



- 1) Mensen ontvangen geen oproep, bijv. wanneer ze verhuisd zijn;
- 2) Mensen ontvangen wel een oproep, maar gaan niet prikken, want geen tijd;
- 3) Mensen gaan prikken, maar bellen niet voor uitslag, want bijv. beltegoed is op;
- 4) Mensen komen niet op spreekuur POH, want net vakantie;
- 5) Mensen komen wel bij POH maar leg-adviezen naast zich neer, want: ..."ik eet helemaal niks! (140 kg). En zo moet je telkens op je hoede zijn, ook als je op papier

een perfect systeem hebt. Overigens is dat natuurlijk wel de uitdaging, die ons vak zo boeiend maakt!

Kun je de resultaten van jullie diabeteszorg toelichten?

Wat mijn resultaten betreft: een overzicht daarvan is in de maak, maar nog niet af, want een POH is met zwangerschapsverlof. Overigens zijn de POH's in dienst van SHL en bij ons gedetacheerd, en via SHL hebben we dus prima waarnemers voor de duur van

het zwangerschapsverlof.

Met ingang van april 2004 ga ik een dag per week bij de Diabetesdienst van de SHL werken (Hidha in de praktijk), teneinde de gegevens die de Diabetesdienst in de loop der jaren heeft verzameld te gaan benutten, voor zover mogelijk. Daarnaast houd ik dan een oogje op de 14 POH's in dienst van de SHL.

Er valt nog veel meer te vertellen; misschien een andere keer!

Enquête *DiHAG*-huisartsen/Sterrencursisten

Bep Bakker

Het *DiHAG*-Netwerk bestaat uit ongeveer 75 huisartsen met meer dan gemiddelde interesse en expertise in de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk. Dit Netwerk is in de loop der jaren ontstaan uit huisartsen die de *DiHAG*-'Sterrencursus' gevolgd hebben. De Sterrencursus vond plaats in 1997, 1998, 2001 en 2003. De filosofie van de *DiHAG* is de versterking van de diabeteszorg in de eerste lijn. Dat wordt onder andere gedaan door die huisartsen op te leiden (en te blijven ondersteunen) die een spilfunctie willen vervullen binnen de eerstelijns diabeteszorg. De Sterrencursus biedt verdieping van kennis over diabetes type 2, de Netwerkdagen bieden updates in kennis, en steeds wordt nadruk gelegd op de meerwaarde van het "Netwerklid"-zijn. Sterrencursus en Netwerkdag vinden steeds gekoppeld plaats. Doel is niet alleen kennis vermeerderen, maar deze kennis ook weer uit te doen dragen.

Om te peilen wat er onder de huisartsen in het *DiHAG*-Netwerk leeft en om het Netwerk te actualiseren, hebben we begin 2004 een enquête gehouden onder de cursisten van de Sterrencursussen.

Verzonden werden 148 enquêtes, 74 formulieren kwamen ingevuld terug (50%).

Aan welk van de Sterrencursussen nam u deel?

Sterrencursus 1997: 6, 1998: 10, 2001: 9, 2003: 23, Anders (o.a. weet niet meer wanneer): 23.

39 Respondenten antwoorden dat diepgaande nascholing van de *DiHAG* voor hen belangrijker is dan Netwerklid zijn. 22 Respon-

denten vonden het Netwerklid zijn belangrijker, 5 vonden beide aspecten even belangrijk.

Rapportcijfers voor onderdelen van de Netwerkdag:

- ontmoetingsplaats van in diabetes geïnteresseerde huisartsen: 6,8
- informatie over de laatste stand van wetenschap t.a.v. diabetes: 8,7
- informatie over projecten binnen de *DiHAG*: 7,1.

Dat de Sterrencursussen inspirerend geweest zijn om kennis uit te dragen blijkt uit het feit dat na het volgen ervan de volgende activiteiten zijn ontplooid: wetenschappelijk onderzoek: 11, verzorgen van nascholingen 45, activiteiten binnen projecten: 28.

12 Respondenten wilden meer actief zijn binnen de *DiHAG* en 25 respondenten raadplegen regelmatig de *DiHAG*-website.

Een eerste consequentie van deze enquête is het plan om voortaan twee Netwerkdagen per jaar te organiseren: een voorjaarsbijeenkomst waarin de wetenschap centraal staat, en een najaarsbijeenkomst waarin het accent op de activiteiten van het *DiHAG*-Netwerk ligt. De Netwerklidenlijst zal geactualiseerd worden zodat een groep van ongeveer vijftig actieve Netwerkliden aanspreekbaar is voor expertise en advies ten behoeve van de kwaliteit van de huisartsendiabeteszorg in Nederland.

Afscheid van *DiHAG*-bestuurder Simon Verhoeven

Op 3 juni nam Simon Verhoeven, vooraanstaand bestuurslid van de *DiHAG*, op passende wijze afscheid van de kerngroep van de *DiHAG*. Simon zette zijn schijnbaar tomeloze energie jarenlang, vanaf de oprichting van de organisatie, in voor zowel de *DiHAG*-Sterrencursussen en Netwerkdagen, als voor de penningen van de *DiHAG*, voor de eerste twee versies van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2 en voor verbetering van de diabeteszorg in zijn eigen regio. Om gezondheidsredenen heeft hij besloten met praktijk en *DiHAG*-werk te stoppen. We zullen hem missen en wensen hem veel succes bij het uitvoeren van de vele plannen die hij nog altijd koestert.



DEMAND-SCREENING op micro-albuminurie

Verleden jaar (2003) namen diverse DiHAG-huisartsen deel aan een wereldwijde screeningsactie. Het betrof een door de IDF gesteund onderzoek naar het voorkomen van microalbuminurie bij mensen met diabetes mellitus type 2, het zogenaamde DEMAND-programma. De sponsorfirma's Sanofi-Synthelabo en Bristol-Myers Squibb verstuurd na afloop op grote schaal een brief die vermeldde dat de DiHAG medewerking had verleend en dat de resultaten van de studie wellicht impliceren dat een grote groep mensen met diabetes type 2 in aanmerking komt voor behandeling met een bepaalde A2-antagonist. De DiHAG betreurt het dat deze berichtgeving de DiHAG koppelt aan een specifiek geneesmiddel. Hierdoor kan de indruk zijn gewekt van belangenverstrengeling. Onderstaand bericht verduidelijkt dat hiervan geen sprake is. De inhoud wordt onderschreven door de betreffende firma's.

Het DEMAND-programma en de rol van de DiHAG

Naar aanleiding van Wereld Diabetes Dag (14 november jl.) is er naar huisartsen en internisten in Nederland een briefmailing verstuurd waarin o.a. de eerste resultaten van het DEMAND programma (Developing Education on Microalbuminuria for Awareness of Nephrology and cardiovascular risk in Diabetes) bekend werden gemaakt. In de brief wordt gemeld dat de Diabetes Huisartsen Adviesgroep (DiHAG), als lid van de Nederlandse Diabetes Federatie, zijn medewerking heeft verleend aan dit onderzoek. Voorts wordt gemeld dat de resultaten van deze studie wellicht impliceren dat een grote groep mensen met diabetes mellitus type 2 in aanmerking komen voor behandeling met de A2-antagonist A.

De DiHAG betreurt het dat haar medewerking aan dit onderzoek en het gebruik van een specifiek geneesmiddel in deze brief met elkaar in verband gebracht worden. Door de wijze van berichtgeving wordt de indruk gewekt dat er sprake is van een mogelijke belangenverstrengeling tussen de DiHAG en in de brief genoemde firma's en producten.

Graag willen wij u de achtergrond van het ontstaan van het DEMAND-programma, de medewerking hieraan vanuit de DiHAG, en de relatie met de genoemde firma's toelichten.

Het jaar 2003 was door de Internationale Diabetes Federatie (IDF) uitgeroepen tot "Het jaar van de Nier". In het kader hiervan is, in samenwerking met de International Society of Nephrology (ISN) wereldwijd het DEMAND-programma opgezet. De voornaamste doelstelling is het bevorderen van het bewustzijn van de risicofactor microalbuminurie. Zowel de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) als de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) hebben aangegeven dat zij dit project van de IDF, dat financieel en logistiek mogelijk gemaakt werd door Sanofi-Synthelabo/Bristol-Myers Squibb, ondersteunen. De NDF heeft de DiHAG verzocht dit programma mede te ondersteunen. Vervolgens sprak het kernbestuur van de DiHAG zijn bereidheid uit om op basis van het lidmaatschap van de NDF medewerking aan dit screeningsproject te verlenen.

Door de genoemde firma's is aan de DiHAG een kostenvergoeding van de door de DiHAG geïnvesteerde uren betaald. De DiHAG wil daarbij nadrukkelijk kenbaar maken niet in verband gebracht te willen worden met enig specifiek geneesmiddel in relatie tot het DEMAND-onderzoek.

Namens
Kernbestuur DiHAG



Dr W.J.C. de Grauw

Sanofi-Synthelabo en
Bristol-Myers Squibb



Froukje Sosef
Medical Advisor

Drie genomineerden voor EADV-Award 2003

Tijdens de algemene ledenvergadering van de Eerste Associatie van Diabetes-Verpleegkundigen (EADV) op vrijdag 4 juni in Utrecht werden de nominaties bekend gemaakt voor de EADV-Award 2003. Op 7 oktober wordt één van hen tijdens het EADV-symposium (Congrescentrum Papendal te Arnhem) uitgeroepen tot 'diabetesverpleegkundige van het jaar'. De drie genomineerden zijn:

Els Denis-Thissen is aangemeld door het diabetes-team van het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Zij heeft de nominatie gekregen voor het opzetten van een transmurale polikliniek buiten de muren van het ziekenhuis, van waaruit de diabeteszorg zowel intramuraal als extramuraal gecoördineerd wordt voor ongeveer 4000 mensen met diabetes. Daarnaast was Els Denis medeverantwoordelijk voor het opzetten en organiseren van geïntegreerde diabeteszorg voor 59 huisartspraktijken in de regio. Landelijke bekendheid kreeg zij als voorzitter van de EADV (februari 1997 tot juni 2002).

Marjolein van der Leeden is aangemeld door de huisartsen uit IJsselstein en collega's van de thuiszorgorganisatie VITRAS. Zij heeft de nominatie gekregen voor haar werkzaamheden als diabetesverpleegkundige in de eerstelijns. Zij is betrokken bij tal van projecten, zoals het STIP-project, het Diabetes Project IJsselstein en het Diabetes Implementatie Traject binnen huisartsenpraktijken. Steeds weer weet zij haar collega's te ondersteunen.

Ineke van der Meché-van Holsteijn is aangemeld door het diabetes-team van het Westeinde Ziekenhuis in Den Haag. Zij heeft haar nominatie gekregen voor haar avondsprekken en thema-avonden voor jongeren, het houden van voorlichtings-bijeenkomsten voor allochtonen in samenwerking met de migrantenvoorlichters in eigen taal en cultuur, het maken van specifiek voorlichtingsmateriaal voor migranten en de organisatie van een multidisciplinair poliklinisch voetensprekkuur. Zij geeft ook trainingen voor thuiszorgverpleegkundigen, waardoor Diabetes Educatie Punten konden worden ingericht in thuiszorgcentra.

De EADV-Award 2003 wordt dit jaar voor de vierde maal uitgereikt. Eerder ging de EADV-Award naar Paula Boelen-van Dulken (2000), Marianne van de Wetering (2001) en Harma Israël-Bultman (2002). De Award bestaat uit een ingelijst certificaat en een cheque van 700 Euro, waarmee een kunstobject naar keuze kan worden uitgezocht. De EADV-Award wordt mede mogelijk gemaakt door Novo Nordisk Farma BV.

POH-Competenties en Eindtermen

Door de redactie bewerkt en ingekort verslag van Gerard van de Goor (LHV)

De LHV organiseerde in maart, in samenwerking met NHG, DiHAG en CaHAG (COPD/Astma Huisartsen Advies Groep) en naar aanleiding van de roep om goede medisch-inhoudelijke eindtermen voor praktijkondersteuners, een tweede Invitational Conference.

In 2001 publiceerde de LHV bij de start van het project Praktijkondersteuning Huisartsen (POH) samen met opleidingen en werkveld, het Werkdocument "Competenties & Eindtermen praktijkondersteuners". Naar aanleiding van de vele vragen rondom de POH had de DiHAG in april 2003 een eerste Invitational Conference georganiseerd. De belangrijkste conclusie was dat er onduidelijkheid is bij alle betrokken partijen betreffende de medische kennis en vaardigheden van de POH. Het resultaat van deze Invitational Conference was het plan om medisch-inhoudelijke eindtermen op te stellen wat betreft vereiste kennis en vaardigheden van de POH. Hierbij zijn de aandachtsgebieden diabetes mellitus, astma/copd en het cardiovasculair risicoprofiel apart uitgediept en worden ook onderwerpen voor het post-HBO onderwijs benoemd. Dat maakt voor ieder duidelijk wat men kan verwachten van de POH-er.

Aanleiding

Lisette Romijn van de DiHAG beschreef tijdens de tweede conferentie de aanleiding om expliciete medisch-inhoudelijke eindtermen te formuleren. De DiHAG zag en ziet de volgende problemen met praktijkondersteuning:

- praktijkondersteuners vormen een heterogene groep
- diabeteskennis en vaardigheden zijn onvoldoende gegarandeerd in de opleidingen
- er is veel onduidelijkheid over de taken en in de praktijk zijn er ook veel verschillen in taken
- verschil in de opleidingen is ongewenst; studenten moeten landelijk identiek eindniveau halen
- Post-HBO opleiding ontbreekt
- samenwerking huisartsenopleiding ontbreekt

De DiHAG wil graag mede op basis van de

nieuwe eindtermen met andere organisaties de volgende punten oppakken:

- implementatie van de verbeteringen in de POH-opleidingen
- certificering
- betere informatie voor huisartsen over praktijkondersteuning
- Post-HBO traject
- afstemming met huisartsenopleidingen
- duidelijkheid over taken praktijkassistenten, praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen
- praktijkondersteuners moeten zich gezamenlijk organiseren
- kwaliteit van praktijkondersteuning meten.

Conclusies

Aan het einde van de conferentie werden gezamenlijk de volgende conclusies geformuleerd:

1. Het LHV-(Werk)document met de nieuwe medische eindtermen is herkenbaar voor de praktijk en hanteerbaar als checklist voor opleidingen.
2. In de discussie over de medisch-inhoudelijke eindtermen komt telkens het spanningsveld boven drijven tussen de wijze waarop huisartsen kijken naar delegatie van medische handelingen en de wijze waarop verpleegkundigen kijken naar hun competenties.
3. Het werkveld en de hogescholen zijn van mening dat LHV en NHG een heldere keuze hebben gemaakt voor één niveau (HBO resp. bachelor) functionaris in de huisartsenzorg. De status van de huidige praktijkondersteuners en doorstroommogelijkheden binnen de praktijk vragen wel de nodige aandacht van landelijke organisaties. Er begint in de praktijk behoefte te ontstaan aan doorgroeimogelijkheden voor de huidige 'generatie' praktijkondersteuners.
4. Volgens de hogescholen biedt het document goede mogelijkheden om het huidige curriculum te verbeteren. Hogescholen geven aan dat zij zelf ook ontevreden te zijn met de medisch-inhoudelijke kennis en vaardigheden die nu in het curriculum zijn opgenomen, en dat zij dit ook van veel huisartsen en studenten horen bij evaluaties van de opleidingen. Er zijn twijfels over de haalbaar-

heid in een 1-jarige opleiding.

5. Het werkveld en de hogescholen willen expliciete instroomeisen formuleren en betere assessment van mbo-instromers organiseren. Dit om de soms grote druk vanuit de praktijk, om ook mensen van onvoldoende niveau/potentie in de opleidingen toe te laten, te kunnen weerstaan.
6. Er bestaat een brede behoefte aan uniforme toetsing van studenten, zowel bij de opleidingen als bij het werkveld. Dat zou uniforme certificaten voor afgestudeerden mogelijk maken.

De LHV heeft inmiddels de nieuwe medisch-inhoudelijke eindtermen geïntegreerd met het werkdocument Competenties & Eindtermen. Tevens is het nieuwe document naar de opleidingen POH en naar het Bachelor-project gestuurd. De projectgroep projectondersteuning van de LHV zal worden opgeheven als gevolg van de reorganisatie binnen de LHV. Het is nog onduidelijk hoe binnen de LHV dit verder opgepakt zal worden. De DiHAG-werkgroep POH zal voor wat betreft de diabeteszorg aanspreekpunt blijven voor o.a de opleidingen.

(LR, HvD)

Aankondiging DiHAG- Netwerkdag

DiHAG-Netwerkdag: 25 november
2004 van 14.00 tot 21.00 uur.

Informatie over het programma en de locatie wordt zo snel mogelijk op de website gezet. Begin september ontvangt u de uitnodiging.

Houd de datum vast vrij in uw agenda!

Colofon

Uitgave van de Diabetes Huisartsen Advies Groep, afgekort DiHAG. Coördinator DiHAG: Mevr. B.P. Bakker-Verschoor, p/a NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. E-mail: dihag@nhg-nl.org. Fax: 030-2870668. Secretaris: Y. Groeneveld, huisarts, Brikkenwal 19, 2317 GT - Leiden. Fax: 071-5234922. E-mail: y.groeneveld@lumc.nl.

De DiHAG-Nieuwsbrief verschijnt minimaal tweemaal per jaar. Redactie: Marianne van Brederode, Henk van Dam (hoofdred.), Ymte Groeneveld, Raynold Bruessing en Peter Wessels. Redactie-adres: p/a H.A. van Dam, huisarts, Gezondheidscentrum Withuis, Straelseweg 193, 5914 AL - Venlo. Fax: 077-3589705. E-mail: vandam-hylkema@home.nl.

Mede mogelijk gemaakt door Novo Nordisk, LifeScan, SmithKline Beecham en Merck Sharp & Dohme B.V.