

DIABETESPRO

JAARGANG 33

▶ THEMA TRANSITIE

Over no-show bij consulten, waarborg van kwaliteit en veiligheid, en wederzijds begrip tussen de eerste en tweede lijn

▶ MODY-PATIENTEN TE VAAK DE VERKEERDE DIAGNOSE

▶ KLANTGERICHTE SOFTWAREONTWIKKELING

Waarbij techniek in dienst staat van de zorg

Nationaal Diabetesverpleegkundigen Congres

Samen sterk

Voorzitter: Prof. dr. Max Nieuwdorp



13 juni 2019 | ReeHorst Ede

Accreditatie

Accreditatie wordt voor 5 uur aangevraagd bij Kwaliteitsregister V&V.

Kosten

De deelnemersbijdrage is 75 euro. Dit bedrag is inclusief lunch, koffie/thee en cursusmateriaal. Tot twee weken voor aanvang van het congres kunt u kosteloos annuleren.

Inschrijven

Inschrijven kan online via forms.healthinvestment.nl: Hier dient u eenmalig een account aan te maken of in te loggen indien u al een account heeft. Vervolgens kunt u zich inschrijven voor alle activiteiten van Health Investment.

Vragen

Health Investment - Oudegracht 6 - 3511 AM Utrecht
Tel: 030-2231797 - E-mail: info@healthinvestment.nl



Health Investment

COLOFON

Uitgever

Health Investment
Oudegracht 6, 3511 AM Utrecht
T +31 (0)30-22 31 797
E info@healthinvestment.nl

Hoofdredacteur

Marijke Overkamp-Wichhart,
diabetesverpleegkundige

Redactie

Margriet Bonthuis, diabetesverpleegkundige
Arianne van Bon, internist-endocrinoloog
Tammy Faassen, (kinder)diabetesverpleegkundige
Harold de Valk, internist

Eindredactie

Marrrian Enserink, Nadox teksten

Basisontwerp en vormgeving

Eric Huysdens & Leon Gerritse,
Huyswerk communicatie

Drukwerk

Groen Media

Redactieadres

V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden
Nederland) Diabeteszorg
Postbus 8212, 3503 RE Utrecht
Telefoon: (030) 291 90 50
E-mail: redactie.diabeteszorg@venvn.nl
www.venvn.nl

Advertentie-exploitatie

Health Investment
Oudegracht 6, 3511 AM Utrecht
T +31 (0)30-22 31 797
E marieke.schooleman@healthinvestment.nl

Abonnement

Diabetes Pro verschijnt vier keer per jaar. Om Diabetes Pro te ontvangen moet u lid of buitengewoon lid zijn van V&VN Diabeteszorg. Leden en buitengewone leden van V&VN Diabeteszorg ontvangen Diabetes Pro en de digitale nieuwsbrief V&VN Diabeteszorg.

Adreswijzigingen

Bij een wijziging van de tenaamstelling en/of het adres, verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar V&VN diabeteszorg, Postbus 8212, 3503 RE Utrecht.

© Health Investment 2018 | ISSN 2405-7398



VAN DE REDACTIE DE WERELD DRAAIT DOOR ...



Het thema van dit Diabetes Pro-nummer is: transitie. Hoe je het ook wendt of keert, transitie blijft een prachtig woord. Het is een samenstelling van 'trans', dat 'over', 'aan de andere kant' of 'verdergaand' betekent, én het voltooid deelwoord van 'ire': 'gaan'.

De vorm is mooi, de betekenis verwatert meer en meer. Alles is tegenwoordig transitie: een nieuwe stap, een andere onderwijsvorm, een wisseling van functie, met pensioen gaan... Ook de diabeteszorg kent vele 'transities': de overheveling van diabetespatiënten van de eerste lijn naar de tweede lijn, de overgang van de kinderopoli naar de volwassenpoli, stappen ter verbetering van de behandeling en leefstijl, de overgang naar een meer coachende rol van behandelaren en nadruk op zelfmanagement van patiënten. De wereld draait door, dit zorgt telkens weer voor transitie. Verandering is onvermijdelijk ...

In mijn werkzame leven zijn ook veel transities geweest. Dit heeft geresulteerd in mooie en spannende uitdagingen. Vorig jaar nam ik afscheid van de diabeteszorg. Dit heeft mij doen besluiten om ook mijn taak als hoofdredacteur van Diabetes Pro neer te leggen. Dit is dus het laatste nummer onder mijn regie. Ik heb het werk met veel plezier en enthousiasme gedaan en bedank jullie, trouwe lezers, en ook de redactie van Diabetes Pro. Mijn opvolger wens ik veel inspiratie toe!

Marijke Overkamp-Wichhart, diabetesverpleegkundige,
dialyseverpleegkundige en hoofdredacteur Diabetes Pro.

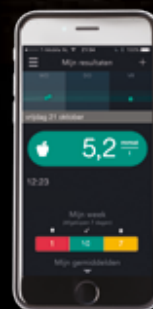
Leren dat diabetes-
management over keuzes
kan gaan en niet alleen
over beperkingen.
Dat is verhelderend.

Met nieuwe functies, zoals o.a.
patroonherkenning, krijgen uw
patiënten, op totaal nieuwe wijze,
beter inzicht in hun diabetes.
Dit helpt hen bij het verbeteren
van hun glucoseresultaten en
diabetesmanagement.



Diabetes, in een nieuw licht

Contour
next ONE
Bloedsuiker
Controlesysteem



CONTOUR®NEXT ONE voldoet aan alle kwaliteitseisen zoals
omschreven in de Kwaliteitsstandaard Diabeteshulpmiddelen
(www.keuzehulpbloedglucosemeter.nl)

Ondek meer over het **CONTOUR®NEXT ONE** systeem en download
de **CONTOUR®DIABETES** app: contournextone.nl of bel gratis **0800 235 22 937**

Ascensia, het Ascensia Diabetes Care logo en Contour zijn handelsmerken en/of gedeponeerde handelsmerken van Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Apple en het Apple-logo zijn in de Verenigde Staten en andere landen gedeponeerde handelsmerken van Apple Inc. App Store is een service van Apple Inc. Het Bluetooth-woordmerk en de Bluetooth-logo's zijn handelsmerken van Bluetooth SIG, Inc. en elk gebruik van betrokken merk hierin onder licentie. Google Play is een handelsmerk van Google Inc.
© Copyright 2017 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rechten voorbehouden.

Datum van voorbereiding: Juni 2017, Code: G.DC.06.2017.51620 18MA0032



DIABETESPRO

THEMA

TRANSITIE

Knelpunten in de transitiezorg: problemen met therapietrouw, no-show bij consulten, gebrek aan beleid of een gemeenschappelijke visie tussen kinderen volwassenenzorg, psychosociale problemen en problemen met zelfstandigheid bij jongeren.

11

DE NIEUWE WET BIG: WERKERVARING OF OPLEIDING?

Leonardo da Vinci had geen opleiding genoten, hij was een autodidact pur sang. Waarom is in onze tijd een opleidingsprofiel zo onmisbaar?

26

EIGENZINNIG BEHANDELPLAN

Per patiëntencategorie en behandelplan kende het diabetes-team van het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht een kleurcode toe. Dit resulteerde in zeven verschillende kleurcodes waaraan ze een behandelplan koppelden.

36

TE VEEL MODY-PATIËNTEN KRIJGEN VERKEERDE DIAGNOSE

Patiënten met de erfelijke diabetesvorm MODY ondergaan soms jarenlang de verkeerde behandeling. Een nieuwe e-learning voor diabetesverpleegkundigen en huisartsen moet hierin verandering brengen.

11



26



36



- 3 Van de redactie
- 6 Kort nieuws
- 8 5 vragen aan Olof King
- 9 Transitie
- 11 De nieuwe wet BIG
- 14 De mens centraal
- 20 Verbetering transitiefase jongeren met type 1: hard nodig
- 26 Eigenzinnige behandelplan
- 32 Pas de deux - bij transitie van eerste en tweede lijn in diabeteszorg
- 36 Te veel Mody-patiënten krijgen verkeerde diagnose
- 39 Column Veerle Huigen
- 40 Software die werk leuker en gemakkelijker maakt
- 42 Gelezen in
- 44 Trots en passie op het hoogste niveau
- 46 Evenementenkalender

Leefstijlgeneeskunde... de oplossing?

► Er is steeds meer bewijs dat een gezonde leefstijl in belangrijke mate bijdraagt aan het voorkomen, behandelen en genezen van chronische ziekten, zoals diabetes type 2. Leefstijlgeneeskunde betekent dat de begeleiding van mensen naar een gezonde leefstijl een grote rol speelt in het voorkomen en behandelen van chronische ziekten. Verwacht wordt dat de zorgkosten hierdoor zullen dalen.

11 oktober 2018 heeft het Nederlands Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneeskunde (NILG) het Manifest Leefstijlgeneeskunde aangeboden aan minister Bruins van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het manifest is opgesteld door twintig wetenschappers. Het is gepubliceerd in verschillende kranten, waardoor het veel aandacht heeft gekregen en is uitgegroeid tot een breder gedragen manifest. Inmiddels hebben zo'n tweeduizend personen en organisaties hun steun betuigd, waaronder wetenschappers, koepelverenigingen van artsen en zorgprofessionals en het Diabetes Fonds. Hanneke Dessing, directeur Diabetes Fonds: 'Een gezonde leefstijl kan heel veel gevallen van diabetes type 2 voorkomen en kan er zelfs voor zorgen dat de ziekte wordt teruggedrongen bij mensen die al diabetes type 2 hebben.'

De ondertekenaars willen met hun steun niet zeggen dat mensen zelf schuld

hebben aan hun ziekte, maar wel dat er meer voorlichting moet komen met juiste informatie over de invloed van voeding en beweging op gezondheid. Ook moedigen zij aan om Leefstijlgeneeskunde een plek te geven in medische opleidingen, wetenschappelijk onderzoek en behandelplannen.

Het door het Diabetes Fonds gesteunde NILG heeft het manifest overgenomen van de oorspronkelijke schrijvers. Hun doel is binnen tien jaar de leefstijlgerelateerde ziektelast te halveren, zonder pillen. Zij roepen de drie bewindslieden van VWS en het parlement op om zich vol in te zetten voor leefstijlgeneeskunde. Hiermee willen zij onder andere de sterke groei van diabetes type 2 stoppen.

Bekijk het Manifest Leefstijlgeneeskunde op: www.nilg.eu

(Bron: Diabetesfonds) «

Doe mij maar diabetes ... en een baby

► Drie jaar na het uitkomen van haar eerste boek 'Doe mij maar diabetes' is 17 april 2018 het tweede boek van Loes Heijmans-Beek uitgekomen, genaamd 'Doe mij maar diabetes ... en een baby'.

In dit tweede boek beschrijft Loes hoe het is om diabetes te combineren met een zwangerschap. Welke onzekerheden kom je tegen, hoe is het om onder strenge medische controle te staan en wat blijft er eigenlijk over van je roze wolk als je zwanger bent en diabetes hebt. En daarna, hoe is het om opeens moeder te zijn, niet alleen voor jezelf te hoeven zorgen en wat doe je als je baby honger heeft en jij voelt een hypo aankomen?

Al deze ervaringen gaven voldoende inspiratie voor dit nieuwe boek. Niet alleen een must-read voor de aanstaande moeder, maar zeker ook voor zorgverleners, verloskundigen en gynaecologen die zich beter willen kunnen inleven in hun patiënt.

Het boek is te koop op de webshop van: doemijmaardiabetes.nl of via de boekhandel en bol.com. Via bol.com is ook het E-book beschikbaar. «

Slimmer en efficiënter werkproces met DiaCare



► 'Hoe kunnen we mensen met diabetes ondersteunen bij zelfmanagement? En hoe ondersteunen we zorgprofessionals bij de coaching van mensen met diabetes?' Met deze vragen ging Mediq Direct Diabetes in 2014 in gesprek met zorgverleners en mensen met diabetes. Uit de inventarisatie kwamen drie verbeterpunten naar voren. Ten eerste: bij het gebruik en de interpretatie van de data uit glucosemeters. Ten tweede: bij de educatie. En ten derde: bij de voorbereiding van het consult. Inmiddels heeft Mediq Direct Diabetes samen met diabeteszorgverleners en patiënten DiaCare ontwikkeld, een zorgprogramma waarin deze verbeterpunten zijn geïmplementeerd.

Het doel van DiaCare is om de samenwerking tussen de diabetes-professional en de diabetespatiënt te ondersteunen en de patiënt meer inzicht te geven in zijn diabetes. Achterliggende doelen: een slimmer en efficiënter werkproces, betere gezondheidsuitkomsten en lagere zorgkosten. Momenteel is

Mediq Direct Diabetes bezig met de uitrol van DiaCare bij ziekenhuizen. Diabetespoli's die aan de slag gaan met DiaCare krijgen toegang tot het programma dat bestaat uit vier onderdelen: de DiaCare app, het DiaCare zorgportaal, educatiemodules en een hulpmiddel voor consultvoorbereiding.

DiaCare app

De DiaCare app werkt samen met de bloedglucosemeter van de patiënt. Via bluetooth of NFC verschijnen de glucosewaarden uit de meter in overzichtelijke grafieken op de telefoon. De gebruikers zien precies wanneer ze hebben gemeten en hoe hoog of laag

Zorg op maat voor kinderen en jongeren met diabetes

► **De NDF kan, met ondersteuning vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de komende tijd actief aan de slag met het thema 'Zorg op maat voor kinderen en jongeren met diabetes'.**

De focus van het project ligt op de belangrijke thema's als participatie en zelfmanagementondersteuning. Het gaat hierbij om de vraag hoe kinderen en jongeren met diabetes type 1 samen met hun omgeving effectief ondersteund kunnen worden, zodat hun therapietrouw en participatie toenemen en complicaties worden voorkomen.

Werkgroep

Binnen dit project gaat de NDF uit van wat er al is, wat werkt en wat nog aanvullend nodig is om knelpunten in de praktijk te verhelpen. Daarvoor is een multidisciplinaire werkgroep ingericht, onder voorzitterschap van Mariëlle Schoenmakers. De werkgroep werkt aan een nadere uitwerking van de NDF Zorgstandaard Diabetes en doet een aanzet voor concrete (online) tools. In dit project werkt de NDF met verschillende partijen samen, niet alleen met NDF-lidorganisaties maar

ook met andere relevante organisaties buiten het diabetesveld. De opgeleverde kwaliteitsproducten worden aangeboden aan het Zorginstituut Nederland voor opname in het register. Het is de bedoeling dit traject in juni 2019 af te ronden.

Bijzondere doelgroep

Kinderen en jongeren met diabetes vormen binnen de gehele populatie van mensen met diabetes een bijzondere doelgroep. Vanuit het programma Jong en diabetes wil de NDF zorg, begeleiding en ondersteuning op maat faciliteren. Veel jongeren in de tiener- en puberleeftijd hebben problemen met het accepteren van hun diabetes en zijn (mede) daardoor niet altijd therapietrouw. Terwijl die therapietrouw juist bij deze doelgroep zo belangrijk is om medische complicaties in de toekomst te voorkomen. Ook in de organisatie en de inhoud van goede zorg zijn er knelpunten. Verder blijft de participatie van kinderen en jongeren met diabetes, bijvoorbeeld op school en bij de sportvereniging, nog vaak achter. Voor ouders en zorgprofessionals is het een grote uitdaging om het gedrag van kinderen en jongeren met diabetes positief te beïnvloeden.

Op dit moment werkt de NDF aan een plan van aanpak om de participatie en zelfmanagementondersteuning te verbeteren. Kinderen en jongeren met diabetes, hun ouders en diverse zorgverleners en andere professionals binnen en buiten het diabetesveld worden nauw betrokken bij dit traject.

Heeft u kennis over en/of ervaring met kinderen en jongeren met diabetes in de leeftijd van 10 – 24 jaar en heeft u ideeën over hoe de zorg verbeterd kan worden? Dan gaat de NDF graag met u in gesprek!

Neem contact op met

Corine Bruggers (projectleider)
c.bruggers@diabetesfederatie.nl
of Pauline Mourits
p.mourits@diabetesfederatie.nl
(Bron: diabetesfederatie.nl) «



de glucosewaarden waren. Desgewenst kunnen ze extra informatie toevoegen over insuline, eetmomenten, koolhydraten, voeding en beweging. Er zijn inmiddels meerdere merken en typen bloedglucosemeters gekoppeld aan DiaCare en dat aantal wordt de komende tijd uitgebreid.

Zorgportal

Zorgprofessionals kunnen met toestemming van de patiënt meekijken in de DiaCare app. Dit gebeurt via een beveiligd eHealthplatform. Het platform voldoet aan de meest recente veiligheids- en privacy-eisen. De zorgprofessional kan meekijken in de app

tijdens het spreekuur, maar ook als de patiënt tussendoor belt met een vraag. Het programma is 'webbased', dit betekent dat er geen software hoeft te worden gedownload.

Educatiemodules

Vanuit de DiaCare app kunnen patiënten meerdere educatiemodules volgen over diabetes. Aan de hand van situaties uit het dagelijks leven oefenen ze met beslissingen nemen over de toediening van insuline, koolhydraten tellen, sporten, enzovoorts. Met kennistoetsen testen ze of ze de stof begrijpen. De educatiemodules zijn interactief en leuk om te maken.

Consultvoorbereiding

In de app zit ook een hulpmiddel waarmee patiënten hun consult kunnen voorbereiden. Voor een volgend consult krijgt de patiënt een uitnodiging in de app een korte vragenlijst in te vullen met vragen als: ik wil het graag hebben over ... enzovoorts. De zorgprofessional kan de formulieren inzien voor het consult. Hierdoor gaan de patiënt en zorgprofessional veel vraaggerichter het consult in.

Meer informatie

mediqdirectdiabetes.nl/diacare of neem contact op met de rayonmanager van Mediq Direct Diabetes of met de Service Desk Professionals via 0800 - 385 54 56. «

Olof King, tot 1 oktober 2018 directeur van Diabetesvereniging Nederland (DVN), nu manager Acties en Campagnes bij de Consumentenbond

DOOR: MARGRIET BONTHUIS, DIABETESVERPLEEGKUNDIGE EN REDACTIELID DIABETES PRO

► 1. Kun je globaal iets vertellen over je werkzaamheden als directeur van DVN?

DVN wil bereiken dat iedereen met diabetes voluit kan leven. Als directeur heb ik me dus ook ingezet om de kwaliteit van de diabeteszorg te verbeteren. Onder meer door te kijken naar de betaalbaarheid van verzekeringen en problemen die mensen met diabetes op de werkvloer ervaren.

2. Hoe kijk je terug op deze jaren?

Geen dag was hetzelfde. We hebben gestreden met zorgverzekeraars, leveranciers en apothekers, zodat de keuze voor de beste zorg plaatsvindt waar dat hoort: in de behandelkamer. Het was geweldig om ons hiervoor in te zetten, samen met zorgverleners.

3. Waar ben je specifiek trots op?

Mij schieten direct twee resultaten te binnen. Allereerst dat de Tweede Kamer unaniem achter DVN stond toen wij vonden dat de keuze voor een diabeteshulpmiddel niet door de apotheker, zorgverzekeraar of leverancier mag worden gemaakt. En ook dat we hebben gezorgd voor een fatsoenlijke overlijdensrisicoverzekering voor mensen met diabetes die een huis kopen. Onze achterban bleek soms tienduizenden euro's

te veel te betalen, ik ben er trots op dat DVN een eind aan die wantoestanden heeft kunnen maken.

4. Zijn er ontwikkelingen in de diabeteszorg die je hoopgeven voor de toekomst?

Zeker. De samenwerking met gemeenten neemt toe, ook zie ik dat grote zorgverzekeraars als VGZ en Zilveren Kruis in toenemende mate de samenwerking met ons zoeken. Verder heb ik hoge verwachtingen van diabeteskaderhuisartsen, zij kunnen de kwaliteit van zorg in de eerste lijn daadwerkelijk helpen verbeteren.

5. Wat wil je diabeteszorgverleners meegeven?

Diabetes is een complexe ziekte die je er niet even bij doet, dus blijf je op de hoogte stellen van de laatste ontwikkelingen. Recent heeft DVN een geweldig congres georganiseerd voor zorgverleners, het Symposium Diabetesacademie. Daar gingen experts met deelnemers in gesprek over knelpunten in de diabeteszorg, maar vooral ook over oplossingen. Sluit je aan op de nieuwsbrief van DVN voor zorgverleners, dan ontvang je vanzelf een uitnodiging voor een volgend congres! «



Olof King



VRAAG & ANTWOORD

SGLT2-remmers zijn een klasse glucoseverlagende medicijnen voor de behandeling van diabetes mellitus type 2. Wat is de meest voorkomende bijwerking van deze middelen?

- A. Hypoglykemieën;
- B. Misselijkheid;
- C. Oedeem;
- D. Urogenitale infecties.

Lees het antwoord op pagina 46

‘Transitie’

TRANSITIE WORDT VAAK GEDEFINIEERD ALS: DE OVERGANG VAN DE ENE FASE NAAR DE VOLGENDE. DIE OVERGANG KAN EEN PROCES ZIJN VAN WEKEN, MAANDEN, SOMS JAREN. TRANSITIES BINNEN DE ZORG KOMEN TOT STAND DOORDAT WE HIER MET Z'N ALLEN DEEL VAN UITMAKEN. ALS ZORGVERLENERS ZIJN WE CONTINU OP ZOEK OM DE ZORG ZO GOED MOGELIJK AF TE STEMMEN OP DE ZORGVRAGERS. IEDER VANUIT ZIJN OF HAAR POSITIE EN VERANTWOORDELIJKHEID, MET OOG VOOR HET MAATSCHAPPELIJK BELANG.

DOOR: ANNEKE BANGMA, ADVISEUR VERENIGING V&VN

► De laatste jaren zien we een duidelijke verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. De verpleegkundige is niet alleen aan zet als zorgverlener, maar heeft steeds meer de rol van zorgregisseur. Ontwikkelingen binnen de diabeteszorg gaan hard, waardoor ook hier op meerdere fronten transitie waarneembaar is. Denk aan de transitie van de jongeren- naar de volwassenenzorg. De leeftijdsgrens wordt steeds minder bepalend, waardoor nieuwe vormen van samenwerking ontstaan tussen de kinderopoli's en de volwassenenzorg.

Toenemende e-healthontwikkelingen zorgen voor transitie in onze mogelijkheden tot consultvoering met de patiënt. Ook zijn er steeds meer technische mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld het flash glucose meten. Al deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat we steeds kritisch moeten overwegen in hoeverre ze daadwerkelijk voor de patiënt van toegevoegde waarde zijn. Evidence en best practice zullen steeds nieuw in kaart moeten worden gebracht.

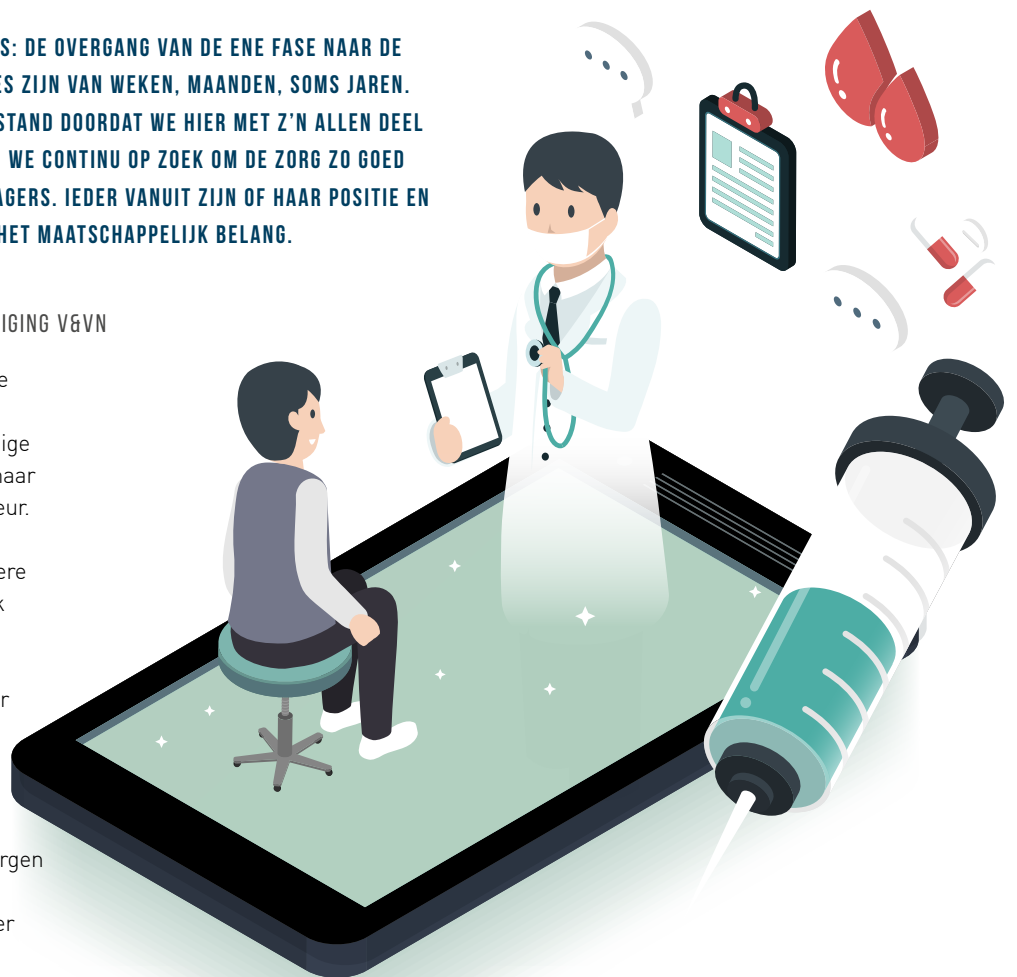
Ook binnen onze eigen beroepsvereniging zien we transitie. Als beroepsvereniging kijken we graag naar de mogelijkheden en zo werd de overgang van de EADV naar V&VN diabeteszorg een feit. Elkaar ondersteunen en versterken zijn belangrijke pijlers in de samenwerking. Binnen ons bestuur vindt nu een natuurlijke verschuiving plaats van leden. We nemen na vijf jaar afscheid van onze voorzitter Anita Faber. Zij heeft de afgelopen jaren met veel plezier en vol overgave haar functie vervuld.

TOENEMENDE E-HEALTHONTWIKKELINGEN ZORGEN VOOR TRANSITIE IN ONZE MOGELIJKHEDEN TOT CONSULTVOERING MET DE PATIËNT.

Ook nemen we afscheid van Mirjam de Weijer, eveneens een zeer betrokken en gedreven bestuurslid. Beiden gaan een nieuwe uitdaging tegemoet, waarmee we hen veel succes en plezier wensen.

Inmiddels hebben wij drie nieuwe enthousiaste (aspirant)bestuursleden mogen verwelkomen die we graag aan jullie voorstellen, het zijn: Henny Nouwen- van der Straaten, diabetesverpleegkundige volwassenenzorg, IJsselland ziekenhuis in

Capelle aan den IJssel; Jelena Woudenberg-Radojkovic, senior diabetesconsulent in het Erasmus medisch centrum in Rotterdam en Gabie Rochel, diabetesverpleegkundige binnen de kinderopoli van Zuyderlandmc. Henny is bereid de taken van Anita over te nemen en wordt op 22 november aan de ledenvergadering als de nieuwe voorzitter van V&VN Diabeteszorg voorgedragen. We denken hiermee weer een mooi evenwicht tussen jarenlange ervaring en jonge frisse ideeën te hebben gevonden. Als bestuur hopen we de beroepsvereniging te vertegenwoordigen waarin eenieder zich kan herkennen en waarbij de input vanuit de dagelijkse praktijk is. ◀





De nieuwe wet BIG: werkervaring of opleiding?

VAN HET BESTUUR

DOOR: POLLY VAN DER LOOP,
BESTUURSLID V&VN DIABETESZORG

BEGIN OKTOBER BEZOCHT IK DE TENTOONSTELLING VAN LEONARDO DA VINCI IN HET TEYLERS MUSEUM IN HAARLEM. LEONARDO ONTWIKKELDE ZIJN TALENTEN DOOR WERKERVARING. HIJ WAS EEN GENIE, VAN ALLE MARKTEN THUIS EN UITERST NIEUWGIERIG HOE HET MENSELIJK LICHAAM IN ELKAAR ZAT. HIJ GEBRUIKTE DEZE KENNIS OM DE EMOTIE IN ZIJN TEKENINGEN EN SCHILDERIJEN TE LEGGEN. LEONARDO HAD GEEN OPLEIDING GENOTEN, HIJ WAS EEN AUTODIDACT PUR SANG EN NU, NA VIJFHONDERD JAAR, KOMEN MENSEN NOG VAN HEINDE EN VER OM ZIJN TEKENINGEN TE BEWONDEREN. WAAROM IS IN ONZE HUIDIGE TIJD EEN OPLEIDINGSPROFIEL ZO ONMISBAAR?

► Dit nummer van Diabetes Pro gaat over het thema transitie. Ook wij verpleegkundigen zitten in een transitie, dat kan u niet ontgaan zijn, vermoed ik. De stuurgroep 'Verpleging & Verzorging 2020' bracht in 2012 advies uit over nieuwe beroepsprofielen aan de toenmalige minister Schippers van VWS. Dit advies heeft de nodige discussie opgeleverd. Over de inhoud van beroepen als verpleegster/verpleegkundige en later over basis-verpleegkundige en regieverpleegkundige.

Aanpassing wet

In april 2015 is de stuurgroep 'Toekomstbestendige beroepen binnen de verpleging en verzorging' ingesteld. Het streven was de informatie aan te leveren die nodig is om voor aanpassing van de wet Beroepen op de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Dit ter borging van toekomstbestendige profielen voor hbo-verpleegkundigen, mbo-verpleegkundigen en verzorgenden en de te verwachten ontwikkelingen in de maatschappij en de zorg. ►

17 december 2015 is het eindrapport gepresenteerd. De overgangsregeling die daarin wordt voorgesteld, geldt voor alle onder de huidige wet BIG vallende verpleegkundigen, met uitzondering van de verpleegkundig specialisten. Voor december 2018 zal de onafhankelijke commissie Meurs beoordelen welke aanvullende opleidingen voor de mbo- en inservice-opgeleide verpleegkundigen qua inhoud en niveau op gelijkwaardigheid aan het NLQF-niveau 6 opleidingsprofiel worden gesteld. Het opleidingsprofiel van regieverpleegkundige sluit aan bij het nieuwe profiel van bachelor nursing 2020.

Duidelijkheid

In de nieuwe wet BIG (BIG-II) krijgen we te maken met twee beroepstitels en twee registers die ieder hun eigen deskundigheidsgebied, bevoegdheden, bekwaamheden en opleidingsniveau hebben. Met deze registers komt eindelijk duidelijkheid in mbo- en hbo-verpleegkundeland. Het streven, zoals beschreven in het wetsvoorstel BIG-II, is het register van regieverpleegkundigen met ingang van 1 januari 2020 in werking te laten treden. De 'zittende' verpleegkundigen hebben dan tot 2024 de mogelijkheid om zich te laten herregistreren in een van de beide nieuwe beroepsgroepen in het BIG-register. Aan het beroep van verpleegkundige verandert er in de basis niets, er komt een beroep bij, namelijk dat van regieverpleegkundige. Dat beroep kent aanvullende taken en verantwoordelijkheden. Wat betreft de regeling voorschrijfbevoegdheid: de diabetesverpleegkundigen hebben naast hun opleiding een aanvullende opleiding gevolgd op het gebied van diabeteszorg en hebben de bevoegdheid tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen laten aantekenen in het BIG-register. Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen blijft toegankelijk voor verpleegkundigen en regieverpleegkundigen volgens het wetsvoorstel.

In het wetsvoorstel staat in artikel 33 dat het voorgestelde deskundigheidsgebied van de verpleegkundige bestaat uit de volgende aspecten:

- a. Stellen van een verpleegkundige diagnose;
- b. Uitvoeren van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, organisatie van zorg, preventie, verpleging en verzorging;
- c. Opstellen, uitvoeren en evalueren van een verpleegplan;
- d. Uitvoeren van handelingen op het gebied van kwaliteitszorg;

In artikel 33b staat dat het voorgestelde deskundigheidsgebied van de regieverpleegkundige bestaat uit de volgende aspecten:

- a. Stellen van een verpleegkundige diagnose;
- b. Initiëren, regisseren en uitvoeren van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, organisatie van zorg, preventie, verpleging en verzorging;
- c. Opstellen, uitvoeren en evalueren van een verpleegplan;
- d. Uitvoeren van handelingen op het gebied van kwaliteitszorg;
- e. Verrichten van voorbehouden handelingen overeenkomstig de opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg, in aansluiting op zijn of haar diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Persoonlijke consequenties

Wat voor consequenties heeft de nieuwe wet voor ieder van ons persoonlijk? Wellicht zit u in hetzelfde schuitje als ik en behoort u niet tot de uitverkorenen die direct ingeschreven kunnen worden in het nieuwe register van regieverpleegkundige. Dan hebben we nog jaren de tijd om af te wegen in welk register we ons willen laten inschrijven en of we een

aanvullende opleiding willen volgen. Zelf merk ik dat deze transitie naar een mbo- en hbo-register allerlei emoties teweegbrengt. En ja, ook boosheid: het gevoel te worden gedegradeerd tot mbo-verpleegkundige. Tellen die 37 jaar werkervaring dan niet mee? De verandering heeft ook gevolgen voor de verhoudingen op de werkvloer: je collega krijgt ineens andere taken en bevoegdheden. Vandaar dat het belangrijk is een persoonlijke afweging te maken. Wil je bijvoorbeeld de mogelijkheid hebben door te stromen naar een vervolgopleiding?

WAT VOOR CONSEQUENTIES HEEFT DE NIEUWE WET VOOR IEDER VAN ONS PERSOONLIJK? WELLICHT ZIT U IN HETZELFDE SCHUITJE ALS IK EN BEHOORT U NIET TOT DE UITVERKORENEN DIE DIRECT INGESCHREVEN KUNNEN WORDEN IN HET NIEUWE REGISTER VAN REGIEVERPLEEGKUNDIGE.



Verkorte opleiding

Leonardo da Vinci had niet de 'Latijnse school' bezocht en omdat hij daardoor het Latijn niet beheerste werd hij in zijn tijd door de geleerden als wetenschapper niet serieus genomen. Opleiding, ofwel je papieren op orde hebben, is nog steeds van belang. De ontwikkelingen in de zorg gaan verder. Gezien die ontwikkelingen en het feit dat alleen werkervaring niet meetelt, adviseer ik degenen die nog langer dan tot 2024 moeten werken, nieuwsgierig te blijven als Leonardo en een verkorte hbo-opleiding Verpleegkunde, of een vervolgopleiding op NLQF-niveau 6 te volgen. Ook met de wetenschap in je achterhoofd dat je dan aantrekkelijker bent op de toekomstige

arbeidsmarkt. Wel vind ik dat ervaren diabetesverpleegkundigen die staan ingeschreven bij onze afdeling Diabeteszorg, in aanmerking zouden moeten komen voor een eenjarige verkorte opleiding, zoals de oncologieverpleegkundigen die nu bij wijze van proef kunnen volgen (zie het Actieprogramma Werken in de Zorg, blz. 35). Net zoals Leonardo hebben veel diabetesverpleegkundigen immers hun talenten ontwikkeld door werkervaring. Ik ben dus een warm pleitbezorger voor een eenjarige verkorte opleiding. Mijn persoonlijke afweging heb ik ondertussen gemaakt. In juli 2022 hoop ik met pensioen te gaan. Dan heb ik meer dan 40 jaar als verpleegkundige gewerkt. «



VAN STANDAARDZORG
NAAR PERSOONSGERICHTE ZORG

De mens

DOOR: CORRINE BRINKMAN, COÖRDINATOR
ONTWIKKELING EN IMPLEMENTATIE
NDF EN MARGREET SANGERS,
COMMUNICATIEADVISEUR A.I. NDF

RICHTLIJNEN EN STANDAARDEN ZIJN ER NIET VOOR NIKS. ZE GARANDEREN DAT IEDEREEN IN NEDERLAND DEZELFDE GOEDE DIABETESZORG KRIJGT. ONGEACHT WAAR DE ZORG WORDT VERLEEND EN DOOR WIE. EN ALTIJD GEBASEERD OP WETENSCHAPPELIJK BEWIJS EN DE MEEST RECENTE INZICHTEN. ER IS ECHTER STEEDS MEER BEHOEFTE OM BINNEN DEZE ALGEMENE KADERS MEER RUIMTE TE HEBBEN VOOR ZORG OP MAAT.

► De zorg voor mensen met diabetes is in Nederland van hoog niveau. Internationaal behoort ons land tot de absolute top. Belangrijke basis onder dat succes is de NDF Zorgstandaard diabetes, de eerste zorgstandaard ooit in Nederland. Deze standaard beschrijft waaraan goede multidisciplinaire diabeteszorg én -preventie, zowel inhoudelijk als procesmatig, moeten voldoen. Gebaseerd op 'evidence-based' richtlijnen. Het diabetesveld stelt in Nederland zelf vast wat goede diabeteszorg is en hoe die multidisciplinair georganiseerd moet zijn. Dat is een enorme prestatie, waar we met recht trots op mogen zijn. Het resultaat? Een gegarandeerde hoge kwaliteit van de diabeteszorg én preventie, overal in ons land.

Beweging

Het succes kent ook een keerzijde. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) zelf waarschuwde al dat de zorgstandaard kan leiden tot standaardzorg. Tenminste wanneer de standaard blind wordt opgevolgd en voor elke patiënt op dezelfde wijze. Diabeteszorg moet geen lijstjes afvinken worden. Elke zorgverlener weet uit eigen ervaring dat standaardzorg niet altijd de beste zorg is. Eenvoudigweg omdat mensen niet standaard zijn. Wat bij de een werkt, werkt bij de ander niet. Mensen met diabetes verschillen. Bijvoorbeeld in de prioriteiten die ze stellen, in hun mogelijkheden tot zelfzorg en in hun behoefte aan ondersteuning.

KOEPELWOORDEN

IN DEZE RUBRIEK 'KOEPELWOORDEN' KRIJGT DE KOEPEL VAN HET DIABETESVELD RUIMTE VOOR THEMA'S UIT DE ACTUALITEIT.



centraal

Tal van factoren spelen daarbij een rol. De 'one-size-fits-all' benadering van standaarden en richtlijnen volstaat niet meer. Er is een beweging gaande naar persoonsgerichte zorg. 'Evidence-based' diabeteszorg blijft nog steeds de solide basis, maar dan met meer ruimte voor zorg op maat.

Juiste behandeling

Bij persoonsgerichte zorg staat de persoon centraal en niet de diabetes. Het gaat niet alleen om de gezondheidsproblemen, maar

ook om de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met de problemen omgaat of wil omgaan. Persoonsgerichte diabeteszorg is gericht op de juiste behandeling en begeleiding voor iedere persoon met diabetes. Passend bij diens persoonlijke situatie op dat moment. En rekening houdend met wensen, mogelijkheden en beperkingen. Zorgen waar het moet, ontzorgen waar het kan. Gezamenlijke besluitvorming is de basis en concrete persoonlijke behandeldoelen het resultaat. ►

Uitgelicht: vragen naar ziekteperceptie

Ziekteperceptie heeft invloed op de wijze waarop iemand omgaat met zijn ziekte en klachten. Maar hoe vraag je een patiënt daarnaar?

- Denkt u dat u klachten van uw diabetes heeft?
- Waarom denkt u dat u de ziekte heeft gekregen?
- Denkt u dat uw diabetes over kan gaan?
- Denkt u dat u zelf invloed op uw diabetes kunt hebben?
- Wat verwacht u van de medicijnen die u voorgeschreven krijgt voor uw diabetes?
- Hoe verwacht u dat uw diabetes uw leven in de toekomst zal beïnvloeden?

In de NHG scholing over het persoonsgerichte diabetesjaargesprek leert u hoe u persoonsgebonden factoren zoals ziekteperceptie, maar ook bijvoorbeeld iemands levensfase, motivatie en voorkeuren, mee kunt wegen in de behandeling.

Vorbereiding patiënt op het jaargesprek

- Welke onderwerpen wil ik bespreken? Waar maak ik me zorgen over? (lichamelijke klachten, psychische klachten, leefstijl, belemmeringen in het dagelijks leven, zorgen om de diabetes of mijn naasten?)
- Wat wil ik veranderen aan mijn gezondheid of behandeling?
- Hoe zou ik dat kunnen doen?
- Welke hulp heb ik daarbij nodig?

Scholing of workshop

Zorgverleners die aan de hand van het NDF gespreksmodel een persoonsgericht diabetesjaargesprek willen voeren, kunnen daarvoor een scholing volgen. Deze scholing is ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), in samenwerking met enkele kaderhuisartsen diabetes en de NDF. Aan de hand van praktijkopdrachten en oefeningen leert u het diabetesjaargesprek zo te voeren

dat de persoon centraal staat en niet alleen de diabetes. Voor de scholing is accreditatie beschikbaar. Behalve een scholing kan ook een workshop georganiseerd worden om de gespreksvaardigheden van zorgverleners te verbeteren.

Meer informatie over de scholing vindt u op www.nhg.org/scholing/nhg-stip-cursus-diabetes-jaargesprek



In gesprek

Persoonsgerichte diabeteszorg betekent in gesprek gaan met je patiënten. Om zorgverleners daarbij te ondersteunen werd het NDF Gespreksmodel ontwikkeld. Dit wetenschappelijk onderbouwde model helpt om in de praktijk van de spreekkamer gestructureerd en concreet vorm te geven aan gezamenlijke besluitvorming en persoonsgerichte diabeteszorg. Het gespreksmodel biedt een 4-stappen-aanpak voor een persoonsgericht diabetesjaargesprek. U vindt het NDF gespreksmodel op: www.diabetesfederatie.nl/ndf-personalizeddiabetescare/ndf-gespreksmodel

PATIËNTERVARING LIJKT EEN
BELANGRIJKE GRAADMETER
VOOR PERSOONSGERICHTE ZORG.
MAAR HOE MEET JE DAT?

Tools

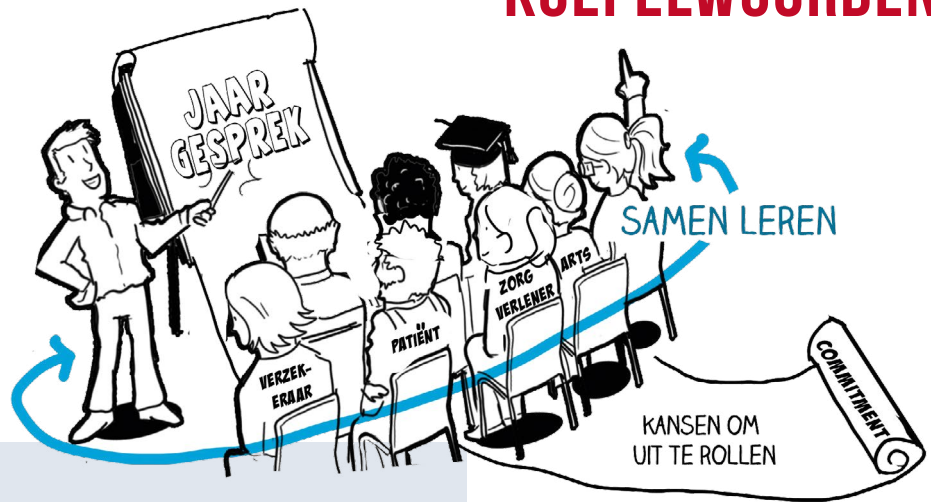
Het NDF Gespreksmodel voor persoonsgerichte diabeteszorg is klaar om landelijk gebruikt te gaan worden. Op www.diabetesfederatie.nl/ndf-personalizeddiabetescare/toolkit-mijn-diabetesjaargesprek staan allerlei handige tools die u helpen om in de praktijk met diabeteszorg op maat aan de slag te gaan. Zoals voorbeeldvragen voor het persoonsgerichte diabetesjaargesprek, een gesprekskaart (voor de patiënt), een wachtkamerposter en een spreekkamerkaart (voor de zorgverlener), die eenvoudig zelf uit te printen zijn.

Meer dan een goed gesprek

Persoonsgerichte diabeteszorg vraagt om een andere inrichting van het consult. Maar persoonsgerichte zorg is meer dan alleen een goed gesprek. Het stopt niet bij het in kaart brengen van de zorgvraag en de behoefte aan ondersteuning. Het moet ook resulteren in een bij het individu passend

zorgaanbod. Het gaat daarbij nadrukkelijk om een inspanning van het totale team. Organisaties moeten zorgverleners en het team faciliteren om op deze wijze zorg te verlenen.

Om organisatiebreed met persoonsgerichte zorg aan de slag te gaan, is een gezamenlijke visie nodig. Wat wordt er binnen de organisatie verstaan onder persoonsgericht werken; wat wil de organisatie bereiken door persoonsgericht te werken en hoe vertaalt zich dat in de consultvoering? Welke bijdrage verwacht de organisatie van patiënten in het zorgproces en hoe ondersteunt de organisatie haar patiënten hierbij? Ook moeten afspraken worden gemaakt over de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken zorgverleners en over de ruimte om waar nodig af te wijken van het protocol. Tenslotte moet duidelijk zijn hoe het persoonsgericht werken gemonitord en geëvalueerd gaat worden.



ORGANISATIESCAN

In Een en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben een organisatiescan ontwikkeld om organisaties (zorggroepen of huisartsenpraktijken) op een praktische en eenvoudige manier te helpen inzicht te krijgen in randvoorwaarden die van belang zijn bij het implementeren van persoonsgerichte zorg. Wellicht ook iets voor uw organisatie? Meer informatie over deze scan kunt u opvragen bij Mariska Smit via: m.smit@ineen.nl.

Omslag vraagt tijd

De NDF spant zich in om persoonsgerichte diabeteszorg een stap verder te brengen. We willen dat het persoonsgerichte diabetesjaargesprek overal in Nederland de standaard wordt. Samen met het diabetesveld en andere belangrijke stakeholders brengen we in kaart wat daarvoor nodig is en helpen we dat te realiseren. Recent organiseerde de NDF een werkconferentie over persoonsgerichte diabeteszorg. Een greep uit de aanbevelingen van de aanwezigen:

- ▶ Het is een kwestie van een lange adem, zo'n omslag vraagt tijd;
- ▶ Zet ambassadeurs in om positieve ervaringen met persoonsgerichte zorg te verspreiden;
- ▶ Begin gewoon en blijf voortdurend leren, aanscherpen en doorontwikkelen;
- ▶ Beschrijf duidelijk de kaders en de noodzakelijk randvoorwaarden;
- ▶ Vind niet opnieuw het wiel uit, maar sluit aan bij wat er al is;
- ▶ Zorg voor scholingsaanbod op maat voor zorgverleners én patiënten. Scholing van patiënten is een voorwaarde voor zelfregie. Waarbij er ook ruimte moet blijven voor patiënten die 'het gewoon aan de dokter over willen laten';
- ▶ Zorg dat de scholing van patiënten en zorgverleners gelijk op blijft lopen, zodat vraag en aanbod op elkaar aansluiten;
- ▶ Denk na over wat je wilt bereiken en hoe je wilt monitoren of je goed bezig bent. Welke kwaliteitsparameters heb je daarvoor nodig? Wellicht zijn dat andere dan tot nu toe gebruikt. Patiëntervaring lijkt een belangrijke graadmeter voor persoonsgerichte zorg. Maar hoe meet je dat? Sluit waar mogelijk aan bij al bestaande gevalideerde methoden;
- ▶ Maak wat je ontwikkelt ook toegankelijk voor andere aandoeningen. Persoonsgerichte zorg moet de basis zijn, ongeacht wat iemands aandoening is;
- ▶ Betrek het sociale domein en zorg dat alles multidisciplinair wordt opgezet;
- ▶ Zet waar mogelijk ICT en e-Health in;
- ▶ Deel implementatietools en deel de opgedane kennis.

Bent u geïnteresseerd in een verslag in woord en beeld van de NDF-werkconferentie?

www.diabetesfederatie.nl/images/2018_Verslag_NDF_Werkconferentie_Persoonsgerichte_diabeteszorg_18_september.pdf «





► THEMA-ARTIKELEN

- 20** Verbetering transitiefase jongeren met type 1: hard nodig
- 26** Eigenzinnige behandelplan
- 32** Pas de deux - bij transitie van eerste en tweede lijn in diabeteszorg

THEMA TRANSITIE

op weg
wankel evenwicht
verbeeldingskracht
ervaringen
brug naar het einddoel

redactie.diabeteszorg@venvn.nl

Verbetering transitiefase jongeren met type 1: hard nodig

GREEP UIT RESULTATEN ONDERZOEK- EN VERBETERPROGRAMMA

DOOR: ANNELOES VAN STAA, LECTOR
TRANSITIES IN ZORG, KENNISCENTRUM
ZORGINNOVATIE, HOGESCHOOL ROTTERDAM
MARIËLLE PEETERS, DOCENT-ONDERZOEKER,
KENNISCENTRUM ZORGINNOVATIE
MADELON BRONNER, SENIOR-ONDERZOEKER,
KENNISCENTRUM ZORGINNOVATIE,
HOGESCHOOL ROTTERDAM
MAARTJE VAN DER SLIKKE,
DOCENTONDERZOEKER, KENNISCENTRUM
ZORGINNOVATIE, HOGESCHOOL ROTTERDAM
EVELIEN DE KRUIF, DOCENT-ONDERZOEKER,
KENNISCENTRUM ZORGINNOVATIE
JEROEN HAVERS, SENIOR-ADVISEUR
PERSOONSGERICHT ZORG, VILANS, UTRECHT

VOOR JONGEREN MET DIABETES TYPE 1 IS HET EEN GROTE UITDAGING OM EEN GOED LEVEN TE COMBINEREN MET DE DIABETESREGULATIE. VAN ALLE LEEFTIJDGROEPEN HEBBEN ADOLESCENTEN DE HOOGSTE GEMIDDELDE HBA1C-WAARDEN. OOK VOOR OUDERS EN ZORGVERLENERS IS DE ADOLESCENTIE EEN LASTIGE PERIODE. ZIJ MOETEN DE REGIE OVER DE BEHANDELING OVERDRAGEN AAN DE JONGEREN ÉN ZORGEN VOOR EEN SOEPELE TRANSITIE VAN DE ZORG NAAR DE INTERNIST. OM OPTIMALE ONDERSTEUNING IN DE TRANSITIEFASE TE BIJDEN IS TUSSEN 2016 EN 2018 HET ONDERZOEK- EN VERBETERPROJECT 'BETERE TRANSITIE BIJ DIABETES' UITGEVOERD.

► De aanleiding voor het project was dat er nog nauwelijks evaluaties van transitieprogramma's zijn in Nederland, waardoor de uitkomsten van transitie in de zorg grotendeels onbekend zijn. Goede transitiezorg is nog lang geen gemeengoed, ook niet in de diabeteszorg. De NDF Zorgstandaard Kinderen benadrukt dat 'een intensivering van de begeleiding en een zorgvuldig en op maat gesneden transitietraject' noodzakelijk is om zorg te dragen voor de juiste ondersteuning van de jongeren en hun ouders in deze fase, waarbij de zorgvraag als uitgangspunt dient (zorgstandaarddiabetes.nl). De ondersteuning moet bestaan uit aandacht voor zelfstandigheid, psychosociale aspecten en een transitieprotocol dat is afgestemd met de interne geneeskunde. Helaas is het bijgevoegde raamwerk voor een transitieprotocol weinig specifiek en ontbreekt in de Zorgstandaard diabetes type 1 Volwassenen volledig de aandacht voor jongeren en transitie in zorg [1]. Vergeleken met de recente richtlijnen van de American Diabetes Association (Peters e.a., 2011) en de NICE Guideline on Transition (2016) staat Nederland dus op achterstand.

Effecten transitiezorg

Binnen 'Betere Transitie bij Diabetes' is onderzoek uitgevoerd om de stand van zaken en de eerste effecten van transitiezorg in Nederland in kaart te brengen. Dat onderzoek is gecombineerd met een verbeterproject waarbij diabetesteams uit de kinder- en volwassenenzorg werden ondersteund bij de realisatie van betere transitiezorg. In het project is nauw samengewerkt met jongeren met diabetes die de diabetesteams op locatie hebben bezocht en tips aan zorgverleners hebben gegeven (Zie Diabetes Pro 2018-2; de Kruijff e.a., 2018). De doelstelling en opzet van 'Betere Transitie bij Diabetes' staat in Box 1. In dit artikel presenteren we een greep uit de resultaten; twee uitgebreidere factsheets zijn te vinden op www.opeigenbenen.nu, op de onderzoekpagina van het project (Bronner e.a., 2017; van Staa e.a., 2018). Het project werd mogelijk gemaakt door FNO en het Diabetesfonds.

Raamwerk Op Eigen Benen

Vijftien ziekenhuizen deden mee aan het verbeterprogramma (Tabel 1);

Box 1 Doelstelling en opzet 'Betere Transitie bij Diabetes'

Optimaliseren van ondersteuning aan jongeren met diabetes type 1 in transitiefase door

► Evaluatieonderzoek van bestaande transitiezorg:

- Quickscan onder zorgverleners en jongeren met diabetes type 1 > overzicht van ervaringen en werkwijzen
- Kwalitatief en kwantitatief onderzoek in 12 ziekenhuizen > kwaliteitsscore van transitiezorg; inzicht in effecten van interventies voor transitiezorg

► Verbeterprogramma in de diabeteszorg in 15 ziekenhuizen:

- Implementeren van evidence-based werkwijzen in transitiezorg

Deelnemende ziekenhuizen en teams

1	Maasstad Ziekenhuis - Rotterdam	
2	Groene Hart Ziekenhuis - Gouda	
3	ZGT - Almelo	
4	Elkerliek Ziekenhuis - Helmond	
5	Langeland Ziekenhuis - Zoetermeer	
6	Antonius Ziekenhuis - Sneek	
7	Rijnstate - Arnhem	
8	Amphia Ziekenhuis	Locaties Breda en Oosterhout
9	Treant	Locaties Emmen en Hoogeveen
10	Alrijne Ziekenhuis	Locaties Leiden en Leiderdorp
11	Spaarne Gasthuis	Locaties Heemstede, Haarlem en Hoofddorp
12	ETZ	Locaties Tweesteden en Elisabeth (Tilburg) en Waalwijk
13	Medisch Centrum Leeuwarden	
14	Deventer Ziekenhuis	
15	St. Jansdal Ziekenhuis - Harderwijk	Deelname beëindigd in december 2017

één ziekenhuis moest na een jaar haar deelname beëindigen wegens personeelstekort. Voorwaarde voor deelname was vertegenwoordiging van het multidisciplinaire team aan kinder- én volwassenenkant. De teams hebben zelf verbeterdoelen geformuleerd aan de hand van het Raamwerk Op Eigen Benen (Figuur 1). Het raamwerk maakt onderscheid tussen interventies die het transitieproces organisatorisch verbeteren (toekomstgericht, coördinatie, continuïteit) en interventies om zelfstandigheid en zelfmanagement van jongeren te versterken (betrokken ouders, zelfmanagement, integrale zorg). Het raamwerk is vergeleken met diverse internationale richtlijnen en bevat alle noodzakelijke elementen (van Staa e.a., in druk). Centraal in het

raamwerk staat de samenwerking van het behandelteam met de jongeren en hun ouders/verzorgers, maar ook de kwaliteit van de multidisciplinaire samenwerking tussen het kinderdiabetesteam en de zorgverleners uit de volwassenenzorg.

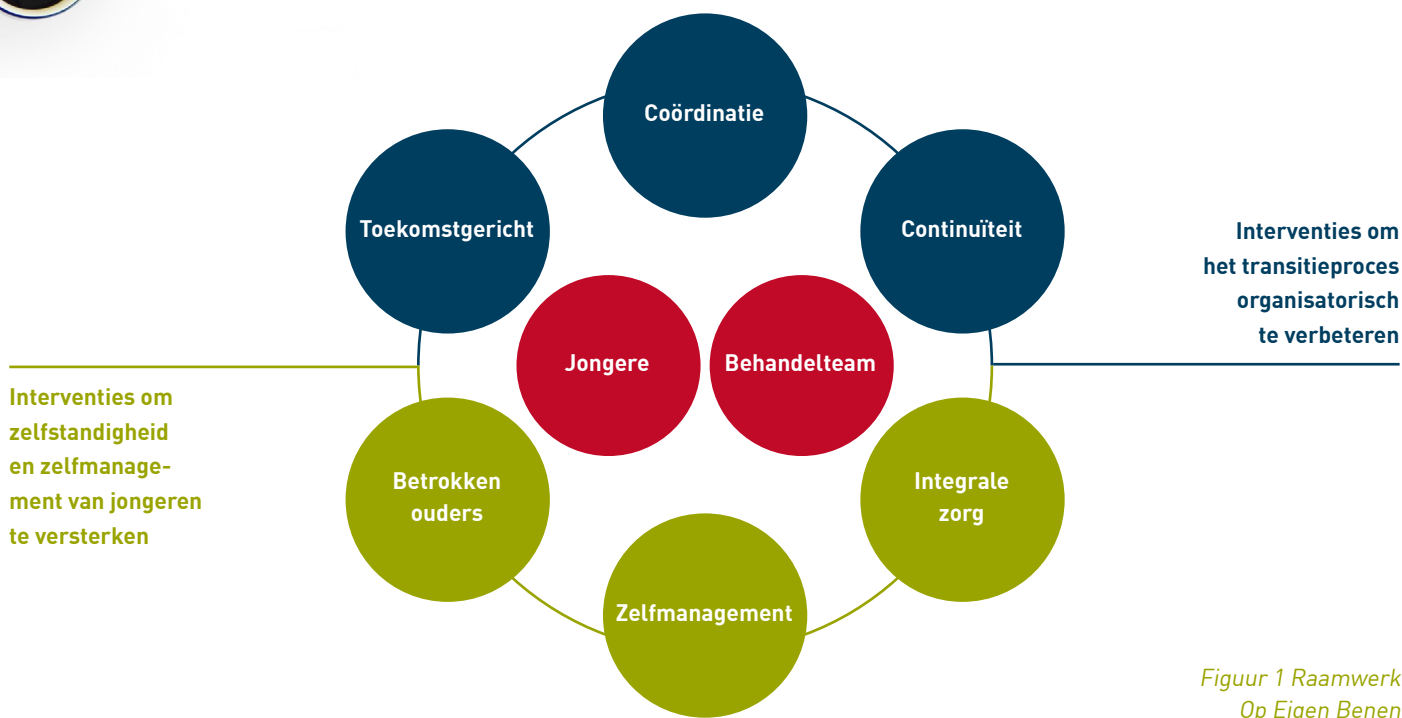
Voor hun verbeteracties konden de teams putten uit de Transitie Toolkit (www.opeigenbenen/professionals/transitie-toolkit), waar voorbeeldinstrumenten en interventiebeschrijvingen beschikbaar zijn. Essentiële interventies voor transitiezorg, zoals aanbevolen in de NICE Guideline, richten zich enerzijds op het realiseren van een soepele transfer en organisatie van de transitie, zoals de transitiepoli (voor een warme overdracht), een jongerenpoli (15-25 jaar), het transitie-MDO (gekoppeld

Tabel 1 Deelnemende ziekenhuizen en teams

aan een transitie- of jongerenpoli) of een transitiecoördinator. Anderzijds zijn ook interventies nodig om de zelfstandigheid en het zelfmanagement van jongeren te bevorderen. Voorbeelden hiervan zijn het individueel transitieplan zoals het nieuwe transitieprogramma Ready Steady Go, een actieplan om jongeren en hun ouders voor te bereiden op transitie en meer autonomie en zelfmanagement, dat binnen het project is aangepast voor gebruik in Nederland (van der Slikke e.a., 2018). Ook interventies zoals jongeren (deels) alleen in de spreekkamer, het monitoren van kwaliteit van leven, het aanbieden van groeps- of themapoli's en een oudercursus als Los Vast (www.diabetesgroeimodel.nl) passen in een integraal transitieprogramma. ►



1.
2.
3.



Figuur 1 Raamwerk Op Eigen Benen

ONDERZOEKSOPZET

Het onderzoek bestond uit twee delen:

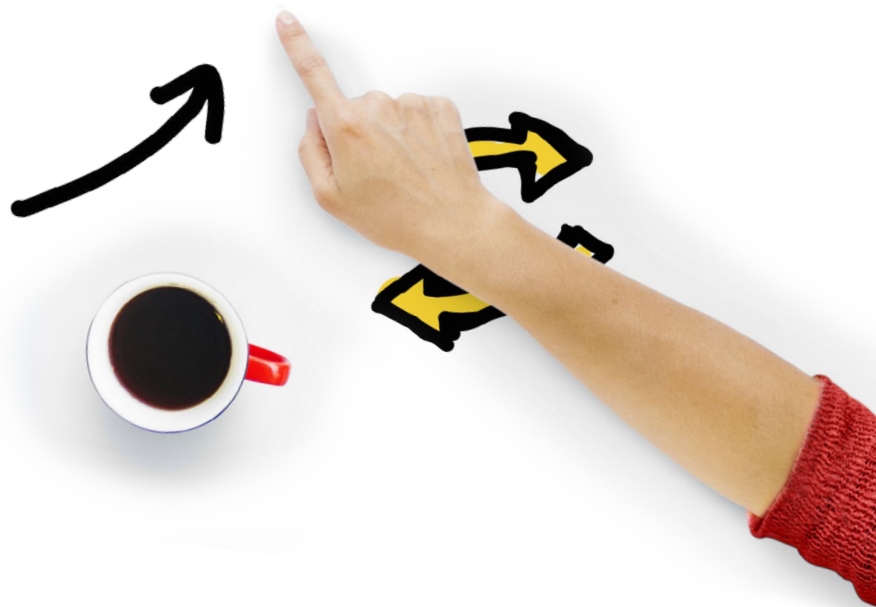
1) Een landelijke quickscan onder zorgverleners in de diabeteszorg om de transitie in de Nederlandse diabeteszorg in kaart te brengen. De oproep werd uitgezet via beroepsverenigingen (EADV, NVK, NIV). Wat zijn de huidige werkwijzen en gebruikte interventies? Wat zien diabetesprofessionals als prioriteiten en knelpunten? Ook onder jongeren met diabetes type 1 is een quickscan uitgevoerd naar hun ervaringen met transitie. Werving ging via DVN en Stichting ééndiabetes.

2) Evaluatie van het proces en de uitkomsten van transitiezorg in de deelnemende ziekenhuizen met een mixed-methods, retrospectief design [Tabel 2].

Oorspronkelijk was de opzet om bestaande transitiepoli's te vergelijken met de 'standaardzorg', maar al spoedig bleek er zo'n variatie in opzet en uitvoering van transitieprogramma's te zijn, dat een andere indeling noodzakelijk was. Op basis van een uitgebreide analyse van de kwalitatieve data (interviews met zorgverleners en observaties van consulten en documenten) verzameld in de eerste 12 ziekenhuizen uit Tabel 1, is een score

voor de kwaliteit van de transitiezorg bij de start van het project vastgesteld. Deze score werd bepaald aan de hand van het Raamwerk (Figuur 1).

In dezelfde ziekenhuizen zijn ook data uit de elektronische patiëntendossiers van jongeren verzameld, twee jaar vóór en twee jaar na hun overstap naar de interne geneeskunde. De volgende patiëntenuitkomsten werden verzameld: aantal consulten, no-show, HbA1c-waarden, eventuele risicofactoren. Dezelfde jongeren zijn ook benaderd voor een online vragenlijst naar hun ervaringen met transitie, hun problemen met diabetes en hun vertrouwen in behandelaars.



Resultaten quickscan

De online vragenlijst voor zorgverleners, werkzaam in de Nederlandse diabeteszorg voor jongeren van 12-25 jaar, is ingevuld door 156 zorgverleners uit 58 verschillende zorginstellingen (Bronner e.a., 2017).

De meesten zijn diabetesverpleegkundigen (63 procent); 32 procent is arts. Ruim 40 procent werkt in de zorg voor volwassenen. Opvallende uitkomsten zijn dat bij de meeste instellingen minder dan 10 jongeren per jaar overstappen en dat 18 jaar meestal de bovengrens is voor een transfer. Het proces van voorbereiding start meestal niet vroeg (rond 16 jaar; een jaar voor de overstap). Een meerderheid (57 procent) geeft aan dat sprake is van een gezamenlijke visie op transitiezorg tussen kinder- en volwassenenzorg; 41 procent van de instellingen heeft een transitieprotocol, maar beiden staan meestal niet op schrift. Respondenten uit een instelling spreken elkaar bovendien regelmatig tegen over de aanwezigheid van interventies voor transitiezorg. De conclusie is dan ook dat de meeste essentiële interventies voor transitiezorg niet of slechts zeer beperkt aanwezig zijn.

Zorgverleners vinden de volgende knelpunten in de transitiezorg het belangrijkste: Problemen met therapietrouw, no-show bij consulten, gebrek aan beleid of een gemeenschappelijke visie tussen kinder- en volwassenenzorg, psychosociale problemen en problemen met zelfstandigheid in de zorg bij jongeren.

Hun voornaamste aanbevelingen zijn:

- 1. Er moet een passende financieringsvorm komen voor transitiezorg;**
- 2. Er moet meer aandacht zijn voor transitiezorg in de opleiding van professionals;**
- 3. Er moet een nationale richtlijn komen voor transitiezorg.**

Dat nog verbetering mogelijk is, werd door de quickscan onder jongeren met diabetes type 1 bevestigd. Van de 384 respondenten hadden 171 de overstap gemaakt. Hun ervaringen in de volwassenenzorg zijn vrij positief, maar slechts 34 procent heeft van tevoren kennisgemaakt met hun nieuwe zorgverleners en voor 38 procent was het onduidelijk wat zij konden verwachten in de volwassenenzorg. Ongeveer een derde geeft aan dat de behandeling en adviezen tussen de kindzorg en volwassenenzorg sterk verschillen; 48 procent zegt dat zij voldoende informatie had gekregen voor de overstap en 55 procent geeft aan te hebben meebeslist over het tijdstip van transfer. Het transitieproces werd beoordeeld met een 6,9 gemiddeld, waarbij een op de zeven jongeren een onvoldoende gaf. ►

ORGANISATORISCHE ASPECTEN ZOALS CONTINUÏTEIT EN COÖRDINATIE VAN TRANSITIEZORG ZIJN HET BESTE GEBORGD, MAAR DE AANDACHT VOOR ZELFMANAGEMENT EN TOEKOMST-GERICHTHEID KAN BETER.

Kwalitatief	Kwantitatief
Intakegesprekken met teams (zowel kinder- als volwassenenzorg) Interviews met 41 zorgverleners	Dossieronderzoek bij jongeren overgestapt tussen 2012-2014: 2 jaar voor en 2 jaar na transfer (n=321)
Observaties van 57 consulten op (transitie) poli's (zowel kinder- als volwassenenzorg)	Vragenlijstonderzoek bij de jongeren uit dossieronderzoek (n=180)

Tabel 2 Onderzoeksmethoden (in 12 ziekenhuizen)



Resultaten in ziekenhuizen

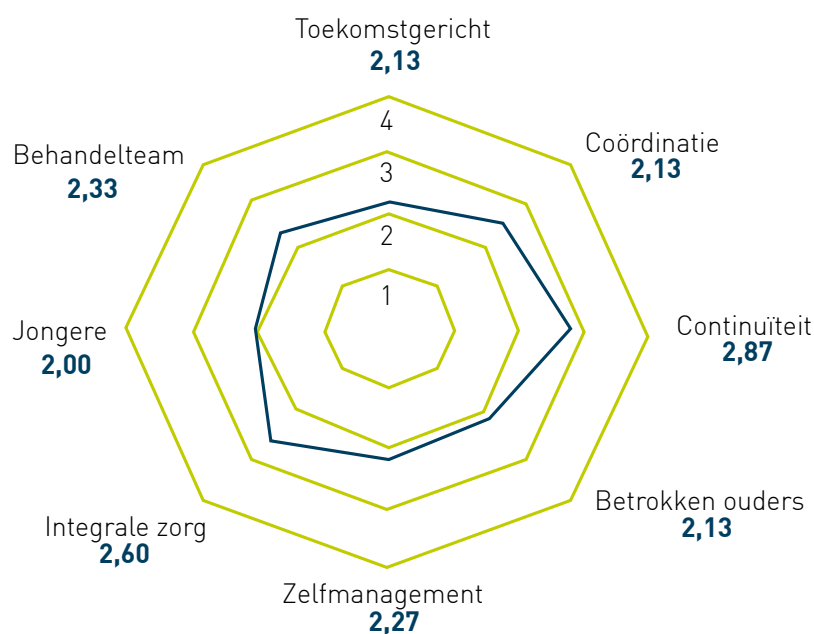
Het onderzoek in 12 instellingen die gemotiveerd waren om hun transitiezorg verder te verbeteren, bevestigde het beeld uit de quickscans (van Staa e.a., 2018). Uit het kwalitatieve onderzoek bleek een enorme variatie in aanpak en opzet van de transitieprogramma's. Binnen de 12 ziekenhuizen werden 15 verschillende transitieroutes onderscheiden. Alleen al daarom is het vrijwel onmogelijk om vast te stellen welke aanpak 'optimaal' is. Wel bleek dat in alle teams nog ruimte is om de zorg in de transitiefase structureel te verbeteren. Organisatorische aspecten zoals continuïteit en coördinatie van transitiezorg zijn het beste geborgd, maar de aandacht voor zelfmanagement en toekomstgerichtheid kan beter. Interventies die hierbij ondersteunen worden nog weinig ingezet. Er wordt wel aandacht besteed aan integrale zorg en psychosociale onderwerpen, maar

dit kan zeker beter. De hoogste prioriteit verdient de thema's 'jongeren partner in zorg maken' en 'aandacht schenken aan de veranderende rol van ouders' [Figuur 2]. Op basis van deze scores die zijn toegekend aan de transitieroutes, zijn deze ingedeeld in twee groepen: in zeven gevallen was er 'meer' en in acht 'minder' systematische aandacht voor transitiezorg.

Eigen inbreng

Honderdtachtig jongeren die 2 tot 5 jaar geleden zijn overgestapt hebben hun tevredenheid en ervaringen gescoord in een online enquête. Het gemiddelde rapportcijfer voor het totale proces rond de overgang is een 7,0 (standaarddeviatie $\pm 1,5$); per instelling varieert het rapportcijfer van een 5,9 tot een 7,8. Een hogere tevredenheidsscore wordt vooral bepaald door goede ontvangst in de volwassenenzorg en als jongeren het gevoel hadden klaar te

Spinnenweb op basis van gemiddelde totaalscores



Figuur 2 Gemiddelde waardering van de acht thema's van het Raamwerk bij 15 diabetesteams in 12 ziekenhuizen (bij start verbeterprogramma): 1=standaardzorg; 4=optimale transitiezorg

zijn voor de overstap. Jongeren zijn niet zeer positief over hun 'voorbereiding op overstap': ook de afstemming over verschillen in werkwijzen en behandeling tussen de kindzorg en volwassenenzorg kan beter. Jongeren zijn het minst tevreden over hun eigen inbreng in het transitieproces. De ervaringen van jongeren zijn vergeleken met de scores voor transitiezorg die wij aan de ziekenhuizen hadden gegeven. De tevredenheid over het totale proces verschilt niet tussen ziekenhuizen die meer of minder aan transitiezorg deden. Er is wel een verschil op het gebied van voorbereiding: jongeren vinden deze beter als er ook daadwerkelijk meer aandacht is voor transitiezorg. Dit komt vooral door een warme overdracht tussen kinder- en volwassenenzorg (transitiepoli; vooraf kennismaken met nieuwe zorgverleners), een interventie die ongeveer 65 procent van de jongeren heeft meegemaakt.

Uit het dossieronderzoek bij 321 jongeren blijkt dat slechts 20 procent van hen in de transitieperiode de streefwaardes voor het HbA1c haalt. Hierbij is geen verschil gevonden tussen de waardes in de kinderen de volwassenenzorg. Wel daalt bij de interne geneeskunde het aantal consulten van gemiddeld 14,2 ($\pm 8,5$) twee jaar voor de transfer naar 11,8 ($\pm 5,9$) in de twee jaar erna. Bovendien worden jongeren met een hoger HbA1c dan de streefwaarde wel vaker gezien in de kindzorg, maar niet in de volwassenenzorg. Terwijl de klinische uitkomsten onverminderd zorgwekkend blijven, neemt het aantal contactmomenten met jongeren dus af. Bovendien neemt het aantal gemiste consulten (no-show) toe. In de volwassenenzorg mist bijna de helft van de jongeren (47 procent) tenminste één consult in twee jaar; bij de kindzorg was dat 36 procent. Overigens is het lastig om inzicht te krijgen in deze kernindicator voor goede transitiezorg: veel ziekenhuizen registreren het aantal gemiste afspraken namelijk niet systematisch. Ook ontbreekt inzicht in de opvolging van jongeren die naar andere ziekenhuizen zijn overgestapt.

Conclusie

Het onderzoek uitgevoerd binnen 'Betere Transitie bij Diabetes' heeft laten zien dat de Nederlandse zorg voor jongeren met diabetes type 1 in de transitiefase op veel essentiële zaken tekortschiet. In het verbeterprogramma hebben jongeren duidelijk aangegeven wat beter kan. Zij hebben een lijst met tips opgesteld en tijdens locatiebezoeken in de ziekenhuizen verteld over hun ervaringen. Daarnaast heeft het jongerenpanel een humoristisch filmpje met 'do's' en 'don'ts' in transitiezorg gemaakt. Dit onderstreept de noodzaak van betere adolescentenzorg. Bekijk de film 'Transitiezorg: Niet zó, maar zó!': www.youtube.com/watch?v=M8u5ekeFjN8.

Voor betere transitie in de zorg zijn intensieve samenwerking tussen kinderen volwassenenzorg en een goede voorbereiding van ouders en jongeren op alle aspecten van de transitie in zorg onmisbaar. De diabetesteams in het verbeterprogramma zijn allemaal voortvarend aan de slag gegaan en hebben verschillende interventies ingevoerd die zich hierop richten. Hun ervaringen zijn terug te vinden op de posterpagina van de conferentie Transitiezorg: Niet zó, maar zó! (opeigenbenen.nu). Veel teams zijn erin geslaagd om in korte tijd hun zorg te verbeteren, maar regelmatig kwamen ze daarbij belemmeringen tegen: gebrek aan passende financiering, personeelstekorten, gebrek aan steun vanuit het management en een lage prioriteit voor transitiezorg bij collega's. Er is een grens aan wat je 'van onderop' kunt bereiken. Daarom is het noodzakelijk dat er een nationale standaard voor transitiezorg komt, waarin de normen voor goede transitiezorg worden vastgelegd (opeigenbenen.nu/tien-punten-programma-betere-transitie-zorg).



Literatuur ►►

- (1)** Bronner, M.B., Peeters, M.A.C., Sattoe, J.N.T., van Staa, A.L. (2017). *Ervaringen met transitiezorg bij jongeren met Diabetes Mellitus Type 1. Fact sheet 1*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie.
- (2)** de Kruijff-Hoek, E., Havers, J., van Staa, A.L. (2018). *Geef jongeren met diabetes type 1 een stem. Ervaringen uit het Jongerenpanel van Betere Transitie bij Diabetes. Diabetes Pro, 2018-2: 26-29*.
- (3)** National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2016). *Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services*. nice.org.uk/guidance/ng43
- (4)** Peters, A., Laffel, L., American Diabetes Association Transitions Working Group (2011). *Diabetes Care for Emerging Adults: Recommendations for Transition From Pediatric to Adult Diabetes Care Systems. Diabetes Care 34(11): 2477-2485*.
- (5)** van der Slikke, M., Bronner, M.B., van Staa, A.L. (2018). *Klaar voor de overstap met READY STEADY GO. Magazine Kinderverpleegkunde, 24 (1): 16-19*.
- (6)** van Staa, A.L., Bronner, M.B., Peeters, M.A.C., van der Slikke, M., de Kruijff, E., Havers, J. (2018). *Betere transitie voor jongeren met Diabetes Mellitus Type 1: Geen luxe maar noodzaak. Rotterdam: Fact sheet 2. Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie*.
- (7)** van Staa, A.L., Peeters, M.A.C., Sattoe, J.N.T. (in druk). *On Your Own Feet: A practical framework for improving transitional care and young people's self-management. In: Betz, C. & Coyne, I.: Transition from Pediatric to Adult Healthcare Services for Young Adults with Long-term Conditions: An International Perspective on Nurses Roles and Interventions. Springer.* ◀◀

Eigenzinnig behandelplan

MET KLEURCODES

DOOR: **STENNEKE STAM** EN **VALERIE BLOK**,
BEIDEN WERKZAAM ALS DIABETES-
VERPLEEGKUNDIGE BIJ DIABETESCENTRUM
ALBERT SCHWEITZER ZIEKENHUIS IN DORDRECHT

OVERVOLLE SPREKUREN MET CONTROLEPATIËNTEN EN GEEN EENDUIDIGE MANIER VAN WERKEN BINNEN HET DIABETESCENTRUM VAN HET ALBERT SCHWEITZER ZIEKENHUIS, DAT HEEFT GELEID TOT EEN EIGENZINNIG BEHANDELPLAN MET KLEURCODES.

► Iedereen kent het wel, overvolle spreekuren met veel herhaalpatiënten, weinig ruimte voor nieuwe patiënten of spoed, en daardoor veel overboekingen en een hoge werkdruk. Om die redenen zijn internisten, diabetesverpleegkundigen, diëtisten en kwaliteitsmedewerkers bij elkaar gaan zitten. Hoe kon de organisatie rondom de patiënt met diabetes worden verbeterd? Optimalisatie van taakherschikking van de internist naar de diabetesverpleegkundige beschouwden we als belangrijkste aandachtspunt, met de nadruk op het waarborgen van kwaliteit en veiligheid voor de patiënt.

Kleurcodes

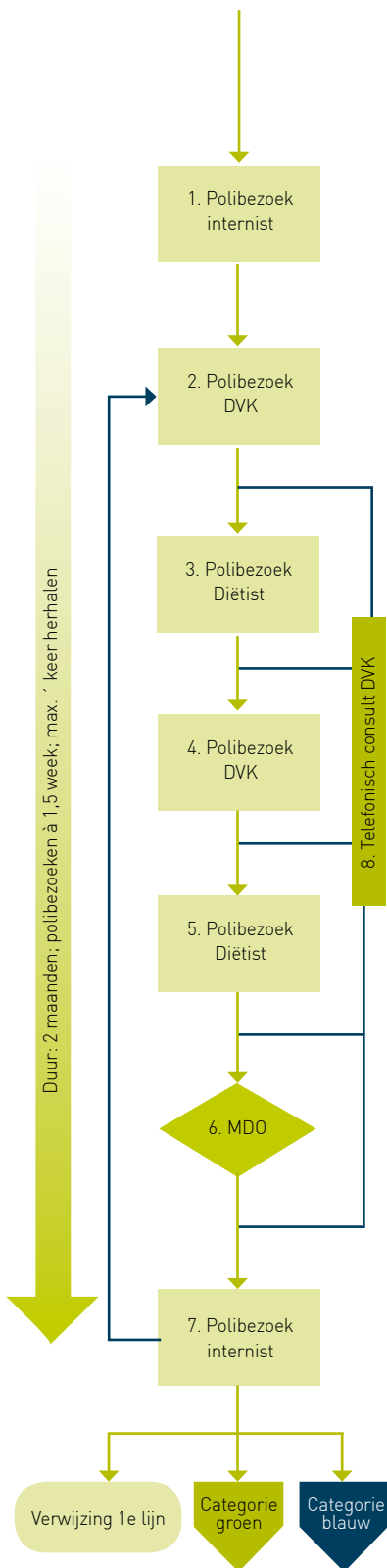
Als diabetesteam zijn we op zoek gegaan naar een eenduidige manier van werken, rekening houdend met de diabetesregulatie, complicaties, comorbiditeit en compliance van de patiënt. En uitgaande van de NDF-standaard(2) en de ZiZo(1), indicatoren om te komen tot een verantwoord beleid. Op basis van al deze gegevens hebben we behandelplannen gemaakt en vastgelegd in processchema's, protocollen en werkinstructies. Per patiëntencategorie en behandelplan kenden we een kleurcode toe. Dit heeft geresulteerd in zeven verschillende kleurcodes waaraan we een behandelplan koppelden.

De kleurcodes staan beknopt beschreven voor:

- **Geel:** nieuwe patiënt binnen het diabetescentrum waarvoor intensieve begeleiding is geïndiceerd.
- **Groen:** goede diabetesregulatie en geen complicaties.
- **Blauw:** stabiele suboptimale diabetesregulatie en/of diabetescomplicaties.
- **Roed:** verslechtering van de diabetesregulatie met verzoek intensieve begeleiding.
- **Paars:** wijziging van de diabetesbehandeling
- **Oranje:** oriëntatie tot start pomptherapie en start pomptherapie
- **Roze:** diabetes en zwangerschap of zwangerschapsdiabetes.

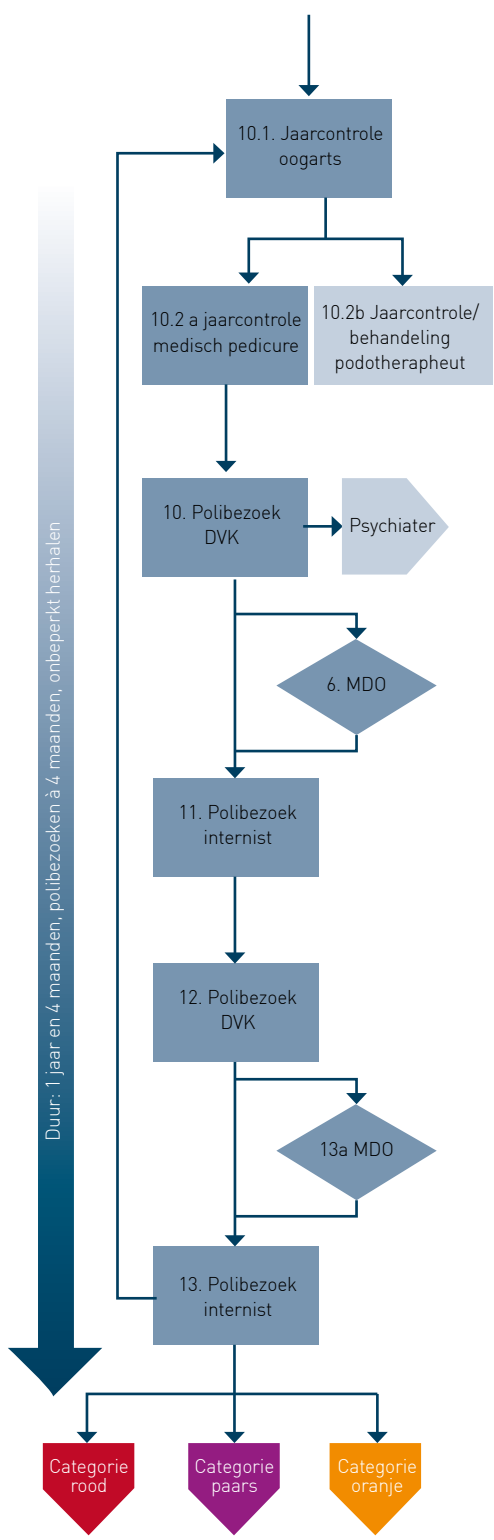
Op basis van de kleurcode is bepaald om de hoeveel tijd de patiënt met diabetes de polikliniek bezoekt, welke behandelaar wordt bezocht en welke verrichtingen hierbij horen.

In de afbeeldingen 1 en 2 worden twee kleurcodes, geel en blauw, uitgelicht. In deze afbeeldingen is duidelijk te zien wie wat doet, welke tijdsduur hieraan is gekoppeld en welke bijbehorende documenten er gebruikt kunnen worden. ►



Afbeelding 1

	Wie	Wat	Bijhorende documenten
1	Internist	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anamnese ▶ Lichamelijk onderzoek ▶ Order; lab, ECG ▶ Order: DVK, diëtiste ▶ Medicatie EVS 	
	Poliassistente	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lengte en gewicht, bloeddruk meten ▶ Evt. ECG+ verrichting invoeren ▶ Afspraken maken en meegeven ▶ Folder meegeven 	▶ WIS DM - taken poliassistente diabetescentrum
2	Diabetesverpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informatie DM ▶ VPK+ Psycho-sociale anamnese ▶ Pen/spuitinstructie ▶ Zelfcontrole + dagboek ▶ Bel/mail/poli afspraak maken ▶ PID uitreiken / aanvullen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prtcl DM- informeren nieuwe patiënt ▶ Prtcl DM- pen- en spuitinstructie ▶ Prtcl DM- instructie zelfcontrole ▶ Prtcl DM- polikl. instellen op insuline ▶ Prtcl DM-aanpassen insuline dosering ▶ Prtcl DM- GLF-1 analogen ▶ WIS PID diabetescentrum
	Diëtiste	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anamnese ▶ Uitleg voeding en DM ▶ Voedingsdagboek ▶ PID aanvullen ▶ Vervolgafpraak maken 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Procedure poliklinische dieetbehandeling diëtist ▶ DM type 1 of 2 met 1 of 2xdaags insuline ▶ DM type 2 met GLP-1 analoog ▶ WIS orale med bij DM
4	Diabetesverpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluatie ▶ Dagboekje doornemen ▶ MDO inplannen ▶ Bel/mailafpraak maken 	▶ Zie processtap 2
5	Diëtiste	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aanvullende uitleg voeding en DM ▶ Voedingsdagboek bespreken ▶ Vervolgafpraak maken indien pat. start met KH tellen 	▶ Zie processtap 3
6	Internist	▶ Beoordelen en/of besluiten over patiëntencategorie	▶ WIS DMO diabetescentrum
	Diabetesverpleegkundige		
	Secretaresse Diabetescentrum	▶ Opzoeken statussen van patiënten voor het MDO	
7	Internist	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervalamanese ▶ Bespreken uitkomst MDO+ nieuwe categorie ▶ Order vervolgafspraken ▶ Verwijzing oogarts ▶ Order lab: pakket jaarco. + routine DM 	
	Poliassistente	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Afspraken maken en meegeven ▶ Evt. recepten meegeven 	▶ WIS DM taken poliassistente diabetescentrum
8	Diabetesverpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dagcurve beoordelen ▶ Evt. medicatie aanpassen ▶ Beoordelen noodzaak extra policonrole bij DVK ▶ Zo nodig overleg specialist ▶ Evt. vervolg belafpraak maken 	▶ Zie processtap 2 + prtcl DM- aanpassen insuline dosering



Afbeelding 2

	Wie	Wat	Bijhorende documenten
10.1	Oogarts	<ul style="list-style-type: none"> Fundusfoto zn aanvullen PID 	
10.2a	Medisch pedicure	<ul style="list-style-type: none"> SIMM's classificatie Bespreken voetzorg Aanvullen PID 	<ul style="list-style-type: none"> WIS DM- voetzorg door de medisch pedicure
	Secretaresse diabetescentrum	<ul style="list-style-type: none"> Evt afspraak maken podotherapeut 	<ul style="list-style-type: none"> WIS DM-taken poliassistent diabetescentrum
10	Diabetesverpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> Jaarcontrole Wegen RR meten Depressiescreening Lab bespreken Dagboekje bespreken Materialen nakijken Zn overleg arts Zn aanmelden MDO Zn aanvullen PID 	<ul style="list-style-type: none"> Prtcl DM-taakdelgatie diabetescentrum Prtcl DM Jaarlijkse controle bij insuline afhankelijke patiënten WIS DM-depressie, screening Prtcl DM-aanpassen insuline dosering Prtcl DM nuchter blijven insuline afh. pat Prtcl DM nuchter blijven tablet afh. pat
	Secretaresse diabetescentrum	<ul style="list-style-type: none"> uitreiken depressie screeningslijst Evt afspraak maken psychiater / CPV 	<ul style="list-style-type: none"> WIS DM taken poliassistent diabetescentrum
11a + 13a	Internist + Diabetesverpleegkundige + Diëtiste	<ul style="list-style-type: none"> Beoordelen en/of besluiten over patiëntencategorie 	<ul style="list-style-type: none"> WIS MDO diabetescentrum
	Secretaresse diabetescentrum	<ul style="list-style-type: none"> opzoeken statussen van patiënten voor het MDO 	<ul style="list-style-type: none"> WIS MD taken poliassistent diabetescentrum
11 + 13	Internist	<ul style="list-style-type: none"> Evaluatie Dagboekje doornemen MDO inplannen Bel/mailafspraken maken 	
	Poliassistent	<ul style="list-style-type: none"> Afspraken DVK en medisch pedicure maken en meegeven Evt. recepten meegeven Lab formulieren meegeven + uitleg 	<ul style="list-style-type: none"> WIS taken poliassistent diabetescentrum
10	Diabetesverpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> Wegen RR meten Lab bespreken Dagboekje bespreken Zn overleg arts Zn aanmelden MDO Zn aanvullen PID 	<ul style="list-style-type: none"> Protocol taakdelgatie diabetescentrum
	Secretaresse Diabetescentrum	<ul style="list-style-type: none"> Afspraak internist maken 	<ul style="list-style-type: none"> WIS taken poliassistent diabetescentrum

► Pakketten

- Uitwisselen beelden / brieven
- Endocrinologie
 - Diabetes code blauw
 - Diabetes code blauw POMP
 - Diabetes code geel
 - Diabetes code groen
 - Diabetes code groen POMP
 - Diabetes code oranje
 - Diabetes code paars
 - Diabetes code rood
 - Diabetes code roze

Afbeelding 3

► Diabetes code geel

- Labelaanvr routine DM geel vpk
- Labelaanvr routine DM geel arts hp
- Afspraak nieuwe patient GEEL
- Herhaalbezoek GEEL
- Telefonische afspraak GEEL
- NP GEEL vpk
- HP GEEL vpk
- Telefonische afspraak
- Bezoek Medische Pedicure
- Bezoek Podotherapeut
- Consult Diëtetiek
- Diabetes bespreking

Afbeelding 4

Multidisciplinair overleg

Evaluatie van de begeleiding van een kleurcode na een intensief traject, zoals bij de code rood, paars, geel en oranje, planden we na afronding van het gehele traject in het multidisciplinair overleg (MDO) in. Het resultaat van de begeleiding meten we onder andere aan het resultaat van het Hba1c, het verminderen van hypoglykemie of de verbetering van kwaliteit van leven. De behandelaars bepalen ook of het behandelgoal is behaald en of een patiënt van een kleurcode met intensieve begeleiding over kan naar een minder intensieve begeleiding, zoals afgesproken binnen een code groen of blauw. Verder spraken we in de werkinstructie af dat we afwijkende bevindingen, zoals een te hoge bloeddruk of afwijkende bloedsuikerslagen vanuit code groen en blauw, op het eerstvolgende MDO inbrengen.

Implementatie

Binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis werken we met het softwareprogramma/elektronische patiëntendossier; HIX. In HIX kunnen behandelaars orders (opdrachten) uitzetten voor bijvoorbeeld laboratoriumaanvragen, afspraken, röntgenonderzoeken of andere verrichtingen. Om ervoor te zorgen dat we het behandelplan zo optimaal mogelijk gebruiken, zijn in HIX de kleurcodes in de orders ingebouwd [Afbeeldingen 3 & 4]. Aan elke kleurcode zijn diverse orders verbonden, zodat we één pakket kunnen aanvragen. Dit is efficiënt voor het gebruik en overzichtelijk voor het gehele behandelteam.

Meer werkvreugde

Zoals we eerder benoemden in dit artikel, is gekeken naar optimalisatie van de taakherschikking van internist naar diabetesverpleegkundige. In het behandelplan duiden we dit aan als taakdelegatie. In de taakdelegatie neemt de diabetesverpleegkundige een gedeelte van de taken van de internist over. Hierbij kun je denken aan onder andere controle van routinebloedonderzoek, het meten van de bloeddruk en gewicht, en het uitschrijven van (herhaal)recepten voor diabetesmedicatie. De internist is en blijft de hoofdbehandelaar, maar de diabetesverpleegkundige heeft een prominentere rol gekregen in het behandelplan. In het verleden was het vaak zo dat de diabetesverpleegkundige alleen werd ingezet voor een jaarlijkse controle, als het niet goed ging met de patiënt, bij een nieuwe patiënt of als de patiënt specifieke vragen had voor de diabetesverpleegkundige.

Met het nieuwe behandelplan is de diabetesverpleegkundige standaard betrokken bij de zorg van (bijna) alle diabetespatiënten die onder behandeling zijn in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Door deze delegatie van werk en verantwoordelijkheden is de functie van diabetesverpleegkundige zwaarder geworden, maar daardoor zeker ook uitdagender. Dit zorgt voor meer werkvreugde bij de diabetesverpleegkundigen. ►





Intensief behandelplan: Rood

U volgt het intensieve behandelplan Rood als de diabetes plotseling minder goed onder controle is. U krijgt extra begeleiding en hulp om te leren hoe u het beste met uw ziekte of de medicijnen om moet gaan.

U komt één keer per drie maanden bij de internist en om de 3-4 weken bij de diabetesverpleegkundige. Daarnaast heeft u wekelijks telefonisch- of e-mailcontact met de diabetesverpleegkundige. Als er voedingsgerelateerde problemen zijn gaat u minimaal twee keer naar de diëtiste. Soms is er één afspraak waarbij u tegelijk met de diëtiste en de diabetesverpleegkundige spreekt.

Afbeelding 5 informatie over een behandelplan, zoals dat in een patiënten-informatiedossier vermeld staat.

Informereren van de patiënt

Belangrijk is dat patiënten goed zijn geïnformeerd over de werkwijze van het diabetescentrum. Die informatievoorziening gebeurt op verschillende manieren: mondeling, schriftelijk en digitaal. Digitaal gaat het via het EPD zoals hierboven beschreven (onder implementatie). Het EPD is zo ingericht dat patiënten digitaal hun eigen dossier kunnen inzien. Zo kunnen patiënten zelf nalezen welke kleurcode ze hebben gekregen. Tijdens het polibezoek vertelt de behandelaar welke kleurcode de patiënten heeft.

Voor verdere informatie kunnen patiënten de folder 'behandelplannen bij het diabetescentrum' lezen. Deze folder hebben we bij de start van de behandelplannen in 2014 naar al onze patiënten opgestuurd. Aan nieuwe patiënten geven we de informatie over de behandelplannen in de vorm van een patiënten-informatiedossier (PID). In het PID staat naast de informatie over alle behandelplannen [Afbeelding 5] ook informatie over de bereikbaarheid, het ziektebeeld diabetes, de betrokken disciplines en de behandelmethodes.

DOOR DELEGATIE VAN WERK EN VERANTWOORDELIJKHEDEN IS DE FUNCTIE VAN DIABETESVERPLEEGKUNDIGE ZWAARDER GEWORDEN, MAAR ZEKER OOK UITDAGENDER. DIT ZORGT VOOR MEER WERKvreugDE BIJ DIABETESVERPLEEGKUNDIGEN.

Wat levert het op?

Mogelijk wel de belangrijkste vraag; wat levert het behandelprogramma op voor zowel de patiënt als de behandelaars? Om deze vraag te beantwoorden hebben we de voordelen, maar ook de nadelen van werken met het behandelprogramma op een rij gezet.

Voordelen

- ▶ **Structuur:** zowel patiënten als behandelaars weten waar zij aan toe zijn. Dit voorkomt dat patiënten tussentijds extra afspraken gaan maken, of dat er (zoals in verleden) patiënten op dezelfde dag worden gezien door de internist én de diabetesverpleegkundige. Dit zorgt voor onnodige overlapping in consulten.
- ▶ **Continuïteit:** patiënten worden zoveel mogelijk aan dezelfde internist en diabetesverpleegkundige gekoppeld, zodat behandelaars en patiënten met een chronische ziekte als diabetes elkaar door de behandelrelatie beter leren kennen. Dit bevordert meer begrip, met name psychosociale problemen worden sneller herkend.
- ▶ **Flexibiliteit:** als het niet goed gaat met een patiënt kan op korte termijn en in een kort tijdsbestek worden getracht verbeteringen van de diabetesregulatie te bewerkstelligen. De periodes van intensievere begeleiding zijn duidelijk afgebakend.

Diabetescentrum



Diabetesteam van Diabetescentrum Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht

- ▶ **Expertise:** de patiënt wordt afwisselend door de internist en diabetesverpleegkundige gezien. Beiden kijken binnen hun eigen expertise naar andere zaken binnen de behandeling van de patiënt. Dit wordt medebepaald door het verschil in tijdsduur van het consult. De internist heeft een consultduur van tien minuten, de diabetesverpleegkundige heeft dertig minuten. Daardoor komen onderwerpen die van invloed zijn op de diabetesregulatie als depressie en seksualiteit tijdens de uitgebreide consulten meer aan de orde. Door het om en om zien van de patiënt ontstaat jaarlijks een goed beeld van hoe het gaat met de patiënt.
- ▶ **Tijdsduur:** door taakverschuiving is er een afname van de herhaalfactor binnen de spreekuren van de internist waardoor in de spreekuren van de internist de wachttijd voor nieuwe patiënten korter is en er meer nieuwe patiënten gezien kunnen worden.

Nadelen

Nadeel van het protocollair werken (zoals vaak bij protocollair werken) is het alert blijven op een eventueel rigide wijze van werken. Niet alleen binnen de kaders blijven denken maar zo nodig ook kunnen afwijken van de standaard of het protocol.

Daarnaast kun je (uiteraard) niet alle patiënten categoriseren. Denk bijvoorbeeld aan de patiënten die participeren in een studie, patiënten die dialyseren of patiënten die door complicaties of bijkomende ziektebeelden regelmatig de internist moeten zien. Die patiënten hebben we een virtuele kleurcode gegeven: wit.

Evaluatie

Elk plan dat wordt geïmplementeerd, moet worden geëvalueerd en bij voorkeur regelmatig worden herzien/aangepast. Dit om te voorkomen dat het doel niet wordt bereikt of dat er een terugval is. Ook is het belangrijk dat het overzicht actueel blijft en dat de nieuwe ontwikkelingen worden meegenomen in het plan. Zodoende worden de kleurcodes met enige regelmaat herzien en zijn in de loop van de tijd ook nieuwe kleurcodes ontwikkeld. Een voorbeeld daarvan is de kleurcode oranje. Door de nieuwe kwaliteitscriteria van de NDF [3] voor de pomptherapie en het opzetten van het pompexpertisecentrum binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis hebben we de kleurcode oranje geëvalueerd, aangepast en geïmplementeerd. Met continue evaluatie willen we ervoor zorgen dat de kwaliteit en veiligheid voor de patiënt gewaarborgd blijft en de doelmatigheid zo optimaal mogelijk blijft.

Literatuur ►►

- Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014. Kwaliteitsindicatoren 2014 [Internet]. www.igj.nl/documenten/indicatorensets/2013/07/01/basiset-kwaliteitsindicatoren-ziekenhuizen-2014
- Nederlandse Diabetes Federatie, 2017. ZorgstandaardDiabetes.nl [Internet]. www.zorgstandaarddiabetes.nl/
- Nederlandse Diabetes Federatie, 2015. Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet insulinepomptherapie en hulpmiddelen [Internet]. www.diabetesfederatie.nl/images/Consensusdocument_insulinepomptherapie_April_2015.pdf ◀◀

Pas de deux

BIJ TRANSITIE VAN EERSTE EN TWEDE LIJN IN DIABETESZORG

DOOR: ROELF HOLTROP,
HUISARTS EN DIABETESADVISEUR ZORGGROEP
MEDICAMUS NOORD-WEST VELUWE

TRANSITIE BIJ DIABETES TYPE 2 KOMT IN DE PRAKTIJK NEER OP TRANSMURALE DIABETESZORG. HIERBIJ TREEDT VOOR DE DIABETESPATIËNT EEN WISSELING OP VAN ZORGVERLENER. DIT KAN TIJDELIJK ZIJN, VANUIT EEN SPECIFIEKE HULPVRAAG, OF VAN LANGERE DUUR. DE WISSELING IN ZORGVERLENERS KAN OPTREDEN VAN EERSTELIJS NAAR TWEDELIJS DIABETESZORG OF OMGEKEERD. AAN DE WISSELING EN TERUGVERWIJZING ZIJN VOOR EEN GOED VERLOOP VAN DE TRANSMURALE TRANSITIE EEN AANTAL RANDVOORWAARDEN VERBODEN. IN DIT ARTIKEL KIJKEN WE NAAR VERSCHILLENDE HULPVRAGEN DIE ZICH LENEN VOOR TRANSMURALE ZORG BIJ DIABETES TYPE 2.

► In Nederland wordt ongeveer 85 procent van de patiënten met diabetes type 2 behandeld in de eerste lijn. De totale omvang van de populatie van mensen met diabetes is nog steeds groeiend, tot ruim 1,2 miljoen op dit moment. Diabetes type 2 is een progressieve ziekte, waarbij door insulineresistentie en progressief verlies van bètacelfunctie met toenemende ziekte-duur steeds intensievere bloedglucose-verlagende behandeling nodig is.

In Nederland is de eerstelijnsdiabeteszorg georganiseerd als ketenzorg. In het algemeen is bij de ketenzorg-DBC's de specialistische tweedelijnszorg voor patiënten met diabetes type 2 niet opgenomen. Dit wordt veelal gezien als een gemiste kans voor effectieve ketenzorg. Om hierin tegemoet te komen is in 2012 door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in samenspraak met de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) een 'Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Diabetes Mellitus type 2' ontwikkeld. Deze Landelijke Transmurale Afspraak geeft aanbevelingen voor het doorverwijs- en terugverwijsbeleid tussen eerste lijn en tweede lijn (LTA, 2012). Mede vanwege de heterogeniteit van het ziektebeeld en vanwege regionale verschillen, is het belangrijk hierover regionaal eenduidige werkafspraken te maken en regelmatig te evalueren.

Toename complexe diabeteszorg

Zowel vanuit de eerste als de tweede lijn groeide in de afgelopen jaren de behoefte tot intensievere samenwerking op het gebied van zorg rond diabetes type 2. Internisten zagen een dusdanige toename van diabetespatiënten dat reguliere endocrinologische poli-sprekuren (inclusief vasculaire, metabolisme en obesitassprekuren), wat capaciteit betreft, de patiënten niet meer konden opvangen. Ook zorgde vergrijzing met geassocieerde co-morbiditeit voor een toename aan complexe diabeteszorg. Door vergrijzing leven mensen langer met hun diabetesziekte, waarbij ook vaker complicaties worden gezien. In de eerste lijn nam in de laatste tien jaar de expertise en het organisatieniveau voor de diabeteszorg dusdanig toe dat ook intensievere diabetesbehandeling

vol vertrouwen door huisarts en praktijkondersteuner werden opgepikt. Ook het wederzijds vertrouwen tussen eerste en tweede lijn rond diabeteszorg nam toe. Zo ontstonden her en der in het land initiatieven voor samenwerking tussen huisarts/praktijkondersteuner en internist. De keten als netwerk, transmurale afspraken, transitie vice versa, anderhalvelijns zorg. Allemaal voorbeelden van samenwerking tussen de lijnen. Doel was hierbij het optimaliseren van de diabeteszorg, in het belang van de patiënt. Voor de tijdelijke verwijzing naar de internist zijn verschillende indicaties te onderscheiden die allen onder transmurale diabeteszorg te rangschikken zijn (zie Tabel 1). In de hierna volgende beschouwing wordt vanuit transmurale perspectief kort bij de verschillende verwijzingsindicaties stil gestaan.

- Diabetes type 2 met onzekerheid omtrent de diagnose
- Diabetes type 2 bij vrouwen met zwangerschapswens
- Diabetes type 2 met complexe zorg door intensivering van diabetesbehandeling
- Diabetes type 2 met complexe zorg door co-morbiditeit
- Diabetes type 2 met complexe zorg door diabetes gerelateerde complicaties
- Diabetes type 2 en frequente glykemische ontregeling (ernstige hypoglykemie/hyperglykemie)
- Diabetes type 2 met verzoek tot indiceren voor nieuwe therapie (GLP-1-analogen)

Tabel 1: indicaties voor de huisarts/praktijkondersteuner om patiënten met diabetes type 2 voor transmurale zorg naar de internist te verwijzen.



Onzekerheid over diagnose

Waarschijnlijk wordt bij vijf tot tien procent van de patiënten ten onrechte de diagnose diabetes type 2 gesteld. Soms wordt over het hoofd gezien dat diabetes type 1 ook op latere leeftijd kan ontstaan, evenals daarop lijkende auto-immuun vormen van diabetes mellitus, zoals LADA. Voor het ontdekken van andere vormen van diabetes zoals MODY ontbreekt soms het overzicht in familieanamnese of bijkomende ziektekenmerken. Therapieresistentie op ingestelde behandeling volgens het stappenplan van de NHG-Standaard, ziekteprogressie of het ontbreken van de passende 'metabole' habitus doen dan twijfel rijzen aan de diagnose diabetes type 2. Auto-immuun-diabetes valt na detectie voor verdere begeleiding onder de verantwoordelijkheid van de internist.

Diabetes bij zwangerschapswens

Vrouwen met diabetes type 2 en een zwangerschapswens dienen voor de conceptie verwezen te worden naar de internist om een zo optimaal mogelijke diabetesregulatie rond het moment van zwanger worden te creëren en om de kans op congenitale afwijkingen te minimaliseren. Soms moet de medicatie voor diabetes en de bijkomende problematiek (antihypertensiva) worden aangepast om teratogene invloeden voor de ongeboren baby te beperken. Voor de

huisarts en praktijkondersteuner is het van belang om bij de controles bij vrouwen met diabetes type 2 in de vruchtbare levensfase regelmatig te informeren naar een zwangerschapswens in de nabije toekomst. De internist draagt na de zwangerschap vrouwen met diabetes gravidarum over aan de huisarts voor aansluitende screening op het ontwikkelen van diabetes type 2 in de eerste jaren na de zwangerschap. Ook hierbij is een goede overdracht van de tweede naar de eerste lijn van belang, gevolgd door opname door de huisarts in een adequaat functionerend oproepsysteem.

Intensivering van behandeling

Een niet onbelangrijk probleem kan worden gevormd door de accentverschillen tussen de laatste versies van de NHG-standaard diabetes type 2 (2018, vierde herziening) en de richtlijn van de NIV. Aanvankelijk werd door internisten wel geopperd dat de doelgroep voor behandel mogelijkheden zoals DPP-4-remmers of SGLT-2-remmers niet de patiënten waren die zij op het spreekuur zagen. De meest recente herziening van stappenplan voor behandeling van diabetes type 2 van het NHG blijft erg terughoudend met advies voor inzetten van de nieuwere middelen. Pas als derde stap (na metformine en SU-derivaat), onder individuele behandeling op maat wordt als het niet anders kan (en

met name insuline geen reële optie vormt) een eventuele proefbehandeling met DPP-4-remmers geadviseerd. SGLT-2-remmers krijgen ondanks dat ze veelbelovend zijn, in verband met het ontbreken van lang termijn studies en kosten, nog geen plaats. Hoewel de recente NIV-richtlijn in grote lijnen het medicatiebeleid van de NHG-standaard onderschrijft, is deze toch wat minder terughoudend met het inzetten van een proefbehandeling met DPP-4-remmers en SGLT-2-remmers, mitst strikte evaluatie van het effect plaatsvindt. Ook ten aanzien van insulinothérapie blijft de NHG-richtlijn behoudender dan de NIV-richtlijn door vast te houden aan NPH-insuline als eerste keus. Hoe dient men binnen transmurale diabeteszorg met deze accentverschillen om te gaan? Ontstaan er problemen wanneer de internist bij een patiënt een behandeloptie introduceert die niet door de NHG-standaard wordt ondersteund en waarmee in de eerste lijn weinig ervaring is? Bij voortzetting van de diabetesbehandeling in de eerste lijn is het van belang dat de huisarts en praktijkondersteuner vertrouwd zijn met de behandelopties die de internist vanuit transmurale advies voorstelt. Via nascholing vanuit transmurale perspectief door de internist, diabetesverpleegkundige en kaderarts kan afstemming over lokale behandelprotocollen en overeenstemming over de inzet van nieuwe middelen ►

worden bereikt. Hierdoor kan de expertise in het eerstelijns diabetesteam op het niveau blijven, voor de internist vormt dat een randvoorwaarde voor de terugverwijzing naar de huisarts. Ook casuïstiekbesprekingen kunnen het wederzijds begrip tussen de eerste en tweede lijn bevorderen.

Co-morbiditeit

Veel patiënten hebben niet alleen diabetes type 2, maar tevens belangrijke co-morbiditeit. Mensen met oncologische aandoeningen, hart- en vaatziekten, chronische longziekten, geriatrische syndromen waaronder cognitieve functiestoornissen vormen de belangrijkste patiëntencategorieën. Vaak zijn hierbij artsen uit verschillende disciplines betrokken. De behandeling voor co-morbide aandoeningen kan interfereren met de diabetesbehandeling. Als voorbeeld kan de indicatie voor behandeling met corticosteroiden gelden (voor COPD, polymyalgia reumatica, oncologische

indicaties, gastro-intestinale ziekten zoals inflammatoire darmziekten), die tot een hyperglykemische ontregeling van diabetes type 2 kan leiden. Veel van deze patiënten zijn voor hun diabetesbehandeling onder controle in de eerstelijns (huisarts en praktijkondersteuner). Intramuraal werkende specialisten die verantwoordelijk zijn voor de behandeling van de co-morbide aandoeningen zullen bij implicaties voor de diabetesbehandeling het liefst, via een intercollegiaal consult, voor deze patiëntengroep een appel doen op de internist-endocrinoloog en de diabetesverpleegkundige. Deze hebben meestal geen informatie over de diabetesbehandeling die tot dat moment in de eerste lijn plaatsvond. Dit stelt eisen aan een goede overdracht tussen eerste en tweede lijn en duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden tussen de betrokken zorgverleners.

Diabetesgerelateerde complicaties

Bij belangrijke diabetesgerelateerde co-morbiditeit wordt de diabetesbehandeling niet zelden voor korte of langere tijd overgedragen aan de tweede lijn. Wanneer, al dan niet met intensivering van diabetesbehandeling, een aanvaardbare glykemische instelling wordt bereikt

en ook de overige risicofactoren op streefwaarde zijn, kan de internist besluiten om de diabetesbehandeling van een patiënt weer aan de huisarts en praktijkondersteuner over te laten. Belangrijke diabetesgerelateerde complicaties waarbij dit kan optreden zijn: macrovasculaire complicaties als myocardinfarct en cva, diabetische voetproblematiek, verslechtering van de nierfunctie en progressie van diabetische retinopathie.

Frequente ontregeling

Wanneer frequente ernstige diabetische ontregeling plaatsvindt die contact met huisartsenpost of spoedeisende hulp noodzakelijk maakt, wordt vanuit de eerste lijn vaker, via transmurale weg, een appel tot meedenken en advies aan de tweede lijn gedaan. Frequent hypo's kunnen onderzoek naar autonome neuropathie, hypo unawareness nodig maken. Ook kan herbezinning op de gehanteerde streefwaarde (HbA1c) nodig zijn of kan het advies zijn om middelen die tot hypoglykemie aanleiding geven uit het behandelplan weg te halen. Recidiverende hyperglykemische ontregeling kan leiden tot een advies over intensivering van diabetesbehandeling.



Indicatiestelling

Tot voor kort was een van de voorwaarden voor vergoeding uit het basispakket zorgverzekering van GLP-1 analogen dat het eerste voorschrift door een internist werd verstrekt. Meestal ging de indicatiestelling vergezeld van specifieke educatie rond het gebruik van een GLP-1 analoog. In de recente NHG-standaard wordt deze voorwaarde niet meer expliciet geformuleerd. GLP-1 therapie kan in de eerste lijn worden opgestart als behandeling met insuline niet mogelijk is of op bezwaren stuit. Een voorwaarde is wel dat het HbA1c maximaal 15mmol/mol boven de streefwaarde ligt.

Conclusie

Diabetes type 2 is een progressieve ziekte, waarvoor vaak intensivering van bloedglucoseverlagende behandeling nodig is. Daarnaast zorgen co-morbide aandoeningen en diabetesgerelateerde complicaties geregeld voor het ontstaan van complexe diabeteszorg. Hierbij zijn meestal diverse medische disciplines betrokken. Transmuraal georganiseerde diabeteszorg biedt zowel voor de huisarts/praktijkondersteuner als de internist een makkelijk toegankelijke zorgvorm die de patiënt ten goede komt, zonder dat de diabeteszorg door de huisarts uit handen gegeven hoeft te worden of spreekuren van de internist structureel overbelast raken.

Gebruikte literatuur

Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Diabetes Mellitus type 2 (2012) www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/diabetes_mellitus_type_2.pdf

NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2 (vierde herziening, 2018) www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-diabetes-mellitus-type-2

Diabetes Mellitus type 2 in de tweede lijn. (2018) www.richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes_mellitus_type_2_in_de_tweede_lijn/startpagina_bij_dm2_in_de_tweede_lijn.html

OOK CASUÏSTIEKBESPREKINGEN KUNNEN HET WEDERZIJDIG BEGRIIP TUSSEN DE EERSTE EN TWEEDE LIJN BEVORDEREN.

VOORWAARDEN VOOR VERANTWOORDE TRANSMURALE ZORG VOOR DIABETES TYPE 2

Redenen om weer terug te verwijzen naar de huisarts:

- ▶ Als de vraag van de huisarts is beantwoord (diagnostiek; behalen van gestelde/meest haalbare streefwaarden voor bloeddruk, glykemische instelling, lipiden);
- ▶ Als complicaties en comorbiditeit optimaal zijn behandeld; na zwangerschap mits geen nieuwe zwangerschapswens op korte termijn;
- ▶ Indien sprake is van een terminale levensfase;
- ▶ Bij (uitdrukkelijke) voorkeur of wens van de patiënt, tenzij er omstandigheden of patiëntkenmerken aanwezig zijn die maken dat de vereiste zorg niet in de eerste lijn kan worden geleverd.

Redenen om niet terug te verwijzen naar de huisarts:

Specifieke omstandigheden en patiëntkenmerken kunnen redenen zijn de patiënt niet terug te verwijzen naar de huisarts, omdat in de eerste-lijn de vereiste zorg niet geleverd kan worden.

- ▶ Als in de huisartspraktijk niet wordt voldaan aan de randvoorwaarden voor het leveren van adequate eerstelijnsdiabeteszorg: protocollaire opzet; sluitend afspraak- en oproepsysteem; registratie in het Huisarts Informatie Systeem en Ketenzorg Informatie Systeem; structurele samenwerking met praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige, diëtist en internist/kaderhuisarts; afstemming van de zorg met andere hulpverleners, zoals internist-nefroloog, podotherapeut en andere leden van het voetenteam en apotheker. bij behandeling met insulinepomp en/of continue glucosesensor; bij progressieve (micro)albuminurie of progressieve achteruitgang van de nierfunctie of bij eGFR <30 ml/min/1,73m²; bij proliferatieve retinopathie in het afgelopen jaar in combinatie met ontregeling diabetes; bij cardiovasculaire gebeurtenis in het afgelopen jaar in combinatie met ontregeling diabetes; bij diabetisch ulcus in het afgelopen jaar in combinatie met ontregeling diabetes; bij ernstige comorbiditeit, waarvoor behandeling van de internist noodzakelijk blijft;
- ▶ Bij complicaties die continue begeleiding van de internist behoeven (bijvoorbeeld recidief voetulcera, ernstige autonome neuropathie); bij complexiteit van zorg (dialyse, frequente operaties) die maakt dat de begeleiding beter in de tweede lijn geregeld kan worden; als na verwijzing onderstaande diagnoses zijn gesteld in de tweede lijn: diabetes mellitus type 1 of Latent autoimmune diabetes of adults (LADA); Maturity-onset Diabetes of the Young (MODY); Ketosis-prone diabetes (KPD). ◀



Te veel MODY- patiënten krijgen verkeerde diagnose

DOOR: DANA PLOEGER,
FREELANCE JOURNALIST
IN OPDRACHT VAN ERFOCENTRUM

PATIËNTEN MET DE ERFELIJKE DIABETESVORM MODY KRIJGEN NOG VAAK ONTERECHT DE DIAGNOSE DIABETES TYPE 1 OF 2. HIERDOOR ONDERGAAN ZE SOMS JARENLANG DE VERKEERDE BEHANDELING. EEN NIEUWE E-LEARNING VOOR DIABETESVERPLEEGKUNDIGEN EN HUISARTSEN MOET HIERIN VERANDERING BRENGEN.



► Jarenlang dacht Stefanie (36) dat ze diabetes type 1 had. De artsen stelden die diagnose op haar veertiende en omdat haar moeder ook diabetes type 1 had, was dat de meest voor de hand liggende diagnose. Ze spoot trouw haar insuline, telde keurig de koolhydraten, maar kampte zo vaak met hypo's dat ze er weleens moedeloos van werd. Jaren later blijkt dat Stefanie helemaal geen diabetes type 1 heeft, maar de erfelijke aandoening MODY 3 (HNF1A). Na die diagnose kan ze stoppen met het spuiten van insuline en krijgt ze het medicijn Novonorm om haar bloedglucosewaarden stabiel te houden. 'Het gaat nu goed met mij', vertelt ze. 'Ik heb nog weleens hypo's, maar veel minder vaak dan vroeger en ik heb gelukkig geen insuline meer nodig. Daar ben ik erg blij mee.'

HET GROOTSTE VERSCHIL IS DAT MODY WORDT VEROORZAAKT DOOR EEN ENKEL DEFECT GEN, TERWIJL DIABETES TYPEN 1 EN 2 WORDEN VEROORZAAKT DOOR ZOWEL OMGEVINGSFACTOREN ALS ERFELIJKE FACTOREN.

Onterechte diagnose

Zoals Stefanie zijn er meer gevallen bekend van mensen met MODY die onterecht de diagnose diabetes type 1 of 2 kregen. Het is duidelijk geworden dat in 90 procent van de MODY-diagnoses bij kinderen en jongvolwassenen eerst een andere diagnose was gesteld. Door onbekendheid wordt MODY soms aangezien voor diabetes type 1 en, als MODY pas op volwassen leeftijd wordt ontdekt, voor type 2. Een zwangerschapsdiabetes kan ook een nog niet eerder ontdekte MODY zijn. Het grootste verschil is dat MODY wordt veroorzaakt door één enkel defect gen, terwijl diabetes typen 1 en 2 worden veroorzaakt door zowel omgevingsfactoren als erfelijke factoren.

MODY is een zeldzame erfelijke ziekte die wordt veroorzaakt door een veranderd gen in het lichaam. Hierdoor werkt de Bèta-cel in de alvleesklier niet goed, waardoor te weinig insuline in het bloed wordt afgeleverd en de bloedglucosewaarde te hoog blijft. De ziekte komt voor bij ongeveer een tot vijf procent van mensen met diabetes. De afkorting komt van het Engelse 'Maturity Onset Diabetes of the Young', vrij vertaald als ouderdomsdiabetes op jonge leeftijd. In Europa komen vooral MODY 2 (GCK MODY) en MODY 3 (HNF1A) voor, daarna volgen MODY 5 (HNF1B) en MODY 1 (HNF4A). Deze typen MODY hebben verschillende kenmerken. De algemene overeenkomst is de oorzaak: het wordt veroorzaakt door één enkel gendefect.

Hoe herken je MODY?

Als diabetesverpleegkundige kunt u dus heel goed MODY-patiënten in uw bestand hebben waar u niet van weet. Bijvoorbeeld een patiënt die eerder de

diagnose diabetes type 1 kreeg en die nu toch MODY blijkt te hebben. MODY ontstaat vaak op jonge leeftijd, meestal tussen de 10 en 25 jaar. Maar er zijn ook mensen bij wie de kenmerken van MODY pas op latere leeftijd worden ontdekt, bijvoorbeeld tussen de 40 en 45 jaar. In het begin zijn er maar weinig klachten, soms alleen een licht verhoogde bloedglucosewaarde. MODY komt vaak generaties lang in de familie voor, dus is die erfelijke component een goede richtingwijzer. Het is een autosomaal dominant overervende vorm van diabetes: als een van de ouders het heeft, heeft een kind vijftig procent kans het ook te krijgen. De diagnose MODY komt in beeld als meerdere mensen in de familie diabetes hebben, als die diabetes al op jonge leeftijd begint en vaak initieel te regelen is met weinig insuline of tabletten. Vraag bij deze patiënten de familieanamnese uit naar de aanwezigheid van diabetes in de familie. Vraag ook naar de leeftijd waarop de diabetes is ontdekt en of, en zo ja, welke behandeling nodig was. Ga extra nadenken als tekenen van het metabool syndroom ontbreken, zoals overgewicht. Dan is overleg met de huisarts vaak nodig of kan het zinvol zijn om de patiënt te verwijzen naar de tweede lijn. De diagnose MODY kan eenvoudig worden vastgesteld via genetisch onderzoek in het ziekenhuis.

Behandeling

De behandeling van MODY verschilt per type. Over het algemeen hebben mensen met MODY 2 geen medicijnen nodig en is veel bewegen en op voeding letten met niet te veel snelle suikers voldoende. Voor andere MODY-varianten is vaak wel medicatie noodzakelijk, zo is bij MODY 1 en 3 sulfonylureumderivaten in lage dosering de eerste keuze van behandeling. ►

Daarnaast heeft een gezonde leefstijl een positief effect op de benodigde hoeveelheid aan medicatie: hierdoor kan in sommige gevallen worden voorkomen dat de patiënt insuline moet spuiten of zijn minder of geen glucoseverlagende tabletten nodig. Deze gezonde leefstijl behelst gevarieerde gezonde voeding, niet te veel, niet te vet en voldoende groente en fruit. Mensen met MODY kunnen beter geen zoete frisdrank, vruchtensap en snelle suikers als koek, ijs en snoep nuttigen. Adviseer gezonde producten en koolhydraten die langzaam door het lichaam worden opgenomen, zoals volkoren producten, groenten en peulvruchten. De patiënt doet er ook goed aan koolhydraten te verdelen over de dag. Verder is dagelijks bewegen belangrijk; dit leefstijladvies is eigenlijk niet anders dan bij diabetes type 1 en 2.

Toekomstscenario

Behalve MODY 2 zijn alle MODY-varianten progressief. In het begin is er weinig te merken aan een kind of jongvolwassene, maar op een bepaald moment komen toch klachten. En die kunnen erger worden naarmate het kind volwassen wordt. Het kan dus zijn dat op latere leeftijd de bloedglucosewaarde zo hoog wordt dat insuline nodig is. Ook kunnen op latere leeftijd problemen ontstaan met de nieren (nefropathie), zenuwen (neuropathie) of ogen (retinopathie) en zijn hart- en vaatziekten op latere leeftijd bekend. Bij vrouwen is het belangrijk dat zij bij een eventuele kinderwens aangeven dat ze MODY hebben, omdat voor en tijdens de zwangerschap extra begeleiding nodig is, zoals bijvoorbeeld aanpassing van de MODY-medicatie.

Voor Stefanie is het inmiddels enkele jaren geleden dat zij de juiste diagnose kreeg. Ze vindt het fijn dat ze nu de goede behandeling krijgt. 'Ik heb meer dan vijftien jaar insuline gespoten; achteraf had ik ook tabletten kunnen slikken. Het doet nog wel pijn als ik daaraan terugdenk. Inmiddels slik ik het geneesmiddel Novonorm. Ik heb zelf een pillensnijder, daarmee kan ik heel secuur mijn medicijnen afstemmen op de hoogte van mijn bloedglucosewaarden. Soms is een kwart pil of een halfje meer dan genoeg. Ik voel me er goed bij. Ik eet lekker en gezond, ik beweeg graag en kan mijn werk met plezier doen.'

Heeft u in uw praktijk iemand van wie u nu denkt dat hij of zij weleens MODY zou kunnen hebben, overleg dan met de huisarts en/of kaderarts diabetes. Ook zijn er speciale expertisecentra om naar te verwijzen. Kinderen kunnen het beste worden doorverwezen naar Diabeter en het LUMC heeft een expertisecentrum voor erfelijke diabetes voor volwassenen. Wilt u zelf meer weten over MODY, volg dan de e-learning van een uur over MODY. In deze cursus leert u aan de hand van casuïstiek meer over deze vormen van diabetes, hoe ze te onderscheiden, en het belang van het onderscheiden van deze vormen van diabetes. U krijgt diagnostische handvatten om de verschillende vormen van MODY te herkennen. U krijgt inzicht in de impact van deze ziekte op patiënt en familie en de therapeutische consequenties. De cursus sluit af met een toets en eventuele herkansingen. «

Actieplan eerdere herkenning van MODY

Om meer aandacht voor MODY te krijgen, is vorig jaar het actieplan 'Eerdere herkenning van MODY' van start gegaan. Dit actieplan is een initiatief van de volgende partijen: Expertisecentrum Erfelijke Diabetes, LUMC, NVK, werkgroep kinderdiabetes, Diabetes Vereniging Nederland, Nederlandse Diabetes Federatie, EMGO/VUmc, Diabeter en het Erfocentrum en is gefinancierd door het Diabetes Fonds. Binnen dit project zijn diverse activiteiten verricht, zoals de brochures voor ouders met kinderen met MODY en de e-learning voor huisartsen, diabetesverpleegkundigen en kinderartsen.



Stefanie Rondags
foto: Dirk Jansen

E-learning MODY

De e-learning over MODY voor diabetesverpleegkundigen wordt u aangeboden door Erfocentrum en The Competence Group. Binnenkort is de e-learning te vinden via het portaal van het Erfocentrum op www.huisartsengenetica.nl/info/e-learning.

(De kosten voor de licentie, administratie en het wegschrijven van uw accreditatiepunt in PE-Online zijn 15 euro). Meer informatie over MODY: www.diabetesgenes.org

COLUMN

WAAROM HET ZO MOEILIJK IS ...

VEERLE HUIGEN



► Soms prijs ik mezelf gelukkig dat ik 'pas 23 was' toen ik diabetes type 1 kreeg. Vooral als ik horrorverhalen hoor over pubers die geen insuline meer spuiten omdat ze 'erbij willen horen'. Hormonen zorgen ervoor dat ze alle kanten opschieten, daar kan geen insuline tegenop. Dan ben ik stiekem blij, dat ik een 'zorgeloze' puberteit heb gehad, maar vooral ook een zorgeloze studententijd. Want hoewel de puberteit met diabetes type 1 hartstikke ruk is, de fase daarna is niet minder lastig.

Denk even mee: die periode dat je klaar bent met de middelbare school, je vertrouwde omgeving achterlaat en (misschien wel) zonder vrienden op een nieuwe opleiding begint. Nieuwe mensen, nieuwe indrukken, een nieuw ritme. Misschien twijfel je geregeld of deze opleiding wel is wat je wil. Introductiekampen, op kamers gaan, weg onder de vleugels van papa en mama en je dan pas realiseren hoeveel ze eigenlijk voor je doen. Die periode waarin alles verandert: je vrienden, je vaste leventje, misschien je woonplaats ...

En dan heb je ook nog diabetes. En word je ook daarbij in het diepe gegooid: van de kinderarts en verpleegkundige waar je al jaren kwam, word je ineens doorgeschoven naar de interne poli. Naar een internist die ook mensen ziet met allerlei andere aandoeningen, een nieuwe verpleegkundige die uit jouw digitale dossier moet gaan begrijpen wie je bent, waarom je wel of niet op een pomp zit, waarom je zo'n hoog (of juist laag) HbA1c hebt. Aan wie je misschien opnieuw moet uitleggen waarom

je sommige dingen op een bepaalde manier doet. Terwijl je vol met vragen zit, want hoe ga je om met een gemeenschappelijke koelkast, alcohol, zelf koken en je angst voor hypo's als je moeder er niet meer is om je 's nachts wakker te maken?

Eigenlijk maak je twee 'transities' tegelijk door: een met je diabetes en de andere in een overgang van je leven. Dit zorgt er misschien ook voor dat je 'diabetesmanagement' op een iets lager pitje staat. En dat je na een wilde avond stappen je ziekenhuisafspraak vergeet, of vergeet infuussets of teststrips te bestellen. Een dubbele transitie, dat maakt het zo moeilijk. De oplossing? Minder transities op hetzelfde moment? Maar hoe dat in de praktijk uitpakt is ook maar de vraag. «

Dit is de laatste column van Veerle Huigen, tot voor kort was ze coördinator Communicatie en Projecten bij JDRF Nederland. Nu werkt ze als field support officer bij ViCentra. Veerle heeft zelf diabetes type 1 sinds 2013.



Software die werk **leuk**er en **gemakkelijker** maakt?

**HET KAN!
MAAR HOE DAN?**

DOOR: MARGRIET BONTHUIS,
DIABETESVERPLEEGKUNDIGE EN
REDACTIELID DIABETES PRO

VOOR VEEL ZORVERLENERS IS SOFTWARE EEN NOODZAKELIJK KWAAD. EEN HOEPEL WAAR ZE DOORHEEN MOETEN SPRINGEN OM HUN WERK TE KUNNEN DOEN. DIT KAN ANDERS ALS ZIJ VANAF HET EERSTE UUR EN OP DE JUISTE MOMENTEN WORDEN BETROKKEN BIJ HET ONTWIKKELEN VAN SOFTWARE. ZO IS HET DIGITALE DIABETESDAGBOEK VAN CALCULUS TOT STAND GEKOMEN. MET DIT ARTIKEL KRIJGT U EEN KIJKJE IN DE WONDERE WERELD VAN KLANTGERICHTE SOFTWAREONTWIKKELING, WAARBIJ TECHNIEK IN DIENST BLIJFT STAAN VAN DE ZORG.

► Ongeveer twee jaren geleden begon de ontwikkeling van het diabetesdagboek, met een huisarts uit Amsterdam die de makers van het zorgplatform VIPLive benaderde. Dit platform biedt zorgverleners en patiënten onder meer de mogelijkheid beter met elkaar samen te werken. De makers van het platform kregen van de huisarts de vraag of het mogelijk was patiënten via de VIP-app een diabetesdagboek te laten bijhouden. De meetwaarden moesten vervolgens voor zorgverleners zoals huisartsen, praktijkondersteuners en diëtisten te lezen zijn op het zorgplatform VIPLive. Nog mooier zou het zijn als de doorgegeven informatie dan ook met één druk op de knop als labwaarde door kon naar het

eigen bronsysteem. De vraag van de Amsterdamse huisarts was best ambitieus en in technisch opzicht tamelijk complex. Reden voor de makers om dit stap voor stap aan te pakken.

Stap 1: Vragen, vragen en nog eens vragen

Na de huisarts in Amsterdam volgden meer zorgverleners die ook ideeën hadden over het diabetesdagboek. Software adviseurs gingen met ze in gesprek om meer inzicht te krijgen op het onderliggende probleem en om essentiële informatie te verzamelen. Door goed door te vragen kregen de adviseurs inzicht in de gewenste gang van zaken. Zo kwamen ze erachter dat het handig was dat op zeven momenten

bloedsuiker, insuline en medicatie konden worden bijgehouden. Voor een zorgverlener is zoiets vanzelfsprekend, maar een software-adviseur krijgt dat inzicht alleen door zich te verdiepen in de werkprocessen.

Stap 2: Vergelijkend warenonderzoek

De software-adviseurs inventariseerden vervolgens welke diabetes apps er al waren en wat daarin goed werkte en door gebruikers werd gewaardeerd. Het zou immers zonde zijn om hiermee niets te doen. Dit vergelijkend warenonderzoek bevestigde wat de zorgverleners al hadden verteld; de beschikbare patiënten-apps met ook een diabetesdagboek waren niet in staat de informatie gemakkelijk te delen met een brede groep zorgverleners.

Stap 3: Voorbereiden op de praktische werking

Na het verzamelen van deze informatie, werkten analisten in stroomschema's en beschrijvingen van hoe zo'n gekoppeld diabetesdagboek praktisch zou moeten werken. Zo keken ze naar welke invoervelden nodig waren, op welke knop je moest kunnen klikken om gegevens op te slaan en welke verschillende schermen er moesten worden gemaakt. Een secuur werkje.

Stap 4: Beeld toevoegen

Vervolgens werd een app-ontwerper betrokken bij het proces. Hij bepaalde in samenwerking met de analisten hoe de schermen er daadwerkelijk uit kwamen te zien. De schermen moesten niet alleen mooi, maar ook gebruiksvriendelijk zijn. Zo'n ontwerper wordt trouwens ook wel 'UX designer' genoemd. UX staat voor 'User eXperience', oftewel 'gebruikerservaring'. Dergelijke ontwerpers zijn onmisbaar in een softwareteam.

Stap 5: Feedback van gebruikers

Bij het vormgeven van een gebruiksvriendelijk ontwerp hoort natuurlijk de controle of het ontwerp aan de gebruikersbehoeften voldoet. De schermen werden daarom voorgelegd aan verschillende zorgverleners. Zij gaven goede feedback. Er werd bijvoorbeeld opgemerkt dat het handig was om 'insuline' te splitsen in langwerkend en kortwerkend en dat er per moment een vrij tekstveld ingevuld moest kunnen worden. Bijvoorbeeld met de opmerking 'ik heb gesport'. Iets dat niet-zorgverleners, niet zo snel zouden bedenken en dat de zorgverleners zich in dit geval pas realiseerden toen zij het ontwerp zagen.

Stap 6: Realisatie

Vervolgens was het tijd voor de magie van de ontwikkelaars. Zij hadden al vroeg in het proces meegekeken of alle ideeën ook echt uitvoerbaar waren. Nu was het tijd om deze ideeën te realiseren. Om schermen te maken zoals de ontwerper dat had bedacht, om knoppen te laten werken zoals de analist dat had bedacht en om ervoor te zorgen dat het bewaren en versturen van informatie op een veilige en wettige manier zou gebeuren.

Stap 7: Testen

Toen de software was gemaakt en in een testomgeving stond, probeerde een analist stapsgewijs uit of het diabetesdagboek nog steeds aan de eisen van de zorgverleners voldeed. Na een grondig testproces gaf ze groen licht.

Stap 8: Uitproberen

Vervolgens kwam het spannendste moment; het diabetesdagboek werd ook beschikbaar gesteld voor patiënten en zorgverleners. In softwaretermen wordt dit ook wel een 'productierelease' genoemd. 'Productie' is de naam voor de software-omgeving die echte zorgverleners en patiënten gebruiken. 'Release' betekent dat er een nieuwe versie van de software-omgeving beschikbaar komt met verbeteringen en nieuwe onderdelen, het diabetesdagboek bijvoorbeeld. Zoals gebruikelijk, vroegen de softwareadviseurs eerst aan een selecte groep zorgverleners om het diabetesdagboek uit te proberen met wat patiënten. Ook nu kwam er weer zinnige feedback. Zo lieten de zorgverleners weten dat de lab-terugkoppeling naar het huisartsinformatiesysteem niet vlekkeloos verliep. Dit was een onderdeel dat niet in het testproces kon worden meegenomen, maar nu wel kon worden verholpen. Vervolgens was het tijd om de geboorte van het diabetesdagboek in alle Nederlandse regio's kenbaar te maken. Een dagboek dat de ambities van die eerste huisarts waarmaakt op een manier die ook voor andere zorgverleners fijn werkt.

Stap 9 t/m ?: Verder verbeteren

En daar houdt het natuurlijk niet op. Inmiddels kunnen de makers ook putten uit een patiëntengroep die ze van feedback voorziet. Dus ook vanuit het patiëntperspectief zullen zij de app, inclusief het diabetesdagboek, verder verbeteren. Daarnaast kunnen inmiddels ook mantelzorgers en wijkverpleegkundigen het diabetesdagboek invullen voor een kwetsbare patiënt. Het diabetesdagboek blijft dus in ontwikkeling en wordt daardoor steeds beter en relevanter.

Heeft u naar aanleiding van dit stuk ideeën of tips? Dan kunt u een mail sturen naar Frauke Luft (frauke.luft@topicus.nl) of Rose Headley (rose.headley@topicus.nl).

MEDEMAKERS VAN HET DIABETESDAGBOEK

Frauke Luft en Rose Headley werken met een groep enthousiaste collega's voor software bedrijf Topicus Zorg en dochterbedrijf Calculus. Ze werken daar aan het verbeteren en vernieuwen van het zorgplatform en de app voor zorgverleners (VIPLive) en het gekoppelde zorgplatform met de app voor patiënten (Ik ben VIP). Het VIPLive platform voor zorgverleners is ooit begonnen als declaratieplatform voor huisartsenpraktijken en vervolgens doorgegroeid tot een platform waarmee een brede groep zorgverleners kan samenwerken en declareren rondom de ketenzorg. Inmiddels is VIPLive een regionaal platform dat communicatie en samenwerking rondom en met alle patiënten en hun mantelzorgers ondersteunt. Zie voor meer informatie over de samenwerkingsmogelijkheden binnen VIPLive: www.calculus.nl/vipsamenwerken en voor meer informatie over Ik ben VIP voor patiënten: www.ikbenvip.nl. ◀

TOEN DE SOFTWARE WAS GEMAAKT EN IN EEN TESTOMGEVING STOND, PROBEERDE EEN ANALIST STAPSGEWIJS UIT OF HET DIABETESDAGBOEK NOG STEEDS AAN DE EISEN VAN DE ZORGVERLENERS VOLDEED.

Maagverkleiningen

SAMENVATTING DOOR: TAMMY FAASSEN
KINDERDIABETESVERPLEEGKUNDIGE EB
REDACTIELID DIABETES PRO



IN NEDERLAND KAMPEN VEEL MENSEN MET OVERGEWICHT. VELEN DAARVAN HEBBEN AL MEERDERE KEREN GEPROBEERD OM AF TE VALLEN VIA VERSCHILLENDE DIËTEN. VAAK LUKT HET AFVALLEN NOG WEL, MAAR OP GEWICHT BLIJVEN, DAT IS MOEILIJK. NA VERLOOP VAN TIJD ZITTEN VEEL MENSEN WEER OP HUN OUDE GEWICHT OF ZE WEGEN ZELFS NOG ZWAARDER DAN VOORHEEN. VOLGENS DE WETENSCHAP IS HET VRIJWEL KANSLOOS OM AF TE VALLEN VOOR MENSEN MET MORBIDE OBESITAS (BMI > 40) DOOR EEN DIEET EN SPORT EN DAARNA OP GEWICHT TE BLIJVEN. HET BLIJKT NAMELIJK DAT HET LICHAAM ZICH UITSTEKEND AANPAST NA AFVALPERIODES DOOR VEEL MINDER CALORIEËN TE GAAN VERBRANDEN IN RUSTPERIODES. ALS JE TWEE MENSEN NAAST ELKAAR ZET DIE BEIDEN 80 KILO WEGEN, MAAR WAARVAN DE ENE EERST 40 KILO AFGEVALLEN IS, DAN VERBRANDT DEZE ZEKER HONDERDEN CALORIEËN MINDER DAN DE MAN DIE ALTIJD OP GEWICHT GEBLEVEN IS.

► De maagverkleining is in Nederland de laatste jaren sterk toegenomen. Het aantal maagverkleiningen is in drie jaar tijd verdrievoudigd. Ongeveer 55 duizend Nederlanders lopen met een maag rond in de vorm van een kiwi of banaan. Dit is afhankelijk van het soort operatie. Echter na de maagverkleining is het probleem nog niet verholpen. Veel mensen die een dergelijke operatie ondergaan, hebben een verstoorde relatie met eten. Vandaar dat voor de operatie een uitgebreide screening plaatsvindt door de chirurg, psycholoog en diëtist. Er wordt gekeken of er geen psychische klachten zijn, geen verslavingen en geen bijkomende ziekten. Blijkt uit deze screening dat er echt geen andere optie is om af te vallen, dan kom je in aanmerking voor een maagverkleining. Van alle aanvragen blijft er dan slechts 20 tot 25 procent over die een maagverkleining ondergaan.

Valstrik

Wat maakt nu dat de kans op afvallen na een maagverkleining zoveel groter is dan afvallen met verschillende diëten? Na het afvallen produceert het lichaam een tijdlang meer hongerhormonen, de persoon die afgevallen is, moet dus levenslang met een hongergevoel door het leven. Dat maakt dat het erg moeilijk, zo niet kansloos

is om op het afgefallen gewicht te blijven. Na een maagverkleining is deze valstrik niet meer aanwezig. De ruststofwisseling daalt en dat maakt de kans op slagen veel groter. Uit een groot onderzoek in Zweden blijkt dat 10 tot 15 jaar na de operatie nog altijd 15 tot 25 procent van de mensen hun "oude" gewicht kwijt zijn, terwijl de controlegroep die niet geopereerd was bleef steken op slechts 3 procent.

Chirurg Maurits de Brauw ziet dagelijks hoe snel de gezondheid van zijn patiënten opknapt na de operatie. Ruim 80 procent raakt van de diabetes af, door een nog niet helemaal opgehelderd samenspel van minder vetweefsel en een veranderde hormoonhuishouding. Hun bloeddruk daalt, de hoeveelheid slecht cholesterol vermindert en daardoor wordt de kans op hart- en vaatziekten, kanker en artrose een stuk kleiner. Het klinkt als een snelle, eenvoudige manier om morbide obesitas op te lossen, maar zo is het niet. Het idee dat je gewoon van alles de helft eet en zo gemakkelijk van je vet afkomt is een misvatting.

Meer zelfvertrouwen

Een maagverkleining kan ook nadelige gevolgen hebben. Het heeft effect op relaties en het liefdesleven. Relaties

worden vaker verbroken na een maagverkleining. De oorzaak ligt aan de gedragsverandering na het fors verliezen van gewicht. Mensen krijgen meer zelfvertrouwen, voelen zich mooier en durven meer. Daarom is een goede begeleiding na de operatie nodig. Er is een succesvol online steun- en informatieplatform, Bariatrie Groep Nederland, opgezet door Koks en Van Vlokhoven. Zij hebben beiden een maagverkleining ondergaan. Ze bloggen, vloggen, geven recepten, maken een maandblad en hebben bijna twintigduizend volgers. Ze bieden als het ware de praktische handleiding voor dagelijks gebruik.

Ook voor zwangere vrouwen die voor hun zwangerschap een maagverkleining hebben ondergaan is de kans op ernstige complicaties niet afwezig. De helft van de maagverkleiningen vind plaats bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Doordat meer ruimte in de buikholte is ontstaan na de operatie, kan door de groei van de baarmoeder de dunne darm bekneld raken. Hun klachten lijken aanvankelijk veel op onschuldige zwangerschapsklachten en daardoor wordt de diagnose soms te laat of niet gesteld. Dat kan, in het ernstigste geval dodelijk aflopen voor moeder of kind. «

HANDIGE APP

GGD APPSTORE BUNDELT BETROUWBARE GEZONDHEIDSAPPS

DOOR MARIJKE OVERKAMP-WICHHART,
DIABETESVERPLEEGKUNDIGE,
DIALYSEVERPLEEGKUNDIGE EN
HOOFDREDACTEUR DIABETES PRO

GGD APPSTORE IS EEN HANDIGE EN MOOI VORMGEGEVEN WEBSITE DIE JE DE WEG WIJST NAAR BETROUWBARE GEZONDHEIDSAPPS. VOLGENS SCHATTINGEN ZIJN ER WERELDWIJD ZO'N 100.000 APPS DIE BEWEREN JE GEZONDHEID TE BEVORDEREN. MAAR WELKE APPS ZIJN INTEGER EN EFFECTIEF?

► Om mensen wegwijs te maken hebben de 25 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) van Nederland de GGD-App Store opgezet. Het doel ervan is een begrijpelijk en transparant overzicht te bieden van relevante en betrouwbare gezondheidsapps en websites (zogenaamde E-Public Health toepassingen). Alleen die apps die voldoen aan de door de GGD opgestelde criteria worden geplaatst in de GGD-Appstore én voorzien van een herkenbaar vignet.



Positieve gezondheid

In de appstore staan allerlei soorten gezondheidsapps, die beoordeeld zijn aan de hand van diverse criteria, gebaseerd op de uitgangspunten van positieve gezondheid van Machteld Huber. Daarbij gaat het om het vermogen zelf de regie te voeren als het om gezondheid gaat. De apps zijn gecentreerd rond de zes pijlers van positieve gezondheid, te weten: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, meedoen, en dagelijks functioneren. De GGD heeft de website ontwikkeld vanuit de visie dat burgers het recht hebben om zelf de regie te voeren over hun gezondheid. Elke burger dient daarom gemakkelijk, begrijpelijk en overzichtelijk toegang tot e-publieke gezondheid te hebben die een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de regie op zijn/haar gezondheid, zelfstandig blijven wonen en het kunnen monitoren van omgevingsfactoren.

Criteria

GGD Appstore toetst op: gebruiksvriendelijkheid, betrouwbaarheid, privacy en veiligheid en onderbouwing (effectiviteit). GGD App Store ontsluit de informatie open en transparant via de eigen database en andere platforms waar burgers en verwijzers gebruik van maken. Denk hierbij aan cliëntportalen van huisartsen, websites van zorgorganisaties en gemeenten etcetera.

Samenwerking met relevante kennisinstituten en organisaties vindt GGD AppStore belangrijk. Dit om de kwaliteit van toetsing, de betrokkenheid en directe stem van burgers te waarborgen. Er zijn nu samenwerkingsrelaties met Institute for Positive Health, Pharos, GGZ, Kennisinstituut Sport, RIVM Centrum Gezond Leven, Patiëntenfederatie - Digitale Zorggids, Deloitte Medical Assurance Apps, Thuisarts.nl, hogescholen, Nictiz. De ambitie is deze samenwerking duurzaam te maken en ook andere relevante kennispartners en diensten aan te sluiten. De bedoeling is op deze manier hun missie vorm te geven en indirect de kwaliteit van e-publieke gezondheid te bevorderen.

Voor meer informatie: ggdappstore.nl ◀



Trots en passie op het **hoogste niveau**

INTERVIEW MET
SONJA KERSTEN, DIRECTEUR V&VN

DOOR: MARIJKE OVERKAMP,
DIABETESVERPLEEGKUNDIGE, DIALYSEVERPLEEGKUNDIGE EN HOOFDREDACTEUR DIABETES PRO.

Kun je wat over jezelf vertellen? Hoe ben je directeur van V&VN geworden?

Ik heb mijn hart aan de zorg verpand. Na een studie medische biologie aan Universiteit Utrecht heb ik meer dan tien jaar gewerkt bij het Integraal Kankercentrum Nederland, het kennis- en kwaliteitsinstituut voor de oncologische en palliatieve zorg. Ik vervulde daar verschillende functies, van hoofd Richtlijnen en directeur Kennis en Kwaliteit tot directeur Oncologische zorg. Ik werkte daar veel samen met verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten en raakte onder de indruk van hun betrokkenheid en hun professionaliteit. Helaas heb ik persoonlijk als patiënt ook meer ervaring in de zorg dan me lief is. Elke keer dat ik in het ziekenhuis lag, maakten juist de verpleegkundigen de meeste indruk op mij. Vanwege hun vakbekwaamheid, maar ook omdat ze zo dichtbij staan op je meest kwetsbare momenten. Je ziet als patiënt verpleegkundigen veel vaker dan een arts. Dus toen de kans kwam om bij V&VN te komen werken, heb ik meteen gesolliciteerd. Ik ben heel dankbaar dat ik eraan mag bijdragen dat verpleegkundigen en verzorgenden hun vak met trots en passie op het hoogste niveau kunnen uitvoeren.

Wat is de missie van V&VN? Welke koers wordt gevaren?

Onze missie is om de kwaliteit van het vak naar het hoogste niveau te tillen, en om onze maatschappelijke positie te versterken. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn de grootste beroepsgroep in de zorg en in heel het land. Waar we ons in het verleden te vaak de kaas van het brood lieten eten, lukt het steeds beter om onze invloed te laten gelden. Hoe meer verpleegkundigen en verzorgenden hun krachten bundelen, hoe sterker we staan. Daarom ben ik blij dat 825 diabetesverpleegkundigen tot V&VN zijn toegetreden. Samen kunnen we ervoor zorgen dat verpleegkundigen de waardering krijgen die ze verdienen. We zitten inmiddels op bijna 100.000 leden en ik merk dat daardoor steeds beter naar ons wordt geluisterd. Dit helpt bij onze inzet voor minder tijdrovende en onnodige administratie, tegen oneigenlijke taken en voor een betere waardering en een lagere werkdruk voor alle verpleegkundigen. Neem ook het belang van goede hulpmiddelen, iets wat diabetesverpleegkundigen delen met andere verpleegkundigen. We staan sterker als we samen optrekken richting verzekeraars en overheid. Tegelijkertijd moeten we de groei van onze vereniging in goede banen leiden. Daarom zijn we het bureau dat de leden ondersteunt aan het professionaliseren. En werken we hard aan nieuwe manieren om alle leden zo goed mogelijk betrokken te houden.

DIABETESVERPLEEGKUNDIGEN
HEBBEN DE JUISTE ZORG OP DE JUISTE
PLEK ZO ONGEVEER UITGEVONDEN.





V&VN WORDT DOOR POLITIEK DEN HAAG VAAK GERAADPLEEGD OVER NIEUWE WETTEN OF BELEID. WE KUNNEN JULLIE STANDPUNTEN EN BELANGEN DAAR ECHT LATEN DOORKLINKEN. BIJVOORBEELD ALS HET GAAT OM DE NIEUWE BEROEPSPROFIELEN.

Hoe zie jij de samenwerking met de pas toegetreden V&VN Diabeteszorg?

Diabetesverpleegkundigen hebben de juiste zorg op de juiste plek zo ongeveer uitgevonden. Nog niet zo heel lang geleden moesten alle mensen met diabetes heel vaak voor controle naar het ziekenhuis. Dat is gelukkig verleden tijd. Patiënten hebben nu veel meer regie over hun leven en over de behandeling van hun aandoening. Daardoor zijn mensen veel zelfstandiger geworden en is hun kwaliteit van leven toegenomen. Hun leven draait niet langer bijna geheel om de controles in het ziekenhuis.

De rol van diabetesverpleegkundigen hierin is natuurlijk cruciaal. Zij zijn supergespecialiseerd en werken op een hoog niveau. Evidence based handelen, shared decision making – ze doen het allemaal. Bovendien kennen ze de patiënt, zijn of haar mogelijkheden en behoeftes, vaak beter dan de arts. Andere verpleegkundigen en verzorgenden kunnen daarvan leren. Ook al omdat er meer ziektes en aandoeningen zijn waarbij je zorg dichterbij huis zou willen organiseren. De potentiële winst in kwaliteit van leven, in tijd, maar ook in geld is enorm. Daarbij hoort goede scholing die aansluit bij de praktijk en die uitgaat van bewezen effectieve behandelmethodes. De V&VN kan daarin van waarde zijn met bijvoorbeeld de V&VN Academie of met onze adviseurs die richtlijnen helpen ontwikkelen. We leren dus over en weer van elkaar, en daar wordt iedereen beter van. Want andersom biedt het lidmaatschap van V&VN diabetesverpleegkundigen ook

de kans om binnen de vereniging samen te werken en kennis uit te wisselen met collega's als de praktijkverpleegkundigen of de wijkverpleegkundigen. Dus ik zou zeggen: grijp die kans met beide handen aan. Jullie kennis en inzichten verrijken de vereniging. V&VN wordt door politiek Den Haag vaak geraadpleegd over nieuwe wetten of beleid. We kunnen jullie standpunten en belangen daar echt laten doorklinken. Bijvoorbeeld als het gaat om de nieuwe beroepsprofielen. Ik vind het belangrijk dat diabetesverpleegkundigen de erkenning krijgen die ze verdienen.

Welke nieuwe ontwikkelingen denk je te verwachten in de diabeteszorg?

Er is een gigantische groei van het aantal diabetespatiënten in ons land, en gezien de demografische ontwikkeling zal dat nog wel even aanhouden. De behoefte aan gespecialiseerde verpleegkundigen groeit hard mee. Mensen die diabetes hebben, hebben vaak ook andere vormen van zorg nodig. Diabetesverpleegkundigen zitten dus echt in het hart van de zorg. We kunnen veel van hen leren over hoe je zorg dichterbij huis kunt organiseren, hoe je bijvoorbeeld e-health kunt inzetten om patiënten minder afhankelijk te maken. En over hoe je slim samenwerkt met andere disciplines. Dat wordt alleen maar relevanter naarmate de bevolking verder vergriest en mensen langer zelfstandig blijven wonen. Hun ervaringen met gezamenlijke besluitvorming en ondersteuning van zelfmanagement van patiënten worden dus steeds relevanter. En juist als grotere club kun je dat makkelijker hoger op de agenda krijgen. «

EVENEMENTEN- KALENDER 2019



SCEM

Expert meeting: Cardiovasculair risicomangement bij diabetes en verhoogd risico op HVZ

17 januari 2019 om 18.30 uur

Diakonessenhuis te Utrecht

Deelname: kosteloos

Accreditatie: NIV 1 punt

Kwaliteitsregister V&V 2 punten

HEALTH INVESTMENT

Athena Seminar

31 januari 2019

Van der Valk Hotel Veenendaal

Deelnemersbijdrage: € 45,-

Doelgroep: diabetesverpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners en verpleegkundig specialisten

Accreditatie: 5 uur bij Kwaliteitsregister V&V, NVvPO en VSR

Voor meer informatie over bovenstaande scholingen: www.healthinvestment.nl

Nationaal Diabetesverpleegkundigen Congres

13 juni 2019

ReeHorst te Ede

Deelnemersbijdrage: € 50,- tot 1 december, daarna € 75,-

Doelgroep: diabetesverpleegkundigen
Accreditatie: 5 uur bij Kwaliteitsregister V&V

V&VN ACADEMIE

Motiverende gespreksvoering

30 januari en 13 februari 2019

van 09.30 uur tot 16.30 uur

Locatie: Utrecht

Bijdrage: € 349,- voor basisleden,

Afdelingsleden: € 307,- ,

Niet leden: € 439,-

Accreditatie: 12 punten voor het kwaliteitsregister V&V en Verpleegkundig Specialisten Register.

Diabetesoverleg 2019

Data en locatie van 17.45 uur tot 21.30 uur:

5 maart

Van der Valk Eindhoven

1 april

Van der Valk in Nijmegen-Lent

2 april

Van der Valk Groningen-Hoogkerk in Eelderwolde

8 april

Van de Valk Den Haag-Wassenaar in Wassenaar

9 april

Van der Valk De Bilt-Utrecht in Utrecht

15 april

Mercure Hotel Amsterdam City in Amsterdam

Voor meer informatie over bovenstaande scholingen: www.venvn.nl/Afdelingen/Diabeteszorg

VRAAG & ANTWOORD

antwoord op de vraag van pagina 8

Antwoord D is het juiste antwoord.

De meest voorkomende bijwerkingen van SGLT-2-remmers zijn genitale infecties, urineweginfecties, polyurie/pollakisurie en bijwerkingen als gevolg van volumedepletie, zoals duizeligheid, hypotensie en uitdroging. SGLT-2-remmers geven geen verhoogd risico op hypoglykemieën, tenzij de middelen gecombineerd worden met SU-derivaten of insuline. Registratie-autoriteiten hebben gewaarschuwd voor een verhoogd risico op ketoacidose, waaronder euglykemische ketoacidose.

V&VN Diabeteszorg

14 maart 2019 • NBC te Nieuwegein

Thema:

Met het oog op morgen

“De toekomst hangt af van wat je nu aan het doen bent” (Ghandi)



Programma:

Het symposium is bedoeld voor alle professionals in de diabeteszorg en een ieder die diabetes tot zijn/haar werkterrein rekent.

Het symposium stelt zich ten doel om de beroepsdeskundigheid te vergroten en handvatten voor de dagelijkse praktijk aan te reiken.

Voor leden van V&VN, afdeling diabeteszorg: **€ 98,-**

Voor niet-leden: **€ 175,-**

Voor studenten: **€ 65,-**

v&vn

Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Diabeteszorg

Eindelijk

Het slimme systeem voor type

Nieuw in Nederland: Het MiniMed™ 670G-systeem

Diabetes type 1 is al vervelend genoeg. Je wil niet dag en nacht bezig zijn om je diabetes in de gaten te houden. Daarom is er nu de MiniMed™ 670G. Die regelt je diabetes samen met jou. Met Continue Glucosemonitoring en automatische insuline bijsturing. Gemakkelijk. Veilig. Ongemerkt. De MiniMed™ 670G. Daar kun je niet omheen.



Medtronic

Kijk voor meer informatie op mmc.medtronic-diabetes.nl/minimed670g of bel: 0800 - 3422338

Bekijk de gebruiksinstructies van het product voor een opsomming van indicaties, contra-indicaties, voorzorgsmaatregelen, waarschuwingen en mogelijke bijwerkingen.