

Diabetes-DBC: Ook voor de eerstelijns!

Klaas Reenders

Sinds 2000 zijn overheid (VWS) en zorgverzekeraars (ZN) het eens geworden over een andere wijze van bekostiging van de ziekenhuiszorg, namelijk via Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De zorgvraag (diagnose) van de patiënt staat centraal.

Om die zorgvraag te beantwoorden is een keten van zorgprestaties (bijv. diagnostiek, behandeling, begeleiding) nodig. Alle activiteiten die voortvloeien uit de zorgvraag, zowel de strikt medische, als verzorgende en verplegende, zoals die van het ziekenhuis (opname, functieonderzoek), worden in kaart gebracht. En bij elke activiteit wordt de gemiddelde prijs berekend, uitgedrukt in contacttijd (bijv. met de specialist of paramedicus) of eenheid ziekenhuisproduct zoals verpleegdag, operatie, functieonderzoek. Per specialisme heeft men voor de belangrijkste zorgvragen DBC's ontworpen. Op dit moment is nog onzeker wat het uurloon van de specialist wordt maar per 1 januari 2005 wordt ongeveer 10% van het ziekenhuisbudget in onderhandelbare DBC's gestopt. Ook voor ziekenhuis-diabeteszorg is een aantal DBC's ontworpen, zodat daarvoor in

onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar een prijs kan worden bedongen.

Zo ontstaat de door Hoogervorst gewenste 'marktwerking in de zorg'. Belangrijk is daarbij dat de drukbezette huisarts taken kan delegeren aan anderen (taakherschikking).

Actie DiHAG

Verandering van bekostiging van zorg intramuraal gaat niet ongemerkt voorbij aan de eerstelijns. Als diabeteszorg in het ziekenhuis een onderhandelbaar product wordt, beïnvloedt dat ook de diabeteszorg die in ons land voor 75-80% van de patiënten door de huisarts wordt geleverd. Voor de DiHAG was dat reden om de ontwikkeling van een eerstelijns-DBC voor diabeteszorg centraal te stellen in het Actieplan 2004.

De DiHAG-Kerngroep nodigde in april Mevrouw Aldien Poll (manager zorgvernieuwing Agis) en Mevrouw Van Erp (arts en belast met de DBC ontwikkeling bij Zorgverzekeraars Nederland) uit om ons bij te praten over de stand van zaken. Zij kwamen en daagden ons uit mee te denken. Het was erg verhelderend om je te verplaatsen in de rol van een grote zorgverzekeraar die zijn diabeteszorg moet onderbrengen. Waar let je op? Hoe beheers je de kwaliteit? Wat moet je meten?

Een eerstelijns-DBC zou het mogelijk maken om als partij de markt op te gaan met een eigen product, waarvoor dan ook een reële prijs moet worden berekend en betaald door de ziektekostenverzekeraar.

Actie NDF

Ook de diabetesfederatie NDF, waarin alle professionals en de patiënten (DVN) verenigd zijn, zag in dat het belangrijk zou zijn

aan dit proces van DBC-ontwikkeling mee te werken. Daartoe werd eind 2003 een Zorgstandaard (*) ontwikkeld waarin alle standaarden en richtlijnen nog eens samengevat zijn tot een 'best practice'-standaard met daarbij criteria waaraan goede zorg zou moeten voldoen. Namens de DiHAG heb ik als huisarts daar aan meegewerkt. De Zorgstandaard werd zowel door VWS als ZN beschouwd als de standaard voor goede diabeteszorg. VWS en ZN vroegen de NDF om de Werkgroep die de Zorgstandaard had ontwikkeld te vragen een of meerdere DBC's voor de basisdiabeteszorg te ontwerpen.

Daarbij zou het van groot belang zijn aan te geven welke activiteiten nodig zijn en door welke discipline(s) zij moeten worden uitgevoerd. Diabeteszorg in de eerstelijns is vooral een kwestie van menskracht. Dat geldt niet alleen voor de behandeling en monitoring maar vooral de educatie en leefstijlbeïnvloeding.

Hoe loopt het proces

De DiHAG (en indirect daarmee NHG en LHV) hebben zich in eerste instantie aangesloten bij de werkwijze zoals die binnen de NDF plaatsvindt. Voordeel is dat vertegenwoordigers van alle betrokken disciplines aan tafel zitten: naast huisartsen ook diabetesverpleegkundigen, de diëtisten en de patiënten (DVN), allen namens hun achterban. Zelf heb ik daarom als deelnemer in die NDF-werkgroep frequent contact en overleg met het DiHAG-bestuur en de stafleden die NHG en LHV vertegenwoordigen. We zijn nu zover dat er in principe twee DBC's in ontwerp klaar liggen. De DiHAG heeft in oktober via een enquête het Netwerk (60 huisartsen) naar hun mening gevraagd. Begin oktober kwam het ontwerp ter sprake in het NDF-bestuur en daarbij is besloten dat de diverse achterbanen tot medio oktober de tijd krijgen te reageren op de voorstellen. Rond november gaat het definitieve ont-

INHOUD

| | |
|---|-----|
| Diabetes-DBC: Ook voor de eerstelijns | 1 |
| Proefschriften Annemieke Spijkerman en Lex Goudswaard | 2-3 |
| Nieuwe diabetespas DiaCard | 3 |
| DiHAG: State of the art | 4 |
| DiHAG-Netwerk: Nieuw elan | 4 |
| Besloten DiHAG-discussiesite | 5 |
| Het Redactiestatuut | 5 |
| Cursus Praktijkondersteuning en diabetes | 6 |
| ICT-Werkgroep: "Nog veel te wensen" | 7 |
| Programma Netwerkdag 2004 | 7 |
| Kaderopleiding Diabetes voor Huisartsen | 8 |
| DiHagelslag | 8 |

werp naar VWS, waarna een kostprijsberekening wordt ontworpen zodat eind 2004 de eerstelijns DBC's in ieder geval klaar liggen.

Belangrijk punt was de vraag welke activiteiten de dokter beslist zelf moet verrichten omdat hij als enige daartoe bekwaam is, en welke net zo goed of soms nog beter aan anderen gedelegeerd kunnen worden. Daarnaast was de inschatting van het aantal minuten dat een activiteit gemiddeld kost lastig. Als huisartsen verschilden we uiteraard in de tijd die we nodig denken te hebben - afhankelijk van onze werkopvatting, werkstijl en ervaring. Ook was belangrijk vast te stellen dat bij de eerstelijnsdiabeteszorg in principe een jaarlijkse (eventueel papieren) controle door een internist niet zinvol is. Wel wordt uiteraard op indicatie verwezen zoals vermeldt in de Standaard. We waren het er over eens dat consultatie eens per jaar of halfjaar door een expert in diabetes (kan

ook een huisarts zijn) van een categorie moeilijk behandelbare diabetes doelmatig en leerzaam zou kunnen zijn. Een DBC opent de mogelijkheid om daar betaling voor te reserveren binnen het budget. Hetzelfde geldt ten aanzien van dataverzameling en bespreking van een jaarverslag diabeteszorg. Deze benchmarking en feedback op de geleverde zorg, waarvoor dan ook weer geld in het budget wordt ingeruimd, is zowel voor de betaler als de leverancier van zorg, maar zeker ook voor de kwaliteit van die zorg, van groot belang.

Wat kan ik daarmee als huisarts

Vanaf 1987 behoort de huisarts diabeteszorg type 2 te leveren want dat hoort tot zijn takenpakket. Inmiddels is diabeteszorg zo complex en volumineus geworden, dat extra honorering redelijk is. Er zijn ziektekostenverzekeraars (bijv. Agis) die al op de markt opereren en basisdiabeteszorg conform de

Zorgstandaard vergoeden met zelfs een bonus van 10%. Het is dus belangrijk om als huisartsen na te denken hoe je contractpartij zou kunnen worden om straks met het regionale ziekenfonds te kunnen onderhandelen over de diabeteszorg. Daarbij zullen de ontworpen DBC's richtinggevend zijn. Per 1 januari 2005 zullen in ziekenhuizen Diabetes-DBC's voor internisten en kinderartsen gaan werken. Daar is nu al sprake van marktwerking rondom de diabeteszorg.

Handleiding

Het bestuur van de DiHAG werkt aan een handleiding DBC-Diabeteszorg, die huisartsen kunnen downloaden van onze website. Eind oktober is die klaar. Op de Netwerkdag wordt uitgebreid aandacht besteed aan de Diabetes-DBC's.

Conclusie: de ontwikkeling van DBC's voor diabetes kan ertoe leiden dat eindelijk alle mensen met diabetes overal die zorg krijgen die wij als DiHAG voorstaan. De huisarts die zelf die zorg zo goed mogelijk leverde wordt daarvoor eindelijk beloond - maar zal dan wel een aanbod samen met andere disciplines moeten doen aan zijn regionale zorgverzekeraar. Daarnaast wordt het mogelijk binnen het budget een belangrijk deel van de activiteiten aan praktijkverpleegkundigen/-ondersteuners te delegeren.

(*) De Zorgstandaard van de NDF is gratis te downloaden van de site www.diabetesfederatie.nl.



Ontmoeting van DiHAG en Stichting Langerhans in Zwolle. Op de foto DiHAG-voorzitter Guy Rutten, DiHAG- bestuurslid Klaas Reenders en Langerhans-bestuurslid Henk Bilo. Tijdens dit treffen zijn standpunten en raakvlakken uitgewisseld en afspraken over nauwere samenwerking gemaakt.

PROEFSCHRIFT-RECENSIE 1

Targetted screening for type 2 diabetes: *The Hoorn Screening Study* – Annemieke Spijkerman

Marianne van Brederode

Dit proefschrift behandelt stapsgewijze screening naar diabetes mellitus type 2 aan de hand van een aantal studies.

De Hoorn Screening Studie had als doel de karakteristieken van door screening ontdekte diabetes mellitus patiënten te vergelijken met patiënten ontdekt door de huisarts. De screening werd tussen 1998 en 2000 uitgevoerd bij 11.000 mensen van 50 tot 75 jaar in de regio West-Friesland. De eerste stap was het invullen van een vragenlijst en de tweede stap het meten van de nuchtere bloedsuiker met behulp van een vingerprik. De vragenlijst (Symptom Risk Questionnaire, SRQ) bevat vragen over leeftijd, geslacht, familieanamnese betreffende diabetes, overgewicht, dorst, kortademigheid, gebruik van antihypertensiva, claudicatioklachten en fietsen.

Mensen met een positieve score en een verhoogde glucosewaarde werden verder onderzocht.

Van 7.736 deelnemers is de SRQ-score berekend en bij 217 van hen werd een voordien niet bekende diabetes mellitus type 2 ontdekt. Kenmerkend voor deze mensen was een relatief laag HbA1c en een cardiovasculair risicoprofiel zoals typisch bij diabetes. De prevalentie van microvasculaire complicaties was in beide groepen relatief hoog. In de screeningsgroep bleek sprake van een aanzienlijke prevalentie van cardiovasculaire afwijkingen, met name ischemische hartziekte.

In een volgend onderzoek werd gebruik gemaakt van de Cambridge Risk Score, een eenvoudige screeningslijst waarbij gebruik

gemaakt wordt van gegevens die routinematig in de huisartsenpraktijk aanwezig zijn. Hiertoe zijn gegevens uit de Hoornstudie gebruikt.

Dit is een bevolkingsonderzoek naar diabetes, hart- en vaatziekten dat startte in 1989. De Cambridge Risk Score is berekend voor alle deelnemers van de eerste onderzoeksrunde en vergeleken met de uitslag van de toen ook gemeten glucosetolerantietest. Een hoog percentage bleek vals positief, namelijk, er was sprake van een hoge score op de Cambridge Risk Score, maar niet van diabetes. Hun sterfterisico bleek echter vrijwel gelijk aan dat van de echte positieven. Diabetespatiënten hebben een verhoogd sterfterisico dat toeneemt met de duur van de ziekte.

Met behulp van gegevens uit de Hoornstudie werd in een volgend onderzoek aangetoond dat het verhoogde sterfterisico van patiënten met een kort bekende diabetes voornamelijk veroorzaakt wordt door aanwezigheid van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, terwijl de verhoogde sterftekans bij langer bestaande diabetes losstaat van het wel of niet aanwezig zijn van deze risicofactoren.

Ten slotte is onderzocht of de Cambridge Risk Score geschikt is om niet-gediagnosticeerde hyperglycaemie bij etnische minderheidsgroepen op te sporen. Met behulp van gegevens uit het Health Survey for England uit 1999 is de Risk Score berekend voor mensen van Caribische en Zuid-Aziatische/

Indiase afkomst. De test bleek daarvoor geschikt te zijn.

Met behulp van stapsgewijze screening werden mensen opgespoord met een relatief geringe hyperglycaemie, maar met relatief veel aan diabetes gerelateerde complicaties en een verhoogd sterfterisico, evenals mensen zonder diabetes, maar met een hoog sterfterisico. Deze bevindingen tonen aan dat het zwaartepunt in de preventieve behandeling van deze patiënten moet verschuiven van de hyperglycaemie naar de cardiovasculaire risicofactoren.

Dit zeer leesbare proefschrift toont aan hoe stapsgewijze screening het mogelijk maakt

om zowel onbekende diabetespatiënten als mensen met een verhoogd (sterfte)risico door hart- en vaatziekten op te sporen. Dit is van praktisch belang voor de huisarts.

Annemieke Spijkerman is werkzaam bij het EMGO-Instituut en het Institute for Cardiovascular Research van het VU Medisch Centrum, waar zij als postdoc een onderzoek uitvoert naar het verband tussen hyperhomocysteinemie en structurele en functionele veranderingen van hart- en bloedvaten bij mensen met en zonder type 2 diabetes.

Contact: amw.spijkerman@vumc.nl, telefoonnr. 020 444 81 79.

PROEFSCHRIFT-RECENSIE 2

Diabetes care in general practice. *From monitoring to insulin therapy* – Lex Goudswaard

Marianne van Brederode

Doel van dit boeiende proefschrift is de effectiviteit van de huidige behandeling van type 2 diabetes in de huisartsenpraktijk te onderzoeken. Hiertoe werd gedurende vier jaar een aantal onderzoeken verricht bij diabetespatiënten in 52 huisartsenpraktijken.

Er is allereerst gekeken naar de medische dossiers waarbij bleek dat de registratie van relevante gegevens wisselend van kwaliteit was. Er werd geen verband aangetoond tussen de compleetheid van de registratie en het HbA1c percentage. Een goede registratie geeft echter de mogelijkheid om de behandeling te intensiveren met het doel streefwaarden te bereiken.

Het bleek niet goed mogelijk om aan de hand van patiëntenkenmerken een te hoog HbA1c te voorspellen. De nuchtere glucose bleek wel een goede voorspeller.

Het volgende onderzoek betrof patiënten met een HbA1c >7% ondanks behandeling met dieet en bloedsuikerverlagende tabletten. Zij werden geprotocolleerd behandeld (met vaak meer medicatie) volgens de richtlijnen van de NHG-Standaard en met behulp van praktijkondersteuners. Na drie maanden was er een significante verbetering van het HbA1c percentage.

In een ander onderzoek bleek dat als patiënten met een HbA1c >8,5% waarvoor insulinebehandeling in zicht kwam gestructureerde educatie kregen van een diabetesverpleegkundige, dit bij 60% leidde tot een verlaging van het HbA1c tot <7%, en insulinebehandeling (voorlopig) voorkomen kon worden. Dit effect was echter niet blijvend.

Het lijkt zinvol om dergelijke patiënten voor educatie naar een diabetesverpleegkundige te verwijzen voordat met insuline gestart wordt.

Het instellen op insuline kan op twee manieren: aan de bestaande orale medicatie wordt een avondinjectie middellange insuline toegevoegd (combinatie), of er wordt gekozen voor monotherapie met tweemaal daags een injectie met gemengde insuline, bijv. 30/70.

Na een jaar werden twee groepen die met combinatie- respectievelijk monotherapie behandeld waren vergeleken. Geconcludeerd werd dat combinatietherapie een goede eerste keus is als overgestapt moet worden op insuliner therapie. Deze aanbeveling vond ook steun bij een systematische review van 20 studies.

Aan de hand van de onderzoeksresultaten wordt onder meer het volgende geconcludeerd.

Goede diabeteszorg begint met *goed registreren en monitoren, maar dient gevolgd te worden door doelgerichte aanpak* van de afwijkende uitkomsten.

Als met maximale dosering van orale middelen het doel niet bereikt wordt, is overstappen op *combinatietherapie met insuline een goede eerste keus*.

In de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk dient de huisarts een centrale positie te hebben, maar optimale zorg is alleen mogelijk als er *voldoende ondersteuning is door praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen*. De uitkomsten van de beschreven onder-

zoeken zijn van praktische betekenis voor de huisarts. Verwerking van de conclusies in een herziene NHG-Standaard en de beschikbaarheid van voldoende praktijkondersteuning kunnen leiden tot een verbetering van de kwaliteit van diabeteszorg in de huisartsenpraktijk.

DiaCard

Sinds enkele jaren werken veel diabetes teams met de Diabetespas van de Nederlandse Diabetes Federatie. Deze pas heeft zijn nut inmiddels bewezen. De 'DiaCard' is een nieuw medisch paspoort, uitgegeven door de firma Novo Nordisk. Hij legt veel nadruk op het belang van jaarlijkse controles en activiteiten die de patiënt zelf kan ondernemen, zoals niet roken, voldoende bewegen en gezond eten. De DiaCard geeft adviezen om ernstige ontregelingen te voorkomen. Tips voor vakantie en reizen ontbreken niet. Voor uitgebreide informatie en praktische tips: www.diacard.nl.

DiHAG: State of the art

Ymte Groeneveld

De Stichting *DiHAG* werd in augustus 1995 opgericht door ongeveer twaalf huisartsen die wilden proberen de diabeteszorg in de eerste lijn te versterken. Nascholing, belangenbehartiging van goede diabeteszorg, advisering van LHV en NHG en vertegenwoordiging van huisartsen naar andere instanties maken deel uit van de strategie. De 'Sterrencursus' voor in diabetes geïnteresseerde huisartsen volgens het model dat bij internisten in opleiding in zwang is, wordt om de twee jaar gegeven. Dit resulteerde in een netwerk van circa 60 actief deelnemende huisartsen door het hele land. Zij participeren in werkgroepen, zijn aanspreekpunt voor diabetesvragen in hun regio en houden elkaar op de hoogte van ontwikkelingen tijdens de halfjaarlijkse Netwerkmiddagen. LHV en NHG werken in verschillende situaties samen met de *DiHAG* en hebben vertrouwen in ons. Zo vertegenwoordigen Klaas Reenders en Wim de Grauw de huisartsen in de Nederlandse

Diabetesfederatie (NDF), het eerste aanspreekpunt van de overheid met betrekking tot de diabeteszorg.

Samen met de huisartsopleidingen werd een onderwijsprogramma over diabetes voor de huisartsen in opleiding geschreven. Meer dan 1000 syllabi zijn uitgezet.

Toen de nieuwe praktijkondersteuners na hun specifieke opleiding aan de hogescholen een beperkte kennis van diabetes bleken te hebben, belegde de *DiHAG* een conferentie met alle belanghebbenden. Dit resulteerde tijdens een vervolgbijeenkomst in duidelijke doelstellingen voor de POH-opleiding m.b.t. de medische kennis over hart vaatziekten, astma/COPD en diabetes. Samen met anderen werd een diabetescursus voor praktijkondersteuners en huisartsen ontwikkeld en uitgezet. De kadercursus diabetes zal binnen afzienbare tijd van start gaan. Nu diabeteszorg een speerpunt is van het beleid van overheid en verzekeraars verwachten we dat er veel vraag zal

zijn naar inhoudelijk en organisatorisch goed opgeleide huisarts-diabetologen. De Nieuwsbrief heeft u in handen. De website (dihag.nl) bevat een schat aan actuele informatie. Het format waarin gewerkt wordt, belemmert enigszins het optimaal gebruik ervan. De bedoeling is de website uit te bouwen tot een platform voor de discussie over de toekomst van de eerstelijnsdiabeteszorg. De ICT-commissie zet zich in om diabeteszorginformatie zo transparant en reproduceerbaar mogelijk in de HIS'en op te slaan.

Tot slot enige woorden over de financiën van de *DiHAG*. Novo Nordisk en LifeScan sponsorden *DiHAG* in het allereerste begin. Dat wil zeggen dat toen de vergaderzaal, de broodjes en het drukwerk door hen betaald werden. De aanvankelijk nauwe organisatorische banden met deze sponsoren werden na enige tijd verbroken. Toen de organisatie uitgroeide werden ook andere industrieën

benaderd en kon een coördinator in dienst worden genomen. Vergoeding van reiskosten en een (bescheiden) vacatiegeld werden mogelijk. De *DiHAG* heeft geen enkele bemoeienis met farmaceutische aangelegenheden, behalve als vertegenwoordiger van de huisartsen in bijv. een werkgroep van het College van Zorgverzekeraars over diabetesmedicatie. Op dit moment sponsoren GSK, LifeScan, MSD en Novo Nordisk de *DiHAG* volgens het model van plansponsoring. Er is enkele malen per jaar een overleg met hen over organisatorische zaken.

NB. De *DiHAG* wordt besproken in het blad *Modern Medicine* nr.7-2004 (themanummer Diabetes Mellitus), in een artikel van Bep Bakker, coördinator *DiHAG*.

DiHAG-Netwerk: Nieuw elan

Bep Bakker-Verschoor

Het *DiHAG*-Netwerk is de afgelopen zomer 'opgeschoond', wat betekent dat inactieve en niet langer geïnteresseerde huisartsen niet meer opgenomen zijn in het Netwerk. De aanpassingen zijn ook doorgevoerd in de website van de *DiHAG*. Het resultaat is dat de *DiHAG* nu een groep van 60 huisartsenexperts kent die de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk een warm hart toedragen en bereid zijn energie te stoppen in verdere verbetering van de kwaliteit van deze zorg door hun expertise te delen met anderen.

De *DiHAG*-Netwerkleiden vinden bij de *DiHAG* een platform voor uitwisseling van actuele informatie, discussie, kennis en ervaring.

Deze uitwisseling vindt vooral plaats op Netwerkdagen.

Netwerkdagen in het voorjaar bieden actuele wetenschappelijke informatie, Netwerkdagen in het najaar richten zich op de *DiHAG* zelf. Op de Netwerkdag van 25 november 2004 komen behalve de activiteiten en expertise van het *DiHAG*-Netwerk, de Diabetes-DBC aan bod (zie het programma van deze Netwerkdag elders in deze Nieuwsbrief). De Netwerkdagcommissie hoopt op een grote opkomst op 25 november (Het Koetshuis te Leusden).

Een nieuwe Netwerkactiviteit is de besloten discussiepagina op de website van de *DiHAG* (www.dihag.nl). Deze discussiepagina is alleen toegankelijk voor leden van het *DiHAG*-Netwerk – zie het bericht hierover elders in deze Nieuwsbrief. De leden ontvingen persoonlijk informatie over deelname. De websitecommissie verwacht levendige discussies op de website.

Besloten discussie-site voor *DiHAG*

Discussiepagina

Ontwikkelingen in de diabeteszorg gaan snel. De patiënt verwacht terecht dat zijn behandelaar goed op de hoogte is. Professionals in de dagelijkse praktijk van de diabeteszorg worden soms geconfronteerd met situaties waarin noch het NHG-protocol noch de lokale richtlijn in voorziet. In het Netwerk van de *DiHAG* is de praktijkervaring van een groot aantal in diabetes geïnteresseerde huisartsen geconcentreerd en daarnaast ook kennis van relevante wetenschappelijke ontwikkelingen.

Sinds de *DiHAG* een internetwebsite beheert, is gezocht naar een manier om via een discussiepagina het surplus aan kennis en ervaring van het *DiHAG*-Netwerk op verschillende manieren te gebruiken:

- om onderlinge meningsvorming te versterken door de mogelijkheid van een open debat te bieden
- om daarmee ook de discussie met externe betrokkenen en andere disciplines in de zorg aan te gaan
- om elkaar binnen het Netwerk advies te kunnen geven op dit specifieke terrein
- en ten slotte ook om als vraagbaak te dienen en de meerkennis aan zoveel mogelijk betrokkenen in de diabeteszorg beschikbaar te stellen.

Dilemma

Het laatste onderdeel strekt zich uit over een breed gebied. Het gaat enerzijds om een-

voudige instructies en adviezen en anderzijds om verantwoording bij belangrijke dilemma's in de uitvoering van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2. Daarbij had en heeft de *DiHAG*, als mede-auteur, een gezaghebbende stem. Voor een goed lopende vragen- en discussierubriek is de snelheid waarmee de antwoorden en reacties gepubliceerd worden essentieel. Omdat in een open rubriek op onze site uitspraken van deskundigen 100% wetenschappelijk juist en strategisch moesten worden afgewogen, belemmerde dat de levendige discussie en de meer opiniërende functie die dit forum zou kunnen hebben.

Keus

Dat heeft ertoe geleid dat in de Kerngroep het besluit is genomen een keus te maken voor een vorm die expliciet de open discussie en meningsvorming binnen het *DiHAG*-Netwerk faciliteert. De bestaansrede van het Netwerk is de meerwaarde van de onderlinge uitwisseling, die levert het "een plus een is drie"-effect. De status van de discussiebijdragen moet minder formeel worden. Voorwaarde daarvoor is dat het forum alleen toegankelijk is voor *DiHAG*-leden. De huidige discussiepagina komt te vervallen.

Besloten deel

De discussiepagina komt dus op een besloten gedeelte van de site, waarvoor moet

worden ingelogd. Binnenkomende vragen of discussiebijdragen worden naar de deelnemers doorgemailed. Dilemma's vanuit de Kerngroep en themagroepen zullen vaker ter discussie worden voorgelegd aan het Netwerk. Toezicht op de rubriek houdt de redactie.

Deelname

DiHAG-Netwerkleiden ontvangen per email informatie over hun deelname aan het besloten deel van de *DiHAG*-site binnen de Artsennet-omgeving. Zij kunnen zich dan rechtstreeks, via de *DiHAG*-site, opgeven. Via de Vragenrubriek kunnen zij een probleem of vraag uit de praktijk van de diabeteszorg aan andere huisartsen uit het *DiHAG*-Netwerk voorleggen.

Het Redactiestatuut Juni 2004

1. De Nieuwsbrief publiceert berichten, verslagen, aankondigingen en redactionele artikelen die de doelstellingen en activiteiten van de *DiHAG* ondersteunen.
2. Redactionele artikelen zijn artikelen die het functioneren van het expertise netwerk ten goede komen en daarmee de diabeteszorg door de Nederlandse huisartsen.
3. Het entameren van discussies over wat wel of niet goede diabeteszorg is buiten het domein van de huisarts, valt buiten de opdracht van de Nieuwsbrieffredactie.
4. Het attenderen op relevante onderwerpen in de diabeteszorg zoals via referaten van publicaties en besprekingen van dissertaties, zijn mogelijk zolang zij de diabeteszorg door de huisarts versterken, ondersteunen of van evidence voorzien.
5. Artikelen die boeken en dissertaties bespreken worden vooraf aan de auteur voorgelegd
6. Extra zorgvuldigheid is gewenst bij het schrijven over onderwerpen zoals medicatie en andere zaken waarbij belangen van derden zijn gemoeid
7. Ter ondersteuning en uitvoering van het redactionele beleid neemt een *DiHAG*-bestuurslid aan de redactieraad deel.



“U gaat gewoon flink afvallen, minder eten, veel meer bewegen, u stopt met roken, u drinkt minder alcohol, en u gaat meer tabletten innemen”.

“Ja, maar... dat lukt nooit, ik eet al zo weinig, ik fiets al soms, stoppen met roken heb ik al zo vaak geprobeerd, en die tabletten zijn zo vies”.

“Leuk om te doen en vooral om veel extra kennis te verwerven”

Cursus Praktijkondersteuning en diabetes

U bent praktijkondersteuner? Dan behoort u tot een nieuwe, belangrijke beroepsgroep die een nuttige bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg. Daarin is diabeteszorg één van de belangrijkste onderdelen van het takenpakket. In de praktijk blijkt dat praktijkondersteuners daarbij extra ondersteuning goed kunnen gebruiken. Zowel bij het maken van samenwerkingsplannen als bij het verder uitdiepen van één van de belangrijkste taken van de functie: het geven van voorlichting en educatie. Een doelgerichte cursus zoals **Praktijkondersteuning en Diabetes helpt u daarbij. Sandy Wiecherink bijvoorbeeld – praktijkondersteuner bij huisartsen Jongejan, Van der Velde en Van Doorn in Rotterdam – is een cursist van het eerste uur.**

“Ik miste praktische kennis”

Een halfjaar geleden heeft Sandy de cursus Praktijkondersteuning en Diabetes met goed gevolg afgesloten. Ze zegt: *“Ik heb de hele cursus gevolgd. Dat wil zeggen, zowel module 1, 2 als module 3. Tegenwoordig kan een praktijkondersteuner of een huisarts ook één van deze drie modules volgen. Ik heb deze cursus gedaan, omdat ik méér wilde. Ik kwam erachter dat ik nog niet goed genoeg was in het voeren van een consult. Ik miste toch nog praktische kennis om mijn beroep naar wens te kunnen uitoefenen. Na het volgen van de cursus kan ik niet alleen beter een consult opbouwen en een goed consult voeren, maar geef ik ook gerichter voorlichting. Bovendien heb ik me in alle ins en outs over diabetes kunnen verdiepen.”* Voorafgaand aan de cursus werken de deelnemers een thuisopdracht uit over de praktijk waarin ze werken. Sandy: *“Ik moest een vragenlijst invullen over mijn kwaliteiten ten aanzien van de diabeteszorg, mijn professionaliteit en ook wat ik verwacht van anderen die in de diabeteszorg werken. De antwoorden mailde ik voor aanvang van de eerste les naar de docent. Ook heb ik er intensief met huisarts Jongejan over gepraat.”*

Module 1: Kundig in diabetes **“Theorie in de praktijk”**

“Deze module is opgebouwd uit twee delen. Eerst algemene kennis over diabetes mellitus type 2 en in het tweede deel wordt de diabetische voet behandeld. Deze module was vooral een verdieping met betrekking tot de aandoening zelf. Vooral dat vond ik erg prettig aan de cursus. Verder werd er tijdens de lessen ook in kleine groepjes gewerkt en werd door middel van casussen de theorie geoefend. In deze module gaat het vooral om de toepassing van de theorie in de praktijk.”

Module 2: Samen staan voor diabetes **“Nadenken over de diabeteszorg”**

Goede diabeteszorg geven, dat kan alleen in goede samenwerking in een goede werkorganisatie. Daarom wordt module 2 zowel door de praktijkondersteuner als door de huisarts gevolgd. Sandy: *“Deze module vond ik vooral een bevestiging van de samenwerking tussen de huisartsen en mij. In deze module heb ik kennis en vaardigheden opgedaan die een bijdrage leveren aan zaken als analyse en doelbepaling, mijn kernkwaliteiten en een balans tussen autonomie en samenwerken. De huisartsen en ik hebben dat al, dus blijkbaar doen we het goed in onze praktijk. Ik moest een kernkwadrant maken,*

waarbij ik mijn eigen kwaliteiten onder de loep nam. Maar ik moest ook nadenken over de diabeteszorg en hoe deze er in de toekomst zou moeten uitzien.

“Dat moest ik doen door specifieke, meetbare en acceptabele doelstellingen op te stellen. Ik vond dat erg leuk en leerzaam. Vaak heb ik wel plannen, maar daar blijft het dan bij. Door het opzetten van de zogenoemde smartdoelen, kwam ik stapsgewijs tot een heel goed plan. Dat was heel zinnig om te doen.” In deze module kwam ook de behandeling van insulinetherapie aan de orde. Sandy: *“Ik heb meer geleerd over de medicatie en behandeling van mensen met diabetes. Ik wist lang niet alles over hoe je een patiënt goed kunt instellen. Wat dat betreft ben ik nu veel zekerder van mezelf. Ook heb ik protocollen gekregen, waarmee ik nog steeds werk. De extra weetjes, zoals mensen met diabetes die moeilijk instelbaar zijn. Of leren hoe je deze mensen opnieuw goed kunt instellen. Of de waardes uit de dagcurve leren lezen en aan de hand daarvan een diagnose kunnen stellen over wat er met de patiënt aan de hand is. Dat maakt de cursus zo interessant.”*

Module 3: Effectieve educatie **“Hoe motiveer ik patiënten”**

Binnen de diabeteszorg in de eerste lijn ligt de focus van de huisarts op diagnose en behandeling, die van de praktijkondersteuner op gezond gedrag en het monitoren van de behandeling. Effectieve educatie is daarom één van de belangrijkste taken van de praktijkondersteuner. Educatie is gericht op kennis tekorten, motivatie tekorten en therapieontrouw bij mensen met diabetes mellitus type 2. Module 3 gaat over de redenen van deze problemen. Sandy: *“Aan module 3 heb ik persoonlijk het meeste gehad. Je leert om goede voorlichting aan de patiënt te geven. Is hij niet goed instelbaar omdat hij kennis over zijn aandoening mist? Of is hij niet vaardig in het toedienen van insuline? Of is hij zelfs niet gemotiveerd om te prikken en insuline toe te dienen? We hebben rollenspelen gedaan, waardoor ik geleerd heb naar de patiënt te kijken en op die manier betere voorlichting te geven. Ook heb ik geleerd hoe ik patiënten motiveer beter met hun aandoening om te gaan. Dat waren voor mij erg goede lessen.”*

“Een absolute aanrader”

Net als alle andere cursisten heeft Sandy huiswerk moeten maken. *“Ongeveer eens in de drie weken is er een modulebijeenkomst. Voor iedere bijeenkomst heb ik mijn huiswerk gemaakt, wat ongeveer drie uur in beslag nam. Dat was voor mij goed te doen. De docenten zijn kundig en open. Iedereen voelde zich op zijn gemak. Bovendien staan alle docenten zelf in de praktijk; óf als diabetesverpleegkundige óf als huisarts. Ze weten dus precies waar ze het over hebben. De hele cursus vind ik een absolute aanrader. Het is niet alleen ontzettend leuk om te doen, maar je doet vooral veel extra kennis op.”*

Informatie over de cursus: www.dihag.nl of bij Bep Bakker, coördinator DiHAG, tel. 06 51813371 of Mediselect, telefoonnr. 033 422 99 00, e-mail: cedn@mediselect.nl.

“Nog veel te wensen”

Raynold Bruessing

Veel huisartsen in het land verrichten diabeteszorg volgens de NHG-Standaard. De meesten beschikken in hun huisartsinformatiesysteem (HIS) over relevante registratiegegevens, waar ze echter nu betrekkelijk weinig mee kunnen, maar graag meer mee zouden willen doen.

Een van de redenen daarvoor is de verwachte komst van Diabetes-DBC's. Zorgverzekeraars zullen DBC-contracten voor diabeteszorg willen sluiten en voor benchmark, management en feedback zijn die gegevens heel belangrijk. De DiHAG-Kerngroep heeft vorig jaar een aantal mensen met expertise (verzameld in de ICT-Werkgroep) gevraagd te analyseren of het mogelijk is op korte termijn het bestaande HIS-materiaal beter te gebruiken en voor de langere termijn een verstandig beleid te plannen. Inmiddels heeft deze ICT-Werkgroep zijn analyse en een advies uitgebracht. Een korte samenvatting: er is nog veel te wensen over.

1. Alle huidige HuisartsInformatieSystemen zijn min of meer in staat om diabetesgerelateerde gegevens op te slaan. De juiste WCIA-standaardmeetwaarden zitten in de meeste HIS'en ingebouwd en er zijn aparte diabetesmodules in te stellen. Dit is echter meestal niet eenvoudig, omdat je rekening moet houden met het eigen spreekuurmodel en de gewenste data. Goede handleidingen en helpfuncties ontbreken vaak.
2. Huisartsen zouden hun diabetesdata willen gebruiken voor feedback op de kwaliteit van zorg of voor eigen management. Verschillende universiteiten hebben voor wetenschappelijk onderzoek programma's ontwikkeld om gegevens uit de praktijkregistraties te extraheren. Er bestaan dus universiteitsprogramma's die de gewenste feedback zouden kunnen leveren. Het is wenselijk dat deze functie voor meer huisartspraktijken beschikbaar komt.
3. In de onderhandelingen met zorgverzekeraars en overheid zijn diezelfde (diabetes-) gegevens van belang om concreet de bewerkelijkheid en het niveau van de geleverde zorg te kunnen aantonen. Die gegevens moeten worden geanonimiseerd en bewerkt voor benchmark-doeleinden. Een specifiek daarvoor ontwikkeld programma is Diabcare. Het is lokaal al op veel plekken bij huisartsorganisaties in gebruik. De invoer van gegevens is echter nog handmatig en bewerkelijk. Uitbreiding tot bredere toepassing (transmurale DBC) en upgrade tot een web-based applicatie is gewenst.
4. Door het NHG zijn diabetesspecificaties en standaarden ontwikkeld waarmee specifiek het huisarts- en POH-diabetesspreekuur kan worden ondersteund: Prodigmo. De Prodigmospecificaties - in de vorm van een diabetesscherm - zijn helaas niet in de huidige HIS'en geïntegreerd. Het is onzeker of dat nog gebeurt. Wel worden afzonderlijke diabetesprogramma's op de markt gebracht. Het is belangrijk dat die aparte programma's, onder de voorwaarden van het NHG-model, gebruik gaan maken van gegevens uit het HIS en nieuwe data daar ook weer naar terugvoeren. De koppeling tussen diabetesmodules en HIS'en kan gebeuren door zogenaamde middleware te gebruiken. Voorbeeld daarvan is het programma HisLink, dat in opdracht van de HIS-gebruikersvereniging Orego werd ontwikkeld. Dit soort programma's zou op korte termijn tot de gewenste functionele koppeling moeten leiden. Het NHG zou eigenlijk op die ontwikkeling moeten toezien en hem zoveel mogelijk faciliteren.
5. Verder is uitbreiding van het Prodigmomodel met benchmarkfaciliteiten zoals die van Diabcare in de toekomst gewenst.

De DiHAG-Kerngroep is akkoord met de analyse en conclusies van de ICT-Werkgroep en zal een actieplan opstellen. De leden van het DiHAG-Netwerk worden op de hoogte gehouden.

De DiHAG-Netwerkdag

donderdag 25 november

Locatie: Het Koetshuis, Heiligenbergerweg 5
Leusden

Routebeschrijving op te vragen via:
www.mediselect.nl: Koetshuis.

Dagvoorzitter: Dr. W. de Grauw

13.30 uur Ontvangst en registratie

14.00 uur Opening

Prof.Dr. G.E.H.M. Rutten

14.15 -15.30 uur

Highlights van DiHAG-activiteiten in 2004

- Praktijkondersteuning

- Onderwijsprogramma Huisartsenopleiding

- ICT- Werkgroep

- Kaderopleiding

Dr.Y. Groeneveld

15.30 - 16.00 uur Pauze

16.00 - 17.00 uur

Netwerkpertise

De SHL; “het Bredase model”. Optimale diabeteszorg in de eerstelijns.

Het lab faciliteert, de huisarts coördineert.

G.S. Eisma

Monitoring in de huisartsenpraktijk;

kwaliteitsinput of noodzakelijk kwaad.

A.M.G.M.F. Hoevenaars

17.00 - 17.30 uur

De Diabetes DBC: punt van overweging.

Prof.Dr. G.E.H.M. Rutten

17.30 - 19.00 uur Aperitief en diner

19.00 - 20.30 uur

De Diabetes-DBC: een postprandiale en interactieve presentatie, afgesloten door een forum-discussie onder leiding van

Dr. K. Reenders

In korte presentaties lichten vertegenwoordigers van NHG, LHV en NDF de visie op de DBC en rol van hun organisatie toe, waarna u in de gelegenheid wordt gesteld om met hen in discussie te gaan.

Dr. H.J. Aanstoot, voorzitter NDF

Dr. A.N. Goudswaard, NHG

Drs. C.F.H. Rosmalen, LHV

Drs. J. Geurts, transmurale huisarts,

Stichting Rhijnhuysen

20.30 uur Sluiting

Na afloop is er gelegenheid om te “DiHAG netwerken” onder het genot van een drankje en een hapje

Kosten: € 85,00 over te maken op giro 9606525 tnv. Stichting Diabetes Huisartsen Adviesgroep. U kunt zich aanmelden middels het ontvangen aanmeldingsformulier of via de website: www.dihag.nl

Kaderopleiding Diabetes Mellitus

Maarten Vinkenburg

Het aantal mensen met diabetes stijgt de komende jaren sterk: van 400.000 naar meer dan 500.000. De zekerheid dat intensieve zorg het aantal en de ernst van complicaties kan beperken maakt een goed gestructureerde zorg voor mensen met diabetes noodzakelijk. Om zorg van kwaliteit te kunnen bieden start dit najaar de Kadercursus Diabetes voor Huisartsen.

In de notitie "Kwaliteit op Koers" hebben het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging enige jaren geleden vastgelegd dat impulsen moeten worden gegeven aan kwaliteit van zorg op belangrijke deelgebieden binnen de huisartsgeneeskunde, zoals diabetes mellitus, astma/COPD, palliatieve zorg etc. De functie "kaderhuisarts" maakt deel uit van dit plan. Het is een differentiatie binnen de huisartsenprofessie en een aanvulling op de reguliere huisartsenopleiding. De Nederlandse Diabetes Federatie en de zorgverzekeraars hebben zich uitgesproken voor regionale structurering van deze zorg. Verwacht wordt dat de komende jaren kaderhuisartsen in hun regio onmisbaar zullen zijn voor patiënt, huisarts, ziekenhuis en praktijkondersteuner, maar ook voor de zorgverzekeraar en regionale overheden. Herkenbaarheid en beschikbaarheid van de opgeleide kaderhuisartsen zijn dan van wezenlijk belang.

Bij het tot stand komen van de opleiding werken het NHG en de Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHAG) nauw samen. De cursus wordt gegeven onder auspiciën van het Julius Centrum in Utrecht, in hechte samenwerking met de afdeling interne geneeskunde van het UMC Utrecht, en met de afdelingen huisartsgeneeskunde van het VU Medisch Centrum in Amsterdam en het UMC Radboud in Nijmegen.

De cursus duurt anderhalf jaar. 10-15 Huisartsen worden opgeleid tot Kaderhuisarts Diabetes Mellitus. Na de cursus zijn zij in staat taken te vervullen als consultant/adviseur en docent bij consultatie- en deskundigheidsprojecten, kwaliteitsprojecten, richtlijnenontwikkeling, samenwerkingsprojecten, transmurale projecten en opleidingen.

Naast onderwijs in specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van Diabetes Mellitus

wordt een belangrijk deel van de opleidings-tijd ingenomen door meer algemene vaardigheden die de kaderhuisarts helpen bij de uitoefening van zijn functie: onderwijs maken en geven, projectmanagement en strategie, wetenschappelijke oriëntatie, kennis van de organisatie van eerste en tweede lijn en congresbezoek stellen de kaderhuisarts in staat de kwaliteitsimpulsen te geven waar het om gaat. Door tijdens de opleiding twee projecten ter hand te nemen worden leren en doen gecombineerd, en kan de kaderhuisarts na de opleiding verder in het opgebouwde netwerk.

Programma

Het programma is opgebouwd uit centrale bijeenkomsten waarin specifieke kennis en vaardigheden aan de orde komen. Daarnaast wordt van de cursisten verwacht dat zij in hun praktijk een verbeterproject starten. Later in de opleiding moet ook een regionaal project gestart worden. Stages vormen een deel van de opleiding. In opzet is gekozen voor zelfsturend leren waarbij de cursist middels de centrale bijeenkomsten en projecten en zelfstudie, gecoached door mentoren, werkt aan het eigen portfolio. De opleiding is voltooid als uit het portfolio blijkt dat de leerdoelen gehaald zijn. Vrijstellingen kunnen worden verleend voor onderdelen die bij de aanvang van de opleiding al beheerst worden of voltooid zijn.

Tijd:

De opleiding vergt een tijdsinvestering van drie maanden verspreid over anderhalf jaar. Globaal betekent dit dat 1 dag per week aan de opleiding besteed moet worden. Hierin is alles inbegrepen: studie, stage, projecten en centrale bijeenkomsten.

Plaats:

De centrale delen zullen afwisselend door de betrokken vakgroepen worden voorbereid en gehuisvest. Begeleiding door mentoren; stages en andere delen vinden decentraal plaats.

Financiën en accreditering:

Financiële ondersteuning voor de opleiding is deels al toegezegd door enkele farmaceutische industrieën. Naar aanvullende middelen wordt nog gezocht bij de toekomstige opdrachtgevers zoals zorgverzekeraars, huisartsenlaboratoria en anderen. Van de huisarts die de opleiding volgt zal maximaal een bedrag van rond de 7500 euro gevraagd worden. Zelfstandig gevestigde huisartsen kunnen gebruik maken van de bestaande fiscale aftrekmogelijkheden. Naar verwachting wordt de kaderopleiding per afgerond studiejaar geaccrediteerd voor 40 uur, in totaal dus 60 uur voor anderhalf jaar.

Informatie en aanmelding

Wilt u de kaderopleiding gaan volgen, schrijf dan een brief waarin uw ervaringen rondom diabetes(zorg) en uw motivatie voor de opleiding worden weergegeven, naar onderstaand adres. Wilt u hierin ook die onderdelen vermelden waarvoor u vrijstelling verwacht te krijgen? Ook kunt u daar meer informatie vragen.

Adres: Hoofd Kaderopleiding Diabetes Mellitus Prof.Dr. G.E.H.M.Rutten
Kaderopleiding Diabetes Mellitus. Julius Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde.
Postbus 85060, 3508 AB Utrecht (telefoon 030 253 81 54, g.e.h.m.rutten@med.uu.nl)

Opleidingscoördinator: Maarten Vinkenburg, huisarts (telefoon 06 55 80 65 91, m.vinkenburg@chello.nl) Zie ook: www.artsenet.nl/nhg, producten, nascholing, kaderopleidingen

In deze rubriek publiceren we handige weetjes, ezelsbruggetjes en andere tips voor toepassing in de praktische diabeteszorg van alledag. Heeft u zo'n tip, aarzelt u dan niet hem in te sturen. De redactie kan niet garant staan voor de kwaliteit van de tips, maar vindt ze meestal zinvol en vaak vermakelijk.

Van Jeroen Sonnaville, via Peter Wessels, komt de volgende formule voor inschatten van de te verwachten insulinebehoefte van een patiënt.

Formule volgens de Finse diabetoloog Yki-Jarvinen (berekening uit de LANMET-study):

| | | | |
|---------|----------|------------------------------------|----------|
| Gewicht | + 10 kg | (boven bovengrens normaal gewicht) | -> + 12E |
| HbA1c | + 1% | (boven 7%) | -> + 12E |
| ALAT | + 33 U/l | (boven bovengrens normaal) | -> + 12E |

Opgeteld levert dit een benadering van de verwachte dosis insuline per 24 uur

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.

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-hyllkema@home.nl.

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