

## Activiteitenplan DiHAG 2005

Het jaar 2004 stond in het teken van de eerstelijns Diabetes-DBC. Deze activiteit krijgt een vervolg in 2005. Met het oog op de invoering van een veranderd zorgstelsel en financiering van de zorg per 2006 heeft de DiHAG veel gedaan om huisartsen handvatten te geven bij het maken van keuzes bij onderhandelen over en verlenen van diabeteszorg. Het speerpunt in 2005 is wederom de Diabetes-DBC. Daarnaast blijft het DiHAG-beleidsplan 2002-2006 leidraad. In 2005 zullen er weer acties en prioriteiten gesteld moeten worden om de gestelde doelen uit het beleidsplan te bereiken. Met de komst van nieuwe kerngroep-leden kunnen in 2005 diverse geplande activiteiten nieuw leven worden ingeblazen. De kaderopleiding gaat van start, het PR-beleid zal extra aandacht krijgen en de website zal onder de loep worden genomen. Het DiHAG-Netwerk is in 2004 versterkt en zal in 2005 actief betrokken worden bij de verspreiding van kennis en expertise over diabeteszorg in de huisartsenpraktijk.

- *Belangstellenden kunnen het volledige Activiteitenplan downloaden van de website: [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl).*

### INHOUD

Activiteitenplan DiHAG voor 2005	1
Risico-communicatie	1
Proefschrift Joost C. Keers: Diabetes Rehabilitation (MIEP)	2
Programma DiHAG Netwerkdag vrijdag 22 april	2
Nieuws van het bestuur: Luc Harms, Bas Houweling en Meggy van Kruijsdijk	3
Afscheid van Klaas Reenders	4
'Big!Move': Een nieuw concept voor gedragsverandering	4
Proefschrift Lielith Ubink-Veltmaat: Type 2 Diabetes Mellitus in a Dutch Region - epidemiology and shared care	5
NDF-voorlichtingscampagne diabetes	6
Nederlandse Diabetes Dag: 28 oktober 2005	6
2 juni start van de Kaderopleiding Diabetes Mellitus voor huisartsen	6
Handreiking Eerstelijns Diabetes-DBC Health Behavior Change	7
(boekbespreking)	7

RISICOCOMMUNICATIE:

## Hoe de diabetespatiënt informereren over risico's?

**Op verzoek van de redactie schreef Trudy van der Weijden uit Maastricht een kort stuk over risico-communicatie, ofwel: hoe vertel ik het mijn patiënt?**

Leefstijlverandering is voor veel patiënten razend moeilijk. Ieder mens heeft zijn eigen voornemens, percepties, preferenties, en een unieke sociale context. De perceptie van de patiënt ten aanzien van lange-termijn risico's van diabetes is een radertje in dit complexe proces van leefstijlverandering. Een patiënt die zich niet goed bewust is van de lange-termijn risico's van diabetes zal minder gemotiveerd zijn voor leefstijlverandering. Het corrigeren van verkeerde risicopercepties kan bijdragen aan de motivatie om leefstijladviezen op te volgen. Dan is het nog de kunst om te zoeken naar een leefstijlverandering die de patiënt aanspreekt doordat dit bij de persoon past of doordat hij inziet wat dit oplevert aan risicoreductie.

Uit onderzoek blijkt dat veel patiënten het werkelijke risico op hart- en vaatziekten verkeerd inschatten. Zowel onder- als overschatting van het risico komen voor. Een bijkomend probleem is dat de patiënt zich vaak ook niet bewust is van een verkeerde leefstijl, en dan met name lijdt aan overschatting. Bijvoorbeeld denkt dat ze voldoende beweegt maar feitelijk behoorlijk onder de norm zit voor gezond bewegen. In Maastricht starten we met een project\* waarbij we hoog-risico patiënten voor hart- en vaatziekten proberen te betrekken bij de besluitvorming over leefstijlverbetering. Een getrainde praktijkverpleegkundige brengt het individuele risico in kaart. Om dit vervolgens aan de patiënt uit te leggen. Maar hoe moet dat? Uit de psychologie weten we dat de boodschap "uw risico om in de loop van 10 jaar een hart- of vaatziekte te krijgen is 25%" of "uw risico is 1 op 4" door veel patiënten zo niet begrepen wordt. Mensen denken liever in natuurlijke frequenties dan in proporties. Dus beter: "van 100 mensen zoals u zullen er 25 binnen 10 jaar een hart- of vaatziekte ontwikkelen". En daarbij de uit-

komsten benoemen; "u kunt blijvend beperkt worden door een hartinfarct, of beroerte, of hieraan doodgaan ...". Het is voor veel patiënten nog duidelijker als het risico wordt gevisualiseerd met een populatiedigram; bijvoorbeeld 10 rijen van 10 poppetjes waarvan er dan 25 een andere kleur hebben. Voor de interpretatie van dit getal is het goed een referentiekader te geven door met andere soorten medische of niet-medische (bijvoorbeeld verkeersongelukken) risico's te vergelijken.

Ook het uitleggen van het effect van risicoreductie kan op vele manieren. Uitleg in de vorm van relatieve risico reductie werkt vaak overtuigend. Bijvoorbeeld "door stoppen met roken daalt uw risico met 20%". Maar dit is even waar als de mededeling "uw risico daalt met 5%". Hier is het namelijk uitgedrukt als absoluut risicoreductie, een daling van 25 naar 20%. Ook hiervoor lijkt het populatiedigram beter geschikt. De boodschap van dit betoog is dat de arts de patiënt kan manipuleren door de manier waarop risico's en risicoreducties worden gecommuniceerd. Het lijkt ideaal als de patiënt alle vormen van informatie aangereikt krijgt, waarbij hij wordt geholpen door een praktijkverpleegkundige om in die informatie zijn weg te vinden. In de toekomst zal de patiënt die er behoefte aan heeft haar weg zelf gaan vinden naar interactieve web-based risicocalculators. Er ligt dan nog de taak van de arts om samen met de patiënt te streven naar risicomangement dat zowel past bij de richtlijnen van de huisarts als bij de persoonlijke normen, waarden en voorkeuren van de patiënt.

dr. Trudy van der Weijden  
Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde/  
Centre for Quality of Care Research  
(WOK) Universiteit Maastricht

- Heeft u interesse in deelname aan de beschreven studie? Informatie: 043-3882877 / 2329 of [trudy.vanderweijden@hag.uni-maas.nl](mailto:trudy.vanderweijden@hag.uni-maas.nl)

#### Leestips:

- Evidence-based patient choice. Inevitable or impossible? Edwards A, Elwyn G. Oxford 2001.
- Thema nummer BMJ risk communicati-on, 27 september 2003
- website: [www.decisionaid.ohri.ca](http://www.decisionaid.ohri.ca)

## Redactioneel

Als lezer van deze Nieuwsbrief informeren we u in dit nummer over verschillende DiHAG-activiteiten: Activiteitenplan 2005, nieuwe kerngroepleden, afscheid van Klaas Reenders, en Netwerkdag. Enkele proefschriften over diabeteszorg worden besproken. Verder dagen we u uit om mee te denken over manieren om de actieve betrokkenheid en zelfzorg van patiënten met type 2 diabetes te versterken. Empowerment en eigen verantwoordelijkheid zijn de kernbe-

grippen. In dat kader presenteren we onder andere opnieuw het Amsterdamse 'Big!Move'-project. Verder kunt u lezen over betere (en slechtere) methoden om over risico's te communiceren, over het MIEP-project om moeilijk te reguleren patiënten te ondersteunen en te empoweren, en over het boekje 'Health Behavior Change' dat hulpverleners diverse methoden aanreikt om patiënten te helpen gedragsverandering te realiseren.

HENK VAN DAM

## Programma DiHAG Netwerkdag vrijdag 22 april

**Locatie: Singer Museum en Theater. Oude Drift 1, Laren**

- 13.30 uur Ontvangst en registratie
- 14.00 uur Opening door de voorzitter van de DiHAG, prof.dr. G.E.H.M. Rutten
- 14.05 uur Inleiding door de dagvoorzitter met een algemene beschouwing over *Controversen in de diabeteszorg* (R. Holtrop, voorzitter programmacommissie en kerngroep lid DiHAG)
- 14.20 uur Insulinetherapie.  
Sprekers: dr. A.N. Goudswaard, hoofd afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap NHG: *De literatuur*, en dr. J.H. de Vries, internist AMC Amsterdam: *De praktijk*
- 15.20 uur Pauze
- 15.50 uur Cardiovasculaire risicocalculatie.  
Sprekers: dr. S. Thomas, hoogleraar en afdelingshoofd huisartsgeneeskunde Erasmus MC: *De grote lijn van het CBO en de implicaties voor de alledaagse praktijk* en Prof. dr. A.W. Hoes, hoogleraar klinische epidemiologie en huisartsgeneeskunde, UMC Utrecht: *Het verschil tussen SCORE en Framingham en de UKPDS risk engine*
- 16.50 uur Waarde van nuchtere glucose, postprandiale glucose en HbA1c.  
Sprekers: dr. A. Kooy, internist Bethesdaziekenhuis Hoo-geveen: *De literatuur*, en prof.dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar diabetologie in de huisartsgeneeskunde UMC Utrecht: *Implicaties voor de praktijk*.
- 17.50 uur Pauze
- 18.20 uur Screening op type 2 diabetes. Hoe ver gaan we?  
Sprekers: dr. G. Nijpels, UHD, afdeling huisartsgeneeskunde VU Amsterdam: *Prevalentie van complicaties bij patiënten door screening ontdekt*. En Dr. W. de Grauw, afdeling huisartsgeneeskunde UMC St Radboud Nijmegen: *Screening in de huisartspraktijk*
- 19.20 uur Aperitief
- 19.45 uur Inleiding over het Museum, Netwerken met buffet en tussendoor de gelegenheid om in kleine groepjes het museum te bezoeken.

PROEFSCHRIFT JOOST C. KEERS

## Diabetes Rehabilitation (MIEP)

Marianne van Brederode

**De behandeling van diabetes bestond voorheen uit strikte regels, maar tegenwoordig staat het zelfmanagement door de patiënt centraal. Dit proefschrift beschrijft de resultaten van het revalidatieprogramma MIEP (Multidisciplinair Intensief Educatie Programma) bij in totaal 217 patiënten (in verschillende deelstudies) die ondanks intensieve poliklinische zorg niet in staat bleken hun diabetes zelf voldoende te regelen.**

Het programma beslaat 12 dagen en bevat zowel educatie als oefening in de praktijk. Deelnemers aan het programma toonden na drie maanden en na een jaar in het algemeen een verbetering van het HbA1c en hun kwaliteit van leven. Ook hun empowerment nam toe, zij waren beter in staat dan voorheen om zelf oplossingen voor hun problemen m.b.t. diabetes te vinden. Na een jaar viel op dat de vrouwen beter in staat bleken om de verbetering van HbA1c-waarde vast te houden dan de mannen. Bij patiënten die begonnen met hoge HbA1c waarden werden de beste resultaten bereikt.

Tevens zijn de deelnemers aan MIEP vergeleken met een reeks van 231 opeenvolgende, niet verwezen polikliniekpatiënten. In alle uitkomstmaten waren de aanvankelijke verschillen tussen de MIEP-deelnemers en de niet-verwezen polikliniekpatiënten na een jaar verdwenen.

Door een afname in medische consumptie in het jaar na revalidatie was de behandeling kosteneffectief.

Aan het eind van het proefschrift worden aanbevelingen gedaan voor praktische toepassingen en toekomstig onderzoek.

Het proefschrift is zeer leesbaar en beschrijft onderzoek dat van praktisch belang is.

Hopelijk leidt het ertoe dat in de toekomst meer diabetespatiënten kunnen gaan deelnemen aan een dergelijk programma.

Joost Keers werkt als onderzoeker/psycholoog bij de afdeling Endocrinologie van het AZ Groningen.

## NIEUWS VAN HET BESTUUR

Het DiHAG-kernbestuur is begin 2005 uitgebreid met enkele nieuwe leden: Bas Houweling, Luc Harms en Meggy van Kruijsdijk. Dat deze drie collega's een welkome aanvulling voor de kerngroep zijn moge blijken de volgende korte introducties.

### LUC HARMS

Ik ben Luc Harms, 56 jaar. Ik studeerde huisartsgeneeskunde in Nijmegen en promoveerde in 1994 op "Systematic management of hypertensive patients in general practice". Ik volgde in 2002 de TIASS-masteropleiding (strategie en management in de gezondheidszorg) te Tilburg. Na tot 1995 achttien jaar als praktiserend huisarts in Eindhoven gewerkt te hebben, ben ik sinds tien jaar medisch directeur van het Diagnostisch Centrum Eindhoven en bestuurslid van de SAN (samenwerkende artsenslaboratoria en diagnostische centra Nederland) en heb ik mij met name bezig gehouden met ondersteuning van chronisch zieken.

#### *DN: Wat heb je met diabeteszorg, wat doe je er nu mee of heb je ermee gedaan?*

Na mijn promotie in 1994 met betrekking tot cardiovasculair risicomanagement heb ik mij bezig gehouden met het opzetten van een Diabetesdienst in Eindhoven. Daarna volgde de ontwikkeling van een Astma/COPD-dienst en een Cardiovasculaire Risico-dienst. Van 2000 t/m 2002 ben ik verbonden geweest aan het IKD-project; een project dat Integratie van Kwaliteit in Diabeteszorg voorstond en gesteund werd door VWS, ZN, NDF en IGZ. Voorts ben ik betrokken geweest bij de opzet van praktijkondersteuning in huisartspraktijken in zuid-oost-Brabant en protocollering van zorg hiervoor, en de ontwikkeling van een DBC-proefproject in de regio. Al geruime tijd heb ik de DiHAG gevolgd als netwerk lid en me het laatste jaar bezig gehouden met de DiHAG-nascholing van praktijkondersteuners.

#### *DN: Wat kun je inbrengen in de DiHAG?*

De ervaring van het Diagnostisch Centrum voor chronisch ziekenondersteuning, en mijn ervaring opgedaan in het IKD-project, kan ik verder aanwenden voor structurering van zorg, onder andere wat betreft facilitaire ondersteuning, protocolontwikkeling, DBC-ontwikkeling, registratie en afstemming 2e lijn.

#### *DN: Wat zijn je wensen voor de toekomst van DiHAG en diabeteszorg?*

Nog steeds is er een grote kwaliteitskloof tussen hoe de zorg geleverd zou kunnen worden en hoe die geleverd wordt. Een gebrek aan goede procesondersteuning (onder andere ICT) en coördinatie en programmering van de zorg, zijn daar mijn inziens met

name debet aan. Ontwikkelingen voor een betere en doelmatiger ondersteuningsstructuur voor diabeteszorg met meer aandacht daarbij voor preventie en de positie en mogelijkheden tot zelfsturing door de patiënt zijn belangrijk. Hoe is de zorg te organiseren en te ondersteunen zodat de zorg daar komt waar die nodig is? Hoe houdt de huisarts de regie over het zorgproces? Hoe kan de huisarts daarbij maximaal (facilitair) ondersteund worden? Hoe zijn goede kwaliteitssystemen op te zetten van en voor professionals (en patiënten)? Hoe ontwikkelen en verspreiden we de mogelijkheden van informatieoverdracht, feedback, benchmarking en impulsen tot verbetering? Voldoende vragen, voldoende wensen, kortom: voldoende te doen!

### BAS HOUWELING

Mijn naam is Bas Houweling, 33 jaar oud en geboren in Montfoort. Op dit moment woon ik in Groningen alwaar ik de opleiding tot huisarts volg. Ik ben daarom een beetje vreemde eend in de bijt aangezien de overige DiHAG-leden allemaal praktiserende huisartsen zijn.

#### *DN: Wat heb je met diabeteszorg, wat doe je er nu mee of heb je ermee gedaan?*

Was ik na mijn basisopleiding met de huisartsopleiding begonnen dan was ik nu ook praktiserend geweest, echter ik heb er voor gekozen om een promotieonderzoek te doen. Deze promotie met als titel 'taakdelegatie in de eerste en tweedelijns diabeteszorg' hoop ik dit jaar volledig af te ronden. In het kader van mijn onderzoek hebben we strakke protocollen ontwikkeld op basis van de NHG-standaard waarmee verpleegkundigen geprotocolleerd bepaalde diabetestaken kunnen overnemen van artsen. Er bleek veel vraag naar deze protocollen en dit is de reden dat we deze protocollen hebben uitgegeven in het boek 'protocollaire diabeteszorg'. Een andere hobby die 2 jaar geleden uitgegroeid is tot een boek is het effectief zoeken van medische literatuur. In oktober 2003 heb ik samen met een collega onderzoeker, twee internisten en een huisarts de stichting Langerhans opgericht. Deze stichting heeft als doel kennisverspreiding over diabetes mellitus onder professionals. Dit doel proberen we te halen door, naast de uitgave van het boek, onderwijs te organiseren en het in de lucht houden van de website Diabetes2.nl. Inmiddels hebben we een

vaste bijscholing voor diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners, een insuliner cursus voor huisartsen en jaarlijks twee symposia over diabetes.

Sinds september ben ik lid van de kerngroep van het DiHAG. Naast de kwartaalvergaderingen van het DiHAG houd ik me bezig in de commissies praktijkondersteuning, de websitecommissie en de commissie HAIO-onderwijs.

#### *DN: Wat zijn je wensen voor de toekomst van DiHAG en diabeteszorg?*

Ik probeer me sterk te maken voor een landelijke training diabetes mellitus voor HAIO's omdat ik me zorgen maak over het kennisniveau van de pas afgestuurde huisartsen, omdat er steeds meer praktijkondersteuners en diabetesdiensten komen. In de praktijk waar ik nu bijvoorbeeld mijn opleiding volg zie ik nauwelijks diabeten omdat ze allemaal naar de diabetesdienst gaan.

Ook probeer ik me sterk te maken voor een goede, toegankelijke DiHAG-website waarop netwerkliden makkelijk onderling kunnen discussiëren over diabetesonderwerpen, en waar geïnteresseerde huisartsen en HAIO's hun diabetesinformatie vandaan kunnen halen.

Dit was het dan. Mocht u nog vragen hebben of willen reageren dan kunt u mij bereiken per email: [houweling@langerhans.com](mailto:houweling@langerhans.com).

### MEGGY VAN KRUIJSDIJK

#### *DN: Wat heb je met diabeteszorg, wat doe je er nu mee of heb je ermee gedaan?*

Ik studeerde huisartsgeneeskunde in Nijmegen en promoveerde in 1991 op "Hypertensie opnieuw gemeten": een onderzoek naar de mogelijkheid om de medicatie bij langer behandelde hypertensiepatiënten in de huisartspraktijk te staken.

Ik werk sinds 1985 als huisarts in gezondheidscentrum "Samen Beter" te 's-Hertogenbosch. In het kader van een door het CvZ gesponsord onderzoek naar samenhangende zorg in de eerste lijn heb ik de zorg voor astma/COPD en voor diabetes type 2 in de HAGRO opgezet en begeleid deze nog steeds. Daarnaast begeleid ik de praktijkondersteuners in de HAGRO. Ik maak deel uit van de klankbordgroep diabetes in Noordoost-Brabant.

Eind jaren '90 maakte ik gedurende drie jaar deel uit van de autorisatiecommissie van het NHG.

# Klaas Reenders: afscheid

**Op 11 januari nam het bestuur afscheid van een van de mede-oprichters van de DiHAG, Klaas Reenders. Klaas gaat, in ieder geval voor wat de DiHAG betreft, zijn titel “huisarts in ruste” waarmaken. Vier jaar nadat hij zijn praktijk in Hoogeveen en zijn onderwijsactiviteiten aan de universiteit van Groningen neerlegde maakt hij nu tijd vrij voor gezinsleven en hobby's, zoals tuinieren.**

Na zijn promotieonderzoek over complicaties bij niet-insuline-afhankelijke diabetes in de huisartspraktijk, bleef de diabeteszorg hem boeien. Met gelijkgezinde huisartsen zette hij in 1995/1996 het idee om de handen ineen te slaan om de diabeteszorg in de Nederlandse huisartsenpraktijk op de kaart

te zetten, om in de oprichting van de Diabetes Huisartsen Adviesgroep. Klaas was vanaf de oprichting van de DiHAG in 1996 bestuurder met een brede interesse en een ongelooflijk positieve instelling ten aanzien van alles wat de DiHAG aanging. Verbeteren van de kwaliteit van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk was zijn grootste drive: deskundigheidsbevordering van huisartsen en praktijkondersteuners. Onder zijn voorzitterschap werd een onderwijsprogramma voor de huisartsenopleiding/HAIO's ontwikkeld dat in het curriculum van de diverse huisartsopleidingen is ingepast. Ook het mee helpen ontwikkelen van de cursus Praktijkondersteuning en Diabeteszorg zag hij als een uitdagende klus. Nadat hij als vertegenwoordiger van de Di-

HAG zitting nam in het bestuur van de NDF mocht hij daar de penningen beheren. Binnen de Nederlandse Diabetes Federatie beleefde hij veel voldoening aan het meewerken aan de NDF-Zorgstandaard Diabetes. Het meest recente speerpunt van de DiHAG, de diabetes-DBC, werd ook een speerpunt van Klaas. Consequent ruggespraak houdend met alle betrokkenen werkte hij mee aan het advies aan het ministerie van VWS voor een eerstelijns diabetes-DBC. De kroon op zijn DBC-werk is de eindredactie van een Handleiding DBC's voor huisartsen.

De DiHAG zal Klaas node missen. Bestuur en redactie wensen hem nog veel gelukkige jaren, samen met zijn vrouw Manna. .

'BIG!MOVE'-PROGRAMMA:

## Nieuw concept voor gedragsverandering

Ilona Stadius Muller (correspondentie: [lovergoor@gazocentra.nl](mailto:lovergoor@gazocentra.nl)). Gezondheidscentrum Venserpolder, Amsterdam Zuidoost

**Big!Move (Beweging In Gedrag) is een programma om gezond gedrag te stimuleren bij inwoners van de Amsterdamse wijk Venserpolder, een multicultureel stadsdeel met 7000 inwoners. Het is opgezet door huisartsen en fysiotherapeuten om te voldoen aan de toenemende vraag naar health promotion. De uitgangspunten zijn gebaseerd op wetenschappelijke kennis, adviezen van de WHO en het RIVM, en persoonlijke affiniteit.**

### HOE VERWIJZEN?

Patiënten met een zorgvraag komen bij de huisarts. Dat kan een klacht zijn maar ook een behoefte aan verbetering van de gezondheid. De huisarts motiveert de patiënt tot deelname aan Big!Move wanneer een bewegingsprogramma geïndiceerd is. Ook praktijkondersteuners en centrumassistenten zijn hierbij betrokken. In een kwart van de gevallen betreft de reden tot verwijzing diabetes en/of overgewicht. Bij ongeveer een op drie betreft het problemen van het bewegingsapparaat, en bij de overigen om psychische, hart/ vaat-, en andere indicaties.

De patiënt wordt door de huisarts verwezen voor een intake. Een ICF-profiel (International Classification of Functioning) wordt gemaakt, belemmerende en bevorderende factoren in kaart gebracht, motivatie gecheckt, enkele metingen verricht en een passende groepsactiviteit gekozen. De ICF is een classificatiesysteem dat door de WHO naast de ICD (ICPC) is ontwikkeld, voor registratie van het functioneren van een persoon en veranderingen in tijd. Iemand met diabetes mellitus kan meerdere functioneringsproblemen hebben, zoals overgewicht en bewegingsarmoede. Een meer volledig beeld van de problematiek van een persoon ontstaat door koppeling van ICF aan ICPC0-registratie.

### HET PROGRAMMA

Het programma is gebaseerd op 7 basisprincipes.

1. *Plezier*
2. *In de wijk* (met aandacht voor de omgeving en relaties)
3. *Kracht* (herverdeling van macht over gezondheid, van hulpverlener naar de persoon zelf)
4. *Participatie* (de deelnemer geeft mede vorm aan de verandering)
5. *Procesgericht* (interactie tussen deelnemer en begeleider)
6. *Focus op gezond gedrag*
7. *Continuïteit*

Het Big!Move-programma duurt voor deelnemers een jaar en bestaat uit drie, optioneel vier, fasen. De deelnemers dansen, zwemmen, wandelen of fietsen. Bij doorlopen van het programma neemt de financiële eigen bijdrage van de deelnemer toe.

Fase 1 **“Ik hoor erbij”**, duur: 3 maanden. Onder intensieve begeleiding functioneert de groep als nieuwe omgeving voor positieve verandering. Kernbegrippen: plezier, participatie, vertrouwen.

Fase 2 **“Wat past bij mij”**, duur: 4 maanden. Ruimte wordt geboden voor initiatief van de deelnemers waardoor ze meer verantwoordelijkheid krijgen. De deelnemer wordt uitgedaagd actief te worden in de eigen leefomgeving. Kernbegrippen: lef, durven, doen en keuzes maken.

Fase 3 **“Ik kan en doe”**, duur: 5 maanden. Het doel van deze fase is consolideren van het nieuwe gedrag. De begeleiders beperken zich tot het realiseren van voorwaarden en het geven van advies. Kernbegrippen: zelfstandig in beweging zijn en volhouden.

Fase 4 **“Ik veroorzaak”**. Deze fase is optioneel en oneindig. Persoonlijke initiatieven van deelnemers (wandeldierdaagse, buurtfeest, fietsclub, activiteitenkrant) worden ontwikkeld en ondersteund. Zo

ontplooiën zij zich tot sleutelfiguren in de wijk. Kernbegrippen: organiseren en ondernemen

Op drie momenten wordt een ICF profiel vastgelegd: tijdens de intake, eind fase 1 en fase 2. Op die manier worden de veranderingen in de gezondheidstoestand van de deelnemer zichtbaar gemaakt. Sinds april 2003 namen 360 mensen deel aan het programma of hebben het programma afgerond.

## RESULTATEN

Van de eerste honderd deelnemers zijn recent de resultaten geëvalueerd. Gemiddelde leeftijd 45-55 jaar (20-80), 72 deelnemers fase 1 afgerond en 57 fase 1 en 2 volbracht. Voor of tijdens fase 1 stopten 28 deelnemers. Van de 100 deelnemers zijn er na de intake en/of het programma 84 meer in beweging dan ervoor. Uitslag ICF-analyse: toename van zelfvertrouwen, bewustzijn van eigen lijf, inzicht en cognitieve flexibiliteit, activiteiten en sport, aangaan en onderhouden van informele sociale relaties en zorgdragen voor eigen gezondheid. Er is weinig verandering in lichaamsgewicht, pijnbeleving en inspanningstolerantie in de eerste twee fasen. Er ontstaan nieuwe activiteiten in de wijk. De eigen bijdrage blijkt geen belemmering maar motivatiemiddel te zijn.

Overige resultaten: vermindering van zorgconsumptie: 20% afname huisartsbezoek, 84% afname fysiotherapiebezoek. Niet alleen de deelnemers maar ook de hulpverleners in het gezondheidscentrum veranderen van ziekte- naar gezondheidsgericht gedrag. Tevens afname van het ziekteverzuim.

## BESCHOUWING

Met Big!Move is een nieuw succesvol concept in de eerstelijns ontwikkeld om gezonder gedrag aan te leren. Vanuit deze bewegingsprogramma's ontstaat een geheel nieuwe visie en mogelijkheid voor

het versterken van gezondheid in de eigen leefomgeving. We ontwikkelen in de komende tijd een "GG/ZZ-centrum": een lokale eerstelijnsorganisatie met twee afdelingen: een voor Gezondheid en Gedrag (GG), naast de andere, al bestaande Zorgverlening bij Ziekte (ZZ).

Diabetes mellitus is bij uitstek een ziekte die zich leent voor een GG/ZZ benadering en de bewegingsgroepen van Big!Move. Naast optimale glucose-, lipiden-, bloeddrukinstelling en voorkomen en monitoren van complicaties (ZZ) is bevorderen van gezonde leefstijl en gedrag (GG) essentieel voor de behandeling van DM. Verhogen van bewegingsactiviteit is een van de meest positieve interventies bij DM. De huisarts maar ook de praktijkondersteuner hebben een unieke relatie met de patiënt en zijn omgeving. Met een programma als Big!Move wordt hen de mogelijkheid geboden om dichtbij de persoon de met gedrag samenhangende gezondheidsfactoren aan te pakken. Door te coachen op gezondheid en eigen kracht komt er aandacht voor groei en verbetering. Dit betreft niet alleen bewegen maar ook andere keuzes rond gezondheid zoals eten, gewichtsregulatie en medicijngebruik. Via de ICF-registratie is het effect van interventies te registreren. Hiermee komen op individueel en groepsniveau gegevens beschikbaar over gezondheid en gedrag. Voor samenwerkingsverbanden ontstaat er ook kennis over bepaalde groepen, zoals een wijk of culturele groep.

Het ligt in de bedoeling van de initiatiefnemers om samen met de praktijkondersteuner nog meer op diabetes toegespitste programma's te ontwikkelen met de GG/ZZ-filosofie. Het is het onderzoeken waard in hoeverre deze aanpak verbeteringen geeft bij de diabetespopulatie: HbA1c, compliantie, bloeddruk instelling, verlaging van risicoprofiel en lichaamsgewicht en verhoging van beweging en patiënttevredenheid.

PROEFSCHRIFT VAN LIELITH UBINK-VELTMAAT

# Type 2 Diabetes Mellitus in a Dutch Region - *epidemiology and shared care*

Marianne van Brederode

**Er is een toename van het aantal diabetes mellitus type 2 patiënten. De zorg voor deze patiënten is verplaatst naar de eerstelijns die voor de behandeling beschikt over NHG-richtlijnen waarin periodiek onderzoek aanbevolen wordt. Om te beoordelen of ondersteuning van de huisarts door een diabetesverpleegkundige die verbonden aan het ziekenhuis een verbetering van de zorg zou bieden werd in de regio Zwolle een onderzoek uitgevoerd in 1998-2000.**

De ZODIAC-studie (Zwolle Outpatient Diabetesproject Integrating Available Care) bestond uit drie onderzoeksgroepen: Een groep waarbij huisartsen uitgebreide ondersteuning ontvingen door een verpleegkundige die over 45 minuten beschikte om de jaarcontrole volgens de NHG richtlijnen te verrichten en educatie te geven.

Ook regelde zij jaarlijkse fundoscopie en droeg zorg voor eventuele verwijzing naar de oogarts. Daarnaast konden huisartsen uit deze groep de verpleegkundige rechtstreeks consulteren.

De ondersteuning bestond in de tweede groep uitsluitend uit de mogelijkheid om rechtstreeks de diabetesverpleegkundige te consulteren.

De controlegroep leverde de gebruikelijke zorg zonder enige ondersteuning.

De interventiegroepen toonden een significante verbetering van de kwaliteitsindicatoren, het meest in de groep met uitgebreide ondersteuning. Hypertensie en hyperlipidemie verbeterden door beter uitvoeren van de landelijke richtlijnen. In de standaardzorg waren de uitkomsten onveranderd en soms verslechterd.

Het blijkt dat extra ondersteuning verbete-

ringen laat zien in de behandeling van cardiovasculaire risicofactoren die samengaan met diabetes. Gepleit wordt voor taakdelegatie naar verpleegkundigen en voor goede registratie in het patiëntendossier.

Ook wordt in dit proefschrift gepleit voor verbetering van de nationale richtlijnen, onder meer door het onderzoek op microalbuminurie ook te verrichten bij patiënten ouder dan 50 jaar. Daarnaast worden adviezen gegeven met betrekking tot toekomstig onderzoek.

De boodschap van dit proefschrift is helder. Het wijst op de verantwoordelijkheid van de eerste lijn om te zorgen voor goed onderzoek en medicamenteuze behandeling met als doel streefwaarden te bereiken en daardoor het risico op complicaties te verkleinen. Aangevoerd wordt dat ondersteuning van de huisarts hiertoe kan bijdragen.

# NDF-voorlichtingscampagne diabetes

**De Nederlandse Diabetes Federatie, het Voedingscentrum, het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) bereiden samen een grote preventie-campagne rond diabetes voor.**

De voorlichting richt zich op hoogrisicogroepen, dat zijn o.a. de mensen tussen de 45 en 70 jaar met overgewicht. Speciale aandacht gaat uit naar allochtonen (Turken, Marokkanen en Hindoestanen) en mensen met een lage sociaaleconomische status. Mensen met een lage opleiding hebben meer kans op diabetes dan mensen met een hoge opleiding, zo blijkt uit onderzoek. Allochtonen behoren tot de hoogrisicogroepen omdat er vaak sprake is van een ander voedings- en beweegpatroon dan in het land van herkomst. Bovendien lijken erfelijke factoren bij hen vaker een rol te spelen dan bij autochtonen.

Momenteel hebben ongeveer 750.000 mensen diabetes. Zo'n 250.000 daarvan weten nog niet dat ze deze aandoening hebben.

Als diabetes niet tijdig ontdekt wordt, heeft dit grote gevolgen voor de gezondheid.

Uit een onderzoek onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking blijkt dat voorlichting nog steeds nodig is. Weliswaar weet 66% van de ondervraagden inmiddels dat diabetes een levensbedreigende aandoening is, maar de meeste mensen zijn nog onvoldoende op de hoogte van de gevolgen van diabetes (zoals hartinfarcten, amputaties en nier- en oogaandoeningen) en weten niet dat bijvoorbeeld overgewicht een belangrijke risicofactor voor diabetes is.

De campagne heeft tot doel de kennis over diabetes te vergroten. Ook moeten mensen zich bewust worden van het risico dat ze diabetes hebben of kunnen krijgen. Alleen zo kan de aandoening zo vroeg mogelijk worden opgespoord. Bij mensen die een verhoogd risico hebben, kan door een gezonde leefstijl het ontstaan van diabetes worden uitgesteld of voorkomen.

De campagne wordt gesubsidieerd door ZonMw. De start is gepland voor eind 2005.

## 28/10: Nederlandse Diabetes Dag

Op 28 oktober 2005 vindt in de Jaarbeurs te Utrecht, met als thema "Verandering en Vernieuwing", de Nederlandse Diabetes Dag plaats. Het thema zal worden uitgewerkt in vier grote subthema's. In een pleenaire sessie met als titel "Inkoop of uitverkoop van de diabeteszorg" zal eerst een discussie plaatsvinden over de inkoop van een eerstelijns-DBC voor diabeteszorg. Hierbij zijn naast medische behandelaars ook vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging, ziektekostenverzekeraars en het Ministerie

van VWS betrokken. Daarna worden ochtend- en middagprogramma ingevuld met workshops over voeding, type 2 diabetes bij kinderen, cardiovasculaire complicaties van type 2 diabetes, nieuwe behandelmethode bij diabetes, educatie, diabetes bij allochtonen en multidisciplinair spreekuur voor diabetespatiënten aan de orde zullen komen. In de middag zullen enkele wetenschappelijke 'state of the art'-lezingen plaatsvinden. Er wordt veel aandacht besteed aan teambenadering.

De Nederlandse Diabetes Dag, georganiseerd onder auspiciën van de NDF, belooft ook voor huisartsen en praktijkondersteuners een zeer interessante themadag te worden. Accreditatie voor de verschillende beroepsgroepen is aangevraagd.

Kijk voor meer informatie op [www.nederlandsediabetesdagen.nl](http://www.nederlandsediabetesdagen.nl)

## Kaderopleiding Diabetes Mellitus start 2 juni

**Na een lange voorbereiding is het zover: op 2 juni start de Kaderopleiding Diabetes Mellitus voor huisartsen. De eerder genoemde datum van 31 maart is helaas niet haalbaar.**

Een Kaderarts Diabetes (KAD) heeft een bovengemiddelde kennis over diabetes mellitus en daarnaast vaardigheden op het gebied van kwaliteitsprojecten, samenwerken, onderwijs, onderhandelen en Evidence Based Medicine. Al deze kwaliteiten komen in de cursus uitgebreid aan de orde. Het is de bedoeling dat in Nederland een netwerk van kaderartsen gaat functioneren die de kwaliteit van eerstelijns diabeteszorg bewaken en impulsen geven. De KAD hangt als een soort helikopter boven zijn regio: hij ziet en wordt gezien. Inspireren, signaleren, ondersteunen en adviseren zijn de werkzaamheden. Registratie als KAD betekent ook dat de werkzaamheden valuteerbaar zijn. Van de kant van NHG en LHV

worden richtlijnen over de tarieven verwacht.

Juist nu de huisartsgeneeskunde zo in beweging is op het terrein van organisatie, taakverdeling, samenwerking met de tweedelijns en onderhandelingen met zorgverzekeraars (DBC's) zijn kaderartsen hard nodig. De huisartsen die het DiHAG-netwerk vormen kunnen worden gezien als de "Kaderartsen Diabetes avant-la-lettre". De kaderopleiding certificeert en valuteert daarmee hun werkzaamheden. Zij zullen veelal voor onderdelen van de opleiding vrijstellingen kunnen krijgen.

Iedereen die werkzaam is als huisarts en die een affiniteit heeft met diabetes- en kwaliteitsbeleid wordt nadrukkelijk uitgenodigd aan de opleiding mee te doen.

Hebt u belangstelling, reageer dan snel! U krijgt dan alle informatie en antwoord op uw vragen. Inmiddels staan er tien belangstellenden/cursisten op de lijst. Met ieder van hen zal binnenkort een

gesprek plaatsvinden over verwachtingen en leerdoelen. Hebt u zich al aangemeld, dan wordt met u op korte termijn contact opgenomen.

De door het NHG geaccrediteerde opleiding duurt twee jaar. De groep zal maximaal uit 15 cursisten bestaan. De kosten voor twee jaar bedragen € 5000.

Uitgebreide informatie over cursus en programma is te vinden op de website van de DiHAG: [www.DiHAG.nl](http://www.DiHAG.nl). Ook is informatie te verkrijgen bij de coördinator, Maarten Vinkenburg, [m.vinkenburg@voha.umcn.nl](mailto:m.vinkenburg@voha.umcn.nl) of 0655 806591.

## HANDREIKING EERSTELIJNS DIABETES-DBC

Voor vertegenwoordigers van huisartsengroepen, regionale diabetesprojecten en transmurale diabetesgroepen is een Handreiking Eerstelijns Diabetes-DBC onmisbaar. De Handreiking kan behulpzaam zijn bij de inhoudelijke en contractuele onderhandelingen rond de diabeteszorg met zorgverzekeraars. De laatste hand wordt gelegd aan deze gezamenlijke uitgave van de Di-

HAG het NHG en de LHV. Het streven is om de Handreiking in mei 2005 te publiceren. De DiHAG verzamelde, onder leiding van Klaas Reenders (zie elders in dit nummer) veel kennis over en ervaringen met DBC-contracten. De eerste ontwerp-DBC's zijn door een werkgroep van de NDF opgesteld in nauwe samenwerking met de DiHAG en haar Netwerk en voorgelegd aan

het Ministerie van VWS: een DBC voor nieuw-ontdekte patiënten met type 2 diabetes, en een DBC voor stabiel ingestelde, wat langer bekende patiënten met type 2 diabetes. Het advies "transparante diabetes financiering" is te vinden op de nieuwspagina van [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl).

### BOEKBESPREKING

## Health behavior change – *a guide for practitioners*

Henk van Dam

**De Britten Rollnick (psycholoog en trainer van het dep. of GP in Cardiff), Mason (verpleegkundige en trainer, Birmingham) en Butler (huisarts, lector en trainer van het dep. of GP in Cardiff), maakten een boekje waarnaar lang werd uitgezien en dat vast een tophit wordt. Voor eerstelijns diabetesteams valt er veel van te leren.**

Professionals als verpleegkundigen, dokters, verloskundigen en diëtisten: allemaal moeten we soms met patiënten aan de slag over het veranderen van eten, bewegen, roken, medicatiegebruik en drinken. En nu is er dit boekje, specifiek gericht op hoe we dit kunnen doen tijdens onze consulten die meestal van beperkte duur zijn.

Waarom volstaat het meestal niet om onze patiënten simpelweg advies of 'educatie' te geven? Omdat het niet goed werkt! Als het wel voldoende was om gedragsverandering te bevorderen, dan zouden onze diabetespatiënten en wijzelf veel minder moeite hebben met het uitvoeren van de evidence-based richtlijnen. Maar die moeite is er wel, en op grote schaal. Vooral in consulten die draaien om verandering van gezondheidsgedrag ervaren professionals en patiënten frustraties. Vaak zakt goedbedoeld simpel advies af tot ineffectieve overredingspogingen, tot onenigheid en verzet, of tot passiviteit en een glazige blik van de patiënt. Het bekende 'Ja, maar...' steekt maar al te snel de kop op.

Er is geen 'magic bullet' voor het oplossen van deze problemen. De auteurs maken duidelijk dat hun methode niet 'een' methode is maar een verzameling strategieën. Ze integreren modellen als dat van Motivational Interviewing, Stages of Change, en Patient-centeredness, om van consulten 'constructieve conversaties' te maken. Ze

moedigen ons, professionals, aan een nieuwsgierige, open houding aan te nemen. Het heeft geen zin wanneer wij alle antwoorden geven – ga er liever van uit dat de patiënt veel antwoorden al heeft maar ook veel belemmeringen ervaart. Door zorgvuldig te luisteren kunnen we trachten aan te sluiten bij de patiënt: in welk stadium van het veranderingsproces zit hij of zij? In dat van 'er niet aan denken', 'er wel eens over denken', 'serieus overwegen', of dat van 'actie plannen'? Of zelfs in de fase van 'actie ondernemen' en 'de verandering volhouden'? Helaas zijn wij (diabetes) hulpverleners en educators maar al te vaak uitsluitend op de actiefase gericht. Met de voorschrijfmethode van 'doe dit' of 'doe dat' lopen we dan voor de muziek uit. Het is maar voor een klein deel van de patiënten passend (meestal minder dan 20%). De anderen zullen vrijwel zeker afhaken want die zijn hier nog (lang) niet aan toe.

De adviezen van het boekje zijn uitdrukkelijk niet van toepassing op slechtnieuwsgesprekken of acute consulten, maar wel op consulten waarin gedragsverandering het onderwerp is. Al met al een inspirerend boekje. Het zit barstensvol informatie, achtergronden, tips en handreikingen over een onderwerp dat juist bij onze type 2 diabeteszorg zo'n grote rol speelt nl. het helpen van patiënten om delen van hun gedrag te veranderen. Voorbeelden van 'how not to do it' en 'how to do it' ontbreken niet. De eerste editie van het boekje verscheen al in 1999, de zevende in 2004. Het telt 225 pagina's. Jammer dat het nog niet in het Nederlands is vertaald! (HD)

*(Health behavior change – a guide for practitioners. S.Rollnick, P.Mason, C.Butler. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone. ISBN 0433 05850 4).*

# Redactiestatuut DiHAG Nieuwsbrief

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 Nieuwsbriefredactie.
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.

## 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](mailto:dihag@nhg-nl.org). Fax: 030-2870668..

De *DiHAG*-Nieuwsbrief verschijnt minimaal tweemaal per jaar. Redactie: Marianne van Brederode, Henk van Dam (hoofdred.), 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](mailto:vandam-hylkema@home.nl).

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