

## Redactioneel

Als redactie van deze Nieuwsbrief informeren we u ook in dit nummer weer over verschillende diabetesactiviteiten. We bespreken het handboek Diabetes van Heine & Tack en een proefschrift over diabeteszorg, en geven impressies van enkele bijeenkomsten. Onder andere die van het Europese Netwerk van Huisarts-Onderzoekers EGPRN, van de grote NDF-Diabetes Dag, en van de Highlightspresentatie n.a.v. het congres in Athene van de Europese Associatie voor Diabetes Studie EASD. Verder vindt u informatie over de NDF-campagne rond preventie van diabetes, het DIEP-instrument voor diabeteszelfeducatie, diabetes op internet en nieuws over de Diabetes-DBC. Ten slotte willen wij de lezers nogmaals wijzen op de DiHAG-website, die de Nieuwsbrieven publiceert en nog veel meer interessants bevat: [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl).

EGPRN-meeting Estland:  
focus van huisartsenonderzoek op diabetes

Henk van Dam

**Op 20-22 oktober vond in Tartu, Estland, de halfjaarlijkse meeting plaats van de EGPRN: het Europese Netwerk van Huisarts-Onderzoekers. Dit jaar stond deze bijeenkomst in het teken van diabetesonderzoek.**

Het was verrassend te zien hoe intens en gedreven er door zoveel huisartsen (en soms psychologen of andere onderzoekers), in zoveel Europese landen, zoveel research wordt verricht op het gebied van diabeteszorg. In oost en west, noord en zuid, overal in Europa zijn onderzoekers bezig de eerstelijns diabeteszorg te bestuderen, nieuwe benaderingen uit te testen, en de zorg verder te verbeteren. Er waren ongeveer honderd deelnemers. Vanuit Nederland waren zo'n tien huisarts-onderzoekers naar Tartu afgereisd. De meesten omdat zij een presentatie of workshop over eigen onderzoek gaven (waaronder auteur dezes). Niet de minste van de Nederlandse afvaardiging was onze eigen DiHAG-voorzitter Prof.Dr. Guy Rutten.

Collega Rutten sprak een van de twee key-lectures aan het begin van de driedaagse meeting uit. Zijn verhaal was een warm pleidooi om in heel Europa de zorg voor mensen met type 2 diabetes toch vooral in de eerstelijns uit te voeren – en niet in het ziekenhuis. Verder bepleitte hij dat Europese huisartsen wetenschappelijk onderzoek moeten doen - zowel van de zorg zelf als van de mogelijkheid om richtlijnen te ontwikkelen (in de doelpopulatie waarvoor ze bedoeld zijn). Zulk onderzoek kan bijdragen aan versterking van de positie van de huisartsgeneeskunde binnen de diverse gezondheidszorgsystemen. Verder gaf Rutten een overzicht van de verschillende vormen waarin research in de huisartsgeneeskunde kan plaatsvinden (experimenteel onderzoek, observationeel onderzoek etc.). Hij maakte de recente oprichting bekend van een Studiegroep van de Diabeteszorg in de Eerstelijns binnen de EASD (Europese Associatie voor de Studie van Diabetes). Deze Primary Care Study Group heeft nauwe relaties met

het EASD en de Primary Care Diabetes van de St.Vincentgroep, met de WONCA (World Association of Primary Care), de FEND en de EGPRN. En hij kondigde de lancering volgend jaar aan van een nieuw Europees huisartsgeneeskundig diabetes tijdschrift (waarover deze Nieuwsbrief u later verder zal informeren).

In een vijftiental plenaire en bijna veertig parallele presentaties of posterdiscussies kwam een scala aan diabetesgericht (en in mindere mate op andere onderwerpen gericht) huisartsgeneeskundig onderzoek voor het voetlicht, afkomstig uit heel Europa inclusief Israël en Turkije (!). Opvallend op de EGPRN-meetings is de steeds positieve, op aanmoediging en verbetering gerichte discussie na iedere presentatie. Kritiek wordt niet geschuwd, maar steeds op hoffelijke en respectvolle wijze geformuleerd. Het traditionele afsluitende 'diner dansant' was weer echt genieten. Kortom: voor onderzoekers zijn de halfjaarlijkse EGPRN-meetings echte hartversterkers!

## I N H O U D

Redactioneel	1
EGPRN-meeting Estland	1
Diabetes op internet (1)	1
Motiveren voor Diëticisten en POH'ers	2
Start NDF-voorlichtingscampagne	2
Handboek Diabetes Mellitus – een bespreking	3
Kaderopleiding Diabetes Mellitus voor huisartsen	3
Diabetes op internet (2)	3
Proefschrift Henk van Dam	4
Nederlandse Diabetes Dag 2005	5
Steunpunt Eerstelijns Diabeteszorg	5
Eerstelijns- of Keten-Diabetes DBC	6
DIEP-gaande diabeteseducatie	6
Lifestylecursus Schiedam-Kethel	7
Het Redactiestatuut	8

## DIABETES OP INTERNET

*Bespreking van en tips voor internetinfo over diabetes. Heeft u andere lezers betrouwbare, goede, interessante en vernieuwende sites te melden? Stuur uw tip aan de redactie (zie colofon).*

Kijkt u eens op [www.diabetespagina.nl](http://www.diabetespagina.nl). U zult verbaasd zijn over het grote aantal internetpagina's dat hier te vinden is. Niet allemaal zijn ze even onafhankelijk of betrouwbaar. Er is veel commercie en veel gekleurde, persoonsgebonden info.

## DIABETES OP INTERNET

# Motiveren voor Diëtisten en POH'ers

Niet alleen huisartsen maar ook POH'ers, diëtisten en andere 'practitioners' hebben te maken met het probleem dat zij mensen met type 2 diabetes allerlei verbeteringen in hun gezondheidsgedrag willen adviseren, maar dat dit vaak zo slecht werkt. (Zie ook de boekbespreking hierover in ons vorig nummer.) Veel 'practitioners' in de eerstelijnszorg ervaren op dit gebied een leemte in hun vaardigheden en vooropleiding.

Nu zijn de Hogescholen Arnhem en Nijmegen begin 2005 met een

post-HBO-cursus Motiverende Consultvoering gestart om in die leemte te voorzien. Hoe het met de andere hogescholen in den lande op dit gebied staat, is ons momenteel niet bekend. Wellicht zijn daar ook mogelijkheden voor na-/bijscholing gekomen.

Voor huisartsen begint mondjesmaat het nascholingsaanbod Motiverende Consultvoering te komen. In veel gevallen gaat het nog alleen maar over kennismaking of informatie, en is er nog geen praktische training. Maar de vraag hiernaar groeit.

## Preventie van diabetes type 2

### *Start NDF-voorlichtingscampagne*

**Raynold Bruessing**

Vertegenwoordigers van vijftien organisaties ondertekenden op 16 september de intentieverklaring getiteld "Ontwikkeling landelijk preventieaanbod voor hoogrisicogroepen m.b.t. diabetes type 2": GGD Nederland, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie; Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie; Nederlands Instituut voor Sport en Bewe- gen; Nederlandse Vereniging van Diëtisten; Organisatie van Zorgondernemers Voedingscentrum; Nederlandse Diabetes Federatie en haar leden: Diabetes Education Study Group Netherlands, Diabetes Fonds, Diabetes Huisartsen Advies Groep (mede namens LHV en NHG), Diabetes and Nutrition Organisation, Diabetesvereniging Nederland en de Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen.

Met het ondertekenen van de intentieverklaring spraken de organisaties het voorne- men uit om uiterlijk 1 januari 2007 te komen tot een landelijk preventieaanbod voor mensen die een hoog risico hebben om op korte termijn diabetes type 2 te ontwikke- len.

Het te ontwikkelen preventieaanbod moet een structureel vervolg zijn op de campagne 'Kijk op Diabetes', waarvan de activiteiten vanaf maart 2006 zullen beginnen maar die op 16 september officieel van start is ge- gaan. Deze campagne is een initiatief van het Ministerie van VWS en wordt gesubsidieerd door ZonMW. Zij wordt uitgevoerd door de Nederlandse Diabetes Federatie in samenwerking met het Voedingscentrum (VCN), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewe- gen (NISB) en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).

De campagne richt zich op mensen met een hoog risico op diabetes type 2 en heeft tot doel de kennis over diabetes en cardio- vasculaire gevolgen te vergroten en bij men- sen met verhoogd risico te bereiken dat men zich daarvan meer bewust wordt en beter weet wat eraan te doen is. Door meer kennis en bewustwording van de aandoe- ning kan bij hen door een passende veran- dering van leefstijl het ontstaan van diabetes en het optreden van hart- en vaatziekten worden uitgesteld of voorkomen.

Om diabetes op te sporen wordt in de cam- pagne als eerste filter de Diabetes Risico Test gebruikt. In deze test wordt middels een tiental vragen vastgesteld of er sprake is van een verhoogd risico op diabetes. Deze vragen kunnen ook een verhoogd risico op hart- en vaatandoeningen in beeld bren- gen. De feedback op dit laatste is subdoel van de campagne.

De campagne beoogt geen algemene scree- ning op diabetes en hart- en vaatziekten, maar wil aansluiten bij activiteiten die huis-

artsen al ondernemen in het kader van case- finding. Dit past bij hun reeds bestaande werkwijzen en bij de NHG-standaard Diabetes Type 2, de CBO/NHG-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement, en bij bestaand voorlichtingsmateriaal. Activitei- ten vanuit de huisartsenpraktijk krijgen in de campagne een duidelijke plek. Bijzonde- re aandacht zal worden besteed aan moge- lijkheden voor de huisarts om mensen regionaal door te verwijzen naar leefstijl- adviesprogramma's en sportfaciliteiten.

Op twee proeflocaties wil het project in sa- menwerking met diabeteszorggroepen ko- men tot de ontwikkeling en toetsing van een protocol voor het vaststellen van hoog- risicofactoren en de follow-up ervan, dat wil zeggen de toeleiding naar een passende (be- staande) leefstijlinterventie in de omgeving van de patiënt.

Met de ondertekening van de intentiever- klaring van de 15 partijen wordt een garan- tie verkregen voor structurele voortzetting van de campagne. Structurele financiering door zorgverzekeraars van leefstijl- en be- weegprogramma's is noodzaak.

*Meer informatie is te verkrijgen bij Mevr. Marianne Michielen, Coördinator Public Relations Nederlandse Diabetes Federatie, tel. 033 - 422 65 25.*



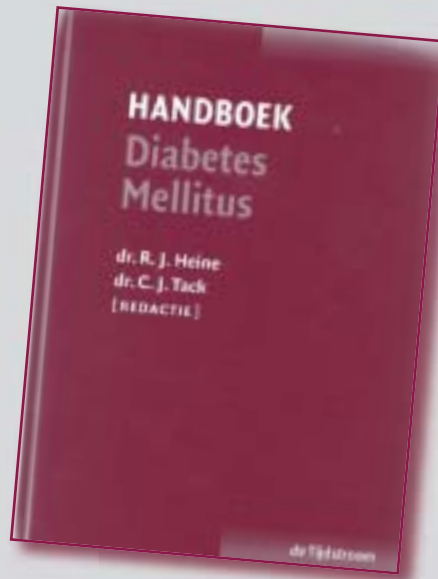
*Ondertekening van de Intentieverklaring door vijftien organisaties bij de Nederlandse Diabetes Federatie, onder leiding van directeur-generaal voor de Volksgezondheid, Hans de Goeij (uiterst links op de foto). Namens DiHag Lisette Romijn (3de van links).*

## HANDBOEK DIABETES MELLITUS

Roelf Holtrop

Hoewel het 'Handboek Diabetes Mellitus' als 3e druk gepresenteerd wordt van het boek 'Diabetes Mellitus' (onder redactie van van Ballegooie E en Heine RJ, met een eerste druk uit 1991 en een tweede, herziene druk uit 1995), heeft het ten opzichte van het oorspronkelijke boek ingrijpende wijzigingen ondergaan. Sinds de uitgave van 1995 zijn er op het gebied van type 2 diabetes belangrijke ontwikkelingen geweest. Hierbij kan men denken aan de *United Kingdom Prospective Diabetes Study (1998)*, de *STENO-studie (2003)*, de introductie van de thiazolidinediones en de komst van de langwerkende insuline-analogen. Daarnaast zijn er belangrijke vernieuwingen geweest op het gebied van de organisatie van de zorg voor diabetespatiënten in de eerste lijn, zoals de komst van de praktijkondersteuner.

De 3e druk speelt op het merendeel van deze vernieuwingen zeer adequaat in. In het hoofdstuk 'Behandeling van type 2 diabetes' wordt uitvoeriger dan in de vorige uitgaven ingegaan op insulinothérapie bij type 2 diabetes in de eerstelijns. Hierbij is er



ook aandacht voor langwerkende insuline-analogen. Daarnaast wordt het belang van een multifactoriële benadering van type 2 diabetes benadrukt. Naast het hoofdstuk 'Diabetes bij kinderen' is een hoofdstuk 'Tieners en diabetes: van kinderarts naar internist' opgenomen. Hoewel aan retinopathie, nefropathie en neuropathie aparte hoofdstukken worden gewijd, is er ook een

apart hoofdstuk opgenomen waarin de pathofysiologie van microvasculaire complicaties wordt besproken. In het hoofdstuk over hypertensie wordt overzichtelijk de laatste 'evidence' weergegeven aan de hand van de belangrijkste studies (UKPDS, HOPE, ALLHAT, LIFE, IDNT, ANBP2, etc.). Onder complicaties zijn ten opzichte van de eerdere uitgave ook hoofdstukken toegevoegd over seksueel functioneren, met diabetes geassocieerde infecties en cerebrale complicaties. Een belangrijk hoofdstuk dat nieuw is toegevoegd betreft 'Bloedglucosecontrole tijdens ziekenhuisopname'. Bij controle van diabetesregulatie wordt kritisch ingegaan op alternative site testing. Graag zou ik bij een volgende uitgave een hoofdstuk over screening op type 2 diabetes en een hoofdstuk over specifieke aspecten van begeleiding van allochtonen toegevoegd zien.

Deze uitgave is voor huisartsen, al of niet met een meer dan gemiddeld interesse voor type 2 diabetes, een zeer bruikbaar boek.

*Handboek Diabetes Mellitus*  
Heine RJ, Tack CJ (Redactie)  
De Tijdstroom, Utrecht  
ISBN 90 5898 061 8 / 3e druk / 2004/  
352 blz / € 54

## Kaderopleiding Diabetes Mellitus

**In Nederland gaat een netwerk van kaderartsen functioneren die de kwaliteit van de eerstelijnsdiabeteszorg bewaken en impulsen geven.**

De kaderarts overziet de diabeteszorg in zijn regio: hij ziet en wordt gezien. Zijn of haar taken zijn inspireren, signaleren, ondersteunen en adviseren. Een arts die geregistreerd is als kaderarts diabetes (KAD) heeft betaalde functies binnen handbereik. 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 kaderopleiding besteedt diepgaande aandacht aan alle facetten van diabetes. Daarnaast worden kaderartsen getraind in innovatie, zowel in de eigen praktijk als in de regio. Onderwerpen als evidence based medicine, onderhandelen, nota's schrijven en benchmarking komen daarbij aan de orde.

Iedere huisarts die affiniteit heeft met diabetes- en kwaliteitsbeleid wordt uitgenodigd aan de opleiding mee te doen. Heeft u belangstelling, reageer dan snel! De tweejarige kaderopleiding begint op 14 december 2005. De huisartsen die het DiHAG-Netwerk vormen worden gezien als de "Kaderartsen Diabetes avant-la-lettre". Zij kunnen voor onderdelen van de opleiding vrijstellingen krijgen. De voltooide kaderopleiding certificeert en valuteert hun werkzaamheden.

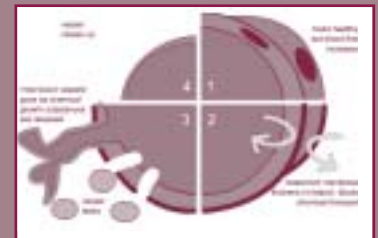
De door het NHG geaccrediteerde en gecertificeerde opleiding duurt twee jaar en levert 60 accreditatiepunten op. U moet rekenen op een studiebelasting van circa 8 uur per week. Een jaargroep bestaat uit maximaal 20 cursisten. De kosten voor de opleiding (twee

jaar) bedraagt € 5000. De firma's MSD, Novo Nordisk, Pfizer, Sanofi-Aventis en Servier sponsoren samen de kaderopleiding met ongeveer eenzelfde bedrag per cursist.

*Uitgebreide informatie over de cursus en het programma is te verkrijgen bij de coördinator van de Kaderopleiding Diabetes, Ymte Groeneveld (ygroeneveld@lumc.nl) en bij de DiHAG-stand op het NHG-congres.*

### DIABETES OP INTERNET

Kijkt u al regelmatig op [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl)? Kijkt u vandaar dan eens door naar de pagina 'peters pagina'. Peter Wessels verzamelt hier voortdurend voor huisartsen interessant materiaal.



Zoekt u betrouwbare informatie over verbeteren van de kwaliteit van diabeteszorg op lokaal en regionaal niveau? Heeft u vragen over contracten voor diabetesketenzorg of -eerstelijnszorg? Wilt u meer weten over eerstelijns diabetes-DBC's? Kijk dan op: [www.steunpuntdiabeteszorg.nl](http://www.steunpuntdiabeteszorg.nl).

### DIABETES OP INTERNET

# Studies and reflections on type 2 diabetes care in general practice

Marianne van Brederode

**Reeds in 1995 publiceerde Van Dam een studie waarin gezocht werd naar factoren bij hulpverlener en patiënt die van invloed zijn op de regulatie van Diabetes Mellitus type 2. Hierin kwam naar voren dat de patiëntfactoren 'ervaren regulatie' en 'ervaren professionele steun' een duidelijke samenhang tonen met de kwaliteit van de metabole regulatie. Geconcludeerd werd dat expliciete aandacht voor de patiëntfactoren een vaste plaats verdient in de professionele begeleiding, en eventueel ook in de standaarden.**

In 1998 en 2000 verschenen van zijn hand respectievelijk een literatuurstudie/deskundigenraadpleging en een empirische studie onder bijna duizend huisartspatiënten met type 2 diabetes, over het wegblijven van diabeteszorg. Dit betreft patiënten die langer dan een jaar niet voor controle verschenen. Het bleek dat dit wel voorkomt (1 op 12 patiënten gemiddeld) maar dat deze groep geen slechtere regulatie had dan de groep patiënten die wel regelmatig gecontroleerd werden. Aandacht werd gegeven aan de vraag hoe hier mee om te gaan. Na enkele malen oproepen is het wellicht het beste om de verantwoordelijkheid en autonomie van de patiënt te respecteren.

Een literatuurstudie naar de effecten van sociale steun toonde aan dat de traditionele vormen van sociale steun nauwelijks effect hebben. Nieuwe vormen, zoals onderlinge patiëntensteun tijdens groepsconsulten en telefoon- of internetgroepen, hebben meer effect en zouden in de toekomst door diabetesteam georganiseerd kunnen worden. Uit een andere studie bleek dat het meer patiëntvriendelijk werken door professionals geen verbetering van de uitkomsten oplevert. Deze verbeteren wel als de patiënten meer actief betrokken en assertief



*Detail uit schilderij De Kruisdraging van Jeroen Bosch, na 1500, enigszins digitaal bewerkt om de verbeterde communicatie te verduidelijken die een echte dialoog in de diabeteszorg zou kunnen weegbrengen.*

gemaakt worden. Dit is te realiseren door een goede voorbereiding op het consult, door groepsconsulten en door empowerende groepseducatie.

Vervolgens wordt beschreven welke belemmeringen patiënten ervaren bij hun diabeteszorg. Zij noemen onder andere hun eigen gebrek aan kennis en hun misvattingen, slechte interactie met en tussen hulpverleners, en de gevolgen van de diabetes zelf. Diabetesexperts noemden nog een aantal niet vermelde belemmeringen voor goede zorg, zoals slechte toegang tot dossiers en het niet voldoende werken volgens de standaarden. Samen pleitten ze voor een benadering met meer actieve betrokkenheid en empowerment van de patiënt, naast kwaliteitsbewaking van de diabeteszorg.

Het hoofdstuk over 'patiëntgerichtheid en dialectiek in de diabeteszorg' is gericht op

de toekomst. Er wordt gepleit voor een dialectische benadering bestaande uit uitwisseling tussen de soms uiteenlopende visies en ideeën van patiënt en professional, bespreken van hun gezichtspunten, en onderhandelen tot er een oplossing of overeenkomst bereikt is. In een dergelijke dialoog is er gelijkwaardigheid tussen de objectieve uitkomsten van de zorg vanuit de visie van de hulpverlener en de subjectieve uitkomsten die de patiënt ervaart. Dit hoofdstuk eindigt met een aantal aanbevelingen voor diabetesteam.

Het was een genoegen dit proefschrift te lezen. Tussen de regels door was steeds de betrokkenheid van de huisarts met zijn patiënten, die levenslang diabetes hebben, zichtbaar. Het valt in de literatuurstudies op hoe weinig onderzoek er gedaan was met betrekking tot de vragen die gesteld worden in dit proefschrift.

Van Dam laat zien hoe in tien jaar de houding van behandelaars veranderde en de inbreng van de patiënt met diabetes toenam. In 1995 schreef hij dat er 'expliciete aandacht moet zijn voor de patiëntfactoren', tien jaar later stelt hij voor om 'als gelijkwaardige partners te onderhandelen over te bereiken doelen'.

Onlangs is een begin gemaakt met de vorming van diabeteszorggroepen. De aanbevelingen uit dit proefschrift zouden daarbij van nut kunnen zijn.

Samenvattend: een zeer leesbaar, nuttig, en 'patiëntgecentreerd' proefschrift.

*Studies and reflections on type 2 diabetes care in general practice - Perspectives of patients and professionals.*

*Promotie 23 september 2005 te Maastricht*

# Nederlandse Diabetes Dag 2005 (NDF)

Henk van Dam

**Op 28 oktober vond in de Jaarbeurs te Utrecht de Nederlandse Diabetes Dag 2005 plaats, met als thema “Verandering en Vernieuwing”. In een plenaire sessie met als titel “Inkoop of uitverkoop van de diabeteszorg?” was er een discussie over de inkoop van eerstelijns-DBC's voor diabeteszorg. Naast medische behandelaars waren ook vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging, ziektekostenverzekeraars en het Ministerie van VWS hierin betrokken. Kernthema: versterking van de positie ('power') van de mensen met diabetes.**

Het thema “Verandering en Vernieuwing” werd verder uitgewerkt in subthema's. Ochtend- en middagprogramma bestond uit allerlei workshops: over voeding, type 2 diabetes bij kinderen, cardiovasculaire complicaties van type 2 diabetes, nieuwe behandelmethoden bij diabetes, educatie en motivatie van patiënten, diabetes bij allochtonen en multidisciplinair spreekuur. Ook waren er enkele wetenschappelijke 'state of the art'-lezingen. Veel aandacht werd besteed aan teambenadering.

De tientallen commerciële en ideële stands die de informatiemarkt bevolkten droegen bij aan de levendige afwisseling die de NDF-Diabetes Dagen telkenmale bieden. Ook de DiHAG had er een informatiestand waarop heel wat huisartsen en POH'ers afkwamen. De vele commerciële stands boden een overmaat aan reclame, met soms schreeuwerige affiches en allerlei 'spiegeltjes en kralen' voor bezoekers (in de vorm van gratis foto's, frisdrankjes, appels, paraplu's, prijsvraagjes, balpennen en bloknootjes).

Het is best goed om kennis te nemen van nieuwigheden als inhaalbare insulines, nieuwe vermageringsmiddelen of continue bloedglucosemeters. Een minpunt was dat de huisartsgeneeskundige diabeteszorg er in het programma (weer) wat bekaaid vanaf kwam. Slechts een kleine minderheid (6-7) van de vele (42) lezingen en workshops richtte zich op de eerstelijnszorg – terwijl daar driekwart van de (type 2) diabeteszorg plaatsvindt.

Van die paar eerstelijnsprojecten kan ik er hier enkele vermelden – en daarmee doe ik de andere vast tekort (sorry). Allereerst het Maas-trichtse DIEP-project (zie elders in deze Nieuwsbrief). Contact: [www.diep.info](http://www.diep.info) (code dv0001). Verder het Amsterdamse PRISMA-project, dat in twee dagdelen aan mensen met type 2 diabetes en slechte instelling een intensief educatieprogramma biedt. Het benadert hen op een zelfmotiverende wijze en stimuleert hen om tot meer inzicht en gezonder diabetesgedrag te komen. Dit patient-empowerende project is weliswaar in de tweedelijns (VU-MC) tot stand gebracht maar de kennis en vaardigheden die het ontwikkelt worden expliciet aan de eerstelijns ter beschikking gesteld. Contact: [mhe.hogenelst@vumc.nl](mailto:mhe.hogenelst@vumc.nl).

De Nederlandse Diabetes Dag was voor bezoekende huisartsen en praktijkondersteuners zeker een interessante gebeurtenis. Je leert er veel, je neemt er altijd iets van mee, je ontmoet er collega's, en er is nascholingsaccreditatie voor verschillende beroepsgroepen. Deelname aan volgende Diabetes Dagen is voor u als lezer van de DiHAG-Nieuwsbrief zeker een aanrader! En wanneer u allen aan de organi-

satoren zou aangeven dat u (meer) aandacht wenst voor diabeteszorg in de huisartspraktijk, dan kunnen de Diabetes Dagen nog aantrekkelijker worden voor eerstelijnsdiabetesprofessionals!

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

## Steunpunt Eerstelijns Diabeteszorg

Bep Bakker-Verschoor

Op 21 september was er een drukbezochte bijeenkomst in restaurant Oud London te Zeist onder de titel 'Diabeteszorg in de eerste lijn: Werk in uitvoering'. Het NHG organiseerde de bijeenkomst samen met de DiHAG, met als doel huisartsen en zorgverzekeraars te informeren over de actuele ontwikkelingen.

Tijdens de bijeenkomst presenteerde het NHG zijn standpunt 'Zorg voor veelvoorkomende chronische aandoeningen in de eerstelijns'. De bijeenkomst sloot aan op de ontwikkeling van Eerstelijns-DBC's voor diabeteszorg, en er was een informatiemarkt waarop de deelnemers voorbeelden van gestructureerde diabeteszorg in praktijken konden zien en vragen konden stellen aan contactpersonen van deze voorbeeldpraktijken.

Tijdens de bijeenkomst werd het Steunpunt Eerstelijns Diabeteszorg gelanceerd. Dit steunpunt is bereikbaar op de website [www.steunpuntdiabeteszorg.nl](http://www.steunpuntdiabeteszorg.nl).

Het is een samenwerking van NHG, DiHAG, LHV en LVG. Doelstelling is huisartspraktijken te ondersteunen bij zaken als structurering van de diabeteszorg, onderhandelen met zorgverzekeraars, afsluiten van zorgcontracten (bijvoorbeeld over een DBC) enz..

Wat voor ondersteuning kunt u van het Steunpunt verwachten? Dat is: advisering en informatie. Al uw vragen over medisch-inhoudelijke, organisatorische of andere randvoorwaardelijke aspecten van diabeteszorg worden beantwoord. De website biedt verder een overzicht van opgedane ervaringen met gestructureerde diabeteszorg en met onderhandelingen hierover met zorgverzekeraars in diverse regio's, en een platform voor onderling contact en uitwisseling van ervaringen.

In de komende tijd wordt de website van het Steunpunt verder verbeterd. De websites van de deelnemende organisaties worden duidelijk omschreven zodat de gebruiker bij doorklikken weet waar hij of zij aan toe is - zodat zijn zoektocht geen dwaaltocht wordt.

# Handleiding Eerstelijns Diabetes-DBC

Voor vertegenwoordigers van huisartsengroepen, regionale diabetesprojecten en transmurale diabetesgroepen is de Handleiding Eerstelijns Diabetes-DBC onmisbaar. Deze Handleiding kan behulpzaam zijn bij de inhoudelijke en contractuele onderhandelingen rond gestructureerde diabeteszorg met zorgverzekeraars. Ze werd in augustus door het NHG in samenwerking met de DiHAG gepubliceerd. De DiHAG verzamelde onder leiding van Klaas Reenders (zie vorig nummer) veel kennis over en er-

varingen met DBC-contracten. De eerste twee ontwerp-DBC's werden door de DiHAG opgesteld en ter goedkeuring aan het Ministerie van WVS voorgelegd: een DBC voor mensen met nieuw-ontdekte type 2 diabetes, en een DBC voor mensen met wat langer bekende, stabiel ingestelde type 2 diabetes. Deze stukken zijn in de Handleiding gebundeld, samen met stukken over praktijktoepassingen.

Heel interessant zijn de ontwikkelingen

sinds de publicatie van de Handleiding. Na de presentatie op de NHG-conferentie op 21 september volgde de oprichting van een DBC-Steunpunt (zie boven). Daarnaast komen op de DiHAG-website en bij diverse DiHAG-Netwerkleiden veel vragen, opmerkingen en bijdragen binnen.

Informatie en bestellingen bij het DiHAG-secretariaat of op de website [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl).

## Het Maastrichtse DIEP-project *DIEP*gaande Diabeteseducatie

Henk van Dam

**A titre personnel was ik in 2003 lid geworden van de klankbordgroep van het Diabetes Interactief Educatie Project (DIEP) in Maastricht. Toen de DiHAG werd gevraagd een afgevaardigde te leveren, lag het voor de hand dat ik dit op me nam. De klankbordgroep is een raadgevend orgaan, geen besluitvormend of verantwoordingsdragend bestuur. In het onderstaande een beschrijving van wat DIEP is en wat het zou kunnen betekenen voor de rest van de Nederlandse diabeteszorg.**

DIEP richt zich op 'patient empowerment' in de diabeteszorg in de eerstelijns. Het initiatief kwam vanuit de Universiteit Maastricht en het Academisch ziekenhuis Maastricht (AzM) door met name diabetoloog/endocrinoloog Dr. Nicolaas Schaper en GVO-er Prof. Dr. Nanne de Vries. Verder namen deel Prof. Dr. Spreeuwenberg, EADV-vertegenwoordiger en diabetesverpleegkundige mevr. Els Denis, interniste mevr. Anet Hoving, en mensen van diabetesfederatie NDF, patiëntenorganisatie DVN, en organisatie van diëtisten DNO. Het project ontvangt financiële en personele ondersteuning van de fabrikant van bloedglucosemeters LifeScan. De klankbordgroep had een belangrijke rol bij het ontwikkelen en verbeteren van het Nederlandse educatieprogramma. Als huisarts en DiHAG-vertegenwoordiger heb ik me sterk gemaakt voor een eerstelijnsgerichte aanpak, voor evidence-based en op de NHG-Standaard gestoelde adviezen en formuleringen. En als onderzoeker met belangstelling voor het patiëntenperspectief verdedigde ik het aanspreken en serieus nemen van de mens met diabetes.

DIEP wil een patient-empowerende benadering van diabeteseducatie ontwikkelen, en die als instrument voor zelfeducatie aanbieden aan mensen met type 2 diabetes. Dit instrument of 'tool' is digitaal vormgegeven en wordt aangeboden als internetsite. Het wordt in de praktijk uitgetest en vervolgens landelijk beschikbaar gesteld.

Er zijn twee componenten: het digitale zelfeducatieprogramma zelf (1) en een wetenschappelijk onderzoek (2).

(1) Het digitale DIEP-educatieprogramma. Dat is inmiddels klaar. Tijdens de NDF-Nederlandse Diabetes Dag op 28 oktober werd het ten doop gehouden. Het is de bedoeling om het bij gebleken geschiktheid, mogelijk via de kanalen van DVN of NDF, landelijk te verspreiden. Alle Nederlandse mensen met type 2 diabetes zouden het moeten kunnen gebruiken. Via internet kunnen zij er straks, al dan niet ondersteund door mantelzorger of professionele hulpverlener, zelf hun weg in zoeken, zelf navigeren, zelf kiezen uit de onderwerpen, zelf besluiten om vooruit te gaan, terug te keren, naar achtergrondinformatie of naar een ander onderwerp over te stappen etc.. Het programma bevat geschreven tekst, gesproken woord, illustraties en korte film- en geluidsfragmenten. Het is een instrument dat meerdere zintuigen aanspreekt, gericht op zelfeducatie. Sommige pagina's kunnen worden afgedrukt – bijvoorbeeld korte vragenlijsten – en met de hand ingevuld om mee te nemen naar diabetesconsulten. Dit alles moet bijdragen aan grotere zelfstandigheid van de gebruikende patiënten zodat zij actiever, zelfbewuster, met meer kennis en met meer gerichte vragen hun diabeteszorg gaan benaderen.

Het DIEP-educatieprogramma is de Nederlandse bewerking en uitbreiding van een vergelijkbaar Engels programma op CD-ROM. Dat werd onder de naam *'Home Blood Glucose Monitoring'* door de Diabetesafdeling van de Universiteit van Warwick (UK) sinds 2002 verspreid.

(2) De tweede component van DIEP is een wetenschappelijke studie. Een gecontroleerde interventiestudie waaraan een promovenda werkt. Ze gaat de effectiviteit testen van een 'empowerment'-training voor diabeteseducatoren (praktijk- en diabetesverpleegkundigen) in combinatie met het DIEP-zelfeducatieprogramma. Een groep huisartspraktijken in Limburg, Brabant, Gelderland en

Overijssel wordt gerecruiteerd voor deelname. Uit onderzoek blijkt dat vrijwel alle huisartspraktijken graag een empowermentstraining van hun POH'ers willen. In de studie wordt enerzijds zowel in de interventie- als in de controlepraktijken aan patiënten het zelfeducatieprogramma (zie 1) beschikbaar gesteld. Anderzijds worden in de interventiepraktijken de praktijkondersteuners extra getraind en begeleid. Zij leren vaardigheden om motiverend en empowerend op te treden in hun contacten met diabetespatiënten. Zij leren stelselmatig de eigen ervaringen, visies en doelen van deze patiënten tot uitgangspunt te nemen en hun kennis, doelen en verant-

woordelijkheid in diabeteszelfzorg te versterken. De studie wordt een 'wachtkamer'-studie die het effect van de training op de uitkomsten van de zorg in de interventiepraktijken na twee jaar vergelijkt met de uitkomsten van zorg in de controlepraktijken. Deze controlepraktijken krijgen aanvankelijk alleen het zelfeducatieprogramma voor patiënten, maar na twee jaar ook de training van hun praktijkondersteuners.

Voor nadere informatie: kijk op [www.diep.info](http://www.diep.info). (code dv0001).

## SCHIEDAM: Cursus 'Op weg naar gezonde levensstijl'

José de Bruijne, praktijkondersteuner Huisartsengroep Kethel Schiedam

**Op verzoek van de redactie beschreef José de Bruijne het diabeteseducatieproject dat in Schiedam-Kethel wordt uitgevoerd.**

Aangezien een groot aantal diabetespatiënten te maken heeft met fors overgewicht en een ongezonde levensstijl, hebben wij een cursus samengesteld om deze groep iets extra's te bieden. Het doel is de patiënten te stimuleren hun levensstijl aan te passen. Uitgaand van de persoonlijke band die tussen de patiënt, praktijkondersteuner en huisarts bestaat en de vertrouwde omgeving van de praktijk, blijkt dat dit een goede basis is voor het aanzetten tot deelname. Het is belangrijk om de motivatie van de patiënt te prikkelen en deze te wijzen op de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. We willen dat de patiënt meer controle krijgt over de dagelijkse omgang met hun zwaarlijvigheid. De cursus vindt plaats in groepsverband, omdat dit leidt tot onderling begrip, inlevingsvermogen en steun.

De inhoud van de cursus is gericht op 4 onderdelen:

1. Ondersteuning bij gedragsverandering (psychotherapeut werkzaam bij Riagg);
2. Voedingsadviezen (diëtiste thuiszorg);
3. Info over diabetes /insulineresistentie (praktijkondersteuner);
4. Lichaamsbeweging (sportschool).

Het sporten gebeurt als groep in een sportschool in de wijk, waarbij men kennismaakt met verschillende sportactiviteiten. Bij aanvang en bij afsluiting wordt de conditie getest. Gemiddeld blijft 70% na de cursus sporten bij de sportschool, waarnaast ook nog een

aantal partners aangespoord is te gaan sporten. In het dagelijks leven zijn alle cursisten meer gaan bewegen door voornamelijk te fietsen en te wandelen.

De cursus wordt voortdurend verbeterd om de effectiviteit te vergroten. Een van de eerstkomende verandering is de "Bodywalk": buiten stevig wandelen. Inmiddels wordt ook samenwerking met fysiotherapeuten opgebouwd om patiënten met lichamelijke beperkingen extra begeleiding te bieden.

Het blijft moeilijk om gedragsverandering teweeg te brengen. Het is een proces van langere tijd om je leven te veranderen. De lat ligt bij onze cursus daarom niet al te

hoog. Elke verbetering in voedingsgewoonte, bewegen en gewichtsverlies wordt beschouwd als gezondheidswinst. De oorzaak van ongezond of te veel eten, of te weinig bewegen, is soms complex. De begeleiding door onze psychotherapeut is daarom een goede aanvulling.

Een cursusgroep bestaat uit 12 cursisten, waaronder ook 1 of 2 deelnemers met 'gestoorde glucosetolerantie'. Ongeveer 8 cursisten per cursus blijven gemotiveerd en voltooien het hele programma. Het concrete resultaat in gewichtsverlies is gemiddeld 4,5% in 12 weken. De conditie is naar minstens een normaal niveau gestegen. Na afloop volgt een traject van nazorg,



*Een van de deelnemers aan het oefenen.*

waarbij na enige tijd een groepsbijeenkomst plaats vindt. Extra individuele begeleiding is ook mogelijk.

Reactie Dries van der Vlist, een van de cursisten. *“Alle cursisten hebben een behoorlijk overgewicht en schroomden ervoor om hun lichaam in de sportschool te tonen. Door de goede begeleiding werd iedereen op zijn gemak gesteld. Ik sport nu 3x per week, eet bewuster door de cursus en vond de groep erg leuk. Vroeger plofte ik 's avonds op de bank en had weinig puf om iets te ondernemen, dat is nu wel anders”.*

We hopen met deze cursus een bijdrage te leveren in het voorkomen van complicaties bij mensen met diabetes, en uitstel van diabetes bij mensen met overgewicht en gestoorde glucosewaarde.

## 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 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. Fax: 030-2870668.

De DiHAG-Nieuwsbrief verschijnt minimaal tweemaal per jaar. Redactie: Marianne van Brederode, Henk van Dam (hoofddred.), Raynold Bruessing, Peter Wessels en Bep Bakker. 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.